

Szegedi Tudományegyetem

Gazdaságtudományi Kar

Közgazdaságtani Doktori Iskola

Kincsesné Vajda Beáta

**Kommunikációs, kapcsolati és egyéni tényezők az
egészségügyi szolgáltatások minőségében és kimeneteiben**

Doktori értekezés

Témavezető:

Dr. Málovics Éva, Ph. D.

egyetemi docens

Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar

Szeged, 2013.

Tartalomjegyzék

1. Bevezető	1
1.1. A tudomány állása a kutatási területen.....	2
1.2. A kutatás célja és megválaszolandó kérdései.....	3
1.3. Az értekezés szerkezete.....	4
2. Egészség, egészségügy és gazdaság	6
2.1. Az egészség és az egészségügy meghatározása	6
2.2. Egészség és az egészségügy hazánkban.....	8
2.3. Az egészségügyi piac szereplői és gazdaságban betöltött szerepe.....	12
2.4. Az egészségre ható folyamatok napjainkban	19
2.5. Minőség az egészségügyben (általános és egészség-gazdaságtani szempontok) .	23
2.6. A fejezet összegzése.....	27
3. Az egészségügy, mint szolgáltatás funkcionális minősége	28
3.1. A minőség meghatározása.....	30
3.1.1. Funkcionális minőség az egészségügyben.....	33
3.2. A minőség mérése	35
3.2.1. A SERVQUAL modell	35
3.2.2. SERVQUAL használata egészségügyi szolgáltatásoknál.....	39
3.3. A fejezet összegzése.....	42
4. Egyén-specifikus pszichológiai háttértényezők szerepe az egészségügyben	43
4.1. Észlelt egészség.....	45
4.2. Koherencia-érzés.....	45
4.3. Az egészségmagatartás modelljei	47
4.3.1. Az egészséghit modell	48
4.4. A fejezet összegzése.....	53
5. Kommunikációs és kapcsolati tényezők fontossága az egészségügyben	54
5.1. Kockázat-kommunikáció	56
5.1.1. Kommunikáció.....	57
5.1.2. Kockázatesztelés és -kommunikáció	58
5.1.3. A kommunikációs képzés szerepe az orvosoknál	60
5.2. Orvos-beteg kapcsolat.....	63
5.2.1. Bizalom.....	65
5.2.2. Egyéb, a kapcsolatot befolyásoló tényezők	69
5.3. A döntéshozatal módszerei és a közös döntéshozatal	71
5.4. Kommunikációs és kapcsolati tényezők hatása az egészségügyi kimenetekre.....	75

5.5.	A fejezet összegzése.....	78
6.	Együtműködés.....	79
6.1.	A kommunikáció hatása az együtműködésre.....	84
6.2.	A fejezet összegzése.....	86
7.	Előzetes kutatási eredmények.....	86
7.1.	Kvalitatív kutatási eredmények.....	87
7.1.1.	Az interjúk módszertana.....	87
7.1.2.	Az interjúk eredményei.....	88
7.2.	Naplós kutatás eredményei.....	90
7.2.1.	A naplós kutatás módszertanának háttere.....	90
7.2.2.	A saját naplós kutatás módszertana.....	92
7.2.3.	A naplós kutatás eredményei.....	93
7.3.	Korai kérdőíves felmérés.....	97
7.3.1.	A korai kérdőív és a minta bemutatása.....	97
7.3.2.	A korai kérdőíves felmérés eredményei.....	98
7.4.	Orvostanhallgatók a kommunikációról.....	101
7.4.1.	A dolgozatelemzés módszertani háttere.....	101
7.4.2.	A dolgozatelemzés eredményei.....	102
7.5.	Előzetes kutatások eredményei - összegzés.....	105
8.	Elméleti modell, hipotézisek és kérdőíves kutatási módszertan.....	106
8.1.	Kutatási modell és hipotézisek.....	106
8.2.	Kvantitatív kutatási módszertan.....	112
8.2.1.	Észlelt minőség mérésének módszertana.....	112
8.2.2.	Észlelt egészség mérésének módszertana.....	115
8.2.3.	Koherencia-érzés mérésének módszertana.....	115
8.2.4.	Egészséghit modell mérésének módszertana.....	115
8.2.5.	Kommunikációs és döntéshozatali stílusok mérésének módszertana.....	116
8.2.6.	Kognitív és érzelmi gondoskodás mérésének módszertana.....	116
8.2.7.	Együtműködés mérésének módszertana.....	117
8.3.	Kvantitatív mintaválasztás.....	117
9.	A kérdőíves megkérdezés eredményei.....	120
9.1.	A háziiorvosi ellátás észlelt minősége és az elégedettség.....	121
9.2.	Egyéni háttértényezők és páciens-szegmensek.....	128
9.2.1.	Vélt egészség.....	128
9.2.2.	Koherencia-érzet.....	129
9.2.3.	Egészséghit.....	130
9.2.4.	Páciens szegmensek az egyéni háttértényezők alapján.....	135

9.3. Kommunikációs és döntéshozatali stílus	138
9.4. Kognitív és érzelmi gondoskodás	143
9.5. Az együttműködés, mint köztes kimenet tényezői.....	147
9.6. Kvantitatív eredmények: összegzés	152
10. Összegzés és kitekintés.....	157
10.1. Főbb eredmények	158
10.2. Kutatási korlátok	160
10.3. Javaslatok és további kutatási irányok	161
Köszönetnyilvánítás	166
Felhasznált irodalom	167
Mellékletek	184

Ábrajegyzék

1. ábra Születéskor várható élettartam és egészségben eltöltött várható életevek száma a visegrádi országokban (2008-2010 átlaga).....	9
2. ábra A születéskor várható egészséges évek száma és az egy főre jutó GDP kapcsolata, 2008-2010 átlaga.....	10
3. ábra A születéskor várható egészséges évek száma és az egy főre jutó GDP kapcsolata, 2008-2010 átlaga.....	11
4. ábra: Az egészség és a gazdaság kapcsolata.....	15
5. ábra Regionális egészségügyi ellátók.....	19
6. ábra Az egészségügyi ellátás technikai minősége.....	27
7. ábra Észlelt minőség és elégedettség, mint az ellátás szubjektív kimenetei.....	43
8. ábra Egyén-specifikus tényezők, valamint az ellátás kimenetei.....	53
9. ábra Az orvos-beteg kommunikáció és döntéshozatal típusai.....	71
10. ábra Az orvosi kommunikáció és az egészségügyi kimenetek összekapcsolódásai.....	79
11. ábra Az együttműködés dimenziói.....	82
12. ábra Az együttműködés szerepe az orvos-beteg kommunikáció tényezőinek és kimeneteinek modelljében.....	86
13. ábra A válaszok megoszlása arra a kérdésre, miszerint van-e valami, amit az orvosnak másképp kellett volna csinálni.....	94
14. ábra A páciensek (szülők) leggyakrabban említett érzései és gondolatai a konzultáció közben.....	95
15. ábra Az orvosok leggyakrabban érzései és gondolatai a konzultáció közben.....	96
16. ábra Az ideális kommunikációs stílus.....	100
17. ábra Gyógyszerszedésre, illetve életmódra vonatkozó orvosi utasítások követése.....	100
18. ábra Az orvos-beteg interakció tényezőinek és kimeneteinek elméleti modellje.....	107
19. ábra A minta nemek szerinti eloszlása.....	118
20. ábra A minta korcsoportok szerinti eloszlása.....	119
21. ábra A minta iskolai végzettség szerinti eloszlása.....	119
22. ábra A minta eloszlása háziorvoshoz járás gyakorisága szerint.....	120
23. ábra Észlelések és elvárások közötti átlagos gap.....	125
24. ábra A vélt egészség kor és nem szerinti százalékos arányai.....	129
25. ábra A háziorvosok észlelt domináns stílusa.....	139
26. ábra A háziorvos stílusával kapcsolatos preferenciák.....	139
27. ábra A kognitív és érzelmi gondoskodás állításainak értékelése.....	144
28. ábra Együttműködési szokások.....	147
29. ábra Teljes mértékben együttműködők aránya az orvos észlelt stílusának függvényében.....	149
30. ábra Teljes mértékben együttműködők aránya a kognitív és érzelmi gondoskodás mértékének függvényében.....	151
31. ábra Az orvos-beteg interakció tényezői és szubjektív kimenetei.....	154

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat Vevők és igényeik az egészségügyben.....	13
2. táblázat Az ellátás komponensei és a minőségindikátorok kapcsolata.....	25
3. táblázat A SERVQUAL dimenziói.....	36
4. táblázat A szociális kognitív elmélet elemeinek megjelenése az egészséghit modellben.....	50
5. táblázat Döntési stílusok és jellemzőik az orvos-beteg kommunikáció tükrében...	72
6. táblázat A közös döntéshez szükséges feladatok.....	75
7. táblázat A korai kérdőíves megkérdezés mintájának bemutatása.....	98
8. táblázat A saját kutatásban használt SERVQUAL skálák tartalma.....	114
9. táblázat Az elemzés által felállítható SERVQUAL elvárási skála dimenziók.....	122
10. táblázat Az elemzés által felállított észlelési skála és gap dimenziók.....	123
11. táblázat A szolgáltatásminőség dimenziók átlagainak leíró statisztikája.....	125
12. táblázat Az egyes dimenziókhoz tartozó észlelési, valamint a gap átlagok korrelációja az elégedettséggel.....	127
13. táblázat Az elemzés alapján felállított egészséghit dimenziók, azok megbízhatósága és tartalmuk.....	131
14. táblázat Az egészséghit komponensek átlagainak leíró statisztikája.....	132
15. táblázat Az egészséghit dimenziók és a vélt egészség közötti korrelációk.....	133
16. táblázat Az egészséghit dimenziók és a koherencia-érzet közötti korrelációk....	133
17. táblázat Pszichológiai háttértényezők és orvoshoz járási szokások közötti korrelációk.....	134
18. táblázat A k-középpontú eljárással kialakított végső klaszterközéppontok.....	136
19. táblázat Az észlelt és az ideálisnak tartott háziorvosi stílusok.....	140
20. táblázat Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség a különböző orvosi stílust tapasztalók között.....	141
21. táblázat Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség azok között, akinél az észlelt orvosi stílus megfelel az ideálisnak tekintettnek és azok között, akiknél nem	142
22. táblázat Az orvos stílusa és kognitív és érzelmi gondoskodása.....	145
23. táblázat Kognitív és érzelmi gondoskodás valamint a kiváló minőség észlelése és a teljes mértékű elégedettség.....	146
24. táblázat Korrelációk az észlelt minőség dimenzióinak átlagos értékelése és az együttműködés típusai között.....	150
18. táblázat A primer kutatás hipotéziseinek értékelése.....	153

1. Bevezető

Az orvos-páciens kapcsolat egészségügyi ellátásban betöltött szerepe az utóbbi években, évtizedekben alapvető változásokon ment keresztül. Bár e változások országtól és ellátórendszertől függően eltérő mértékűek, általánosan elmondható, hogy gyógyítási szempontból eltolódás vehető észre a biomedikális szemlélettől a bio-pszicho-szociális modell felé, amely komplexebb és személyesebb kapcsolatot feltételez az orvos és páciense között. Gazdasági és marketing szempontból is változások tapasztalhatók: az egészségügy egyre inkább szolgáltatásként jelenik meg. Ennek eredményeképp nagyobb hangsúly kerül az igénybe vevői elégedettségre, a személyes kapcsolatmenedzsmentre és a kockázatkommunikációra. A megfelelő kommunikációt és a páciensek döntési folyamatba való bevonását – a nemzetközi irodalom alapján – egyre szélesebb körben tekintik olyan tényezőknek, amelyek elősegíthetik a gyógyítási/gyógyulási folyamat sikerességét és a felek elégedettségének növelését. Fontos eleme mindennek a páciensek egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos szemlélete, valamint együttműködési hajlandósága, amelyek nemcsak befolyásolhatják a kommunikációt, de annak következményei is lehetnek és végső soron az eredményességhez is hozzájárulhatnak. Ha pedig mindezek olyan tényezők, amelyek elősegítik az egészségügyi kimenetek javítását, ezzel javítva a páciens-biztonságot, csökkentve a visszaesések, kórházi felvételek, komolyabb beavatkozások számát (amelyeknek komoly gazdasági hozadéka is vannak), úgy vélem, érdemes részletesen foglalkozni ezzel a folyamattal.

Egy e folyamatokra irányuló kutatást azért tartok fontosnak, mert érdemes megvizsgálni, hogy a komoly finanszírozási problémákkal küzdő egészségügyben milyen lehetőségek vannak arra, hogy a bio-pszicho-szociális megközelítést alkalmazva javuljanak a kimenetek. Ezáltal lehetővé válhat olyan marketing- és gazdaságpszichológiai megközelítésű megállapítások megfogalmazása, melyek alapot jelenthetnek a hazai egészségügy minőségének innovatív javítására. A dolgozattal szeretném megalapozni azt az elgondolást, hogy az orvos-páciens kapcsolat és kommunikáció vizsgálata gazdasági szempontból is megfontolandó eredményeket hozhat.

Kutatásom a téma jellegéből adódóan multidiszciplinárisnak mondható, hiszen több tudományterülethez kapcsolódik (elsősorban a szolgáltatásmarketinghez és a magatartástudományhoz), és egyrészt valamennyi terület számára megfogalmaz

újdomságnak számító eredményeket, másrészt komplex módon vizsgál a különböző tudományterületekből származó konstruktumokat.

1.1. A tudomány állása a kutatási területen

A multidiszciplináris szemlélet miatt érdemesnek tartom a részletesebb irodalomismertetés előtt röviden összefoglalni, hogy az említett tudományterületeken belül az általam vizsgált témák kutatottsága milyen.

Az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció témaköre nemzetközi vonatkozásban igen széles körben kutatott terület, melyet jelez, hogy több angol nyelvű folyóirat témájához is igen közel áll¹, míg hazánkban inkább szakkönyvekben találkozunk e témakörrel². E források közös tulajdonsága, hogy elsősorban orvosi, illetve pszichológiai szempontú megközelítést nyújtanak, és áttekintésük alapján általános megállapítás lehet, hogy az orvos-beteg kapcsolat domináns szereplője általában az orvos, akinek gyógyítási szemlélete (a betegközpontú megközelítés megléte vagy hiánya) befolyásolja a konzultációk lefolyását. Szintén tapasztalható egyetértés abban a tekintetben, hogy elmozdulás vehető észre a betegközpontú megközelítés igénye felé. Számos tényező azonosítható, amelyeknek szerepe van a kommunikációs folyamatban, valamint az együttműködésben.

Az egészségmagatartási vizsgálatok azért fontosak, mert annak megválaszolásához járulnak hozzá, hogy a páciensek saját attitűdjeinek, értékeinek milyen szerepe van az egészség és egészségügy kapcsán tanúsított viselkedésnek. Ezen összefüggések modelljei a koherencia-érzés, melynek bevezetése Antonovsky (1993) nevéhez fűződik, vagy az egészséghit modell (Health Belief Model), melynek megalkotása Rosenstock és kutatótársai (1988) érdeme. Ezeket is jellemzően orvosi kontextusban alkalmazzák.

Gazdasági szempontból az egészségüggyel jellemzően rendszerszinten foglalkoznak, például az egészségügyi rendszerek fenntartása, reformjai kapcsán. Emellett a másik fontos gazdaságtudományi megközelítés a marketing szemlélet, melyek kapcsán például a betegelégedettség-vizsgálatok kapnak kiemelt szerepet; Simon (2010) műve e megközelítések szintézise.

¹ Például: Patient Education and Counseling, Health Psychology, Health Policy and Education.

² Például: Molnár P., Csabai M. (1994): A gyógyítás pszichológiája; Pilling J. (szerk., 2004): Orvosi kommunikáció.

A szakirodalom azonban igen hiányos a különböző megközelítések ötvözésében. Ezt jól szemlélteti azon tapasztalatom, hogy a Journal of Health Economics című folyóiratban való kereséskor a „communication” (kommunikáció), vagy a „relationship” (kapcsolat) szavak mindössze egy-két tanulmány címében jelennek meg.

A kutatás módszertanával kapcsolatosan elmondható, hogy mind az egészségmagatartásra, mind a szolgáltatásminőség mérésére léteznek mérési eszközök. Előbbi kapcsán a már említett koherencia-érzés kérdőív (SOC-13), melyet magyar nyelven is validáltak (Balajti és tsai 2007), valamint az egészséghit modell skálája, melynek egyes elemei szintén megjelennek hazai kutatásokban (Simon 2010). Általában azonban nem ismert sem az egészséghit modell általános megfogalmazású változata (nemzetközi kutatások során jellemzően annak speciális egészségügyi állapotokra adaptált változatát használták), sem olyan kutatás, melyben mindkettőt alkalmazták. Az igénybe vevők által észlelt szolgáltatásminőség mérésének egyik elterjedt és elfogadott módszertanát a gap-modell és a SERVQUAL kérdőív adják (Parasuraman és tsai 1988). A SERVQUAL kérdőívet konkrét szolgáltatásokra adaptálni szükséges. Nemzetközi kutatások során megtörtént egyfajta adaptálás például kórházi szolgáltatásokra (Babakus és Mangold 1992), valamint egy igen átalakított verzió alapellátásokra (Miranda 2009), azonban a modell eredeti dimenzióihoz szorosabban kötődő, az alapellátást általánosan vizsgáló eszközről, mely kutatásom céljainak megfelel, nem tudok. Hazánkban tudomásom szerint nem történt meg a SERVQUAL eszköz egészségügyi szolgáltatásokra történt adaptációja.

Nem tudok továbbá olyan kutatásról, melyben a fenti modelleket ötvözve, komplex módon vizsgálják az orvos-beteg interakció kimeneteit.

1.2. A kutatás célja és megválaszolandó kérdései

Munkám célja, hogy a fent leírt problémakör nagyobbbrészt nemzetközi szakirodalma alapján interdiszciplináris elméleti modellt alakítson ki, és e modellt empirikus módszerekkel (használva a fent említett SOC-13, egészséghit modell és SERVQUAL eszközöket) tesztelje. Ezzel céloom, hogy feltárjam a téma kapcsán a magyarországi sajátosságokat, különös tekintettel az alapellátásra. Fő kérdésem tehát, hogy hogyan kapcsolódnak össze az egyéni, kommunikációs és kapcsolati tényezők, amelyek befolyásolják az együttműködést, a betegelégedettséget, és ezeken keresztül az egészségügyi kimeneteket. A dolgozattal szeretném megalapozni azt az elgondolást,

hogy fontos az orvos-páciens kapcsolat és kommunikáció vizsgálata gazdasági szempontból is. Emellett gyakorlati relevanciájú információkat kívánok biztosítani az egészségügy szervezeti szereplői számára, reflektálva a szabályozási környezetre.

Szekunder és primer kutatásaim során kiemelten kívántam vizsgálni az alábbi feltevések és összefüggések helytállóságát.

- Értelmezhető az egészségügyi szolgáltatás funkcionális és technikai minősége.
- A SERVQUAL modell adaptálható egészségügyi szolgáltatásokra, az általa meghatározott dimenziók kapcsolatban állnak az elégedettséggel, valamint az együttműködéssel.
- Az orvos-beteg konzultáció során az orvos kommunikációs stílusa, kognitív és érzelmi gondoskodása befolyásolja a szubjektív kimeneteket és a beteg-együttműködést.
- Összefüggés van a koherencia-érzés és az egészséghit változói között. E változók mentén páciens-szegmensek különíthetők el, melyek egymástól különböző egészségmagatartással jellemezhetők.
- Páciens-szegmensek különböztethetők meg a kommunikációs stílusra és a döntésbe való bevonódásra vonatkozó igények mentén. Az ezen igényeknek való megfelelés összefügg a szubjektív kimenetekkel.
- A páciensek érzelmi és kognitív állapota, elégedettsége és észlelt minősége összefügg az objektív kimenetekkel.

A kutatás során validálásra kerül az egészséghit modell általános verziójának magyar nyelvű változata, valamint a SERVQUAL kérdőív magyar nyelvű, egészségügyi szolgáltatásokra kialakított változata.

1.3. Az értekezés szerkezete

Disszertációm felépítésében az általánostól a specifikus témakörök felé haladok, és multidiszciplináris témám sokrétű irodalmi háttérének feldolgozása után kutatási eredményeimet ismertetem.

A 2. fejezetben bevezetésként írok arról, miért fontos – gazdasági szempontok miatt is – foglalkozni az egészség és az egészségügy témaköreivel. Áttekintem az ide kapcsolódó fogalmakat és tendenciákat, valamint bemutatom a minőség egészség-gazdaságtani megközelítését. Ennek kapcsán felvetem, hogy a páciensek, mint az ellátás

igénybevevőinek észlelései a minőség meghatározásában a megközelítések többsége szerint is fontos. A 3. fejezetben ezért az észlelt minőség fogalomkörével és mérésének lehetőségeivel foglalkozom a szolgáltatásmarketing tudományágának megközelítésében. Ismertetem az e tekintetben egyik leggyakrabban és általam is használt SERVQUAL modellt. A 4. fejezetben kitérek azon egyénhez kapcsolódó pszichológiai háttértényezők és modellek (észlelt egészség, koherencia-érzet, egészséghit) bemutatására, melyeknek fontos szerepe lehet az egyén egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos döntéseiben. Az 5. fejezetben térek át a kutatásomban központi szerepet játszó orvos-beteg interakció másik szereplőjére és magára a kapcsolatra. Itt ismertetem az orvosi kommunikáció és az orvos-beteg kapcsolat modelljeit, kitérve a felek közötti bizalom kérdésére, valamint e kapcsolat és a kommunikáció kimenetekre gyakorolt hatására. A 6. fejezetben ismertetem a beteg-együttműködés fogalmát, a rá ható tényezőket és annak potenciális következményeit.

Értekezésem 7. fejezetében olyan korábbi kutatási eredményeket ismertetek, melyek az általam önállóan és egy kutatócsoportban korábban végzett felmérésekhez kapcsolódnak e témakörben. E kutatásoknak (melyek között szerepel kvalitatív és kvantitatív módszerrel végzett is) azért szánok külön fejezetet, mert azok a végső kutatási modellem és kérdéseim kialakulása előtt folytak, és szerepük – amellet természetesen, hogy fontos következtetéseket vonhattam le belőlük a témám kapcsán – elsősorban az volt, hogy hozzájáruljanak végső kutatási modellem és hipotéziseim megfogalmazásához, valamint kvantitatív, kérdőíves kutatásom módszertanának kialakításához. Elméleti modellem igen komplex, és azt az irodalom feldolgozása, valamint az előzetes kutatások során alakítottam ki. Összetettsége miatt azonban azt fokozatosan, a 2-6. fejezetek során mutatom be, értekezésem előrehaladtával egyre több konstruktumot ábrázolva. E folyamat végére érve, a 8. fejezetben ismertetem kutatásom teljes elméleti modelljét és hipotézis-csoportjaimat, melyek az irodalmi előzményeket bemutató fejezetekhez kapcsolódnak. Itt ismertetem kérdőíves kutatásom módszertanát és mintámat is.

A 9. fejezetben e kutatás eredményeit mutatom be a hipotézisek megfogalmazásának logikai sorrendjében, majd az eredmények tekintetében felvázolom az orvos-beteg interakció tényezőinek és következményeinek modelljét és összegzem eredményeimet.

A 10. fejezetben összegzem értekezésem legfontosabb megállapításait, kutatásom fő kérdéseit és az azokra adott válaszokat, valamint kitekintést adok eredményeim hasznosíthatóságáról és további kutatási lehetőségekről.

2. Egészség, egészségügy és gazdaság

Az egészség és az egészségügy gazdasági vetületeinek áttekintéséhez szükség van e fogalmak definiálására. E fejezetben először ezzel foglalkozom, kiegészítve az egészségi állapot és az egészségügy fontos jellemzőinek ismertetésével, elsősorban hazánkra vonatkoztatva. Ezután bemutatom az egészségügyi piac sajátosságait és az egészség-gazdaságtan szemléletmódját, az egészségügy, mint szolgáltatás jellemzőit és résztvevőit, valamint az ellátás hatékonyságának és minőségének mérésével kapcsolatos gazdasági megközelítéseket. Mintegy kitekintésként kitérek olyan, az egészségügyet érintő társadalmi trendek bemutatására is, melyek vélhetően hatással vannak és lesznek a szektor szereplőire. A fejezet célja, hogy általánosabb jellegű keretbe foglalja kutatási témámat (nem célja tehát a lakosság egészségi állapotának és az egészségügy helyzetének részletes és minden vonatkozásra kiterjedő bemutatása vagy az egészségügy gazdaságban betöltött szerepének részletes elemzése; ehelyett a témám szempontjából fontos és a kutatásom háttérét képező szelektált gondolatokat közlök).

2.1. Az egészség és az egészségügy meghatározása

Az egészség leggyakrabban használt meghatározását a WHO (Egészségügyi Világszervezet) megalapításakor adta: eszerint az egészség nem más, mint a teljes testi, mentális és szociális jóllét állapota, és nem egyszerűen a betegség vagy rokkantság hiánya (WHO 2006a). E definíciót az azt ért kritikák (például hogy a tökéletes állapotot igen nehéz elérni; hogy az egészség nem statikus, inkább dinamikus fogalom; valamint hogy nem vesz figyelembe társadalmi, gazdasági és kulturális feltételeket (Simon 2010)) ellenére a szervezet hivatalosan azóta sem változtatta meg. Hibái ellenére a meghatározás jól érzékelteti a napjainkban általánosnak tekinthető holisztikus (vagy bio-pszicho-szociális) szemléletet, mely szerint az egészség nem csupán biológiai tényezők mentén értelmezendő, hanem „az ember biológiai, pszichológiai, szociális és spirituális egységén alapuló szemlélete, s ennek tudatos alkalmazása a gyógyítási folyamat során” (Pilling 2004, 586. o). Bircher (2005) dinamikussá téve a meghatározást úgy fogalmaz, hogy az egészség a jól-lét olyan dinamikus állapota, mely

olyan testi, mentális és szociális potenciállal jellemezhető, mely kielégíti az adott életkor, kultúra és egyéni felelősség igényeit. Megközelítésének (melyre értekezésemben alapként tekintek) jelentőségét az is adja, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy a fenti potenciál két részből tevődik össze: az egyik biológiailag öröklött, a másik személyesen szerzett; valamint az egyén felelősségére és a szociális és megelőző orvoslás jelentőségére (Juhász 2007). Közgazdaságtani értelmezése szerint az egészség olyan speciális jószág, melynek nincs ára, semmi mással nem helyettesíthető (Karner 2004), keresletét nem a fizetőképesség határozza meg, a helyreállítása iránti igény időpontja, minősége és időtartama pedig az estek nagy részében nem tervezhető előre (Gidai 1998, in: Éger 2006).

Az egészség komplex mivoltát mutatja Ewles és Simnett (2003, in: Lucas és Lloyd 2005) tipizálása arról, milyen dimenziókra bontható a fogalom:

- fizikai egészség (talán a legnyilvánvalóbb dimenzió, a test mechanikus működését értjük alatta),
- mentális egészség (a tisztán és következetesen való gondolkodás képessége),
- érzelmi egészség (az érzelmek felismerésének és megfelelő kifejezésének képessége, valamint a stresszel, depresszióval és szorongással való megküzdés képessége),
- szociális egészség (kapcsolatok kialakításának és fenntartásának képessége más emberekkel),
- lelki egészség (egyések számára ez vallásos hitet és gyakorlatokat jelent, másoknak személyes világnézetet, viselkedési alapelveket, a béke elérésének módjait, illetve a saját magunkkal való megbékélést),
- társadalmi egészség (olyan társadalom, mely biztosítja az alapvető fizikai és érzelmi igények számára a forrásokat).

Az egészség definíciójához hasonlóan az egészségügy értelmezése sem egyértelmű: koronként változik és függ a fennálló egészségügyi rendszertől is. Karner (2004) meghatározása szerint, mely az egészség definíciójához hasonlóan holisztikus szemléletű, az egészségügy a társadalom életét meghatározó nagy rendszer; azon egyéni és közösségi elemek összessége, melyek célja az egészség megőrzése, helyreállítása, illetve ezek feltételeinek biztosítása. Ez a meghatározás egyértelműen a WHO egészségügyi rendszerre vonatkozó definícióján (2000) alapul: eszerint abba beleértendő minden olyan tevékenység, melynek elsődleges célja az egészség javítása,

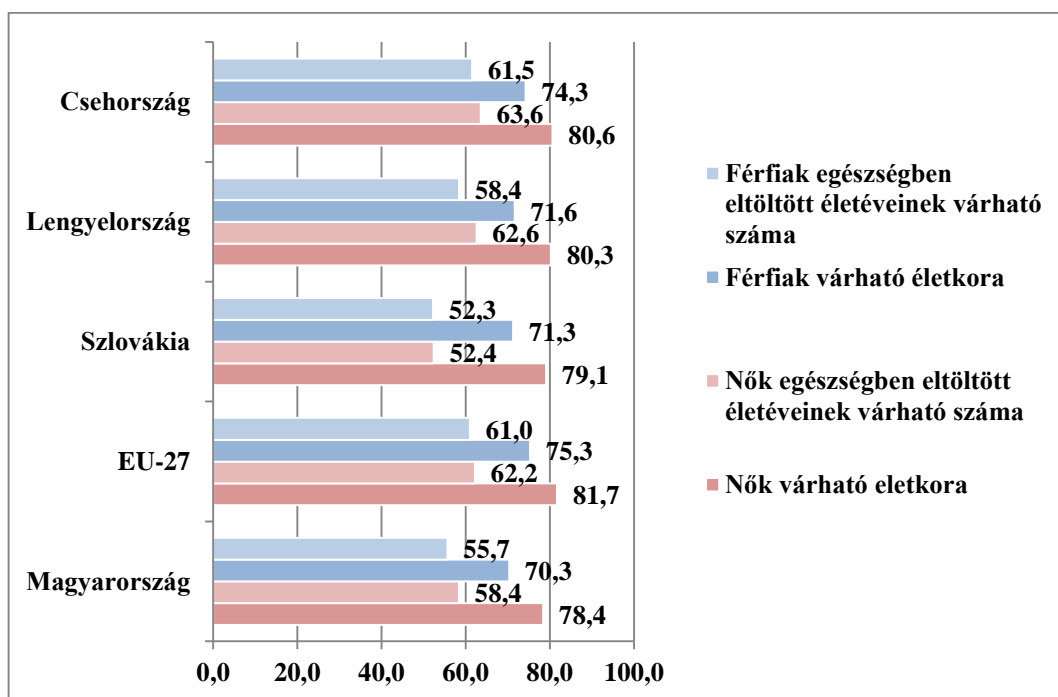
megőrzése, helyreállítása. Értekezésem szempontjából érdemes Simon (2010) alapján hozzátenni, hogy olyan speciális szolgáltatásokat foglal magában, melyben az egészség-szakmai megközelítések mellett növekvő szerepe van a vállalatgazdasági, szervezeti és marketing személetű megközelítéseknek is.

Az egészségügyi szolgáltatások célja alapvetően az emberek életminőségének javítása, valamint életük meghosszabbítása. Az egészségügyi szolgáltatás egy olyan nagyrendszer, amely minden állampolgárt érint, az egész társadalmat meghatározza, és ahol mindenki potenciális fogyasztó. Ez tulajdonképpen a humán erőforrás működőképességének biztosíthatóságát jelenti. Az élet minőségének javítása egyre inkább felértékelődik, hiszen az egészség a nagyobb munkajövedelem megszerzésének fontos feltételévé vált. A munkaerő reprodukálása mellett tehát rendkívül fontos annak „karbantartása” is. Ez lényeges azon ismert tény miatt is, hogy a fejlett gazdaságokban a tudásintenzív ágazatok veszik át a vezető szerepet; és, különösen azon területeken, ahol a jelentős természeti erőforrások hiányoznak (mint például Magyarországon), meg kell becsülni a humán erőforrást. Az egészségügyi fogyasztás – így az egészségügyi termékek és szolgáltatások piaca – folyamatosan bővül (Kincses, 2000). Ez a bővülés pedig a kereslet oldaláról korlát nélküli, így az egészségügy kiszolgáló háttérparai világszerte a gazdaság meghatározó ágazatainak számítanak.

2.2. Egészség és az egészségügy hazánkban

A világ és Európa különböző területei között nagymértékű regionális egyenetlenségek mutatkoznak az egészséggel kapcsolatos mutatók kapcsán (WHO 2008a). A magyar lakosság egészségi állapotának mutatóiról elmondható, hogy rendkívül kedvezőtlenül alakulnak. Hazánkban nemcsak az általános halálozási ráta magas, hanem kiemelkedő mértékben a középkorú menedzserréteg halálozási aránya is, ami a gazdaságilag aktív réteget fokozottan érinti (WHO 2008b). Bár a lakosság egészségi állapotában az utóbbi évtizedekben tapasztalható javulás, az még mindig messze elmarad az Európai Unió más országaitól szinte minden egészségmutató tekintetében, azokban ugyanis gyorsabb javulás tapasztalható (Vitrai és tsai 2010). Magyarországon a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött várható évek jóval az EU-27 átlag alatt helyezkednek el, és a visegrádi országok átlagaitól is elmaradnak (1. ábra).

1. ábra Születéskor várható élettartam és egészségben eltöltött várható életévek száma a visegrádi országokban (2008-2010 átlaga)



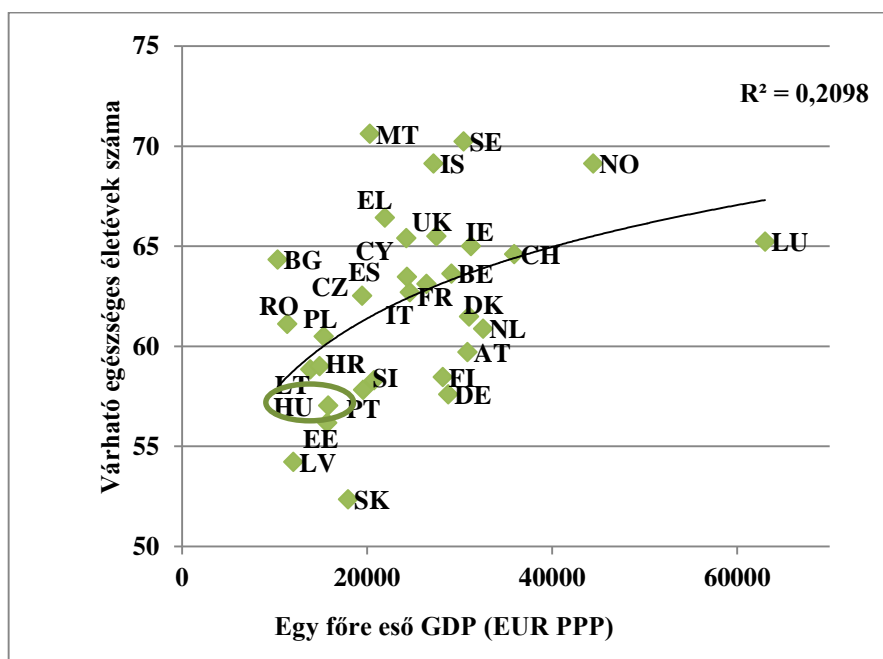
Forrás: OECD (2012) alapján saját szerkesztés

Egy ország egészségügyi rendszerének vizsgálatában a lakosság egészségi állapotának mutatói mellett az egészségügyi költsést és ezzel összefüggésben a szolgáltatói oldal mutatóit szokás vizsgálni. Ilyen például az 1000 főre eső kórházak száma, mely Európában az utóbbi években jellemzően csökkent, mint ahogyan a kórházban eltöltött napok átlagos száma is. Ez részben finanszírozási problémáknak, részben az orvosi módszerek fejlődése révén lehetségessé vált egynapos műtéteknek köszönhető. Hazánk e tekintetben igen magas aránnyal rendelkezik (2010-ben 7,3/1000 fő; az EU-27 átlaga 5,3/1000 fő), és az EU-27 átlagéhoz hasonló mértékű csökkentést mutat 2000 és 2010 között (-1,4/1000 fő) (OECD 2012).

A kórházi ellátás hatékonyságának mérőszámaként szokás tekinteni a kórházban töltött idő átlagos hosszára (a rövidebb tartózkodási idő csökkenti az egy ellátottra eső költséget). Ezen információkhoz fontos adalék azonban, hogy a rövidebb tartózkodások egyre szolgáltatás-intenzívebbek és így költségesebbek egy napra levetítve, és negatív hatásuk lehet a páciensek kényelmére és gyógyulására is. E tekintetben hazánk 5,1 napos átlaga a legalacsonyabbak közé tartozik Európában (az EU-27 átlaga 6,9 nap) (OECD 2012). Az ezer főre eső orvosok száma (2,9/100 fő) szintén alacsonyabb, mint az EU-27 átlaga (3,4/1000 fő), magasabb azonban, mint például az Egyesült Királyságé, vagy Lengyelországé. Gyakran említett mutató még az egy főre eső egészségügyi

kiadás, mely hazánkban, összehasonlítva az európai átlaggal, alacsony: 1231 euró (az EU-27 átlaga 2171 euró). Összességében az mondható el, hogy az abszolút mérőszámok alapján nem egyértelmű hazánk többi európai országhoz viszonyított helyzete. E mérőszámok mellett fontosak azonban azok is, melyek összevetik az egészségügyi kiadásokat a lakosság egészségi állapotával. Ezek alapján megállapítható, hogy egy ország lakosságának egészségi állapota nem csak a kiadások függvénye. Ezt az OECD (2012) jelentése is alátámasztja, melyben megállapítják, hogy bár a magasabb nemzeti jövedelem (egy főre jutó GDP-ben mérve) és az egészségügyi kiadások nagysága általában összekapcsolható a magasabb születéskor várható élettartammal, azonban a nemzeti jövedelem magasabb szintjein ez a kapcsolat már kevésbé jelentős. Ahogyan a 2. ábrán látható, hazánk nem tartozik ezen körbe, sőt, Magyarországon a várható élettartam alacsonyabb, mint az a nemzeti jövedelem alapján várható lenne.

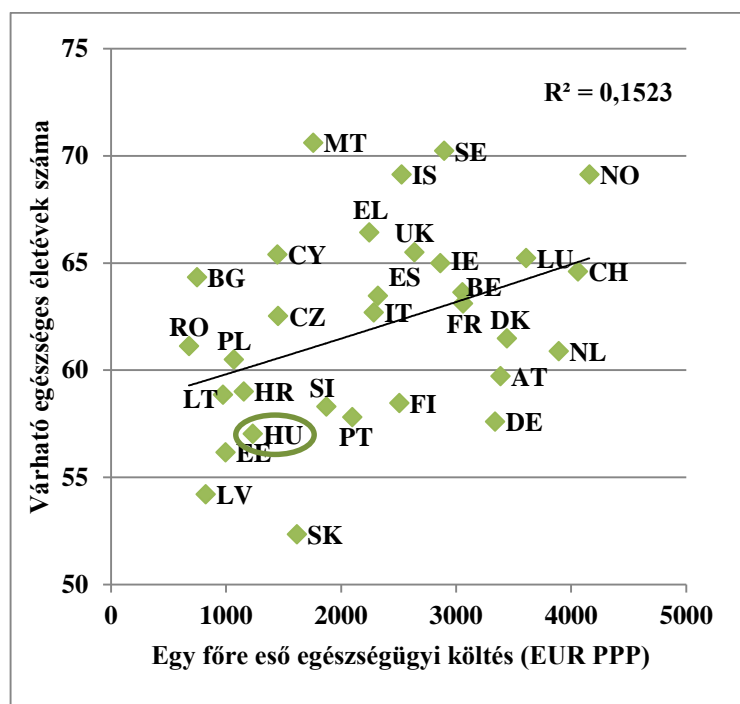
2. ábra A születéskor várható egészséges évek száma és az egy főre jutó GDP kapcsolata, 2008-2010 átlaga



Forrás: OECD 2012, 17. o.

Ugyanez a jelenség tapasztalható akkor is, ha nem a GDP, hanem az egy főre jutó egészségügyi kiadás függvényében vizsgáljuk a várható élettartamot (3.ábra). E tények azt is jelezhetik, hogy a társadalom egészségügyi állapotát nem csak az egészségügyre pénzegységben mérhető ráfordítások befolyásolják.

3. ábra A születéskor várható egészséges évek száma és az egy főre jutó GDP kapcsolata, 2008-2010 átlaga



Forrás: OECD 2012, 17. o.

A kedvezőtlen mutatók mellett a magyar egészségügynek számos társadalmi, illetve szervezeti problémával is szembe kell néznie (Borbás és tsai 2005):

- az egészséget nem tekintjük értéknek – nemcsak az egyén, hanem a közösség szintjén sem megfelelő az attitűd,
- az ellátórendszer szerkezete torz; nem tükrözi megfelelően a szükségleteket, az igényeket és a technológiai környezetet,
- a szükségletek és igények növekedését és változását nem követi a szabályozás és a források,
- a finanszírozási feltételek és szerkezeti aránytalanságok miatt növekszik a belső deficit; az infrastruktúra minősége sok helyen romlik, bérfeszültség alakult ki,
- a gyógyítás színvonalában egyenetlenségek és szabályozatlanság található,
- a lakossági részesedés a finanszírozásból igen magas, ugyanakkor nem hatékony, és nem társul hozzá megfelelő fogyasztóvédelem és beteg-érdekérvényesítés,
- a hálapénz továbbra is jelentős és torzító szerepet játszik az ágazatban,
- az infó-kommunikációs eszközök kihasználtsága rendkívül alacsony.

E problémákat jelzi az is, hogy a közvélemény-kutatások általános eredményei szerint általános az egészségügygel való társadalmi elégedetlenség (Bernát 2002, Simon 2010).

Mindezen problémák miatt lehet szükség nem csak a szó szoros értelmében vett reformokra, hanem átfogó szemléletváltásra és a holisztikus megközelítés alkalmazására, hogy az egészségügyet csak „pénznelylőnek” tekintsük.

2.3. Az egészségügyi piac szereplői és gazdaságban betöltött szerepe

A fenti alfejezetben számba vettem olyan sajátosságokat, melyek a magyar egészségügyi rendszert jellemzik. Mindazonáltal szükséges, hogy az egészségügyi piacot, az egészségügyet, mint szolgáltatást és annak szereplőit meghatározzuk.

Az egészségügyi ellátás a jelenleg is aktuális 1997. évi Egészségügyi törvény³ szerint nem más, mint a beteg egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége. Ezen tevékenységeket más néven egészségügyi szolgáltatásoknak nevezi a törvény, melyek célja többek között az egyének egészségének megőrzése, a betegségek megelőzése, illetve azok megállapítása, gyógykezelése, valamint a betegek vizsgálata és kezelése. Szabályozási szinten is egyértelmű tehát, hogy az egészségügyi ellátás: szolgáltatás. (Természetesen tárgyiasult jellegű eredményeket is találunk e szektorban, melyek elsősorban a gyógyszerek, gyógytermékek (Simon 2010).) „Az egészségügyi szolgáltatás kizárólag egy adott helyen, kimondott, vagy ki nem mondott igények alapján, előírt technológia szerint, meghatározott személyen valósul meg, és általában nem ismételhető” (Hajnal 2005, 30. o.), ezért is van szükség a minőség monitorozására.

Az egészségügyi szolgáltatás az egész társadalmat érinti, ahol mindenki potenciális fogyasztó. Azonban nem a beteg az ellátórendszer egyetlen igénybe vevője; az 1. táblázat a lehetséges fogyasztókat, az egészségügy külső és belső vevőit, az általuk igénybe vett szolgáltatást és az azzal kapcsolatos legfontosabb elvárásokat jellemzi. Ahogyan e táblázatban látható, az ellátás igénybe vevőinek köre igen széleskörű. Disszertációm egyrészt a betegekkel, mint külső vevőkkel foglalkozik az orvosokkal való kapcsolat kontextusában, másrészt az egészséges emberekkel, akik nemcsak potenciális és vélhetően múltbeli fogyasztók, hanem például a prevenció vagy az alkalmassági vizsgálatok révén aktuálisan is fogyasztók lehetnek. Természetesen a többi szereplő kutatásba való bevonása is érdemes volna, jelen keretek között azonban a két „főszereplőre” (orvosra és betegre vagy potenciális betegre) és azok viszonyára koncentrálok.

³ http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV

1. táblázat Vevők és igényeik az egészségügyben

	Vevő	Igénybe vett szolgáltatás	Elvárás/igény
Külső vevők/ügyletek	Egészséges ember	Prevenció Foglalkozás-egészségügyi ellátás	Egészség megőrzése Alkalmasság megállapítása
	Beteg	Alapellátás Járóbeteg-szakellátás Fekvőbeteg-ellátás Mentőszolgálat	Egészség helyreállítása Állapot javítása/stabilizálása
	Hozzá tartozó	Tanácsadás Betegjogi képviselő Hotelszolgáltatás	Hozzá tartozójának megfelelő színvonalú ellátása
	Közösség/társadalom	Szűrés Prevenció Területi ellátás	Morbiditás, mortalitás csökkentése Igazságos ellátás
	Tulajdonos (pl. önkormányzat), Fenntartó (pl. Kht.)	Vezetőség beszámolója	Gazdaságos működés Presztízs-növekedés Betegvonzás
	Finanszírozó (pl. OEP)	A teljes szolgáltatás Elszámolási adatszolgáltatás	Előírt keretek betartása Korrekt jelentés
	Felügyelő (pl. ÁNTSZ)	Felülvizsgálat eltérése	Törvényes és szakmailag korrekt működés
	Más egészségügyi intézmény (pl. szakkórház)	Szakellátás Diagnosztika	Kiegészítő vagy eltérő szolgáltatás
	Nem egészségügyi intézmény (bármilyen szervezet)	Morbiditási szűrés	Megelőzés Felügyelet
Belső vevők	Munkatársak (pl. orvosok)	Kiegészítő szolgáltatások (pl. labor)	A szolgáltatási igények gyors és teljes körű kielégítése
	Társosztályok/részlegek	Konzílium Ellátás	Azonnali és szakszerű intézkedések
	A szervezet területén működő egészségügyi szolgáltatók (pl. laboratórium-üzemeltetők)	Kapcsolódó egészségügyi és infrastrukturális intézkedések	A teljesítési feltételek biztosítása, zavartalan szakmai kooperáció

Forrás: Hajnal (2005)

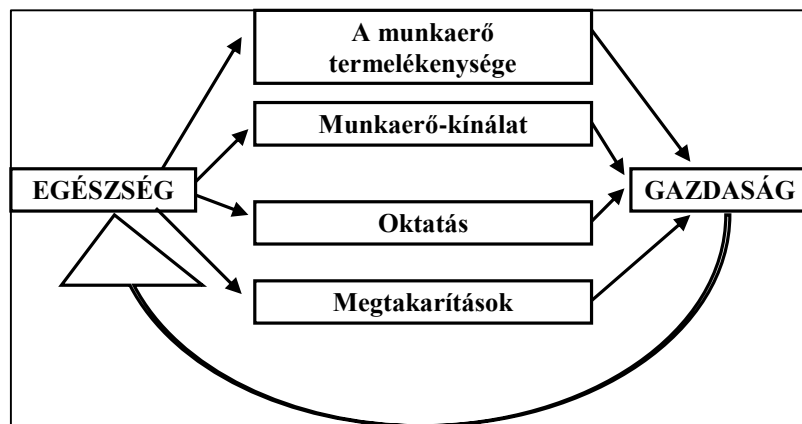
Fontosnak tartom felvetni a szóhasználattal kapcsolatos dilemmákat is az igénybe vevők kérdésében. A „beteg” mint általánosan használt elnevezés nem megfelelő valamennyi lakossági igénybe vevőre, hiszen az egészségüggyel szemben az egészséges (aktuálisan betegséggel nem rendelkező) lakosnak is vannak elvárásai. Használatos ezen kívül a „páciens” szó is, mely egyértelműbben felel meg a nemzetközi irodalomban használatos

elnevezésnek („patient”), és első pillantásra talán közelebb áll a szintén elterjedt „kliens” („client”) használatához (és a fogyasztói szemlélethez), azonban ha jelentését megnézzük („türelmes”), úgy vélem, ez nem helytálló teljes mértékben. Alkalmasabbnak tartom ezen elnevezést ugyanakkor azon igénybe vevőkre, akik nem betegség miatt veszik igénybe a szolgáltatást, hiszen a páciens szó nem foglalja magában egyértelműen a betegség meglétét. Ennek megfelelően nem fogok ragaszkodni egyetlen elnevezéshez, és az aktuálisan kifejtett témakör jellegéhez leginkább illő elnevezés(ek)e)t fogom alkalmazni. Ez azt jelenti, hogy amikor kifejezetten az orvossal történő interakcióról írok, akkor a „beteg” elnevezést használom (pl. orvos-beteg konzultáció), míg amikor általánosabban szólok az igénybe vevőkről, akkor inkább a „páciens” szót fogom használni (pl. páciensek egészségmagatartása).

Ahogy korábban említettem, nem általános szemlélet, hogy az egészségügyre, mint befektetésre gondoljunk. Az egészségügy hosszú időn keresztül csak „melléktermék” volt a gazdasági fejlődés során is; a beruházásokat a gazdaság szemszögéből vizsgálták. Az emberi erőforrás szerepe csak az utóbbi időben kezdett fontossá válni (WHO 2008a).

Az egészségbe való befektetés értékét számos szinten értékelhetjük. Jelentős egyrészt a betegségek költsége, amely a közvetlen költségeket, valamint a termelésből való kiesést is magában hordozza. Ez a hatás a magasabb jövedelmű országokban magasabb költségeket jelent. Másrészt makroökonómiai hatásai vannak – egyes kutatások szerint például a várható élettartam egy éves növekedése a GDP 4 százaléknyi növekedésével hozható összefüggésbe, vagy a magasabb jövedelemmel rendelkező országokban 10 százalékos csökkenés az érrendszeri problémák okozta halálozásokban a GDP 1 százalékos növekedését is eredményezheti. Harmadrészt mikroökonómiai szinten is megfigyelhető az egészségügy jelentősége; ennek egyik vetületét a 4. ábra mutatja be. Eszerint az egészségi állapot a munkaerő termelékenységére, a munkaerő-ellátásra, az oktatásra és megtakarításokra gyakorolt hatásával (bár ez utóbbi kapcsolat kevésbé alátámasztott, mint a többi) befolyásolhatja a gazdaságot, ahonnan azután visszacsatolás érkezik (WHO 2008a).

4. ábra: Az egészség és a gazdaság kapcsolata



Forrás: WHO 2008a, 7. o.

Az egészséges, képzett munkaerő a legproduktívabb eszköz, és ez különösen igaz jelenleg és Európában, amely a globalizálódó világban a változó gazdasági mintákkal és az előregedő társadalommal kell, hogy szembenézzon.

Az egészségügyben fontos szerepe van a regionalitásnak is, amiről azért is tartom fontosnak szót ejteni, mert a régióknak fontos szerepe van abban, hogy megfelelő egészségügyi szolgáltatások jöjjenek létre és működjenek. Ezt felismerve számos példát találhatunk arra, ahogyan egyes régiók az egészségügyi ellátórendszert felhasználva teremtenek gazdagságot innovációk biztosításával. A gondviselőkkel, szakemberekkel és vállalatokkal helyi szinten való együttműködés az alap, regionális szinten pedig megtörténhet az önszerveződés, a változás megvalósítása. Mindehhez nemcsak az államok és az európai intézmények támogatása, hanem a régiók együttműködése is szükséges (WHO 2008a). A regionalitásnak nem csak az együttműködés, hanem a verseny kapcsán is jelentős szerepe van. Az egészségügyben zajló verseny hatásköre nem helyi, hanem regionális, nemzeti vagy nemzetközi kell, hogy legyen – az orvosoknak és a többi szolgáltatást nyújtó résztvevőnek nem csak a földrajzilag közeli ellátókkal kell összehasonlítaniuk teljesítményüket, hanem a legjobbakkal, földrajzi távolságtól függetlenül, valamint figyelemmel kell követniük a regionális központok tevékenységét (Porter és Teisberg 2006). Az Európai Unióban a közintézmények, így az egészségügyi intézmények teljesítményének színvonala és szolgáltatásainak minősége a gazdasági versenyképesség fontos összetevője. Az ellátórendszerek a társadalmi erőforrások (közegészségügyi állapotok) fejlesztésével is hozzájárulnak a gazdasági versenyképességhez, ezért alapvető követelmény azok fejlesztése. Más országok ellátási

színvonalának demonstrációs hatása pedig erőteljesen fokozza a szolgáltatások színvonalára irányuló nyomást a társadalom felől is (Jenei 2005).

Ami a problémákat illeti, a WHO (2008c) jelentése szerint 3 olyan fő trend figyelhető meg az egészségügyben, amely a holisztikus megközelítés hiányát jelzi, és negatív irányban befolyásolja e szektor hatékonyságát:

- az egészségügyi rendszerek aránytalanul szűk körű, specializált gyógy módokra koncentrálnak,
- az egészségügyi rendszerek, ahol az utasítás-ellenőrzés megközelítés dominál, rövid távú megoldásokra koncentrálnak, töredezetté teszik a szolgáltatás nyújtását,
- olyan egészségügyi rendszerek működése, ahol a laissez-faire típusú irányítás hozzájárult az egészségügy szabályozatlan elüzletiesedéséhez.

Mindezek eredménye pedig az, hogy nincs kiegyensúlyozott válasz az igényekre. Számos országban alakul ki egyenlőtlen elérés, emelkedő költségek, és az egészségügyi rendszerbe vetett bizalom csökkenése, amelyek a társadalmi stabilitást veszélyeztetik.

Mindennek oka az is lehet, hogy az egészségügyi szolgáltatásoknak mind kínálati, mind keresleti oldala eltér az üzleti alapon nyújtott és igénybe vett szolgáltatásokétól. Ahogyan Kornai (1998, 45. o.) megfogalmazza: „...széleskörű az egyetértés abban, hogy az egészségügy markánsan különbözik a társadalmi tevékenységek más ágaitól.” Az ágazat sajátosságai kapcsán a szerző az alábbiakra hívja fel a figyelmet.

- Mivel az egészségnek és életnek semmihez nem hasonlítható értéke van, a piac itt kudarcot vallhat, és rendkívül nehéz, illetve kérdéses a költségek és hasznok mérése.
- Nehéz meghatározni az „alapvető szükségletek” mértékét.
- Az egyedi érték miatt az emberek nagy része hajlandó specifikus egalitárius elveket elfogadni az egészségügyi szolgáltatások allokációjáról – az egyenlő hozzáférés biztosítása morális elvvé válik. Emiatt károsnak tekintenének egy olyan folyamatot, melyben a biztosítás kizárólag piaci alapon működne (ez ugyanis a biztosítási díjak emelkedéséhez, ezzel pedig egyre több ember kimaradásához vezetne).
- A kínálati oldal sokkal több információval rendelkezik a tranzakció tárgyáról, mint a keresleti oldal (információs aszimmetria). Részben ez az oka az orvos és

beteg közötti kapcsolat aszimmetriájának is: az orvosnak társadalmi rendszertől és gazdasági ösztönzőktől függetlenül hatalma van a beteg felett.

- Az egészségügyben hiánygazdaság uralkodik (e tulajdonságában párhuzamba állítható a többi ágazattal). Ennek következményei között a minőségi fejlesztés elhanyagolását, a vevők kiszolgáltatottságát, egyes csoportok privilegizáltságát kell megemlítenünk.

Karner (2004) alapján e jellegzetességeket az alábbiakkal egészíthetjük ki.

- Monopóliumok léteznek a piacon, például a finanszírozó OEP, de számos esetben az orvos is annak tekinthető.
- Az orvost és az intézményhálózatot ellátási kötelezettség terheli.
- A társadalmi externáliák alapvetően meghatározhatják az egyének egészségi állapotát.
- A keresleti oldal az egészség értékét gyakran csak akkor becsüli, amikor már tönkrement – ekkor viszont kész közel mindent megadni a javulásért (a fogyasztás nem költség-haszon elemzéseken alapul). Bár a kuratív (gyógyító) orvoslásnak csak kb. 10%-nyi hatása van az egészségre, az egészségügyi költségvetés kb. 90%-át erre fordítjuk, és az orvosképzés is erre irányul.

Fontos sajátosságok továbbá az alábbiak (Jenei 2005).

- Bár minden korosztálynak szüksége van egészségügyi szolgáltatásokra, de azokat jellemzően az idősebb korosztály veszi igénybe nagy intenzitással.
- A kínálat bővülése a szolgáltatásra irányuló, néha járulékosan növekvő keresletet eredményez.

Ez a szolgáltatás egy speciális tulajdonságokkal rendelkező jószág tehát, melyre jellemző a származtatott kereslet is: azért fogyasztjuk, mert hozzájárul az egészségi állapot javításához vagy fenntartásához, tehát kereslete alapvetően az egészség iránti igényből származik (Gulácsi 2012). Az egészség, mint termék a piacon nem tud megjelenni; csereértéke az egészségügyi ellátásnak van, mely azonban önmagában inkább tekinthető hasznosságot csökkentő jószágnak (pl. fájdalmas beavatkozások elszenvedése) – ezt ellensúlyozhatja a hosszabb távon remélhető haszon. Fontos továbbá az extern hatások jelenléte, melyek abból származnak, hogy az egyén törődik mások egészségi állapotával (Brandtmüller és Lepp-Gazdag 2005).

Evetovits (2004) mindezek mellett az egészségügyi piac sajátosságaként írja le, hogy az orvos egy személyben szolgáltató és egyfajta vevő is, hiszen az esetek nagy részében ő dönt az ellátás szükségességéről és módjáról; ő határozza meg a szükségletet az egészségügyi szolgáltatások iránt, és azt ő maga is nyújtja. A piac kudarcát az egészségügyben pedig részben az okozza, hogy a páciens nem rendelkezik a vásárlói döntés meghozatalához szükséges mennyiségű és minőségű információval.

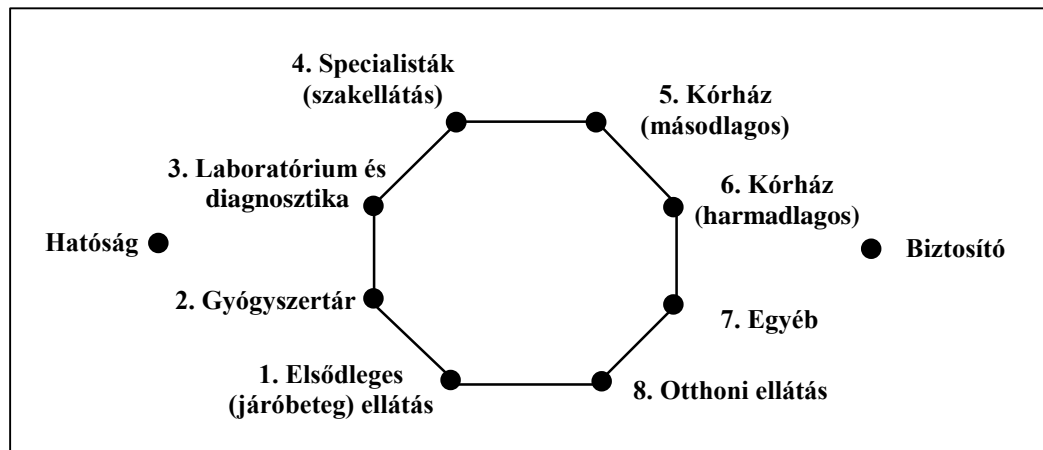
Fontos mindehhez hozzátenni, hogy az orvostudomány fejlődése miatt egyre több az olyan lehetőség, amely technikailag ugyan megvalósítható, azonban gazdaságilag nem – ez feszültségeket szül az ellátó és igénybe vevői oldal között.

Az egészségügy sajátosságai közül érdemesnek tartom kiemelni továbbá azt a tényt, hogy ez talán a leginformáció-intenzívebb szakterület: minden egyes döntéshez az információk gondos összegyűjtése és értékelése szükséges, amelyek nagy része valahonnan máshonnan származik. Ezért már néhány évtizede felismerték a jobb információáramlás szükségességét, és így helyi, regionális, nemzeti és nemzetközi egészségügyi információs hálózatok szükségességét (Neame 1995). Voss és tsai (2005) értelmezésében regionális egészségügyi hálózatok (RHCN – Regional Health Care Networks) jönnek létre a munkaerő specializálódása miatt (hisz a modern egészségügyi ellátást számos különböző szakmai csoport és intézmény biztosítja), melyek célja, hogy minden releváns információhoz könnyű elérést biztosítsanak, ezáltal hozzájárulva a költséghatékonyabb és koherensebb egészségügyi ellátórendszerek létrejöttéhez. Az ilyen típusú kommunikáció az egészségügyi kiadások mintegy 1-2%-át teszik ki (Broon-Rasmussen és tsai 2003). Az Oates és Jensen (2000) által használt definíció szerint a regionális egészségügyi hálózat összeköti a régió különböző egészségügyi ellátóit (5. ábra), lehetővé téve a kórházak, háziorvosok, páciensek, egészségügyi központok, laboratóriumok és egyéb intézmények közötti elektronikus információ elérést és cserét.

A már működő információs rendszerek és a lehetséges pozitív kimenetek közötti kapcsolatokat vizsgáló kutatások igen ellentmondó eredményeket hoztak – köszönhetően a klinikai környezetek és az alkalmazott módszerek különbözőségének, a terület kiforratlanságának és a pénzügyi források hiányának. Azonban a téma szakértői között általános egyetértés van a tekintetben, hogy az egészségügyi információs rendszerek végső soron hozzá tudnak járulni a költségek csökkentéséhez, különösen a megelőzés és a krónikus betegségek területén. További (véleményem szerint ennél is

fontosabb) eredményeik pedig, hogy javíthatják az egészségügyi személyzet teljesítményét, a diagnózisok minőségét, a betegség-menedzselést (disease-management), és összességében a páciensek jólétét (Maass és tsai 2008).

5. ábra Regionális egészségügyi ellátók



Megjegyzés: a felépítés, az elnevezések, illetve az egyes ellátók súlya országonként eltérő lehet.

Forrás: Oates és Jensen 2000, 9. o.

Az info-kommunikációs technológiák fejlődésének köszönhető információs hálózatok olyan innovációt jelenthetnek az egészségügyi ellátórendszerek hatékonyságának növelésében, amelyek bizonyítják, hogy a technológiai fejlődés nem csak növelheti az orvosi ellátások költségét, hanem hozzájárulhat a versenyképesség fokozásához. Olyan innovációt jelenthetnek tehát, melyre Porter szerint is szükség van: „egészségügyi ellátórendszerünk⁴ költségproblémájának valódi megoldásához dinamikus szemléletre van szükség, olyanra, amely azon innovációkat részesíti előnyben, amelyek lenyomják a költségeket és javítják a minőséget” (Porter 1998, 429. o.).

2.4. Az egészségre ható folyamatok napjainkban

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők sokszínűségének illusztrálására az alábbiakban olyan trendeket mutatok be, melyek véleményem szerint alátámasztják a komplex megközelítés alkalmazás szükségességét az egészségmagatartás és az egészségügyi ellátás megítélésének vizsgálatában. A teljesség igénye nélkül azokról a folyamatokról írok, amelyek úgy gondolom, jelenleg igen aktuálisak: demográfiai,

⁴ Itt Porter az Egyesült Államok egészségügyére utal, azonban gondolatai Európában is fontos szempontként szolgálhatnak.

társadalmi, generációs és szemléletbeli, valamint technológiai változások; ezek azok, amelyek következményeikről pontos tudást jövőbeli kutatások adhatnak.

A demográfiai és társadalmi tendenciák közé tartozik a lakosság elöregedése és a várható életkor kitolódása (Hablicsek 2004), melyeknek jelentős következményei vannak az egészségügyi ellátórendszerekre. Szükséges az adaptálódás az elöregedő társadalom igényeihez, ugyanakkor a célcsoportnak és megküzdési stratégiáinak is adaptálódnia kell az új megoldások (például az elektronikus segédeszközök) igénybevételéhez és az önellátáshoz (Koch 2006). Ennek fontosságát növeli, hogy az intenzívebbé váló társadalmi mobilitás eredményeképp a családok egyre nagyobb földrajzi területen szóródnak szét – így egyre több idős ember él egyedül, akiknek meg kell tanulnia használni az új technológiákat. Az önellátást (azt, hogy milyen magatartásformákat alkalmaz az egyén egészsége fenntartására és helyreállítására) befolyásolja az egészséggel kapcsolatos szemlélet és a megküzdési stratégia⁵ is (Zeleznik 2007).

Az elöregedés mellett érdemes figyelembe venni az úgynevezett Y generáció⁶ (valamint az utána következők) ellátórendszerbe való belépését is. Olyan korcsoportról van szó, akik – életkoruk kapcsán – talán a legritkább alanyai az egészségügyi döntésekkel kapcsolatos vizsgálódásoknak, szerepük azonban több szempont miatt fontos lehet. Számukra az egészségügyi innovációk és a távoli szolgáltatások vélhetően könnyebben elfogadhatóak lesznek; ugyanakkor döntéshozatalukban és információkeresésükben Weiler (2004) szerint nagy szerepe van a vizuális eszközöknek, valamint a kérdésekkel, vitákkal való stimulációnak. Mindehhez az orvos-beteg interakciók során is érdemes lehet igazodni.

A közfigyelmet is érdeklő, és szintén fontos trendnek tekinthető az orvosok és egészségügyi dolgozók kivándorlása, mely igen aktuális kérdés nemcsak hazánkban, hanem a nemzetközi diskurzusban is (Eke és tsai 2009). Ez nemcsak azt a problémát veti fel, hogy egyre kevesebb embernek kell ellátnia egyre több munkát, hanem a rendszerszintű bizalom csökkenését is eredményezheti. Emellett a más emberekkel való

⁵ A megküzdési stratégia azt mutatja meg, hogy hogyan tud az egyén a nehéz, stresszkeltő élethelyzetekkel megbirkózni (problémaközpontú vagy érzelemközpontú módon; ennek során kognitív és magatartásbeli erőfeszítéseket tesz) (Margitics és Pauwlik 2006).

⁶ Általánosságban az 1980 és 2000 között születettekre szokták alkalmazni ezt az elnevezést (Prónay 2011), azonban különböző szerzők egymástól kicsit eltérő évszámokat alkalmaznak: Bailey és Ulman (2005) szerint az 1977 és 1994 között születettek az Y generáció, vagy más néven a Millenniumi Generáció (a millennium körül érettségiztek), Következő Generáció vagy Digitális Generáció tagjai.

hosszú távú intenzív törődés vagy az erős szervezeti hierarchia olyan sajátosságai az egészségügyi rendszereknek, amelyek hozzájárulnak a bennük dolgozók kiégéséhez (Tandari-Kovács 2011). Ha ehhez egyre nagyobb munkamennyiség, illetve az elismerés és a visszajelzés hiánya is hozzájárul, ez tovább erősítheti ezt a folyamatot. Az egy főre eső több munka továbbá azt is jelenti, hogy egy páciensre kevesebb idő jut. Ez pedig – különösen, ha hiányzik a hatékony orvos-beteg kommunikáció – az ellátás színvonalának csökkenéséhez, és akár az orvos-beteg együttműködés romlásához is vezethet, amelynek komoly hatásai vannak az egészségügyi kiadásokra is. A csökkenő létszámú egészségügyi dolgozónak többlet megterhelést jelenthet a szegénység és munkanélküliség miatt akár több pszichoszomatikus betegséggel küzdő páciens kezelése is.

A társadalomban nemcsak demográfiai, hanem szemléletmódbeli változások is történnek. Törőcsik (2011) a fogyasztók magatartásával kapcsolatos trendkutatások⁷, valamint saját kutatásainak ismertetése alapján megállapítja, hogy az egészség napjaink egyik megatrendjének tekinthető; az egészség az egyéntől egyre nagyobb befektetést igényel, egyre növekszik az egészségtudatosság és felelősség, az egészségpiacok pedig növekednek, valamint bővülnek. Törőcsik (2008) megfogalmazza azt is, hogy ma már a betegpiac mellett egyre növekvő egészségpiacról beszélhetünk; az egészség csinálhatóvá, fogyaszthatóvá válik, és a háztartások egyre nagyobb mértékben költenek az egészség megőrzésére és fejlesztésére. Az egészségmagatartással kapcsolatos legfontosabb trendek pedig az alábbiak mentén írhatók le (Törőcsik 2007 és 2011 alapján):

- az egészség, mint érték megőrzésében növekszik az egyéni felelősség; a munkahelyekért folytatott versenyben az emberek egy része egyre több olyan terméket és szolgáltatást vesz igénybe, melyek fokozzák az energiát, a tettekkészséget – azaz hajlandók energia- és pénzráfordításra egészségük érdekében,
- a páciensből sok esetben olyan vásárló lesz, aki az egészségügyi piacon is a hipermarketekben tapasztalható feltételeket (pl. választási lehetőségek, szabad döntés) várja,

⁷ A trendkutatás a fogyasztók magatartását befolyásoló jelenségekkel középtávon foglalkozó tudományterület, melynek során a kiindulási pont az emberek értékészlete, életkörülményei, életstílusa, a cél pedig új társadalmi jellemzők azonosítása és ezek jövőbeni hatásainak értékelése (Törőcsik 2011).

- növekszik a társadalom felelősségvállalása iránti igény, azaz az új lehetőségek azonnali igénybevételének igénye, hiszen a média, az interneten azonnal hozzáférhető információk fokozzák a várakozásokat,
- ellentrendként megjelenik a gyengéd orvoslás iránti igény: egyrészt az alternatív gyógyászati módszerek igénybevétele és az öngyógyítás, másrészt a gyógyítás érzelmi aspektusainak hangsúlyozása, lelki támogatás igénylése.

Úgy vélem, a fent említett trendek részben közvetlenül (érzelmi aspektusok a gyógyításban), részben közvetetten hatnak az egészségügyben dolgozók, orvosok napi munkájára is.

Az egészségturizmus fejlődése (Kincses és tsai 2009) összhangban van azzal a szemlélettel, mely a megelőzésre és a tudatos egészségmagatartásra helyezi a hangsúlyt – az egészséggel kapcsolatos szemléletváltozásnak tehát e szektorra is kedvező hatásai lehetnek. A jövedelem generálásának haszna és a lakosság egészségtudatosságának javulása mellett azonban ez az irányú fejlődés kockázatokkal is járhat a hazai alapellátásra nézve: ahogyan a külföld, úgy az egészségturizmus is „agyelszívó” hatással bírhat.

Érdemes megemlíteni, hogy az egészség-gazdasági szektorban is elvégzett ún. reputation rating kutatás eredményei szerint (mely gyógyszercégeket és egészséges életmódra koncentráló élelmiszergyártókat vizsgált szakértői és érintett csoportok bevonásával) az egészséggel foglalkozó cégekkel szemben megfogalmazódik az elvárás, hogy beszéljenek többet az egészségmegőrzésről, a megelőzésről, illetve társadalmi feladatok felvállalásáról. Az eredmények szerint az érintettek bizalmatlansággal szemlélik ezeket a vállalatokat, ami miatt egyre nagyobb szerep jut az alternatív gyógymódoknak és hagyományos gyógyászati eljárásoknak is⁸.

A társadalmi trendek mellett fontos említést tenni a technológiai fejlődésről is: az infokommunikációs technológiák az egészségügyben is fontos szerepet töltenek be. Az elmúlt körülbelül másfél évtizedben számos ún. első generációs egészségügyi hálózat épült ki. Az úttörők az Egyesült Királyság és Hollandia voltak, ma már azonban számos európai régióban (pl. Svédországban, Dániában és Norvégiában) használnak elektronikus információ-közvetítési technológiákat, amelyek segítségével egy adat az egészségügyi rendszerben bárhol elérhető, lehetővé téve a könnyebb és gyorsabb

⁸ <http://csr.braunpartners.hu/index.php?menu=12327&langcode=hu>

információáramlást a háziorvosok és a hozzájuk kapcsolódó szereplők, intézmények (kórházak, gyógyszertárak, specialisták, laboratóriumok) között (Voss és tsai 2005). Bár az elektronikus úton rögzített egészségügyi adatok megkönnyítik az egészségügyi ellátó intézmények munkáját, fontos tisztázni a hozzájuk kapcsolódó felelősségeket, hogy azok használatának támogatását a páciensekkel közvetlenül kapcsolatban állók hitelesen és megbízhatóan képviseljék – hiszen ez befolyásolja, hogy maguk a páciensek hogyan viszonyulnak e rendszerek használatához.

Az e-megoldások terjedését jelzi az online gyógyszervásárlás lehetősége is, mely hazánkban ugyan még kevésbé jellemző, de nemzetközi viszonylatban egyre inkább elterjedt (Benyó és tsai 2009). Lehetősége számos felhasználó számára könnyebbséget jelent, ugyanakkor a külső kontroll (orvos, gyógyszerész) hiánya miatt nagyobb kockázatokat is hordozhat. A biztonságos használathoz szükség volna az orvosok, valamint a gyógyszerészek és a felügyelő szervek részéről egységes, megbízható iránymutatásra. Ugyanakkor a jó orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció hozzájárulhat ahhoz, hogy a páciens elsősorban az orvos tanácsainak figyelembevételével szedjen gyógyszereket.

2.5. Minőség az egészségügyben (általános és egészség-gazdaságtani szempontok)

Többször esett már szó az egészségügyi szolgáltatás „minőségéről”, „színvonaláról”, „hatékonyságáról”, ezek javítására irányuló nemzetközi és társadalmi nyomásról. Jelen alfejezetben bemutatom, hogyan értelmezhető az ellátás általános és egészség-gazdaságtani szempontú minősége⁹. A szolgáltatás komplexitását és a potenciális résztvevők széles körét tekintve nem meglepő, hogy többféle megfogalmazással és szempontrendszerrel találkozunk az irodalomban, ahol a szerzők többsége elismeri: igencsak nehéz mindenki által elfogadható definíciót adni. Campbell és tsai (2000) szerint a meghatározások többsége vagy túl általános és így igencsak nehezen operacionalizálható, vagy túl specifikus és adott területre lebontott. Sokszor hivatkozott Donabedian (1980, in: Gődény és tsai 2009, 27. o.) definíciója, mely rendszer-szemléletű megközelítésben úgy fogalmaz, hogy „a minőség az egészségügyi ellátás olyan tulajdonsága, amely a betegek egészségének maximalizálására törekszik, miután mérlegelte a várható előnyöket és kockázatokat, amelyek az egészségügyi ellátás során várhatóak”. A minőséget az egészségügyi ellátás olyan alapelvének tekinti tehát, amely

⁹ A szakirodalom áttekintése során azt tapasztaltam, hogy a „minőség” („quality”), „teljesítmény” („performance”) szavakat gyakran szinonimaként használják.

a várható egészségnyereség növelésére törekszik, figyelembe véve a rendelkezésre álló erőforrásokat. Az egészségnyereség egy költséghasznosságú megközelítés, és nem más, mint az ellátás által elért hatás, azaz a megnyert életek és az életminőség változása¹⁰ (Gulácsi és tsai 2005).

Gödény és tsai (2009, 27. o.) az egészségügy minőségével kapcsolatosan született magyar definíciót az alábbiak szerint ismertetik: „az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, mely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított és elvárható igények megvalósításának mértékét fejezi ki”. Látható, hogy a definíció megadja a szubjektív megítélés lehetőségét, hiszen értékítéletként határozza meg a fogalmat, és nem fekteti le, kinek a szempontjából vizsgáljuk a minőséget – igen tágra értelmez tehát.

Ennél specifikusabb a WHO (2006b), mely szerint a minőség az alábbi hat dimenzió által értelmezendő:

- hatásosság: olyan, igények alapján nyújtott ellátás, mely tudományosan alátámasztott és javuló egyéni és társadalmi kimeneteket eredményez,
- hatékonyság: az ellátás nyújtásának olyan módja, mely maximalizálja a forrás kihasználást és nem pazarló,
- elérhetőség: az egészségügyi igényekhez mérten időben és földrajzilag megfelelően elosztott, és a képességek és források megfelelő kombinációja van jelen,
- elfogadhatóság/páciens-központúság: olyan ellátás, amely figyelembe veszi az igénybe vevők preferenciáit és közösségük kultúráját,
- egyenlőség: személyes tulajdonságoktól (mint pl. nem, etnikai hovatartozás, lakhely) független ellátás,
- biztonságosság: olyan ellátás, amely minimalizálja a felhasználói kockázatot és a károkozást.

¹⁰ Ennek mérésére született a QUALI skála. Adott terápiás QUALI nyereségének kiszámításához először megállapítják, mennyi a túlélés valószínűsége a kezelés utáni időegységekben, összehasonlítandó betegcsoportokban. Ezután direkt hasznosság-mérés vagy életminőség kérdőív segítségével a kezelt és a kontroll csoportban a vizsgálati időszak kezdete után 1, 2, 3, stb. évvel meghatározzák az adott periódusra vonatkozó életminőség korrekciós faktort; az adott időszakhoz tartozó QUALI értékek nettó jelenértékét számítják. Mindezeket grafikonon ábrázolják, ahol a görbe alatti terület számszerűsítésével állapítható meg a QUALI nettó jelenérték, míg más (minimális) ellátás nyereségével összehasonlításakor a kettő görbéje közötti távolságot számítják (Gulácsi és tsai 2005).

Donabedian (1988) szerint a minőség meghatározásához szükséges információknak három forrása van:

- a struktúra, amely az ellátás körülményeire vonatkozik és beletartozik a tárgyi környezet, a felszerelés, az emberi erőforrás, és a szervezeti kultúra is,
- a folyamat, amely alatt az értendő, hogy pontosan mi történik az ellátás nyújtása-kapása alatt; beletartozik mind a páciens, mind az ellátó személyzet tevékenysége,
- a kimenet, amely az ellátás páciensre és társadalomra gyakorolt hatását jelenti; tágabb értelmezésébe a páciens ismereteinek bővülése, viselkedésének megváltoztatása, valamint elégedettsége is beletartozik.

A szerző kiemeli a második komponens (folyamat) során az interperszonális kapcsolatok fontosságát: azt, ahogyan a páciens információkat nyújt a diagnózis felállításához, és kinyilvánítja preferenciáit az ellátással kapcsolatban; valamint ahogyan az orvos a betegséggel és annak menedzselésével kapcsolatos információkat nyújt és motiválja a páciens. Az interperszonális folyamat a technikai teljesítményt segítheti vagy akadályozhatja, mégis olyan tényező, melyet gyakran figyelmen kívül hagynak az elemzések. Ennek több oka is van: igen nehéz róla információkat rögzíteni az egészségügyi nyilvántartásban és nehéz a pontos mérése is, mert olyan folyamat, melyet az egyéni szempontok miatt szinte lehetetlen általánosítani (Donabedian 1988).

Donabedian tipologizálásának szemlélete a WHO (Woodward 2000) megközelítésében is fontos szerepet játszik. A 2. táblázat szemlélteti, hogy az ellátás három komponensében, melyeket technológiaiként, interperszonálisként és szervezetiként jellemeznek, melyek a leginkább érintett minőség-összetevők.

2. táblázat Az ellátás komponensei és a minőségindikátorok kapcsolata

Ellátási komponens	A leginkább érintett minőségtípus
Technológiai	Megfelelőség
	Hatásosság
Interperszonális	Páciens-központúság
Szervezeti	Egyenlőség
	Elérhetőség
	Hatékonyosság
	Átfogó jelleg

Megjegyzés: az összetevők kismértékben eltérnek a fent felsorolt hat minőség-dimenziótól, de az eltérés elsősorban formai, nem tartalmi: az itt megfelelőségként jelzett tényező megfelel a biztonságosságnak.

Forrás: Woodward 2000, 5. o.

Az egészség-gazdaságtani elemzésekben a hangsúly gyakorlatilag a technológiai komponenseken van, a minőséget mint technikai minőséget értelmezhetjük, mely az alkalmazott eljárások tudományos/szakmai alkalmasságán alapul. Gulácsi (2005) szerint az egészségügyben a döntéshez alapvetően a tevékenységek költségeinek és azok következményeinek összehasonlítására van szükség, a közgazdasági vizsgálatok fő célja az alternatív lehetőségek összehasonlító vizsgálata. A szerző szerint ezen elemzéseknek leggyakrabban használt módszerei az alábbiak:

- költséganalízis (vagy egyszerű költségszámítás),
- költségkonzekvenciák-analízis (valamennyi releváns kimenet kifejezése önálló indexekben),
- költségminimalizálási analízis (mely akkor alkalmazandó, ha két különböző beavatkozás várható kimenetében nincs különbség),
- költséghatékonyság-analízis (melynek során a beavatkozás költség-hatékonysági arányát számítják ki, az alternatív terápiáknak legalább egy fontos azonos kimenetét feltételezi, de kevésbé használható olyan esetekben, amikor az elsődleges cél az életminőség javítása),
- költséghasznosság-analízis (abban különbözik a költséghatékonyság-analízistől, hogy ebben az esetben az életminőségben, illetve az élettartamban bekövetkezett változás a költségek összehasonlításának alapja),
- költség-haszon analízis (akkor alkalmazandó, amikor nem lehetséges a beavatkozások egyetlen közös kimenetének meghatározása, így a cél a közös nevezőre hozás pénzben kifejezve; nehézségét az adja, hogy az emberi életet igen nehéz pénzben kifejezni).

A minőség biztosítása az egészségügyben kiemelt feladat a nemzetközi szervezetek, és az Európai Unió szerint is¹¹.

Látható tehát, hogy az egészségügyi szolgáltatás minőségének egyfajta holisztikus megközelítése már több évtizede jelen van. Észrevehető az is, hogy kiindulhatunk sokféle megközelítésből, a minőség kapcsán felmerül a nézőpontok sokféleségének problematikája, és ezzel együtt annak megállapítása, hogy a technikai szempontok mellett fontos a páciensek nézőpontja, valamint az interperszonális kapcsolat, vagy másképpen, az ellátás folyamatának milyensége. Mivel értekezésem az igénybe vevők

¹¹ Ennek kapcsán természetesen igen fontos kérdés a minőségbiztosítás és a minőségmenedzsment rendszerek szerepe az egészségügyben, ezzel azonban értekezésem kereti közt nem foglalkozom.

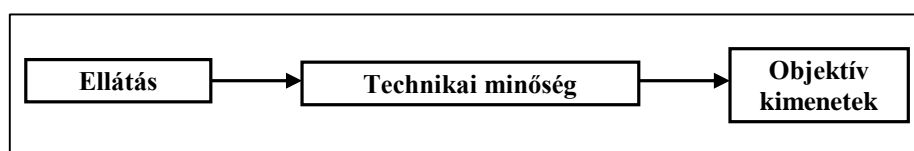
szempontjából vizsgálja az egészséget és az egészségügyet, és mivel e megközelítés kapcsán a marketing az a tudományág, amelynek szemlélete bár viszonylag új, de egyre erősödő és tipikusan igénybe vevői szemléletű, külön fejezetben (3. fejezet) foglalkozom az ellátás minőségének marketing szempontú megközelítésével, amely empirikus kutatásom alapját is képezi.

2.6. A fejezet összessége

E fejezetet alapvető célja egyrészt az volt, hogy definiálja értekezésem fontos fogalmait: az egészséget és az egészségügyet, valamint rámutasson arra, hogy a lakosság egészségi állapotában milyen szerepe van az ellátórendszernek. Ismertettem az ellátórendszer hatékonyságával kapcsolatos gyakran használt mutatókat, és rámutattam, hogy a magyar lakosság egészségi állapota elmarad attól a szinttől, amelyet az adottságok alapján várhatunk. Felvázoltam továbbá olyan tendenciákat, melyeknek a jövőben vélhetően fontos szerepe lesz az ellátórendszerek működésében. Megállapítottam, hogy az egészségügyi ellátás olyan szolgáltatás, mely a piaci szolgáltatásoktól számos tulajdonságában jelentősen eltér. A rendszer szereplőinek számba vétele után megjelöltem, hogy közülük a betegekkel, az egészséges lakossággal, valamint az orvosokkal foglalkozom.

A fejezet igen fontos részeként rámutattam, hogy az egészségügyi ellátás minőségének definiálása nem egyértelmű, abban objektív, teljesítménybeli és szubjektív, interperszonális jellegű elemek is szerepet kapnak. Megállapítottam ugyanakkor, hogy az egészség-gazdaságtani megközelítések középpontjában olyan teljesítménymutatók állnak, melyek az ellátás egyfajta technikai minőségét jelölik a költségek és a következmények felmérésével, és melyek a gyógyulási-gyógyítási folyamat objektíven mérhető kimeneteihez kapcsolódnak (6. ábra); ez elméleti modellem első eleme.

6. ábra Az egészségügyi ellátás technikai minősége



Forrás: saját szerkesztés

3. Az egészségügy, mint szolgáltatás funkcionális minősége

Ahogy az előző fejezetben ismertettem, az egészségügyi ellátás minőségének értékelése igen komplex témakör, és bár az egészség-gazdasági megközelítések elsősorban a technikai minőséget mérik, annak meghatározásakor egyértelmű, hogy igénybe vevői szempontokat is érdemes figyelembe venni. Mivel a szolgáltatásminőség igénybe vevői megítélésének méréséhez a marketing tudományterülete fontos hozzájárulást ad, kutatásomhoz e megközelítést alkalmazom és ismertetem részletesebben. A marketing szempontú vizsgálatot támasztja alá a betegközpontúság növekvő fontossága is. Kotler (2008) szerint a marketingnek fontos szerepe van az egészségügyi ellátórendszerben az értékek létrehozásának, közvetítésének és kommunikálásának elősegítése szempontjából, és célja lehet a tartós kapcsolatok létrehozása, valamint az elégedettség növelése. A vevőorientáció az egészségügyben azt is jelenti, hogy a beleszólás, az informálódás és a döntésben való részvétel a páciensek számára igen fontos tényezők (Lee és Yom 2007); passzív szerepüket egyre inkább a személyre szabott, odafigyelő és udvarias szolgáltatást aktívan igénylő szerep váltja fel. Ennek eredménye, hogy az ellátást nyújtóktól egyre inkább elvárt, hogy odafigyeljenek a páciensek igényeire és monitorozzák az általuk észlelt minőséget (de Ruyter és Wetzels 1998).

Kornai (1998) megállapításaival (melyek szerint az egészségügy markánsan különbözik a társadalmi tevékenységek más ágaitól) párhuzamosnak tekinthetjük Simon (2010) álláspontját, mely szerint bár az egészségügyi marketing specialitásai részben annak nonprofit jellegéből adódnak, ugyanakkor maga a piac is rendelkezik speciális jellemzőkkel a szereplők, a köztük fennálló kapcsolatok, a környezeti feltételek, valamint a piacon megjelenő termékek és szolgáltatások egyes tényezőiből eredően.

Simon (2010) a szolgáltatás meghatározásának vizsgálatakor megállapítja, hogy annak számos definíciója létezik. Az egyes megközelítésekre való kitérés nélkül a továbbiakban hozzá hasonlóan Kotler (2002, in: Simon 2010, 62. o.) megfogalmazását veszem alapul, mely szerint „a szolgáltatás olyan cselekvés vagy teljesítmény, amelyet egyik fél nyújt a másiknak, és amely lényegét tekintve nem tárgyasult, és nem eredményez tulajdonjogot semmi fölött; előállítása vagy kapcsolódik fizikai termékhez, vagy nem”.

A fenti definícióból is következik, hogy a tárgyasultság a szolgáltatások egy fontos dimenziója. Bár a szolgáltatások elsősorban nem-fizikai problémamegoldásnak tekinthetők, ezekhez több-kevesebb fizikai tartalom is kapcsolódik: az adott tranzakcióban elfogyasztott fizikai tartalom, a szolgáltatás tárgyi környezete, valamint az igénybe vevő által a folyamatba bevitt fizikai tartalom (hozott anyag) (Veres 2009). Az egészségügyi ellátásnál adott tranzakcióban elfogyasztott tartalom lehet pl. a kötszer, amit az orvos egy sérülésnél alkalmaz; tárgyi környezetként értelmezhető a váróterem, illetve a rendelő felszereltsége, míg a vevő által hozott anyag nem más, mint saját teste, és annak állapota – ez utóbbi tehát igencsak kritikus szerepet tölt be e szolgáltatásnál.

A szolgáltatásoknak számos olyan sajátossága van, amelyek a minőség meghatározhatóságának problematikáját, és ebből fakadóan a kétoldalú kockázatérzetet eredményezhetik. Ezek az alábbiak szerint határozatók meg (Simon 2010 alapján).

- Folyamatjelleg: az igénybevevőnek végig kell követnie, meg kell várnia a szolgáltatás eredményének kialakulását, azaz nem csak az eredményt látja, hanem magát a folyamatot is. Az egészségügyi ellátás ráadásul olyan folyamat, amelyben az igénybevevő (páciens) az esetek többségében nem csak végigköveti azt, hanem nagymértékben be van vonva, hiszen a diagnózis felállításától a kezelési folyamaton keresztül folyamatosan szükség van aktív vagy passzív részvételére.
- Megfoghatatlanság: a szolgáltatások nem mérhetők objektív mércékkel, és bár általában vannak megfogható elemeik (az egészségügyi ellátás során például a felszerelés, a felhasznált eszközök és anyagok), az igénybevevő nem tudja azt megfogni, kipróbálni, felmérni, mi várható tőle. Az egészségügyben a hozott anyag sokfélesége különösen nehezé teheti a kimenet megjósolhatóságát.
- Elválaszthatatlanság: egyes szolgáltatásoknál a szolgáltatás létrehozása, nyújtása és fogyasztása gyakran egy helyen és egy időben történik. E jellegzetesség érvényesülését különösen a technikai fejlődés korlátozza, hiszen a személyes kapcsolat egyre inkább kiváltható alternatív (e-)megoldásokkal – az egészségügyben is, gondoljunk csak a tele-medicinára.
- Heterogenitás: egy-egy adott szolgáltatásfolyamat egyszeri és megismételhetetlen, hiszen még azonos tevékenységénél is befolyásolja azt mind a nyújtó, mind az igénybevevő személye, illetve a szolgáltatás nyújtásának ideje és helye is. Az egészségügyben, mivel itt az emberi tényező részvétele igen nagy, és a

folyamatban sok a résztvevő, a változékonyság különösen problematikusá teszi az egységes szolgáltatásminőség elérését.

- Nem tárolható jelleg: a szolgáltatások raktározása, készletre termelés nem lehetséges. Egyfajta megoldás az igénybevevők tárolása, az egészségügyben ez várólisták kialakulását jelenti, ami viszont nemcsak az igénybevevők szubjektív elégedettségét, de egyes esetekben az egészségi állapot romlását is eredményezheti.

Az előző fejezetben írtam arról, milyen mércéket használnak a nemzetközi szervezetek az ellátórendszerek jellemzésére, illetve hogy az egészség-gazdaságtani elemzésekben milyen minőség-indikátorok használatosak. Figyelembe véve azonban a fent részletezett szolgáltatási sajátosságokat, úgy vélem, hogy elkerülhetetlen, hogy az igénybevevői oldalról is megvizsgáljuk az ellátás minőségének értelmezését és kiegészítsük a fenti (technikaiként jellemezhető) minőség-paramétereket, melyhez a szolgáltatás-marketing nyújt kiindulópontot.

3.1. A minőség meghatározása

A szolgáltatásminőséggel és annak mérésével kapcsolatos tudományos érdeklődés (bár a kérdés korábban is felvetődött), az 1980-as évektől növekedett intenzíven (Lehtinen és Lehtinen 1982). Marketing szempontból a minőség meghatározása a vevő nézőpontjából történik, ami azonban rendkívül plasztikusá teszi a fogalmat. Ennek ellenére a szolgáltatásminőség definiálhatósága mind az elméletben, mind a gyakorlatban elfogadott, kutatása a marketingtudomány egyik önálló ága (Hetesi 2003).

Veres (2009) a szolgáltatástermék összetettségének bemutatásakor rámutat, hogy a Nelson által (az 1970-es években) definiált minőség vizsgálati és tapasztalati dimenziókból áll, mely később kiegészült a bizalmi jelleggel is. A vizsgálati dimenzió a mérhető termékjellemzőket jelenti, melyeket nehezebb megtalálni a szolgáltatások körében, ezért tapasztalat szükséges a minőség megítélésében; némely esetben azonban ettől függetlenül, bizalmi alapon alakul ki az igénybe vevőben a szolgáltatás megítélése. Lehtinen és Lehtinen (1982) a folyamatra helyezve a hangsúlyt egy szintén háromdimenziós modellt mutat be, melyben a fizikai (a szolgáltatásban használt eszközök és környezet), az interakciós (szervezet és igénybe vevő közötti interakció) és a szervezeti (a szolgáltatást nyújtó „történetéből”, gyakorlatilag imázsából eredő) minőség szerepel. A két megközelítés igen közel áll egymáshoz, hiszen mindkettőben

megtalálható a tárgyi környezetre, a szolgáltatásfolyamattal kapcsolatos tapasztalatokra, valamint a szolgáltatást nyújtóval szembeni érzelmekre épülő minőség-dimenzió. Lehtinen és Lehtinen (1982) egy – saját álláspontjuk szerint az előzőnél elméletibb jellegű – másfajta megközelítést is bemutatnak, mely az igénybe vevő szempontjából vizsgálja a minőséget: ez alapján megkülönböztetnek folyamat-minőséget és eredmény-minőséget. Ez a szerzők véleménye szerint is Grönroos (a szolgáltatásminőség vizsgálatának egyik legtöbbet hivatkozott, az északi (európai) iskolához tartozó szerzője) kétdimenziós modelljéhez köthető.

Grönroos (1998) szerint a szolgáltatás-marketing modellek kiindulópontja az a kérdés, hogy a szolgáltatást nyújtónak hogyan kellene felhasználni a minőséget előállító erőforrásait, és ezzel milyen eredményt kellene az igénybe vevő számára előállítani. Ennek kapcsán megfogalmazta, hogy a termékekre jellemző „eredmény-fogyasztás” (outcome consumption) helyett vagy mellett a szolgáltatásoknál „folyamat-fogyasztásról” (process consumption) beszélhetünk. Így jön létre az észlelt minőség modellje, melynek két dimenziója van: technikai minőség (amely a „mit nyújtunk?” kérdésre ad választ) és funkcionális minőség (amely a „hogyan nyújtjuk?” kérdésre ad választ). A szolgáltatást igénybe vevők mindkettőt észlelik, azonban a technikai oldalt sok esetben nem tudják értékelni, ezért a szolgáltatás értékelésénél nagyban támaszkodnak a folyamat értékelésére. Emellett hangsúlyozandónak tartja a Lehtinen és Lehtinen által említett imázs dimenziót is (Kang és James 2004).

Az eredmény és a folyamat kettősségét hangsúlyozza a minőség megítélésében Parasuraman és tsai (1988) is. Megerősítik, hogy nem mindig egyezik meg egymással az objektív és az észlelt minőség. Utóbbi attitűdnek tekinthető és nem más, mint a vevő értékelése az adott szolgáltatás kitűnőségéről. Az észlelt minőség kapcsolódik az elégedettséghez (azonban nem azonos vele), és az elvárások és az észlelt teljesítmény közötti különbségként értelmezhető. Modelljük az ún. „rés-modell” (gap model), mely szerint eltérések lehetnek a szervezet és az igénybe vevő észlelései között az alábbi területeken (Parasuraman és tsai 1985):

- igénybe vevői elvárások és a menedzsment igénybe vevői elvárásokkal kapcsolatos észlelései (gap1),
- a menedzsment igénybe vevői elvárásokkal kapcsolatos észlelései és az ezeknek megfelelő szolgáltatás-specifikumok kialakítása (gap2),

- a szolgáltatás minőségével kapcsolatos specifikumok és a szolgáltatás gyakorlati megvalósítása (gap3),
- a megvalósult (nyújtott) szolgáltatás és az arról szóló, igénybe vevők fel irányuló kommunikáció (gap4), valamint
- az igénybe vevők által elvárt és a valóságban tapasztalt szolgáltatás (gap5).

Megközelítésük a diszkonfirmációs paradigmán alapszik, mely szerint az igénybe vevők a szolgáltatás minőségét az elvárt és az észlelt teljesítmény összehasonlításával értékelik (Becser 2007). Ennek megfelelően az 5. számú rés a minőség-modell központi eleme; a szerzők szerint ez az, amely a másik négy rés függvénye és azok csökkentésével minimalizálható. A kutatók az 5. rés operacionalizálásával mérik az észlelt minőséget: ez a szolgáltatások területén leggyakrabban alkalmazott modell és eszköz (Simon 2010), a SERVQUAL alapja. E modell és a diszkonfirmációs paradigma kritikájaként Cronin és Taylor (1992) felvázolta a csak észlelésen alapuló SERVPERF modellt, melyben a teljesítmény alapú minőség-meghatározást tartja megfelelőnek. (Minderről, különösen a SERVQUAL modellről részletesebben a 3.2 alfejezetben írok.)

A fentiek mellett az észlelt minőségnek számos modelljével találkozhatunk az irodalomban, melyek azonban jellemzően mindig egymásra épülve fejlődtek, és Becser (2007) az ezzel kapcsolatos irodalom alapos átvizsgálása alapján megállapítja, hogy valamennyi modell besorolható a diszkonfirmációs paradigmán nyugvó, illetve a teljesítmény alapú modellek közé, valamint hogy valamennyi a Grönroos nevével fémjelzett északi modellből, valamint a SERVQUAL modellből eredeztethető, azok továbbfejlesztéseként vagy kritikájaként. Felhívja továbbá a figyelmet arra is, hogy a modellek folyamatosan változnak, fejlődnek, újabb elméleti és gyakorlati megfontolásokkal kiegészülve.

A fent ismertetett meghatározásoknál is felmerült, hogy fontos különbséget tenni az észlelt minőség és az elégedettség fogalmai között. Parasuraman és tsai (1988) szerint a kettő közötti különbség abban ragadható meg, hogy míg az észlelt szolgáltatásminőség egy, a szolgáltatás kitűnőségével kapcsolatos általános értékelés, attitűd, addig az elégedettség mindig konkrét tranzakcióhoz kapcsolódik. Ezzel némiképp összecseng de Ruyter és Wetzels (1998) megállapítása, hogy míg az elégedettség kialakulásához konkrét tapasztalatra van szükség, addig az észlelt minőség nem feltétlenül tapasztalati alapú. Itt valószínűleg az imázs szerepére utalnak a szerzők, azaz arra, hogy a szolgáltatás igénybe vétele nélkül, más vevők beszámolói vagy a szolgáltatóról kialakult

kép alapján is magas vagy éppen alacsony minőségűnek tarthat valaki egy szolgáltatást – egészségügyi ellátásnál például az orvos hírneve játszhat ebben fontos szerepet. Felvetik továbbá, hogy a két fogalmat egymástól eltérő előzmények alakítják: az elégedettséget olyan kognitív és érzelmi folyamatok, mint pl. a méltányosság, az attribúciók vagy a költség/haszon arány, míg az észlelt minőség alakítóinak száma ennél jóval korlátozottabb. Arra is felhívják a figyelmet, hogy valószínűleg sorrendiség van a két fogalom között: az elégedettség fölérendelt az észlelt minőségnek, ugyanakkor rögzítik, mindkét fogalom az adott szolgáltatással kapcsolatos értékelő megnyilvánulás. A két fogalom sorrendiségével kapcsolatban nincs egyetértés: számos olyan szerző van, aki szerint a minőség eredményezi az elégedettséget (pl. Hetesi 2003), mások szerint az fordítva van (pl. Becser 2007). Veres (2009) szerint is szorosan összefügg egymással az elégedettség és a minőség; előbbit az utóbbiról alkotott értékítélet alapján tudjuk meghatározni. Ez egybeesik Patterson és Johnson (1993) azon felfogásával, mely szerint az elégedettség az ún. diszkonfirmáció (az elvárások és az észlelt teljesítmény közötti különbség) közvetlen, valamint magas érintettségű szolgáltatások esetében a teljesítmény diszkonfirmáció által közvetített közvetett függvénye.

3.1.1. Funkcionális minőség az egészségügyben

Ha a minőséget az egészségügyben dolgozó szakemberek határozzák meg, logikus, hogy az leginkább a megfelelő és technikailag alapos, a várt hatást előidéző ellátásként konceptualizálható (McAlexander és tsai 1994) – ekként értelmeztem az ellátás technikai minőségét. Mivel azonban az egészségügyi ellátás is egy (speciális) szolgáltatás, természetesen itt is érvényesül a minőség meghatározásának problematikája: egészen mást jelent a minőség a szolgáltatónak és az igénybe vevőnek, illetve mást egyik páciensnek, mint a másiknak. Nem mindegy, hogy az orvos, mint szakértő, vagy a páciens, mint a szolgáltatás „alanya” – sokszor kényszerű igénybe vevője – határozza mindezt meg, és az orvosok sok esetben hibásan észlelik a páciensek értékeléseit. Ez amiatt is probléma, mert e szektorra a magas bizalmi jelleg és függőség miatt különösen jellemző, hogy az igénybe vevők nem szívesen panaszkodnak, amikor elégedetlenek a szolgáltatással (Australian Council for Safety and Quality in Health Care 2005; Fottler és tsai 2010), ezért az eltérő értelmezéseket nehéz észrevenni, így kezelni is. A páciens-észlelések mérésének több gyakorlati szempontú előnye is van: gyorsan és költséghatékonyan elvégezhető, nem függ az egészségügyi nyilvántartás adatainak minőségétől, valamint érzékenyebb a minőség változásaira, mint az olyan

mutatók, mint a halálozási ráta vagy komplikációk előfordulási gyakorisága (Narang 2010).

Értelmezhetőnek tartom tehát e szektorban az észlelt minőség koncepcióját, és igencsak relevánsnak a szolgáltatás Grönroos nevéhez fűződő kétféle (technikai és funkcionális) minősége közötti különbségtételt. A technikai minőség egészségügyi környezetben a diagnózis és a végrehajtott eljárások technikai megfelelőségét jelenti. Az erről szóló információ azonban az esetek többségében nem elérhető, illetve nehezen értelmezhető a fogyasztó, azaz a páciens számára – a technikai minőség ismerete a szolgáltató hatáskörén belül marad. A funkcionális minőség arra a módra utal, ahogyan a szolgáltatást nyújtották a páciensnek (tehát pl. ahogyan az információkat megkapta, ahogyan eldöntötték, milyen kezelést kell alkalmazni, amennyire megnyugtató és figyelmes volt az ellátó) – ez az a minőség, amely a betegek minőségértékelését elsődlegesen meghatározza (Babakus és Mangold 1992). Ez a szolgáltatói szemléletnél jellemzően szélesebb körű, az ellátás tapasztalatairól alkotott holisztikus értékelés (McAlexander és Tsai 1994), és a páciens és az ellátó személyzet kapcsolatára reflektál (Munoz 2005). Az információs aszimmetria hatása érvényesül itt erőteljesen: a páciens laikus lévén nem tudja megítélni a technikai minőség milyenségét. Ahogyan Bopp (1990) fogalmaz: a legtöbb páciens nem tud különbséget tenni a gyógyítás (curing) és a gondoskodás (caring) között, így a szolgáltatás értékelésénél mindkettőt figyelembe veszik, a technikai jellegű képességek megítélésénél pedig támaszkodnak az ellátó személy interperszonális vonásaira és viselkedésére. (A kapcsolati tényezőkről és a gondoskodásról, mint a funkcionális minőség megnyilvánulási formáiról az 5. fejezetben írok részletesebben.) A szolgáltató teljesítményét a páciens tehát az észlelt minőség alapján értékeli – ellentétben az orvossal, akinél a kíváncsi klinikai kimenetek a kritériumok; illetve az intézménnyel vagy a finanszírozóval, melyek a pénzügyi életképességet is fontos szempontnak tartják. Az igénybe vevői észlelt minőség a külső teljesítménymérő módszerek közé tartozik (míg a technikai minőséget mérők belsőnek minősülnek) (Li és Benton 1996). Különösen fontos a gondoskodás és a felek közötti interakció minősége, amikor a gyógyítási folyamat nem vagy csak részben tud lezárulni, esetleg nem sikeres¹². A kérdést tovább bonyolítja, hogy a páciens megítélése attól is függ, hogy a megfogható vagy a megfoghatatlan hasznok miatt veszi igénybe a szolgáltatást: különösen a háziorvosi ellátásnál jellemző, hogy gyakran olyan pácienssel

¹² Úgy vélem, ennek a műhiba-perek kapcsán kiemelt fontossága van.

találkoznak, aki nem a megfogható hasznokat (pl. egy gyógyszer receptre való felírását) keresi, hanem érzelmi támogatást. Ezek az észlelések pedig befolyásolják a kimenetről alkotott ítéletet is (de Ruyter és Wetzels 1998).

Disszertációm keretein belül a fentieknek megfelelően a funkcionális minőség mérésével foglalkozom¹³. Egyetértek Bopp (1990) azon megállapításával, mely szerint az egészségügyi ellátás minőségének értékelésekor a technikai megfelelés mellett vagy helyett a szolgáltatást nyújtók interperszonális attitűdjei és viselkedése is meghatározza az észlelt minőséget. Az egészségügyi ellátásra értelmezhetőnek tartom Parasuraman és tsai (1988) megközelítését, mely szerint a funkcionális (vagy észlelt) minőség a cél és az eredmény közötti különbségeként (vagy másképpen fogalmazva, az elvárt és az észlelt helyzet távolságaként) több dimenzió mentén értelmezhető. Elogadom továbbá az észlelt minőség és az elégedettség kapcsolatáról Patterson és Jonson (1993) gondolatait a diszkonfirmáció közvetítő szerepéről, Parasuraman és tsai (1985) véleményét arról, hogy az észlelt minőség általánosabb, az elégedettség pedig konkrét tranzakcióhoz kapcsolódó értékítélet, valamint Kotler (1998, in: Hetesi 2006) megállapítását, mely szerint az elégedettség a vevő öröme vagy csalódottsága, mely a várakozások és az érzékelt teljesítmény (eredmény) összehasonlításából származik.

3.2. A minőség mérése

Az észlelt minőség fogalmi meghatározásával szoros párhuzamban kutatták annak mérési lehetőségeit, és az alapvetően kétféle (diszkonfirmációs, illetve teljesítmény-alapú) modell megközelítésnek megfelelően az operacionalizálásnak is két domináns irányzatát különböztethetjük meg. Ezen alfejezetben a kutatásomban alkalmazott, diszkonfirmációs paradigmán nyugvó SERVQUAL modellt mutatom be, kitérve az azt ért kritikákra (és ezzel a másik megközelítés, a SERVPERF rövid ismertetésére), valamint használatának indoklására és előzményeire az egészségügyi szolgáltatások kapcsán.

3.2.1. A SERVQUAL modell

A szolgáltatásminőség kutatásában legnagyobb hatásúnak tartott modell a már többször említett SERVQUAL, mely Parasuraman és tsai (1988) nevéhez fűződik. A modell

¹³ A technikai minőség mérésétől az egészségügyben nem csak értekezésem tartalmi és megközelítésbeli korlátai miatt tekintek el, hanem annak (orvosi) szakmai tudást is igénylő módszertani nehézségei miatt is. Ezzel együtt úgy vélem, hogy a megfelelő funkcionális minőség megfelelő technikai minőség nélkül fenntarthatatlan.

koncepciója szerint a kézzelfogható termékekével ellentétben a szolgáltatások minősége azok nem fizikai természete, heterogenitása és elválaszthatatlan természete miatt nehezen megfogható és absztrakt fogalom, így helyes megközelítés a vevők szempontjából mérni. Az észlelt minőség ennek megfelelően egy attitűd, az igénybe vevő megítélése a szolgáltatás átfogó kiválóságáról, amely nem más, mint a különbség mértéke és iránya a vevői elvárások és észlelések között (gap-modell).

A gap-modell tehát az igénybe vevői elvárások és az általuk észlelt teljesítmény közötti különbség által ragadja meg a szolgáltatás-minőséget. Az elvárásokat az egyéni igények mellett a szolgáltatást nyújtó explicit ígéretei (reklám és egyéb kommunikáció), implicit ígéretei (tárgyi környezet és ár), személyes és szakértők általi ajánlások, valamint a korábbi tapasztalatok befolyásolhatják (Zeithaml és tsai 1993).

Parasuraman és tsai (1988) ennek operacionalizálására hozták létre a SERVQUAL¹⁴ módszert, mely az elvárt és észlelt teljesítményt több dimenzióban interpretálja, és kérdőív segítségével méri. A szerzők eredetileg 10 dimenziót vizsgáltak és 97 állítást fogalmaztak meg, a dimenziók egymást átfedő volta és a nagy számú állítás kezelési nehézségei miatt azonban a dimenziók számát 5-re, az állításokat 22-re csökkentették; ez a struktúra az, amelyre a legtöbb SERVQUAL-t használó kutatás épül. Az öt dimenzióhoz tartozó összesen 22 állítás között eredetileg pozitív, illetve negatív megfogalmazásúak is voltak, de a kitöltési és feldolgozási nehézségek miatt a módosított verzió már csak pozitív állításokat használ. Az öt dimenziót és azok tartalmát mutatja be a 3. táblázat, a 22 állítást pedig az 1. Melléklet.

3. táblázat A SERVQUAL dimenziói

Dimenzió	A dimenzió jelentése
Tárgyi tényezők	a szolgáltató létesítményei, tárgyi környezete és a személyzet megjelenése
Megbízhatóság	az ígért szolgáltatás megbízható és pontos nyújtása
Reagálási készség	hajlandóság arra, hogy segítsenek az igénybe vevőnek, és hogy azonnali szolgáltatást nyújtsanak
Biztonságérzet	a munkatársak tudása és udvariassága, valamint képességük arra, hogy bizalmat keltsenek és megbízhatóságot közvetítsenek
Empátia	gondoskodás és személyre szabott figyelem

Forrás: Parasuraman és tsai 1988 és Veres 2009 alapján saját szerkesztés

¹⁴ A SERVQUAL a SERVICE és a QUALITY, azaz a szolgáltatás és a minőség szavakból jött létre.

Az állítások a kérdőívekben dupla skálán jelennek meg; a válaszadónak az elvárásaikkal (egy elképzelt kiváló szolgáltatóval; „ilyennek kell lennie”), valamint a tapasztalataikkal kapcsolatban („így van”) is nyilatkozniuk kell egy (eredetileg, illetve általában) 7 pontos Likert-skálán, a „teljes mértékben egyetértek”-től az „egyáltalán nem értek egyet”-ig választva. Az eredmények (a tapasztalati és az elvárási skálák közötti különbségek) így -6 és +6 közötti értékeket vehetnek fel; minél magasabb ez az érték, annál magasabb az adott paraméterre vonatkozó elégedettség (Veres 2009).

Az eszköz alkalmazásával kapcsolatban már annak publikálásakor többféle lehetőséget vetettek fel a szerzők, azt állítva, hogy megbízhatósága és érvényessége alkalmassá teszi arra, hogy a szolgáltatók jobban megértsék a vevői elvárásokat és észleléseket és ezáltal javítsák a szolgáltatást (Prasuraman és tsai 1988). Ehhez a 22 állítás és az általuk reprezentált dimenziók egyfajta vázként viselkednek, melyet szükség szerint lehet adaptálni az adott szervezethez. A szerzők szerint a SERVQUAL akkor a leghasznosabb, ha rendszeresen használva a szolgáltatásminőség trendjeit tárják fel segítségével, és nem csak igénybe vevők, de alkalmazottak megítéléseit is vizsgálják és összehasonlítják a teljesítményről. Az eszköz módszertani előnyeiként említették még, hogy kiszámítható az öt dimenzióhoz tartozó átlagos gap (észlelés és elvárás közötti különbség), vagy annak az összes dimenziót átfogó átlaga, mint a szolgáltatásminőség összegző pontszáma. Fontos lehet szerintük az egyes dimenziók relatív fontosságának meghatározása az igénybe vevők minőségészlelésében, melynek következményeképp a gap-eket az adott dimenzió relatív fontosságával lehet súlyozni (eredményeik szerint a „megbízhatóság” dimenzió a legkritikusabb, míg az „empátia” a többivel összehasonlítva a legkevésbé fontos). Megjegyzendő, hogy a fontosságot eredetileg indirekt módon, regressziós súlyokkal határozták meg, azonban a kérdőív korrigált változatában már direkt módon méri azt (Parasuraman és tsai 1991). További lehetőségnek látják a vevők észlelt minőség szerinti kategóriákba sorolását az egyéni pontszámok alapján, melyeket aztán demográfiai szempontok, egyéb tulajdonságok, vagy pl. a dimenziók fontossága alapján lehet jellemezni.

A SERVQUAL – köszönhetően elméleti alapjainak és a gyakorlati alkalmazások sikereinek – napjainkban is a leggyakrabban használt minőségmodell. Népszerűségének köszönhetően intenzív tudományos vitákat is generált, melyek a modell további fejlesztéseit vonták maguk után (Becser 2007). Cronin és Taylor (1992) eredményei alapján a SERVQUAL súlyozatlan változata a vizsgált iparágak többségében a

szolgáltatásminőség varianciájának nagyobb hányadát magyarázza, így nincs szükség az egyes dimenziókkal kapcsolatos észlelt fontosság mérésére. További módosításként felmerült a dupla skála kiegészítése még egy skálával, mely az elvárások mérését finomítja; elválasztja egymástól a minimális elvárásokat az ideálisnak tekintett helyzettől. Ennek empirikus tesztelése során azonban az derült ki, hogy a válaszadók számára nehéz valójában elkülöníteni egymástól a minimális és az ideális elvárásokat. (Caruana és tsai 2000). Parasuraman és tsai (1994) megállapították, hogy bár az egyskálás módszernek (amikor csak a kívánt szolgáltatási szinthez képest értékelt észlelt teljesítményt kérdezik le) van a legerősebb előrejelző képessége, a legtöbb információt ugyanakkor a háromskálás módszer szolgáltatja. Becser (2007) szerint további, gyakorlati szempontból releváns megállapításai a kutatásoknak, hogy a SERVQUAL eredeti dimenziói nem mindig azonosíthatók egyértelműen: a reagálási készség, a biztonságérzet és az empátia dimenziók egybeolvadva közös dimenziót képezhetnek.

A SERVQUAL módszert nem sokkal publikálása után komoly kritikák is érték.

Bár Parasuraman és tsai (1988) a SERVQUAL kifejlesztésekor egyértelműen rögzítették, hogy az észlelt minőséget az attitűd egy formájának tartják, és az elégedettséghez csak kapcsolódónak, de nem azonosnak vele, Cronin és Taylor (1992) kritikájukban azt vetik fel, hogy a SERVQUAL valójában nem attitűd-modellként, hanem elégedettség-modellként működik. Hibásnak tartják a diszkonfirmációs paradigmát is; eredményeik alapján a minőséget csak a teljesítmény alapján érdemes meghatározni, így a mérésre az egyszerűbb SERVPERF modellt javasolták (mely abban különbözik a SERVQUAL eszköztől, hogy nem használja az elvárási skálát).

További kritikaként felmerült, hogy a modell túlságosan folyamatorientált és nem veszi figyelembe a szolgáltatás eredményének következményeit (Veres 2009).

A dimenziók számával kapcsolatban fent említettem, hogy az ötdimenziós struktúrát az empirikus kutatások gyakran nem igazolják, nem egyértelmű azok egymástól való függetlensége statisztikailag. Ide kapcsolódhat, hogy az eredetileg adott dimenzióba tartozó állítások az elemzés során elképzelhető, hogy más dimenziókhoz fognak kapcsolódni; valamint, hogy igen körültekintően kell döntenie abban a kérdésben, hogy elegendő-e a dimenziónkénti 4-5 állítás; ez az alacsony szám ugyanis a faktor-struktúra változékonyságát eredményezheti (Becser 2007, Hetesi 2003, Kenesei és Szántó 1998).

Nehézséget okozhat a válaszadók számára az, hogy igen hasonló állításokat kétszer kell értékelniük. Kérdés továbbá az is, hogy az elvárási vagy az észlelési skála szerepeljen előbb; Caruana és tsai (2000) megállapítják, hogy az elvárási skála észlelési skála előtti kérdezése befolyásolja az utóbbira adott válaszokat. Hetesi (2006) szintén azt javasolja, hogy az elégedettségre és a fontosságra (elvárásokra) vonatkozó kérdéseket ily módon kell külön választani, ennek fordítottja ugyanis mesterséges korrelációt okozhat a két tényező között.

Számos kutatás született a SERVQUAL és a SERVPERF összehasonlítására, és Carillat és tsai (2007) szerint a „vita” egyre élénkebb: átfogó irodalomkutatásuk alapján mindkét eszköz kapcsán 2002 után született a rájuk történő hivatkozások mintegy fele. Megállapítják azt is, hogy a SERVPERF népszerűsége és annak több kutatás által alátámasztott jobb előrejelző képessége nem csökkentette a SERVQUAL használatát; utóbbi továbbra is széles körben elfogadott mérési módszere a szolgáltatás minőségének. Meta-analízisük alapján megállapítható, hogy mindkét módszer megfelelő és egyformán érvényes módszer az átfogó szolgáltatásminőség meghatározására, továbbá hogy a SERVQUAL esetében nagyobb szükség van az eszköz módosítására a vizsgált terület függvényében. Érdekesség, hogy azt találták, hogy mindkét eszköz érvényessége magasabb volt az eredetileg nem angol nyelven végzett kutatásoknál – melyek valamennyien módosított skálákat használtak.

Kenesei és Szántó (1998) szerint hibái ellenére a SERVQUAL alkalmazása, akár módosításokkal, de mindenképpen ajánlott. Parasuraman és tsai (1991) hangsúlyozzák, hogy a módszert kiindulópontként, más eszközökkel együtt érdemes használni a szolgáltatásminőség mérésére. De Ruyter és Wetzels (1998) alapján mindehhez hozzátehető, hogy az észlelt minőség és elégedettség mérése mellett a viselkedési szándékot vagy viselkedést (pl. együttműködést) mérő változókat is érdemes beépíteni a használt eszközökbe. Saját kutatásom előkészítésekor a SERVQUAL megközelítés használata mellett döntöttem, elfogadva alapfeltevéseit, ugyanakkor jelentősen módosítva a skálát annak érdekében, hogy alkalmas legyen a egészségügyi (háziiorvosi) ellátással kapcsolatos értékítélet megragadására.

3.2.2. SERVQUAL használata egészségügyi szolgáltatásoknál

Mivel a SERVQUAL módszertant eredetileg nem az egészségügyi szolgáltatások vizsgálatára hozták létre, így felhasználása e területen nem volt egyértelmű. Az egészségügyi ellátás sok tekintetben eltér a többi vizsgált szolgáltatástól (pl.

termékszervizek, lakossági banki szolgáltatások, gyorséttermek, tisztítók) az igen magas bevonódás és a páciens és az ellátó személyzet közötti, gyakran intim és hosszú távú kapcsolat miatt (McAlexander és tsai 1994). Mindazonáltal az irodalomban több (köztük igen korai) példát találhatunk a SERVQUAL használatára az egészségügy területén, melyekkel kapcsolatban általános meglátásom, hogy az alapkoncepció megtartásával, azonban a skálák jelentős módosításával adaptálták e modellt. Bár kutatásom során a háziorvosi ellátásra összpontosítok, ezen alfejezetben az egészségügyi ellátás több területéről készült kutatásokat mutatok be, feltételezve, hogy azok tartalmazzák a valamennyi egészségügyi szolgáltatásra értelmezhető sajátosságokat is.

Fontos kiindulópont, és a további kutatások által gyakran hivatkozott Babakus és Mangold (1992) tanulmánya, mely gyakorlati szakemberekkel együttműködve kórházi ellátásra adaptálta a SERVQUAL modellt. A kutatók elhagytak néhány olyan állítást az eredeti skálákból, amelyek kórházi környezetben nem értelmezhetők vagy nem relevánsak, így 15 (csak pozitívan fogalmazott) állításból álló páros skála keletkezett, mind az öt dimenzió megtartásával. Az eredeti 7 pontos Likert skála helyett a válaszadási hajlandóság és minőség növelésének érdekében 5 pontos skálát használtak. Eredményeik alapján az eszköz megbízhatósága megfelelő, azonban nem tudták faktorelemzéssel alátámasztani a többdimenziós struktúrát: mind az elvárási, mind az észlelési skála egyetlen dimenzióként jelent meg, mely jelzi, hogy az elméleti dimenziók egymással korrelálnak, illetve hogy további módosításokra, finomításokra lehet szükség az eszközön. Az érvényesség további tesztelésére megvizsgálták, hogy milyen kapcsolatban állnak az észlelési és a tapasztalati pontszámok, valamint az észlelt minőség (azaz a kettő közötti különbség) az átfogó minőségértékeléssel, valamint azzal a szándékkal, hogy újra az adott kórházat választanák-e a válaszadók. Ehhez skálánként összegezték az egyéni értékeléseket. Az eredmények alapján az észlelési, valamint a gap-pontszámok erős, míg az elvárási pontszámok gyenge, de szignifikáns kapcsolatban állnak a mért változókkal. Ez egyrészt a modell érvényességét erősíti, azonban a szerzők szerint szintén felveti a kérdést, hogy szükséges-e az elvárási skála felvétele, ha az nem erősíti a modellt azon túl, amit az észlelési skála is nyújt. Nem nyilvánítanak ugyanakkor határozott véleményt e kérdésben, és hozzáteszik, hogy a SERVQUAL megfelelő eszköz lehet a kórházi szolgáltatás minőségének felmérésére a páciensek

körében, valamint azon kritikus pontok megtalálására, ahol a teljesítmény elmarad az elvárásoktól.

McAlexander és tsai (1994) fogorvosi szolgáltatások észlelt minőségének mérésére alkalmazták mind a SERVQUAL, mind a SERVPERF módszert (mindkettőnek súlyozott és súlyozatlan változatát is), illeszkedve az erre az időszakra jellemző, a két modellt összehasonlítani kívánó tendenciába. Empirikus kutatásuk felhasználhatóságának jelentős korlátja, hogy kezdőpontjuk a SERVQUAL eredeti 10 dimenziója volt, skálájuk mégis jelentősen rövidebb, mindössze 15 állítást tartalmaz, és csak megemlítik, hogy a dimenziók számán a vizsgált területnek megfelelően változtattak, a pontos konstrukció azonban nem világos. Eredményeik mindazonáltal azt támasztják alá, hogy a Cronbach alfa értéke alapján mindkét skála megbízható, ugyanakkor a Cronin és Taylor (1992) által is felvetett kritikai megjegyzésekkel élnek a SERVQUAL használatát illetően. Igen hasonló kutatást végzett Paul (2003) mind a vizsgált területet (fogászati ellátás), mind a célokat (SERVQUAL és SERVPERF összehasonlítása) illetően, skáláját azonban nem publikálta. Eredményei alapján mindkét módszer megfelelő megbízhatósággal és magyarázóerővel bír, és kicsi az általuk generált eredmények közötti különbség. A súlyozás nélküli SERVQUAL bizonyult az átfogó minőségítélet statisztikailag legszignifikánsabb fokmérőjének, míg a súlyozott SERVPERF a variancia kicsivel nagyobb hányadát magyarázta.

Lee és Yom (2007) az ápolói ellátással kapcsolatos minőségészleléseket vizsgálta kutatásában, mely az egészségügy olyan területe, amelyet szintén több SERVQUAL kutatás érintett. Ezek összegzésekor a szerzők leírják, hogy értelmezhető és kimutatható az elvárások és észlelések közötti gap e területen, hogy a biztonságérzet dimenzió bizonyult a legfontosabb dimenziónak, valamint hogy az észlelt minőség és az elégedettség között kimutatható a kapcsolat. Saját kutatásukban jelentősen módosítva az eredeti skálát, de a dimenziókat megtartva 20 állítást használtak, 5-pontos Likert skálákon értékelve. Eredményeik szerint az eszköz megbízható (alfa mutató alapján) a teljes skálára, valamint az egyes dimenziókhoz tartozó állításokra vonatkozóan is. A megbízhatóság és a biztonságérzet dimenziókban kapták a legmagasabb elvárási pontszámokat, melyek szignifikánsan magasabbak, mint az észlelési skála pontszámai (itt szintén a fent említett két dimenzió kapta a legmagasabb értékeléseket).

Fontosnak tekintem e témában Miranda és tsai (2009) kutatását. A szerzők a korábbiakkal ellentétben nem a páciens-elvárások és tapasztalatok közötti gap-et

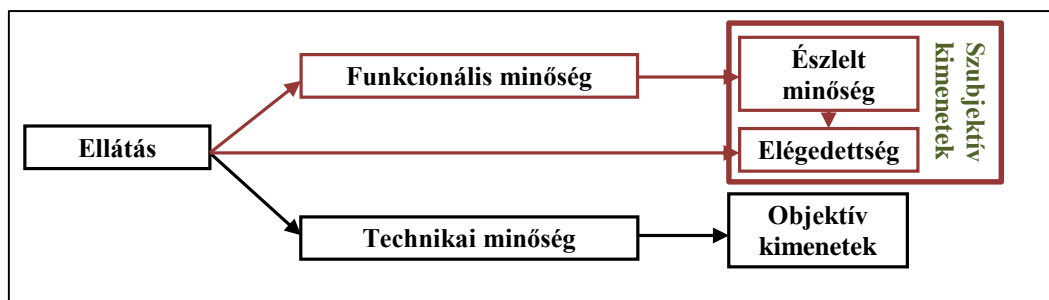
vizsgálták, hanem a páciensek és az egészségügyi központ vezetőinek véleménye közötti gap-et (mely a SERVQUAL alapjául szolgáló elméleti keretben eredetileg nem is szerepel). Nagymintás kérdőíves megkérdezésüket (2556 fő) azért tartom fontosnak saját kutatásom szempontjából, mert az alapellátásra adaptálták a SERVQUAL-t (hozzátéve, hogy Európában ilyen kutatás még nem született). Skálájuk, melyet HEALTHQUAL-nak neveztek el, az eredeti állítás-sor jelentős módosítása; a 25 állítást 7-pontos Likert skálán kellett értékelni a válaszadóknak. A módosításoknak köszönhetően a kapott faktor-struktúra is jelentősen eltér az eredetitől: bár a tárgyi tényezők megjelennek, emellett külön dimenziót a hatékonyság (pl. várakozási idő, páciensre fordított idő, panaszkezelés), valamint (a variancia nagy százalékának magyarázójaként) az egészségügyi személyzet (pl. az egészségügyi személyzet szakmaisága, a páciens problémáinak megértése, figyelem) és a nem-egészségügyi személyzet (pl. szakértelmük, problémakezelésük). Úgy vélem, modelljük egyfajta hibrid-modellnek tekinthető, mely a SERVQUAL-hoz lazábban kapcsolódik, ugyanakkor magában foglal olyan fontos elgondolást, mely szerint az egészségügyi és a nem egészségügyi személyzet szerepét érdemes elkülöníteni. Összemos ugyanakkor a hatékonyság dimenzióban olyan állításokat, melyeket a SERVQUAL külön kezel. Elemzésük során, a korábbi kutatásoktól eltérően, nem átlagértékeket számítottak az egyes dimenziók kapcsán, hanem faktorsúlyokkal dolgoztak, és eredményeik alapján a skála megbízható és érvényes.

3.3. A fejezet összegzése

Értekezésem harmadik fejezetének célja az volt, hogy rámutassak: értelmezhető az egészségügyi ellátás funkcionális minősége, mely a technikai minőséggel szemben az igénybe vevők (páciensek) értékelésére helyezi a hangsúlyt, felhívva a figyelmet arra, hogy az információs aszimmetria miatt a páciensek az esetek nagy részében nem képesek az ellátás technikai minőségének megítélésére, ezért a teljesítményt elsősorban a folyamat alapján (hogyan történt az ellátás nyújtása) ítélik meg. Ezzel egy szolgáltatásmarketing szemléletű megközelítést alkalmazok, amely a funkcionális minőség mérésére is ad módszereket. E módszerek közül a SERVQUAL és a SERVPERF a legismertebbek. Mindkét megközelítés a funkcionális minőség öt dimenzióját veszi számba (tárgyi tényezők, megbízhatóság, reagálási készség, biztonságérzet és empátia), azonban míg az előbbi a diszkonfirmációs paradigmán nyugszik és az igénybe vevők elvárásai és tapasztalatai közötti különbségeként értelmezi

a minőséget, addig az utóbbi kizárólag az észlelt teljesítményre helyezi a hangsúlyt. Mindkét megközelítés alkalmazására találunk példákat az egészségügy területén is, magyar nyelven adaptált változatát e modelleknek egészségügyi ellátásra azonban nem ismerem. Az észlelt minőség mellett az elégedettség fogalmát is meghatároztam e fejezetben: az elégedettséget az észlelt minőség függvényének tekintem. Mindezek alapján elméleti modellem tovább bővül (7. ábra): értelmeztem a funkcionális minőség fogalmát és így az észlelt minőséget, valamint az elégedettséget, melyeket mint szubjektív kimeneteket határozom meg.

7. ábra Észlelt minőség és elégedettség, mint az ellátás szubjektív kimenetei



Megjegyzés: pirossal jelölöm a modellbe újonnan bekerült elemeket, zölddel pedig egyes elemek csoportosításait.

Forrás: saját szerkesztés

4. Egyén-specifikus pszichológiai háttértényezők szerepe az egészségügyben

Ahogy a 2. fejezetben említettem, az egészséget (és ennek egyik alakítóját, az egészségügyi szolgáltatások igénybe vételét; az orvoshoz járást; a beteg-együttműködést) természetesen nem csak az egészségügyi ellátás minősége, hanem számos tényező befolyásolja. Értekezésem e fejezetében az egyén-specifikus tényezők, ezen belül a koherencia-érzet, az észlelt egészség és az egészséghit, mint egészséggel kapcsolatos magatartást előrejelző modell szerepét vizsgálom. Ez azért is fontos, mert a kelet-közép európai országokra (köztük Magyarországra) az utóbbi évtizedekben jellemző kedvezőtlen egészségi mutatók hátterében több kutatási eredmény szerint is alapvető a lelki, magatartásbeli tényezők szerepe (Kopp 2007). E tárgykörrel az egészségpszichológia foglalkozik, mely az utóbbi évtizedekben a pszichológia egyik legdinamikusabban fejlődő ága (Kállai és tsai 2007), és míg tág értelemben az egészségügyben alkalmazott pszichológiát jelenti, addig szűkebb értelmezése szerint az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés pszichológiáját foglalja magában (Pikó 2007). Az egészségpszichológia fő területeihez tartozik az egyének egészségállapotának megtartása, az egészséges életvitel fejlesztése, konkrét betegségekhez kapcsolódó

megelőző és terápiás tevékenység, kockázattal kapcsolatos magatartásformák meghatározása, egészségügyi zavarok kóroktani és diagnosztikai korrelációinak vizsgálata, rehabilitáció, valamint az egészségügyi rendszert és egészségpolitikát érintő kérdése elemzése, értékelése (Kállai és tsai 2007, Simon 2010). Az egészségpszichológia tárgykörébe tartoznak tehát azon modellek is, amelyek az egészségmagatartásra és annak magyarázatára vonatkoznak. Az egészségmagatartásnak számos definíciója létezik; a velük kapcsolatos megközelítésekre való részletes kitérés nélkül Gochman (1997) széleskörűen idézett (lásd pl.: Glanz és tsai 2008, vagy a hazai Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) keretében Boros 2005) definícióját fogadom el, mely szerint az azon személyes tulajdonságok, mint például hiedelmek, elvárások, motivációk, értékek, felfogások, és egyéb kognitív elemek; személyiségjellemzők, beleértve érzelmi állapotok és jellemvonások, valamint nyílt viselkedési minták, cselekvések és szokások összessége, amelyek kapcsolódnak az egészség megtartásához, az egészség helyreállításához, valamint az egészség javításához. E definíció tehát az egyén szintjén maradva, viszonylag tág körben határozza meg azon elemeket, amelyek az egészségmagatartás égisze alá tartoznak. E definíciót azért is tartom ideálisnak kutatásom szempontjából, mert mind kognitív, mind érzelmi, mind viselkedésszerű komponenseket tartalmaz, így értelmezhető segítségével a koherencia-érzés, az észlelt egészség, valamint az egészséghit modell is.

A KSH egészségfelmérése (2010) szerint a felnőtt lakosság is elismeri az egyéni magatartás szerepét az egészségben: a kutatás válaszadóinak többsége egyetértett azzal, hogy az egészség a biológiai adottságok mellett főleg a hozzáálláson és az egészség megőrzésére tett erőfeszítéseinken múlik. A kutatásból az is kiderül, hogy növekvő tendenciáról beszélhetünk, azaz az emberek, különösen a nők egyre jobban felismerik az egészségtudatos magatartás fontosságát. Az egészséggel kapcsolatos ismeretek és vélekedések önmagukban azonban nem elegendők a megfelelő magatartáshoz. Ahogyan Kállai és társai (2007) megfogalmazzák: bár az emberek fontosnak tartják az egészséget, mégsem tesznek azért, hogy egészségesebbek legyenek. Ennek oka az, hogy a tettekhez motivációra van szükség. E nagyon leegyszerűsített gondolatmenetre épül az egészséggel kapcsolatos vélekedések modellje vagy egészséghit modell (Health Belief Model, a továbbiakban egészséghit modell vagy HBM). E modell mellett ugyanakkor szerettem volna olyan egyéb változókat is bevonni a modellembe, melyek az irodalomban alátámasztott módon összefüggésben vannak az egészséggel, így az

egészséghit modell bemutatása előtt kitérek az észlelt egészség és a koherencia-érzés szerepére is.

4.1. Észlelt egészség

Az észlelt (más szóval vélt, szubjektív vagy önértékelés szerinti) egészség mércéjét (mely egyetlen kérdésben kéri a válaszadót, hogy értékelje saját egészségi állapotát) számos nemzetközi szervezet (pl. a WHO, illetve az OECD), valamint tudományos kutatás, illetve a hazai OLEF (Országos Lakossági Egészségfelmérés) is használja. Ahogyan az OLEF 2003-as gyorsjelentésében (OEK 2004) megfogalmazza, az egyének saját egészségükről formált véleménye egyrészt természetesen jelzi, ők maguk hogyan élik meg egészségi állapotukat, ugyanakkor ez az egyik legjobb egészségindikátor az egészségügyi ellátás elégtelenségének vizsgálatában. A vélt egészség tehát az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével is összefüggésben van: a logikus kapcsolatot, mely szerint azok, akik rossznak vagy nagyon rossznak érzik saját egészségüket nagyobb arányban veszik igénybe az alapellátást, mint azok, akik kielégítőnek, jónak vagy nagyon jónak tartják azt, az OLEF 2003 felmérése (Hajdu 2005) is alátámasztotta.

Az észlelt egészség ugyanakkor ennél többet is jelez. Idler és Benyamini (1997) sokszor idézett kutatásában 27 angol nyelven publikált (amerikai, európai és ázsiai) nagymintás reprezentatív lakossági felmérést hasonlított össze, melyekben mind a vélt egészségre, mind egészségi és szocio-demográfiai adatokra vonatkozó kérdések voltak, és követési időszakuk 2-től 13 évig terjedt. Eredményeik meglepően egyértelmű és konzisztens kapcsolatot mutattak a vélt egészség és a halálozási valószínűség között, melyet a kérdés megfogalmazása sem befolyásolt. Ezen egyszerű kérdés természetesen nem tökéletes előrejelző; későbbi kutatások során rámutattak, hogy az észlelt egészség komponensei közül az orvosi tesztekkel nehezen mérhető „vitalitás” és ellenállóképesség az, amely validnak tekinthető a mortalitás előrejelzésében. Különböző társadalmi csoportok között is vannak különbségek: férfiaknál az észlelt egészség nagyobb előrejelző erővel bír, mint a nőknél (Benyamini 2008).

4.2. Koherencia-érzés

A fentiekkel némiképpen ellentétes szemléletű Aaron Antonovsky először 1979-ben publikált ún. salutogenezis elmélete, amely a hagyományos megközelítéssel szemben nem a betegségek okát vizsgálta, hanem azt, hogy a számos stresszor ellenére mi az,

amely az egészségességhez hozzájárul (Antonovsky 1993). Az elmélet szerint az egészséget rendszerszemléletben szükséges értelmezni, ahol az ember és környezete közötti koherencia fontos, amely biztosítja a harmóniát. A modell legfontosabb fogalma tehát a koherencia, amely „a személynek saját magával és a világgal szemben tanúsított és átélt beállítódása, annak biztonsága, hogy a minket körülvevő és a bennünk megnyilvánuló világ kiszámítható és az események nagy valószínűséggel befolyásolhatók” (Skrabski és tsai 2004, 8. o.). Balajti és tsai (2007) megfogalmazásban az egyénnek a kihívásokkal szembeni válaszkészségeként írható le, mely nem személyiségjeggy, hanem élmények által formált beállítottság. A szerzők rámutatnak arra is, hogy számos tanulmány alátámasztotta a koherencia-érzés¹⁵ összefüggését az egészséggel, valamint a vélt egészséggel (nemtől, kortól és etnikai hovatartozástól függetlenül), és hogy alátámasztották jó előrejelző képességét a rokkantság, illetve specifikus betegségek (pl. 2-es típusú diabétesz) kialakulásával. Bár néhány kutató azt is felvetette, hogy a koherencia-érzést akár szűrőeszközként is lehetne használni, azonban ez ellen szól, hogy továbbra sem világos az, hogy az általa mért kontinuum (alacsony-magas koherencia-érzet) adott pontja az egyénnél a gyakorlatban hogyan értelmezendő, illetve mikortól válik hatástalanná az egészségességhez való hozzájárulásban (Eriksson és Lindström 2005).

A koherencia-érzés mérésére kifejlesztett eszközt (sense of coherence scale, SOC) legalább 32 országban, 33 nyelven alkalmazták kutatásokban, gyerekek és felnőttek között, különböző betegcsoportokban, a gyakorlati élet számos területén, úgy mint egészségügyi szolgáltatások, társadalmi munka, munkahelyek, rokonok ellátása vagy tanulás (Eriksson és Lindström 2006). Az eszközzel kapcsolatban a szerzők felvetik, hogy az Antonovsky eredeti elképzeléseivel ellentétben nem egydimenziós, hanem legalább három komponenst tartalmaz: érthetőség, kezelhetőség, jelentőségteljesség. Ezzel kapcsolatban azonban nincs egyetértés az irodalomban (Sandell és tsai 1998).

Az elmélet operacionalizálására eredetileg kidolgozott eszköz 29 kérdést tartalmazott, azt Antonovsky 1987-ben közölte. A további kutatások során ennek kialakult egy 13 tételes változata is (SOC-13), amelyet magyar nyelven Balajti és tsai (2007) validált. Eredményeik alapján az eszköz valid és megbízható (egy almintán történt későbbi

¹⁵ Bár e kifejezést a helyesírási szabályok szerint egybe kell írni („koherenciaérzés”), a témában íródott tanulmányok nem egységesek és és nem következetesek az írásmód tekintetében. Emiatt én a „koherencia-érzés”, „koherencia-érzet” formákat fogom használni Balajti és tsai (2007) nyomán, mivel az e tanulmányban publikált eszközt használtam.

ismételt felvétel alapján is) és egybecseng a hasonló nemzetközi kutatások eredményeivel. Megállapították emellett, hogy (120 fős, nem reprezentatív mintájukban) a koherencia-érzés szignifikáns kapcsolatban áll a depresszióval, a lelki egészséggel, valamint a vélt egészséggel, és hogy faktoranalízis alkalmazásával valóban azonosítható három komponens.

4.3. Az egészségmagatartás modelljei

A következőkben röviden bemutatom az irodalomban az egészségmagatartásról szóló leggyakrabban hivatkozott modelleket, köztük az egészséghit modellt, melyet, mivel empirikus kutatásom során alkalmaztam, egyedülként részletesebben is ismertetek. Valamennyi modell a szociális kognitív elméletek közé tartozik, amely azt jelenti, hogy az egyének kognícióit és gondolatait vizsgálják, mint olyan folyamatokat, amelyek valamely valós helyzetben megfigyelhető ingerek és válaszok között lépnek fel (Conner és Norman 2005).

Az 1975-ben Rogers által felvázolt ún. „védekezés (vagy protektív) motivációs modell” (Protection Motivation Theory) eredetileg a félelemkeltő felszólításokra adott reakciók megértéséhez kívánt elméleti háttérrel biztosítani. Tipikus alkalmazásában az egészségügyi fenyegetést, valamint a megküzdést értékelő folyamatokra adott adaptív és nem adaptív válaszokat jellemzi. Feltételezi, hogy a félelem keltette arousal¹⁶ növeli az észlelt fogékonyságot és az észlelt súlyosságot, és az adaptív válaszokat annál valószínűbbnek tartja, minél inkább úgy észleli az egyén, hogy azok hatékonyan csökkentik a fenyegetést, valamint minél inkább hiszi, hogy képes azok megvalósítására. A fenyegetés és a megküzdés értékelésének eredménye valamilyen védekezési motiváció, amelyet általában egészségvédő viselkedési szándékként operacionalizálnak, a tényleges viselkedés pedig a szándék függvénye (Norman és tsai 2005). Kállai és tsai (2007) arra hívják fel a figyelmet, hogy vannak, akikben feszültséget kell kelteni a viselkedés megváltoztatásához szükséges motiváció létrejöttéhez, valamint hogy közepes szintű aggodalmat meghaladó feszültség szükséges ahhoz, hogy a fenyegetést, valamint a megküzdést értékelő folyamatok eredményeképp létrejöjjön a motiváció. Ahogyan ez később látható lesz, a modell több ponton eredeztethető az egészséghit modellből.

¹⁶ Pszichés aktivitás vagy izgalom, mely még nem érzélem, de minden érzélem közös és nélkülözhetetlen alkotóeleme (Takács 2006).

Az „egészségmagatartás kontrolljának helye” vagy „egészség-kontrollhely” modell (Health Locus of Control) az 1960-as években jelent meg (Rotter általános kontrollhely-megközelítését ekkor alkalmazták tuberkulózisos betegek körében). Kiindulási pontja szerint a viselkedés megjelenésének valószínűsége attól függ, hogy az annak eredményeként szerezhető jutalom vagy haszon várhatóan megjelenik-e, illetve azt vizsgálja, az egyén mennyire tekint belső (saját) vagy külső tényezőket meghatározónak a viselkedése és annak eredményessége forrásaként. Ez utóbbival, tehát a belső vagy külső kontrollal kapcsolatos elvárás a viselkedés alakításának legfontosabb mozzanata (Berend és Kotosz 2012, Kállai és tsai 2007). Berend és Kotosz (2012) hazai kutatásában Furnham és Forey kérdőívét használta, mely négy dimenzió alapján (szerencse, szolgáltató kontrollja az egészség felett, önkontroll az egészség felett, egészség általános fenyegetettsége) tesz következtetéseket. Elemzésük során az eredeti elméleti dimenziókat nem sikerült teljes mértékben reprodukálni, bár közelíteni igen; felmérésük fontos korlátja és az eredmény magyarázata lehet, hogy egyetemi hallgatók mintáját használták.

A „tervezett cselekvés elmélete” (Theory of Reasoned Action), valamint továbbfejlesztett változata, a „tervezett viselkedés elmélete” (Theory of Planned Behavior) Ajzen és Fischbein nevéhez fűződnek. E modellek azt állítják, hogy az egyén viselkedése az intenciójától függ, amelyet pedig az egyén attitűdje (saját értékelése viselkedése kivitelezéséről), valamint szociális normája (az, hogy mennyire kíván megfelelni az egyén azoknak az észlelt értékeléseknek, melyeket a számára jelentős személyek tesznek a viselkedéséről) határoz meg (Márványkövi és társai 2008).

4.3.1. Az egészséghit modell

Az egészséghit modell (Health Belief Modell, HBM) az irodalomban az egészségmagatartással kapcsolatban leggyakrabban említett modell (Simon 2010). Kialakításának alapja az 1950-es években, az USA-ban a közegészségüggyel foglalkozó kutatók azon célja volt, hogy javítsák az egészségügyi oktatási, ismeretterjesztési programok hatékonyságát azáltal, hogy megtalálják, melyek azok a potenciálisan módosítható egyéni tényezők, amelyek a megelőző programokban való részvételt és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét befolyásolják (Abraham és Sheeran 2005).

Az egészséghit modell megjelenése Rosenstock (1966) tanulmányhoz köthető, melyben a szerző célja egy olyan elméleti keret létrehozása, mely információkkal szolgál az egészségügyi dolgozóknak arról, az emberek miért és milyen feltételek mentén tesznek

lépéseket azért, hogy megelőzzenek vagy felderítsenek egy betegséget. Rosenstock (1966) cikkében hangsúlyozta, nem minden egészségügyi viselkedés átfogó magyarázatára szolgáló modellt kívánt létrehozni; ehelyett olyan változók specifikációja volt a célja, amelyek szignifikánsan hozzájárulnak az egészségügyi viselkedés jobb megértéséhez.

Az egészséghit modell – ahogyan a korábban bemutatott modellek – szintén szociális kognitív elméletnek tekinthető, és szorosan kapcsolódik Bandura szociális tanuláselméletéhez. Eszerint a viselkedést az elvárások és az ösztönzők irányítják: az az egyén, aki magasra értékeli egy bizonyos állapotot (ez az ösztönzés), akkor fog tenni e kívánt állapot eléréséért, ha úgy gondolja, hogy:

- jelenlegi állapota fenyegetést jelent az általa magasra értékelt állapotra,
- egy bizonyos magatartás csökkenti ezt a fenyegetettséget (kimeneti elvárás), és
- ő maga képes elsajátítani ezt az új magatartást (hatékonysági elvárás) (Rosenstock és tsai 1988).

Az egészséghit modell azt feltételezi, hogy az egészséggel kapcsolatos magatartás három tényezőcsoport együttes jelenlététől függ:

- elégséges motiváció (amely az egészséggel kapcsolatos kérdést aktuálissá vagy fontossá teszi),
- a hit, hogy az egyén fogékony egy adott egészségügyi problémára (ezt nevezik gyakran észlelt fenyegetettségnek),
- a hit abban, hogy bizonyos magatartás (pl. egy egészségügyi ajánlás követése) az egyén számára elfogadható költségek mellett csökkentheti a fenyegetettséget. A költség jelen esetben azon (csak részben pénzügyi) észlelt akadályokat jelenti, melyeket le kell győzni ahhoz, hogy az adott egészségügyi ajánlást követni lehessen (Rosenstock és tsai 1988).

Másképp megfogalmazva, az emberek akkor tesznek az egészségük érdekében (pl. mennek el szűrésre), ha úgy gondolják, hajlamosak valamilyen betegségre, amit fenyegetőnek is észlelnek, és ha úgy gondolják, hogy elfogadható ráfordítás/eredmény aránnyal rendelkező lehetséges cselekvéseik vannak (Simon 2010).

A modell Rosenstock (1966) által is felvázolt változócsoportjai az alábbiak.

- Észlelt fogékonyság: az egyén által észlelt kockázat egy adott egészségügyi állapottal kapcsolatban.
- Észlelt súlyosság: az egyén szubjektív értékelése egy adott egészségi állapot, betegség, vagy általában a betegségek komolyságáról, súlyosságáról. (E két változót együtt észlelt fenyegetettségnek is nevezhetjük.)
- Észlelt előnyök: az alternatív magatartással járó előnyök.
- Észlelt korlátok: az alternatív magatartást akadályozó tényezők.
- Cselekvésre motiváló egyéb tényezők: olyan belső vagy külső kiváltó tényezők, amelyek létrehozzák a tenni akarás azonnali vágyát, pl. az egészségi állapot megváltozása vagy egy figyelemfelkeltő médiaüzenet. Szerepükről többféle vélemény alakult ki, ugyanakkor kevés empirikus kutatás készült (Gutierrez és Long 2011, Simon 2010, Weissfeld és tsai 1987).

A szociális kognitív elmélet és az egészséghit modell fő gondolatainak megfelelőségét mutatja be a 4. táblázat.

4. táblázat A szociális kognitív elmélet elemeinek megjelenése az egészséghit modellben

Szociális kognitív elmélet	Egészséghit modell
Környezeti jelzésekkel (események összekapcsolódásával) kapcsolatos elvárások („mi vezet mihez”)	Betegségekre való fogékonyság és annak súlyossága, illetve annak következményei (fenyegetettség)
Kimenetekkel vagy eredménnyel kapcsolatos elvárások	Adott viselkedés előnyei mínusz annak észlelt költségei, vagy a viselkedés korlátai
Énhatékonysággal kapcsolatos elvárások	A modellben explicit módon nem szerepel; az „észlelt korlátok” tartalmazza
Ösztönző	Egészséggel kapcsolatos motiváció: az észlelt fenyegetettség csökkentésének értéke

Forrás: Rosenstock és tsai 1988, 177. o.

Ahogy látható, a modell eredeti változócsoportjai között bár implicit módon igen, explicit módon nem szerepelt Bandura személyes hatékonyság elmélete (mely a saját cselekvés hatásosságába vetett hitként írható le); az utóbbi években készült, HBM-et alkalmazó kutatások egy részében már megjelenik (pl. Gutierrez és Long 2011), ugyanakkor továbbra is vannak olyanok, amelyekben nem (pl. Levinson és Druss 2005). A személyes- vagy énhatékonyság azt a meggyőződést méri, hogy általában tudjuk-e kezelni a nehéz élethelyzeteket. E koncepció igen szoros kapcsolatban áll a koherencia-

érzés elméletével, és nemcsak közvetlenül, de a koherencián keresztül közvetetten is kapcsolódik az egészségi állapothoz (Skrabski és tsai 2004).

Az egészséghit modell többek között abban különbözik az egyéb, egészségmagatartást is vizsgáló modellektől (pl. a tervezett viselkedés elméletétől), hogy nem állít fel szigorú követelményeket azzal kapcsolatban, hogy a különböző változók hogyan jelzik előre a magatartást. Ehelyett azt feltételezi, hogy azok egymástól függetlenül járulnak hozzá az egészségmagatartás előrejelezhetőségéhez: nem ad egyértelmű elméleti struktúrát. E jellemző gyakran a modellt ért kritikák forrása, ugyanakkor rugalmassága lehetővé teszi annak adaptálását sokféle viselkedés mérésére (Nejad és tsai 2005).

Fontosnak tartom megemlíteni, hogy az egészséghit modell a viselkedéssel kapcsolatos döntéseket racionális döntési keretben, a szubjektív várható hasznosság szerint vizsgálja. Hiszen, ahogy Conner és Norman (2005) fogalmaz, a szociális kognitív modellek olyan viselkedéseket elemeznek, amelyek racionális döntések következményei: egy viselkedés hasznosságát (kíváncsiságát) az alapján ítélik meg, hogy milyen az adott (itt: egészséggel kapcsolatos) kimenetek vagy következmények valószínűsége (elvárások), valamint értéke az egyén megítélése szerint. Valamennyi magatartásformának egymástól eltérő szubjektív várható hasznossága van, tehát bár e modell teret enged a szubjektív ítéletalkotásnak, keretei közt az ítéletek racionális és konzisztens módon formálódnak.

A modell publikálása után azt keretként használták olyan kutatásokban, amelyekben az egészséggel kapcsolatos ajánlásokhoz való viszonyulást, azok elfogadását vizsgálták (Simon 2010). Az utóbbi években készült, a HBM-et alkalmazó vizsgálatok tipikusan specifikus betegségekkel (pl. diabétesz, lásd Gutierrez és Long 2011 vagy Kartal és Özsoy 2007), illetve célzott magatartásformákkal (pl. fogmosás, lásd Buglar és tsai 2010; vagy droghasználat, lásd Márványkövi és tsai 2008) foglalkoztak.

A modell módszertanával, előrejelző képességével több kutatás foglalkozott. Weissfeld és tsai (1987) megerősítő faktorelemzéssel vizsgálták egy részben általános, részben specifikus kérdőív megbízhatóságát (abban számos gyakori betegséggel, mint pl. szívroham, vesebetegség, rák, vérnyomás-probléma kapcsolatos észlelt fenyegetettséget, valamint többféle tevékenység észlelt előnyét, pl. rendszeres egészség-ellenőrzés, dohányzás és alkoholfogyasztás elkerülése mérték). A 32 itemből álló kérdőívet 2802 személy töltötte ki (személyes kitöltés keretében), az adatokat strukturális elemzésnek vetették alá. Eredményeik alapján a kapott faktor-struktúra meglehetősen közel áll a

modell elméleti dimenzióihoz, és a skálák nemcsak magas megfelelő belső megbízhatósággal rendelkeztek, de különböző nemi, életkori és etnikai csoportokban hasonlóan mérték ugyanazon pszichológiai tényezőket. Janz és Becker (1984) a korábban HBM-et alkalmazott kutatásokról készített átfogó vizsgálatot, melyben többek között kiszámították, a modell egyes dimenziói az összes általuk áttekintett kutatás hány százalékában bizonyultak pozitívnak és statisztikailag szignifikánsnak a vizsgált téma tükrében. A legjobb eredményt a „korlátok” dimenzió „érte el” (a tanulmányok 89%-ában bizonyult megfelelő előrejelző erejűnek), utána következett az „előnyök” dimenzió (81%), majd a fogékonyság (78%), végül a súlyosság (65%).

Az egészséghit modell megközelítés előnye, azaz, hogy igen sokféle magatartásformára, betegségekre adaptálható, annak hátránya is egyben: a kutatások áttekintése alapján rendkívül sokféle skála született, és a Janz és Becker (1984), valamint a kutatók többsége által megfogalmazott követelmény, mely szerint szükség volna sztenderdizált mérőeszközre, továbbra is aktuális. Simon (2010) szerint az utóbbi években sok jó példát láthattunk a skálatejesztésre, ugyanakkor azért nincsenek tesztelt mérési eszközök, mert kevés a publikált mérőeszköz. Saját tapasztalataim alapján ezt azzal egészítem ki, hogy a vizsgált témakörök sokfélesége miatt valóban kevés az a terület, ahol több vizsgálat használja ugyanazokat a skálákat. A modell további kritikája, hogy összetevői korrelálnak ugyan a viselkedéssel, a korreláció mértéke azonban alacsony (Urbán 2001), valamint hogy bár világosan megfogalmazza elméleti komponenseit, a közöttük levő kapcsolatok nem egyértelműek.

Simon (2010) a vizsgálatok áttekintése alapján többek között az alábbi ajánlásokat illetve figyelmeztetéseket fogalmazza meg az egészséghit modellt használó kutatások számára:

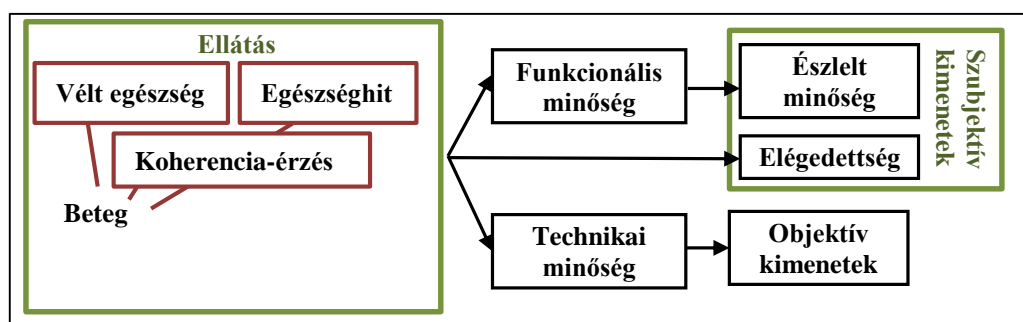
- a konstrukciók fejlesztésénél összhangban kell maradni az egészséghit modell elméleti hátterével,
- a mérési eszköz kialakításakor a vizsgálandó területhez szükséges alkalmazkodni,
- minden egyes részterületre többletteleles skálát szükséges fejleszteni,
- minden új vizsgálatnál meg kell ismételni a mérhetőség és megbízhatóság mérését,
- az észlelt érintettségéből és az észlelt súlyosságból következik az észlelt fenyegetettség, mely erősebb előrejelzője az egészségorientált magatartás szándékának, mint a jelenlegi magatartásnak,

- a skálaelemek kialakításánál óvatosnak kell lenni; különösen az észlelt korlátok dimenzió elemeinek lehetnek alacsony belső korrelációi,
- az észlelt fenyegetettség vizsgálatánál legyen fix pontunk,
- a kutatás irányuljon a HBM és más modellek összekapcsolási lehetőségeire,
- kerüljenek publikálásra a használt skálák.

4.4. A fejezet összefoglalása

Értekezésem e fejezetében az egyén (páciens) szempontjából fontos olyan pszichológiai háttértényezőket ismertettem, mint a koherencia-érzés, valamint az egészséghit, továbbá szóltam az észlelt egészségről is, mint a valós egészségi kilátások fontos mutatójáról. Ezzel kutatási modellemben megjelennek azok a tényezők, melyek kifejezetten az ellátási folyamat egyik szereplőjéhez, a pácienshez kapcsolódnak (8. ábra).

8. ábra Egyén-specifikus tényezők, valamint az ellátás kimenetei



Megjegyzés: pirossal jelölöm a modellbe újonnan bekerült elemeket, zölddel pedig egyes elemek csoportosításait.

Forrás: saját szerkesztés

Az egészséghit modellt népszerűsége, széleskörű alkalmazása, valamint rugalmassága, többféle területre való adaptálhatósága miatt alkalmazom kutatásomban, törekedve a Simon (2010) által megfogalmazott irányelvek figyelembe vételére. Használatával kapcsolatban célom, hogy alátámasszam: a modell általános formában megfogalmazott változata értelmezhető, és felhasználható az egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos tapasztalatokat és attitűdöket vizsgáló kutatásban, rámutatva más modellekkel (koherencia-érzet, észlelt szolgáltatás-minőség) való összekapcsolódási lehetőségekre. További célom, hogy az egyéni jellemzőket mérő változók alapján páciens-szegmenseket képezzek, melyek egymástól eltérő egészségmagatartással, így az ellátórendszerben való eltérő részvételükkel jellemezhetők.

5. Kommunikációs és kapcsolati tényezők fontossága az egészségügyben

Figyelembe véve, hogy az egészségügyi ellátás minőségének meghatározásában fontos szerepet játszanak az interperszonális elemek, valamint hogy a SERVQUAL modell is magában foglal a folyamatban részt vevők kapcsolatára vonatkozó elemeket, egyértelmű, hogy az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció olyan témakör, amellyel érdemes foglalkozni.

Az orvos-beteg kapcsolat a világ számos részén (főképp a nyugati társadalmakban) jelentős változásokon ment keresztül az utóbbi években, évtizedekben – és ez a folyamat napjainkban is tart, természetesen eltérő fázisoknál az egyes kultúrákban, országokban. Gyógyítási szempontból eltolódás vehető észre a biomedikális modelltől (amelynek legfontosabb jellemzői a betegségek kizárólag biológiai okokra való visszavezetése, elidegenedett orvos-páciens kapcsolat, valamint orvos- és betegségek központúság) a bio-pszicho-szociális modell felé (ahol nem csak biológiai, hanem társadalmi és pszichológiai tényezőket is figyelembe vesznek a betegségek okának keresésében és a terápiák tervezésénél). Ez azt jelenti, hogy az orvosoknak figyelembe kell venni ezt a több szempontú megközelítést amikor mérlegelik a kezelési lehetőségeket, amely sokkal személyesebb kapcsolatot feltételez a pácienssel, amelyben mindkét fél személyisége, viselkedése és érzései is egyre inkább fontosak, ezáltal egyenrangú viszony alakulhat ki (Molnár és Csabai 1994).

Gazdasági és marketing szempontból is tapasztalhatók az e téma fontosságára irányuló változások. A gazdasági szempontok előtérbe kerülésének (többek között) az az oka, hogy az egészségügyi rendszerek még a fejlettebb országokban is finanszírozási problémákkal küzdenek, emiatt az egészségügyi dolgozók érdeklődése megnőtt a gazdasági és menedzsment tudományok iránt, valamint költségtudatosságuk is erősödött a korábbiakhoz képest (Málovics és tsai 2007). Az egészségügyi ellátás egyre inkább szolgáltatásként jelenik meg, és ennek eredményeképp egyre nagyobb hangsúly kerül a marketing szempontokra, az igénybe vevői magatartásra és elégedettségre, a személyes kapcsolatmenedzsmentre, valamint a kockázatkommunikációra. Az egészségügy fejlődése egyre inkább széleskörű választási lehetőségek, orvos és páciens között megosztott felelősség, valamint az egyének önmenedzselése felé halad (Sihota és Lennard 2004). A betegközpontú kommunikáció modelljei – például a Shared Decision Making (közös döntés, SDM) – olyan innovációnak tekinthetők, amelyekre Porter (1998) szerint is szükség van az egészségügy költségproblémájának valódi

megoldásához: dinamikus szemléletet és olyan megoldást képviselnek, amelyek lenyomhatják a költségeket és javíthatják a minőséget.

A gazdasági szempontok előtérbe kerülésének ellenére elmondható azonban, hogy a közgazdasággal foglalkozó tudományágak kevés figyelmet szenteltek e témakörnek. Ez annak ellenére jellemző, hogy egyrészt az egyre informáltabb, önállóan dönteni tudó és szándékozó ügyfelek fontos alanyaivá váltak a vizsgálódásoknak (Vick és tsai 1998), továbbá, hogy a kommunikáció, és következményeképp az orvos-beteg együttműködés nemcsak egyéni szinten jár következményekkel, hanem társadalmi, gazdasági szinten is (Young és Oppenheimer 2006). (Például a felírt gyógyszerek szedésével kapcsolatos előírások be nem tartása nem kívánt klinikai kimeneteket, valamint növekvő egészségügyi költségeket okoz – erről az együttműködésről szóló alfejezetben lesz bővebben szó.)

Az utóbbi néhány évtizedben tehát a változásoknak köszönhetően főképp az egészségüggyel foglalkozó tudományágak fordítottak nagy figyelmet az orvos és a beteg közötti interakcióra, különösképpen a kommunikáció fontosságára és jellegzetességeire (Boon és Stewart 1998; Kenny és tsai 2010). Ennek elemzése azonban rendkívül nehéz, hiszen az orvos-beteg kapcsolat az egyik legkomplexebb interszónális kapcsolat – olyan tulajdonságainak köszönhetően, mint az erőviszonyok kiegyenlítetlensége, az aszimmetrikus informáltság, az önkéntesség hiánya (hiszen az esetek többségében a szükség határozza meg az igénybe vételét, nem pedig az, hogy valaki szeretné-e vagy sem), létfontosságú, életbevágó kérdések és problémák felmerülése, ennek következtében pedig az erőteljes érzelmi érintettség (Ong és tsai, 1995).

Összességében megállapítható, hogy a változások az egészségügyi ellátásokban a fent leírt szempontokból az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció elmélete és gyakorlata fontosságának növekedéséhez vezetnek. A megfelelő kommunikációt, jó orvos-páciens kapcsolatot és a páciensek bevonását a terápiával kapcsolatos döntésekbe ugyanis egyre szélesebb körben tekintik olyan tényezőknek, amelyek elősegíthetik a gyógyulási/gyógyítási folyamat sikerességét és növelhetik a felek elégedettségét.

Fontos eleme mindennek a páciensek együttműködési hajlandósága, amely nemcsak befolyásolhatja a kommunikációt, de annak következménye is lehet, és végső soron az eredményességhez is hozzájárul. Az elégedettséggel és az ellátás minőségének észlelésével (melyről a korábbi fejezetben írtam) együtt az együttműködés olyan

tényezőnek tekinthető, amely hozzájárul az egészségügyi kimenetek javításához, segítve ezzel a páciens-biztonságot, csökkentve a visszaesések, kórházi felvételek, komolyabb beavatkozások számát (amelyeknek komoly gazdasági hozadékaik is vannak). Ezért a folytonosan finanszírozási problémákkal küzdő egészségügyben érdemes részletesen foglalkozni ezzel a folyamattal. Értekezésem e fejezetének célja, hogy szekunder kutatásra alapozva áttekintést adjon az orvos-beteg kommunikáció elméleti háttéréről, a kommunikáció és az egészségügyi (pácienshez kapcsolódó) kimenetek közvetlen, valamint az együttműködés és az észlelt minőség által összekötött közvetett kapcsolatáról. Ez azért fontos, mert a kapcsolat a kommunikáció és az objektíven mérhető kimenetek (például egészségügyi állapot javulása) között – amelyeknek komoly gazdasági következményei is vannak – alátámasztja azt a feltételezést, hogy az orvos-beteg kommunikáció kutatására szükség van az egészségügy berkein kívül is.

5.1. Kockázat-kommunikáció

A szolgáltatásfolyamat során fellépő kétoldalú kockázatterzet csökkentésének egyik módszere a megfelelő kommunikáció. Az orvos-beteg kapcsolat nagyrészt kommunikációra épül, hiszen például a diagnózis felállításához a páciensnek el kell mondania a panaszait. Ezután – esetleg további vizsgálatok után – az orvos közli az ő megfigyeléseit, és terápiát javasol a betegnek, akit eközben a kockázatokról is tájékoztatnia kell.

Egyes felmérések szerint az önmagukon tüneteket észlelő személyek 30%-a fordul orvoshoz, és a magukat betegnek vallók is csak az esetek 40%-ában keresik fel a doktort (Molnár és Csabai 1994). Cartwright és Anderson (1984) angliai családorvosoktól kapott válaszok alapján azt találta, hogy a hozzájuk forduló emberek 24%-áról gondolják az orvosok, hogy “teljesen feleslegesen” kereste fel őket. Ez az adat jól mutatja, hogy számos olyan eset van, amikor az orvos számára se világos, hogy miért fordult hozzá a beteg, és sejthető, hogy számos esetben a beteg sincs tisztában azzal, hogy mit is vár a találkozástól.

Ezek az előzetes - és esetleg nem is megfogalmazott - elvárások nagyban befolyásolják, hogy hogyan észleli a szolgáltatással kapcsolatos kockázatot a beteg, illetve az orvos. Ebben a helyzetben mind a szolgáltató, mind a szolgáltatást igénybe vevő félnek van valamilyen elképzelése azt illetően, hogy mi is az adott szolgáltatás, ám ez a két elképzelés szinte soha nem esik teljesen egybe, és minél nagyobb a különbség, annál

fontosabb az elképzelések kommunikációja, egyeztetése, megértése. Természetesen ez nagyon sok szolgáltatási helyzetben így van, de Cartwright és Anderson 24%-a arra mutat rá, hogy ebben a szolgáltatási helyzetben különösen gyakori az, hogy lényegében nem találkozik a két elképzelés egymással.

5.1.1. Kommunikáció

A kommunikáció kutatása igen széleskörű és interdiszciplináris területen zajlik. Egyik legtagabb felfogása az információk cseréjét tartja központi jelentőségűnek. A kommunikáció általában nemcsak verbálisan zajlik, az üzenetek nagy része nem verbális szinten áramlik (Málovics és Farkas 2012). Az orvos-beteg kommunikációban mind a verbális, mind a nonverbális területnek fontos szerepe lehet. Előbbinek például az orvos-beteg találkozás során a tünetekről, előtörténetről és panaszokról való információgyűjtéskor, valamint az orvos megállapításainak közlésekor. E tekintetben igen fontos lépés a közös nyelv megtalálása, amely az orvos részéről feltételezi a páciens információbefogadó képességének, valamint egyéb nemi, életkori, szocio-ökonomiai sajátosságok figyelembevételét. A nonverbális kommunikáció (melybe beletartozhat a „fehér köpeny” viselése, vagy az orvosi szoba elrendezéséből is adódó egymás felé fordulás, illetve ennek hiánya) többek között a bizalom megteremtésében játszhat fontos szerepet.

A kommunikáció egy másik irányzata a kapcsolatra helyezi a figyelmet, arra a tényre, hogy a kommunikáció alapvetően az emberi kapcsolatokba ágyazódik (Fisher 1987). Eszerint az információ közvetítésén kívül a felek között kialakul valamilyen kapcsolat, és e kapcsolat struktúrájának ismerete szükséges a kommunikációs folyamat jellemzéséhez és megértéséhez.

Az orvos-beteg kommunikáció jellegzetességeit a szakember-laikus kommunikáció jellegzetességei (Málovics és tsai 2006) hatják át, ezek közül a legfontosabbak a következők:

- információs aszimmetria a kompetens szakértő és a laikus között,
- érintettség és félelem a páciens oldalán, rutin az orvos részéről,
- a döntési jogkör különbözőségei.

A különbözőségekből következik, hogy az egészségről, betegségről és a kockázatokról való hiedelmek, felfogások jelentős különbözősége következtében félreértésekkel,

kommunikációs félresiklásokkal lehet számolni, amelyeket csak kommunikáción keresztül lehetséges feltárni, megérteni, esetleg csökkenteni.

A kommunikációban természetesen a kommunikációs képességek is fontos szerepet játszanak. Esetünkben a páciensek ún. „health literacy” – je, melyet leginkább „egészségügyi írni-olvasni tudás” – ként fordíthatunk le. Meghatározása szerint „az, amilyen mértékben az egyedi páciensek képesek alapvető egészségügyi információk megszerzésére, feldolgozására és megértésére” (Hulsman és tsai 2005, 223. o.). E képesség tartalma az orvostudomány és a technológia fejlődésével együtt változik: az új e-megoldások alkalmazásához szükség van az igénybe vevők „health literacy”-jének adaptálására is. A kapott információk egyéni megértése és hasznosítása kiemelkedően fontos, hiszen a terápia a rendelőből való kilépéssel az esetek nagy részében nem fejeződik be.

5.1.2. Kockázátészlelés és -kommunikáció

Megfelelő kockázatkommunikációra az egészségügyi szektor és annak szereplői részéről több szinten is szükség lehet: egyrészt egyéni szinten, adott egyén kezelésekor, másrészt csoportos vagy társadalmi szinten, amikor befolyásolni kívánják a társadalom reakcióit például egy esetleges járvány esetén.

Az észlelt kockázat megismerése és a hatékony kockázat-kommunikáció a szolgáltató számára fontos eszköz az igénybe vevői elégedettség eléréséhez, hatással van az orvos és a beteg közti interakció minőségére, az együttműködési hajlandóságra, a beteg egészségnevelésére és az egészségnyerésre is. A kockázat-kommunikáció megfelelő alkalmazását egyre szélesebb körben tekintik az egészségügyi szolgáltatás minőségét növelő tényezőnek. Azonban a hatékony és jó kommunikáció mást jelent az orvosnak és mást jelent a betegnek (Richards 1990).

Lényeges e tekintetben az a tény, melyet már korábban is jeleztem: egy ilyen helyzetben a szakértők és a laikusok (betegek, páciensek, igénybevevők) eltérően észlelik a kockázatokat. A laikusok észlelését számos tényező befolyásolja, úgy mint:

- kontrollérzet (minél kevésbé érzi az egyén, hogy kontrollálni tudja a történéseket – pl. van-e lehetősége dönteni arról, hogy kér-e védőoltást – annál nagyobb az észlelt kockázata),
- választás lehetősége (tud-e tenni valamit az egyén annak érdekében, hogy ne legyen kitéve a kockázatnak),

- érintettek-e gyerekek (minél inkább jellemző, hogy az egyén saját környezetét, különösképpen a gyerekeit a kockázati tényezőnek kitettnek észleli, annál nagyobb az észlelt kockázat),
- újdonságérték (történt-e már korábban hasonló, van-e tapasztalat a helyzet kezelésében),
- a következmények jellemzői (milyen súlyosak, mennyire visszafordíthatóak),
- kockázat-haszon egyensúly (pl. egy műtétről való döntésnél szerepet játszhat, hogy az egyén értékelése szerint annak haszna mennyivel nagyobb, mint a lehetséges negatív következményei),
- bizalom azokban a személyekben és intézményekben, akik kommunikálják a kockázatot, vagy akiknek a felelőssége a helyzet kezelése (Sjöberg 2000 Slovic és Weber 2002).

Az emberek kockázateszlelése folyamatosan alakul az interakcióban, társas és kommunikatív folyamat. A kockázateszlelés folyamata nem objektív, a kockázat olyan tulajdonság, amit bizonyos tárgyakhoz, tevékenységekhez, helyzetekhez az észlelési, tanulási és gondolkodási folyamatok során hozzárendelünk, hatással vannak rá az érzelmeink és a tömegkommunikáció.

A kapcsolatban betöltött szerepekből is adódik, hogy információs aszimmetria van az orvos és páciense között. Az orvos sokszor nem ismeri a beteg preferenciáit arról, hogy milyen típusú kommunikáció volna a számára megfelelő, milyen előzetes tudással, tapasztalatokkal rendelkezik. A beteg pedig – laikus lévén – nem tudja megítélni az orvos valós szakmai kompetenciáját, nem ismeri a betegségeket, kezelési formákat.

A kockázatkommunikáció hiányosságaira hívja fel a figyelmet a néhány évvel ezelőtti, H1N1 védőoltással – illetve magával a járvánnyal kapcsolatos – fogyasztói ellenállás. E vakcina tipikusan egy fogyasztói ellenállást kiváltó termék volt (Töröcsik és Jakopánecz 2010) – az ilyen típusú termékek fő jellemzői, hogy valós igényt elégítenek ki, érzékelhető előnyöket nyújtanak, azonban az egyes érdekcsoportok eltérően értékelik őket (a vakcina esetében ráadásul egy csoporton belül, az orvosok körében is eltérő értékelések voltak, amelyek a fogyasztói bizonytalanságot növelték), jelen van az ismerethiány és a félelem.

A kockázatok észlelésénél igen fontosak a „hüvelykujjszabályok”, a társas döntéshozatal kiemelkedően fontos tényezői, melyek olyan mentális folyamatok, amelyek rövid utakat biztosítanak a döntéshez (Hámori 2003). A reprezentativitási heurisztika szerint „az alapján hozunk meg egy döntést, hogy az adott inger mennyire hasonlít a sztereotip elvárásokra” (Fiske 2003, 203. o.). Ez az orvos-beteg kapcsolatban érvényesülhet a beteg orvossal kapcsolatos elvárásaiban. Az, hogy az orvos mennyire hasonlít a páciens fejében levő „tipikus” orvoshoz, meghatározhatja, hogy a páciens hogyan kommunikál vele, milyen mértékben fogadja el az utasításait, illetve úgy gondolom, azt is, mennyire bízik benne, illetve szaktudásában. Ha például valaki egy olyan orvossal találkozik, aki nem hasonlít az általa elképzelt, fehér köpenyes, tekintélyes, paternalista orvosképhez, elképzelhető, hogy nem tartja kompetensnek. Ha az illető fejében egy paternalista orvos képe él, akkor ha az orvos a betegközpontú kommunikáció híve, és felajánlja, hogy döntsön a beteg a különböző lehetőségek közül, ez zavart okozhat a páciensnél, azt gondolván, hogy hiszen az orvosnak kellene tudni, mi a megfelelő megoldás. A hozzáférhetőségi heurisztika „az emberek azon hajlama, hogy az alapján döntsenek, mennyire könnyen jutnak eszükbe a különböző példák” (Fiske 2003, 203. o.). Ez a jelenség szintén megjelenhet az orvos-beteg közötti kommunikáció és döntés kontextusában, az egyes kezelési lehetőségek elfogadásának tekintetében. Hiszen az orvos, mint szakértő objektív számadatok, ráták, esetleg a saját praxisában tapasztaltak alapján javasolhat egy döntést egy kezeléssel kapcsolatban, tisztában léve annak számszerűsített kockázatairól. Ugyanakkor a páciens, mint laikus számára nem evidens hasonló információk felhasználása, számára fontosabb lehet, hogy például a szomszéd vagy éppen a televízió egy kirívó esetet említett pont egy ilyen típusú döntés kapcsán – ezt az információt pedig fontosabbnak találja, mint az orvos által elmondott adatokat.

A kockázatkommunikációs szakirodalom egyik legfontosabb üzenete annak tudatosítása a felekben, hogy a szakemberek és a laikusok kommunikációjának nehézségei és gyakori eredménytelensége a kockázat teljesen különböző észleléséből fakad.

5.1.3. A kommunikációs képzés szerepe az orvosoknál

E téma nemcsak a páciens szempontjából fontos (bár ezt tekinthetjük elsődlegesnek), hanem a rendszer szempontjából is, ha figyelembe vesszük a pénzügyi nehézségekkel küzdő ellátórendszereket (mely a fejlett országokban is jellemző). Ha a megfelelő kommunikáció magasabb elégedettségi szintekhez, vagy jobb együttműködéshez vezet,

akkor ennek központi értéké kellene válnia már a szakértővé válás folyamatának kezdetén: az orvoscépzésben. Barabás (2003) szerint a beteget a középpontba állító bio-pszicho-szociális szemléletű medicina igazolja a magatartástudományi tárgyak integrációját, új célok és új módszerek bevezetését az orvoscépzés első évétől fogva.

Elmondható azonban, hogy az, hogy mennyire képezi kötelező részét a kommunikációs képzés a tanrendnek, meglehetősen eltérő az egyes országokban. Egnew és Wilson (2010) szerint szükség volna egy olyan integrált tanrendre, amely elősegíti, hogy a jövendőbeli orvosok elsajátíthassák és fejleszthessék a jó orvos-beteg kapcsolathoz szükséges készségeket. A szerzők Egyesült Államokban végzett kutatásaik alapján megállapítják, hogy többnyire nincsenek koordinált erőfeszítések arra vonatkozóan, hogy ezt a témát beépítsék a tanrendbe, és szisztematikus módon értékeljék a hallgatók kommunikációs képességeit. Ehelyett a tanulás többnyire a szerepkövetés által valósul meg munkájukat gyakorló orvosok megfigyelése által, amelynek lehetnek hátrányai, ha az adott orvos nem mutatja meg explicit módon a viselkedése során használt módszereket. Makoul (2003) hasonló megállapításokra jutott: szerinte a különböző kommunikációs készségeket oktató tárgyakból és értékelési módszerekből hiányzik a struktúra, és rendkívül nagy különbségek vannak az orvoscépző intézmények között abban a tekintetben, hogy milyen mértékben és hogyan oktatják a kommunikációs készségeket. Csörsz és tsai (2011) szerint az interperszonális és kommunikációs készségek oktatása nemzetközi szinten ugyan napjainkban már általánosnak tekinthető, a kapcsolódó kurzusok azonban a kommunikációs technikákra fókuszálnak az interperszonális készségek valós fejlesztése nélkül, amely aszimmetrikus orvos-beteg kapcsolatos eredményezhet, és elfedhet valós kapcsolati, folyamatbeli jellegzetességeket.

A magyarországi helyzet tekintetében a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének 2003-as kimutatása ad iránymutatást. Eszerint hazánkban az orvosi egyetemeken oktatnak kommunikációt, azonban e képzésnek számos hiányossága van. Az óraszám igen alacsony (többnyire egy kurzusra korlátozódik), és a hallgatók a tanulmányaik kezdetén találkoznak a kommunikációs kurzussal, tehát amikor még nincs saját tapasztalatuk páciensekkel. További probléma, hogy a legtöbb intézményben kommunikációhoz kapcsolódó tárgy csak választható (tehát úgy is el lehet végezni az egyetemet, hogy a hallgató egyáltalán nem tanult kommunikációt). A posztgraduális képzésekben szintén csekély a magatartástudományi tárgyak oktatása. A felsőoktatás

strukturális átalakításához (az ún. Bologna-folyamathoz) kapcsolódóan merült fel és egyre elfogadottabb a tanulmányi kimenetek, kompetenciák megfogalmazásának szükségessége az input-elv és a tanár-dominancia helyett (Barakonyi 2006). Az ennek elősegítésére létrejött Tuning projekt (az Európai Bizottság kezdeményezése) keretében szakterületenként határozzák meg az egymással összehasonlítható kimeneti kompetenciákat: ez az orvosi képzés területén is megtörtént (Cumming és Ross 2008). Ennek szellemében a hazai orvostképző felsőoktatási intézmények (a Debreceni EOEC ÁOK, a Pécsi TE ÁOK, a Semmelweis Egyetem ÁOK, valamint a Szegedi TE ÁOK által összeállított anyagokból, jóváhagyásukkal) is elkészítettek egy olyan dokumentumot, mely felsorolja az orvosi diplomához köthető kompetenciákat¹⁷. Témám szempontjából azért fontos e dokumentum, mert az az általános kompetenciák között elsőként említi a beteggel történő konzultációt, ezen belül pedig a hatékony kommunikációt betegekkal, hozzátartozókkal és kollégákkal is. Bár e dokumentumban csak felsorolás jelleggel ismertetik a kompetenciákat, így nem definiálják azt sem, mi tekinthető „hatékonnak”; a kommunikáció fontosságának explicit megfogalmazása úgy vélem, megfelelő kezdő lépés lehet a kommunikációs képzés elismeréséhez. Mivel azonban a lista igen friss (2012-es), következményeit még nem tudjuk megállapítani.

Természetesen felmerül a kérdés: ha van kommunikációs képzés, ahhoz milyen kimenetek társíthatók? Winefield és Chus-Hansen (2000) szerint az egyik legfontosabb eredmény az empátikus válasza való képesség kell, hogy legyen, mert erre számos szituációban szükség van. Az empátia a szerzők definíciója szerint olyan verbális válasz, amely reflektál mind a másik fél által elmondottak érzelmi tartalmára, mind ezen érzelem okára. Whitcomb (2000) szintén ír a kommunikációs készségek és az orvosi szakmaiság közötti kapcsolatról, mely olyan egyéni orvosi viselkedésmintákat tartalmaz, amelyek alapvető fontosságúak az orvos-beteg kapcsolathoz. Szerinte fontos megérteni, hogy az orvosi kommunikáció nem csak arról szól, hogy hogyan kell felvenni egy kórtörténetet, hanem arról is, hogy hogyan kell hallgatni és figyelni nemcsak arra, amit a páciens mond, hanem arra is, amit nem mond el. Ez azt jelenti, hogy lehetőséget kell biztosítani a páciensnek arra, hogy biztonságban érezze magát.

Makoul és Schoefield (1999) alapján számos javaslatot tehetünk az orvostképzésen belüli kommunikációs képzésre vonatkozóan:

¹⁷ <http://aok.pte.hu/docs/th/file/2012/Kompetencialista2012.pdf>

- az oktatás és az értékelés megfelelően széles körű alapokon kell, hogy nyugodjon (az orvos-beteg kapcsolat természetének, kontextusának és etikájának megértésén),
- a kommunikációs és a szakmai képzés egymással konzisztens és egymást kiegészítő legyen,
- a képzés segítsen megvalósítani a hallatóknak a betegközpontú kommunikációt (az orvosi probléma, valamint a beteg szükségleteinek és tapasztalatainak integrálása),
- a kommunikációs képzés és értékelés erősítse a személyes és szakmai fejlődést.

Összefoglalva, a kommunikációs készségek fejlesztése véleményem szerint az orvosképzés szerves része kellene, hogy legyen. Ahogy Whitcomb (2000) megfogalmazza: nem elég jó kommunikátorokat képezni; kitűnő orvosok képzésére van szükség, akiknek jó kommunikációs készségei vannak, és akik tudják e készségeket használni a betegek érdekében.

5.2. Orvos-beteg kapcsolat

Az orvos és a beteg közötti kapcsolatot tekinthetjük olyan társas helyzetnek, ahol általában két fél (bár gyakran többen: hozzátartozók a beteg oldaláról; asszisztensek, vagy egyéb szakértők az orvos oldaláról) van jelen, és bármelyik fél jelenléte és tevékenysége hatással van a másikra. A páciens szempontjából vizsgálva a helyzetet nemcsak az orvos valóságos jelenléte fontos (az, ahogyan kinéz, amit mond, a stílusa, az, hogy érthetően fogalmaz-e stb.), hanem a környezetben megjelenő implicit jelenléte is (a váróterem, a rendelő kinézete, hogy tudományosságot, barátságosságot, intimitást sugall-e, stb.) – mindezek befolyásolják a páciensek érzéseit, gondolatait, viselkedését. A magyar származású Bálint az 1930-as években, Londonban az orvos-beteg kapcsolat problémáival foglalkozó csoportokat hozott létre¹⁸, két évtizeddel később pedig megszületett könyve, melyben az elhanyagolt, de vitathatatlan jelentőségű kapcsolati tényezőket elemzi (Csabai és Molnár 1999). Szintén az 1950-es években Parsons, amerikai szociológus fogalmazta meg elsőként az orvos- és betegszerepek fogalmát és egymáshoz való viszonyukat, amelyet egyértelműen aszimmetrikusnak tekintett:

¹⁸ Ún. Bálint-csoportok napjainkban is működnek; ezekben a csoportokban 8-10 általános orvos és egy-két pszichológus beszél meg az orvos-beteg kapcsolatban felmerülő problémákat, a beteg érdekeit előtérbe állítva (Csabai és Molnár 1999).

szerinte az orvos (a szakmai tekintélye által is erősített) szituatív hatalommal rendelkezik betege felett, aki viszont függőségben van, de a betegséggel kapcsolatos felelősség alól teljesen felmentett (Morgan 1997). E modellnek egyfajta kritikájaként tekinthetünk Szász és Hollender 1956-ban közzétett tanulmányára, amelyben dinamikusabbként mutatják be az orvos-beteg kapcsolatot, annak három típusát különböztetve meg:

- az aktivitás-passzivitás típusúnál valódi interakcióról tulajdonképpen nincs szó, hiszen olyan helyzetre vonatkozik, amikor a páciens nincs eszméleténél,
- az irányítás-kooperáció típusút tekintették normatív viselkedésnek: ekkor az orvos közli az utasításokat, a beteg feladata pedig, hogy engedelmeskedjen,
- a kölcsönös részvételt pedig mint ritka jelenséget írták le, ahol egyenlők az erőviszonyok és elégedettség szükséges a kapcsolat folytatódásához (Molnár és Csabai 1994).

Az előbb leírt modell megismerése azért is érdekes, mert bár fél évszázaddal korábbról származik, igencsak ismerős lehet napjaink gyakorlatában is. A korai tanulmányok közül rendkívül figyelemreméltó még Byrne és Long modellje az 1970-es évekből (in: Brown és tsai 2006), amelyet 2500 háziorvos-beteg találkozó történései alapján állítottak fel. Eredményeik szerint a konzultációk hat szakaszra bonthatók:

- kapcsolat kialakítása,
- annak kiderítése, hogy a beteg miért jelentkezett,
- az orvos szóbeli és fizikai vizsgálatai,
- az orvos, vagy az orvos és a beteg, vagy a beteg – ebben a valószínűségi sorrendben – összegzik a problémát,
- az orvos, vagy az orvos és a beteg megtervezi a terápiát vagy a további vizsgálatokat,
- a konzultáció befejezése, általában az orvos által.

A szakaszok elemzésével a szerzők különböző konzultációs stílusokat tipizáltak, melyek az orvoscentrikus-betegcentrikus skálán helyezhetők el; míg előbbinél a cél a gyors információszerzés, amely alapján felállítják a diagnózist, és a páciensek részvétele kizárt, utóbbinál nagy hangsúlyt kap a páciens aktivitása, elvárásai, félelmei (Brown és tsai 2006). Emellett azt állapították meg, hogy a konzultációs stílust leginkább az orvos saját tényezői határozták meg, és kevésbé voltak fontosak a betegre, valamint a

helyzetre vonatkozó tényezők – „létezik tehát az egyes orvosokra jellemző, elsősorban az orvos viselkedése által meghatározott konzultációs stílus” (Molnár és Csabai 1994, 82. o.). Jól illusztrálja e megállapítást az orvos-gyógyszer hasonlat, mely szerint az általános orvoslásban a legtöbbet használt orvosság maga az orvos, azaz nem csak az a doboz gyógyszer számít, amit odaad a páciensnek, hanem az is, hogy hogyan adja – szükség van tehát e „gyógyszer” gyógyszeratanának leírására (Balint 2000).

Az egészségügyi ellátás során mindkét résztvevő felet nagyban befolyásolják a szerepelvárások: mind saját szerepükre, mind a másik félére vonatkozó elképzelések. A társadalomban és az egészségügy területén minden szociális szerepre kiható változás szerepbizonytalansághoz vezetett; sem az orvos, sem a beteg számára nem egyértelműek a szerepükkel járó jogok és kötelezettségek. Ez az észlelt kockázat növelésén túl a kommunikációt is nehezíti (Málovics és tsai 2007).

Bár tehát a kutatási eredmények szerint az orvos saját stílusa nagymértékben befolyásolja a kapcsolat alakulását, számos olyan egyéb tényező van, amelyekről fontos beszélni a kommunikáció kapcsán: ilyen például a bizalom, az oktulajdonítás, a felek kommunikációs képességei, valamint az intézményi, kulturális és társadalmi szintű tényezők.

5.2.1. Bizalom

A bizalom bármely sikeres társas közeg alapvető eleme, legyen szó egy családról, vagy akár nemzetközösségekről, mint az Európai Unió. Ennek az lehet az egyik magyarázata, hogy lehetővé teszi a társadalom tagjai számára, hogy szívességeket, termékeket és szolgáltatásokat cseréljenek hatékonyan, hiszen bizalom nélkül az ilyen csereügyletek nem valószínű, hogy megvalósulhatnak a csere minőségi és mennyiségi feltételeit előíró szerződések tökéletlensége miatt (Kugler és tsai 2006).

A bizalom rendkívül komplex jelenség, szintjeit és formáit számos tudományág vizsgálja, különbözőképpen definiálva a fogalmat és mérve jelenlétét, kialakulását: a társadalomtudományok különböző ágaiban a bizalom számtalan definícióját találhatjuk meg (Fetchnauer és Dunning 2008). A bizalommal kapcsolatos érdeklődés a kilencvenes évek második felétől élénkült fel különösen, ugyanis – ha csak kimondottan a gazdasági vonatkozásokat emeljük ki – megkönnyíti a kooperációt, csökkenti a tranzakciós költségeket, a gazdasági folyamatokat és cseréket hatékonyá és

gördülékennyé teszi, nem utolsósorban pedig javítja az alkalmazkodóképességet a változékony és összetett körülményekhez (Tarnai 2003).

A bizalom szociálpszichológiai megközelítése szerint azt foglalja magában, hogy potenciálisan sérülékeny helyzetbe engedjük hozni magunkat, miközben van némi tudásunk a másiról, amely a jóakaratába vetett bizalmunkat ösztönzi. Ebből az következik, hogy a bizalom kialakulásának feltételei a kockázat, valamennyi információ arról a személyről vagy helyzetről, akiben vagy amiben potenciálisan megbízunk. A szociálpszichológia területén kutatók többsége a bizalomra, mint a tökéletlen informáltság függvényére tekint. Az információk teljes hiánya esetében csak hinni vagy kockáztatni lehet, míg tökéletes információk esetében sincs szükség bizalomra, csak racionális számításokra. A pszichológusok többsége a bizalmat mint személyes jellemvonást értelmezi, míg mások annak társas oldalára helyezik a hangsúlyt – ebben a megközelítésben a bizalom interperszonális jelenség (Blomqvist 1997).

A bizalom definícióinak kapcsán elmondható, hogy bár igen különböző értelmezések is léteznek, néhány közös elem folyamatosan felbukkan, amelyek nélkül a fogalmat igen nehéz lenne értelmezni. A sérülékenység az egyik kulcsfontosságú tényező, hiszen hiánya azt jelenti, hogy nincsen olyan döntése, cselekedete a másik félnek, amellyel kárt tud okozni – azaz nincs függőség (akár kölcsönös függőség). E szempont leginkább a bizalom interperszonális értelmezéseiben játszik domináns szerepet, de úgy gondolom, hogy bármilyen területen igen nehéz lenne a bizalmat úgy értelmezni, hogy nem áll fenn legalább az egyik fél sérülékenysége. A kockázat jelenléte szintén alapvető fontosságú a bizalom létrejöttéhez. A két fogalom közötti összefüggés kölcsönös kapcsolatukból ered: a kockázat lehetőséget teremt a bizalomra, amely ugyanakkor kockázatvállaláshoz vezet (Rousseau és tsai 1998).

A bizalom jelen értekezésben elfogadott definíciója szerint egy személy másik személyhez való viszonyulását mutatja, ami azon az elváráson alapul, hogy a másik, akitől függünk, nem fog olyan módon viselkedni, hogy az fájdalmas következményekkel járjon számunkra (Fiske 2006 és Tarnai 2003 alapján).

Az orvos-beteg közötti kapcsolat, bár talán egyre kisebb mértékben, de olyan viszony, amelyben az orvos fölérendelt, a beteg alárendelt, függő viszonyban van, hiszen nem kompetens az adott témakört illetően. Az, hogy a páciens mennyire bízik meg az orvosában, nagymértékben befolyásolhatja az észlelt kockázatot, illetve az együttműködést. A bizalom tehát az orvos és beteg közötti kapcsolat rendkívül fontos

összetevője, és a bizalmat megerősítő kommunikáció különösen fontos olyan helyzetekben, amikor nemcsak fizikai, hanem pszichológiai vonatkozása is van az esetnek (Ommen és tsai 2008).

Az egészségügyi szolgáltatást vizsgálva a bizalom kérdésköre tehát szinte elkerülhetetlen. Számos szerző állítja, hogy a bizalom az orvos-beteg kapcsolat, illetve közösség-egészségügyi intézmény kapcsolat egyik alapkőve (lásd Calnan és Sanford 2004; Chu-Weininger és Balkrishnan 2006; Rowe és Calnan 2006).

Az egészségügyi ellátás folyamatában igen fontosak azon tényezők, amelyek a bizalom kapcsán is említést érdemelnek. A már említett függőségi helyzet: a beteg az orvostól függ, annak szaktudásától, valamint attól, hogy kizárólag a segítségnyújtás-e a célja. A kockázat jelenléte: egészségügyi problémák felmerülésekor, illetve nagyon gyakran az azokra adott kezelési módszerek kapcsán is jelen van a kockázat (gondoljunk például a gyógyszerek mellékhatásaira, vagy a szövődmények kockázataira). Szintén fontos az információs aszimmetria: „az eladó sokat tud a saját termékéről vagy szolgáltatásáról, míg a vevő keveset, vagy majdnem semmit” (Hámori 1998, 90. o.). Az információs aszimmetria szintén elvezet a kiszolgáltatottsághoz (a beteg kiszolgáltatottsága), amely a bizalom kialakulásának egyik alapkőve. Az információhiány sajátosan fordított irányban is megjelenik – a szolgáltatásmarketingben a „hozott anyag” problémájaként elnevezve, nevezetesen, hogy az orvos nem biztos, hogy tisztában van valamennyi körülménnyel, amelyre szüksége van a kezelési lehetőségekkel kapcsolatos alternatívák felvázolásához. Mindez kétoldalú kockázatterzethez vezet.

A bizalom tehát tradicionálisan a hatékony orvos-beteg kapcsolat alapkőve, amely nem csak személyközi, hanem intézményi szinten is lényeges. Erdem és Harrison-Walker (2006) Magge 2002-es kutatását idézve bemutatja, hogy az orvos-beteg kapcsolat a kapcsolatok fontossági sorrendjét tekintve a második, egyedül a családi kapcsolatok előzik meg. A bizalom kialakulásához lényeges tényezőket pedig az alábbiakban azonosítja a szerzőpáros.

- A forrás hitelessége. Az, hogy mennyire bízunk az egészséggel kapcsolatos üzenetek hitelességében, nagymértékben függ magának az üzenet küldőjének (jelen esetben az orvosnak) a hitelességétől. Ez a hitelesség magában foglalja abba vetett hitünket, hogy az orvos egyrészt szakértő a saját területén, másrészt megbízható.

- Az orvos-beteg találkozások gyakorisága. Az ismétlődő találkozások jól jelezhetik a beteg orvosba vetett bizalmát – és gyakoribb találkozókkal, esetleg a találkozások idejének hosszabbításával a bizalom kialakulásához is hozzá lehet járulni.
- Az internet szerepe. Bár az orvosok még mindig az egészséggel kapcsolatos információk elsődleges forrásának számítanak, ugyanakkor az internetes információgyűjtés is növekszik. Az ilyen módon szerzett információk segítségével a páciensek kompetensebbnek érezhetik magukat, amely elősegítheti a konzultációk könnyebb lefolyását, bátrabban tesznek fel kérdéseket, ezáltal hozzájárulnak a kapcsolat építéséhez. Ugyanakkor fontos, hogy mindebben az orvos is partner legyen, és ne zavaró tényezőként kezelje a páciensek hozzászólásait, esetleges kérdéseit.

Bár a bizalom szerepét tehát széles körben elismerik, Rowe és Calnan (2006) azonban felvetik azt a kérdést, hogy vajon a bizalom továbbra is olyan fontos, mint korábban? Az angol szerzőpáros szerint az egészségügy területén a közelmúltban olyan változások történtek, amelyek megváltoztatják a bizalom szerepét. Tradicionálisan a páciensek eleve magas fokú bizalommal bírtak az egészségügyi szakértők iránt (amely egy „vak” bizalom volt, a személyes kapcsolat során kialakulva, valamint az orvos szakmai státuszának is köszönhetően). Napjainkra azonban hangsúlyosabbá váltak a totális szakértelemmel kapcsolatos kétségek, csakúgy, mint a rendszerrel kapcsolatos fenntartások, amelyek eredményeképp csökkenő szintű a bizalom, illetve megváltozott a jellege: ma már nem evidens, hanem nagyban múlik a kommunikáción. Úgy gondolom, hogy míg a megállapítás második fele hazánkban is érvényes lehet, azonban nem szabad általánosítani Rowe és Calnan megállapításait.

Az, hogy a beteg mennyire bíz meg az orvosában, nagymértékben befolyásolhat olyan tényezőket, mint például az együttműködési hajlandóság – betartja-e a páciens a tanácsokat, kiváltja-e, beszedi-e a felírt gyógyszereket? Egy, a paternalista orvosi viselkedést a bizalom szempontjából vizsgáló kutatás megállapította, hogy a paternalizmus a beteg orvosba vetett bizalmához szignifikánsan kapcsolódik (Ommen és tsai 2008). Az észlelt kockázat csökkentésében ugyancsak fontos tényező a bizalom, hiszen minél jobban bízunk abban, aki a kockázattal kapcsolatosan kommunikál velünk, annál alacsonyabb lehet az észlelt kockázatunk (Slovic és Ropeik 2003). Ugyanez

vonatkozik a kontrollérzetre is, amely a sikeres beavatkozások egyik fontos tényezője (Friedman és Silver 2006).

5.2.2. Egyéb, a kapcsolatot befolyásoló tényezők

A kontroll olyan motívum, kognitív jellegű hajtóerő, amelynek „érvényesülése esetén kompetensnek és hatékornak érezhetjük magunkat a társas környezetünkkel és saját magunkkal kapcsolatos dolgokban” (Fiske 2006, 55. o.). Egy olyan helyzetben, amikor igen nagy a tét (az ember egészsége), úgy gondolom, igen nagy lehet a kontroll szükséglete, és feltételezhető, hogy saját magukat érintő kérdésekben sokan szeretnének minél kompetensebbekké válni. Szintén fontos, hogy a kontroll érzete csökkentheti az észlelt kockázatot (Slovic és Ropeik 2003). Ugyanakkor az egyéni kontroll mellett a társas szinten működő kontroll is jellemző, azaz hogy az emberek rábízák a kontrollt arra a személyre, akit a kérdésben kompetensebbnek érznek, és akiről úgy gondolják, hogy hatékorn tudja „menedzselni” az egészségüket: az orvosra.

Az attribúció, azaz oktulajdonítás fontos szerepet játszhat annak megértésében, miért fogadja el számos páciens a paternalista kommunikációt, azt, hogy a kezeléssel kapcsolatban az orvos dönt, a páciens pedig passzív módon elfogadja ezt. Diszpozicionális oktulajdonítás esetén belső, míg helyzeti oktulajdonítás esetén külső okokra vezetik vissza az emberek az eseményeket, történéseket, viselkedést (Smith és Mackie 2004). Abban ez esetben, amikor a beteg a döntést és ezzel a felelősséget teljes mértékben az orvosra bízva vagy hagyja, elképzelhető, hogy szerepet játszik a külső oktulajdonítás igénye – azaz, hogy ha valami „rosszul sül el”, nem úgy sikerül a kezelés, ahogyan várták, akkor a sikertelenség felelőssévé az orvos tehető.

A társas szerepek és azok sémái¹⁹ szintén fontosak. A társas szerepek az emberek egymással való érintkezéseit vezérlik – így az orvos és a páciens egymással való találkozását is. A páciens fejében létezhet séma az orvos szerepére vonatkozóan (például: komoly, türelmes, középkorú, szemüveges, tudós, esetleg fölényes, kioktató), amelyet, mivel a páciens szemszögéből tekintve külső csoportról lévén szó, sztereotípiának is nevezhetünk. Ha az orvos nem felel meg annak a sztereotíp képnek, amely a fejében az orvossal kapcsolatosan él, úgy gondolom, hasonló zavar fordulhat elő, mint a reprezentativitási heurisztikánál leírtak. A társas szerep mindkét fél oldalán befolyásolhatja, hogyan kommunikálnak egymással.

¹⁹ A társas szerepek sémái „olyan kognitív struktúrák, amelyekben egy fogalom vagy egy inger jellemzői és az e jellemzők közötti viszonyok tárolódnak” Fiske 2006, 209. o.

Az attitűdök „a világ dolgaira adott, elsősorban értékelő jellegű reakciók, amelyeknek affektív (érzelmi), kognitív és viselkedéses korrelátumai, azaz velejárói vannak” (Fiske 2006, 308. o.). Az attitűdök szerepe természetesen az orvos-beteg kapcsolatban és kommunikációban is megjelenik számtalan ponton. Például fontos az orvos gyógyítással kapcsolatos attitűdje – az, hogy a hagyományos, biomedikális gyógyítási modell, vagy a bio-pszicho-szociális modell áll közelebb hozzá, meghatározhatja, hogy mennyire betegközpontúan kommunikál. A betegség természetét illetően tehát fontos az orvos attitűdje, ugyanis lényeges szerepe van abban, hogy milyen információkra kíváncsi az orvos, és hogyan értékeli azokat (Molnár és Csabai 1994). A beteg attitűdjei is hasonlóan fontosak, hiszen azok a különböző kezelési módokkal (pl. gyógyszeresedés) kapcsolatban meghatározhatják az együttműködést.

A kognitív disszonancia elmélete szerint az emberek egymásnak ellentmondó tudattartalmaik, a kiugró és őket érzékenyen érintő ellentmondások hatására feszültek, izgatottak, nyugtalanok és zavarodottak lesznek. Az emberek úgy változtatják meg attitűdjeiket és csökkentik ezáltal a disszonanciát, hogy konszonáns tudattartalmakkal egészítik ki a gondolataikat, a disszonánsakat pedig eltüntetik, esetleg leértékelik fontosságukat (Fiske 2006). A kognitív disszonancia csökkentésére való törekvés az orvos-beteg kapcsolatban a beteg oldaláról jelenhet meg, a döntésben vállalt szerepe kapcsán. Elképzelhető, hogy azért jellemző, hogy az orvosra bízzák a döntést, mert így a felelősséget is rábízhatják, és így a „komoly döntést kell hozni az egészségemről” és a „nem vagyok elég kompetens a kérdésben” ellentmondást kívánják elkerülni. Úgy gondolom, az is előfordulhat, hogy az okoz kognitív disszonanciát, hogy a döntést az orvosra bízták, hiszen „a saját egészségemről kell döntést hozni” és a „nem én hozom meg ezt a döntést” tudattartalmak ellent mondanak egymásnak. Ekkor a disszonancia csökkentésére alkalmas lehet a „ő a szakértőbb a témában, megalapozottabb döntést hoz” elképzelés.

Látható tehát, hogy számos, a szociálpszichológia által is használt fogalom megjelenik az orvos-beteg kommunikáció és döntéshozatal témájában.

Az egyéni jellemzők mögött természetesen társadalmi szinten érvényes jelenségeket is vizsgálhatunk. A félelmek kivédése és a kontrollérzet növelése érdekében egyre gyakrabban igénybe vett egészségügyi ellátás fokozott függőséget, az ellátóktól való kiszolgáltatottságot, csökkenő autonómiát, önmeghatározást eredményezhet. E folyamat során átalakul az egyén egészségképe, egészséghez való viszonya, felelőssége

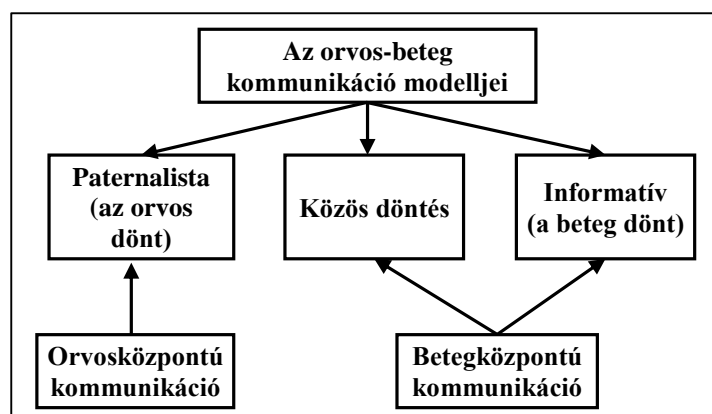
egészsége megőrzésében. Ekkor a „felelős” magatartás az ellátók által nyújtott szolgáltatás igénybevétele lehet, a függetlenség feladásáért cserében viszont az egyén a kockázatok minimalizálását, a felelősség átvállalását várja el (Füzesi és Lampek 2007). Lényeges továbbá, hogy a más ágazatokban egyre inkább megszokott választási szabadság és fogyasztói információkeresés az egészségügyben kevésbé elfogadott: a saját véleményével és más forrásból származó információkkal érkező pácienseket az orvosok „nyűgnek” tartják, és az alternatív lehetőségek felvetése is konfliktust okozhat.

5.3. A döntéshozatal módszerei és a közös döntéshozatal

Ha a terápiával, illetve a további lépésekkel kapcsolatos döntések meghozatalának módját vizsgáljuk a kommunikáció alapján, azt találhatjuk, hogy az orvosközpontúság és a betegközpontúság itt is megjelenik. A témával foglalkozó irodalomban eltérő elnevezésekkel ugyan, de alapvetően háromféle döntéshozatali stílust különböztetnek meg: a paternalista és az informatív stílust, valamint a közös döntéshozatalt. Két utóbbi jellemezhető betegközpontúként (9. ábra).

A paternalista döntéshozatal az orvosközpontú kommunikáció módszere; az orvos meghozza a döntést, amelyet közöl a beteggel. A közös döntés arra utal, hogy az orvos és a beteg közösen döntenek. Az informatív döntéshozatal pedig azokat az eseteket írja le, amikor az orvos csak információkat nyújt, és a beteg hozza meg a döntést a terápiával kapcsolatban.

9. ábra Az orvos-beteg kommunikáció és döntéshozatal típusai



Forrás: Klemperer (2005) és Byrne és Long (1976) alapján saját szerkesztés

Az egyes stílusok nagymértékben különböznek egymástól az információ-áramlás tartalma és módja, valamint a felek szerepe szerint (5. táblázat).

5. táblázat Döntési stílusok és jellemzőik az orvos-beteg kommunikáció tükrében

	Paternalista döntés	Közös döntés	Informatív döntés
Az információ-áramlás iránya	(nagy részt) egyirányú orvos → beteg	kétirányú orvos ↔ beteg	(nagy részt) egyirányú orvos → beteg
Az információ típusa	orvosi	orvosi és személyes	orvosi
Az információ mennyisége	minimális	maximális (minden, ami releváns)	maximális (minden, ami releváns)
Ki mérlegeli az információkat?	az orvos (esetleg más orvosokkal)	az orvos és a páciens (esetleg másokat is bevonva)	az orvos és a páciens (esetleg másokat is bevonva)
Ki hozza meg a döntést?	az orvos	az orvos és a páciens, együtt	a páciens
A páciens fő feladata	az előírtak pontos betartása	információk nyújtása, preferenciák kinyilvánítása, részvétel a döntésben	döntéshozatal
Az orvos fő feladata	szakértő tanácsadása, döntéshozatal	információk átadása, preferenciák figyelembe vétele, páciens bevonása a döntésbe (az általa kívánt mértékben).	minél teljesebb információ nyújtása a lehetőségekről

Forrás: Brown és tsai (2006), valamint Elwyn és tsai (2000) alapján saját szerkesztés

Természetesen fontos megjegyezni, hogy számos olyan helyzet van (például sürgősségi esetek), amikor nincs lehetőség annak mérlegelésére, hogy hogyan történjen a döntéshozatal. Amikor viszont van lehetőség a döntésre, Klemperer (idézi Málovics és tsai 2009) szerint a paternalista, illetve az informatív modellt kevés beteg igényli; többségük arra vágyik, hogy megfelelő információkkal ellátva az orvos bevonja őt a döntési folyamatba. Ahogyan Elwyn (idézi de Haes 2006) megállapítja, a közös döntés azon esetekben lehet megfelelő, amikor több lehetőség van, amelyeknek különböző lehet ugyan a kimenete, de valamennyi kimenet körülbelül ugyanannyira megfelelő. Ugyanakkor fontos megemlíteni egy olyan eredményt is, mely szerint a páciensek paternalizmusra, illetve részvételre vonatkozó preferenciái nem feltétlenül zárják ki egymást (Ommen és tsai 2008).

A health literacy minden esetben fontos: ha paternalista stílusú a kommunikáció, akkor a javaslatok betartásához, ha magasabb a bevonódás, akkor elsősorban ahhoz, hogy a beteg érdemben tudjon részt venni a döntésben.

A kommunikáció és döntéshozatal módszereiről szóló szakirodalom kiterjedt volta és a politikákban világszerte megjelenő, betegeket bevonni kívánó törekvések ellenére azonban elmondható, hogy arról, hogy maguk a betegek milyen szerepet szánnak/szánának maguknak az interakciókban, illetve, hogy mik a valós igényeik, preferenciáik, kevés kutatás született (Thompson 2007). Ahogy viszont a megvalósult kutatások eredménye is jelzi, nem biztos, hogy a „shared decision” mindenáron történő alkalmazása megfelel a páciensek igényeinek (Langewitz és tsai 2006; Little és tsai 2001). Van olyan beteg, aki a paternalista vagy tekintélyelvű megközelítést – amelyet általában nem tartanak betegközpontúnak – tartja gondoskodónak (Epstein 2006). Ezzel egyetértve úgy gondolom, hogy a páciens igényeit felmérve lenne ideális a kommunikáció és a döntési folyamat stílusát kialakítani. Ehhez fontos azonban tudni, hogy az embereknek általában nincsen stabil és folyamatosan fennálló véleményük a saját érdekeikről, hanem az információértékelés és döntéshozatal folyamatában alakítják ki ezt (Vajda és tsai 2012). Az a mód tehát, ahogyan az információkat megkapják, jelentős szerepet játszik preferenciáik kialakulásában. Azonban problémák merülhetnek fel akkor, ha nincsen egy nyilvánvalónak tűnő megoldás, vagy ha nincs egyetértés egy ilyen megoldás kapcsán. Ekkor a beteg és az orvos között konfliktus alakul ki, amelyet explicit módon kell megoldani, azaz a feleknek meg kell beszélniük, hiszen ha a beteg nem mondja el véleményét, az orvos téves következtetésekre juthat, amely a beteg elégedetlenségéhez vezethet. Ehhez természetesen szükséges, hogy a beteg rendelkezzen olyan kompetenciákkal, amelyek elősegítik azt, hogy részt vegyen ebben a folyamatban.

Relevanciája és szakirodalomban hangsúlyozott szerepe miatt a közös döntés módszerét kívánom röviden részletezni az alábbiakban. A megosztott (és informált) döntéshozatal (Shared Decision Making, SDM) fogalmának egyik meghatározása szerint olyan döntéseket ír le, amelyeket az orvos és a beteg megosztva hoz meg, és amelyeket megfelelően alátámasztott információk segítenek, amelyek nem csak kockázatokról és hasznokról szólnak, hanem a betegspecifikus jellemzőkről és értékekről is (Towle és Godolphin 1999). E döntéshozatali módszert a '90-es években fejlesztették ki azzal a céllal, hogy a betegek elgondolásait és igényeit nagyobb mértékben figyelembe tudják

venni az egészségükkel kapcsolatos döntéshozatalnál. Ennek eredményeképpen a betegek „önmenedzselése” nőhet, a felelősség is megosztottá válik, és a választási lehetőségek szélesebb köre merülhet fel egy-egy kérdésben (Sihota és Lennard 2004). Ahhoz, hogy az ilyen döntési módszerek egyre nagyobb teret kapjanak, magasabb szintű, leginkább kommunikációs jellegű képzés és kompetenciák is szükségesek mind az orvosoknak, mind a betegeknek. A beteg és az orvos által észlelt kockázat csökkentésének, valamint a szolgáltatási színvonal javításának, illetve a perek megelőzésének fontos eszköze tehát a megfelelő orvos-beteg közötti kommunikációra és információcserére épülő (az információs aszimmetriát minél kisebb mértékűre csökkentő), komplex döntési folyamat.

A közös döntéshozatal megvalósításához mind a betegeknek, mind az orvosoknak rendelkezni kell tehát bizonyos kompetenciákkal, amelyeket alkalmazva közös döntés születik. A 6. táblázatban felvázolt döntési folyamat megvalósulása esetén is felléphetnek természetesen akadályok a közös döntés megvalósításában, például az időhiány; azonban részben erre is megoldást jelenthet a megfelelő kommunikációs készségek és kapcsolat kialakítása, amellyel idő spórolható. A megfelelő, a páciens preferenciáihoz és készségeihez igazított orvos-beteg kommunikáció és a bizalmon alapuló orvos-beteg kapcsolat nemcsak az ellátás hatékonyságát javíthatja, de fontos tényezőnek tekintik a műhibaperek megelőzésében is. A módszer elsősorban az Egyesült Királyság ellátórendszerében kapott gyakorlati relevanciát, ahol az ellátottak az állami egészségügyi szolgáltatótól²⁰, ún. National Health Service (NHS)-től függenek. 2010-ben a kormány által kiadott ún. White Paper magában foglalta, hogy a pácienseknek kell a tevékenységek középpontjában állniuk, úgy is, mint a közös döntéshozatal résztvevői. Ennek elősegítésére például egy olyan weboldalt is létrehoztak, melynek célja, hogy segítsen az embereknek az informált döntések meghozatalában. A megvalósítás során a szolgáltatók számára univerzálisan elérhető, az SDM alkalmazását segítő készségek elsajátítására irányuló képzés, valamint a rendszerbe épített pénzügyi ösztönzők javítása azonban még hátravan (Coulter és tsai 2011).

²⁰ Ez az egészségügyi rendszereknek adóból finanszírozott formája, mely az Egyesült Királyságban centralizált módon működik. (http://fogalomtar.eski.hu/index.php/%C3%81llami_eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi_szolg%C3%A1lat)

6. táblázat A közös döntéshez szükséges feladatok

Orvosok	Betegek
Partnerség kialakítása a beteggel.	Saját magában határozza meg, hogy milyen orvos – beteg kapcsolatot preferál.
A beteg információra való igényének megteremtése vagy feltérképezése.	Egy orvos megkeresése és vele partnerség megteremtése és fejlesztése.
A beteg döntéshozatalban játszott szerepével kapcsolatos preferenciáinak megteremtése vagy feltérképezése.	Saját magában objektív módon és szisztematikusan fogalmazza meg az egészségügyi problémáit, érzéseit és elvárásait.
A beteg ötleteinek, gondjainak és elvárásainak kiderítése és ezekre válasz adása.	Világosan és megfelelő időben kommunikáljon az orvossal annak érdekében, hogy megértse és megossza a releváns információkat.
Választási lehetőségek ismertetése (figyelembe véve a beteg lehetséges ötleteit és információit) és az ezekkel kapcsolatos eddigi eredmények kiértékelése a beteg sajátosságaira való tekintettel.	Fogadja be az információkat.
A beteg segítése a különböző lehetőségek értékelésére és hatásuk becslésére.	Értékelje az információkat.
A döntés megbeszélése és meghozatala a beteggel együtt; egy cselekvési tervben való megegyezés és előkészületek, intézkedések megtétele a nyomon követésre.	Tárgyalja meg a döntéseket, adjon visszajelzést, oldja meg a konfliktusokat, és egyezzen meg az orvossal egy cselekvési tervben.

Forrás: Towle és Godolphin (1999) alapján saját szerkesztés

5.4. Kommunikációs és kapcsolati tényezők hatása az egészségügyi kimenetekre

A kommunikációval kapcsolatos kutatások és fejlesztések szükségességének alátámasztásához szükség van annak vizsgálatára, hogy milyen mérhető hatásai vannak. Az egészségügyi kommunikáció kutatásának talán legérdekesebb, ugyanakkor legkevésbé megértett területe a kommunikáció és az egészségügyi kimenetek közötti kapcsolatrendszer. Ezen összefüggések vizsgálata általában randomizált kontrollált kísérletekkel (RCT, randomized controlled trial) vagy leíró jellegű, keresztmetszeti elemzések útján történik. A kutatások a kommunikációs folyamat elemeinek változtatásának függvényében próbálják mérni a kimenetekben bekövetkezett változásokat. A téma vizsgálatakor természetesen elengedhetetlen definiálni, hogy milyen kimenetekről van szó: fizikai egészségi állapotokról (például fájdalom vagy egyéb tünetek jelenléte, különböző tesztek eredményei, testsúly) vagy pszicho-szociális

egészségi állapotról (amely azt jelzi, hogy az egyénnek mennyire pozitív vagy negatív gondolatai, érzései vannak) (Street és tsai 2009). Ezeket az állapotokat is – típustól függően természetesen – lehet objektív eszközökkel mérni, vagy pedig a páciens észleléseire, beszámolójára támaszkodni. Vizsgálhatók még olyan kimenetek, mint a további kezelés igénybevételének mértéke, visszaesés, vagy épp az elégedettség (Di Blasi és tsai 2001).

A feltételezések szerint a kommunikáció közvetlenül, vagy közvetetten is befolyásolhatja a kimeneteket. Nem egyértelmű ugyanakkor, hogy mit tekintünk végső kimenetnek, és mit köztes közvetítőnek – kiváló példa erre az elégedettség, mely mint kimenet szerepel számos tanulmányban, ugyanakkor közvetítőként is megjelenik. Meg kell jegyeznünk továbbá, hogy bár a kommunikációt egyre szélesebb körben tekintik olyan tényezőnek, amely a konkrét terápia minőségétől függetlenül befolyásolja az egészségügyi állapotot, az empirikus vizsgálatok nem tudták ezt egyértelműen alátámasztani. Számos kutatás talált szignifikáns kapcsolatot a kommunikáció egyes elemei és kimenetek között (Little és tsai, 2001; Di Blasi és tsai, 2001), azonban olyan kutatások is vannak, melyek nem tudták ezt alátámasztani (Mead és Bower, 2002; di Blasi és tsai, 2001). Di Blasi és tsai (2001) a szaklapokban megjelent kísérletek értékelésekor²¹ azt találta, hogy az orvos-beteg kapcsolat valamely elemének változása körülbelül a vizsgálatok felében gyakorolt pozitív hatást a páciensek egészségügyi állapotára, és a leghatásosabb az volt, amikor a kognitív és érzelmi gondoskodás egyszerre volt jelen. Az általuk vizsgált kísérletek többsége a vérnyomást, illetve a fájdalmat vizsgálta, mint kimeneti tényező. A pozitív kapcsolatra szerintük jó példa Thomas kísérlete, amelyben azon betegek közül, akiknél az orvos határozottan állapította meg a diagnózist és pozitív kilátásokat prognosztizált, szignifikánsan többen érezték magukat jobban (64%), mint azok, akiknek azt mondták, hogy nem tudják biztosan, mi lehet a probléma (39%). A kapcsolat hiányára pedig jó példaként említik Van Weel kísérletét, melyben az azonos, mérsékelt magas vérnyomású páciensek egyik részével azt közölték, hogy ez rendben van, míg a többiekkel azt, hogy ez probléma, és kezelést igényel – a két csoport vérnyomása között azonban egy évvel később nem észleltek különbséget. Tudomásul kell venni, hogy a kommunikáció

²¹ A szerzők olyan randomizált kontrollált kísérletek eredményeit értékelték, melyeket 183 keresőszó segítségével számos orvosi, pszichológiai és szociológiai adatbázisból választottak ki, és amelyekben valamilyen fizikai betegség kezelésében megjelenő orvos-beteg kapcsolat hatását vizsgálták.

hatásaira vonatkozó kutatásoknak számos korlátja és hiányossága van, melyek az alábbiak szerint részletezhetők.

- Igen széles skálán mozog az, hogy milyen egészségügyi kimeneteket mérnek (a vérnyomástól kezdve a páciensek észlelt aggodalmáig), emiatt összehasonlításuk meglehetősen nehéz.
- Nem sikerült megmagyarázni, pontosan hogyan is kötődik a kommunikáció a kimenetekhez – a kutatások többsége korrelációt vizsgál, de ok-okozati kapcsolatra nem tud fényt deríteni.
- Nem mindig egyértelmű, hogy a kommunikáció mely eleme kapcsolható mely kimenetekhez.
- Gyakran elmarad az orvos-beteg kommunikáció tágabb környezetben való elhelyezése, így számos olyan tényező kimarad a vizsgálatból (például a hozzátartozók hatása), amellyel számolni kellene.

Mindezek miatt arra van szükség, hogy a kutatások a leíró jelleg helyett megpróbálják magyarázatát adni a kommunikációt kimenetekkel összekapcsoló utakra, figyelembe véve a szükséges környezeti hatásokat (Street és tsai, 2009; Epstein, 2006; di Blasi és tsai, 2001).

Kutatásomban kimenetként egyrészt az észlelt minőséget, valamint az elégedettséget vizsgálom (az értekezésem korábbi fejezeteiben leírtaknak megfelelően), valamint a páciens kognitív és érzelmi állapotként leírható pszicho-szociális állapotát. A kognitív állapot az orvos azon kognitív gondoskodásának eredménye, melynek során információkat és magyarázatot nyújt (Wolf és tsai 1978), és célja, hogy befolyásolja a páciens betegséggel vagy kezeléssel kapcsolatos gondolatait és elvárásait. Érzelmi állapot alatt az orvos érzelmi gondoskodásának eredményét értem, mely összefügg azzal, mennyire empátikusan kommunikál az orvos és melynek célja, hogy csökkentse a páciensben kialakuló negatív érzelmeket (pl. szorongás vagy félelem) (Di Blasi és tsai 2001).

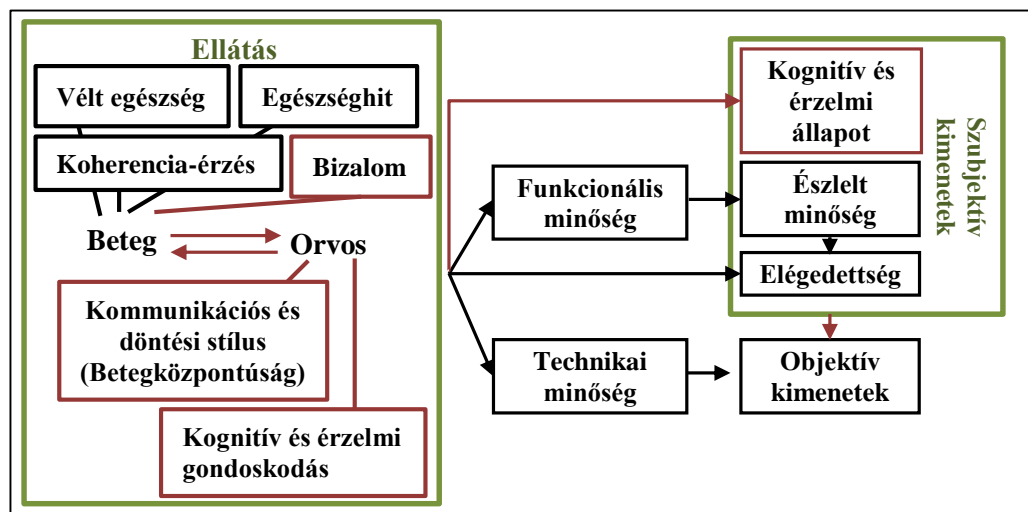
A kognitív és érzelmi gondoskodás felmérésére Wolf és tsai (1978) kifejlesztették az ún. MISS (Medical Interview Satisfaction Scale, azaz orvosi konzultációval való elégedettség) skálát, mely a kognitív és affektív gondoskodással, valamint viselkedéses elemekkel való elégedettséget méri. Eredményeik alapján az általuk megfogalmazott 26

állításból álló skála belső konzisztenciája megfelelő, ugyanakkor az alskálák közötti magas interkorreláció azt jelezte, hogy jelentős átfedés van az egyes dimenziók között. Kutatásukból ugyanakkor hiányzott a skála érvényességének megfelelő tesztelése, ezért a későbbiekben egy 29 állításból álló, módosított skálát alkalmaztak, mely Meakin és Weiman (2002) szerint négy alskálát tartalmazott (kommunikációs kényelem, stressz-csökkentés, együttműködési hajlandóság és egyetértés), azonban továbbra sem volt megfelelő alátámasztása az érvényességnek. E szerzők ezért a MISS 21 állításból álló verzióját alakították ki, megtartva a fent említett négy dimenziót, és azt Angliában, háziorvosi ellátás kapcsán vették fel. Eredményeik alapján az mondható el, hogy bár a sikeres kitöltések aránya jelentősen nőtt (az eredeti skálánál az a probléma is jelentkezett, hogy a páciensek mintegy egyharmadának problémát okozott a kitöltés), az alskálák továbbra is átfedik egymást. Végeztek ugyanakkor (saját állításuk szerint is korlátozott) szerkezeti érvényességi vizsgálatot, mely azt mutatta, hogy a korábbi konzultációkkal való elégedettség és a MISS dimenzióinak értékelése között szignifikáns pozitív kapcsolat van. Ogden és tsai (2004) a MISS skála 12 állításra lerövidített verzióját alkalmazták a háziorvosi konzultációval való elégedettség mérésére, kiegészítve a konzultációval eltöltött idő mérésével. Eredményeik szerint a páciensek nagy része alábecsülte (az átlagosan egyébként 9 perces) konzultációk hosszát, valamint megállapították, hogy a konzultáció hosszával elégedetlen páciensek az érzelmi gondoskodással is elégedetlenebbek, és alacsonyabb az együttműködési hajlandóságuk. A MISS skála érvényességéről, megbízhatóságáról azonban sajnos nem közölnek adatokat. A MISS skálát alkalmazó kutatások tehát nem tudták egyértelműen alátámasztani annak alkalmasságát az orvosi gondoskodás mérésére. A MISS skála mellett az ún. CSQ (Consultation Satisfaction Questionnaire, konzultációval való elégedettség) nevű eszközt említhetjük meg (Baker 1990), mely tartalmaz a kognitív és érzelmi gondoskodásra utaló állításokat, azonban mivel az általam ezen fogalmakra használt értelmezésnek az CSQ által használt állítások kevésbé felelnek meg, ennek részletesebb tárgyalásától eltekintek.

5.5. A fejezet összegzése

A 10. ábra szemlélteti, hogy az elméleti modellem hogyan egészül ki az orvosi kommunikáció, valamint az orvos-beteg közötti kapcsolat bizalmi elemével, melyeket a fejezetben ismertettem.

10. ábra Az orvosi kommunikáció és az egészségügyi kimenetek összekapcsolódásai



Megjegyzés: pirossal jelölöm a modellbe újonnan bekerült elemeket, zölddel pedig egyes elemek csoportosításait.

Forrás: saját szerkesztés

Az ellátás során az orvos és a beteg kapcsolatba kerülnek tehát egymással, és ezen interakciót, valamint annak kimeneteit mindkét féltől függő tényezők befolyásolnak. Modellem szerint az orvosi kommunikáció három eleme járulhat hozzá valamilyen módon az egészségügyi kimenetekhez, melyeken jelen esetben az objektíven mérhető tényezőket, főképp a fizikai egészségi állapotot értem. A kognitív és érzelmi állapotot, az elégedettséget, valamint az észlelt minőséget összefoglalóan szubjektív kimenetekként határozom meg: ez a kimeneteknek azon köre, melyeket kutatásom során vizsgálok, és melyekről feltételezem, hogy részben közvetlenül, részben közvetetten – különösképpen az együttműködési hajlandóságon (melyet a következő fejezetben illesztetek modellembe) keresztül befolyásolják az objektív vagy technikai kimeneteket.

6. Együttműködés

Az együttműködés (compliance) szerepe gyakran szerepel az orvos-beteg kapcsolattal és a gyógyítás sikerességével foglalkozó irodalomban témaként, és értekezésemben is többször esett már szó róla, mint a pozitív egészségügyi kimenetek egyik fontos tényezője. Mivel igen széles skálán mozog a nem együttműködő betegek aránya (20%-tól akár 80%-ig is terjedhet), és számos kimeneti tényezőre hatással lehet, kétségtelen, hogy ez a problematika releváns, és érdemes foglalkozni vele.

A szakirodalom alapján nem egyértelmű, hogy az együttműködés fogalma (egészségügyi helyzetekben) hogyan határozható meg. Emellett különböző

egészségügyi helyzetekben és különböző szakágakban különböző megfogalmazásokkal találkozhatunk, melyek nem csak szemantikailag, de tartalmilag is különböznek egymástól – problematikus azonban, hogy ezeket sokszor szinonimaként használják.

A definíciók többsége tartalmaz a páciensek öngondoskodására, a kezelési folyamatban betöltött szerepükre, valamint az egészségügyi ellátást nyújtókkal történő együttműködésre irányuló elemeket (Kyngas és tsai 2000).

A „compliance” (mely alapvetően valaminek való megfelelést, engedelmességet jelent) fogalmának használata az 1960-as évektől kezdett gyakorivá válni az egészségügyben, és az 1970-es évek közepén, Haynes és kollégáinak munkásságával kapott kiemelt figyelmet, melyben kifejezetten a gyógyszereszedési utasítások betartását és be nem tartását vizsgálták – e leegyszerűsített megközelítést később számos kritika érte (Pollock 2005), és a meghatározások komplikáltabbá váltak.

A „compliance” mellett a leggyakrabban használt szó e fogalomkörben az ún. „adherence”. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) szerint az adherence arra vonatkozik, hogy „az egyén viselkedése – gyógyszerek szedése, diéta tartása, és/vagy életstílus-változások megvalósítása mennyiben követi az egészségügyi szolgáltató azon ajánlásait, amelyekben megegyeztek egymással” (Sabaté 2003, 3. o.). Az adherence annyiban több, mint a compliance, hogy már tükröz valamilyen szintű egyetértést a páciens részéről az ellátó javaslataival.

Simon (2010) e két fogalmat még kiegészíti a „concordance” fogalmával, ami további előrelépés a felek közötti egyetértés felé. A szerző szerint e három fogalom jól tükrözi azt a folyamatot, ami az orvos-beteg kapcsolatban tapasztalható, ugyanakkor azokat a változásokat is, amelyek egy egyénen belül végbemehetnek saját gyógyulásával kapcsolatban: az orvosi utasítások kezdeti hű követése után (hosszabb távú kezeléseknél) felmerülhet az igény arra, hogy közösen beszéljék meg, mi az, ami állapotának, életstílusának leginkább megfelel.

Magam is úgy értelmezem az e fogalmak közötti kapcsolatot, mint amely párhuzamba állítható a korábban vázolt döntéshozatali módokkal: míg a compliance inkább a paternalista stílushoz köthető, addig az adherence és a concordance megvalósulásához a páciens bevonása szükséges a döntési folyamatba, azaz SDM lehet szükséges.

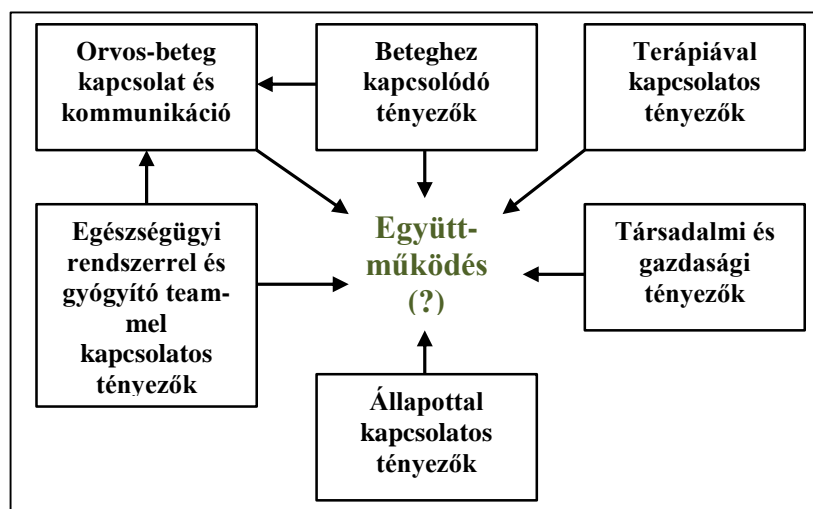
Ugyanakkor míg egyetérttek azzal a megállapítással, hogy a pácienseknek sok esetben aktív partnerként kellene részt venniük a kezelésükkel kapcsolatos döntésben, és

szükséges a megegyezés a két fél között, úgy gondolom, hogy az egészségügyi szolgáltató előírásainak való megfelelés olyan esetekben is fontos lehet, amikor nincsen előzetes megegyezés (pl. az orvos életstílus-változtatást írna elő, míg a páciens az egyszerűség kedvéért gyógyszert szeretne). Ezért az együttműködés kapcsán a WHO definícióját alkalmazom, de annak megegyezésre vonatkozó kitétele nélkül. Úgy gondolom, hogy az egyetértés olyan, rendkívül fontos moderáló tényező, mely az együttműködés mértékéhez járul hozzá.

Az orvos-páciens együttműködés többdimenziós jelenség, amelyet a döntési stílus mellett számos tényező befolyásol. A társadalmi és gazdasági tényezők (úgy, mint a szegénység mértéke, iskolázottság mértéke, a munkanélküliség, a gyógyszerek ára, a kultúra) nem minden kutatásban bizonyultak szignifikáns meghatározó tényezőnek – azt találták, hogy az adott ország fejlettségi szintjének csökkenésével növekszik e tényezők szerepe és úgy gondolom, hogy ez hazánkban is releváns lehet. Az egészségügyi rendszerre és gyógyító csapatra vonatkozó tényezőkkel kapcsolatban (ide tartoznak az orvos és egyéb egészségügyi dolgozók tudása, kompetenciája, társas képességei csakúgy, mint esetleges túlterheltségük, motiváltságuk, teljesítményük és annak javadalmazása, kapacitásuk a beteg követésére, gondozására) kevés kutatás készült, ugyanakkor szintén nagyra becsülhető a fontosságuk az együttműködés kialakulásában/kialakításában. Az állapottal kapcsolatos tényezők a betegség által meghatározott, egyénhez kapcsolódó állapotokat takarják (pl. tünetek súlyossága), és hatásuk attól is függ, hogyan befolyásolják a páciens észlelt kockázatát és azt, mennyire tartják fontosnak a kezelésben előírtak betartását. A terápiával kapcsolatos tényezők alatt az orvosi előírások komplexitását, a kezelés hosszát, esetleges korábbi sikertelenségeket, változtatásokat, a pozitív hatások azonnaliságát, valamint a mellékhatásokat érthetjük. A pácienshez kapcsolódó tényezők annak forrásait, tudását, attitűdjeit, hitét, észleléseit és elvárásait foglalják magukban (Sabaté 2003). Molnár és Csabai (1994) szerint viszont kutatások azt bizonyítják, hogy az együttműködés mértéke egy konkrét esetben nem az állandó, személyiséghez köthető tényezőktől függ (ezek inkább általánosságban véve határozzák meg az egészséghez kapcsolódó viszonyt, illetve a saját egészségi állapot felett érzékelt kontrollt). Szerintük az orvos-beteg kapcsolat és az ezzel való elégedettség az együttműködés legfontosabb meghatározója. Ezzel nagymértékig egyetértve, ugyanakkor a korábban felsorolt tényezők fontosságát is

figyelemben tartva a 11. ábrán láthatók azon tényezők, amelyek véleményem szerint befolyásolhatják a páciens konkrét esetben tanúsított együttműködését.

11. ábra Az együttműködés dimenziói



Forrás: Saját szerkesztés Sabaté (2003) és Molnár és Csabai (1994) alapján

Nemcsak azt ismerték fel évtizedekkel ezelőtt, hogy a páciensek gyakran nem követik az orvos által előírtakat (Paes és tsai 1998), hanem azt is, hogy az együttműködés mértékének mérése komoly módszertani akadályokba ütközik. Az együttműködés mérésének számos módszere létezik, amelyek igen eltérő mértékeket állapítanak meg e jelenség kapcsán. Léteznek közvetlen mérések, mint például a megfigyelés, biológiai próbák és indikátorok használata, illetve közvetett módszerek, mint az interjúk, vagy a gyógyszerszemek megszámolása – e módszerek közül egyik sem tökéletesen megbízható. Emellett pedig valószínűleg egészen különböző viselkedéseket mérnek.

Ahogy korábban említettem, a mért együttműködés mértéke igen nagy skálán mozog; a WHO (Sabaté, 2003), illetve Young és Oppenheimer (2006) becslése szerint is a fejlett országokban a hosszan tartó terápiáknál az átlagos lakosság körében 50% körüli az együttműködés mértéke – a fejlődő országokban pedig ennél is alacsonyabb. Ez a megfogalmazás jelzi, hogy az együttműködést általában valamilyen specifikus helyzetre vonatkoztatva lehet mérni, illetve hogy igen magas az együttműködés hiányának aránya, amely, ha figyelembe vesszük széleskörű hatásait, igen figyelemre méltó. Az együttműködés hiánya mellett érdemes megemlíteni az overcompliance jelentőségét is, mely értelemszerűen az előírt javaslatok „túlteljesítését” jelenti (pl. túladagolás), és szintén komoly következményekkel járhat.

Az együttműködés nemcsak egyéni szinten jár következményekkel, hanem társadalmi, gazdasági szinten is. A felírt gyógyszerek szedésével kapcsolatos előírások be nem tartása nem kívánt klinikai kimeneteket, valamint növekvő egészségügyi költségeket okoz. Az Egyesült Államokban évente 125.000 haláleset, a kórházi felvételek 10%-a, illetve a gondozási központokba való felvételek 30%-a elkerülhető lenne, ha az emberek az előírtaknak megfelelően szednék gyógyszereiket – mindennek költségét évente 100 milliárd dollárra becsülik (Young és Openheimer 2006). Emellett ezek a számok valószínűleg jóval magasabbak lennének, ha az együttműködés hiányának más típusait is figyelembe vennénk (mint például a tanácsolt életstílus-változtatások elmaradását, amelyek aránya akár duplája is lehet a gyógyszerek nem szedéséhez viszonyítva Molnár és Csabai (1994) szerint), de ezek felmérése igen nagy nehézségekbe ütközik.

A terápiával kapcsolatos együttműködés hiánya olyan költségeket von maga után, mint az új tünetek és a rosszabbodó állapot megjelenésének és kezelésének költségei, vagy egy gyógyszer nem megfelelő szedésének mellékhatásait csökkentő újabb kezelés költségei. Mi több, egy gyógyszer megvásárlása, de aztán a beszedés elhagyása is költséget jelent, csakúgy, mint ha a páciens nem jelenik meg egy előre megbeszélte konzultáción – hiszen ez egy rést jelent az orvos időbeosztásán. Ha a be nem szedett gyógyszert meg sem vásárolják, vagy a találkozót meg sem szervezik és az orvos foglalkozhat egy másik beteggel, a költségek csökkennek (ha nem lépnek fel komplikációk).

Tisztán gazdasági szempontból elemezve a betegség súlyossága és a gyógyszer ára, vagy az orvos „lehetőségeköltsége” határozza meg azt, hogy ezek a megtakarítások ellensúlyozni tudják-e a növekvő megbetegedések költségeit. Ahogyan a kommunikáció közvetlen hatásait, az együttműködés hiányának költségeit is rendkívül nehéz mérni, hisz olyan módszertani problémákkal kell szembenézni, mint az együttműködés mérése vagy a gazdasági értékelés szempontjainak meghatározása.

A költségek mérésére két módszert alkalmaznak az együttműködés hatásait vizsgáló kutatások: a kórházi költségek figyelembevételét, valamint szélesebb körű költségek figyelembevételét. A kórházi költségek kiszámítása kétféleképpen történik: az együttműködés hiányának tulajdonítható, kórházban eltöltött napok száma és az egy napra jutó kórházi költségek szorzata, vagy az irodalomból átvett együttműködési ráta

és az adott ország egészségügyi rendszerére vonatkozó aggregált költségadatok szorzata²² (Cleemput és tsai 2002).

Kutatási eredmények szerint az együttműködés magasabb foka nemcsak az egészségi állapotra lehet pozitív hatással, de gazdasági előnyökkel is járhat (közvetlen megtakarítások a betegségek súlyosbodása esetén szükséges kifinomultabb és drágább eljárások használatának csökkenése miatt, illetve közvetett megtakarítások, amelyek az életminőség megőrzéséhez vagy javulásához köthetők). Az együttműködés elősegítése javíthatja a beteg-biztonságot a visszaesések számának csökkenése, függőség kialakulásának vagy a túlادagolás kisebb kockázata által. Mindemellett az együttműködés javításának talán sokkal nagyobb hatása lehet a populációk egészségére, mint bármilyen fejlődés a specifikus kezelések terén (Sabaté 2003).

A fent leírtak miatt az együttműködést az ellátás olyan kimenetének tekintem, mely igen fontos összekötő kapocs az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció valamint annak szubjektív kimenetei és az objektív kimenetek, azaz a gyógyítás-gyógyulás tekintetében.

6.1. A kommunikáció hatása az együttműködésre

Ahogy fentebb említettem, az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció és az ezekkel való elégedettség az együttműködés egyik kulcsfontosságú tényezője lehet (Molnár és Csabai 1994). A GfK LHS Healthcare²³ közleménye szerint a mellérendelt kapcsolat és a terápiáról való közös döntés szükséges ahhoz, hogy a páciens a lehető legjobban tudjon alkalmazkodni a kezelés követelményeihez, ugyanis ekkor rendelkezik a lehető legtöbb információval. Ez a megállapítás azt sugallja, hogy a paternalista kommunikáció – mivel az átadott információk mennyiségét tekintve elmarad a másik stílustól – szükségszerűen lazább együttműködéshez vezet. Míg egyetértek azzal a gondolattal, hogy sok páciens számára a minél teljesebb informálás és a döntésbe való bevonás vezethet szorosabb együttműködéshez, ugyanakkor érdemes lehet átgondolni,

²² Ez utóbbi módszert áttekintve megpróbáltam alkalmazni egy hazai példára. A Crohn betegségre vonatkozó vizsgálat eredményei szerint a páciensek mintegy 20%-a tekinthető nem együttműködőnek a kezelés szempontjából, ami jelen esetben a gyógyszeresedés elmaradását foglalja magában (Lakatos és tsai 2009). Hazánkban végzett felmérés szerint a megbetegedések száma 3,6/100.000 lakos/év. Ez azt jelenti, hogy hozzávetőleg 360 új páciens van évente. A betegség egy lehetséges kezelési módszere a TSO, mely gyógyszeresedésen alapul, és egy teljes kezelés költsége körülbelül 600.000 Ft (www.crohn-colitis.hu). A számítást elvégezve, hazánkban a Crohn betegségben megbetegedők nem-együttműködésének költsége egy évben $0,2 \cdot 360 \cdot 600.000$ Ft, azaz 43,2 millió Ft, amely számottevő összeg, ha belegondolunk abba, milyen összeg lenne az eredmény, ha valamennyi előforduló betegségre ki tudnánk számítani ezt az összeget.

²³ http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfk_hungaria/pdf/press_h/press_20070206_h.pdf

hogyan talán nem a minél teljesebb informálás, hanem a páciens igényeihez szabott informálás (ami akár paternalista stílushoz is kapcsolódhat) az, amely hozzájárul az együttműködés magasabb szintjéhez. Természetesen figyelemre méltó az a hazai kísérleti eredmény, melyben egyhetes kezelésre szoruló betegeket vizsgáltak; a kontrollcsoportnak felírták a gyógyszert, elmondták a tudnivalókat, és egy hét múlva visszarendelték őket, míg a kísérleti csoportban a felírást követő harmadik napon a nővér telefonon érdeklődött a páciens hogylétéről és arról, szedi-e a gyógyszert. A követés végén igen figyelemre méltó volt az eredmény: a kontrollcsoportban 23,7 százalékos volt az együttműködés mértéke, a másokban pedig 92,1 százalékban működtek együtt a betegek a terapeutával²⁴.

A kommunikációs folyamat fontos része a kockázattal kapcsolatos információk tárlása a páciens számára (melyről az 5.1. fejezetben írtam bővebben) – ez arra utal, hogy milyen módon kapnak a páciensek információt a lehetséges mellékhatásokról, amelyek attól függően következhetnek be, hogy milyen mértékben tartják be az orvos által előírtakat (nyilván a pontos betartás is rendelkezhet mellékhatásokkal, valamint a nem-betartásnak is vannak következményei). Egy ebben a témában készült tanulmány szerint a mellékhatások valós, százalékban kifejezett esélyeiről tájékoztatni a páciens kevesebb félelmet, és nagyobb mértékű együttműködést eredményez, mint ha csak általánosabb/elnagyoltabb kifejezéseket használnak (mint például: „néhány ember azt tapasztalhatja, hogy...” (Young és Oppenheimer 2006)). Ezt a jelenséget magyarázhatja tehát többek között a kilátásmélet is, amely azt állítja, hogy az emberek hajlamosabbak túl nagy súlyt tulajdonítani valójában kis valószínűségekkel előforduló eseményeknek, és túl kis súlyt nagyobb valószínűségű eseményeknek, amely ahhoz vezethet, hogy egy nem általános eseményről azt gondolják, hogy sokkal gyakoribb, mint valójában. Emellett a kockázatot kommunikáló egyénbe vetett bizalom is nagymértékben fontos a kockázátészlelésben (Kahneman és Tsai 1982) – amely aztán hatással van az együttműködésre.

Ahogy Epstein (2006, 273. o.) megfogalmazta, „a páciensek más dolgokat vesznek észre, mint az orvosok”. Észreveszik, ha az orvos törődik velük, érdeklődő, figyelmes. Észreveszik a tiszteletet, a rugalmasságot, a megértést. Észreveszik, amikor az orvos hangja magabiztos, ugyanakkor érdekes, hogy a magabiztosságnak különböző helyzetekben különböző értékeket tulajdonítanak. Észreveszik, ha az orvos megpróbálja

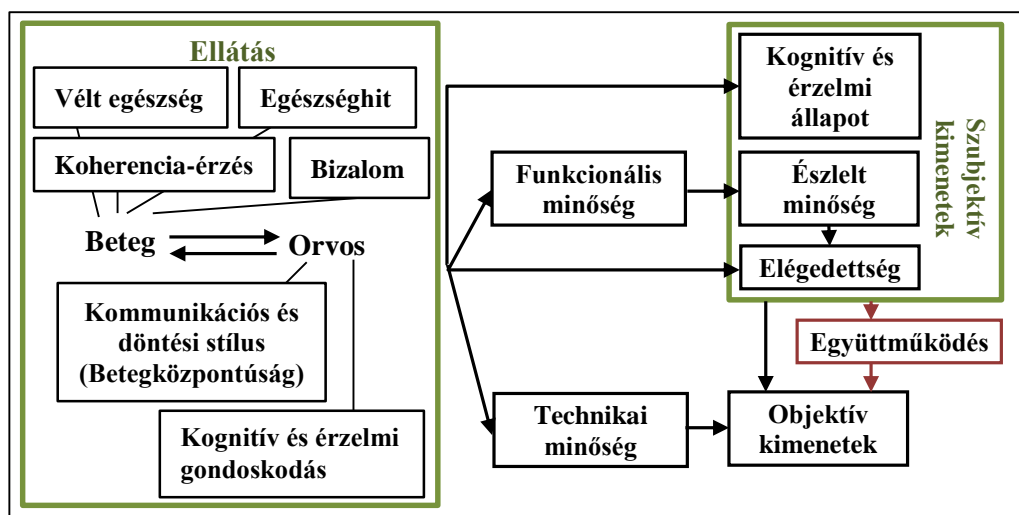
²⁴ http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfk_hungaria/pdf/press_h/press_20070206_h.pdf

kideríteni a fő problémát, és nem ragad le az első mondatnál. Észlelik tehát az orvos stílusát, de nemcsak az orvosét, hanem az asszisztensét és a portásét is.

6.2. A fejezet összegzése

E fejezetben eljutottam azon tényezők számbavételének végéig, amelyeket kutatásom során vizsgálni kívánok. A beteg-együttműködést olyan köztes kimenetnek tekintem, amelyre vélhetően mind páciens-specifikus, mint az orvosi kommunikációtól függő tényezők is hatnak, és amely az objektív kimenetekkel – az irodalmi áttekintés alapján – egyértelműen kapcsolatban van. Ennek megfelelően az orvos kommunikációs stílusa, valamint kognitív és érzelmi gondoskodása nemcsak közvetlenül, de az együttműködésen keresztül közvetetten is befolyásolhatja az objektív kimeneteket (12. ábra).

12. ábra Az együttműködés szerepe az orvos-beteg kommunikáció tényezőinek és kimeneteinek modelljében



Megjegyzés: pirossal jelölöm a modellbe újonnan bekerült elemeket, zölddel pedig egyes elemek csoportosításait.

Forrás: saját szerkesztés

7. Előzetes kutatási eredmények

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásánál végbemenő kockázatkommunikáció és a folyamathoz kapcsolódó észlelt kompetenciák kutatása témája volt a SZTE-GTK egy kutatócsoportjának. E csoportba kapcsolódva (2007-2008-ban) vázoltam fel a 2. mellékletben található kutatási modellt, mely alapul szolgált az akkor végzett empirikus kutatásnak. A jelen fejezetben bemutatandó eredmények olyan részkutatások eredményei, melyeket részben a kutatócsoport segítségével, részben önállóan végeztem,

és amelyek irányították szekunder kutatásom lépéseit, valamint hozzájárultak ahhoz, hogy végső elméleti modellem és kutatási módszertanom kialakulhasson. Ezen eredmények ismertetése szükséges ahhoz is, hogy rávilágítson a kutatási témám alakulásának indokaira és a későbbiekben részletesen bemutatandó kérdőíves kutatásom kialakításának szempontjaira – bemutatásuk részletessége is e szemponthoz igazodik.

7.1. Kvalitatív kutatási eredmények

A kutatás kezdeti fázisában a szolgáltatói oldallal a fókuszban a kutatócsoport három fókuszcsoport interjút készített (melyeknél az interjúvázlat kidolgozásában, az átirat elkészítésében és az elemzésben vettem részt), melyeket magam három mélyinterjúval egészítettem ki.

7.1.1. Az interjúk módszertana

A fókuszcsoport interjúk (egyenként ötfős) vegyes szakterületű orvosokkal készültek. A mélyinterjúkat egy háziorvossal, egy házi gyermekorvossal, valamint egy fogorvossal készítettem.

Mind a fókuszcsoport interjúk, mind a mélyinterjúk fő kérdéskörei az alábbiak voltak.

- Az orvosi kompetencia összetevői: az orvosi kompetencia elemei, a kommunikációs képességek helye ezek között. A betegek által észlelt orvosi kompetencia és az orvosok által a betegek felé közvetíthető kompetencia.
- A kétoldalú kockázatérzet értelmezhetősége az orvos-beteg kapcsolatban. A beteg által észlelt kockázatot befolyásoló tényezők, csökkentésének eszközei.
- Az egészségügyi szolgáltatás sikerességének tényezői. Az eredményesség megítélésének módjai a kezelés alatt és után. A felek felelőssége a kezelés sikerességében.
- A betegelégedettség felmérése; visszajelzések a beteg részéről.
- A bizalom szerepe a kezelés eredményessége szempontjából. A bizalom kialakításának, helyreállításának lehetőségei. Az orvos-beteg kapcsolat hatása az észlelt kockázatra.
- A beteg tájékozottságának szerepe, véleményének figyelembevétele a kezelés során. A beteg bevonása a döntési folyamatba.
- A „jó” kommunikáció meghatározói. A kommunikációs készségek, képességek forrásai; a kommunikáció tanulása.

A fókuszcsoporth interjúkról videó, a mélyinterjúkról hanganyag készült, ezek szó szerinti átiratából, lépcsőzetes módszerrel történt a tartalomelemzés.

7.1.2. Az interjúk eredményei

Az interjúk eredményei alapján az orvosi kompetencia alapvető építőköve a végzettség, azaz az oktatás során elsajátított tudás, melyre épül a gyakorlat, és azután az elhivatottság. A kommunikációs készség (melynek egyik értelmezése: „felmérni, hogy a páciens mit ért meg, mit fogad el”) döntően az arra irányuló kifejezett kérdésre merül fel, ugyanakkor ezt is az orvosi kompetencia egyik kulcselemének tartják. A válaszadók fontosnak tartották, hogy az orvos ismerje el a kockázatokat (különösen mivel manapság a perek elkerülése érdekében is minden kockázatról tájékoztatni kell a beteget), azonban a beteg elijesztése nélkül. Eltérték a vélemények ugyanakkor abban, hogy milyen részletességgel történjen a kockázatok ismertetése. Egyetértettek viszont abban, hogy a beteg az orvos szaktudását nem tudja megítélni, csak hallomásból tájékozódhat, és az orvos határozottságát tudja felmérni. Ezzel meg is lehet téveszteni a beteget, mert lehet olyan határozottan kommunikálni, hogy a beteg nem veszi észre, ha az orvos szakmailag nem kompetens a problémájában. Azaz úgy vélték, jó kommunikációval egy rosszabb szolgáltatást is el lehet adni, és hogy a népszerűség a betegek körében sohasem a szakmai minőségtől függ. Alátámasztották tehát azt, hogy a páciensek a szolgáltató által nyújtott szolgáltatás technikai minőségét nem, inkább annak funkcionális jellemzőit tudják megítélni – sőt, kiderült, hogy a funkcionális minőség megfelelő technikai minőség nélkül is megvalósítható egyes esetekben. Ezt problematikusnak tartják, hisz „kommunikációval a munkát nem lehet pótolni”, sőt, a verbális és nonverbális kommunikáció egyes elemei a beteg-manipulálás eszközeinek is tűnnek. Az is kiderült, hogy a betegek bevonása a döntési folyamatba – bár szakmai előírások következtében, érezhetően sokkal inkább a perek elkerülése érdekében és nem az elégedettség növelés miatt – egyre nagyobb fontosságot kap, ugyanakkor sokszor a betegek azok, akik ezt kevésbé igénylik, illetve meglepődve fogadják.

A résztvevők közül az egyetemen senki sem tanulta a kommunikációt, úgy gondolták, hogy a tapasztalat az, ami nagyon sokat számít ezen a téren. Megfogalmazódott, hogy annak a hatásfokát, hogy a kommunikációnak volt-e eredménye, nem lehet felmérni. A megfelelő kommunikációt (leírásuk alapján a kognitív gondoskodást) a beteg által észlelt kockázatot csökkentő tényezőként látják, hozzáátve, hogy annak igazodni kell a beteg „health literacy”-jéhez és a szubjektív információfeldolgozásbeli torzulásokhoz.

Felmerült ugyanakkor, hogy a kockázatkommunikációnak a prevencióban is kiemelt szerepe kellene, hogy legyen, különösen az egészségkárosító szokások kockázatainak és e módon a betegek „kötelességeinek” tudatosításában. Egyes vélemények szerint kezelési helyzetben is lehet előnye az észlelt kockázat fenntartásának, mely az ily módon „megfélemlített” betegnél jobb együttműködéshez, siker esetén pedig nagyobb (akár hálapénzben is megmutatkozó) hálához, elégedettséghez vezet.

A megfelelő kommunikációt az annak fontosságát elismerők szerint sem lehetséges definiálni: a betegek többsége szereti, ha partnerként kezelik őket, sürgős esetben előfordulhat azonban, hogy elkerülhetetlen utasításokat adni a betegnek a gyorsaság érdekében, valamint volt, aki szerint egyértelműen az empatikus kommunikáció a megfelelő. A kommunikációt a megingott bizalom helyreállításának eszközeként is említették.

A szkeptikus vélemények mellett általános volt tehát az a vélemény, hogy a „megfelelő” kommunikáció hasznos a gyógyítási/gyógyulási folyamatban. Annak ellenére azonban, hogy a megfelelő kommunikáció fontosságát elviekben elismerték, az derült ki, hogy a gyakorlatban igen sok esetben hiányzik a kognitív gondoskodás és a betegközpontú kommunikáció. Általános jelenség (itt kifejezetten fekvőbeteg ellátásra gondolhatunk), hogy akár teljesen hiányzik az orvosok, illetve a személyzet más tagjai felől a kommunikáció a beteg felé, aki tulajdonképpen azt sem tudja, hogy mi a baja; sürgős eseteknél is előfordul, hogy a beteg körül nagyon sokan tevékenykednek, de senki nem kommunikál vele, ami miatt nyilvánvalóan nagymértékben megnő az észlelt kockázata, hiszen fél. Elismerték tehát, hogy javítani kellene a kommunikációt, valamint a szervezettség hatékonyságán.

E részkutatás eredményei azt sugallják, hogy paternalista stílus uralkodik az orvosok körében, ahol a betegek függő viszonyban vannak a számukra szolgáltatást nyújtó orvostól. A betegek észleléseit, véleményét és ismereteit sokszor zavaró körülménynek tartják. A betegek különböző csoportjai különíthetők el: az idősebb, „engedelmes” betegek elégedettebbek a paternalista kommunikációval, míg a fiatalabb, illetve jobban informált betegek jobban szeretnék bevonódni a konzultáció menetébe és a döntéshozatalba. Úgy tűnik, hogy egy kis elmozdulás tapasztalható az orvos utasításainak való engedelmesség felől a megosztottabb döntés irányába – mely nemcsak az orvosok, de a betegek számára is sok esetben újdonság. Azonban az általunk megkérdezett orvosok számos akadályozó tényezőt tudtak felsorolni, amelyek

lehetetlenné teszik, vagy legalábbis igencsak megnehezítik a közös döntéshozatal és az ezzel járó informatív, betegközpontú kockázatkommunikáció széles körű alkalmazását:

- egyetemi és munkahelyi szocializáció,
- a magyar egészségügyi ellátórendszer hiányosságai,
- az egészségügyi intézmények szervezeti és működési kultúrája,
- személyiségbeli akadályok,
- egyéni érdekeltségek,
- tudás és kommunikációs készségek és képességek hiánya – mind a betegek, mind az orvosok részéről.

Ezen eredmények azt sugallják, hogy míg több országban különböző módszerek és támogató rendszerek fejlesztése, értékelése és alkalmazása van folyamatban (Simon és tsai 2006; Ruland és Bakken 2002; Guimond és tsai 2003), Magyarországon az SDM korántsem játszik kulcsfontosságú szerepet. Ezek alapján felmerül a kérdés: van-e szükség a közös döntéshozatal módszerére, vagy kultúránkban az egészségügyet körülvevő bizonytalanság és problémák között a beteg döntésekbe való bevonása nem szükséges, hogy az alapvető kérdések között szerepeljen?

7.2. Naplós kutatás eredményei

A fókuszcsoporthoz és mélyinterjúk mellett a kutatás kezdeti fázisában egy másik, részben kvalitatív módszertant is alkalmaztunk a konzultációk sajátosságainak vizsgálatára: a napló módszert. E részkutatásnál a naplók formátumának és tartalmának kialakítását a kutatócsoporttal közösen végeztem, a naplók rögzítése egy gyermekorvos közreműködésével történt, míg a naplók feldolgozását és az elemzést magam végeztem. Mivel ez az interjúzásnál és kérdőívezésnél kevésbé elterjedt kutatási módszer, az eredmények ismertetése előtt magával a módszerrel kapcsolatos fontos ismereteket is összegzem.

7.2.1. A naplós kutatás módszertanának háttere

A naplóírás olyan kvalitatív kutatási módszer, mely bár kevésbé gyakori, mint más módszerek, de a társadalomtudományi kutatások számos területén, és egyre gyakrabban használják. Ezzel a módszerrel a leggyakrabban vizsgált témák: időallokáció, fogyasztói kiadások, utazási szokások, szociális hálózatok, egészség, betegségek és a kapcsolódó viselkedés, étkezés, társadalmi munka, klinikai pszichológia, családterápia, bűnözés,

alkohol- és drogfogyasztás, szexuális viselkedés; valamint egyre gyakrabban alkalmazzák a piackutatásban is (Corti 1993).

A naplónak több formája létezik, melyeket Jones (2000) alapján két fő csoportba sorolhatunk:

- önként, spontán jelleggel, az eseményekkel egyidőben vagy ahhoz közel írt naplók, melyek lehetnek strukturáltak és strukturálatlanok is, és az író szemléletét tükrözik az őt körülvevő társadalmi valóságról,
- kutatói felkérésre, az eseményekkel egyidőben vagy ahhoz közel írt naplók, melyek szintén lehetnek strukturált vagy strukturálatlan jellegűek, azok megírását jutalmazza, és meghatározott témáról és személyekről szólnak.

A naplóírás olyan tevékenység tehát, mely a visszaemlékezésből eredő torzításokat csökkenti azzal, hogy írója rendszeresen leírja tapasztalatait és meglátásait, társadalomtudományi kutatásokban egy előre meghatározott témával kapcsolatban. A napló lehet nyitott formátumú, amely lehetőséget ad a résztvevőknek, hogy saját szavaikkal rögzítsék az eseményeket és cselekvéseket. Ennek előnye, hogy nagyobb teret biztosít az adatok újrakódolásának és elemzésének. Azonban az ilyen adatok felhasználása és értelmezése rendkívül munkaerőintenzív feladat, amely szinte lehetetlen az időben vagy más forrásokban korlátozott kutatásoknál, vagy amikor a minta nagy. A napló másik fajtája a szigorúan strukturált, ahol valamennyi cselekedet előre kategorizált. Természetesen a napló formátumát a tanulmányozni kívánt téma dönti el elsődlegesen. A különböző kutatási módszereknél adódó szokásos hibák mellett a naplómódszernél jellemzően felmerülő hibák a résztvevők felkészítéséből, az információk elégtelen rögzítéséből, az elégtelen együttműködésből és a hibás mintaválasztásból adódhatnak (Corti 1993).

A módszer előnyei egészségügyi környezetben az alábbiak (Corti 1993, Carlow 2002):

- informatív: az emberek gyakran könnyebben állást foglalnak/megnyílnak egy papírlapnak; így ki lehet küszöbölni azokat a problémákat, amelyek egy személyes interjúnál az érzékeny információk kapcsán felmerülhetnek,
- beteg-vezérelt az érzések, hangsúlyok és kifejezések tekintetében.,
- kevésbé erőltetett, mint a kérdőívek, és potenciálisan kevésbé erőltetett a problémák felidézésekor,

- hasznos más módszerek, például interjúk vagy kérdőívek ellenőrzésére, ahol az időbeli távolság nehezíti az események felidézését; ez jobb módszer a nehezen felidézhető események rögzítésére,
- személyes haszonnal jár a betegek számára az érzések és tapasztalatok ily módon való rögzítése.

7.2.2. A saját naplós kutatás módszertana

Az orvos-beteg konzultációk sajátosságaival kapcsolatos információszerzés céljából egy speciális típusú naplós kutatást alakítottunk ki. Ennek keretében egyalkalmas naplókat alakítottunk ki mindkét fél részére, melyeket közvetlenül a konzultáció után tölthettek ki. Ily módon azt szeretnénk volna elérni, hogy mindkét fél gondolatait és érzéseit a konzultációhoz időben a lehető legközelebb rögzíthessük. Ennek megvalósításához a kérdőív túl kötött, míg az interjú az időbeli csúszások és az emberi kapacitás hiánya miatt nehezen megvalósítható lett volna. Ezért olyan részben strukturált naplóformátumot alakítottunk ki, melybe a kutatást résztvevők rögzíthetik tapasztalataikat és érzéseiket.

A formátum kialakításánál mind a kutatás témáját, mind az általános naplószerkesztési irányelveket figyelembe vettük. A részben strukturált formátum azt jelenti, hogy nem kizárólag annyit kértünk a résztvevőktől, hogy írják le, mit tapasztaltak és milyen érzéseik voltak, hanem adtunk mindehhez egy irányvonalat, hogy saját szavaikkal, de mégis a számunkra fontos témák mentén rögzítsék az információkat. A naplók formátumának kialakítása az irodalmi útmutatásoknak megfelelően történt: átlátható és letisztult formátumot alkalmaztunk, a fedőlap általános és részletes utasításokat tartalmazott a kitöltés módjára vonatkozóan és kitért az általunk fontosnak tartott témakörökre, ugyanakkor hangsúlyozta a válaszadó saját észleléseinek fontosságát, az egyes kérdések után pedig elegendő üres hely állt a kitöltők rendelkezésére (Carlow 2002, Corti 1993, Oppenheim 2005). Vizsgálatunk alapegysége egy orvos-beteg konzultáció volt.

Az orvosnaplókban a fókuszban a kommunikáció stílusa és folyamata, a felmerülő bizonytalanságok, a bizalom/bizalmatlanság, az elvárások és azok teljesítése, a páciens kompetenciája, valamint az elégedettség állt. Ezeket figyelembe véve az alábbi témákban kértük benyomásaik rögzítésére az orvosokat:

- a konzultáció adatai (hossza, a beteggel való kapcsolat hossza),

- a konzultáció lefolyása,
- a konzultáció stílusa (kezdeményező fél, felmerülő kérdések),
- érzések a találkozó közben,
- a páciens kompetenciája (megértette-e az elmondottakat),
- terápiával kapcsolatos döntés meghozatala,
- bármi egyéb, amit fontosnak tart megemlíteni.

A betegnaplókban a félelmek, szorongások, megnyugvás, és ezen érzések változásai, a megértés és meghallgatás, az orvos támogató magatartása, az érthető magyarázatok, a kommunikációs stílus, a bizalom vagy bizalmatlanság, a beteg-igények figyelembe vétele, valamint az elvárások teljesülése voltak azon témák, melyekre a kitöltőknek oda kellett figyelni. E tényezőkkel a fókuszban az orvosnaplókéhoz hasonló kérdésekben kértük benyomásaik rögzítésére a pácienseket, kiegészítve a konzultáció utáni érzésekkel, valamint azzal, hogy van-e valami, amit szerintük az orvosnak vagy saját maguknak másképp kellett volna tenni.

Az adatfelvétel egy gyermekorvos segítségével valósult meg; szakterületéből adódóan a résztvevők gyermekorvosok, és e terület specifikusságából adódóan a válaszadók valójában a páciensek szülei voltak. Egy orvos több naplót is kitöltött (páciensenként egyet-egyet), míg a páciensek értelemszerűen egy-egy naplót töltöttek ki. Így összességében 56 orvos- és 70 betegnapló érkezett vissza elemzésre. Az elemzés során többlépcsős tartalomelemzést végeztem, illetve a visszaérkezett naplók magas számának és a részben strukturált kialakításnak köszönhetően kvantitatív, gyakorisági elemzést is készítettem.

E részkutatás korlátai közé tartozik egyrészt a speciális résztvevői csoport, valamint a tény, hogy a naplókat az orvos asszisztense adta oda a pácienseknek, és bár a névtelenség hangsúlyozásra került, mégis felmerülhet, hogy az attól való félelem miatt, hogy az orvos – akitől függő helyzetben vannak – elolvassa feljegyzéseiket, negatív vagy kritikai megjegyzések kimaradtak.

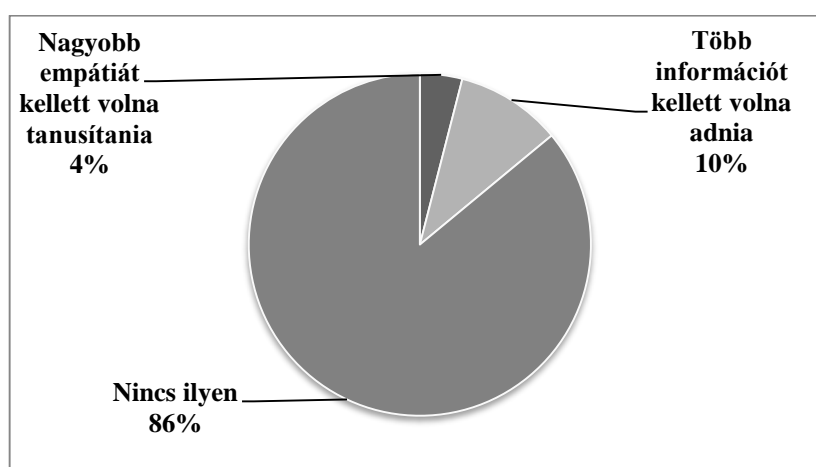
7.2.3. A naplós kutatás eredményei

A konzultációk leírása annak tartalmától függően természetesen igen heterogén volt. Ennek ellenére egyértelműen megragadható volt mindkét típusú naplók alapján egy kikérdezés – vizsgálat – diagnózis – javaslatok lépésekből álló folyamat, melyben a

leírások alapján egyértelműen az orvos volt a kezdeményező fél, a kommunikáció és a döntéshozatal pedig paternalista stílust követett. Ezzel a stílussal a páciensek (szülők) többségében elégedettek voltak, melyet jelez a negatív értékelések alacsony száma is: igen kevesen gondolták úgy, hogy az orvosnak valamit máshogy kellett volna tennie. Ezen eredmény egybecseng tehát a kvalitatív részkutatás megállapításaival.

Részletesebben megvizsgálva azt a kérdést, amely a betegnaplókban az orvos által elkövetett hibákra vonatkozik, megállapítható, hogy a válaszadók (N=70) 14%-a jelzett ilyet, és valamennyien a kommunikációt tartották problematikusnak (13. ábra).

13. ábra A válaszok megoszlása arra a kérdésre, miszerint van-e valami, amit az orvosnak másképp kellett volna csinálni



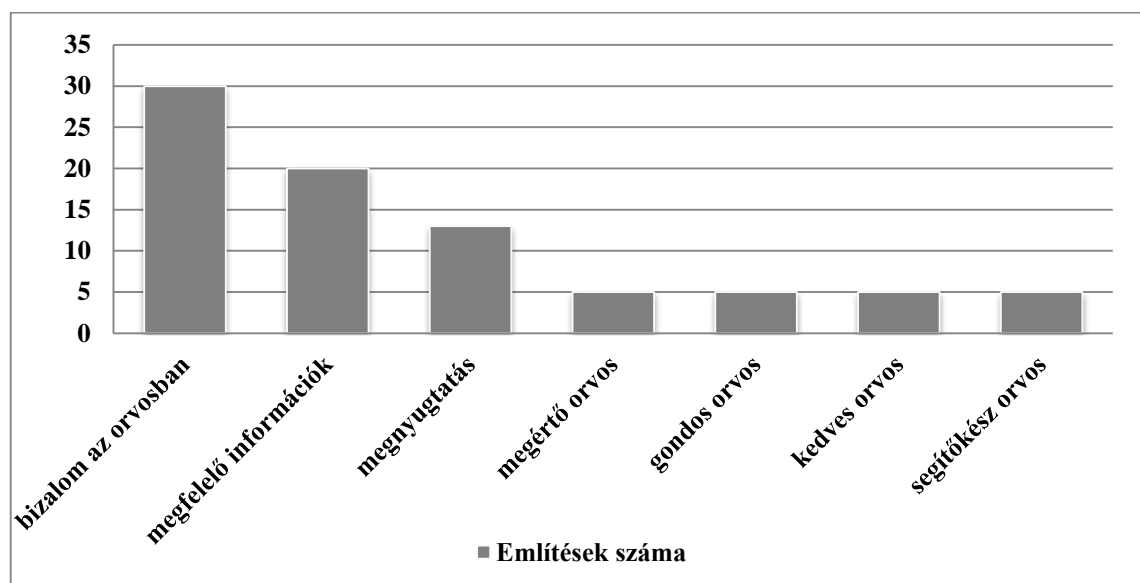
Forrás: Saját szerkesztés

Ezen eredmény jelzi azt is, hogy az információs aszimmetria jelen van a felek között: a páciensek nem tudják megítélni az orvos szakmai kompetenciáját, így nem feltétlenül veszik észre az esetleges szakmai hibákat, míg a kapcsolat- és kommunikációbelieket annál inkább, hiszen a folyamat e dimenzióját tudják megítélni – ahogyan az egyik válaszadó megfogalmazta, „nem tudom kritizálni az orvos döntését, hiszen inkompetens vagyok a kérdésben”. Az említett hiányosságok egyértelműen a kognitív és érzelmi gondoskodás hiányára utaltak az adott esetekben. A konzultáció utáni érzések vizsgálatából ugyanakkor kiderült, hogy azon szülők fele, akik éltek valamilyen kritikával, a rendelőből megnyugodva jött ki (mint ahogyan a panasszal nem élő válaszadók valamennyien). Érdekes, hogy valamennyi negatív kritikával élő válaszadó az adott orvos páciense vagy ismeri őt már évek, évtizedek óta, annak ellenére, hogy az általuk említett problémát nem csak a vizsgált szituációban tapasztalták, azt általános jellegzetességnek vélik. Önkritikát a válaszadók 10 százaléka

gyakorolt; köztük volt olyan, aki nem vitte időben orvoshoz a gyermekét, nem tudott elég nyugodt maradni, nem tett fel olyan kérdést, amelyet szeretett volna vagy nem kért magyarázatot amikor valamit nem értett, illetve megbízott az orvosban annak ellenére, hogy nem tartotta elegendő mélységűnek a vizsgálatot (mely megint csak jelzi az aszimmetrikus kapcsolatot az orvos és a páciens között). E kérdés eredményei a naplómódszer páciensekre gyakorolt pozitív hatását is jelzik – maguk is felismerték, min érdemes a későbbiekben változtatni.

A betegek (illetve szüleik, N=70) leggyakrabban említett érzéseit és gondolatait a konzultáció alatt a 14. ábra mutatja be. Ezek a bizalom, a megnyugvás, az elegendő információ kapása és a kérdésekre adott válaszok okozta elégedettség voltak. Ezen eredmények azt jelzik, hogy mind az érzelmi, mind a kognitív gondoskodást megfelelőnek ítélte a többség – és hogy ezek azon tényezők, amelyeket elsősorban meg tudnak ítélni.

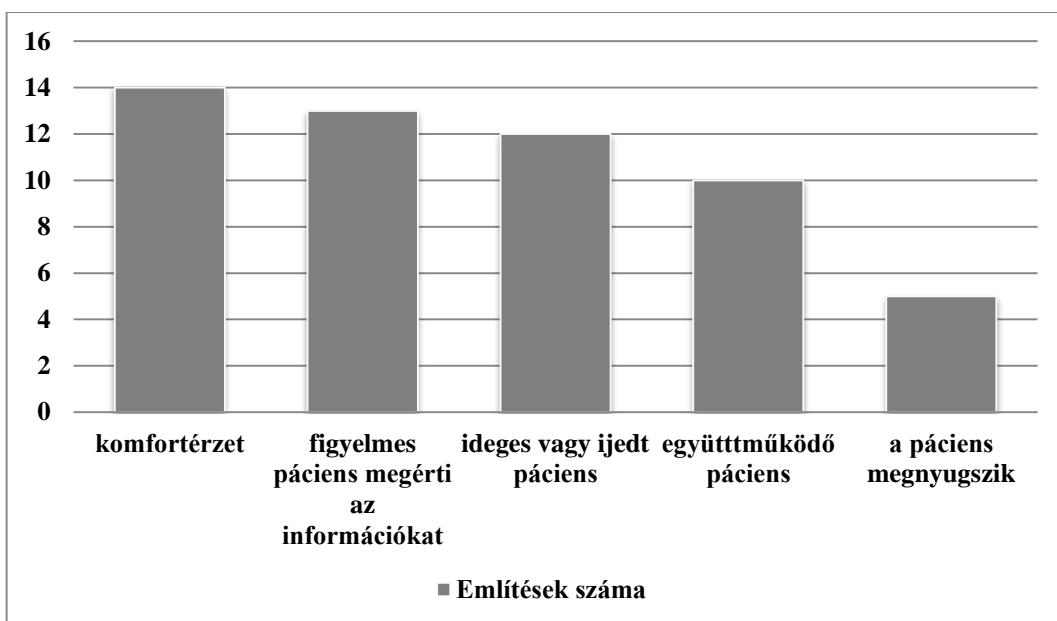
14. ábra A páciensek (szülők) leggyakrabban említett érzései és gondolatai a konzultáció közben



Forrás: Saját szerkesztés

Az orvosok leírásaiból (N=56) szintén a saját kognitív és érzelmi gondoskodásra adott páciensi reakciók állnak a középpontban (15. ábra).

15. ábra Az orvosok leggyakrabban érzései és gondolatai a konzultáció közben



Forrás: Saját szerkesztés

A megfogalmazások alapján megállapítható ugyanakkor, hogy ahogyan azt korábban is megfogalmaztam, a kommunikáció meglehetősen egyirányú: az orvosok azt várják a páciensektől, hogy odafigyeljenek és értsék meg a szükséges információkat. A kétirányú kommunikációra utaló jelek a páciensek megfogalmazásaiból is hiányoznak. Az orvosok által említett komfortérzet vélhetően a beléjük vetett bizalomnak, a megfelelő észlelt kompetenciának köszönhető.

Az orvosoknak lehetőségük volt megfogalmazni bármilyen egyéb gondolatukat az orvos-beteg kapcsolat témakör kapcsán. Jellemző volt, hogy többségüknek határozott véleménye volt e kérdésben, melyek közül tipikusak voltak az alábbiak:

- több orvosra volna szükség,
- a megfelelő kommunikáció megvalósításához több, páciensre fordítható időre volna szükség,
- fontos visszajelzést kérni a szülőktől arról, hogy megértették-e az instrukciókat,
- a figyelem és az empátia fontos orvosi tulajdonságok,
- a kommunikációs tréninget valamennyi háziorvos számára kötelezővé kellene tenni.

A kutatásban résztvevő gyermekorvosok – hasonlóan az interjúalanyokhoz, akik véleményét az előző alfejezetben részleteztem – elismerik a “megfelelő” kommunikáció

szükségességét, annak azonban sok akadályát látják, többek között a képzés hiányosságaiban.

Az együttműködés kapcsán a megkérdezett orvosok által leggyakrabban említett érzések és gondolatok között két olyan tényező is szerepel, amely ennek szándékára utal: egyrészt az, hogy a páciensek (itt: a páciensek szülei) nagymértékű figyelmet tanúsítottak; másrészt, hogy az orvosok úgy érezték: a figyelmes szülők együttműködően viselkednek. A leggyakrabban említett érzések között előbbi a második helyen szerepel, míg utóbbi a negyedik helyen. Mivel a konzultációk során történtek leírása szabadon történt (az instrukció csak arra vonatkozott, hogy ne szakmai, hanem egyéb, pl. társas tényezőkről szóljon), úgy gondolom, hogy az együttműködő viselkedés gyakori említése jelzőértékű lehet. A magasabb együttműködési hajlam köszönhető lehet a „hagyományos” paternalista stílusú orvos-beteg kapcsolat elfogadásának, ahol az orvos szerepe, hogy megmondja, mit kell tenni, míg a páciens legfőbb feladata, hogy engedelmeskedjen.

7.3. Korai kérdőíves felmérés

A kvalitatív kutatások megállapításainak további vizsgálatára kérdőíves kutatást terveztünk. A kérdőív kialakítását a kutatócsoporttal közösen, az eredmények feldolgozását és az elemzést magam végeztem. E kérdőív alapvető célja maguknak a kérdéseknek, valamint a témakör kérdőíves vizsgálati lehetőségének tesztelése volt, ugyanakkor mivel jelentős számú kitöltést értünk el, tartalmi eredményeit is érdemes bemutatni.

7.3.1. A korai kérdőív és a minta bemutatása

A kérdőív (3. melléklet) kérdései között szerepeltek a „jó” orvos és a „jó” egészségügyi intézmény tulajdonságainak, valamint a gyógyítás-gyógyulás sikerességét meghatározó tényezők rangsorolása (itt a válaszadók nagyobb számú, előre megadott tényező közül választották ki a számukra legfontosabbakat, majd azokat rangsorolták). Az itt megadott tényezők a kvalitatív kutatások eredményei alapján kerültek összeállításra. A kérdések egy másik csoportja különböző állítások hatfokú Likert-skálás értékelései alapján nyújt információkat a kitöltők számára emlékezetes orvos-beteg találkozó és egészségügyi intézményben való tartózkodás, az egészségügyi ellátás sikerességét veszélyeztető tényezők, a döntéshozatal és kommunikáció kapcsán preferált stílusok, az észlelt

kockázatot csökkentő tényezők, az orvos-beteg kapcsolat befolyásoló szerepe, valamint az orvosváltás lehetséges okaival kapcsolatos véleményekről.

A minta 389 válaszadóból állt. A válaszadókat hólabda-módszerrel toboroztuk, így a minta nem reprezentatív; eloszlását a demográfiai változók mentén a 7. táblázat mutatja be.

7. táblázat A korai kérdőíves megkérdezés mintájának bemutatása

Demográfiai ismerv		Eloszlás (%)
Nem	Férfi	52
	Nő	48
Életkor	18-24 év közötti	44
	25-35 év közötti	18
	36-49 év közötti	19
	50 év fölötti	19
Végzettség	Egyetem, főiskola	26
	Felsőoktatási hallgató	31
	Középiskola	29
	Szaktanuló vagy általános iskola	14
Lakóhely típusa	Megyeszékhely + Budapest	43
	Város	35
	Falu, község	22

Forrás: saját szerkesztés

7.3.2. A korai kérdőíves felmérés eredményei

Igen fontosnak tartottam a „jó” orvost meghatározó tényezőkre vonatkozó kérdés vizsgálatát. Az elemzés során sajnos az derült ki, hogy a körültekintően megfogalmazott instrukciók ellenére a válaszadók igen nagy része nem tudta helyesen értelmezni a kérdést. További korlátja e kérdésnek, hogy az előre megadott tényezők sorrendje vélhetően befolyásolta a választásokat. Mindazonáltal az eredmények azt mutatják, hogy a szakmai tudás az a jellemző, amelyet a leggyakrabban rangsoroltak a válaszadók nemcsak az első öt hely valamelyikére, hanem az első helyre is. Az első öt helyre leggyakrabban rangsorolt egyéb tényezők a szakmai tapasztalat, a felelősségtudat, a megbízhatóság, illetve az emberközpontúság voltak. Ezen eredmény megfelel az orvosok véleményét feltáró kvalitatív részkutatások eredményeinek, nevezetesen, hogy a szakmai képességek a legfontosabb tényezők, amelyek a jó orvost meghatározzák. Láthatjuk, hogy az információs aszimmetria ellenére (hiszen a beteg, aki az esetek többségében laikus, nem tudja megítélni az orvos valós szakmai kompetenciáját) a betegek a felénk a szakmaiságról közvetített kép alapján ítélnék, míg a társas

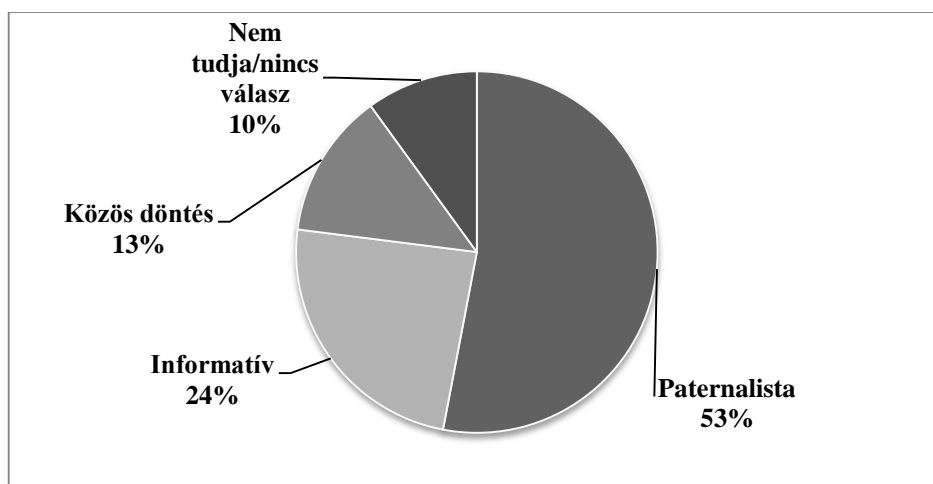
kompetenciák (pl. a türelem) vagy a megfelelő kommunikáció (azon tényezők, amelyeket jobban meg tudnak ítélni) e kérdőív eredményei alapján a háttérbe szorulnak. Ez ellentmond korábbi feltételezésünknek, mely szerint a kommunikációs stílus a legfontosabb tényezők között játszik szerepet, ugyanakkor alátámasztja, hogy az, ahogyan az orvos a szakmai kompetenciáját kommunikálja, kiemelkedően fontos lehet. Kérdés maradt, hogy a beteg honnan szerez valós információt az orvos szakmai tudásáról.

A döntéshozatallal kapcsolatos preferenciákra vonatkozó kérdésekre kapott válaszok egymásnak bizonyos szempontból ellentmondanak. Bár a döntésben való részvételt általánosan fontosnak tartják, ugyanakkor a válaszadók 78 százaléka értett egyet valamilyen mértékben azzal az állítással, hogy a döntést teljes mértékben az orvosra bízta, hiszen ő ért hozzá. Ez azt jelenti – és újra igazolja korábbi eredményeinket –, hogy gyakorlatilag az orvos az (lévén szakmailag kompetens), akire a diagnózis megállapítása utáni tennivaló meghatározásának felelőssége teljes mértékben hárul, és ez a „szereposztás” mindkét félnek megfelel: az orvosnak és a betegnek is meghatározott és elfogadott feladata és szerepe van. Ennek eredményeképp felmerülnek azon kérdések is, amelyekben viszont a betegnek kell a válaszadók szerint felelősséget vállalni: időben felkeresni az orvost, illetve pontosan betartani, amit az elrendel. Fontos megemlíteni, hogy a kérdőíveket kitöltők ugyanezen tényezőket tartották emellett a gyógyítás-gyógyulás folyamatát leginkább veszélyeztető tényezőknek, a szűrővizsgálatok elkerülése mellett.

Mindazonáltal, több módon is feltéve a kérdést, kiderült, hogy a döntéshozatalba való bevonódást a válaszadók nagyobb része fontosnak tartja: 41,1%-uk nagyrészt vagy teljes mértékben, 24,8%-uk inkább egyetértett az erre vonatkozó állítással, szemben azokkal, akik inkább, nagyrészt vagy egyáltalán nem (összesen 28,9%). Megállapítható volt továbbá, hogy az egyes demográfiai változók mentén képzett csoportok nem különböznek egymástól szignifikáns mértékben a bevonódás igénye szerint.

Az eddig ismertetett eredmények azon előzetes feltételezésünket erősítették, hogy a paternalista stílus az uralkodó hazánkban. Mindezek mellett közvetlenül is megkérdeztük a válaszadókat, hogy milyen kommunikációs és döntéshozatali stílust tekintenek a legmegfelelőbbnek. Az érvényes válaszok közel 60 százaléka egy paternalista kommunikáció leírását részesítette előnyben szemben az informatív stílus, illetve a közös döntés leírásaival (16. ábra).

16. ábra Az ideális kommunikációs stílus

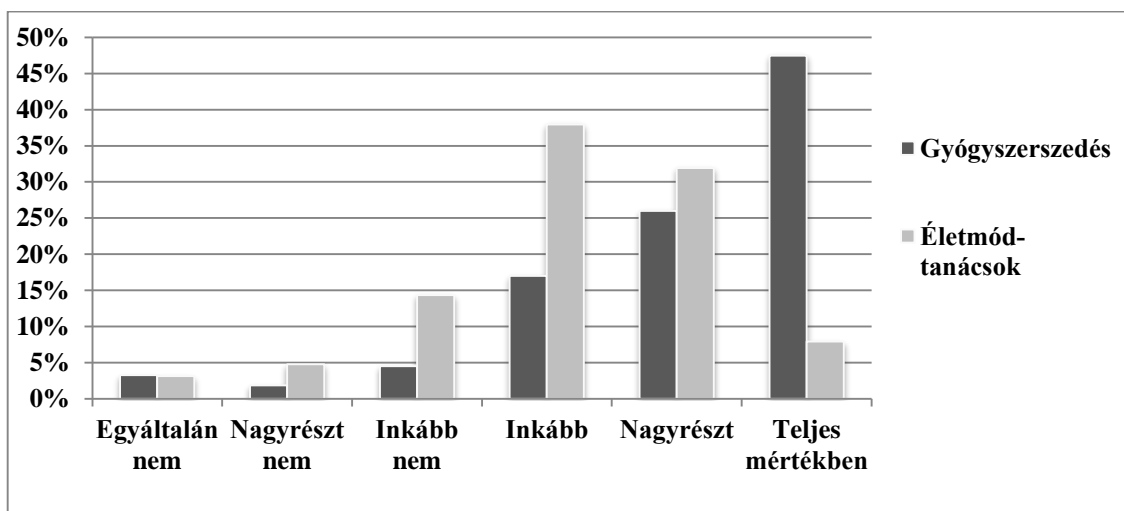


Megjegyzés: Az ábra a „Milyen a jól kommunikáló orvos?” kérdés kapcsán az adott stílus jellemzésének kiválasztóit ábrázolja a válaszadók százalékában; N = 389.

Forrás: Saját szerkesztés

A kérdőívek eredményei relatíve magas, illetve az irodalmi adatoknak megfelelő arányú együttműködési hajlandóságot jeleznek. Ahogyan a 17. ábra is mutatja, a válaszadók túlnyomó többsége inkább, nagyrészt, vagy teljes mértékben követi az orvosa gyógyszeresedésre vonatkozó utasításait. Az életstílus-tanácsok követésében (ahogyan arra az irodalom alapján számíthatunk), ennél alacsonyabb arányok születtek. Figyelemreméltó, hogy a tanácsokat teljes mértékben követők aránya a gyógyszeresedés esetében sem éri el az 50%-ot, életmódtanácsok tekintetében pedig meglehetősen alacsony.

17. ábra Gyógyszeresedésre, illetve életmódra vonatkozó orvosi utasítások követése



Megjegyzés: Az ábra a válaszadók százalékos megoszlását jelöli, N=424

Forrás: Saját szerkesztés

7.4. Orvostanhallgatók a kommunikációról

A feltáró kutatás részeként egy hazai egyetem orvostudományi karának kommunikációs kurzusát teljesített hallgatóitól szerzett információkat elemeztem, speciális módszertan segítségével. Kutatásom e fázisában azt vizsgáltam, hogy a leendő orvosok hogyan látják az orvos-beteg kapcsolat megvalósulását. Ehhez elsőéves orvostanhallgatók által a kommunikációval kapcsolatos kurzuson írt beszámolóit elemeztem, amelyet egy praktizáló orvosánál történt megfigyeléseik alapján írtak. A dolgozat megírása a kurzus teljesítésének feltétele volt, kutatásom egy korábbi évfolyam archivált dolgozatait vonta be anonim módon.

7.4.1. A dolgozatelemzés módszertani háttére

Leendő szakmabeliek véleményének elemzésével találkozhatunk az irodalomban is; Epstein és tsai (1998) kritikus eseményekről írt narratívák elemzésével vizsgálták, hogy az orvostanhallgatók hogyan tanulnak az orvosoktól. Karnieli-Miller és tsai (2010) szintén tartalomelemzést végzett harmadéves orvostanhallgató narratívái alapján, megállapítva, hogy ezen típusú írások gazdag információforrást jelentenek a témát vizsgálók számára.

Az általam elemzett dolgozatoknak egy előre megadott struktúrát kellett követniük, azaz három meghatározott kommunikációhoz kapcsolódó témáról kellett megfigyeléseket tenni (SZTE ÁOK 2011):

- a környezet, mint kommunikációs-információs felület (tájékoztató táblák, váróterem, rendelő berendezése),
- nonverbális kommunikáció (orvos megkülönböztető jegyei, hierarchia megjelenésének nonverbális jelei, nonverbalitás az orvos-beteg kapcsolatban, beteg szorongásjelei és az orvos ezekre adott válasza, segítő személyzet nonverbális jelei),
- verbális kommunikáció (orvos nyelvhasználata, kérdezési stílus, információátadás módja, beteg lehetősége a kérdésre, meggyőző kommunikáció elemeinek előfordulása).

Ezáltal tartalomelemzésre alkalmas, részben strukturált, a hallgató saját szemléletmódját tükröző narratívákat kaptunk. Segítségükkel lehetőség nyílik azon orvosi viselkedés eleminek besorolására az ismert kommunikációs stílusokba, amelyek fontosak a páciens megértése, bizalma, együttműködése szempontjából (kommunikációs és

interperszonális készségek (Hess 1969), vagy kutatási modellem megfogalmazásai alapján: kognitív és érzelmi gondoskodás).

7.4.2. A dolgozatelemzés eredményei

Összességében 20 dolgozat tartalomelemzése történt meg (átlagos hosszuk 2 oldal), valamennyit egy traumatológiai osztályon történt egyórás megfigyelés alapján írták. A dolgozatokat véletlenszerűen választottam ki azok közül, amelyek jeles vagy jó értékelést kaptak (hiszen ezek feleltek meg az elvárt struktúrának és tartalmazták a számomra is fontos témákat). Mind a megfigyelt orvosok, mind a dolgozatot írók anonimitása biztosított.

A környezet, mint kommunikációs-információs felület kapcsán két kiugróan fontos tényező jelenlétét lehet megállapítani a dolgozatok alapján: az eligazodását és a váróteremét. A recepciónál elhelyezett megfelelő információs táblák mintegy higiénés tényezők vannak jelen: meglétük nem növeli a betegek elégedettségét, azonban hiányuk, vagy ha nem nyújtanak világos információt arról, hogy merrefelé kell haladni az intézményben, növelhetik az elégedetlenséget és az idegességet. Hasonlót állapíthatunk meg a várókkal kapcsolatban. A találkozó előtti várakozás, mint más szolgáltatásoknál is, fontos pontja a folyamatnak, hisz már önmagában is befolyásolhatja az ügyfél elvárásait és érzelmi állapotát. Jelen esetben ez különösen fontos volt, hiszen traumatológiákon történetek a megfigyelések, ahol természetesen nem mindig lehetséges előre megbeszélt időpontban megjelenni, így ez a környezet önmagában és a fennálló bizonytalansággal együtt is szorongást kelthet. Néhány általam elemzett dolgozatban (bár ezek e megfigyeléseknek csak igen kis részét tették ki) említették a kényelmetlen körülményeket (pl. nincs elég ülőhely, nincs ruhatár) az emelkedett szorongásszinttel együtt. Ezek mellett általános megállapításokat tettek a tisztasággal és a megnyugtató színek használatával kapcsolatban. A tárgyi környezet, mint a szolgáltatásfolyamat része az egészségügyben is használható (Simon 2010), és akár társadalmi marketing célokra is alkalmas lehet – hiszen, ahogyan a dolgozatok szerzői azt meg is fogalmazták, a kihelyezett tájékoztatók alkalmasak lehetnek a páciensek figyelmének elterelésére várakozás közben, ugyanakkor a szorongás csökkentésére is.

Az orvosi szoba tekintetében a legfontosabb környezeti elemnek a beteg számára előkészített szék tűnik, ahová leülhet – és az orvos ehhez viszonyított helyzete. Néhány megfigyelés az orvos és a beteg közötti nagy távolságra mutatott rá, amelyet nagy társadalmi vagy kapcsolati távolságként is értelmeztek, a hatalomeloszlás

egyenlőtlenségére utalva. Ez szintén egy olyan tényező, amely hozzájárulhat a páciens szorongásához. A bútorzat megfelelő elrendezése (pl. amelyben az orvos mindig figyelni tud a betegre, akkor is ha a segítő személyzettel kommunikál) néhány dolgozat szerzője szerint biztosíthatná a komfort és a támogatás érzetét. Úgy tűnik tehát, hogy az érzelmi gondoskodás már akkor elkezdődik, amikor még senki nem szólalt meg az orvosi szobában. A bizalom építése és az egyenlőség kifejezése (a dominancia helyett), amelyek a szakirodalom szerint fontos tényezői az együttműködésnek, megjelennek az elrendezésben, amelyet, véleményem szerint, akár a kommunikációs készségeknél is könnyebben lehetne fejleszteni.

Az öltözök hiánya szintén gyakran említett hiányosság volt, amelyet komoly problémaként kell kezelni, hiszen tovább növelheti a betegek szorongását. Bár ezen változtatni a pénzügyi nehézségek következtében valószínűleg nehéz, kreatív megoldásokkal (pl. paraván használatával) lehetne csökkenteni a kényelmetlenséget és így hozzájárulni ahhoz, hogy a páciensek magabiztosabban kommunikálhassanak.

Az orvos nonverbális jelei közül az egyik legfontosabbként az öltözékét emelték ki. A „fehér köpeny” említése sok általam elemzett dolgozatban szerepelt, és bár az nem egyértelmű, hogy milyen hatással van a páciensekre, azonban az igen, hogy a dolgozatot író orvostanhallgató számára mit jelent; a hierarchiában való hely és a státusz kifejezését: „az emberek egyből másképp néznek rám, ha a fehér köpenyt viselem”, ahogy egyikőjük megfogalmazta. Ezen gondolatok voltak az elsők, amelyek jelezték, hogy a dolgozatokat író elsőéves hallgatók számára az orvos-beteg kapcsolat alapvetően egyenlőtlen hatalomeloszlású, ahol az orvos van domináns pozícióban. Ezek az állítások azt is jelenthetik, hogy a szolgáltatói attitűd háttérbe szorul már az orvossá válás kezdetén, ez pedig befolyásolja a beteggel való együttműködést és a betegközpontú szemléletmód alkalmazását is ott, ahol ez fontos volna.

Az elemzett dolgozatokban többször felmerülő téma volt a szervezeti hierarchia orvos-asszisztens kommunikációban észrevehető megnyilvánulása.

Az orvosok nonverbális és verbális kommunikációjának jellemzései alapján számos speciális jellegzetesség állapítható meg. Általánosságban véve a dolgozatok alapján meglehetősen kedvező kép festhető ezzel kapcsolatban, ami azért is fontos, mert a traumatológiai osztályokra (és összességében a magyar egészségügyi ellátórendszerre) jellemző az egyes páciensekre fordítható elegendő idő hiánya. Az orvostanhallgatók megfigyelései szerint nem volt jellemző a latin szavak használata, vagy ha ez mégis

előfordult, akkor az orvos elmagyarázta annak jelentését a páciensnek. Szintén gyakran említették a körültekintő magyarázatokat, a szemkontaktust, a páciensek megnyugtatóra való figyelmet és a gondoskodást, mint gyakran előforduló kommunikációs eszközöket. Fontos megemlíteni azt is, hogy ahol ezek a tényezők hiányoztak az orvos-beteg interakcióból, ott a megfigyelést végző megállapította, hogy az kényelmetlenséget okozott a beteg számára, csakúgy mint az, ha az orvos telefonált, miközben egy beteggel foglalkozott. Összességében az mondható el az elemzett dolgozatok alapján, hogy a kognitív gondoskodás jelen van a legtöbb esetben.

A kommunikáció tartalmát illetően egyértelműen a paternalista stílus jegyei fedezhetők fel a dolgozatok alapján. Általában egy kikérdezés – vizsgálat – diagnózis felállítása – tennivalók megfogalmazása lépésekből álló folyamat zajlott le a találkozókon, tehát egyértelműen az orvos volt, aki meghatározta azt, hogy hogyan történik a kommunikáció. Ugyanakkor, ahogyan korábban említettem, a betegcentrikusság jelei is észrevehetőek voltak, hiszen teret engedtek a betegek kérdéseinek, az elmondottakat pedig az igényekhez illetve a megértési képességekhez igazították, és ha szükség volt rá, elismételték az elmondottakat, hogy biztos legyen: a páciens megértette a diagnózist és a terápiát. Ez rendkívül fontos az együttműködés szempontjából. Egy esetleírásban említette a szerző, hogy az orvos kérdőre vonta a beteget, amiért az nem tartotta be pontosan az előírásait – mindezt távolságtartó, rideg stílusban. A megfigyelő ebben az esetben azt a megállapítást tette, hogy az orvos kommunikációs stílusa valószínűleg nem járult hozzá az együttműködés javulásához. Fontos tehát, hogy az általam elemzett dolgozatok szerzői szintén fontosnak tartják a megfelelő magyarázatokat és a lehetőség megadását arra, hogy a páciensek feltehessék a kérdéseiket, mint eszközöket az együttműködés javítására.

Az elemzett dolgozatok alapján a páciensekkel kapcsolatban is megfogalmazhatóak következtetések. Kiderült, hogy az idősebb pácienseket tartják a legeggyüttműködőbbnek, akik számára „amit az orvos mond, az szent”, és akik jobban tisztelik a „fehér köpenyt”, mint más betegek. Azt is megemlítették, hogy a kényelmetlen körülmények, valamint a páciensek sajátosságai is hozzájárulhatnak ahhoz, hogy miért nem tesznek fel kérdéseket.

Összességében az állapítható meg, hogy az általam elemzett dolgozatok szerzőinek többsége az orvos-beteg kapcsolatot a hatalomeloszlás szempontjából egyenlőtlennek tekinti, amelyben az orvosok domináns pozícióban vannak, és feladatuk, hogy

gondoskodó és szakmailag is kiváló ellátást nyújtsanak a betegeknek. Ebben a kapcsolatban a páciensek véleményének vagy igényének a döntéshozatalba való bevonódásra nincs természetesnek vett szerepe. A hazai elsőéves orvostanhallgatók orvos-beteg interakciókról szóló narratíváinak elemzése alapján azt feltételezhetjük, hogy a vizsgált területen egy betegközpontú, de mégis paternalista stílus dominál – ez a megállapítás összhangban van korábbi kutatási eredményeinkkel.

Megállapítható továbbá, hogy látszólag jelentéktelen vagy apró dolgok is befolyásolhatják a páciensek szorongását és együttműködését, így a kapcsolati elemekre való odafigyelés megfelelő eszköz lehet a betegelégedettség és az együttműködés mértékének javítására.

7.5. Előzetes kutatások eredményei - összegzés

Az előzetes kutatások során tehát mindkét oldal (az orvosok és a potenciális páciensek) jellegzetességeiről igyekeztem képet alkotni. Az eredményeket összegezve megállapítható, hogy a kérdőívek eredményei alapján az orvosoknak a betegek által észlelt kompetenciái között a szakmai tudás és tapasztalat súlya fontos. Ezek alapján úgy tűnik, hogy nem csak az orvosok, hanem a páciensek is elfogadják, jónak tartják a paternalista kommunikációt, és többségük az orvosra bízta a döntést, elfogadva a köztük lévő tudásbeli aszimmetriát. Ezen eredmény, bár – a szakirodalom alapján megfogalmazott előzetes várakozásaimhoz képest – meglepőnek tűnhet, ugyanakkor nem feltétlenül egyedi: De Haes (2006) eredményei alapján azt állapította meg, hogy a páciensek 31%-a az orvos központú kommunikációt részesítené előnyben. Ezen arány természetesen még mindig jóval alatta van az általam kapott eredménynek, ugyanakkor igazolhatja, hogy igenis fontos különbséget tenni az egyes betegek preferenciái között. Hasonló Flynn és tsai (2006) eredménye is, mely szerint a páciensek 39%-a tartozik a döntést az orvoshoz delegálni kívánó csoportba.

Az előzetes kutatások részeredményei alapján azt állapítottam meg, hogy fontos lehet ugyan az orvos kommunikációs stílusa, azonban nem feltétlenül a tapasztalt stílus van kapcsolatban azzal, hogy a kommunikáció hogyan hat a kapcsolatra és az együttműködésre, hanem az, ha a stílus megfelel annak, amit a páciensek várnának – így további kutatásomban e kérdésnek kiemelt szerepet szálok. Az előzetes eredmények rámutattak arra is, hogy az orvos kognitív és érzelmi gondoskodását mindkét fél fontosnak tartja, ugyanakkor nem mindig valósul meg. Fontos kérdés, hogy ennek

milyen következményei vannak a szubjektív, és ezeken keresztül az objektív kimenetekre.

8. Elméleti modell, hipotézisek és kérdőíves kutatási módszertan

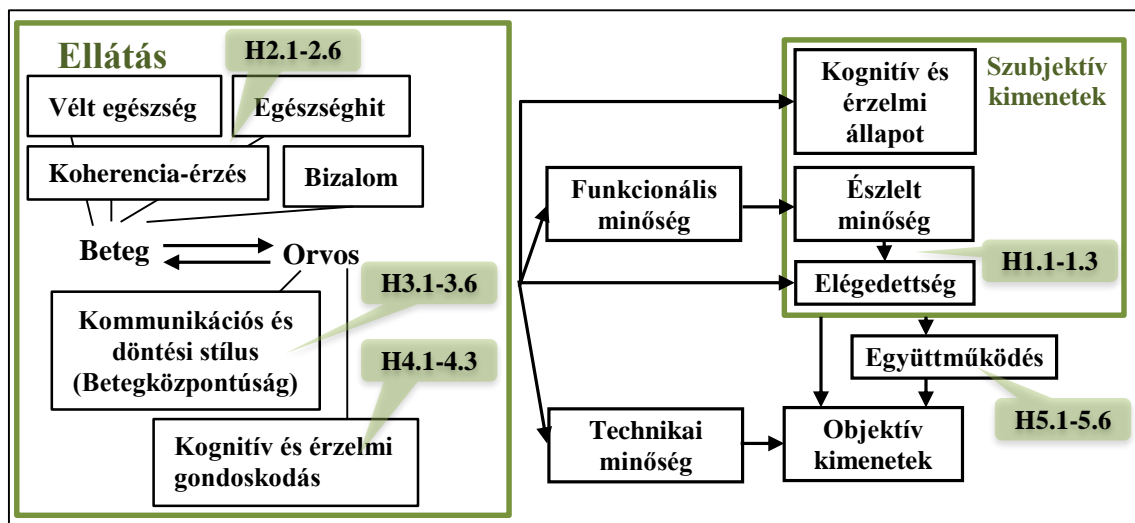
Disszertációmban tehát azon szubjektív és az orvos-beteg interakcióra vonatkozó változók összefüggéseit vizsgálom, amelyek véleményem szerint alakítják a páciensek észlelt minőségét, elégedettségét, érzelmi és kognitív állapotát, ezeken keresztül pedig együttműködését, melynek igen komoly következményei vannak a gyógyítás-gyógyulás folyamatára, így az egyének egészségére és a teljes egészségügyi rendszerre. Az irodalom áttekintése, valamint közben a feltáró jellegű előzetes kutatások alapvető célja egy elméleti modell kialakítása volt, amely alapján kvantitatív, kérdőíves kutatást folytatok.

8.1. Kutatási modell és hipotézisek

Szekunder és korábbi primer eredményeim alapján a javasolt elméleti és kutatási modellem részben a szolgáltatásminőség alakulásának struktúrájába helyezi a részletesen vizsgálni kívánt eseményt: az orvos-beteg konzultációt, és az azt befolyásoló tényezőket. A korábbi fejezeteket összegző részekben mutattam be, hogyan kapcsolódnak egymáshoz a modell egyes elemei, és hogyan alakult ki a teljes modell. A 18. ábra tehát az egészségügyi szolgáltatás általam vizsgált két szereplőjére vetítve ábrázolja teljes elméleti kutatási modellem, valamint az ábrázolt konstruktumokhoz kapcsolódó hipotézis-csoportokat.

A páciens a speciális egészségügyi állapota (problémája) mellett elvárásait hozza a találkozóra – mi az, amit a konzultációtól, az orvostól és az általa/általuk meghozott döntéstől vár. Az orvos a maga szaktudásával fogad minden páciens, emellett a paternalista – informatív – közös döntés hármassal valamelyikével általánosan leírható döntéshozatali és konzultációs stílusa van, mely befolyásolja a konzultáció menetét. Magát a konzultációt, illetve annak lefolyását nemcsak az elvárások, hanem számos más tényező is befolyásolja. (Természetesen problémától függően az elvárások és a konzultáció megtörténtének lépései többször ismétlődhetnek az ellátás folyamata alatt.)

18. ábra Az orvos-beteg interakció tényezőinek és kimeneteinek elméleti modellje



Megjegyzés: zöld kerettel jelölöm egyes elemek csoportosításait, zöld szövegbuborékkal az egyes konstruktumokhoz kapcsolódó hipotézis-csoportokat.

Forrás: saját szerkesztés

Ahogy a minőségről szóló fejezetben szóltam róla, a szolgáltatás sajátjaiból adódóan a két fél nem azonos módon határozza meg az ellátás minőségét. Az orvos képes megítélni a technikai minőséget, azaz szakmai szempontból értékelni a folyamatot (megtörténtek-e a megfelelő vizsgálatok, sikerült-e találni megfelelő gyógyszert, gyógymódot), míg a páciens az információs aszimmetria miatt a legtöbb esetben a funkcionális minőséget tudja megítélni – azaz, hogy hogyan, milyen kontextusban történt a gyógyítási folyamat. A funkcionális minőségkép kialakulásában igen nagy szerepe van a konzultáció milyenségének. Az észlelt (funkcionális) minőség mellett a beteg érzelmi és kognitív állapotát, valamint az elégedettséget szubjektív kimenetként határoztam meg. A technikai minőség pedig az objektív kimenetekért, azaz az állapot változásáért felel. Természetesen az objektív és a szubjektív kimenetek nem függetlenek egymástól – az orvos-beteg kapcsolatáról és kommunikációról szóló kutatások és tanulmányok sokasága éppen arra igyekszik felhívni a figyelmet, hogy az objektív kimenetek nemcsak a technikai minőségtől függnék, hanem sokszor igen nagy mértékben a funkcionális minőségen és szubjektív kimeneteken keresztül a konzultáció milyenségétől is. A konzultáció folyamatához köthető tényezők a beteg vagy az orvos személyén keresztül befolyásolják a kommunikáció milyenségét. A két fél között információs aszimmetria van (tulajdonképpen ez az oka a technikai és funkcionális minőség szétválásának: a beteg nem tudja megítélni az orvos és az általa alkalmazott eszközök, módszerek valós szakmai minőségét). Azt, hogy a beteg hogyan kommunikál

az orvossal, befolyásolja a bizalom – amelyet magát is számos tényező befolyásolhat, a korábbi tapasztalatokon, ismerősöktől hallott történeteken és a médián túl az a tény is, hogy függőségi helyzetről van szó. A beteg az orvostól függ, annak szaktudásától, valamint attól, hogy kizárólag a segítségnyújtás-e a célja – ez pedig már az orvos gyógyítási szemléletével függ össze. A beteg kommunikációjában fontosak még olyan egyéni tényezők, melyek az egészségszemléletével kapcsolatosak. Modellemben az egészséghitet és a koherencia-érzetet hangsúlyozom. Lényeges továbbá az együttműködési hajlandóság, mely igen fontos közvetítő változó a szubjektív és objektív kimenetek között.

Az orvos kommunikációját szintén számos tényező befolyásolja. Azon felül, hogy mennyire magabiztos a saját tudásában és képességeiben, illetve, hogy milyen magával hozott, valamint tanult kommunikációs képességei vannak, rendkívül fontos a gyógyítási szemlélete. Ezen elnevezés alatt az orvos-beteg kapcsolathoz és a döntési módszerekhez való hozzáállását értem, azaz azt, hogy alapvetően betegközpontú, avagy orvosközpontú kommunikációt folytat, hogy mennyire igyekszik megteremteni a lehetőséget arra, hogy a beteg dönthessen a további lépésekről, illetve hogy milyen mértékben nyújt kognitív, illetve érzelmi gondoskodást. Ezek a tényezők természetesen (sok más egyébbel együtt) folyamatosan hatással lehetnek egymásra a beteg és az orvos interakciójában.

A fent bemutatott elméleti modell alapján célom olyan kérdőíves kutatás lefolytatása volt, mellyel megvizsgálhatók a modell részeit képező, lakossági kérdőívben vizsgálható konstruktumok és azok kölcsönhatásai, kifejezetten a hazai helyzetre vonatkoztatva.

Bár a modell úgy vélem, általánosnak tekinthető az egészségügyi ellátásokra, kutatásom lefolytatásához úgy döntöttem, kifejezetten a háziorvosi ellátásra fókuszálok. Döntésem oka, hogy a lehető legáltalánosabb képet szerettem volna kapni az egészségügy fogyasztóinak véleményéről, melyhez úgy gondolom, nem adott betegségben érintettek csoportját érdemes megkérdezni: alapsokaságnak a felnőtt magyar lakosságot tekintettem, hisz az egészségügyi ellátásnak mindenki potenciális fogyasztója, és valamilyen tapasztalata vélhetően mindenkinek van ezzel kapcsolatban. Mindazonáltal meg kellett ragadni egy területet, hiszen a megkérdezés során feltett kérdéseket az ellátással kapcsolatos véleményekről kötni kell egy adott ellátóhoz. Ez a terület a háziorvosi ellátás volt, hiszen háziorvosa minden válaszadónak kell, hogy legyen.

További szempont volt e döntés mellett, hogy a háziorvosi ellátás rendkívül fontos prevenció, valamint egyfajta „kapuőri” szereppel is rendelkezik, és olyan ellátási forma, mely hosszú távú, folyamatos, személyes kapcsolatra épül (Karner 2011). Alapellátásnak minősül, mely az 1997. évi egészségügyi törvény²⁵ szerint nem csak az egyén gyógykezelésével, hanem egészségi állapotának figyelemmel kísérésével, valamint egészségügyi felvilágosításával és nevelésével is foglalkozik. Egy ilyen hosszú távú kapcsolatban pedig úgy vélem, nem csak a szubjektív kimenetek szempontjából fontos a kielégítő orvos-beteg kapcsolat, de a rendszer „helyes” használata érdekében is, hiszen a háziorvos felelős a szakorvoshoz, magasabb szintű ellátáshoz való irányításért is.

Az előzőekben bemutatott kutatási modellem célja az is, hogy szemléltesse legfontosabb hipotéziseim. A továbbiakban térek ki módszertani jellegű hipotéziseimre, valamint azon tartalmi hipotézisek ismertetésére, amelyeket a kutatási modell is megragad.

Ahogy arra bevezetőmben és az szekunder kutatást bemutató fejezetekben utaltam, kérdőíves kutatásomban felhasználok az irodalomban használatos eszközöket, illetve azok általam a háziorvosi ellátásra történő adaptált változatát. Mivel mind az egészséghit modell, mind a SERVQUAL modell kapcsán elmondható, hogy bár támaszkodok az azokat felhasználó kutatásokban publikált eszközökre, mindkettő mérésére saját skálát alakítottam ki, ezért fontos kérdés, hogy az egészséget és egészségügyet vizsgáló kutatásokban ezek alkalmazhatók, értelmezhetők-e. Módszertani hipotéziseim e kérdésekre vonatkoznak.

Tartalmi jellegű hipotéziseim középpontjában pedig tehát az orvosi konzultáció lefolyásában és eredményében szerepet játszó tényezők közötti összefüggések állnak. E hipotéziseim alátámasztását vagy elvetését elsősorban a háziorvosi ellátás tekintetében fogom vizsgálni.

Hipotéziseimet alapvetően olyan sorrendben fogom bemutatni, ahogyan a hozzájuk kapcsolódó elméleti háttér és vele párhuzamosan kutatási modellem elemei megjelentek.

Disszertációm 3. fejezetében megállapítottam, hogy értelmezhető az egészségügyi ellátás funkcionális minősége, mely arra utal, hogy a páciensek hogyan észlelik az

²⁵ http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV

ellátás nyújtásának folyamatát. Ennek mérésére a háziiorvosi ellátásra adaptált SERVQUAL skálát alakítottam ki, első hipotéziscsoportom erre vonatkozik.

H1.1. Validálható és értelmezhető a SERVQUAL modell háziiorvosi ellátásra vonatkozó, magyar nyelvű változata.

H1.2. A válaszadók által tapasztalt háziiorvosi ellátás (SERVQUAL modell észlelési skálája) elmarad az ideális ellátástól (SERVQUAL modell elvárási skálája); a kettő különbségeként számított gap-értékek negatívak.

H1.3. Magasabb észlelt minőség az ellátással történő magasabb elégedettséggel jár együtt.

Az észlelt minőség és az ellátáshoz kapcsolódó további változók (kommunikációs stílus, kognitív és érzelmi gondoskodás) közötti kapcsolatra vonatkozó hipotéziseimet az utóbbi változók bevezetése után fogom bemutatni.

Az egyéni háttértényezők (4. fejezet) szerepével kapcsolatos hipotéziseim második csoportja. Feltételezem, hogy az olyan egyéni tényezők, mint a vélt egészség, a koherencia-érzet, illetve az egészséghit olyan tulajdonságok, melyek mentén páciens-szegmensek különíthetők el, és e szegmensek tagjainak eltérő preferenciái és szemlélete van az orvos-beteg kapcsolattal és a háziiorvosi kommunikációval kapcsolatban, illetve önmagában e tulajdonságok is összefüggésben vannak az orvosba vetett bizalommal, az együttműködéssel és az együttműködés fontosnak tartott tényezőivel.

H2.1. A vélt egészség és a koherencia-érzet között összefüggés van: magasabb vélt egészség magasabb koherencia-érzettel jár együtt.

H2.2. Validálható és értelmezhető az egészséghit modell magyar nyelvű, általános tartalmú változata.

H2.3. A koherencia-érzet és az egészséghit dimenzióinak alapján egymástól eltérő páciens-szegmensek különíthetők el.

H2.4. Kapcsolat van az így kialakított klaszterekben való tagság és a háziiorvosi ellátással kapcsolatos elvárások (ideális orvos stílusa, ideális beteg stílusa) között.

H2.5. Kapcsolat van az így kialakított klaszterekben való tagság és az orvosba vetett bizalom között.

H2.6. Kapcsolat van az így kialakított klaszterekben való tagság és az együttműködésben fontosnak tartott tényezők között.

Az egyéni sajátosságok mellett a dominánsan az orvos által befolyásolt, orvos-beteg kapcsolatra és a kommunikáció lefolyására vonatkozó tényezők szerepét is fontosnak tartom a szubjektív kimenetek alakulásában (5.1, 5.2, 5.3. alfejezetek). Hipotéziseim harmadik csoportja ennek megfelelően az orvosi kommunikációs és döntéshozatali stílusok (paternalista és informatív stílus, valamint közös döntés) eloszlására, megjelenésére, valamint szubjektív kimenetekkel kapcsolatos összefüggéseikre vonatkozik.

H3.1. Az észlelt stílusok közül a paternalista stílus a domináns.

H3.2. Eltérés van az általánosan ideálisnak tartott és az általában észlelt orvosi stílus között.

H3.3. Az észlelt orvosi stílus és az észlelt minőség között kapcsolat van.

H3.4. Az észlelt orvosi stílus és az elégedettség között kapcsolat van.

H3.5. Az, hogy az orvosi stílus megfelel-e a kommunikációval kapcsolatos elvárásnak, kapcsolatban áll az észlelt minőséggel.

H3.6. Az, hogy az orvosi stílus megfelel-e a kommunikációval kapcsolatos elvárásnak, kapcsolatban áll az elégedettséggel.

Hipotéziseim negyedik csoportja az orvos kognitív és érzelmi gondoskodására és e viselkedés szubjektív kimenetekre gyakorolt hatására vonatkozik (5.4. fejezet).

H4.1. Paternalista stílusnál alacsonyabb a kognitív és érzelmi gondoskodás.

H4.2. A kognitív és érzelmi gondoskodás mértéke kapcsolatban van az észlelt minőséggel.

H4.3. A kognitív és érzelmi gondoskodás mértéke kapcsolatban van az elégedettséggel.

A beteg-együttműködést a gyógyszeresedés, az életmódtanácsok, a további vizsgálatok, valamint a komolyabb beavatkozások tekintetében olyan köztes kimenetnek tekintetem, amely egyértelműen befolyásolja az objektív kimeneteket, a gyógyítás-gyógyulás sikerességét, ezáltal számszerűsíthető hatása van az egészségügyi rendszerre és annak finanszírozására (6. fejezet). Hipotéziseim utolsó, ötödik csoportja ezért azt vizsgálja, hogy az eddig említett változók, valamint szubjektív kimenetek milyen kapcsolatban

állnak az együttműködéssel. Együttműködés alatt az orvosi előírásokkal történő teljes mértékű együttműködést értem.

H5.1. A koherencia-érzet és az egészséghit dimenzióinak alapján kialakított páciens-szegmensek eltérő mértékben együttműködnek.

H5.2. Az észlelt orvosi stílus és az együttműködés mértéke között kapcsolat van.

H5.3. Az, hogy az orvosi stílus megfelel-e a kommunikációval kapcsolatos elvárásnak, kapcsolatban áll az együttműködés mértékével.

H5.4. Az észlelt minőség kapcsolatban áll az együttműködéssel.

H5.5. Az elégedettség kapcsolatban áll az együttműködéssel.

H5.6. A kognitív és érzelmi gondoskodás mértéke kapcsolatban van az együttműködés mértékével.

A későbbiek során eredményeimet is e sorrendnek megfelelően fogom bemutatni.

8.2. Kvantitatív kutatási módszertan

Az előző fejezetben ismertetett hipotézisek vizsgálatára tehát egy kérdőívet állítottam össze, melynek kérdései kutatási modellem változóinak operacionalizálásaként alakultak ki (a kérdőív a 4. mellékletben található).

Mivel maga a modell igen komplex, ennek megfelelően a kérdőív is igen hosszú lett, hiszen több témakört fel kellett ölelnie. A kérdések kialakításánál figyelembe vettem az adott témakör szakirodalmában fellelhető módszertani szempontokat (melyeket korábban az adott fejezethez kapcsolódóan ismertettem is), valamint saját előzetes kutatásom eredményeit. Ezen alfejezetben ismertetem, hogy az egyes modellrészek kapcsán pontosan hogyan alakult ki a kérdőív.

8.2.1. Észlelt minőség mérésének módszertana

Kérdőíves kutatásom egyik részét képezte a háziorvosi ellátásra adaptált SERVQUAL skála, mely a válaszadók háziorvosukkal kapcsolatos elvárásait és észleléseit mérte.

Bár a kérdőíveket nem egy adott egészségügyi szolgáltatóval való találkozás után töltötték ki a résztvevők, úgy véltem, a háziorvosi ellátás értékelésére többségük képes lesz, hiszen háziorvosa, akit kisebb-nagyobb gyakorisággal meglátogat, mindenkinek van. A kérdőív így alkalmas lehet az észlelt minőség, mint nem specifikus tranzakcióhoz kapcsolódó, általános megítélés mérésére. Tudomásom szerint hazánkban

hasznos kutatás nem született, a SERVQUAL egészségügyi szolgáltatásra való adaptálása még nem történt meg magyar nyelven. Bár az irodalomban igen támogatott a SERVPERF modell is, feltáró jellegű kutatásom miatt a SERVQUAL megközelítést, azaz az egyes dimenziók fontosságának mérését is annak nagyobb információtartalma miatt választottam – figyelembe véve, hogy a kitöltőktől ez többlet idő- és energia ráfordítást igényel.

A SERVQUAL adaptálásánál alapul vettem az eredeti, 22 állításból álló sort (Parasuraman és tsai 1988; magyar nyelven Veres 2009), valamint a 3.2.2. fejezetben ismertetett kutatások publikált eszközeit, különösen Babakus és Mangold (1992) és Miranda és tasi (2009) skáláit. Az utóbbiként említett kutatáshoz hasonlóan fontosnak tartottam, hogy ne csak a háziorvosra, de a segítő személyzetre vonatkozó külön állítások is szerepeljenek a kérdőívemben, hiszen úgy vélem, ennél az ellátási típusnál sok esetben fontos lehet a háziorvos asszisztensével történő interakció is²⁶. A dupla állítások kialakításánál az alábbi szempontokat vettem figyelembe:

- melyek azok az állítások, amelyek az eredeti eszközben szerepeltek, és adaptálhatók saját kutatásom témájához;
- melyek azok az állítások, amelyek ez eredeti vagy gyakran használt SERVQUAL-okban esetleg nem, de több egészségügyi témájú SERVQUAL-os kutatásban is szerepeltek;
- valamennyi elméleti dimenzió (tárgyi tényezők, megbízhatóság, reagálási készség, biztonságérzet, empátia) legalább négy állítás segítségével operacionalizálva legyen;
- azon jellemzőknél, melyek értékelésénél eltérő véleménye lehet a válaszadónak az orvosról és az asszisztenséről (pl. segítőkészség), külön állításokat fogalmazzak meg.

Ennek eredményeképp 29 állításból álló skála született, amelynek tartalmát a 8. táblázat mutatja be. Az állítások értékelésére 7-fokú Likert-skálát alkalmaztam, melyben a válaszadás megkönnyítése és a szélső válaszok szükségtelen gyakoriságának csökkentése érdekében valamennyi fokozat rendelkezett elnevezéssel. A végső skála és a skálák sorrendje két kollégával való egyeztetés, valamint 10 fős próbakitöltés és az azokból érkező visszajelzések után alakult ki. A két skála sorrendjében figyelembe

²⁶ Hiszen pl. rendszeres gyógyszer felírásnál, vagy injekció beadásánál a páciens gyakran nem is találkozik magával a háziorvossal, csak az asszisztenssel.

vettem Caruana és tsai (2000) valamint Hetesi (2006) megállapítását is, melyek szerint az elvárási skála elsősége befolyásolhatja az észlelési skálára adott válaszokat, így a kérdőívben először az észlelési skála szerepelt (melyet értelemszerűen csak azok a válaszadók töltöttek ki, akik szoktak járni háziorvoshoz), majd egyéb témájú kérdések után az elvárási skála.

8. táblázat A saját kutatásban használt SERVQUAL skálák tartalma

Elméleti dimenzió	Tartalom
Tárgyi tényezők	modern felszerelés
	tiszta felszerelés
	rendezett orvos
	rendezett személyzet
	rendelő elrendezése
Megbízhatóság	a rendelő könnyű elérhetősége
	ígéret betartása a határidőkről
	ellátással felmerülő probléma esetén megfelelő reagálás
	előre megbeszélte időpont esetén nem kell várakozni
	elfogadható várakozási idő
Reagálási készség	segítőkész orvos
	segítőkész személyzet
	figyelmes orvos
	orvos problémamegoldása
	lehet kérdéseket feltenni
Biztonságérzet	bizalomkeltő orvos
	bizalomkeltő személyzet
	kedves és udvarias orvos
	kedves és udvarias személyzet
	professzionális orvos
	professzionális személyzet
Empátia	megkülönböztetett figyelem
	egyenre szabott bánásmód
	megfelelő rendelési idő
	orvos által páciensre fordított idő
	megfelelő alaposságú vizsgálat
	tájékoztatás a kezelés céljáról
	tájékoztatás a kezelés természetéről
	páciens érdekei

Forrás: Saját szerkesztés

A SERVQUAL állítások mellett a korábbi kutatások tanulságai alapján egy változóval az átfogó elégedettséget is mértem (az észlelési skála után közvetlenül).

8.2.2. Észlelt egészség mérésének módszertana

Ahogy Benyamini (2008) fogalmaz: az észlelt egészségre vonatkozó egyszerű kérdés számos egészséggel kapcsolatos felmérés nyitó kérdése, hiszen udvarias és egyszerű formája a válaszadó témába való bevezetésének. Kérdőívemben hasonló megfontolásból szintén a bevezető kérdések között szerepelt. A válaszadókat arra kértem, hogy ötfokú (nagyon jó – jó – kielégítő – rossz – nagyon rossz) skálán értékeljék, milyennek ítélik saját egészségi állapotukat. Bár Balajti és tsai (2007) koherencia-érzést is vizsgáló kutatásukban az észlelt egészséget hatfokú skálán mérték, az OLEF kutatásokban, valamint nemzetközi kutatásokban (Idler és Benyamini 2007) alkalmazott ötfokú skála miatt döntöttem magam is emellett.

8.2.3. Koherencia-érzés mérésének módszertana

Kutatásom során, ahogyan korábban leírtam, a Balajti és tsai (2007) publikált állítássort alkalmaztam, közülük három állítás megfogalmazásán változtattam a kérdőív tesztkitöltőinek visszajelzése alapján.

Az általam is alkalmazott SOC-13 kérdőív tehát 13 állítást tartalmaz (köztük 5 fordított állítást), melyekkel az egyetértés 7-fokú Likert-skálán mérhető. Ennek megfelelően a kitöltők által elérhető legalacsonyabb pontszám 13, míg a legmagasabb 91.

8.2.4. Egészséghit modell mérésének módszertana

A kutatás e részének egyik alapvető célja az volt, hogy magyar nyelven validálja egy, az egészséghit modell dimenzióit mérő skálát annak olyan általános formájában, mely nem specifikus betegséggel vagy állapottal kapcsolatos magatartást vizsgál, hanem egyfajta egészségtudatosságot és az egészségügyben való részvételt. Tudomásom szerint hasonló kutatásról magyar nyelven egyedül Simon (2010) ír, melyben e modell tényezőit is alkotó, az egészségüggyel kapcsolatos attitűdöket vizsgál (a HBM dimenziókhoz való kapcsolódásról, a skálákról és azok validitásáról azonban nem találtam információkat). Hazánkban emellett a HBM-et elsősorban drogrevenziós kutatásokban alkalmazták (Márványkövi és tsai 2008). Külföldi kutatásokban Weissfeld és tsai (1987) korábban említett, a megbízhatóságot vizsgáló tanulmányukban használtak részben általános HBM skálákat.

A kialakított egészséghit mérőeszköz ennek megfelelően a HBM eredeti dimenzióira (észlelt fenyegetettség, észlelt súlyosság, észlelt előnyök, észlelt korlátok) összpontosít, valamennyihez kapcsolódóan több tételes skálát alakítottam ki. Ezek mellett helyet

kaptak olyan állítások is, melyek az én-hatékonysággal összefüggőek, és azt vizsgálják, az egyén mennyire foglalkozik tudatosan, hosszú távon egészsége megőrzésével. A fent leírtak alapján összesen 19, ötfokú Likert-skálán értékelhető állítást fogalmaztam meg.

Az állítások a fenti dimenziókat általános (azaz nem specifikus betegséghez kapcsolódó) szemléletben ragadják meg.

Kérdőívem egészséghit modellel kapcsolatos részének kialakításakor támaszkodtam Weissfeld és tsai (1987) munkájára, hiszen az ő tanulmányuk az egyetlen általam ismert részben általános megközelítése a témakörnek, kiegészítve specifikus témájú, ugyanakkor aktuálisabb kutatások módszertanának felhasználható elemeivel (Buglar és tsai 2010, Gutierrez és Long 2011, Nejad és tsai 2005) valamint a Simon (2010) könyvében található, egészséggel kapcsolatos véleményekről szóló kutatás kapcsolódó pontjaival, figyelembe véve a szerzőnek a 4.3.1. alfejezetben összegzett ajánlásait is. Az említett kutatásokból összegyűjtött állításokat átfogalmaztam, illetve saját állításokkal kiegészítettem. Az elkészült skálák így nem hasonlíthatók össze közvetlenül más kutatás eredményeivel, mely a kutatásom korlátját jelenti, ugyanakkor e formájában felel meg kutatásom céljainak, és a faktorelemzés során kialakítandó dimenziók, valamint azok kapcsolata magatartásváltozókkal kapcsolható más kutatási eredményekhez.

8.2.5. Kommunikációs és döntéshozatali stílusok mérésének módszertana

A válaszadók szerinti ideális és a háziorvos kapcsán észlelt döntéshozatali (és implicit módon a hozzájuk kapcsolódó kommunikációs) stílusok mérésére egyszerű választásos kérdéseket alkalmaztam. Ahogyan a SERVQUAL skálánál, először az észlelt stílust, a kérdőív későbbi részében pedig az ideálisnak tartott stílust kellett értékelni, kiegészítve az ideálisnak tartott beteg-stílussal is.

Mindhárom kérdésnél a paternalista, a közös döntés, valamint az informatív döntés közül kellett választani. E szavakat szándékosan nem használtam azonban, helyettük mindhárom stílusnak egy-egy rövid és könnyen érthető jellemzését fogalmaztam meg, és a válaszadóknak a leginkább jellemzőt (illetve ideálisnak tartottat) kellett megjelölniük.

8.2.6. Kognitív és érzelmi gondoskodás mérésének módszertana

Az 5.4. alfejezetben ismertettem a kognitív és érzelmi állapot mérésére használt ún. MISS skálát, és megállapítottam, hogy annak alkalmasságát egy általam talált

tanulmány sem tudta egyértelműen alátámasztani. Emiatt, valamint mivel a MISS skála olyan állításokat is tartalmaz, melyek saját kérdőívemben egyéb blokkoknál már előfordulnak, annak elsősorban elméleti megfontolásait vettem figyelembe, és a konkrét állítások megfogalmazásánál elsősorban saját korábbi kutatásaim és kutatási kérdéseim szempontjait vettem figyelembe. 15 állításból álló skálát alakítottam így ki, melyben a háziorvos kognitív (8 állítás) és érzelmi (7 állítás) gondoskodására vonatkozó állításokat fogalmaztam meg, melyek a skálában véletlenszerű sorrendben, összekeverve kaptak helyet, és a válaszadóknak ötfokú Likert skálán kellett azokat értékelni.

8.2.7. Együttműködés mérésének módszertana

Az együttműködés mérése, ahogyan azt a 6. fejezetben ismertettem, igen problematikus. Saját kutatásom során természetesen nem volt lehetőségem olyan módszerek alkalmazására, mint pl. gyógyszer számlálások vagy markerek vizsgálata, így a válaszadók önbevallására támaszkodhattam. Négy területen: gyógyszer szedése, életmódtanácsok, további vizsgálatok elvégzése, valamint komolyabb beavatkozások elvégzése kapcsán kellett ötfokú Likert-skálán (az „egyáltalán nem”-től a „teljes mértékben”-ig) értékelni, mennyire követik a háziorvos ezekre vonatkozó tanácsait. E kérdés kapcsán fontosnak tartom leszögezni, hogy együttműködésnek csak a „teljes mértékben” választ tekintem, hiszen az ellátó javaslataitól történő akár kismértékű eltérés is jelentősen csökkentheti egy terápia hatékonyságát²⁷.

A fenti témakörök mellett a kérdőívben orvoshoz járási szokásokra, valamint demográfiai változókra vonatkozó kérdések szerepeltek.

Az elkészült kérdőív első változatát a Szegedi Tudományegyetem 10 hallgatója és 4 oktatója töltötte ki. A tesztkitöltés tapasztalatait és a próbakitöltők visszajelzéseit figyelembe véve készült el a végleges, online módon kitölthető kérdőív²⁸.

8.3. Kvantitatív mintaválasztás

Az adatfelvétel tehát CAWI módszerrel készült. Kutatásomban alapsokaságként a felnőtt (18 éven felüli) lakosságot választottam, akikhez hólabda módszerrel jutott el a kérdőív, melyet online módon lehetett kitölteni. Az, hogy csak online módon terjesztettem a kérdőívet, megfelelőnek tekinthető azon adat tükrében, mely szerint még

²⁷ E tényre mindennapi és igen gyakori példa az antibiotikumok szedése, melynél a rezisztencia kialakulásának megakadályozása érdekében rendkívül fontos a csak lényeges esetben, akkor viszont pontos dózisokban történő alkalmazás (<http://mta.hu/sajtozemle/antibiotikum-aranyszabalyok-kutato-szemmel-126013/>).

²⁸ Ehhez a Surveygizmo nevű programot használtam.

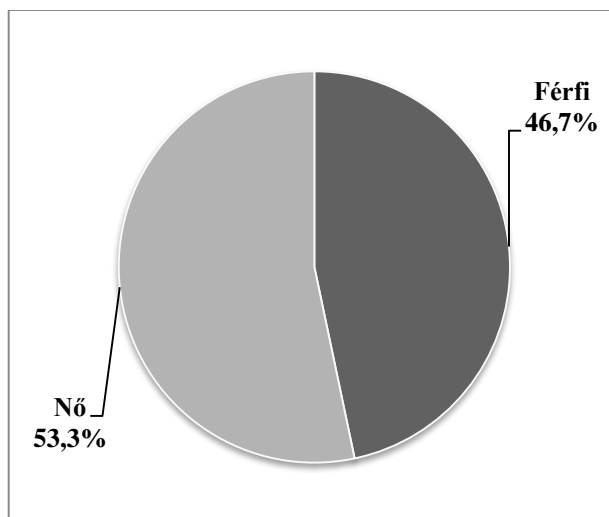
az idősebb korosztály (65-74 év közöttiek) több, mint 95%-a is legalább heti gyakorisággal használja az internetet (több, mint 70%-uk naponta), a fiatalabb korosztályoknál ezen arányok pedig még magasabbak (KSH 2012a) – ezzel tehát nem zártam ki jelentős rétegeket a válaszadásból. A kérdőívek kitöltésében egyetemi hallgatók is a segítségemre voltak, akiknek egyenletes életkori eloszlásra vonatkozó kvótát kellett figyelembe venni a kérdőívek továbbításánál.

Bár a hólabda mintavétel nem tekinthető véletlenszerűnek, így a reprezentativitás követelményeinek sem tudtam megfelelni, a nagyobb számú eléréshez azonban megfelelőnek tartottam az általam, valamint hallgatói segítséggel terjesztett online kérdőívet.

A mintát a statisztikai elemzés során súlyozással illesztettem az alapsokaság korra és nemre vonatkozó jellemzőihez²⁹, melynek során az egyes korcsoportokhoz tartozó nemi arányokat vettem figyelembe, így ezen ismérvek mentén országosan reprezentatívnak tekinthető adatbázist kaptam.

A kérdőívet összesen 648 fő töltötte ki legalább részben, közülük 450 fő teljes egészében. Az adatok tisztítása után 448 válaszadó maradt a mintában. A minta súlyozás utáni megoszlását nemek szerint a 19. ábra, míg korcsoportok szerint a 20. ábra mutatja be.

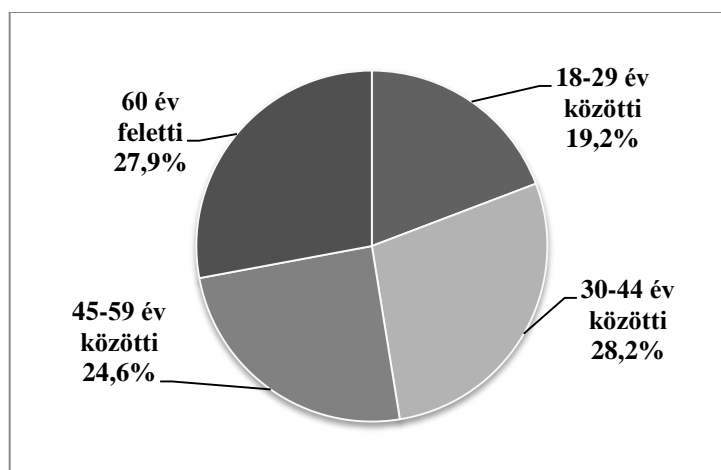
19. ábra A minta nemek szerinti eloszlása



Forrás: Saját szerkesztés

²⁹ Az alapsokaság adatait a KSH interaktív korfájának alapján határoztam meg 2011-e adatokra vonatkoztatva. (http://www.ksh.hu/interaktiv_korfa) A súlyszámokat az 5. melléklet tartalmazza.

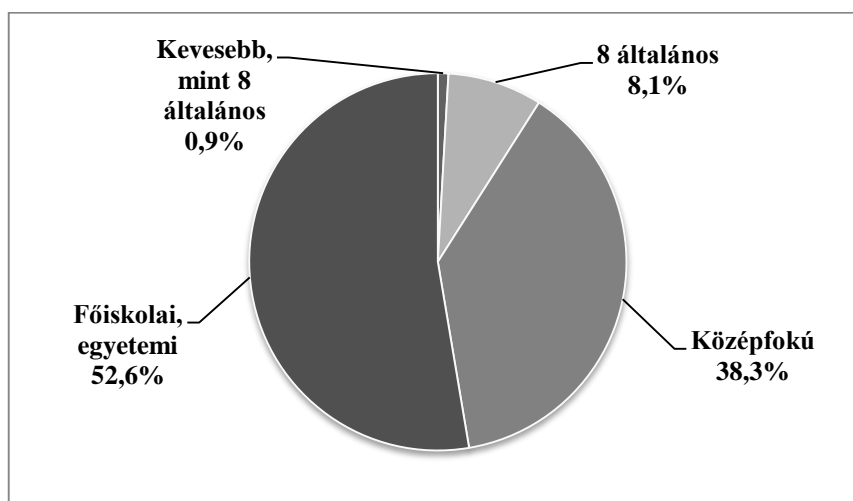
20. ábra A minta korcsoportok szerinti eloszlása



Forrás: Saját szerkesztés

A minta nem tekinthető reprezentatívnak iskolázottság és lakóhely szempontjából. A főiskolai és egyetemi végzettséggel rendelkezők a teljes lakossághoz képest felülreprezentáltak (21. ábra), ugyanakkor fontosnak tartom megjegyezni, hogy elkerültem a hasonló, hólabdás mintavételű, egyetemről kiinduló kutatások gyakori jellegzetességét, a többségében hallgatókból álló mintát: válaszadóim 15,4%-a tanuló, 57,6%-uk aktív dolgozó, nyugdíjasok pedig a tanulókkal szinte megegyező arányban töltötték ki a kérdőívet, arányuk 15%. A fennmaradó válaszadók munkanélküliek (4,7%), GYES-en, GYED-en levők (4%), háztartásbeliek vagy egyéb státuszúak (3,3%).

21. ábra A minta iskolai végzettség szerinti eloszlása



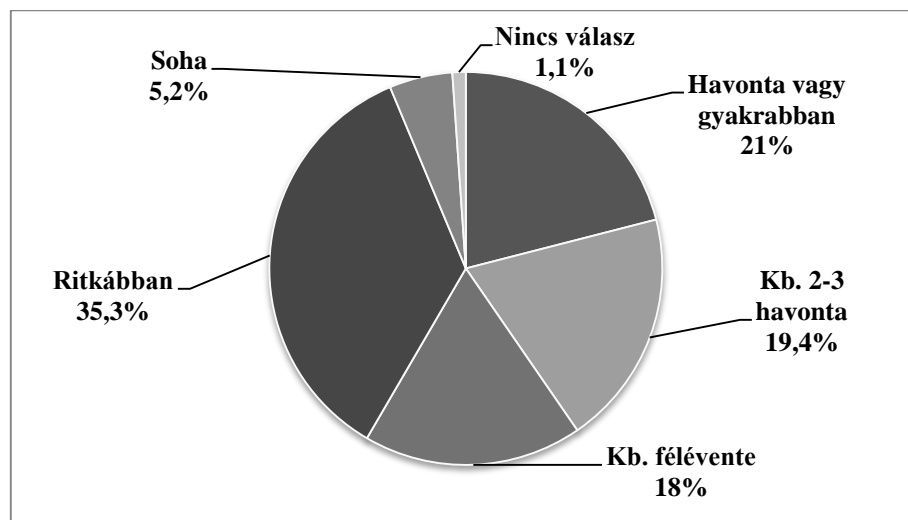
Forrás: Saját szerkesztés

Az alapsokasághoz képest mintámban felülreprezentáltak a városban lakók (a válaszadók 81%-a megyeszékhelyen vagy egyéb városban él, szemben a teljes lakosság

52,1%-ával), míg alulreprezentáltak a fővárosiak (7,9%, mely a teljes lakosságra jellemző arány mintegy fele), valamint a községben, faluban élők (10,4%, a teljes lakosságra jellemző arány mintegy harmada) (KSH 2012b).

Mivel a kérdőív számos kérdése a háziiorvosi ellátásra, illetve magára a háziorvosra vonatkozott, fontos, hogy a válaszadók milyen gyakorisággal találkoznak vele. A 22. ábrán láthatók az erre vonatkozó eloszlások; a válaszadók közel 60%-a legalább fél évente találkozik háziorvosával. Azok, akik saját bevallásuk szerint soha nem járnak háziorvosukhoz, vagy nem válaszolták meg ezt a kérdést, a háziorvosi ellátás értékelésére vonatkozó kérdéseket nem válaszolták meg (az online kitöltés során azok meg sem jelentek számukra), így az erre vonatkozó elemzésekben természetesen nem vesznek részt.

22. ábra A minta eloszlása háziorvoshoz járás gyakorisága szerint



Forrás: Saját szerkesztés

Krónikus betegsége (olyan betegsége, amely hosszú ideig, akár egy életen át tart) a válaszadók saját bevallása szerint 44,7%-ának, azaz közel felének van, ezek közül leggyakoribb a diabétesz, valamint a magas vérnyomás. Ahogyan várható, e válaszadók körében szignifikánsan magasabb azok aránya, akik legalább 2-3 havonta találkoznak háziorvosukkal, mint azok körében, akiknek nincs krónikus betegsége (6. melléklet).

9. A kérdőíves megkérdezés eredményei

Kérdőíves megkérdezésem eredményeit a 7.2 alfejezetben ismertetett hipotéziscsoportok sorrendjének megfelelően fogom bemutatni. Az elemzést az SPSS statisztikai program 20.0 verziójával végeztem.

9.1. A háziorvosi ellátás észlelt minősége és az elégedettség

A SERVQUAL modell validálását és a dimenzionalitás vizsgálatát faktorelemzéssel végeztem mind az észlelési, mind az elvárás, mind a gap (azaz a kettő közötti különbség, minden válaszadónál, állításonként kiszámítva) skálára vonatkoztatva (hasonló módszert alkalmazott pl. Babakus és Mangold (1992)). Ezután az egyes dimenziókhoz tartozó állítások belső konzisztenciáját is vizsgáltam, melyhez a Cronbach-alfa mutatót használtam.

A faktorelemzés útján (Varimax rotálást alkalmazva) kapott öt komponens (mind az elvárás, mind az észlelés, mind a különbségek skálájánál) megfelel a faktorképzés kritériumainak, az elemzés során valamennyi állítást megtartottam. Az elemzést mind magasabb, mind alacsonyabb komponens-számmal lefuttattam, azonban a most bemutatott eredmény statisztikai értékei és értelmezhetősége bizonyult ideálisnak (7-9. mellékletek).

Az elvárás skála elemzésénél kapott KMO értéke (mely a változók közötti korreláció mutatója és azt jelzi, hogy a változók mennyire alkalmasak faktorelemzésre) 0,938, mely megfelelőnek tekinthető. A kapott öt faktor által magyarázott variancia 73,704%, amely megfelel a varianciahányad-kritériumnak (Sajtos és Mitev 2007).

A kapott komponensek jól értelmezhetők, és bár tartalmilag hasonlítanak az elméleti dimenziókra, azoktól több eltérést is találhatunk. Látható, hogy egyrészt ahogyan az az irodalmi adatok alapján nem meglepő, összeolvadt egymással az empátia, a reagálási készség és a biztonságérzet számos állítása, így képezve a legnagyobb komponenst. Az eredetileg az empátia dimenzióba tartozó állítások közül azonban három önálló komponensként jelent meg, melyet egyfajta „személyre szabottság”-ként értelmeztem. A megbízhatóság, valamint a tárgyi környezet dimenziók tartalma lényegileg nem változott (egy-egy állítás helye változott), valamint a biztonságérzet dimenzió nagy része is megmaradt. Valamennyi dimenzió megbízhatósága az alfa mutató alapján megfelelő (9. táblázat).

9. táblázat Az elemzés által felállítható SERVQUAL elvárási skála dimenziók

Dimenzió	Tartalom	Cronbach- alfa
Empátia + Reagálási készség + Biztonságérzet	segítőkész orvos	0,952
	figyelmes orvos	
	orvos problémamegoldás	
	lehet kérdéseket feltenni	
	bizalomkeltő orvos	
	professzionális orvos	
	orvos által páciensre fordított idő	
	megfelelő alaposságú vizsgálat	
	tájékoztatás a kezelés céljáról	
	tájékoztatás a kezelés természetéről	
	páciens érdekei	
	tiszta rendelő	
Tárgyi környezet	modern felszerelés	0,872
	rendezett orvos	
	rendezett személyzet	
	rendelő elrendezése	
	könnyű elérhetőség	
Biztonságérzet	segítőkész személyzet	0,923
	bizalomkeltő személyzet	
	kedves és udvarias orvos	
	kedves és udvarias személyzet	
	professzionális személyzet	
Megbízhatóság	ígéret betartása a határidőkről	0,866
	ellátási probléma esetén megfelelő reagálás	
	előre megbeszélt időpont esetén nem kell várakozni	
	elfogadható várakozási idő	
Személyre szabottság	megkülönböztetett figyelem	0,835
	egyenre szabott bánásmód	
	megfelelő rendelési idő	

Forrás: Saját szerkesztés

Az észlelési, valamint gap skálák faktorelemzésénél (5 komponens esetében) kapott KMO-k értéke és a magyarázott varianciarányad szintén megfelelő, előbbinél 0,938 és 74,761%, utóbbinál 0,933 és 70,867%. A kapott komponensek a két skálánál teljes mértékben megegyeznek, ugyanazon állításokat tartalmazzák és jól értelmezhetők, bár tartalmilag némiképp eltérnek mind az elméleti, mind az elvárási skálánál kapott dimenzióktól (10. táblázat). A legfontosabb különbség, hogy önálló komponensként jelent meg a „segítő személyzet” – tartalmazva valamennyi rájuk vonatkozó állítást (és csak azokat, kivéve a rendezettségükre vonatkozót, mely a tárgyi környezet dimenzióhoz, azaz az „eredeti” helyére került). További különbség, hogy másik, új

komponens is megjelenik, mely egyfajta „időmenedzsment”-ként értelmezhető. Az elvárási skála eredményeihez hasonlóan itt is megjelent egy „személyre szabottság” dimenzió, azonban csak két állítást tartalmazva, valamint a „tárgyi környezet” dimenzió, melybe visszakerült a „rendelő tisztasága” változó, ezen felül teljesen megegyezik azzal. Végül itt is létrejött egy „hibrid” dimenzió, mely magában foglal az eredetileg az empátiához, reagálási készséghez, biztonságérzethez, sőt, egy állítás esetében a megbízhatósághoz tartozó állításokat. Ezt a dimenziót a gondoskodás dimenziójának neveztem el, ugyanis egyértelműen olyan elemek különültek el a dimenzióban, melyek az orvos kognitív és érzelmi gondoskodásával függnek össze.

10. táblázat Az elemzés által felállított észlelési skála és gap dimenziók

Dimenzió	Tartalom	Cronbach-alfa
Gondoskodás (Empátia+ Reagálási készség + Biztonságérzet+ Megbízhatóság)	tájékoztatás a kezelés természetéről	0,963
	tájékoztatás a kezelés céljáról	
	bizalomkeltő orvos	
	ellátási probléma esetén megfelelő reagálás	
	segítőkész orvos	
	figyelmes orvos	
	orvos problémamegoldása	
	lehet kérdéseket feltenni	
	professzionális orvos	
	orvos által páciensre fordított idő	
	megfelelő alaposágú vizsgálat	
	páciens érdekei	
	kedves és udvarias orvos	
Személyzet	kedves és udvarias személyzet	0,925
	bizalomkeltő személyzet	
	professzionális személyzet	
	segítőkész személyzet	
Tárgyi környezet	modern felszerelés	0,790
	tiszta felszerelés	
	rendezett orvos	
	rendezett személyzet	
	rendelő elrendezése	
	könnyű elérhetőség	
Időmenedzsment	előre megbeszélt időpont esetén nem kell várakozni	0,844
	elfogadható várakozási idő	
	ígéret betartása a határidőkről	
	megfelelő rendelési idő	
Személyre szabottság	megkülönböztetett figyelem	0,890
	egyénre szabott bánásmód	

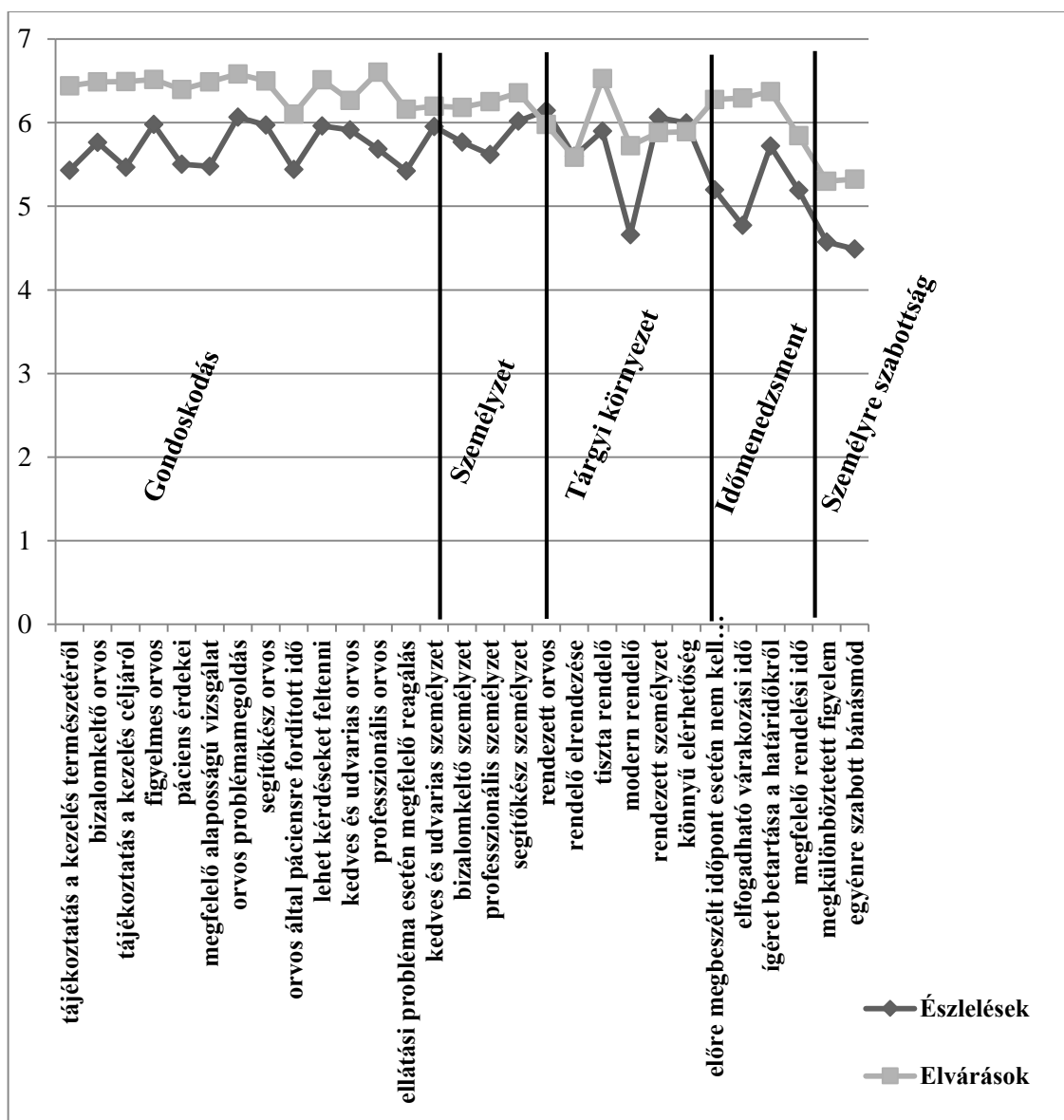
Forrás: Saját szerkesztés

Valamennyi dimenzió megbízhatósága megfelelő, az egyes komponensekből képzett változók közötti korrelációvizsgálat nem mutatott korrelációt, így elmondható, hogy a kapott dimenziók valóban függetlenek egymástól, azaz egymástól eltérő tartalmú konstruktumokat vizsgálnak.

Az eredmények azt mutatják tehát, hogy értelmezhető és adaptálható a SERVQUAL modell a háziorvosi ellátás tekintetében. Az eredmények eltérnek Babakus és Mangold (1992) eredményeitől tekintetben, hogy a használt skálám nem egydimenziós mértéke az észlelt minőségnek; egymástól világosan elkülönülő és értelmezhető komponenseket kaptam. Azon korábbi eredményeknek, melyek az empátia, a reagálási készség és a biztonságérzet egybeolvadását jelezték, azonban megfelel, csakúgy, mint Miranda és tsai (2009) eredményeinek, melyek szerint különállóan értelmezhető a segítő személyzet dimenzió. A segítő személyzetre vonatkozó állítások egyetlen komponensben való megjelenése jelentheti, hogy ahogyan feltételeztem, a háziorvosi ellátás értékelésénél valóban fontos és önálló szerepe van a segítő személyzetnek, megítélésük eltérhet magától az orvosétól. Szintén lényeges az időmenedzsmentre utaló állítások egy dimenzióba való rendeződése, ezen eredmény szerint az ellátási idők, a várakozási és a rendelési idők szintén fontos elemét képezik a páciensek minőségértékelésének, csakúgy, mint a gondoskodás: a nagyszámú, kifejezetten betegközpontú orvosi kommunikációra utaló állítás egy dimenzióba tömörülése fontos jelzése a kognitív és érzelmi gondoskodás szükségességének.

Az észlelt minőség szintjének megállapításához az észlelési és az elvárási skálák egyes állításaira adott válaszok különbségeinek átlaga szükséges, ezeket a 23. ábra szemlélteti. Ahogyan az ábrán is látható, az állítások többségénél (ahogyan az várható volt) az elvárások a maximum pontszám közelében vannak, mely jelezheti a magas elvárási szintet, ugyanakkor a kérdőív kitöltésénél jelentkező plafonhatást is. Látható az is, hogy a tapasztalatok az esetek többségében az elvárások alatt helyezkednek el, a gap negatív, mely összességében nem jó minőséget jelez. Ehhez fontos hozzátenni azonban, hogy az észlelési skála pontszámai is igen magasak, a gap-ek pedig igen alacsonyak, a tárgyi környezet egyes tényezőinél (orvos rendezettsége, rendelő elérhetősége) pedig pozitívak. A gap a tárgyi környezet egyik állítását (elrendezés) leszámítva ugyanakkor valamennyi állítás esetében statisztikailag szignifikáns (Wilcoxon teszt, 10. melléklet).

23. ábra Észlelések és elvárások közötti átlagos gapek az egyes állítások esetén



Forrás: Saját szerkesztés

Az egyes komponensekhez tartozó értékelések jobb szemléltetésére valamennyinél kiszámítottam a hozzá tartozó állításokra adott pontszámok átlagát (11. táblázat).

11. táblázat A szolgáltatásminőség dimenziók átlagainak leíró statisztikája

	Észlelés		Elvárás		Gap	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Gondoskodás	5,70	1,26	6,42	0,66	-0,75	1,25
Személyzet	5,84	1,16	6,24	0,79	-0,40	1,25
Tárgyi környezet	5,73	0,96	5,92	0,87	-0,26	1,03
Időmenedzsment	5,26	1,47	6,20	0,75	-0,96	1,59
Személyre szabottság	5,45	1,7	5,31	1,40	-0,97	1,75

Forrás: Saját szerkesztés

Ahogy az áttekintett kutatások, úgy magam is használtam egy külön kérdést az átfogó elégedettség mérésére, melyet a SERVQUAL állításokhoz hasonlóan hétfokú Likert-skálán kellett értékelni a válaszadóknak. Mivel a válaszok nagy többsége azonban 4-es, vagy annál jobb értékelést adott, az első három válaszkategóriát összevontam (így a nem elégedett – elégedett is és nem is – részben elégedett – nagyrészt elégedett – teljes mértékben elégedett lehetőségek maradtak). Ordinális logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltam meg, hogy a faktorelemzés során kapott gap komponensek az átfogó elégedettséget milyen mértékben magyarázzák, hiszen feltételezhetjük, hogy ha a SERVQUAL modell jó mérője az észlelt minőségnek, akkor nagy a magyarázóerejük – ez a modell további validálását is jelenti. Eredményeim alapján a gap-ként mért észlelt minőség öt dimenziója az átfogó elégedettség varianciájának 63,7%-át magyarázza (Nagelkerke mutató), mely azt jelzi, hogy a modell magyarázó-ereje e tekintetben jó (11. melléklet). Árnyalja ugyanakkor ezt az eredményt az észlelési dimenziók által az elégedettség magyarázott varianciahányadának vizsgálata: az erre vonatkozó eredményeim alapján az észlelési skála-dimenziók az elégedettség varianciájának 83,5%-át magyarázzák (Nagelkerke mutató, 12. melléklet). Ez azon irodalmi előzményeket támasztja alá, melyek a SERVPERF modell, azaz kizárólag az észlelési skála használatát javasolják. Saját eredményeim is arra mutatnak tehát, hogy az észlelési skála jobb magyarázója lehet az elégedettségnek, mint az ideális és észlelt szolgáltatás közötti különbség. E tény további vizsgálatára korrelációs számítást végeztem az elégedettség változójával mind az észlelési skála egyes faktoraihoz tartozó állítások átlaga, mind az egyes faktorokhoz tartozó átlagos gap-ek tekintetében – mivel e változók nem metrikusak, Spearman-féle rangkorrelációs együtthatót használtam (Sajtos és Mitev 2007) (12. táblázat). Látható, hogy az egyes dimenziókhoz tartozó észlelési átlagok magasabb korrelációt mutatnak az elégedettséggel, mint a gap-ek átlagai. Eredményeim azt mutatják tehát, hogy az elvárások és észlelések közötti különbség helyett az észlelt minőség mérésére elegendő lehet csak az észlelési skála eredményeinek vizsgálata. Ahogy az a 12. táblázatban is látható, az észlelési skála egyes dimenzióihoz tartozó átlagos értékelések és az elégedettség között statisztikailag szignifikáns és erős korreláció van. A legmagasabb korrelációs együttható a gondoskodás dimenziója és az elégedettség között tapasztalható, amely összhangban van azzal a fent bemutatott eredménnyel, hogy a legmagasabb elvárások a gondoskodás dimenziójában jellemzők.

12. táblázat Az egyes dimenziókhoz tartozó észlelési, valamint a gap átlagok korrelációja az elégedettséggel

		Elégedettség	
Spearman's rho	Gondoskodás (gap átlag)	Korrelációs együttható	,682**
		Szig. (kétoldali)	,000
	Személyzet (gap átlag)	Korrelációs együttható	,430**
		Szig. (kétoldali)	,000
	Tárgyi környezet (gap átlag)	Korrelációs együttható	,400**
		Szig. (kétoldali)	,000
	Időmenedzsment (gap átlag)	Korrelációs együttható	,528**
		Szig. (kétoldali)	,000
	Személyre szabottság (gap átlag)	Korrelációs együttható	,525**
		Szig. (kétoldali)	,000
	Gondoskodás (észlelési átlag)	Korrelációs együttható	,863**
		Szig. (kétoldali)	,000
	Személyzet (észlelési átlag)	Korrelációs együttható	,630**
		Szig. (kétoldali)	,000
	Tárgyi környezet (észlelési átlag)	Korrelációs együttható	,581**
		Szig. (kétoldali)	,000
	Időmenedzsment (észlelési átlag)	Korrelációs együttható	,669**
		Szig. (kétoldali)	,000
	Személyre szabottság (észlelési átlag)	Korrelációs együttható	,612**
		Szig. (kétoldali)	,000

Megjegyzés: ** a korreláció szignifikáns ($p=0,01$, kétoldali).

Forrás: Saját szerkesztés

Nem csak általánosan állítható tehát, hogy magasabb észlelt minőség magasabb elégedettséggel jár együtt, de az észlelt minőség egyes dimenziói és az elégedettség között is megmutatható ilyen kapcsolat. Megállapítható, hogy a funkcionális minőség elsődlegesen az orvos-beteg kapcsolatra és kommunikációra vonatkozó dimenziója („gondoskodás”) az, amely kiemelt fontosságú a szolgáltatással való elégedettség kapcsán. Ez az eredmény az egyik alátámasztása azon kapcsolat létezésének, melyet elméleti modellemben az orvos-beteg interakció – észlelt minőség – elégedettség között vázoltam.

Eredményeim alapján az 1.1. hipotézist elfogadom: értelmezhető háziorvosi ellátás kapcsán a SERVQUAL modell, az általam összeállított skála pedig validnak tekinthető. Az 1.2. hipotézist részben tudom elfogadni. Eredményeim alapján megállapítható ugyan, hogy a válaszadók által tapasztalt háziorvosi ellátás (SERVQUAL modell észlelési skálája) a dimenziók többségében elmarad az ideális ellátástól (SERVQUAL modell elvárás skálája) és a kettő különbségeként számított gap-értékek többségében

negatívak, ugyanakkor volt egy olyan állítás, amelynél a különbség nem statisztikailag szignifikáns, illetve a tárgyi környezet elemeinél olyan állítás is volt, ahol az észlelési pontszámok az elvárásoknál magasabbak voltak. Fontos kiegészítés ezen megállapításhoz azonban, hogy a korábban észlelt minőségként definiált elvárások és észlelések közötti különbség helyett érdemes lehet csak az észlelési skálát használni észlelt minőség mérésére, hiszen az jobban magyarázza a szolgáltatással való elégedettséget, mint az ideális skála és észlelési skála közötti különbséget mérő gap-ek. Mivel kérdőívemben az észlelési skála előbb helyezkedett el, mint az ideális skála, így az előbbiekre adott válaszokat az utóbbiak értékelése nem torzíthatta el, így úgy gondolom, megalapozott, hogy a későbbiekben az észlelési skálára adott értékelést fogom észlelt minőségnek tekinteni, mely egybecseng azon kritikákkal, melyek a SERVQUAL modell helyett a SERVPERF modell alkalmazását javasolják észlelt minőség mérésére. E témakör kapcsán harmadik hipotézisem (1.3) elfogadom: eredményeim alapján a magasabb észlelt minőség az ellátással történő magasabb elégedettséggel jár együtt. Megállapítottam azt is, hogy az észlelt minőség valamennyi dimenziója szignifikáns és közepes vagy erős korrelációt mutat az elégedettséggel; kiemelkedő e tekintetben a „gondoskodás” dimenziója, mely az ideális szolgáltatás értékelésénél is kiemelt szerepet kapott.

9.2. Egyéni háttértényezők és páciens-szegmensek

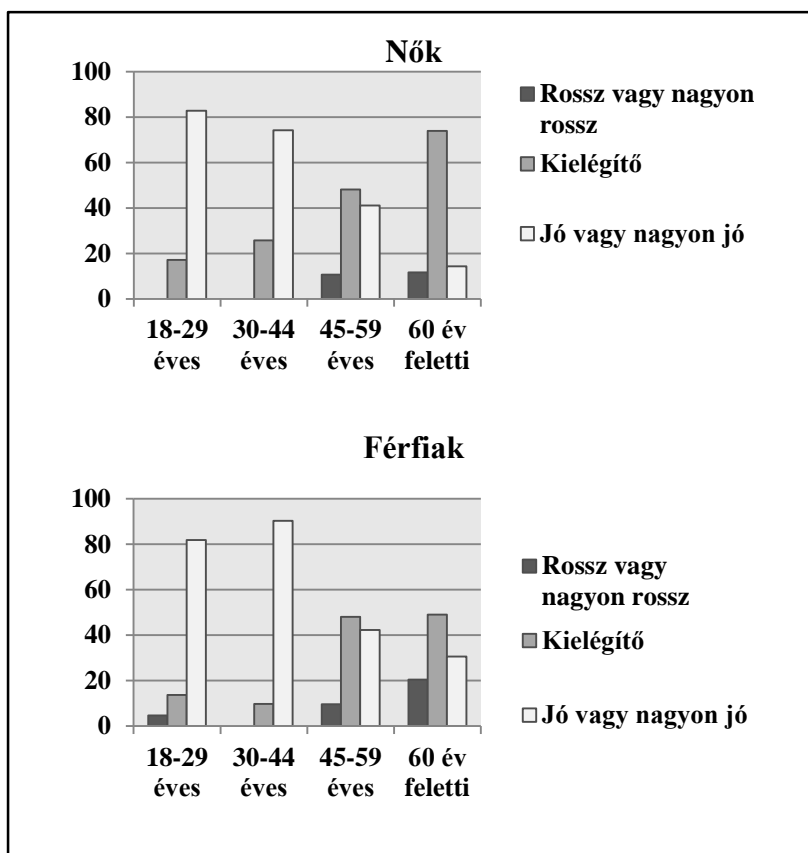
A következőkben a vélt egészség, koherencia-érzet és egészséghit modell kapcsán született eredményeket mutatom be, kiegészítve a két utóbbi konstruktum felhasználásával végzett klaszterezéssel, melynek célja, hogy megállapítsam, ezen egészségmagatartással összefüggő konstruktumoknak milyen szerepe van az orvos-beteg interakcióban.

9.2.1. Vélt egészség

A válaszadók saját megítélésük szerint összességében „jó” egészségi állapotban vannak (a válaszok módusza 4, azaz jó). Jónak vagy nagyon jónak ítéli egészségi állapotát a férfiak több, mint 60%-a, míg a nők kicsivel kevesebb, mint fele. Az egészségüket mindössze a nők 6,7%-a gondolta rossznak (nagyon rossznak egyikőjük sem), míg a férfiaknál 7,2% volt ez az arány (ezen felül 1%-uk szerint nagyon rossz az egészségi állapotuk). Ahogyan várható, az életkor emelkedésével az egészségi állapotukat jónak

vagy nagyon jónak tartók aránya jellemzően csökken. A 24. ábra szemlélteti a vélt egészség megítéléseinek életkori csoport és nem szerinti eloszlásait.

24. ábra A vélt egészség kor és nem szerinti százalékos arányai



Forrás: Saját szerkesztés

A nemi, illetve életkori sajátosságokat figyelembe véve, a 2003-as OLEF kutatás (OEK 2004) megállapításaival összevetve az állapítható meg, hogy az eredményeimben megfigyelhető tendenciák hasonlóak az abban bemutatottakhoz, bár a pontos arányok között vannak eltérések: saját válaszadóim körében mind a nők, mind a férfiak között alacsonyabb az egészségi állapotukat rossznak vagy nagyon rossznak értékelők aránya, mint az OLEF szerint 2003-ban.

9.2.2. Koherencia-érzet

A koherencia-érzés vizsgálatára 443 kérdőívet találtam értékelhetőnek. A blokk kérdéseire adott válaszok összesített átlaga 65,17 (SD=11,9), amely közel van a Balajti és tsai (2007) által kapott eredményhez, mely 59,4 (SD=11,9), valamint a szerzők által ismertetett, nemzetközi tanulmányokra jellemző tartományban van. A kapott legkisebb érték 27, a legnagyobb 90. Az egyes kérdések belső konzisztenciájának jellemzésére a

Cronbach-alfa értéket használtam, mely 0,846-nak adódott. Ez valamivel magasabb Balajti és tsai (2007) 0,82-es értékénél, és jónak tekinthető.

A koherencia-érzés skála faktoranalízise az egydimenziós megközelítés helyett 3 komponens azonosítását támogatta, melyek a 13 állítás varianciájának 54%-át magyarázzák (a KMO érték 0,863, 13. melléklet). A kapott komponensek teljes mértékben értelmezhetők, és hasonlíthatnak a 4.2 alfejezetben említett, a nemzetközi vizsgálatokban is talált három dimenzióra (két állítás, a 2. és a 10. került más komponensbe, vö. Feldt és tsai (2000)). Három állítás kihagyásával a magyarázott varianciarányad 63%-ra emelhető (KMO érték: 0,832, 14. melléklet), a faktorstruktúra változatlanságával: érthetőség (6., 8., 9. állítások, az alfa értéke 0,733), jelentőségteljeség (1., 4., 7., 10., 12. állítások, az alfa értéke 0,752) és kezelhetőség (2., 3. állítások, az alfa értéke 0,763).

Megvizsgáltam emellett, hogy elkülöníthetők-e azok a csoportok a koherencia-érzés alapján, amelyeknek az egészség tekintetében különbözniük kell: a vélt egészséget jellemző változóból három csoportot képeztem (a magukat rossz vagy nagyon rossz egészségi állapotúnak tartók képezték az első, a magukat kielégítő állapotúnak vélők a második, végül a magukat jó vagy nagyon jó állapotúnak vélők a harmadik csoportot). A SOC-13 átlaga az első csoportnál volt a legalacsonyabb (54,81 pont), a második csoportnál az átlag 63,36 pont, míg a legmagasabb a harmadik csoport átlaga, 67,9 pont. Páronként megvizsgálva a csoportokat a t-próba eredménye szerint szignifikánsan különböznek egymástól a csoportátlagok ($p=0,05$), és a Kruskal-Wallis próba eredménye is szignifikánsan eltérő csoportátlagot mutat, azaz a koherencia-érzés és a saját bevallás szerinti kedvező/kedvezőtlen egészségi állapot között valóban van összefüggés (15. melléklet).

9.2.3. Egészséghit

Az egészséghit modell validálását a faktorelemzés módszerével végeztem: így vizsgáltam meg, hogy az általam összeállított állítás-sor alapján fellelhető-e az egészséghit modell elméleti struktúrája, azaz elkülönülnek-e egymástól a különböző dimenziók. Ezután az egyes dimenziókhoz tartozó állítások belső konzisztenciáját is vizsgáltam, melyhez a Cronbach-alfa mutatót használtam.

A faktorelemzés útján (Varimax rotálást alkalmazva, többszöri lefuttatás után) kapott négy faktor megfelel a faktorképzés kritériumainak (16. melléklet). A kapott KMO

értéke 0,731, mely megfelelőnek tekinthető. A statisztikai elemzés során az eredeti 19 állítás közül 5 állítást kizártam, e lépések a faktorstruktúrát nem változtatták. A kapott négy faktor által magyarázott variancia 60,2%, amely megfelel a varianciarányad-kritériumnak (Sajtos és Mitev 2007). Az egyes dimenziókra vonatkozó állítások további validálását belső konzisztencia vizsgálattal végeztem el. Az észlelt fenyegetettség Cronbach-alfa értéke jó, az észlelt előnyök, az észlelt korlátok és a saját teljesítmény megbízhatósága elfogadható. A kapott faktorstruktúrát, az egyes dimenzióba tartozó állításokat, valamint azok megbízhatóságát mutatja be a 13. táblázat.

13. táblázat Az elemzés alapján felállított egészséghit dimenziók, azok megbízhatósága és tartalmuk

Egészséghit dimenzió	A dimenzióhoz tartozó állítások	Chronbach-alfa
Észlelt fenyegetettség	Összehasonlítva hozzám hasonló korú emberekkel, én gyakrabban leszek beteg, mint mások.	0,775
	Valószínűnek tartom, hogy a közeljövőben lesz komolyabb betegségem.	
	Nagyon félek attól, hogy beteg lehetek.	
	Összehasonlítva hozzám hasonló korú emberekkel, ha megbetegszem, akkor nálam súlyosabb lefolyású lesz az adott betegség, mint náluk.	
	Ha a jövőben megbetegszem, az súlyos egészségügyi probléma lesz.	
Észlelt előnyök	Az egészséges életmóddal meg lehet előzni a betegségeket.	0,698
	A rendszeres orvosi ellenőrzéssel meg lehet előzni a betegségeket.	
	Betegség esetén, ha betartom az orvosi előírásokat, hamarabb meggyógyulok.	
Észlelt korlátok	Általában nehezemre esik pontosan betartani az orvos gyógyszeresedésre vonatkozó utasításait.	0,699
	Nehezemre esik betartani, ha az orvos életmód változtatást javasol.	
	Van, hogy elfelejtem bevenni az előírt gyógyszert.	
Saját teljesítmény	Sokat teszek azért, hogy megőrizsem az egészségem.	0,611
	Rendszeresen ellenőriztetem az egészségi állapotom.	
	Csak akkor megyek orvoshoz, ha már nagyon beteg vagyok. (fordított)	

Forrás: Saját szerkesztés

A kapott komponensek jól értelmezhetők, az eredetileg (az elméleti modell alapján) az adott komponenshez tartozó itemek helye, így tartalmuk nem változott, új elnevezésekre nem volt szükség. Ahogyan azt az elméleti háttér ismertetésénél felvetettem, az eredeti

észlelt fogékonyság és észlelt súlyosság dimenziók egybeolvadtak, így azokat észlelt fenyegetettségként lehetséges értelmezni.

Az eszköz validálásához faktor-keresztvényesség vizsgálatot is elvégeztem (a mintát véletlenszerűen két részre osztva, minkét részmintánál elvégeztem a faktorelemzést), melynek eredményeképp a fentiekkel megegyező tartalmú, illetve igen közeli értékekkel rendelkező faktorstruktúra jött létre. Az egyes komponensek átlagértékei közötti korrelációvizsgálat nem mutatott korrelációt azok között, így elmondható, hogy a kapott dimenziók valóban függetlenek egymástól, azaz egymástól eltérő tartalmú konstruktumokat vizsgálnak. A fenti eredmények alapján úgy vélem, megállapítható, hogy az általam összeállított skála az egészséghit dimenzióinak mérésére, egészségmagatartást vizsgáló további kutatásokban kisebb módosításokkal, alkalmas lehet.

Az egészségit modell egyes komponenseinek állításaival kapcsolatos átlagos egyetértések mértékét a 14. táblázat mutatja be³⁰.

14. táblázat Az egészséghit komponensek átlagainak leíró statisztikája

	Minimum	Maximum	Átlag	SD
Észlelt fenyegetettség	1	4,4	1,96	0,793
Észlelt előnyök	1	5	3,80	0,753
Észlelt korlátok	1	5	2,32	1,043
Saját teljesítmény	1	5	3,21	0,899

Forrás: Saját szerkesztés

A leíró statisztikai adatokból látható, hogy az 5-fokú Likert-skálán jelölt egyetértések átlagos mértéke az észlelt fenyegetettség esetében a legalacsonyabb, míg az észlelt előnyök esetében a legmagasabb.

Az egészséghit modell egyes komponensei és az észlelt egészség közötti korrelációt vizsgálva megállapítható, hogy az észlelt fenyegetettség szignifikáns, közepes negatív kapcsolatban, az észlelt korlátok pedig szignifikáns, gyenge negatív kapcsolatban vannak a vélt egészséggel (15. táblázat). Ezen eredmények megfelelnek az előzetes várakozásaimnak és úgy vélem, jól értelmezhetők: az, aki rosszabbnak értékeli saját egészségét, egyszersmind fenyegetettebbnek és az alternatív lépések megtételében korlátozottabbnak érzi magát. Ez amiatt jelenthet problémát, mert éppen azoknál, akiknél jellemzőbben szükség volna változtatásra, nem képesek ezt megtenni.

³⁰ Az értékek ilyen formában történő ismertetése általánosnak tekinthető a HBM témájú publikációkban, lásd pl. Buglar és tsai (2010), Kartal és Özsoy (2007).

15. táblázat Az egészséghit dimenziók és a vélt egészség közötti korrelációk

		Vélt egészség	
Spearman's rho	Észlelt fenyegetettség	Korrelációs együttható	-,438**
		Szignifikancia (kétoldali)	,000
	Észlelt előnyök	Korrelációs együttható	,033
		Szignifikancia (kétoldali)	,468
	Észlelt korlátok	Korrelációs együttható	-,209**
		Szignifikancia (kétoldali)	,000
	Saját teljesítmény	Korrelációs együttható	-,166**
		Szignifikancia (kétoldali)	,000

Megjegyzés: ** a korreláció szignifikáns ($p=0,01$, kétoldali).

Forrás: Saját szerkesztés

Az egészséghit modell faktorai és a koherencia-érzés tekintetében szintén találunk statisztikailag szignifikáns korrelációkat (Pearson-féle együttható, 16. táblázat). E konstruktum esetében is az észlelt fenyegetettség az, amely a többi közül a legerősebb, negatív kapcsolatot mutatja vele. Szintén alacsonyabb koherencia-érzéssel jár együtt, ha valaki magasabbnak észleli az alternatív cselekvések korlátait. Ezzel szemben, bár a korrelációk mértéke meglehetősen alacsony, érdemesnek tartom megemlíteni, hogy kimutatható szignifikáns pozitív kapcsolat a koherencia-érzet és az észlelt előnyök, valamint a saját teljesítmény között.

16. táblázat Az egészséghit dimenziók és a koherencia-érzet közötti korrelációk

Koherencia-érzet		
Észlelt fenyegetettség	Pearson korrelációs együttható	-,410**
	Szignifikancia (kétoldali)	,000
Észlelt előnyök	Pearson korrelációs együttható	,111*
	Szignifikancia (kétoldali)	,020
Észlelt korlátok	Pearson korrelációs együttható	-,211**
	Szignifikancia (kétoldali)	,000
Saját teljesítmény	Pearson korrelációs együttható	,171**
	Szignifikancia (kétoldali)	,000

Megjegyzések: ** a korreláció szignifikáns ($p=0,01$, kétoldali);

* a korreláció szignifikáns ($p=0,05$, kétoldali).

Forrás: Saját szerkesztés

Némiképp alátámasztja a fenti megállapításokat az egyes konstruktumok és az orvoshoz járási szokások közötti kapcsolat vizsgálata is (17. táblázat).

17. táblázat Pszichológiai háttértényezők és orvoshoz járási szokások közötti korrelációk

			Házi- orvoshoz járás gyakorisága	Szak- rendelésre járás gyakorisága	Magán- rendelésre járás
Spearman's rho	Észlelt fenyegetettség	Korr. eh.	-,387**	-,296**	,117*
		Szig. (kétold.)	-,296**	,000	,011
	Észlelt előnyök	Korr. eh.	-,017	-,016	,070
		Szig. (kétold.)	,710	,725	,128
	Észlelt korlátok	Korr. eh.	-,128**	-,124**	-,051
		Szig. (kétold.)	,005	,008	,269
	Saját teljesítmény	Korr. eh.	-,383**	-,366**	-,024
		Szig. (kétold.)	,000	,000	,609
	Koherencia- érzet	Korr. eh.	,141**	,070	-,056
		Szig. (kétold.)	,002	,132	,222
	Észlelt egészség	Korr. eh.	,504**	,329**	-,083
		Szig. (kétold.)	,000	,000	,069

Megjegyzések: ** a korreláció szignifikáns (p=0,01, kétoldali);

* a korreláció szignifikáns (p=0,01, kétoldali).

Az orvoshoz járás kapcsán az alacsonyabb értékek jelzik a magasabb gyakoriságot.

Forrás: Saját szerkesztés

Ennek alapján elmondható, hogy szignifikáns gyenge-közepes pozitív kapcsolat van az észlelt fenyegetettség és a házi-orvoshoz járás gyakorisága, illetve a szakrendelésre járás gyakorisága között, valamint a saját teljesítmény és a házi-orvoshoz járás, illetve a szakrendelésre járás között. Nagyon gyenge, bár szignifikáns pozitív kapcsolat van az észlelt korlátok és a házi-, valamint szakorvoshoz járás gyakorisága között. A koherencia-érzés és az orvoshoz járási szokások között nincs említésre méltó kapcsolat, míg az észlelt egészségi állapot közepesen és negatívan korrelál a házi-orvoshoz járással, mely szintén várható eredmény. Meglepőnek találtam, hogy a magánorvoshoz járás egyik változóval sem korrelál említésre méltó mértékben.

A fenti kapcsolatok vizsgálatánál természetesen nem lehetséges ok-okozati összefüggések interpretálása. Fontos eredménynek tartom ugyanakkor, hogy sikerült kapcsolatot kimutatni a fenti konstruktumok (HBM dimenziók és koherencia-érzés) között, valamint ezek kapcsolatában a vélt egészséggel is, ez ugyanis jelzi, hogy az alkalmazott skálák valóban alkalmasak lehetnek az egészségmagatartás pszichológiai háttértényezőinek mérésére. Meg kell említeni ugyanakkor, hogy az egészséghit modell komponensei közül az észlelt előnyök és a saját teljesítmény gyengébb kapcsolatai a többi változóval egyrészt utalhatnak arra, hogy az egészségmagatartásban a cselekvésre

elsősorban a negatív érzelmek vannak hatással, másrészt azt is, hogy a skálák további módosítására lehet szükség.

Eredményeim alapján elfogadom 2.1. hipotézisem: a vélt egészség és a koherencia-érzet között összefüggés van: magasabb vélt egészség magasabb koherencia-érzettel jár együtt. Szintén elfogadom 2.2. hipotézisem: az egészséghit modell magyar nyelvű, általános tartalmú, általam összeállított változata valid és értelmezhető.

9.2.4. Páciens szegmensek az egyéni háttértényezők alapján

Ahogy az szakirodalmi áttekintésemben felvázoltam, úgy vélem, hogy a páciensek egészségügyi ellátással kapcsolatos elvárásait és a folyamat során tanúsított viselkedésüket nemcsak az ellátórendszerrel összefüggő és szituációs, de egyéni tényezők is befolyásolják, melyek közül a koherencia-érzést és az egészségmagatartásra vonatkozó egészséghit modellt vettem figyelembe. Feltételezem, hogy e változók alapján egymástól eltérő preferenciákkal és viselkedési mintázatokkal jellemezhető homogén páciens-szegmensek különíthetők el: ennek alátámasztására klaszterelemzést végeztem az egészséghit modell faktorváltozóinak, valamint a koherencia-érzet változójának bevonásával. Hasonló elemzésről az irodalomban nem tudok.

A tényleges szegmentálás előtt kizártam a mintából a kiugró eseteket (outliereket)³¹. A szegmentálást kétlépcsős eljárással kezdtem, hogy előzetes feltételezéshez jussak a klaszterek számával és a klaszterezés „jóságával” kapcsolatban (Kazár 2010). Az utóbbit kifejező ún. Silhouette-koefficiens általam kapott értéke a 0,2 és 0,5 közötti tartományba esik, mely elfogadhatónak tekinthető (17. melléklet). E vizsgálat három klaszter elkülönítését javasolta. A klaszterek számáról szóló döntésem emellett a klaszterek megfelelő értelmezhetősége és azok mérete befolyásolta, e szempontok vizsgálatával is három klaszter elkülönítését tartottam megfelelőnek. Ez esetben a k-középpontú eljárás a hatodik iterálásra hozta létre a stabil faktor struktúrát (18. melléklet). A végső klaszterközéppontokat a 18. táblázat tartalmazza.

A klaszterek stabilitásának ellenőrzésére az adattáblát véletlen számok alapján újrandeztem és ezen is elvégeztem az elemzést; ennek eredményei az itt bemutatottakkal megegyeznek, a klaszterek tehát stabilnak tekinthetők.

³¹ Ezt a hierarchikus klaszterelemzés legközelebbi szomszédok módszere által a kapott dendrogram alapján végeztem el, négy esetet zártam ki a mintából.

18. táblázat A k-középpontú eljárással kialakított végső klaszterközéppontok

	Klaszter		
	1. „Próbálkozók”	2. „Tudatos előrelátók”	3. „Tehetetlenek”
Koherencia-érzet	62,50	77,05	49,24
Észlelt fenyegetettség (HBM)	,17586	-,45525	,47802
Észlelt előnyök (HBM)	-,01184	,12796	-,12089
Észlelt korlátok (HBM)	,02983	-,15237	,24464
Saját teljesítmény (HBM)	,03987	,14649	-,30432
A klaszterbe tartozó esetek száma	163	172	99

Megjegyzés: mivel az elemzésbe az egészséghit modell faktorváltozóit vontam be, az ezekkel kapcsolatos pozitív értékek az átlagtól magasabb, a negatív értékek pedig az átlagtól alacsonyabb értékekre utalnak.

Forrás: Saját szerkesztés

Az első csoportba tartozókra átlagos koherencia-érzet, az átlagosnál magasabb észlelt fenyegetettség, észlelt korlátok és saját teljesítmény, míg az átlagostól alacsonyabb észlelt előnyök jellemzők. E csoport tagjainál a legjellemzőbb tulajdonság úgy vélem az lehet, hogy bár megpróbálnak tudatosan odafigyelni egészségükre, nem látják annak hasznát egészségi helyzetükre vonatkoztatva. E csoportot próbálkozóknak neveztem el. A második csoportba tartozókra magas koherencia-érzet, az átlagosnál alacsonyabb észlelt fenyegetettség és észlelt korlátok, míg az átlagostól magasabb észlelt előnyök és saját teljesítmény jellemző. Egyértelműen e csoport tagjai vannak a legjobb helyzetben és nekik vannak a legjobb kilátásaik, hiszen jelenlegi kevésbé fenyegetett helyzetüket egészségtudatos magatartással hosszú távon is meg kívánják őrizni. A csoportot tudatos előrelátóknak neveztem el.

A harmadik csoportra az átlagosnál alacsonyabb koherencia-érzet, az átlagosnál magasabb észlelt fenyegetettség és korlátok, míg az átlagosnál alacsonyabb észlelt előnyök és saját teljesítmény jellemző. E csoport tagjai vannak tehát vélhetően a legrosszabb helyzetben, és jövőbeni kilátásaikat észlelt tehetetlenségük és tudatos egészségmagatartásuk hiánya is ronthatja. A csoportot tehetetleneknek neveztem el.

A csoportok közötti különbséget, mely azok neveiben is tükröződik, leginkább a saját teljesítményben és a hozzájuk kapcsolódóan észlelt (vagy nem észlelt) előnyökben látom.

Hogy a csoportokról minél pontosabb jellemzést tudjak adni, megvizsgáltam azok különbözőségét az egészséggel kapcsolatos, demográfiai, valamint orvoshoz járási

szokások és az egészségmagatartásban fontos tényezők változói mentén. E vizsgálatokhoz keresztátlás elemzésekben a Bonferroni-módszert alkalmaztam³² (19. melléklet). Az alábbiakban bemutatom azon változókat, melyek kapcsán statisztikailag szignifikáns különbségeket kaptam az egyes csoportok között; ez mindenütt úgy értelmezendő, hogy az adott csoportban az adott változóra jellemző arány szignifikánsan különbözik ($p=0,05$) a többi csoportra jellemző aránytól.

Az egészséggel kapcsolatos mutatók kapcsán a tudatos előrelátók csoportja az, amely leginkább különbözik a másik kettőtől. E csoportban alacsonyabb a saját egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak vélők aránya és magasabb a saját egészségüket jónak vagy nagyon jónak vélők aránya. Ugyancsak alacsonyabb arányban járnak havonta vagy gyakrabban háziorvoshoz, mint a másik két csoport.

Figyelemreméltónak tartom, hogy az egészséggel kapcsolatos objektív mérce – krónikus betegség megléte – kapcsán nincs különbség az egyes csoportok között. Úgy vélem, ezen eredmény jól alátámasztja, hogy az egészséghit modell és a koherencia-érzés által valóban olyan egészségmagatartásra irányuló pszichológiai tényezőket mértem, melyek nem egy-egy konkrét állapothoz, hanem egy általánosabb szemléletmódhoz kapcsolódnak. Ugyanerre utal, hogy a csoportok sem életkor, sem nem, sem a jelenlegi élethelyzet (pl. hogy tanuló, aktív dolgozó vagy nyugdíjas-e) szerint nem különböznek egymástól. Észreveendő ugyanakkor, hogy a tudatos előrelátók között nagyobb arányban vannak magas iskolai végzettséggel rendelkezők, mint a másik két csoportban, a tehetetlenek között ugyanakkor nagyobb arányban vannak olyanok, akik a legalacsonyabb (50.000 Ft alatti) egy főre eső háztartási nettó jövedelmi kategóriába esnek.

Az ideálisnak tekintett háziorvosi döntéshozatali mód tekintetében nem találtam szignifikáns különbséget a csoportok között – ezt tehát az általam vizsgált tényezőktől vélhetően független preferenciák alakítják. Egyfajta tendencia látszik ugyanakkor: a próbálkozóknak között nagyobb a paternalista orvost ideálisnak tekintők aránya és alacsonyabb a közös döntést preferálók aránya, mint a másik két csoportnál. Az ideálisnak tartott páciens esetében elmondható, hogy a tehetetlenek csoportjában nagyobb arányban preferálják az informatív döntéshozatalhoz alkalmazkodót, mint a

³² E módszer esetében nem a varianciaanalízis során alkalmazott Bonferroni-módszert jelöli, hanem annak keresztátlás elemzés során használt változatát. Az általam alkalmazott Bonferroni.korrekcióval ellátott z-próba a keresztátlás oszlopaiban levő arányokat hasonlítja össze (egy soron belül a többi oszlophoz viszonyít). Úgy vélem, ezen statisztikai eszköz megfelelően bizonyul minden olyan esetben, amikor egyes csoportok közötti különbségekre kívánok rámutatni. A továbbiakban a Bonferroni-módszer említésekor valamennyi esetben az itt leírt elemzési módszert alkalmaztam.

többi csoportban. Ezt az eredményt meglepőnek tartom, hiszen az informatív döntéshozatal az, amelyben a legnagyobb a páciens szerepe és felelőssége, miközben a tehetetlenek csoportját épp a saját teljesítmény és az ezzel kapcsolatos észlelt előnyök alacsony szintje jellemzi – úgy tűnik azonban, hogy a vágyakban ennek az ellenkezője is szerepelhet.

Az orvosokba vetett bizalom kapcsán ugyanakkor elmondható, hogy a tehetetlenek magasabb arányban nem igazán bíznak meg bennük, míg a tudatos előrelátókra inkább a magasabb szintű bizalom jellemző, főképp a tehetetlenekkel történő összehasonlításban. Szintén a tudatos előrelátókra jellemző, hogy elégedetlenség esetén nagyobb arányban keresnek másik orvost, mint a többi csoport – mely jól alátámasztja a rájuk jellemző tudatosabb egészségmagatartást.

Az együttműködésben fontos szerepet játszó tényezők közül az orvos által adott magyarázatok a tudatos előrelátók számára nagyobb arányban kiemelkedően fontosak, mint a próbálkozók számára, és ugyanez mondható el a saját törekvés fontosságának észleléséről.

Fent bemutatott eredményeim alapján elmondható, hogy a 2.3. hipotézisem elfogadom, hiszen a koherencia-érzet és az egészséghit dimenzióinak alapján valóban elkülöníthetők egymástól eltérő páciens-szegmensek. Ugyancsak elfogadom a 2.5. hipotézisem, hiszen az orvosokba vetett bizalom mértéke mentén ki tudtam mutatni egyes csoportok közötti különbséget. El kell utasítanom ugyanakkor a 2.4. hipotézisem, hiszen a klaszterek nem különböznek egymástól abban, hogy tagjaiknak milyen preferenciáik vannak az orvos stílusára vonatkozóan – bár az ideális betegstílus kapcsán a tehetetlenek csoportja eltért a másik kettőtől. Ugyancsak elutasítom 2.6. hipotézisem, hiszen az együttműködés tényezői közül (kérdőívemben összesen nyolcat vizsgáltam) mindössze kettő (orvosi magyarázatok és saját törekvés) kapcsán volt kimutatható eltérés egy-egy csoport tagjai között.

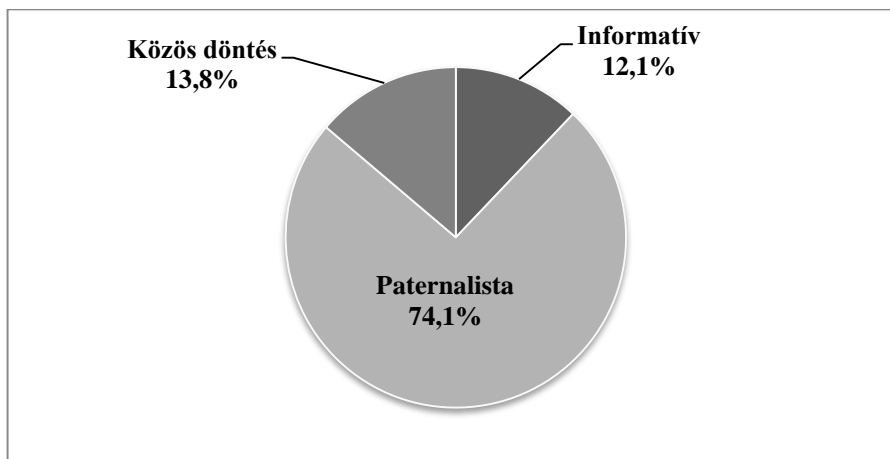
9.3. Kommunikációs és döntéshozatali stílus

Megállapítottam tehát, hogy az egészséghit modell és a koherencia-érzet alapján képzett klaszterek abban nem különböznek egymástól, hogy milyen igényeik vannak az orvosi kommunikációval és döntéshozatallal kapcsolatban. Mindazonáltal továbbra is feltételezem, hogy a válaszadóknak vannak preferenciái e kérdésben, és a preferenciák és a tapasztalt stílus nem mindig esik egybe, továbbá hogy mind az orvostól leginkább

tapasztalt (domináns) stílus, mind a preferenciáknak való megfelelés kapcsolatban van a szubjektív kimenetekkel.

416 kitöltő válaszolt arra a kérdésre, melynél a házi orvosuk domináns stílusát leginkább jellemző leírást kellett kiválasztani. Ahogyan a 25. ábrán látszik, a válaszadók nagy többsége szerint orvosa paternalista stílusú, míg a másik két stílust összesen (fele-fele arányban) a házi orvosok mintegy negyede képviseli csak.

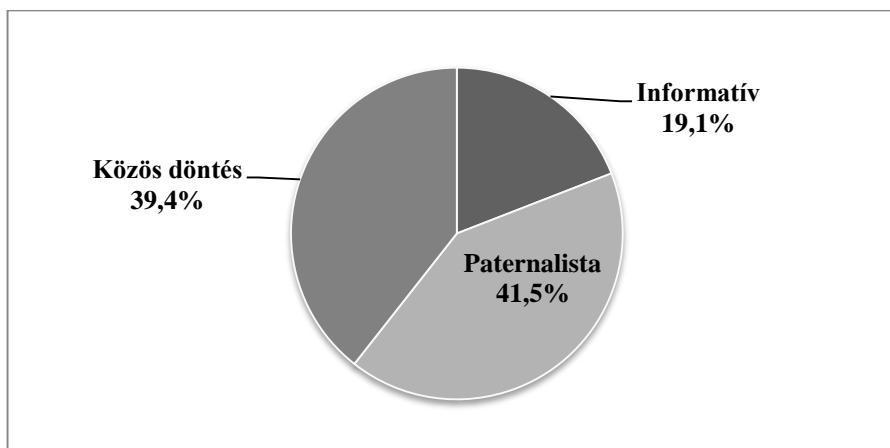
25. ábra A házi orvosok észlelt domináns stílusa



Forrás: Saját szerkesztés

Az ideális stílusról elmondható, hogy a válaszadók legnagyobb arányban a paternalistát választották, nem sokkal maradt el azonban tőle a közös döntés (26. ábra, N=448). Ezen eredmény a paternalista stílus többség általi választásában hasonlít korai kérdőíves kutatásunk eredményére, ahhoz képest azonban jelentősen kevesebben vannak a paternalista stílust, míg többen a közös döntést ideálisnak tartók.

26. ábra A házi orvos stílusával kapcsolatos preferenciák



Forrás: Saját szerkesztés

Az észlelt stílus mellett fontos tehát az is, hogy ez megfelel-e a preferenciáknak. A 26. és 27. ábra összevetése már jelzi, hogy lesznek eltérések, ezt azonban tovább vizsgáltam. Bár a stílusokat mérő változók alapvetően nominális változóknak számítanak, azonban azok kódolása miatt ezen összehasonlításnál tekinthetők ordinálisnak³³, így elvégezhető a Wilcoxon próba, mely alapján megállapítható, hogy valóban szignifikáns eltérés van az észlelt és az ideálisnak tekintett stílusok megítélésében (20. melléklet). A 19. táblázatból kiszámítható, hogy összesen 221 válaszadó (53%) számára felel meg az észlelt stílus az ideálisnak – mintegy felüknél olyan tehát a háziorvos stílusa, amely nem felel meg az általuk ideálisnak tartottnak. Látható továbbá, hogy kicsit több, mint a fele azon válaszadóknak, akik paternalista stílust tapasztalnak, más stílust igényelnének (többségében közös döntést), ugyanakkor a közös döntést és az informatív stílust tapasztalók között is vannak olyanok, akiknek ez nem ideális.

19. táblázat Az észlelt és az ideálisnak tartott háziorvosi stílusok

		Észlelt domináns stílus			Összesen
		Informatív	Paternalista	Közös döntés	
Ideális stílus	Informatív	27 (52,9%)	47 (15,2%)	7 (12,3%)	81 (19,4%)
	Paternalista	16 (31,4%)	152 (49,2%)	8 (14%)	176 (42,2%)
	Közös döntés	8 (15,7%)	110 (35,6%)	42 (73,7%)	160 (38,4%)
Összesen		51 (100%)	309 (100%)	57 (100%)	417 (100%)

Megjegyzés: a százalékos arányok az ideális stílus domináns stíluson belüli arányát mutatják.

Forrás: Saját szerkesztés

Az észlelt stílus és az észlelt minőség közötti összefüggést az észlelt minőség dimenziók átlagos értékelésén keresztül vizsgáltam³⁴ Bonferroni próbával. Ennek eredménye azt mutatja, hogy az észlelt minőség négy dimenziójában (gondoskodás, személyzet, időmenedzsment és személyre szabottság) a paternalista stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban észlelik kíválónak (6 feletti átlag) a minőséget, mint azok, akik közös döntést tapasztaltak. A tárgyi környezet értékelésével kapcsolatban (várható módon) nincsenek eltérések az orvos stílusa szerint. Az észlelt stílus és az elégedettség közötti összefüggést szintén Bonferroni-próbával vizsgáltam, és

³³ Mind az észlelt, mind az ideális stílusnál 1-essel kódoltam az informatív, 2-essel a paternalista stílust, míg 3-assal a közös döntést.

³⁴ Ehhez az egyes dimenziókhoz tartozó állításokból számított átlagértékeket kategorizáltam (az 1 és 1,99 közötti átlagok az 1-es kategóriába kerültek, a 2-2,99 közötti átlagok a 2-es kategóriába, és így tovább), így ordinális skálát kapva.

megállapítottam, hogy a paternalista stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban elégedettek teljes mértékben az ellátással, mint a másik két stílusú orvos páciensei (20. táblázat³⁵).

20. táblázat Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség a különböző orvosi stílust tapasztalók között

		Infor- matív	Pater- nalista	Közös döntés	Össz.
Gondoskodást kiválóra értékelők	Elemszám	29 _{a, b}	145 _b	40 _a	214
	Arány az orvosi stíluson belül	61,7%	48,5%	72,7%	53,4%
Személyzetet kiválóra értékelők	Elemszám	34 _{a, b}	167 _b	44 _a	245
	Arány az orvosi stíluson belül	68,0%	54,2%	81,5%	59,5%
Tárgyi környezetet kiválóra értékelők	Elemszám	26 _a	152 _a	32 _a	210
	Arány az orvosi stíluson belül	51,0%	50,7%	55,2%	51,3%
Időmenedzsmentet kiválóra értékelők	Elemszám	27 _{a, b}	119 _b	33 _a	179
	Arány az orvosi stíluson belül	54,0%	39,0%	57,9%	43,4%
Személyre szabottságot kiválóra értékelők	Elemszám	27 _a	85 _b	25 _a	137
	Arány az orvosi stíluson belül	55,1%	27,7%	43,9%	33,2%
Teljes mértékben elégedettek	Elemszám	23 _a	79 _b	24 _a	126
	Arány az orvosi stíluson belül	46,0%	25,9%	41,4%	30,5%

Megjegyzés: Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk (egy sort nézve) egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók között az észlelt minőség adott dimenziója, illetve az elégedettség értékelése tekintetében.

Forrás: Saját szerkesztés

Az orvosi stílus elvárásoknak történő megfelelését az észlelt minőséggel, valamint az elégedettséggel a fentivel megegyező statisztikai módszerrel vizsgáltam³⁶. Azok között, akik az általuk ideálisnak tartott stílust tapasztalták, szignifikánsan többen vannak, akik az ellátás minőségét kiválónak észlelték (valamennyi dimenzióban), mint azok, akiknél eltérés volt az észlelt és az ideálisnak tartott stílusok tekintetében. Hasonló különbség van elégedettség tekintetében: azok, akiknél megfelelt egymásnak az ideális és a

³⁵ Ezen elemzés valamennyi eredményét bemutató táblázatok a 21. és 22. melléletekben találhatók; mivel azok igen hosszúk, a 20. táblázat azokból kiemelt eredményeket mutat be.

³⁶ Ehhez új változót hoztam létre, mely a válaszadók két csoportját különböztette meg: azokat, akiknél az ideálisnak tartott és a tapasztalt stílus megfelel egymásnak, és azokat, akiknél ez nem felel meg – függetlenül attól, hogy az adott válaszadónál mely stílusokról van szó.

tapasztalt stílus, szignifikánsan nagyobb arányban voltak teljesen elégedettek az ellátással (21. táblázat³⁷).

21. táblázat Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség azok között, akinél az észlelt orvosi stílus megfelel az ideálisnak tekintettnek és azok között, akiknél nem

		Az orvosi stílus megfelel	Az orvosi stílus nem felel meg	Össz.
Gondoskodást kiválóra értékelők	Elemszám	142 _a	72 _b	214
	Arány az orvosi stíluson belül	66,7%	38,5%	53,5%
Személyzetet kiválóra értékelők	Elemszám	150 _a	95 _b	245
	Arány az orvosi stíluson belül	68,8%	49,2%	59,6%
Tárgyi környezetet kiválóra értékelők	Elemszám	132 _a	77 _b	209
	Arány az orvosi stíluson belül	60,8%	40,3%	51,2%
Időmenedzsmentet kiválóra értékelők	Elemszám	116 _a	63 _b	179
	Arány az orvosi stíluson belül	52,7%	32,8%	43,4%
Személyre szabottságot kiválóra értékelők	Elemszám	86 _a	51 _b	137
	Arány az orvosi stíluson belül	39,1%	26,3%	33,1%
Teljes mértékben elégedettek	Elemszám	97 _a	29 _b	126
	Arány az orvosi stíluson belül	44,3%	14,8%	30,4%

Megjegyzés: Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk (egy sort nézve) egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílust kapók és nem kapók között az észlelt minőség adott dimenziója, illetve az elégedettség értékelése tekintetében.

Forrás: Saját szerkesztés

Az észlelt minőség dimenzióinak elemzésénél (8.1. alfejezet) jeleztem, hogy a gondoskodás dimenziójának észlelt fontossága jelzi az elméleti modellemben felvázolt orvos-beteg interakció – észlelt minőség – elégedettség közötti kapcsolatot. A jelen alfejezetben bemutatott eredményeim e kapcsolat megerősítését jelentik. Ezek alapján elfogadom a 3.1. és 3.2. hipotéziseim: a leggyakrabban tapasztalt háziorvosi stílus a paternalista, és valóban szignifikáns különbség van aközött, hogy a válaszadók mit tekintenek ideális stílusnak, és milyen stílus az, amit tapasztalnak; közel 50%-uk az általuk ideálistól eltérő stílusú háziorvossal találkozik. Megerősítést nyert ugyanakkor, hogy a paternalista stílust észlelők az ellátás minőségének egyes dimenzióit

³⁷ Ezen elemzés valamennyi eredményét bemutató táblázatok a 23. és 24. mellékletekben találhatók; mivel azok igen hosszúk, a 21. táblázat azokról kiemelt eredményeket mutat be.

alacsonyabbra értékelik és kevésbé elégedettek, mint az informatív stílust és a közös döntést tapasztalók, elfogadom tehát a 3.3. és a 3.4. hipotéziseimet. Eredményem arra mutatnak továbbá, hogy nem csak az észlelt stílus van kapcsolatban az észlelt minőséggel és az elégedettséggel, de az is, hogy az észlelt stílus megfelel-e az elvárásoknak: ennek hiánya összességében alacsonyabb észlelt minőséggel és elégedettséggel van kapcsolatban; elfogadom tehát a 3.5. és 3.6. hipotéziseimet is.

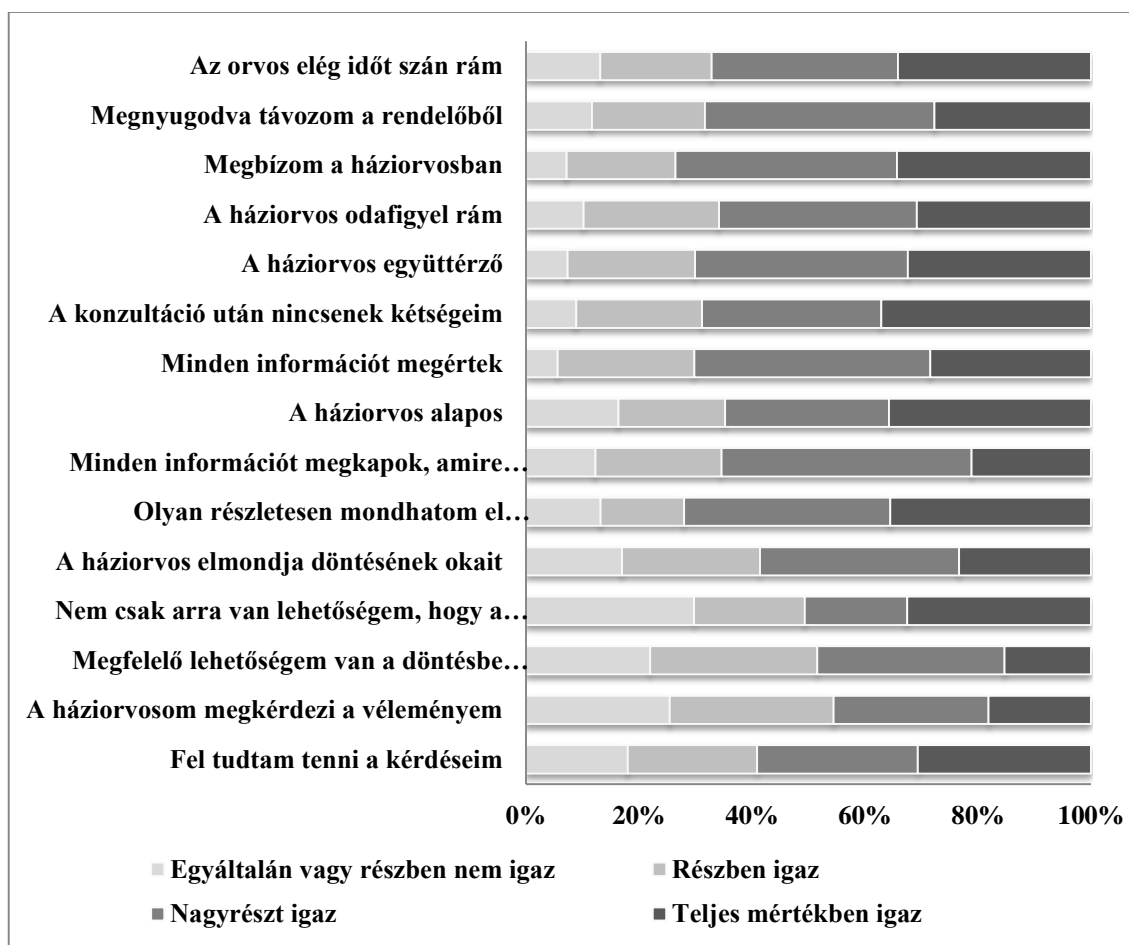
9.4. Kognitív és érzelmi gondoskodás

Kutatásom során feltételeztem, hogy a háziorvos fentiekben elemzett stílusa a kognitív és érzelmi gondoskodással együtt hatással van a szubjektív kimenetekre; az észlelt minőségre és az elégedettségre.

A kognitív és érzelmi gondoskodás mérésére, ahogyan korábban kifejtetem, saját skálát alakítottam ki, fontos ezért megvizsgálni annak megbízhatóságát. Faktorelemzést végeztem annak feltárására, hogy a kérdőívben egy skálaként, összekeverten megjelenő érzelmi, illetve kognitív gondoskodásra utaló állítások a válaszadók észlelésében elkülönülnek-e egymástól. A feldolgozás során bár két komponens rajzolódott ki, ezek tartalma azonban nem egyértelműen a kognitív és az érzelmi gondoskodás kettéválását mutatta, hanem az orvos-beteg találkozóval kapcsolatos pozitív, illetve negatív tapasztalatok elkülönülését, mely úgy vélem, a kérdések megfogalmazásának köszönhető. A kognitív és érzelmi gondoskodásra vonatkozó állítások szétválásának hiánya miatt e skálát egydimenziósként kezelem; megbízhatósága a Cronbach-alfa mutató értéke (0,942) alapján megfelelő. A 27. ábra a kognitív és érzelmi gondoskodás egyes elemeihez tartozó válaszadói értékeléseket mutatja be; a válaszadóknak azt kellett megítélni, a háziorvosukra és a vele folytatott konzultációkra általánosságban mennyire igazak az adott állítások³⁸. Ezalapján elmondható, hogy a válaszadók többsége inkább magas szintű kognitív és érzelmi gondoskodást észlel. Az a tendencia látszik ugyanakkor kirajzolódni, hogy a gondoskodás elemeiből a közös döntéshozatalra és a páciensek bevonására vonatkozókat a válaszadók mintegy fele egyáltalán nem, kevésbé vagy csak részben észleli.

³⁸ A táblázatban az eredetileg negatív tapasztalatra vonatkozó állítások pozitívan átfogalmazva szerepelnek, ahogyan az elemzésnél is átkódoltam azokat: ennek megfelelően a magasabb pontszámok mindenhol jobb, magasabb szintű gondoskodásra utalnak.

27. ábra A kognitív és érzelmi gondoskodás állításainak értékelése



Megjegyzés: az ábra az adott állítással egyetértők százalékos arányát mutatja

Forrás: Saját szerkesztés

Hogy megvizsgáljam a kognitív és érzelmi gondoskodás kapcsolatát a szubjektív kimenetekkel, minden válaszadóra kiszámítottam a skálához tartozó 15 állítás értékeléseinek számtani átlagát³⁹, ezzel egyfajta „átlagos” kognitív és érzelmi gondoskodás-szintet kaptam; az átlagok 1,33-tól 5-ig szóródtak (N=411). Ezek alapján három csoportot képeztem: közepes vagy rosszabb gondoskodásként definiálom a maximum 3,00-as átlagértékelést adókat (e csoportba a válaszadók 23,1%-a tartozik), megfelelőként a 3,01 és 4,00 közötti átlagos értékeléseket (e csoportba a válaszadók 36,4%-a tartozik), míg kitűnőként az e fölöttieket (e csoportba a válaszadók 40,5%-a tartozik).

Kereszt táblában, Bonferroni próbával vizsgáltam a kognitív és érzelmi gondoskodás és az orvos stílusa közötti kapcsolatot (22. táblázat).

³⁹ Bár az átlagszámítás ordinális skáláknál alapvetően nem helyes, hasonló kutatásoknál (lásd pl. Simon 2010) elfogadott és jelen esetben is értelmezhető.

22. táblázat Az orvos stílusa és kognitív és érzelmi gondoskodása

		Infor- matív	Pater- nalista	Közös döntés	Össz.	
Kognitív és érzelmi gondoskodás	közepes vagy rosszabb	Elemyszám	5 _a	80 _b	7 _{a, b}	92
		Arány az orvosi stíluson belül	10,0%	26,2%	13,0%	22,5%
	megfelelő	Elemyszám	18 _a	116 _a	16 _a	150
		Arány az orvosi stíluson belül	36,0%	38,0%	29,6%	36,7%
	kitűnő	Elemyszám	27 _a	109 _b	31 _a	167
		Arány az orvosi stíluson belül	54,0%	35,7%	57,4%	40,8%
Össz.	Elemyszám	50	305	54	409	
	Arány az orvosi stíluson belül	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%	

Megjegyzés: Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók között a kognitív és érzelmi gondoskodás értékelése tekintetében.

Forrás: Saját szerkesztés

Ezen elemzések alapján megállapítottam, hogy a paternalista stílusú orvosok páciensei mind az informatív stílusnál, mind a közös döntést alkalmazónál szignifikánsan alacsonyabb arányban észleltek kitűnő gondoskodást. Látható még, hogy az informatív orvosok páciensei szignifikánsan alacsonyabb arányban tapasztaltak közepes vagy rosszabb gondoskodást, mint a paternalista orvosok páciensei.

Szintén van eltérés a különböző szintű kognitív és érzelmi gondoskodást kapók között az észlelt minőség dimenziók átlagos értékelésének, valamint az elégedettség vonatkozásában (23. táblázat⁴⁰). Szemléletes, hogy egyetlen olyan válaszadó sem volt, aki közepes vagy rosszabb érzelmi és kognitív gondoskodásban részesült, és az észlelt minőség gondoskodás dimenzióját kitűnőre értékelte – ezen eredmény is jelzi, hogy az észlelt minőség e dimenziója szoros összefüggést mutathat a kognitív és érzelmi gondoskodással. Az észlelt minőség valamennyi dimenziója kapcsán elmondható, hogy arra kiváló értékelést szignifikánsan nagyobb arányban adtak a megfelelő kognitív és érzelmi gondoskodást kapók, mint a közepeset vagy rosszabbat kapók, a kitűnőt kapók pedig mindkét másik csoportnál. Az elégedettség kapcsán megállapítottam, hogy a megfelelő kognitív és érzelmi gondoskodást kapottak szignifikánsan nagyobb arányban elégedettek nagyrészt vagy teljes mértékben az ellátással, mint a közepes vagy rosszabb

⁴⁰ Ezen elemzés valamennyi eredményét bemutató táblázatok a 25. és 26. mellékletekben találhatók; mivel azok igen hosszúk, a 23. táblázat azokról kiemelt eredményeket mutat be.

gondoskodást kapók, míg a kitűnő gondoskodást kapók minkét másik csoportnál szignifikánsan nagyobb arányban elégedettek nagyrészt vagy teljes mértékben. Megállapítható továbbá, hogy az ellátással nem elégedettek több, mint 95%-a közepes vagy rosszabb, míg a teljes mértékben elégedettek mintegy 82%-a kitűnő kognitív és érzelmi gondoskodást tapasztalt.

23. táblázat Kognitív és érzelmi gondoskodás valamint a kiváló minőség észlelése és a teljes mértékű elégedettség

		Kognitív és érzelmi gondoskodás			Össz.
		közepes vagy rosszabb	megfelelő	kitűnő	
Gondoskodást kiválóra értékelők	Elemszám	0 _a	56 _b	151 _c	207
	Arány az orvosi stíluson belül	0,0%	39,4%	93,8%	52,3%
Személyzetet kiválóra értékelők	Elemszám	28 _a	65 _a	145 _b	238
	Arány az orvosi stíluson belül	29,8%	44,5%	86,3%	58,3%
Tárgyi környezetet kiválóra értékelők	Elemszám	20 _a	65 _b	117 _c	202
	Arány az orvosi stíluson belül	21,7%	45,1%	71,3%	50,5%
Időmenedzsmenetet kiválóra értékelők	Elemszám	11 _a	45 _b	117 _c	173
	Arány az orvosi stíluson belül	11,8%	30,8%	70,1%	42,6%
Személyre szabottságot kiválóra értékelők	Elemszám	6 _a	42 _b	87 _c	135
	Arány az orvosi stíluson belül	6,4%	28,0%	52,4%	32,9%
Teljes mértékben elégedettek	Elemszám	2 _a	20 _b	100 _c	122
	Arány az orvosi stíluson belül	2,2%	13,4%	59,9%	29,9%

Megjegyzés: Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk (egy sort nézve) egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző mértékű kognitív és érzelmi gondoskodást kapottak között az észlelt minőség adott dimenziója, illetve az elégedettség értékelése tekintetében.

Forrás: Saját szerkesztés

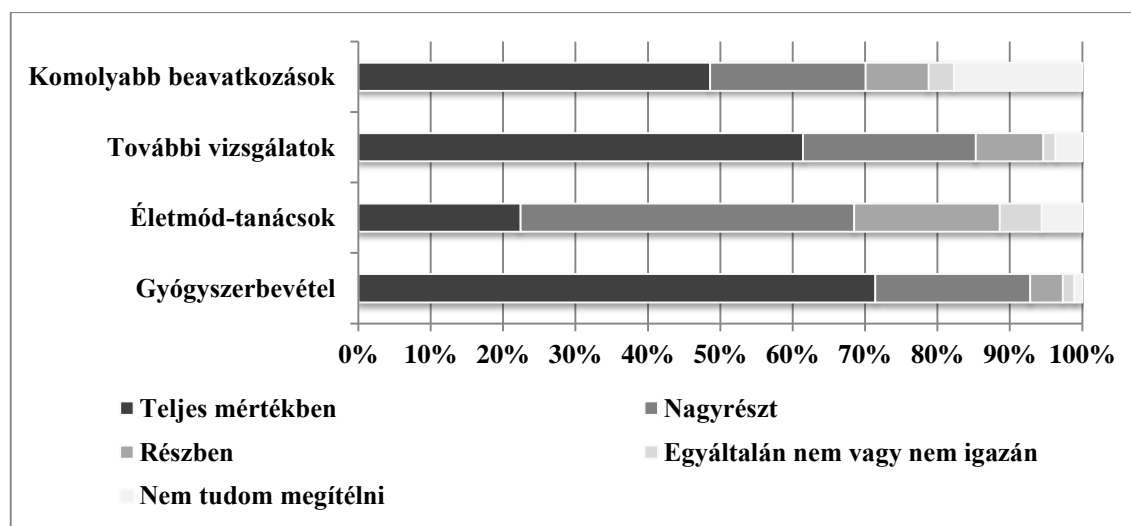
A fenti eredmények tükrében mindhárom ide kapcsolódó hipotézisem elfogadom. Az elemzés alátámasztotta, hogy a paternalista stílusú háziorvosok páciensei nagyobb arányban tapasztalnak csak közepes vagy rosszabb kognitív és érzelmi gondoskodást, mint az inkább betegközpontú stílusú orvosok páciensei (4.1.). Szintén alátámasztottam, hogy magasabb az észlelt minőség egyes dimenzióit kiválóra értékelők (4.2.), valamint a teljes mértékben elégedettek (4.3.) aránya akkor, ha kitűnő a kognitív és érzelmi

gondoskodás. Ezen eredmények tovább erősítik azon korábbi megállapításaimat, mely szerint az orvosi kommunikáció tartalmának és stílusának következménye, a páciens kognitív és érzelmi állapota a konzultációk után befolyásol olyan fontos kimeneteket, mint az észlelt minőség és az elégedettség.

9.5. Az együttműködés, mint köztes kimenet tényezői

Ahogy az korábban ismertettem, a beteg-együttműködést olyan fontos köztes kimenetnek tekintem, amelyen keresztül az orvos-beteg interakciók és azok szubjektív kimenetei az objektív kimenetekre is hatással vannak. Értekezésem ezen alfejezetében tehát azt vizsgálom, hogy a korábban feltárt változók milyen kapcsolatban vannak az együttműködési hajlandósággal a gyógyszerszedés, az életmódtanácsok követése, a további vizsgálatok, valamint a komolyabb beavatkozások területén. Az erre vonatkozó kérdésekre adott válaszokat (N=420) a 28. ábra szemlélteti.

28. ábra Együttműködési szokások



Forrás: saját szerkesztés

Ahogy az ábrán látható, az életmódtanácsok követésének kivételével a válaszadók igen jelentős része teljesen együttműködőnek tartja magát az orvosi javaslatokkal – ez az eredmény egybecseng más kutatások eredményeivel, miszerint a kevésbé együttműködő páciensek aránya az életmód változtatására vonatkozó javaslatok kapcsán alacsonyabb, mint a gyógyszerszedés esetében. A gyógyszerszedésre vonatkozó javaslatok követésében a válaszadók 28,6%-a nem működik együtt teljes mértékben. Ezen arány szintén megfelel a nemzetközi kutatások eredményeinek, ugyanakkor azok között viszonylag alacsonynak számít (Sabaté 2003), valamint megfelel korai kérdőíves

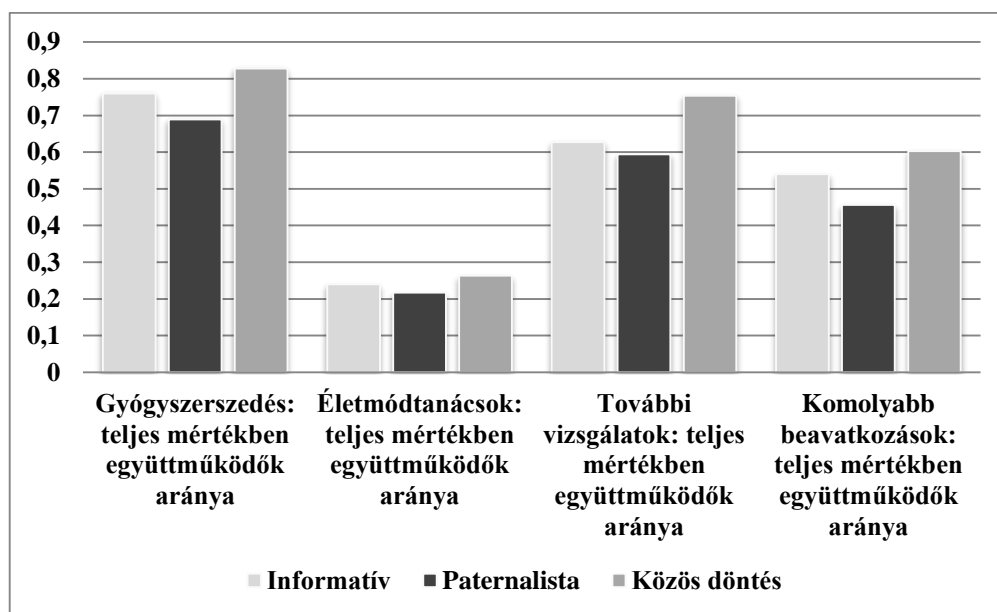
kutatásunk eredményeinek is. Mindez azt jelenti, hogy relatíve magas a kutatásban résztvevők együttműködése – bár ahogyan korábban említettem, az önbevallás szerinti mérés ez esetben nem tekinthető ideális módszernek, a válaszok vélhetően pozitív irányba torzultak.

Szintén korábban írtam arról, hogy alapvetően azon válaszadókat tekintem együttműködőnek, akik teljes mértékben betartják az orvos javaslatait, figyelembe véve ugyanakkor, hogy az együttműködésnek megkülönböztethetünk fokozatait. Ennek megfelelően a nem együttműködő válaszadók alacsony száma miatt az e kérdésekre kapott válaszokat újrakódoltam, így három csoportot különböztetek meg: nem vagy csak részben együttműködőket, nagyrészt együttműködőket, valamint teljes mértékben együttműködőket. Ezen új változók tekintetében vizsgálom az egyéni háttértényezőket, az orvos-beteg interakció és szubjektív kimenetek összefüggéseit.

A koherencia-érzet és egészséghit dimenziók mentén kialakított páciens-szegmensek kapcsán az állapítható meg, hogy a gyógyszerbevétel kapcsán a tudatos előrelátók szignifikánsan ($p=0,05$) magasabb arányban működnek együtt teljes mértékben, mint a tehetetlenek. Ugyanez mondható el a további vizsgálatokkal kapcsolatos együttműködésről is. Az életmódtanácsok esetében, bár mindhárom szegmensnél alacsony a teljes mértékű együttműködés, megállapítható, hogy a tudatos előrelátók nagyobb arányban működnek nagyrészt együtt, mint a tehetetlenek (27. melléklet). Ezen eredmények megfelelnek a páciens-szegmensek profiljainak: a tehetetlenek számára azért is lehetnek rosszabbak a kilátások, mert az együttműködés fontos területein kevésbé tudják vagy akarják követni a javaslatokat – vélhetően kevésbé látják azok hasznosságát. Hipotéziseim sorából látható ugyanakkor, hogy az együttműködést nem csak az egyéntől, de az orvos-beteg interakciótól is nagymértékben függő tényezőnek tekintem, így további elemzéseim e kapcsolatokra irányulnak.

A háziorvos stílusa, valamint az elvárt stílusnak való megfelelés és az együttműködés mértéke között nem találtam szignifikáns kapcsolatot (keresztábra elemzés, Bonferroni próba) (28. melléklet). Érdekes megemlíteni ugyanakkor azt a tendenciát, hogy a paternalista stílusú orvos páciensei között alacsonyabb arányban vannak a teljes mértékben együttműködők, mint a másik két stílust alkalmazó orvosok esetében, az együttműködés valamennyi területén. A legnagyobb különbségek a paternalista és a közös döntés között láthatók (29. ábra).

29. ábra Teljes mértékben együttműködők aránya az orvos észlelt stílusának függvényében



Forrás: saját szerkesztés

Hasonló módszerrel vizsgáltam az észlelt minőség egyes dimenzióinak átlagos értékelése és az együttműködés közötti összefüggéseket. Ezen eredmények alapján az mondható el, hogy az észlelt minőség gondoskodás dimenziójának értékelése fontos e tekintetben: azok, akik a gondoskodást kiválóra értékelték, a gyógyszerbevétel, a további vizsgálatok, valamint a komolyabb beavatkozások kapcsán is szignifikánsan nagyobb arányban ($p=0,05$) működnek teljes mértékben együtt, mint az e dimenzióban alacsonyabb átlagos értékeléseket adók. Ugyanez mondható el a személyzet dimenziójának értékelése és a további vizsgálatokra vonatkozó javaslatokkal történő együttműködés esetében (29. melléklet).

E kapcsolatok további megerősítésére korreláció vizsgálatot is végeztem (Spearman együttható), melynek eredményeit a 24. táblázat mutatja be. Szignifikáns, de alacsony korreláció van tehát az észlelt minőség több dimenziója és az együttműködés formái között; a gondoskodás dimenzió relatív fontosságát a többi között ezen eredmény is jelzi.

24. táblázat Korrelációk az észlelt minőség dimenzióinak átlagos értékelése és az együttműködés típusai között

			Gyógyszer-szedés	Életmód-tanácsok	További vizsgálato- tok	Komolyabb beavat- kozások
Spearman's rho	Gondoskodás	Korr. eh.	,250**	,242**	,242**	,155**
		Szig. (kétold.)	,000	,000	,000	,001
	Személyzet	Korr. eh.	,157**	,195**	,195**	,129**
		Szig. (kétold.)	,001	,000	,000	,006
	Tárgyi környezet	Korr. eh.	,106*	,169**	,169**	,163**
		Szig. (kétold.)	,025	,000	,000	,001
	Idő-menedzsment	Korr. eh.	,101*	,117*	,117*	,106*
		Szig. (kétold.)	,032	,013	,013	,024
	Személyre szabottság	Korr. eh.	,141**	,117*	,117*	,143**
		Szig. (kétold.)	,003	,013	,013	,002

Megjegyzések: ** a korreláció szignifikáns ($p=0,01$, kétoldali)

* a korreláció szignifikáns ($p=0,05$, kétoldali)

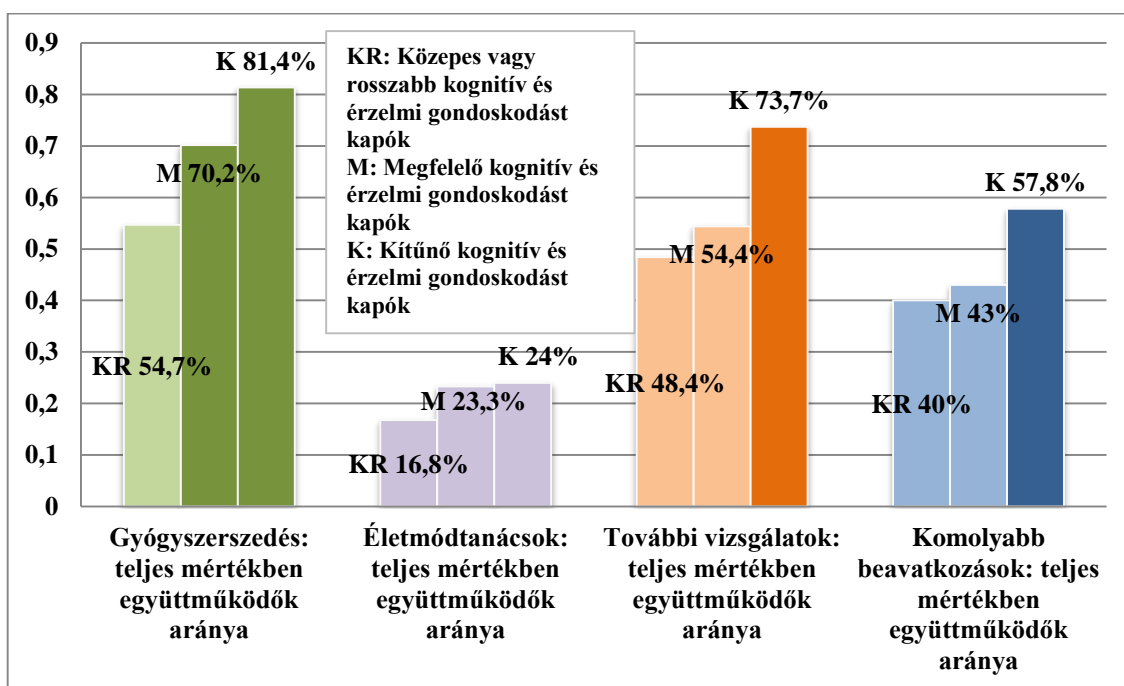
Forrás: saját szerkesztés

Ordinális logisztikus regresszió segítségével is megvizsgáltam, hogy az észlelt minőség faktorainak összességében milyen a magyarázóereje az együttműködést illetően. A kapott adatok a fenti eredmények mentén kialakított várakozásoknak megfelelnek: a Nagelkerke mutató alapján az észlelt minőség dimenziók kombinációja a gyógyszeregyüttműködés varianciájának 13,9%-át, az életmódegyüttműködés varianciájának 9,3%-át, a további vizsgálatokkal való együttműködés varianciájának 11,7%-át, a komolyabb beavatkozásokkal való együttműködés varianciájának pedig 10,9%-át magyarázza (30. melléklet). Összességében az mondható el tehát, hogy van statisztikailag szignifikáns kapcsolat az észlelt minőség és az együttműködés között, ez a kapcsolat azonban gyenge. Ezen eredmény nem meglepő, hiszen várakozásaim szerint is számos tényező befolyásolja az együttműködés mértékét, így nem várható, hogy az észlelt minőség az, amely az együttműködés varianciájának kiemelkedően magas arányát magyarázza – viszont van szerepe benne.

Továbbmenve, nem találtam statisztikailag szignifikáns különbséget az együttműködés mértékében az ellátással eltérő mértékben elégedettek között; a kognitív és érzelmi gondoskodásnak ugyanakkor kimutatható szerepe van, így a továbbiakban az ezzel kapcsolatos eredményeim ismertetem.

Keresztábra elemzés és Bonferroni próba alapján azok, akik megfelelő vagy kitűnő kognitív és érzelmi gondoskodásban részesültek, szignifikánsan magasabb arányban működnek teljes mértékben együtt a gyógyszeresedés tekintetében. A további vizsgálatok elvégzése és a komolyabb beavatkozások tekintetében azok, akik kitűnő kognitív és érzelmi gondoskodásban részesültek, szignifikánsan magasabb arányban működnek teljes mértékben együtt, mint a másik két csoport. Az életmódtanácsokkal való együttműködés vizsgálatánál nem találtam statisztikailag szignifikáns különbségeket, hasonló tendencia azonban itt is megfigyelhető (31. melléklet). Mivel úgy gondolom, az egyes csoportok közötti különbségek tendenciái itt igen látványosak, azokat a 30. ábrán mutatom be.

30. ábra Teljes mértékben együttműködők aránya a kognitív és érzelmi gondoskodás mértékének függvényében



Megjegyzés: az oszlopokcsoportokban a különböző színek jelzik a statisztikailag is szignifikánsan különböző ($p=0,05$) arányokat.

Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények alapján megállapítható tehát, hogy a házi orvos kognitív és érzelmi gondoskodása és a beteg-együttműködés között van kapcsolat; egyértelműen magasabb az együttműködési hajlandóság azok körében, akik a házi orvossal folytatott konzultációról az ott hallott információkat megértve, az interakcióval elégedetten és pozitív érzelmekkel távoznak.

Az eredmények alapján részben fogadom el 5.1. hipotézisem, hiszen az életmódtanácsokkal és a további vizsgálatokra vonatkozó javaslatokkal a tudatosan előrelátók csoportja nagyobb arányban működik teljes mértékben együtt. Az 5.2. és 5.3. hipotéziseim nem tudom elfogadni, hiszen nem találtam statisztikailag szignifikáns összefüggést az orvosi stílusok, illetve az orvosi stílussal kapcsolatos elvárásoknak való megfelelés, valamint az együttműködés mértéke között, bár figyelemreméltó tendencia, hogy a paternalista orvosok páciensei alacsonyabb arányban működnek együtt teljes mértékben az orvosi javaslatokkal. Részben fogadom el az 5.4. hipotézisem, hiszen bár statisztikailag szignifikáns, de gyenge, illetve dimenzióként vizsgálva eltérő erősségű kapcsolatot tudtam kimutatni az észlelt minőség és az együttműködés között. 5.5. hipotézisem az elégedettség és együttműködés összefüggéséről elutasítom. 5.6. hipotézisem ugyanakkor, mely a kognitív és érzelmi gondoskodás tekintetében vizsgálja a kérdést, elfogadom. Úgy vélem, hogy az orvos-beteg interakciónak e vetülete az, amely kiemelt fontosságú az együttműködés kapcsán, hiszen a gyógyszerszedés, a további vizsgálatok, valamint a komolyabb beavatkozások tekintetében a magas szintű kognitív és érzelmi gondoskodást kapók nem csak statisztikailag szignifikáns módon, de igen nagy aránybeli különbséggel együttműködőbbek, mint akik csak közepes vagy rosszabb kognitív és érzelmi gondoskodást tapasztalnak a háziorvosi konzultáció során. Ezen eredményekkel összességében alátámasztottnak vélem azt a feltételezésem, mely szerint a háziorvos-beteg interakció és ennek szubjektív kimenetei az együttműködési hajlandóság moderálásán keresztül hozzájárulhatnak a jobb egészségi, egészségügyi kimenetek létrehozásához.

9.6. Kvantitatív eredmények: összegzés

Kérdőíves megkérdezésem célja az volt, hogy az így kapott adatok alapján, statisztikai módszerekkel is alá tudjam támasztani azon konstruktumok közötti kapcsolatokat, melyeket az elméleti modellemben felvázoltam (és melyekhez hipotéziseim is kapcsolódnak), valamint meg tudjam válaszolni azon kérdéseket, melyeket értekezésem bevezetőjében fogalmaztam meg. Kérdőívem összeállítását e szempontok figyelembevételével végeztem, az irodalomban elfogadott módszerek áttekintése után, ahol lehetséges, azok felhasználásával, ahol szükséges, azok adaptálásával és saját kérdések megfogalmazásával. Úgy vélem, kutatásom megfelelő volt a feltett kérdések vizsgálatára; a 25. táblázat összegző módon mutatja be hipotéziseimhez kapcsolódó eredményeim.

25. táblázat A primer kutatás hipotéziseinek értékelése

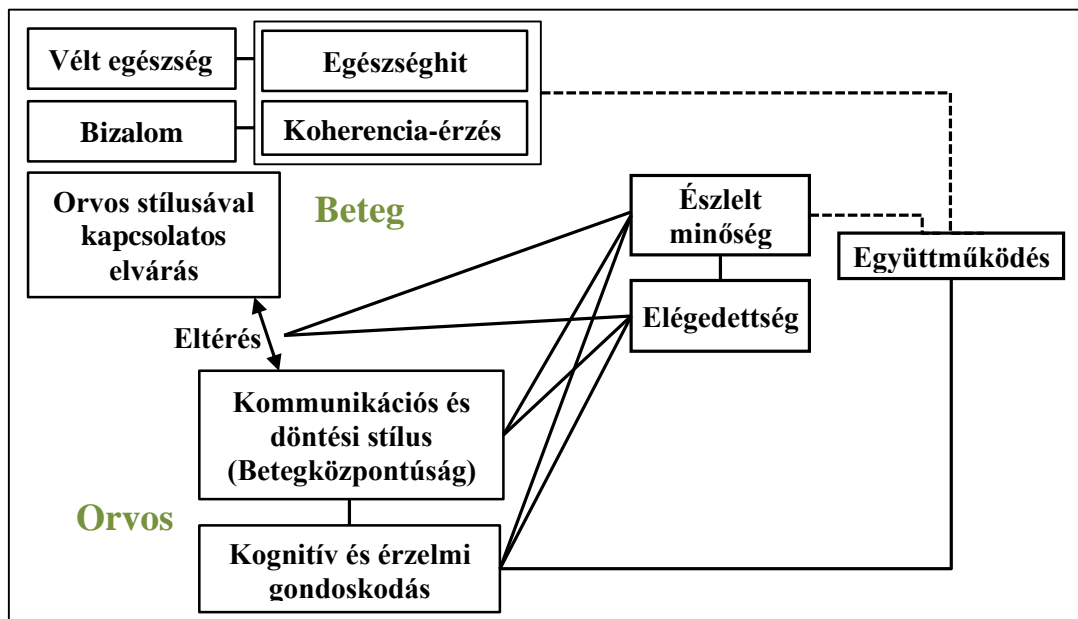
Hipotézis	Értékelés
H1.1. Validálható és értelmezhető a SERVQUAL modell háziiorvosi ellátásra vonatkozó, magyar nyelvű változata.	elfogadva
H1.2. A válaszadók által tapasztalt háziiorvosi ellátás (SERVQUAL modell észlelési skálája) elmarad az ideális ellátástól (SERVQUAL modell elvárási skálája); a kettő különbségeként számított gap-értékek negatívak.	részben elfogadva
H1.3. Magasabb észlelt minőség az ellátással történő magasabb elégedettséggel jár együtt.	elfogadva
H2.1. A vélt egészség és a koherencia-érzet között összefüggés van: magasabb vélt egészség magasabb koherencia-érzettel jár együtt.	elfogadva
H2.2. Validálható és értelmezhető az egészséghit modell magyar nyelvű, általános tartalmú változata.	elfogadva
H2.3. A koherencia-érzet és az egészséghit dimenzióinak alapján egymástól eltérő páciens-szegmensek különíthetők el.	elfogadva
H2.4. Kapcsolat van az így kialakított klaszterekben való tagság és a háziiorvosi ellátással kapcsolatos elvárások (ideális orvos stílusa, ideális beteg stílusa) között.	elutasítva
H2.5. Kapcsolat van az így kialakított klaszterekben való tagság és az orvosba vetett bizalom között.	elfogadva
H2.6. Kapcsolat van az így kialakított klaszterekben való tagság és az együttműködésben	elutasítva
H3.1. Az észlelt stílusok közül a paternalista stílus a domináns.	elfogadva
H3.2. Eltérés van az általánosan ideálisnak tartott és az általában észlelt orvosi stílus között.	elfogadva
H3.3. Az észlelt orvosi stílus és az észlelt minőség között kapcsolat van.	elfogadva
H3.4. Az észlelt orvosi stílus és az elégedettség között kapcsolat van.	elfogadva
H3.5. Az, hogy az orvosi stílus megfelel-e a kommunikációval kapcsolatos elvárásnak, kapcsolatban áll az észlelt minőséggel.	elfogadva
H3.6. Az, hogy az orvosi stílus megfelel-e a kommunikációval kapcsolatos elvárásnak, kapcsolatban áll az elégedettséggel.	elfogadva
H4.1. Paternalista stílusnál alacsonyabb a kognitív és érzelmi gondoskodás.	elfogadva
H4.2. A kognitív és érzelmi gondoskodás mértéke kapcsolatban van az észlelt minőséggel.	elfogadva
H4.3. A kognitív és érzelmi gondoskodás mértéke kapcsolatban van az elégedettséggel.	elfogadva
H5.1. A koherencia-érzet és az egészséghit dimenzióinak alapján kialakított páciens-szegmensek eltérő mértékben együttműködőek.	részben elfogadva
H5.2. Az észlelt orvosi stílus és az együttműködés mértéke között kapcsolat van.	elutasítva
H5.3. Az, hogy az orvosi stílus megfelel-e a kommunikációval kapcsolatos elvárásnak, kapcsolatban áll az együttműködés mértékével.	elutasítva
H5.4. Az észlelt minőség kapcsolatban áll az együttműködéssel.	részben elfogadva
H5.5. Az elégedettség kapcsolatban áll az együttműködéssel.	elutasítva
H5.6. A kognitív és érzelmi gondoskodás mértéke kapcsolatban van az együttműködés mértékével.	elfogadva

Forrás: Saját szerkesztés

Rámutattam, hogy validálható és értelmezhető az egészséghit modell és az észlelt minőség SERVQUAL megközelítésű modelljének általam egészségügyi (háziorvosi) ellátásra adaptált változata; ezek további kutatásokban kisebb módosításokkal alkalmazhatók. Megállapítottam, hogy az észlelt minőség értelmezésében a SERVPERF megközelítés (azaz csak az észlelt teljesítmény vizsgálata) ideálisabb lehet, mint az elvárások és észlelések közötti diszkonfirmáció, így elemzésem során magam is e megközelítést használtam a továbbiakban. Fontos eredménynek tartom, hogy szignifikáns összefüggésekre mutattam rá az észlelt minőség dimenziók – különös tekintettel az általam gondoskodásnak elnevezett -, az elégedettség, az észlelt orvosi kommunikációs és döntéshozatali stílusok, a háziorvos kognitív és érzelmi gondoskodása, valamint a beteg-együttműködés mértéke tekintetében.

Eredményeim segítségével – hipotéziseim mentén – elméleti modellem módosítom, így felvázolom a háziorvos-beteg interakció tényezőinek és következményeinek modelljét (31. ábra).

31. ábra Az orvos-beteg interakció tényezői és szubjektív kimenetei



Megjegyzés: folytonos vonal jelöli az elfogadott, szaggatott vonal a részben elfogadott hipotézisek mentén felvázolható összefüggéseket.

Forrás: Saját szerkesztés

Ahogy a 31. ábrán látható, megállapítottam, hogy a páciensek egészségmagatartása értelmezhető az egészséghit modell és a koherencia-érzés keretében, és három szegmenst különböztettem meg: próbálkozó, tudatos előrelátó és tehetetlen. A domináns jelentőséggel bíró különbség e csoportok között a saját teljesítmény és az

észlelt előnyök tekintetében van: míg a tudatos előrelátók átlagos egészségi állapota jó, tesznek is ennek megőrzéséért és hisznek ennek hasznosságában. A próbálkozók által az egészségtudatos magatartás észlelt előnyei alacsonyabbak – de jelen van náluk e magatartás, míg a tehetetleneknél nincs, és az átlagosnál kevésbé látják ennek előnyeit. Egészségi állapota is vélhetően ez utóbbi csoportnak a legrosszabb. Ezen egészségmagatartásra vonatkozó szemlélet (mely demográfiai változóktól független) kapcsolatban áll az orvosba vetett bizalommal, az orvosváltási hajlandósággal, valamint a beteg-együttműködéssel is, az orvos életmódra és további vizsgálatokra vonatkozó tanácsaival kapcsolatban.

Nem csak az egészségmagatartás, hanem az egészségügyben tapasztalt magatartás egyes területei is jellemezhetők tehát a fenti szegmensek alapján. Számomra némileg meglepő eredményként e szemlélettől függetlenül létezik ugyanakkor a páciensek elvárása az orvos kommunikációs és döntéshozatali stílusával kapcsolatban (itt három stílust különböztetek meg a betegközpontúság és a beteg döntésbe való bevonása alapján: paternalista, informatív és közös döntés). A válaszadók körülbelül azonos aránya igényel paternalista stílust vagy közös döntést, míg mintegy egyötödük informatív stílust. Azon feltételezés, melyet a téma irodalmi feldolgozása alapján fogalmazhatunk meg, miszerint a páciensek a betegközpontú kommunikációt igénylik, részben igazolódott, hiszen bár többségükre valóban ez jellemző, igen nagy arányban vannak olyanok is, akik a paternalista stílust részesítik előnyben. Ezen eredmény alapján a közös döntés rendszerszintű támogatása tehát nem egyértelműen ideális megközelítés, a hangsúlyt érdemes inkább az orvosok rugalmasságára fektetni, hogy meg tudjanak felelni a páciensek bevonódásra vonatkozó igényeinek. Eredményeim alapján a háziorvosok többsége paternalista stílusú, és azt is megállapítottam, hogy a háziorvosok stílusa az esetek mintegy felében nem felel meg az ideálisnak tartott stílusnak. Ez azért is probléma, mert az észlelt minőséggel és az elégedettséggel nem csak a tapasztalt orvosi stílus van összefüggésben, hanem az is, hogy az orvos stílusa megfelel-e az igényeltnek. Fenti megállapításomat, mely szerint sok páciens igényli a paternalista stílust, és ezért nem egyértelműen a közös döntés támogatandó, árnyalja ugyanakkor, hogy a paternalista stílusú orvosok páciensei azok, akik kevésbé elégedettek és alacsonyabb az általuk észlelt minőség a vizsgált dimenziókban. Ennek oka lehet az is, hogy e csoportban vannak a legtöbben azok közül, akik számára a tapasztalt stílus nem felel meg az ideálisnak tartott stílusnak. Az észlelt minőség témaköréhez érkezve

megállapítottam, hogy azt öt dimenzióban értelmezhetjük, melyek a gondoskodás, a személyzet, a tárgyi környezet, az időmenedzsment valamint a személyre szabottság. Az észlelt minőséggel kapcsolatos összefüggések vizsgálatánál szembetűnő, hogy a legtöbb állítást tartalmazó, az empátiára, a betegigényekre való reagálásra, a megbízhatóságra és a biztonságérzetre épülő, általam gondoskodásnak elnevezett dimenzió az, amelynek szerepe a legfontosabb az egyéb szubjektív kimenetek tekintetében. Rendkívül fontosnak bizonyult ezek mellett a házi orvos kognitív és érzelmi gondoskodása, hiszen megerősítést nyert, hogy a konzultációról pozitív érzelmi állapotban és az információkat megértve kijövő páciensek nagyobb arányban elégedettek és észlelik kiváló minőségűnek az ellátást, mint azok, akiknél a kognitív és érzelmi gondoskodás kevésbé tapasztalható. Az orvos stílusának itt is van jelentősége: paternalista orvosoknál alacsonyabb ez a fajta gondoskodás, mint a beteg-központúbb orvosoknál.

Irodalmi adatok támasztják alá, hogy a megfelelő kommunikációt tapasztaló és az együttműködő páciensek objektív kimenetei jobbak lehetnek, mint azoké, akiknél e tényezők nem kielégítőek. E kapcsolat feltárására egy kérdőíves kutatás nem alkalmas, így e kapcsolatokra csak az irodalmi feldolgozás alapján mutathatók rá. Megvizsgáltam ugyanakkor, hogy az általam szubjektív kimenetekként meghatározott konstruktumok, az észlelt minőség, az ellátással való elégedettség, az orvos stílusával való elégedettség, valamint a kognitív és érzelmi gondoskodás milyen kapcsolatban vannak az önbevallás segítségével mért beteg-együttműködéssel, mely egyfajta moderátor tényezője lehet az objektív kimeneteknek, így azt modellemben kvázi kimeneti tényezőnek tekintem. Megállapítottam, hogy a teljes mértékben való együttműködésben (az orvosi javaslatok különböző területein) mind az észlelt minőségnek és annak dimenzióinak, mind az orvos észlelt kommunikációs és döntéshozatali stílusának (valamint, ahogyan korábban említettem, a páciens egyéni tényezőinek) is van kisebb szerepe. Egyértelmű ugyanakkor a kognitív és érzelmi gondoskodás fontossága e tekintetben: azok, akiknél ez magas szinten van, egyértelműen nagyobb arányban működnek teljes mértékben együtt házi orvosuk javaslataival.

Az eredményekből az is látható, hogy a házi orvos kommunikációs stílusa nem csak önmagában, de a többi szubjektív kimeneten (és elsősorban a kognitív és érzelmi gondoskodáson) keresztül is összefügg az együttműködéssel. Ezen eredmények, úgy gondolom, egyértelműen alátámasztják, hogy az orvos-beteg kommunikációval és a páciensek tapasztalataival érdemes foglalkozni, mert e kimeneteknek fontos

következményei lehetnek a gyógyulási-gyógyítási folyamatban, melynek nemcsak egyéni, de rendszerszintű következményei is vannak.

10. Összegzés és kitekintés

E disszertáció megírásával egy hét éves kutatási folyamat igen fontos állomásához értem. Kutatásaimat az egészségügyben észlelt kompetenciák és kockázaterzet témakörében kezdtem, még egyetemi hallgatóként, egy kutatócsoport tagjaként, majd fokozatosan váltam önállóvá, és folytattam kutatásaimat. Ennek során vizsgált témám valamelyest módosult – a komplexitása pedig nőtt. Az egészségügyi ellátások vizsgálata olyan szerteágazó témakör, melynek értekezésemben bemutatott kutatásával csak egy szeletét – kiemelten páciens-szemponútú szeletét – tudtam megragadni. Már e részterület vizsgálatához is interdiszciplináris szemléletre volt szükségem, és mind szekunder, mind primer kutatásaim ebben a szellemben végeztem.

Disszertációmban az orvos-beteg interakciót gazdasági, marketingszemponútú, magatartástudományi és gazdaságpszichológiai vetületben elemeztem. Alapfeltevésem az volt, hogy ezen – elsősorban egészségügyinek tekintett – témakör vizsgálatára társadalmi és gazdasági szempontból is szükség van, hiszen ha az ellátást igénybe vevők egészséggel és egészségmagatartással kapcsolatos szemlélete, valamint az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció javítja az ellátás észlelt minőségét, a beteg-elégedettséget és így módon, valamint az együttműködés javításán keresztül hozzájárul az egészség fenntartásához, a gyógyítási-gyógyulási folyamatok javításához, a páciens-biztonsághoz, a visszaesések, kórházi felvételek, komolyabb beavatkozások csökkentéséhez, annak számszerűsíthető következményei is vannak. A folyamatosan finanszírozási problémákkal küzdő egészségügyben pedig érdemes megvizsgálni, milyen lehetőségek vannak a minőség innovatív javítására.

Értekezésem 2. fejezete egyfajta alátámasztásként szolgált arra, miért fontos (gazdasági szempontok miatt is) foglalkozni az egészség és az egészségügy témaköreivel; áttekintettem az ide kapcsolódó fogalmakat és tendenciákat, valamint bemutattam a minőség egészség-gazdaságtani megközelítést, felvetve, hogy a páciensek, mint az ellátás igénybevevőinek észlelései a minőség meghatározásában a megközelítések többsége szerint is fontosak. A 3. fejezetben ezért az észlelt minőség fogalomkörével és mérésének lehetőségeivel foglalkoztam, a szolgáltatásmarketing tudományágának megközelítésében. A 4. fejezetben tértem ki azon egyénhez kapcsolódó pszichológiai

háttértényezők és modellek (vélt egészség, koherencia-érzet, egészséghit) bemutatására, melyeknek fontos szerepe lehet az egyén egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos döntéseiben. Az 5. fejezetben ismerttettem az orvosi kommunikáció és az orvos-beteg kapcsolat modelljeit: a paternalista és az informatív stílust, valamint részletesebben a közös döntést, mivel az irodalomban ez utóbbit tekintik ideálisnak. Kitértem a felek közötti bizalom kérdésére, valamint a kapcsolat és a kommunikáció kimenetekre gyakorolt hatására, megállapítva, hogy a korábbi kutatások egy része alátámasztotta, hogy van kapcsolat az orvos-beteg kommunikáció milyensége és a gyógyulási-gyógyítási folyamat sikeressége között. A 6. fejezetben foglalkoztam a beteg-együttműködés fogalmával, számba véve a rá ható tényezőket és annak potenciális következményeit, ezt ugyanis olyan moderáló változónak tekintettem, amely számomra is mérhető módon kapcsolható az objektív kimenetekhez. A szekunder kutatás eredményeinek ismertetése során fokozatosan vezettem be azokat a konstruktumokat, amelyek végső kérdőíves megkérdezésemben szerepet játszottak, és fokozatosan építettem fel kutatásom elméleti modelljét. Értekezésem 7. fejezetében olyan korábbi kutatási eredményeket ismerttettem, melyek az általam önállóan és egy kutatócsoportban végzett felmérésekhez kapcsolódnak e témakörben, és melyeknek fontos szerepe volt abban, hogy hozzájáruljanak végső kutatási modellem és hipotéziseim megfogalmazásához, valamint kvantitatív, kérdőíves kutatásom módszertanának kialakításához. Emellett ugyanakkor magával a témával kapcsolatban is fontos következtetéseket fogalmazhattam meg. A 8. fejezetben mutattam be kutatásom teljes elméleti modelljét és hipotézis-csoportjaimat, melyek az irodalmi előzményeket bemutató fejezetekhez kapcsolódtak. Itt ismerttettem kérdőíves kutatásom módszertanát és mintámat is. A 9. fejezetben e kutatás eredményeit mutattam be a hipotézisek megfogalmazásának logikai sorrendjében, majd az eredmények összegzéseként felvázoltam az orvos-beteg interakció tényezőinek és következményeinek modelljét.

10.1. Főbb eredmények

Elméleti szempontból értékes eredménynek tekintem az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció folyamatának interdiszciplináris szempontú bemutatását és egy olyan elméleti kutatási modell létrehozását, melyben korábban tudomásom szerint együttesen nem vizsgált konstruktumok kaptak helyet: a koherencia-érzés, az egészséghit, az orvosi kommunikációs stílusok, a kognitív és az érzelmi gondoskodás, az észlelt minőség, valamint az együttműködés. Bár értekezésemben nem volt lehetőségem arra, hogy

empirikus módon alátámaszom ezen elméleti modell valamennyi összefüggését (különös tekintettel az objektív kimenetek, azaz adott esetben tapasztalható egészségmegtartás vagy gyógyulás tényezőire), bízom benne, hogy az megfelelő kiindulópontként szolgálhat jövőbeni kutatások számára is.

Korábbi primer kutatásaim fontos eredményének tartom a naplós megkérdezés módszertanának tesztelését, az arra való rámutatást, hogy részben strukturált, egyalkalmas naplókkal is jól vizsgálhatók az orvos-beteg interakciók.

Kérdőíves kutatásom során sor került olyan modellek általam kialakított skáláinak validálására, melyek magyar nyelven, az egészségügy kapcsán korábban tudomásom szerint nem történtek meg:

- az egészségmagatartás vizsgálatához egy általános szempontú egészséghit modellt mérő skála;
- a háziorvosi ellátás észlelt minőségének vizsgálatához a SERVQUAL megközelítés adaptálása;
- a háziorvosi kognitív és érzelmi gondoskodás mérésének skálája.

Úgy vélem, további kutatásokban kisebb, igény szerinti módosításokkal valamennyi eszköz használható. Ez azért fontos, mert az egészségügy kutatásakor érdemes külön vizsgálni az egyes ellátói szinteket és ellátási területeket; az észlelt minőség és a kognitív és érzelmi gondoskodás mérésére a későbbiekben nem csak háziorvosi ellátás kapcsán kerülhet sor.

Hipotéziseim elfogadásáról vagy elutasításáról (azok viszonylag magas száma miatt) rendre a hozzájuk kapcsolódó eredmények ismertetésekor írtam. Azok közül összesen 16-ot fogadtam el teljes mértékben, 3-at részben, míg 5-öt kellett elutasítanom. Új eredménynek tekintem, hogy a koherencia-érzés és az egészséghit dimenziók felhasználásával olyan, egyes demográfiai változóktól függetlenül létező páciens-szegmenseket különítettem el egymástól, melyek vélhetően nagyban különböznek egymástól egészségmagatartásuk és egészségügyben való részvételük tekintetében. Ez azért fontos, mert alátámasztja, hogy nemcsak demográfiai változók mentén érdemes fókuszálni az egyes csoportokra az egészség fejlesztését célzó kampányok során. Kvantitatív kutatásom eredményeinek alapján megállapítható, hogy a modellemben vizsgált konstruktumok között valóban szerteágazó kapcsolat van, és összességében egyértelműen alátámasztották azon alapfeltevésemet, mely szerint érdemes közös

keretben vizsgálni az orvos-beteg kapcsolatot, a páciensek háttértényezőit, az észlelt minőséget, valamint az együttműködést. Alátámasztottam, hogy a kognitív és érzelmi gondoskodás és az észlelt minőség egyes dimenziói közvetlenül, ezeken keresztül az orvos által dominált konzultációs és döntéshozatali stílus és a betegelégedettség közvetetten összefügg a beteg-együttműködéssel.

Eredményeim alapján, öt hipotézis-csoportomhoz kapcsolódva öt tézist fogalmazok meg.

1. tézis: a háziorvosi ellátás funkcionális minősége a páciensek ellátással kapcsolatos észleléseiként értelmezhető, az orvosi gondoskodás, a személyzet, a tárgyi környezet, az idő-menedzsment és a személyre szabottság dimenzióiban.

2. tézis: a koherencia-érzet és az egészséghit modell észlelt fenyegetettség, észlelt előnyök, észlelt korlátok és saját teljesítmény dimenziói alapján páciens-szegmensek különíthetők el, melyek eltérnek egymástól olyan változók tekintetében, melyek kapcsolódnak az egészségügyi ellátás során tanúsított magatartáshoz.

3. tézis: az orvos kommunikációs és döntéshozatali stílusa, valamint e stílus megfelelése az ideálisnak tartott stílusnak összefügg a háziorvosi ellátás észlelt minőségének értékelésével és a betegelégedettséggel.

4. tézis: az orvos stílusához is köthető kognitív és érzelmi gondoskodás nyújtása összefüggésben van a páciensek által észlelt minőséggel és elégedettségükkel.

5. tézis: a teljes mértékű beteg-együttműködés mértéke közvetlen vagy közvetett módon összefügg a szubjektív kimenetekként meghatározott konstruktumokkal (közvetlen módon az észlelt minőséggel és a kognitív és érzelmi gondoskodással), valamint egyéni tényezőkkel is.

10.2. Kutatási korlátok

Kutatásom korlátjaként fontos megemlíteni a kérdőíves megkérdezésem mintaválasztásából és a használt módszertanból eredő korlátokat. Mivel mintaválasztásom nem volt véletlenszerű, ezért a nemre és életkorra való súlyozás után is maradtak olyan változók, melyekben mintám nem tekinthető reprezentatívnak.

Módszertani korlátnak tekinthető, hogy nem egyértelműen elfogadott skálák mentén mértem az egészséghit dimenzióit, az észlelt minőséget és a kognitív és érzelmi gondoskodást (mivel ilyenek alapvetően nem léteztek), így eredményeim

összehasonlíthatósága más kutatásokkal limitált. A beteg-együttműködés mérésére kutatásomban csak önbevallás segítségével volt lehetőségem, melyet a visszaemlékezési hibák, valamint a válaszadói megfelelési vágy torzíthatott.

További korlát, hogy a megkérdezés tárgya a háziorvosi ellátás volt, így az eredmények nem csak a minta tulajdonságai, hanem az ellátási terület korlátozottsága miatt sem általánosíthatók az egészségügyi ellátás teljes területére.

Elemzési módszertanomból következik, hogy bár számos összefüggésre rámutattam, az azok közötti ok-okozati viszony nem egyértelmű.

E korlátok kiküszöbölése további kutatások során, megfelelő erőforrások rendelkezésre állása esetén úgy gondolom, megoldható.

10.3. Javaslatok és további kutatási irányok

Úgy vélem, elért eredményeim segítségével alátámasztottam, hogy fontos a témakör vizsgálata, így érdemes feltárni, milyen lehetőségek vannak az orvosi (háziorvosi) gondoskodás és orvos-beteg kapcsolat javítására. Ennek megvalósíthatóságát elsősorban a magatartástudományok és a kommunikáció oktatásában látom az egyetemi orvosképzésben és az orvosok továbbképzésében: fontosnak tartanám az ilyen jellegű tárgyak, valamint a gyakorlatjellegű oktatás nagyobb hangsúlyát a felsőbb évfolyamokon. A már praktizáló orvosok szokásait vélhetően igen nehéz megváltoztatni, a jövő orvosainak attitűdjei és kommunikációs gyakorlata azonban jobban alakítható, így hosszú távon lehetővé válhatna a betegközpontú kommunikáció és a közös döntés alkalmazása, hatékonyabbá téve az ellátást, javítva a betegelégedettséget, az ellátás funkcionális minőségét és az együttműködést, ezzel visszaeséseket, kórházi felvételeket, súlyosabb egészségügyi kimeneteket elkerülve.

A beteg-együttműködés szabályozása a közelmúltban a törvényi szabályozás szintjén is hangsúlyt kapott: bizonyos krónikus betegségekből adott gyógyszerek után adott támogatás a beteg-együttműködéstől is függhet (melyet a törvény az alábbiak szerint definiál: „a beteg egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlásoknak megfelelő viselkedése a gyógyszeresedés, táplálkozás és életvitel területén” (2011. évi CLXXVI. tv.)). E törvény talán legismertebb folyománya az a cukorbetegeket érintő rendelet (25/2012 NEMFI), melynek lényege, hogy a beteg csak akkor kaphat modern analóg inzulint a korábbiaknak megfelelően, ha meghatározott mérésekkor az átlagos vércukorszintje a kívánatos értékek alatt marad, feltételezve, hogy ennek hiánya a beteg

nemtörődömségéből fakad. A rendeletet ért orvos-szakmai kritikák ismertetésétől jelen esetben eltekintek, ugyanakkor arra hívom fel a figyelmet, hogy eredményeim szerint a beteg-együttműködésben igen fontos szerepe van az orvosnak, a tőle kapott kognitív és érzelmi gondoskodásnak, azaz annak, az orvos mennyire tudja a beteg számára érthető módon átadni az állapotával és a kezeléssel kapcsolatos információkat és pozitív érzelmi állapotot indukálni. Az együttműködésnek tehát nem csak betegtől, de orvostól függő tényezői is lehetnek – a gyakran túlterheltséggel, időhiánnyal küzdő ellátóknak tehát e szempontokat is figyelembe kell(ene) venniük, melyet a rendszer felépítése és működése jelenleg nem támogat.

Kutatásom egyes eredményei a társadalmi marketing szempontjából is fontosak lehetnek. Az egészségügyi interakciók elemzésekor mindannyiszor a társadalmi marketing működését tapasztaljuk, amikor olyan befolyásoló tevékenységről van szó, melynek célja nem klasszikusan a fogyasztó vonzása és megtartása (például amikor egy új orvos meghatározza, hol nyissa meg az új rendelőjét és milyen dizájnt alkalmazzon), hanem más stakeholderek problémájának megoldása. Tehát marketing kap szerepet akkor, amikor egy potenciális tranzakció legalább egy résztvevője valamilyen kívánt reakciót kíván elérni a többi résztvevőnél (Kotler és tsai 2008). Röviden megfogalmazva az egészségüggyel összefüggő társadalmi marketing hagyományos marketing stratégiákat alkalmaz a közegészség javításának céljával (Evans 2006). Véleményem szerint felmerülhet a kérdés, vajon vannak-e olyan esetek, amikor a társadalmi marketing megközelítés alkalmazható az orvos-beteg kommunikációra? Hogy e kérdést megválaszoljam, Andreasen (1994) definícióját vettem alapul, aki szerint a társadalmi marketing nem más, mint a profitorientált szférában is használt marketing technikák alkalmazása olyan programoknál, amelyeket azért hoznak létre, hogy befolyásolják egy célcsoport önkéntes viselkedését, ezzel javítva személyes jólétüket és azért a társadalomét is, amelynek tagjai. Úgy gondolom, e definíció alapján léteznek olyan tranzakciók az orvos-beteg kapcsolatban, amelyek társadalmi marketing jellegűek. Evans (2006) szerint a társadalmi marketingnek léteznek közvetített, interperszonális kommunikáció által működő formái, például egészségügyi dolgozók közvetítésével, hiszen ők elismerten megbízható információforrások. Így tehát tekinthetjük az orvos-beteg konzultációt az információ- és tudásátadás egy csatornájának. A betegközpontúság és a betegrésztvétel növekvő igénye jelzi, hogy növekszik a „marketing eszköznek” tekinthető módszerek használata is. Mindez magában foglalja a

célcsoport igényeinek és észleléseinek megértését és az üzeneteknek a fogadói sajátosságokhoz való igazítását, vagy a viselkedésbeli változások (pl. gyógyszeresedés, életmódbeli változtatások) elérésének célját – a lehető legalacsonyabb költséggel. A szegmentáció fontosságára az egészségkommunikációban a szociális marketing hívta fel a figyelmet. Az egészségstílus kifejezés az életstílusnak egészséggel összefüggő részeit jelenti, viselkedési minták, kogníciók, és társas jellemzők írják le (Slater és Flora 1991). Kutatásom eredményei alapján megállapítottam, hogy az egészséghit és a koherencia-érzés mentén olyan vélhetően eltérő egészségstílussal rendelkező fogyasztói csoportok definiálhatók, amelyek a társadalmi marketing kampányokban is eltérő célcsoportokat jelenthetnek, hiszen olyan befogadói sajátosságokat különböztetnek meg, mint az alternatív tevékenységek előnyeinek vagy a saját cselekvés hatásosságának észlelése. Másképp lehet érdemes kommunikálni azok számára, akik eleve tudatos előrelátóknak tekinthetők (ők vélhetően fogékonyabbak az egészségtudatossággal kapcsolatos kampányokra), mint azoknak, akik a tehetetlenek csoportjába tartoznak (e csoport és náluk változás elérése vélhetően nehezebb). A társadalmi marketing legfontosabb „termékei” az orvosi rendelőkben az orvos által bátorítandó viselkedésminták, egészséges életmóddal kapcsolatos változtatások javaslata. Erre jó példát jelentenek az együttműködési (ún. compliance) programok, amelyek célja, hogy a páciensek nagyobb mértékben kövessék az egészségügyi szakemberek javaslatait. Szintén megemlíthetők az olyan országos programok, mint például az „Éljen 140/90 alatt” elnevezésű, a magas vérnyomás elleni küzdelem részeként hirdetett program. Ahogyan eredményeim alapján rámutattam, nem csak a célcsoport sajátosságai fontosak ugyanakkor e tekintetben sem, hanem az is, hogy ki adja ezeket az információkat. A társadalmi marketing programok fontos szereplői lehetnek az egészségügyi szakemberek, mint megbízható információforrások a páciensek számára, azonban e szerep hatékonysága nem csak a szakértelemtől, hanem az együttműködésre való hajlandóságtól is függ; a kiváló gondoskodást nyújtó orvosok hatásosabb partnerek lehetnek társadalmi marketing kampányokban.

Véleményem szerint az együttműködés javítása, ezáltal az egyéni és társadalmi jóléthez való hozzájárulás egyes esetekben könnyebben megvalósulhatna az ellátórendszerben, ha széleskörű programok, és azok részeként kampányok támogatnák az orvosokat, strukturált iránymutatást adva az adott célcsoport viselkedésének befolyásolásához. Társadalmi marketing programok támogatást adhatnak az orvosoknak azzal, hogy

megmutatják azokat a „best practice”-eket, amelyekkel elérhető a kívánt hatás, például amikor túlsúlyos gyermekeknek javasolnak életmód-változtatást, ugyanakkor szembe kell nézniük a környezeti versennyel (pl. élelmiszer-reklámokkal) (Andreasen 2006). Az természetesen további kutatások tárgya, hogy egyes pácienscsoportok milyen preferenciákkal rendelkeznek a témát illetően.

Ahogy összegzésem felvezetésében említettem, fontos állomáshoz értem tehát kutatásom során – ez azt is jelenti, hogy kutatásaim nem tekintem befejezettnek.

Kérdőíves megkérdezésem felépítésének köszönhetően a kapott adatok vélhetően alkalmasak strukturális statisztikai elemzésre vagy útelemzésre, melyhez komolyabb statisztikai felkészültség szükséges, segítségével azonban ok-okozati viszonyok is feltárhatók lesznek az egyes konstruktumok között.

Fontosnak tartom az egészségügyi ellátás egyéb területein (tehát nem csak háziorvosi ellátás, hanem szakellátás vagy fekvőbeteg ellátás) is megvizsgálni az orvos-beteg interakció kimeneteit. Az ilyen vizsgálatok egyrészt az általam összeállított skálák további validálására is alkalmasak lehetnek, emellett fontos információkat nyújthatnak az orvos-beteg kommunikáció fontosságáról az egyes ellátási területeken.

További kutatási irányként határoztam meg annak felderítését is, hogy az egészséghit és koherencia-érzés mentén szegmentált csoportoknak milyen további specifikusan rájuk jellemző, a társadalmi marketing számára is felhasználható sajátosságai lehetnek.

Szintén további kutatás témája az orvosképzésben a kommunikációs tárgyak oktatásával kapcsolatos attitűdök feltárása. Ehhez az ún. CSAS (Communication Skills Attitude Scale – kommunikációs készségekkel kapcsolatos attitűdök skálája) eszközt (Rees és tsai 2002) (illetve annak magyar nyelvre adaptált változatát (Tóth és tsai 2011)) alkalmazom, melyet kifejezetten orvostanhallgatók számára fejlesztettek azzal a céllal, hogy felmérjék attitűdjeiket a kommunikációval kapcsolatos tárgyak oktatásával kapcsolatban. A kérdőív felvétele a SZTE elsőéves orvostanhallgatói között megtörtént, a továbbiakban az ötödévesek általi kitöltést és az eredmények korábbi kutatásokkal történő összehasonlító elemzését tervezem.

Kutatásommal úgy gondolom, hozzájárultam az orvos-beteg kapcsolat átalakulás és az orvos-beteg együttműködés fontosságának elismeréséhez, alátámasztva, hogy „a betegek elégedettségét (amely egyaránt meghatározója lehet az orvosválasztásnak, a

terápiakövető magatartásnak, de akár az orvosi perek arányának is) jelentős részben az orvos-beteg kommunikáció határozza meg” (Pilling 2004, 87. o.).

A páciensek igényeinek megfelelő stílus kialakításának, bár ideálisnak tűnik, gyakorlati megvalósítása igencsak nehéz lehet, köszönhetően akár a kulturális vagy intézményi hagyományoknak, akár az orvosok túlterheltségének és az egyes páciensekre fordítható idő rövidegének – ehhez rendszerszintű szemléletváltásra volna szükség.

Bár egyre szélesebb körben elismert a kommunikáció jelentősége (ehhez járul hozzá értekezésem is), az empirikus kutatásoknak számos korlátja van, melyek kiküszöbölése megoldásra vár. Ezek közül, úgy gondolom, a legfontosabb az ok-okozati viszony feltárásának képessége. Míg a kommunikáció és a kimenetek közvetlen összekapcsolása nehézségekbe ütközik, az együttműködés hatásainak értékelésére számos módszer és eredmény született. Mindez indokolja, hogy a témával továbbra is foglalkozzunk.

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom témavezetőmnek, Dr. Málovics Évának, aki még egyetemi hallgatóként bevont szakcsoportja munkájába, irányt mutatott kutatásomnak, és doktori tanulmányaim és munkám során mindvégig támogatott.

Köszönettel tartozom Prof. Dr. Hámori Baláznak, amiért a Doktori Iskola Gazdaságpszichológiai Kutatóműhelyének vezetőjeként nagyban segítette munkám elkészültét. Ugyancsak köszönöm műhelytársaimnak a közös gondolkodás, tapasztalatcsere folyamatát, melyek folyamatosan segítettek a kutatásban való továbblépésben, valamint Dr. Kiss Gábor Dávidnak a szünni nem akaró biztatását.

Sokat köszönhetek azoknak, akik a kutatásom különböző fázisaiban szakmai segítséget és iránymutatást adtak: Prof. Dr. Veres Zoltánnak, Dr. Barabás Katalinnak és Dr. Hetesi Erzsébetnek. Köszönöm Farkas Gergelynek, Kazár Klárának és Dr. Kovács Péternek, hogy mindannyiszor segítettek, amikor a statisztikai feldolgozással kapcsolatos kérdéseimmel kerestem őket, és Megyeri Eszternek értékes javaslatait.

Szeretnék köszönetet mondani férjemnek, Dr. Kincses Zoltánnak, szüleimnek, húgomnak és családtagjaimnak, amiért folyamatos támogatásukkal hozzájárultak kutatásaim folytatásához és disszertációm megírásához. Nekik és barátaimnak is köszönöm, hogy a doktori kutatásom éveit nem csak szakmai szempontból tarthatom felejtethetetlennek.

A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/1-11-1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése országos program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

Felhasznált irodalom

- Abraham, C., Sheeran, P. (2005): The Health Belief Model. In: Conner, M., Norman, P. (szerk.): *Predicting health behavior*. Open University Press, Berkshire: 28-80.
- Andreasen, A. R. (1994): Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 1994/13: 108-114.
- Andreasen, A. R. (2006): *Social marketing in the 21st century*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Antonovsky, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36/6: 725-733.
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005): *Complaints Management Handbook for Health Care Services*.
<http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/docs/complaints/ACSQHC%20complntmgmthbk.pdf> . Letöltve: 2012. január 20.
- Babakus, E., Mangold, W. G. (1992): Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26/6: 767-786.
- Bailey, M. T., Ulman, B. W. (2005): *Trillion dollar moms: marketing to a new generation of mothers*. Deaborn Publishing, Chicago.
- Baker, R. (1990): Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice*, 1990/40: 487-490.
- Balajti I., Vokó Z., Ádány R., Kósa K. (2007): A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8/2: 147-161.
- Balint, M. (2000): *The doctor, his patient and the illness*. Churchill Livingstone, London.
- Barabás K. (2003): A magatartástudományi tárgyak oktatása az orvosképzésben. *Magyar Tudomány*, 2003/11: 1401.
- Barakonyi K. (2006): EFT kompatibilis mesterszakok. *Iskolakultúra*, 2006/3: 90-109.
- Becser N. (2007): *Szolgáltatásminőség fejlesztés a kiskereskedelemében*. Doktori Disszertáció. Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest.

- Benyamini, Y. (2008): Self-ratings of health and longevity: A health psychologist's viewpoint on epidemiological findings. *The European Health Psychologist*, 2008/10: 10-13.
- Benyó B., Biró P., Molnár L., Munkácsy A., Skultéty L., Udvardi A. (2009): *A patikaliberalizáció hatása a gyógyszerfogyasztókra*. GKI-EKI Egészségkutató Intézet, Budapest.
- Berend D., Kotosz B. (2012): Egészségmagatartás-modell tesztelése többváltozós technikákkal. *Statisztikai Szemle*, 90/5: 424-446.
- Bernát A. (2002): A magyar társadalom szubjektíven megítélt egészségi állapota és az egészségügygel kapcsolatos intézményi preferenciák. *Marketing & Menedzsment*, 2002/5-6: 24-31.
- Bircher, J. (2005): Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8/3: 335-341.
- Blomqvist, K. (1997): The many faces of trust. *Scandinavian Journal of Management*, 1997/3: 271-286.
- Boon, H., Stewart, M. (1998): Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 1998/35: 161-176.
- Bopp, K. D. (1990): How Patients Evaluate the Quality of Ambulatory Medical Encounters: A Marketing Perspective. *Journal of Health Care Marketing*, 1/1: 6-15.
- Borbás I., Szirmai L., Vedres N., Vilusz L., Zelenkáné L. L. (2005): Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, ESKI füzetek 2. http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2005/kelet-europa.pdf. Letöltve: 2011. március 8.
- Boros J. (2005): *Egészségmagatartás (OLEF 2003, Kutatási jelentés)*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- Brandtmüller Á., Lepp-Gazdag A. (2005): Az egészségügyi ellátás, mint közgazdasági jószág, és az egészségügyi ellátás piaca. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 115-133. o.
- Broon-Rasmussen, M., Bernstein, K., Chronaki, C. (2003): Collaboration – a new IT-service into the next generation of regional health care networks. *International Journal of Medical Informatics*, 2003/70: 205-214.

- Brown, B., Crawford, P., Carter, R. (2006): *Evidence-based health communication*. McGraw-Hill, London.
- Buglar, M. E., White, K. M., Robinson, N. G. (2010): The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Testing and extended Health Belief Model. *Patient Education and Counseling*, 2010/78: 269-272.
- Byrne, P. S., Long, B. E. (1976): *Doctors, Talking to Patients*. HMSO, London.
- Calnan, M. V., Sanford, E (2004): Public trust in health care: the system or the doctor? *Quality and Safety in Healthcare*, 2004/2: 92-97.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., Buetow, S. A. (2000): Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, 51/11: 1611-1625.
- Carillat, F. A., Jaramillo, F., Mulki, J. P. (2007): The validity of SERVQUAL and SERVPERF scales: a meta-analytic view of 17 years of research across five continents. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 18/5: 472-490.
- Carlow, U. (2002): *A Guide to Patient Involvement in ABC Programmes. Ready Steady Book!*. National Booking Programme, London.
- Cartwright, A., Anderson, R. (1984): *General Practice Revisited: A Secondary Study of Patients and Their Doctors*. Tavistock Publications, London.
- Caruana, A., Ewing, M. T., Ramaseshan, B. (2000): Assessment of the Three-Column Format SERVQUAL: An Experimental Approach. *Journal of Business Research*, 2000/49: 57-65.
- Chu-Weininger, M. Y. L., Balkrishnan, R. (2006): Consumer satisfaction with primary care provider choice and associated trust. *BMC Health Service Research*, 2006/6: 34-42.
- Cleemput, I., Kesteloot, K., DeGeest, S. (2002): A review of the literature on the economics of non-compliance. Room for methodological improvement. *Health Policy*, 2002/59: 65-94.
- Conner, M., Norman, P. (2005): Predicting health behavior: a social cognition approach. In: Conner, M., Norman, P. (szerk.): *Predicting health behavior*. Open University Press, Berkshire: 1-24.
- Corti, L. (1993): Using Diaries in Social Research. *Social Research Update* 1993/2: n.a.
- Coulter, A., Edwards, A., Elwyn, G., Thomson, R. (2011): Implementing Shared decision making in the UK. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2011/105: 300-304.

- Cronin, J. T., Taylor, S. A. (1992): Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* 56/3: 55-68.
- Csabai M., Molnár P. (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás. Az orvosi pszichológia tankönyve*. Springer, Budapest.
- Csörsz I., Molnár P., Csabai M. (2011): Medical students on the stage: An experimental performative method for the development of relational skills. *Medical Technig* 2011/33: 489-494.
- Cumming, A. D., Ross, M. T. (2008): The Tuning Project (medicine) - learning outcomes / competences for undergraduate medical education in Europe. The University of Edinburgh, Edinburgh. <http://www.tuning-medicine.com/pdf/booklet.pdf>. Letöltve: 2013. január 10.
- De Haes, H. (2006): Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*, 2006/62: 291-298.
- De Ruyter, K., Wetzels, M. (1998): On the complex nature of patient evaluations of general practice service. *Journal of Economic Psychology*, 1998/19: 565-590.
- Di Blasi, Z. Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J. (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 2001/357: 757-762.
- Donabedian, A. (1988): The Quality of Care. How can it be Assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260/12: 1743-1748.
- Egnew, T. R., Wilson, H. J. (2010): Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 2010/79: 199-206.
- Eke E., Girasek E., Szócska M. (2009): A migráció a magyar orvosok körében. *Statisztikai Szemle*, 87/7-8:795-827.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., Grol, R. (2000): Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50/460: 892-899.
- Epstein, R. M. (2006): Making communication research matter: What do patients notice, what do patients want, and what do patients need? *Patient Education and Counseling*, 2006/60: 272-278.
- Epstein, R. M., Cole, D. R., Gawinski, B. A., Piotrowski-Lee, S., Ruddy, N. B. (1998): How Students Learn from Community-Based Perceptors. *Family Medicine*, 7/2: 149-154.

- Erdem, S. A., Harrison-Walker, L. J. (2006): The role of the Internet in physician–patient relationships: The issue of trust. *Business Horizons*, 2006/49: 387-393.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2005): Validity of Antonovsky’s sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005/59: 460-466.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2006): Antonovsky’s sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006/60: 376-381.
- Evans, W. D. (2006): How social marketing works in healthcare. *BMJ* 2006/322: 1207-1210.
- Evetovits, T. (2004): Célok és eszközök összehangolása az Irányított Betegellátási Rendszerben: az információs aszimmetria problematikája. *Egészségpolitika*, 3/3: 11-15.
- Éger I. (2006): *A közoktatás szerepe az egészségfejlesztésben*. Doktori disszertáció. Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Gazdasági Folyamatok Elmélete és Gyakorlata Doktori Iskola, Sopron.
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U., Mauno, S. (2000): Longitudinal factor analysis models in the assessment of the stability of sense of coherence. *Personality and individual differences*, 28/2: 239-257.
- Fetchenhauer, D., Dunning, D. (2008): Do people trust too much or too little? *Journal of Economic Psychology*, 30/3: 263-276.
- Fisher, W. R. (1987): *Human Communication as Narration: Toward a Philosophy of Reason, Value and Action*. University of South Carolina, Columbia.
- Fiske, S. T. (2006): *Társas alapmotívumok*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Flynn, K. A., Smith, M. A., Vanness, D. (2006): A typology of preferences for participation in healthcare decision making. *Social Science and Medicine*, 63/5: 1158-1169. o.
- Friedman, H. S., Silver, R. C. (2006): *Foundations of Health Psychology*. Oxford University Press, Oxford.
- Fottler, M. D., Ford, R. C., Heaton, C. P. (2010): *Achieving Service Excellence: Strategies for Healthcare. Fixing Healthcare Service Failures*. Health Administration, Chicago.

- Füzesi Zs., Lampek K. (2007): Az egészségi állapothoz való viszony változásai. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*, Medicina, Budapest.
- Gochman, D. S. (1997): Health Behavior Research. In: Gochman, D. S. (szerk.): *Handbook of Helth Behavior Research*. Plenum Press, New York.
- Gődény S., Topár J., Margitai B. (2009): Minőségirányítás és minőségbiztosítás továbbfejlesztése az egészségügyben I. rész. *IME* 8/10: 25-30.
- Grönroos, C. (1998): Marketing services: the case of a missing product. *Journal of Business and Industrial Marketing*, 13/4: 322-338.
- Guimond, P., Bunn, H., O'Connor, A. M., Jacobsen, M. J., Tait, V. K., Drake, E. R., Graham, I. D., Stacey, D., Elmslie, T. (2003): Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills. *Patient education and counseling*, 50/3: 235-245.
- Gulácsi L., Rutten, F., Koopmanschap, M. A. (2005). Költségszámítás. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 191-265.
- Gulácsi L. (2005): Egészség-gazdaságtani elemzés. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 267-307.
- Gulácsi L. (2012): Az egészségügyi ellátások piaca. In: Gulácsi (szerk.): *Egészség-gazdaságtan és technológia-elemzés*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Gutierrez, J., Long, J. A. (2011): Reliability and validity of diabetes specific Health Belief Model scales in patients with diabetes and serious mental illness. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2011/92: 342-347.
- Hablicsek L. (2004): Demográfiai öregedés Európában. In: Giczi J., Sági G. (szerk.): *Időskorúak Magyarországon*. KSH Budapest: 11-26.
- Hajdu Á. (2005): *Egészségügyi ellátás igénybe vétele (OLEF 2003, Kutatási jelentés)*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- Hajnal M. P. (2005): Integrált irányítási rendszerek és modellek alkalmazási lehetőségei és buktatói az egészségügyben. *IME*, 2005/9: 30-36.
- Hámori B. (1998): *Érzelemgazdaságtan*. Kossuth Kiadó, Budapest.
- Hámori B. (2003): Kísérletek és kilátások: Daniel Kahneman. *Közgazdasági Szemle*, 2003/50: 779-799.
- Hetesi E. (2003): A minőség, az elégedettség és a lojalitás mérésének problémái a szolgáltatásoknál, és azok hatása a jövedelmezőségre. *Marketing & Menedzsment*, 2003/5: 42-50.

- Hetesi E. (2006): Elégedettség és lojalitási mérések. In: Veres Z., Hofmann M., Kozák Á. (szerk.): *Bevezetés a piackutatásba*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Hulsman, R., Visser, A., Makoul, G. (2005): Addressing some of the key questions about communication in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 2005/58: 221-224.
- Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38/1: 21-37.
- Janz, N. K., Becker, M. H. (1984): The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11/1: 1-47.
- Jenei Gy. (2005): Köszolgálati közgazdaságtan, egészségügyi közgazdaságtan, európai uniós követelmények. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 45-69.
- Jones, R. K. (2000): The Unsolicited Diary as a Qualitative Research Tool for Advances Research Capacity in the Field of Health and Illness. *Qualitative Health Research*, 2000/10: 555-567.
- Juhász Á. (2007): *Az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés*. Doktori disszertáció. Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógia és Pszichológia Kar Pszichológia Doktori Iskola, Budapest.
- Kahneman, D., Slovic, P., Tversky, A. (1982): *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Kang, G., James, J. (2004): Service quality dimensions: an examination of Grönroos's service quality model. *Managing Service Quality*, 14/4: 266-277.
- Karner C. (2011): A háziiorvosi ellátás jelene Magyarországon. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2011/2: 5-15.
- Karner T. (2004): Az egészségügyi marketing szerepe. *Marketing & Menedzsment*, 2004/1: 62-70.
- Karnieli-Miller, O. Vu. T. R., Holtman, M. C., Clyman, S. G., Inui, T. S. (2010): Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the Informal and Hidden Curriculum. *Academic Medicine* 85/1: 124-133.
- Kartal, A., Özsoy, A. A. (2007): Validity and reliability of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. *International Journal of Nursing Studies*, 2007/44: 1447-1458.

- Kazár K. (2010): *Fogyasztói tudatosság közszolgáltatási környezetben – a szegedi vízfogyasztási szokások kvantitatív vizsgálata*. OTDK-dolgozat, Szegedi Tudományegyetem, Gazdaságtudományi Kar, Szeged.
- Kállai J., Varga J., Oláh A. (2007): Az egészségpszichológia alkalmazási területei és alapfogalmai. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 23-34.
- Kenesei Zs., Szántó Sz. (1998): A szolgáltatásminősítés mérése – elmélet és gyakorlat. *Vezetéstudomány*, 29/12: 8-18.
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Weijden, T. V., Leblanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., Campbell, C. (2009): Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science and Medicine*, 70/5: 763-768.
- Kincses Gy. (2000): Az egészségügy új szemlélete. *Egészségügyi menedzsment*, 2000/5: 91-94.
- Kincses Gy., Borbás I., Mihalicza P., Udvardy E., Varga E. (2009): *Az orvosi szolgáltatásokra alapuló gyógyturizmus tendenciái*. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Budapest.
- Klemperer, D. (2005): *Shared Decision Making – ein Thema für die Selbsthilfe?* Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen: 132-136.
- Koch, S. (2006): Meeting the Challenges – the Role of Medical Informatics in an Ageing Society. *Studies in Health Technology and Information*, 2006/124: 25-31.
- Kopp M. (2007): A kelet-közép európai egészségparadoxon. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 51-64.
- Kornai J. (1998): *Az egészségügy reformjáról*. KJK, Budapest.
- Kotler, P., Shalowitz, J., Stevens, R. J. (2008): *Strategic Marketing for Health Care Organisations*. Jossey-Bass, San Francisco.
- KSH (2010): Egészségfelmérés (ELEF), 2009. *Statisztikai Tükör*, 4/50: 1-7.
- KSH (2012a): IKT-eszközök és használatuk. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/ikt/ikt11.pdf>, valamint e dokumentum által elérhető ikt111.xls c. adattábla, 20. munkalap. Letöltve: 2013. április 16.
- KSH (2012b): Magyarország, 2011. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2011.pdf>. Letöltve: 2013. április 16.

- Kugler, T., Bornstein, G., Kocher, M. G., Sutter, M. (2007): Trust between individuals and groups: Groups are less trusting than individuals but just as trustworthy. *Journal of Economic Psychology*, 2007/28: 646-657.
- Kyngas, H. Duffy, M. E., Kroll, T. (2000): Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*, 2000/9: 5-12.
- Lakatos P. L., Czeglédi Z., Dávid G., Kispál Z., Kiss L. S., Palatka K., Kristóf T., Nagy F., Salamon A., Demeter P., Miheller P., Szamosi T., Banai J., Papp M., Bene L., Kovács A., Rácz I., Lakatos L. (2009): Association of adherence to therapy and complementary and alternative medicine use with demographic factors and disease phenotype in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Chrons Colitis*, 4/3: 283-290.
- Langewitz, W., Nubling, M., Weber, H. (2006): Hospital patients' preferences for involvement in decision making. *Swiss Medical Weekly*, 2006/136: 56-64.
- Lee, M. A., Yom, Y. H. (2007): A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital. A Questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007/44: 545-555.
- Lehtinen, U., Lehtinen, J. R. (1982): Two approaches to service quality dimensions. *The Service Industries Journal* 11/3: 287-303.
- Levinson, C. M., Druss, B. G. (2005): Health beliefs and depression in a group of elderly high utilizers of medical services. *General Hospital Psychiatry*, 27/2: 97-99.
- Li, L. X., Benton, W. C. (1996): Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. *European Journal of Operative Research*, 1996/93: 449-468.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., Payne, S. (2001): Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal* 2001/322: 468-472.
- Lucas, K., Lloyd, B. (2005): *Health Promotion: Evidence and Experience*. SAGE Publications, London.
- Maass, M. C., Asikainen, P., Maenpää, T., Wanne, O., Suominen, T. (2008): Usefulness of a Regional Health Care Information System in primary care. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 2008/91: 175-181.

- Makoul, G. (2003): Communication Skills Education in Medical School and Beyond. *The Journal of the American Medical Association*, 2003/289: 93
- Makoul, G., Schoefield, T. (1999): Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Education and Counseling*, 37/2: 191-195.
- Margitics, F., Pauwlik, Zs. (2006): Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal. *Magyar Pedagógia*, 106/1: 43-62.
- Málovics É., Veres Z., Lippai L., Nagy Á. (2006): Competences and Risk Perception in Medical Services. In: *Proceedings of the 5th International Congress on Public and Non Profit Marketing*. CD kiadvány.
- Málovics É., Veres Z., Kuba P. (2007): Miért fontos a kockázat-kommunikáció az egészségügyben? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2007/2: 37-43. o.
- Málovics É., Vajda B., Kuba P. (2009): Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról. In: Hetesi E., Lukovics M. (szerk.): *A szolgáltatások világa*. JATEPress, Szeged: 250-264.
- Málovics É., Farkas G. (2012): *Szervezeti viselkedés*. JATEpress, Szeged.
- Márványkövi, F., Melles K., Rácz J. (2008): Az „egészséghit-modell” magyarországi vizsgálata intravénás droghasználók körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63/2: 311-336.
- McAlexander, J. H., Kaldenberg, D. O., Koenig, H. F. (1994): Service Quality Measurement. *Journal of Health Care Marketing*, 13/3: 34-40.
- Mead, N., Bower, P. (2002): Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 2002/48, 51-61.
- Meakin, R., Weinman, J. (2002): The 'Medical Interview Satisfaction Scale' (MISS-21) adapted for British general practice. *Family Practice*, 19/3: 257-263.
- Miranda, F. J., Mera, A. C., Hernández, M. I. S., Murillo, L. R., Cervera, J. V. (2009): Adapting the SERVQUAL scale to primary health care services in Spain. In: *Proceedings of the 8th International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing IAPNM*, Valencia. CD kiadvány.
- Molnár P., Csabai M. (1994): *A gyógyítás pszichológiája*. Springer Hungarica, Budapest.

- Morgan, M. (1997): The Doctor-Patient Relationship. In: Scambler, G. (szerk.): *Sociology as Applied to Medicine*. Saunders, London.
- Munoz, R. C. (2005): Dimensions of perceived quality in health care. Special reference to the public health service. *ESIC Market* 2005/5: 345-369.
- Narang, R. (2010): Measuring perceived quality of health care services in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23/2: 171-186.
- Neame, R. (1995): The crucial roles of standards and strategy in developing a regional health information network. *International Journal of Biomedical Computing*, 1995/40: 95-100.
- Nejad, L. M., Wertheim, E. H., Greenwood, K. M. (2005): Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the Prediction of Dieting and Fasting Behaviour. *E-Journal of Applied Psychology: Social section*, 1/1: 63-74.
- Norman, P., Boer, H., Seydel, E. R. (2005): Protection motivation theory. In: Conner, M., Norman, P. (szerk.): *Predicting health behavior*. Open University Press, Berkshire: 81-126.
- Oates, J., Jensen, H. B. (szerk., 2000): *Building Regional Healthcare Networks in Europe*. IOS Press, Amsterdam.
- OECD (2012): *Health at a Glance: 2012 Europe*. OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896>
- OEK (2004): *OLEF 2003 Gyorsjelentés*. [http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Gyorsjelentés OLEF2003.pdf](http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Gyorsjelentés%20OLEF2003.pdf). Letöltve: 2012. december 3.
- Ogden, J., Bavalia, K., Bull, M., Frankum, S., Goldie, C., Gossiau, M., Jones, A., Kumar, S., Vasant, K. (2004): „I want more time with my doctor”: a quantitative study of time and the consultation. *Family Practice*, 21/5: 479-483.
- Ommen, O., Janssen, C., Neugebauer, E., Bouillon, B., Rehm, K., Rangger, C., Erli, H. J., Pfaff, H. (2008): Trust, social support and patient type – Associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation. *Patient Education and Counseling*, 2008/73: 196-204.
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., Lammes, F. B. (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40/7: 903-918.

- Oppenheim, A. N. (2005): *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. Continuum, New York.
- Paes, A. H. P., Bakker, A., Soe-Agnie, C. J. (1998): Measurement of patient compliance. *Pharmacy World & Science*, 20/2: 73-77.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1985): A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49/3: 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1988): SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64/1: 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1991): Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67/4: 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. L. (1994): Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria. *Journal of Retailing*, 70/3: 201-230.
- Patterson, P. G., Johnson, L. W. (1993): Disconfirmation of expectations and the gap model of service quality: an integrated paradigm. *Journal of Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 1993/6: 90-99.
- Pikó B. (2007): A pozitív gondolkodás szerepe az egészség megtartásában. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 115-131.
- Pilling J. (szerk., 2004): *Orvosi kommunikáció*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Pollock, K. (2005): *Concordance in Medical Consultations: a critical review*. Radcliffe Publishing Ltd, Abingdon.
- Porter, M. E. (1998): *On competition*. Harvard Business School Press, Boston.
- Porter, M. E., Teisberg, E.O. (2006): *Redefining Health Care*. Harvard Business School Press, Boston.
- Prónay Sz. (2011): *Ragaszkodás és én-alakítás az Y generáció fogyasztásában – A fogyasztói lojalitás és az énkép közötti kapcsolat vizsgálata*. Doktori Disszertáció. Szegedi Tudományegyetem, Gazdaságtudományi Kar, Közgazdaságtudományi Doktori Iskola, Szeged.
- Rees. C., Sheard, C., Davies, S. (2002): The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Medical Education*, 36/2: 141-147.

- Richards, T. (1990): Chasms in communication. *British Medical Journal*, No 1990/301: 1407-1408.
- Rosenstock, I. M. (1966): Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44/3: 94-127.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., Becker, M. H. (1988): Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15/2: 175-183.
- Rousseau, D. M. et al (1998): Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23/3: 393-404.
- Rowe, R., Calnan, M. (2006): Trust relations in health care--the new agenda. *European Journal of Public Health*, 2006/1: 4-6.
- Ruland, C. M., Bakken, S. (2002): Developing, implementing, and evaluating decision support systems for shared decision making and patient health care: a conceptual model and case illustration. *Journal of Biomedical Informatics*, 2002/35: 313-321.
- Sabaté, E. (2003): *Adherence to long-term therapies*. World Health Organization, Geneva.
- Sajtos L., Mitev A. (2007): *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Alinea Kiadó, Budapest.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A. (1998): The factor structure of Antonovsky's sense of coherence scale in Swedish clinical and nonclinical samples. *Personality and Individual Differences*, 24/5: 701-711.
- Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet (2003): *Az orvosok kommunikációs képzésének helyzete Magyarországon*.
<http://www.behsci.sote.hu/sajtokozlemenyei.htm>. Letöltve: 2011. május 27.
- Sihota, S., Lennard, L. (2004): *Health literacy: being able to make the most of health*. National Consumer Council, London.
- Simon J. (2010): *Marketing az egészségügyben*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Simon, D., Schorr, G., Wirtz, M., Vodermaier, A., Caspari, C., Neuner, B., Spies, C., Krones, T., Keller, H., Edwards, A., Loh, A., Harter, M. (2006): Development and first validation of the shared decision – making questionnaire (SDM-Q). *Patient education and counseling*, 63/3: 319-327.
- Sjöberg, L. (2000): Factors in Risk Perception. *Risk Analysis*, 20/1: 1-11.

- Skrabski Á., Kopp M., Rózsa S., Réthelyi J. (2004): A koherencia mint lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *MP* 5 2004/1: 7-25.
- Slater, M. D., Flora, J. A. (1991): Health Lifestyles: Audience Segmentation Analysis for Public Health Interventions. *Health Education & Behavior*, 18/2: 221-133.
- Slovic, P., Ropeik, D. (2003): Risk in Perspective. *Harvard Center for Risk Analysis* 2003/11: n.a.
- Slovic, P., Weber, E. U. (2002): *Perception of Risk Posed by Extreme Events*. Discussion paper for the conference Risk Management Strategien in an Uncertain World, New York.
- Smith, E. R., Mackie, D. M. (2004): *Szociálpszichológia*. Orisis Kiadó, Budapest.
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., Epstein, R. M. (2009): How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 2009/74, 295-301.
- SZTE ÁOK Magatartástudományi intézet (2011): *Rendelőintézeti látogatás megfigyelési szempontjai*. Kurzuskövetelmény.
- Takács I. (2006): Az érzelem. In: Juhász M., Takács I. (szerk.): *Pszichológia*. BME-Typotex, Budapest: 81-100.
- Tandari-Kovács M. (2011): *Érzelmi megterhelődés, lelki kiegész az egészségügyi dolgozók körében*. Doktori Disszertáció. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest.
- Tarnai M. (2003): A bizalom szerepe a gazdasági kapcsolatokban. In: Hunyady Gy., Székely M. (szerk.): *Gazdaságpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Thompson, A. G. H (2007): The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine*, 2007/64: 1297-1310.
- Tóth I., Bán I., Füzesi Zs., Kesztyüs M., Nagy L. (2011): Első évfolyamos orvostanhallgatók attitűdjei az orvosi kommunikáció oktatásával kapcsolatban. *Orvosi Hetilap*, 152/38: 1535-1543.
- Towle, A., Godolphin, W. (1999): Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 2005/319: 766 – 771.
- Törőcsik M. (2007): Paradigmaváltás az egészségügyben. *LAM* 18/6-7: 1-3.
- Törőcsik M. (2008): Életstílusgyógyszerek. *LAM* 17/3: 262-264.

- Törőcsik M., Jakopánecz E. (2010): A fogyasztói ellenállást kiváltó termékek jellemzői. In: *MOK 2010 tanulmánykötet*. BKF, Budapest.
- Törőcsik M. (2011): *Fogyasztói magatartás – Insight, trendek, vásárlók*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Urbán R. (2001): Útban a magatartás-szemponitú egészség-pszichológia felé: az egészségmagatartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56/4: 593-622.
- Urbán R. (2002): Egészségpszichológia, egészségkommunikáció és egészségmarketing. *Marketing & Menedzsment*, 2002/5-6: 10-14.
- Vajda B., Horváth S., Málovics É. (2012): Közös döntéshozatal, mint innováció az orvos-beteg kommunikációban. In: Bajmócy Z., Lenygel I., Málovics Gy. (szerk.): *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság*. JatePress, Szeged: 336-353.
- Veres Z. (2009): *A szolgáltatásmarketing alapkönyve*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Vick, S., Scott, A. (1998): Agency in health care. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. *Journal of Health Economics*, 1998/17: 587-605.
- Vitrai, J., Bakacs, M., Juhász A., Kapsvári Cs., Nagy Cs. (2010): *Egészségjelentés 2010*. EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.
- Voss, H., Heimly, V., Sjögren, L. H. (2005): The Baltic Health Network – taking secure, Internet-based networks to the next level. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2005/116: 421-426.
- Weiler, A. (2004): Information-seeking behaviour in generation Y students: Motivation, critical thinking, and learning theory. *The Journal of Academic Librarianship*, 31/1: 46-53.
- Weissfeld, J. L., Brock, B. M., Kirscht, J. P., Hawthorne, V. M. (1987): Reliability of Health Belief Indexes: Confirmatory Factor Analysis in Sex, Race, and Age Subgroups. *Health Services Research*, 21/6, 777-793.
- Whitcomb, M. E. (2000): Communication and professionalism. *Patient Education and Counseling*, 2000/41: 137-144.
- WHO (2000): *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. Letöltve: 2012. november 10.

- WHO (2006a): *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents, Forty-fifth Edition, Supplement, October 2006, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Letöltve: 2012. november 28.
- WHO (2006b): *Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems*. http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf. Letöltve: 2010. október 20.
- WHO (2008a): *Health And Wealth. Regional Perspectives*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/134399/E91414.pdf. Letöltve: 2010. október 20.
- WHO (2008b): *Country Cooperation Strategy at a Glance: Hungary*. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_hun_en.pdf. Letöltve: 2012. november 28.
- WHO (2008c): *The World Health Report: Primary Health Care: Now more than ever*. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Letöltve: 2012. november 10.
- Winefield, H. R., Chur-Hansen, A. (2000): Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Medical Education*, 2000/34: 90-94.
- Wolf, M. H., Putnam, S. M., James, S. A., Stiles, W. B (1978): The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a Scale to Measure Patient Perceptions of Physician Behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1/4: 391-401.
- Woodward, C. A. (2000): *Issues in health service delivery. Discussion papers No. 1.: Improving provider skills*. World Health Organization, Geneva.
- Young, S. D., Oppenheimer, D. M. (2006): Different Methods of Presenting Risk Information and Their Influence on Medication Compliance Intentions: Results of Three Studies. *Clinical Therapeutics*, 28/1: 129-139.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., Berry, L. L. (1993): The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Marketing Science* 21/1: 1-12.
- Zeleznik, D. (2007): Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia. *Acta Universitatis Ouluensis*, D 954.
2011. évi CLXXVI. tv. Magyar Közlöny 151. szám. http://ket.kormany.hu/download/1/be/30000/MK_11_151.pdf. Letöltve: 2013. április 29.

25/2012 NEMFI rendelet. Magyar Közlöny 48. szám. <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK12048.pdf>. Letöltve: 2013. április 29.

<http://csr.braunpartners.hu/index.php?menu=12327&langcode=hu>

www.crohn-colitis.hu

http://fogalomtar.eski.hu/index.php/%C3%81llami_eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%B

[Cgyi_szolg%C3%A1lat](http://fogalomtar.eski.hu/index.php/%C3%81llami_eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%B)

[http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfk_hungaria/pdf/press_h/press_20070206_h.p](http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfk_hungaria/pdf/press_h/press_20070206_h.pdf)

[df](http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfk_hungaria/pdf/press_h/press_20070206_h.pdf)

<http://mta.hu/sajtoszemle/antibiotikum-aranyszabalyok-kutato-szemmel-126013>

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV

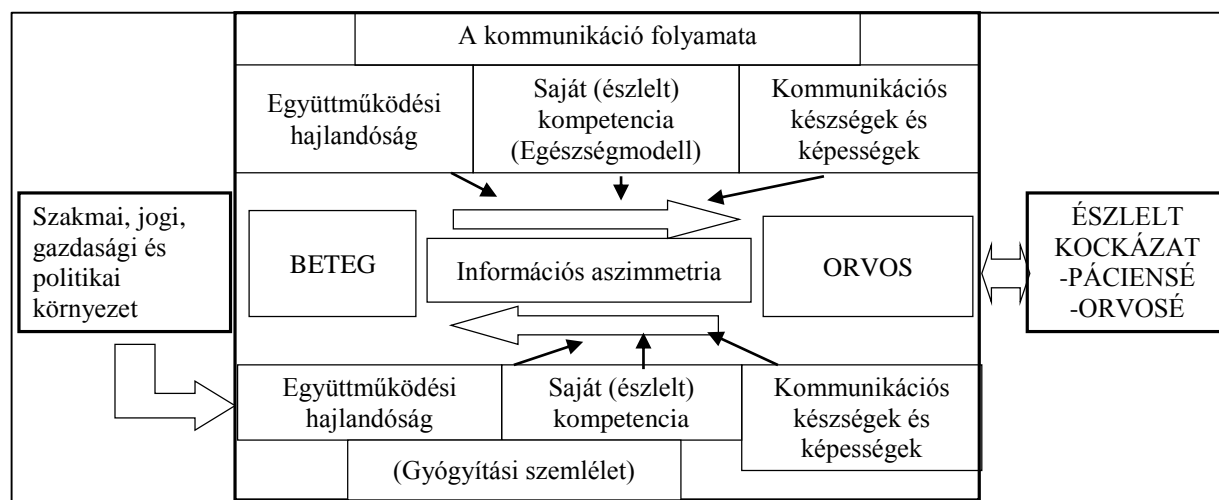
Mellékletek

1. Melléklet: Általános észlelési SERVQUAL-skála

Tárgyi tényezők
1. XYZ-nek modern berendezése van.
2. XYZ fizikai berendezései vizuálisan tetszetősek.
3. XYZ alkalmazottai kellemes megjelenésűek.
4. XYZ-nél a szolgáltatással kapcsolatos anyagok (prospektus vagy nyilatkozatok) vizuálisan tetszetősek.
Megbízhatóság
5. Ha XYZ megígéri, hogy valamit megciszál egy bizonyos határidőre, akkor az úgy is van.
6. Ha problémád van, XYZ őszinte érdeklődést mutat.
7. XYZ elsőre hibátlanul teljesíti a szolgáltatást.
8. XYZ abban az időben nyújtja a szolgáltatást, amikor megígérte.
9. XYZ ragaszkodik a hibamentes munkavégzéshez.
Reagálási készség
10. XYZ alkalmazottai pontosan megmondják, hogy a szolgáltatást mikor fogják végezni.
11. XYZ alkalmazottai azonnali szolgáltatást nyújtanak.
12. XYZ alkalmazottai mindig hajlandók segíteni.
13. XYZ alkalmazottai soha nem elfoglaltak annyira, hogy ne reagáljanak a kérésedre.
Biztonságérzet
14. XYZ alkalmazottainak viselkedése magabiztosságot kelt az igénybe vevőkben.
15. A tranzakciók során XYZ-vel biztonságban érzed magad.
16. XYZ alkalmazottai állandóan előzékenyek.
17. XYZ alkalmazottai tudják a válaszokat a kérdéseidre.
Empátia
18. XYZ külön figyel rád.
19. XYZ nyitvatartási ideje valamennyi igénybe vevő számára kényelmes.
20. XYZ-nek olyan alkalmazottai vannak, akik személyesen figyelnek rád.
21. XYZ igazából a te érdekeidet tartja szem előtt.
22. XYZ alkalmazottai megértik a különleges igényeidet.

Forrás: Veres (2009, 383. o.)

2. Melléklet: Korai kutatási modell



Forrás: Saját szerkesztés

3. melléklet: Korai kérdőív

1. Ön szerint melyek a jó orvos jellemzői? (Kérjük válassza ki az alábbi állítások közül az öt legfontosabbat és rakja fontossági sorrendbe)	Amelyik a legfontosabb, annál jelölje be az 1-est, amelyik a második legfontosabb, annál a kettőt, és így tovább 5-ig. A többinél ne jelöljön be semmit.				
Szakmai tudás	1	2	3	4	5
Tudományos munka	1	2	3	4	5
Nagy tapasztalatú	1	2	3	4	5
Elhivatott	1	2	3	4	5
Emberközponút	1	2	3	4	5
Együtt érez a beteggel	1	2	3	4	5
A kommunikációra is ad	1	2	3	4	5
Életmódtanácsokat is ad	1	2	3	4	5
Türelmes	1	2	3	4	5
Felelősségteljes	1	2	3	4	5
Megbízható	1	2	3	4	5
Hozzáértő	1	2	3	4	5
Elég időt szán a betegre	1	2	3	4	5
Jó a szakmai hírneve	1	2	3	4	5
Más betegektől jókat lehet hallani róla	1	2	3	4	5
Egészségesnek látszik	1	2	3	4	5
Ha lehet, nem ír fel gyógyszert	1	2	3	4	5
Mindenre ad valami gyógyszert	1	2	3	4	5
2. Ön szerint milyen a jó egészségügyi intézmény? (Kérjük válassza ki az alábbi állítások közül az öt legfontosabbat és rakja fontossági sorrendbe)	Amelyik a legfontosabb, annál jelölje be az 1-est, amelyik a második legfontosabb, annál a kettőt, és így tovább 5-ig. A többinél ne jelöljön be semmit.				
Tiszta, higiénikus	1	2	3	4	5
Modernül felszerelt orvosi műszerekkel	1	2	3	4	5
Átlátható, könnyen el lehet igazodni	1	2	3	4	5
Kellemes környezetben van	1	2	3	4	5
A belső környezete is kellemes (virágok, festmények, prospektusok, folyóiratok, stb.)	1	2	3	4	5
Nagy a váróterem	1	2	3	4	5
Jól megközelíthető tömegközlekedéssel	1	2	3	4	5
Időpontra be lehet jelentkezni	1	2	3	4	5
Kedvesen fogadják az embert	1	2	3	4	5
Interneten is be lehet jelentkezni	1	2	3	4	5
Keveset kell várni	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
Többféle szakorvosi rendelés található					
3. Mitől sikeres a gyógyítás-gyógyulás? (kérjük, jelölje be az Ön számára 3 legfontosabbat)	Amelyik a legfontosabb, annál jelölje be az 1-est, amelyik a második legfontosabb, annál a kettest, a harmadik legfontosabbnál pedig 3-ast. A többinél ne jelöljön be semmit.				
Megnyugodva jövök ki a rendelőből	1	2	3		
A gyógyszeres kezelés után megszűnnek a tünetek	1	2	3		
Nem kell többet visszamennem az orvoshoz	1	2	3		
Teljes körű kivizsgálásban részesülök	1	2	3		
A felírt gyógyszerek mellett nem kell mást tennem a gyógyulásért	1	2	3		
Nem alakulnak ki szövődmények	1	2	3		
A bizalom nagyon fontos	1	2	3		
4. Mit kell tennie az orvosnak a gyógyítás-gyógyulás sikerességéért? (kérjük, jelölje be az Ön számára 3 legfontosabbat)	Amelyik a legfontosabb, annál jelölje be az 1-est, amelyik a második legfontosabb, annál a kettest, a harmadik legfontosabbnál pedig 3-ast. A többinél ne jelöljön be semmit.				
megértetni a kockázatokat	1	2	3		
meggyőzni a beteget a terápia szükségességéről	1	2	3		
konszenzusra jutni a terápiát illetően	1	2	3		
figyelmesen meghallgatni a beteget	1	2	3		
bátorítani a beteget	1	2	3		
életmód tanácsokat adni	1	2	3		
felírni a megfelelő gyógyszereket	1	2	3		
alapos kivizsgálást elrendelni	1	2	3		
5. Mit kell ezért tennie a betegnek? (kérjük, jelölje be az Ön számára 3 legfontosabbat)	Amelyik a legfontosabb, annál jelölje be az 1-est, amelyik a második legfontosabb, annál a kettest, a harmadik legfontosabbnál pedig 3-ast. A többinél ne jelöljön be semmit.				
szót fogadni az orvosnak	1	2	3		
pontosan bevenni a gyógyszert	1	2	3		
egészséges életmódra váltani	1	2	3		
több orvost felkeresni	1	2	3		
utánanézni a betegségének	1	2	3		
megérteni a problémát	1	2	3		
időben orvoshoz fordulni	1	2	3		
szűrővizsgálatokon részt venni	1	2	3		

6. Gondoljon egy Önnel előfordult, emlékezetes egészségügyi intézménybeli tartózkodásra! Mit tapasztalt? Kérjük, értékelje az alábbi tényezőket, 1=egyáltalán nem volt elégedett, 6=teljesen elégedett volt.	egyáltalán nem elégedett	nagyrészt nem elégedett	inkább nem elégedett	inkább elégedett	nagyrészt elégedett	teljesen elégedett	nem tudja/nem válaszol
Tisztaság	1	2	3	4	5	6	9
Felszereltség modern orvosi műszerekkel	1	2	3	4	5	6	9
Átláthatóság, könnyű eligazodás	1	2	3	4	5	6	9
Kellemes környezet	1	2	3	4	5	6	9
Kellemes belső környezet (virágok, festmények, prospektusok, folyóiratok, stb.)	1	2	3	4	5	6	9
Váróterem mérete	1	2	3	4	5	6	9
Megközelíthetőség tömegközlekedéssel	1	2	3	4	5	6	9
Időpontra való bejelentkezés	1	2	3	4	5	6	9
Várakozási idő	1	2	3	4	5	6	9
Többféle szakorvosi rendelés megtalálhatósága	1	2	3	4	5	6	9
Fogadtatás	1	2	3	4	5	6	9
7. Gondoljon egy Ön számára jelentős orvos – beteg találkozásra! Mit tapasztalt? Kérjük, értékelje az alábbi tényezőket, 1=egyáltalán nem ért egyet, 6=teljes mértékben egyetért.	egyáltalán nem ért egyet	nagyrészt nem ért egyet	inkább nem ért egyet	inkább egyetért	nagyrészt egyetért	teljesen egyetért	nem tudja/nem válaszol
Elég időt szántak a kezelésemre.	1	2	3	4	5	6	9
Megfelelően megvizsgáltak.	1	2	3	4	5	6	9
Figyeltek rám.	1	2	3	4	5	6	9
Az orvos empatikusan viselkedett.	1	2	3	4	5	6	9
Bátran feltehettem a kérdéseimet (ha voltak).	1	2	3	4	5	6	9
Életmód – tanácsokat is kaptam.	1	2	3	4	5	6	9
Gyógyszerszedésen kívül más lehetőségekre is nyitott volt az orvos.	1	2	3	4	5	6	9
Jobban bele szerettem volna szólni a gyógyomórról való döntésbe.	1	2	3	4	5	6	9
Megnyugodva távoztam a rendelőből.	1	2	3	4	5	6	9
Minden információt megkaptam, amire szükségem volt.	1	2	3	4	5	6	9
Úgy éreztem, hogy én is befolyásolhatom, milyen döntés születik.	1	2	3	4	5	6	9
Megbíztam az orvosban.	1	2	3	4	5	6	9
Lett volna még kérdésem.	1	2	3	4	5	6	9

8. Kérjük, értékelje az alábbi állításokat! 1=egyáltalán nem ért egyet, 6=teljes mértékben egyetért.	egyáltalán nem ért egyet		nagy részt nem ért egyet		inkább nem ért egyet		inkább egyetért		nagy részt egyetért		teljesen egyetért		nem tudja	
Számomra fontos, hogy minél inkább részt vehessek a kezelésről szóló döntésben.	1		2		3		4		5		6		9	
Az orvos nyújt szolgáltatást nekem, ezért lehetnek elvárásaim.	1		2		3		4		5		6		9	
Nagyon hálás vagyok az orvosnak a gyógyító munkájáért.	1		2		3		4		5		6		9	
A döntést illetően teljes mértékben az orvosra bízom magam, hiszen ő ért hozzá.	1		2		3		4		5		6		9	
9. Ön szerint ki a felelős a gyógyulás sikerességéért? (kérjük, írja le saját szavaival)														
10. Ön szerint mi veszélyezteti a gyógyulás sikerességét? Kérjük, értékelje az alábbi tényezőket, 1=egyáltalán nem veszélyezteti a gyógyulást, 6=nagyon nagy mértékben veszélyezteti a gyógyulást.	egyáltalán nem veszélyezteti		nagy részt nem veszélyezteti		inkább nem veszélyezteti		inkább veszélyezteti		nagy részt veszélyezteti		teljesen veszélyezteti		nem tudja	
Az orvos nem kommunikál megfelelően.	1		2		3		4		5		6		9	
Az orvos nem ír fel semmilyen gyógyszert.	1		2		3		4		5		6		9	
Nem elég modernek a műszerek.	1		2		3		4		5		6		9	
Nincs rám elég idő a rendelőben.	1		2		3		4		5		6		9	
Nem fordulok időben orvoshoz.	1		2		3		4		5		6		9	
Nem tartom be, amit az orvos mondott.	1		2		3		4		5		6		9	
Nem változtatok az eddigi életstílusomon.	1		2		3		4		5		6		9	
Nem járok szűrővizsgálatokra.	1		2		3		4		5		6		9	
Egyéb, éspedig:	1		2		3		4		5		6		9	
11. Ön mitől érzi kevésbé kockázatosnak a kezelést? Kérjük, értékelje az alábbi tényezőket, 1=egyáltalán nem csökkenti a kockázatérzetet, 6=nagyon nagy mértékben csökkenti a kockázatérzetet.	egyáltalán nem csökkenti		nagy részt nem csökkenti		inkább nem csökkenti		inkább csökkenti		nagy részt csökkenti		teljesen csökkenti		nem tudja	
Megfelelő kommunikáció	1		2		3		4		5		6		9	
Modern gyógyszerek	1		2		3		4		5		6		9	
Ismerem az orvost	1		2		3		4		5		6		9	
Mindenre kiterjedő vizsgálat	1		2		3		4		5		6		9	
Modern műszerek használata	1		2		3		4		5		6		9	
Megbízom az orvosban	1		2		3		4		5		6		9	
Utánajárok a betegségnek és (lelkileg) felkészülök az esetleges kockázatokra	1		2		3		4		5		6		9	
Egyéb, éspedig:	1		2		3		4		5		6		9	

	egyáltalán nem befolyásolja	nagyrészt nem befolyásolja	inkább nem befolyásolja	inkább befolyásolja	nagyrészt befolyásolja	teljesen befolyásolja	nem tudja
12. Ön szerint a gyógyulást mennyire befolyásolja az, hogy milyen a kapcsolata az orvossal? 1=egyáltalán nem befolyásolja, 6=nagyon nagy mértékben befolyásolja.	1	2	3	4	5	6	9
13. Ön milyen esetekben megy el orvoshoz? (1=soha, 6=mindig)	soha	előfordul	néha	gyakran	sűrűn	mindig	nem tudja
Kis problémákkal is.	1	2	3	4	5	6	9
Szűrővizsgálatokra.	1	2	3	4	5	6	9
Csak, ha súlyosabb gondjaim keletkeznek.	1	2	3	4	5	6	9
Egyéb, éspedig:	1	2	3	4	5	6	9
14. Milyen mértékben követi az orvos tanácsait az alábbi területeken? (1=egyáltalán nem követi, 6=szóról szóra követi)	egyáltalán nem követi	nagyrészt nem követi	inkább nem követi	inkább követi	nagyrészt követi	teljesen követi	nem tudja
Gyógyszerbevétel	1	2	3	4	5	6	9
Életmód	1	2	3	4	5	6	9
További vizsgálatok	1	2	3	4	5	6	9
Kontroll	1	2	3	4	5	6	9
Műtétek	1	2	3	4	5	6	9
15. Vett-e már igénybe másfajta gyógyító szolgáltatást? (1=soha, 6=mindig)	soha	előfordul	néha	gyakran	sűrűn	mindig	nem tudja
Természetgyógyászat	1	2	3	4	5	6	9
Akupunktúra	1	2	3	4	5	6	9
Homeopátia	1	2	3	4	5	6	9
Egyéb	1	2	3	4	5	6	9
Amennyiben az előző kérdésnél mindenre a "soha" választ jelölte be, kérjük ugorjon a 18-as kérdésre!							
16. Mennyire voltak ezek hatásosak? 1=egyáltalán nem, 6=teljes mértékben	soha	előfordul	néha	gyakran	sűrűn	mindig	nem tudja
Természetgyógyászat	1	2	3	4	5	6	9
Akupunktúra	1	2	3	4	5	6	9
Homeopátia	1	2	3	4	5	6	9
Egyéb, éspedig:	1	2	3	4	5	6	9
17. Ön szerint kiegészítik (=1) vagy helyettesítik (=6) az orvosi kezelést?	kiegészíti (1)			helyettesíti (6)			9

18. Kérjük, értékelje az alábbi állításokat! <i>1=egyáltalán nem ért egyet, 6=teljes mértékben egyetért.</i>	egyáltalán nem ért egyet		nagy részt nem ért egyet		kevésbé ért egyet		kicsit egyetért		nagy részt egyetért		teljesen egyetért		nem tudja	
Általában érti az orvos, amit elmondok neki az állapotomról.	1	2	3	4	5	6	9							
Ha valamit nem értek, újra megkérdezem az orvost.	1	2	3	4	5	6	9							
Az orvos megért engem.	1	2	3	4	5	6	9							
Az orvos általában kíváncsi a véleményemre.	1	2	3	4	5	6	9							
Elmondhatom olyan részletesen a panaszaimat, ahogyan szeretném.	1	2	3	4	5	6	9							
Az orvos figyel rám.	1	2	3	4	5	6	9							
Utánanézek a panaszaimmal kapcsolatos információknak.	1	2	3	4	5	6	9							
Általában igényeim szerint történik a terápiával kapcsolatos döntési folyamat.	1	2	3	4	5	6	9							
19. Ön milyen mértékben szeretne-e részt venni a terápiával kapcsolatos döntésben? (1= Nem, teljesen az orvosra bízom magam, hiszen ő ért hozzá; 6= Igen, szeretnék részt venni egy ilyen döntésben)	Nem, teljesen az orvosra bízom magam, hiszen ő ért hozzá (1)					Igen, szeretnék részt venni egy ilyen döntésben (6)					9			
20. Általában milyen érzéssel jön el az orvostól? Kérjük, értékelje az alábbi jellemzőket aszerint, hogy mennyire gyakran érzí őket! (1=soha, 6=mindig)	soha		előfordul		néha		gyakran		sűrűn		mindig		nem tudja	
Tele vagyok kérdésekkel	1	2	3	4	5	6	9							
Aggodalommal	1	2	3	4	5	6	9							
Félelemmel	1	2	3	4	5	6	9							
Felszabadultan	1	2	3	4	5	6	9							
Örömmel	1	2	3	4	5	6	9							
Teljes nyugalommal	1	2	3	4	5	6	9							
Szorongással	1	2	3	4	5	6	9							
Jó érzéssel	1	2	3	4	5	6	9							
Egyéb, éspedig:	1	2	3	4	5	6	9							
21. Váltott-e már orvost? Ha nem, kérjük, hagyja ki ezt a kérdést. Ha igen, az alábbi okok szerepet játszottak?	egyáltalán nem játszott szerepet		nagy részt nem játszott szerepet		kevésbé játszott szerepet		kicsit szerepet játszott		nagy részt játszott szerepet		teljes mértékben játszott szerepet		nem tudja	
Nem bíztam meg az előző orvosban teljesen.	1	2	3	4	5	6	9							
Az ismerőseim egy másik orvost ajánlottak.	1	2	3	4	5	6	9							
A másik orvosnak modernebb felszereléssel rendelkezik.	1	2	3	4	5	6	9							

Átpártoltam egy nagyobb hírnévvel rendelkező orvoshoz.	1	2	3	4	5	6	9
Nem voltam megelégedve az előző orvos modorával.	1	2	3	4	5	6	9
Nem voltam megelégedve az előző orvos kommunikációjával.	1	2	3	4	5	6	9
Nem voltam megelégedve az előző orvos szakmai hozzáértésével.	1	2	3	4	5	6	9
Egyéb, éspedig:	1	2	3	4	5	6	9
22. Ha újra kialakul ugyanaz a betegség, ugyanahhoz az orvoshoz megy-e vissza? Kérjük, értékelje az alábbi lehetséges magyarázatokat, 1=egyáltalán nem jellemző, 6=teljes mértékben jellemző)	egyáltalán nem jellemző	nagyrészt nem jellemző	inkább nem jellemző	inkább jellemző	nagymértékben jellemző	teljes mértékben jellemző	nem tudja
Ugyanahhoz az orvoshoz megyek vissza.	1	2	3	4	5	6	9
Attól függ, hogy az eddigiekben milyen eredményeket ért el a betegségeim kezelésében.	1	2	3	4	5	6	9
Nem, ilyen esetben keresek egy másik orvost.	1	2	3	4	5	6	9
23. Kérjük, értékelje az alábbi állításokat! 1=egyáltalán nem ért egyet, 6=teljes mértékben egyetért.	egyáltalán nem ért egyet	nagyrészt nem ért egyet	inkább nem ért egyet	inkább egyetért	nagyrészt egyetért	teljesen egyetért	nem tudja/nem válaszol
Amikor az egészségemről van szó, sokkal jobban odafigyelek az adott termék márkájára, mint arra, hogy mennyibe kerül.	1	2	3	4	5	6	9
Egy jó akció/reklám hatására akkor is vásárolok, ha már van otthon az adott termékből.	1	2	3	4	5	6	9
A minőséget meg kell fizetni.	1	2	3	4	5	6	9
Előfordul, hogy a reklámokban látott sok új egészségvédő termék közül nehezen tudom kiválasztani a nekem leginkább megfelelőt.	1	2	3	4	5	6	9
Akkor is szívesen nézelődöm az üzletekben, ha nincsen semmire szükségem.	1	2	3	4	5	6	9
Szeretem az üzletekben alaposan végignézni a termékinvényt, mielőtt valamelyik termék megvásárlása mellett döntök.	1	2	3	4	5	6	9
Hatnak rám az új termékek reklámjai/hirdetése.	1	2	3	4	5	6	9
Ha új márká jelenik meg egy adott termékből, hajlamos vagyok az addig használt, bevált márkámat lecserélni.	1	2	3	4	5	6	9

Figyelemmel követem az egészségmegőrzéssel kapcsolatos híradásokat, sajtóinformációkat.	1	2	3	4	5	6	9
Ha ismerőseim számukra jól bevált termékekről mesélnek nekem, hajlamos vagyok azokat én is megvásárolni.	1	2	3	4	5	6	9
Odafigyelek arra, hogy mások milyen márkájú termékeket fogyasztanak.	1	2	3	4	5	6	9
Előfordul, hogy a megvásárolt termékről megfedkezem, nem fogyasztom, nem használom.	1	2	3	4	5	6	9
Örömmel tölt el, amikor az általam használt márkák reklámjait látom, vagy azokról jót hallok ismerőseimtől.	1	2	3	4	5	6	9
Előfordul, hogy azért veszek meg egy terméket, mert azt sokan használják ismerőseim között.	1	2	3	4	5	6	9
Kérjük, válassza ki, és jelölje be az Ön számára a legszimpatikusabb választ!							
24. Ön szerint milyen a jól kommunikáló orvos? (kérjük, csak egy választ jelöljön be!)							
Figyelmesen meghallgatja a problémánkat és minden információt megad ahhoz, hogy dönthessek							
Az állapotfelmérés után elmondja, mit tapasztalt, mi lehet a betegség oka, és mit kell tenni							
A beteggel együtt dönt a megfelelő kezelésről							
Egyéb, éspedig:							
25. Ön szerint milyen a jól kommunikáló beteg? (kérjük, csak egy választ jelöljön be!)							
Elmondja a panaszait, a jelentkező tüneteket, tapasztalatait és megvitatja az orvossal a betegségről eddig összegyűjtött információkat							
Csak akkor beszél, ha az orvos kérdést tesz fel neki							
Az orvostól kér információkat, megpróbál részt venni a kezeléséről szóló döntésben							
Egyéb, éspedig:							
DEMOGRÁFIA (kérem, jelölje meg az önre igaz állítást!)							
26. Nem							
Nő							
Férfi							
27. Életkor							
18-24 év között							
25-35 év között							
36-49 év között							
50-63 év között							
64 év felett							

28. Életforma	
Házasságban él	
Szüleivel él	
Élettársi kapcsolatban él	
Egyedülálló (hajadon, özvegy, elvált)	
29. Iskolázottság	
Egyetem	
hallgató (felsőoktatás)	
Főiskola	
Középiskola	
Szakmunkásképző	
Általános iskola	
30. Lakóhely	
Főváros	
Megyeszékhely	
Egyéb város	
Falu, község	
31. Jövedelem (Kérjük, jelölje be, hogy az Ön háztartásában mennyi az egy főre eső jövedelem!)	
50.000 Ft alatt	
50.001-75.000 Ft	
75.001-100.000 Ft	
100.001-125.000 Ft	
125.001-150.000 Ft	
150.001-175.000 Ft	
175.001-200.000 Ft	
200.000 Ft felett	
32. Foglalkozás	
Orvos	
Gyógyszerész	
Tanár	
Vállalkozó	
Egyéb	

4. melléklet: Az online kvantitatív kutatás kérdőíve⁴¹

Kérdőív az egészségügyről

Tisztelt Válaszadó!

E kérdőív kitöltésével az egészségüggyel kapcsolatos tapasztalatokról szóló disszertációm elkészítéséhez kérem a segítségét, melynek többek között célja, hogy hozzájáruljon az orvos-beteg kapcsolat javításához, és az elégedettség növeléséhez az egészségügyi szolgáltatásoknál.

A kutatás név nélküli, az Ön válaszait kizárólag kutatási célokra, statisztikai összesítéssel használom fel. Itt nincsenek jó vagy rossz válaszok: az őszinte véleménye számít.

A teszt kitöltések alapján a kérdőív kitöltése kb. 12-14 percet vesz igénybe.

Köszönöm, hogy segíti a munkámat!

Vajda Beáta

Milyen gyakran jár Ön...

	Havonta vagy gyakrabban	Kb. 2-3 havonta	Kb. félévente	Ritkábban	Soha
Háziorvoshoz	()	()	()	()	()
Szakrendelésre	()	()	()	()	()
Kórházba	()	()	()	()	()
Szanatóriumba	()	()	()	()	()

Jár-e magánrendelésre (társadalombiztosító által nem finanszírozott rendelésre)?

- () Igen, mégpedig az alábbi típusúra:: _____
() Nem

Jár-e alternatív gyógyítókhoz?

- () Igen, mégpedig az alábbi típusúhoz:: _____
() Nem

Van-e Önnek krónikus betegsége (olyan betegsége, amely hosszú ideig, akár egy életen át tart)?

- () Igen, mégpedig:: _____
() Nincs

Milyennek ítéli Ön saját egészségi állapotát?

- () Nagyon jó
() Jó
() Kielégítő
() Rossz
() Nagyon rossz

Az alábbiakban Ön egy kérdéssorozatot talál, amely az élet különböző dolgaira vonatkozik.

Minden egyes kérdésre hétféle válasz adható. Jelölje meg azt a számot a skálán 1 és 7 közt, amely legjobban kifejezi az Ön véleményét. Ha az 1-es szám alatti válasz közelíti meg legjobban az Ön véleményét, kérem jelölje be az 1-t, ha a 7-es szám alatt található válasz, kérjem jelölje be a 7-est. Ha nem ért egyet egyik szélén található válasszal sem, kérem karikázza be azt a számot, amely legjobban megközelíti érzéseit.

Van olyan érzése, hogy nem igazán érdekli, mi történik a környezetében?

- () 1: Nagyon ritkán, vagy soha
() 2
() 3
() 4

⁴¹ Az online felület miatt a válaszadók által látott kérdőív az itt bemutatott-tól eltérő formátumban, oldalakra bontva jelent meg (a kérdések sorrendje és a tartalom természetesen ezzel megegyező volt).

- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Nagyon gyakran

Előfordult már Önnel, hogy meglepődött olyan emberek viselkedésén, akikről azt gondolta, hogy jól ismeri őket?

- ☐ 1: Soha nem történt ilyen
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Mindig ez történik

Csalódott már olyan emberben, akiben megbízott?

- ☐ 1: Sohasem fordult elő
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Mindig ez történik

Eddigi életemnek:

- ☐ 1: Egyáltalán nem volt világos célja és értelme
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Nagyon határozott célja és értelme volt

Milyen gyakran van olyan érzése, hogy igazságtalanul bánnak Önnel?

- ☐ 1: Nagyon gyakran
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Nagyon ritkán, vagy soha

Szokta úgy érezni, hogy olyan helyzetben van, amit nem ismer, és nem tudja, mit kellene tennie?

- ☐ 1: Nagyon gyakran
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Nagyon ritkán, vagy soha

A mindennapi dolgaim:

- ☐ 1: Igazi örömet és elégedettséget okoznak
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Szenvedést okoznak és unalmasak

Vannak-e zűrzavaros (egyszerre rossz és jó) érzelmei és gondolatai?

- ☐ 1: Nagyon gyakran
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Nagyon ritkán, vagy soha

Előfordul-e, hogy olyan érzései vannak, amiket inkább nem szeretne érezni?

- ☐ 1: Nagyon gyakran
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Nagyon ritkán, vagy soha

Jó néhány ember - még az erős jelleműek is - néha élniük vesztetnek, vesztesnek érzik magukat bizonyos helyzetekben. Milyen gyakran érzett már Ön így?

- ☐ 1: Soha
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Nagyon gyakran

Amikor valami történik, Ön általában:

- ☐ 1: Túlbecsüli vagy alábecsüli a dolog jelentőségét
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Helyesen ítéli meg a dolog jelentőségét

Milyen gyakran érzi úgy, hogy a mindennapi cselekedeteinek nem sok értelme van?

- ☐ 1: Nagyon gyakran
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Nagyon ritkán, vagy soha

Milyen gyakran vannak olyan érzelmei, melyeket nem biztos, hogy kordában tud tartani?

- ☐ 1: Nagyon gyakran
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7: Nagyon ritkán, vagy soha

Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal?

	Egyáltalán nem értek egyet	Nem igazán értek egyet	Egyet is értek és nem is	Nagyrészt egyetértek	Teljes mértékben egyetértek
Összehasonlítva hozzám hasonló korú emberekkel, én gyakrabban leszek beteg, mint mások.	()	()	()	()	()
Valószínűnek tartom, hogy a közeljövőben lesz komolyabb betegségem.	()	()	()	()	()
Összehasonlítva hozzám hasonló korú emberekkel, én várhatóan tovább fogok élni.	()	()	()	()	()
Nagyon félek attól, hogy beteg lehetek.	()	()	()	()	()
Összehasonlítva hozzám hasonló korú emberekkel, ha megbetegszem, akkor nálam súlyosabb lefolyású lesz az adott betegség, mint náluk.	()	()	()	()	()
Ha a jövőben megbetegszem, az súlyos egészségügyi probléma lesz.	()	()	()	()	()
Ha beteg lennék, annak súlyos következményei lennének az életemre és a munkámra nézve.	()	()	()	()	()
Az egészséges életmóddal meg lehet előzni a betegségeket.	()	()	()	()	()
A rendszeres orvosi ellenőrzéssel meg lehet előzni a betegségeket.	()	()	()	()	()
Betegség esetén, ha betartom az orvosi előírásokat, hamarabb meggyógyulok.	()	()	()	()	()
Rendszeresen ellenőriztetem az egészségi állapotom.	()	()	()	()	()
Csak akkor megyek orvoshoz, ha már nagyon beteg vagyok.	()	()	()	()	()
Általában nehezemre esik pontosan betartani az orvos gyógyszeresedésre vonatkozó utasításait.	()	()	()	()	()
Nehezemre esik betartani, ha az orvos életmód változtatást javasol.	()	()	()	()	()
Ha az orvos előír valamit, általában nem kapok megfelelő magyarázatot arra, miért van rá szükség.	()	()	()	()	()
Van, hogy elfelejtem bevenni az előírt gyógyszert.	()	()	()	()	()
Az egészség a legfontosabb, meg kell próbálni megőrizni.	()	()	()	()	()
A jó egészségi állapot szerencse kérdése.	()	()	()	()	()
Sokat teszek azért, hogy megőrizsem az egészségem.	()	()	()	()	()
Ha beteg leszek, magam is utánanézek a panaszaimmal kapcsolatos információknak.	()	()	()	()	()
Megbízom az orvosokban.	()	()	()	()	()
Ha egy orvossal nem vagyok elégedett, másikat keresek.	()	()	()	()	()

A következő kérdéseknél, kérem, gondoljon a házi orvosára!

Ha belegondol a vele kapcsolatos tapasztalataiba, általában mennyire igazak az alábbi állítások?

	Egyáltalán nem igaz	Inkább nem	Részben	Nagyrészt	Teljes mértékben
A házi orvosom együtt érzően viselkedik.	()	()	()	()	()
Gyakran úgy jövök ki a rendelőjéből, hogy lett volna még kérdésem, de nem tettem fel őket.	()	()	()	()	()
A házi orvosom figyel rám.	()	()	()	()	()
A házi orvosom megkérdezi a véleményem.	()	()	()	()	()
Jobban bele szeretnék szólni a kezelésemről szóló döntésekbe.	()	()	()	()	()
Megbízom a házi orvosban.	()	()	()	()	()
Csak arra van lehetőségem, hogy arra válaszoljak, amit a házi orvos kérdez.	()	()	()	()	()
Az orvos elmondja döntésének okait.	()	()	()	()	()
Olyan részletesen mondhatom el a panaszaimat, ahogyan szeretném.	()	()	()	()	()
A konzultáció után általában megnyugodva távozom a rendelőből.	()	()	()	()	()
A konzultáció után általában úgy érzem, minden információt megkaptam, amire szükségem volt.	()	()	()	()	()
A konzultáció után általában úgy érzem, felületes volt az orvosom.	()	()	()	()	()
A konzultáció után általában úgy érzem, minden információt megértettem.	()	()	()	()	()
A konzultáció után általában kétségekkel telve távozom a rendelőből.	()	()	()	()	()
A házi orvosom elegendő időt szán rám.	()	()	()	()	()

Az alábbi három jellemzés közül melyik az, amelyik a leginkább illik az Ön házi orvosára?

- () A házi orvosom figyelmesen meghallgatja a problémámat, minden információt megad ahhoz, hogy dönthessek, majd támogat az általam választott kezelés alatt.
- () A vizsgálat után elmondja, hogy mit tapasztalt, mi lehet a betegség oka, és hogy mit kell tenni a gyógyulás érdekében.
- () Meghallgat, orvosi és életmóddal kapcsolatos kérdéseket tesz fel, és bevon engem a terápiáról szóló döntés meghozatalába.

Az alábbi kérdéseknél továbbra is gondoljon a házi orvosával és az ő rendelőjével kapcsolatos legutóbbi tapasztalataira!

Kérem, minden állításnál jelölje meg azt a számot, ami a leginkább kifejezi, mennyire ért egyet az alábbi állításokkal! (A magasabb szám magasabb egyetértést jelöl.)

	1: Egyáltalán nem értek egyet	2	3	4	5	6	7: Teljes mértékben egyetért ek
A rendelő felszerelése modern.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelő létesítményei tiszták.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos jól öltözött és rendezett.	()	()	()	()	()	()	()
A segítő személyzet jól öltözött és rendezett.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelő elrendezése megfelelő.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelő kielégítően és könnyen elérhető számomra.	()	()	()	()	()	()	()
Ha az orvos vagy a segítő személyzet valamit meghatározott időre ígér, akkor azt be is tartja.	()	()	()	()	()	()	()

Ha problémám adódik az ellátással, a rendelőben együtt-érzők és megfelelően reagálnak.	()	()	()	()	()	()	()
Előre megbeszélt időpontok esetén nem vagy csak keveset kell várakoznom.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelőben a várakozási idő hossza elfogadható.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos segítőkész.	()	()	()	()	()	()	()
A segítő személyzet segítőkész.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos figyelmesen hallgatja meg a problémámat.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos igyekszik megoldani a problémámat.	()	()	()	()	()	()	()
Ha kérdéseim vannak, azokat nyugodtan feltehetem.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos bizalmat ébreszt bennem.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelő segítő személyzete bizalmat ébreszt bennem.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos kedves és udvarias.	()	()	()	()	()	()	()
A segítő személyzet kedves és udvarias.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos munkája professzionális.	()	()	()	()	()	()	()
A segítő személyzet munkája professzionális.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelőben megkülönböztetett figyelmet fordítanak rám.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelőben egyénre szabott bánásmódban részesülök.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelési idő megfelelő számomra.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos megfelelően hosszú időt fordít rám.	()	()	()	()	()	()	()
Megfelelő alaposágú vizsgálatban részesülök.	()	()	()	()	()	()	()
Megfelelően tájékoztatnak a javasolt kezelés céljáról.	()	()	()	()	()	()	()
Megfelelően tájékoztatnak a javasolt kezelés természetéről.	()	()	()	()	()	()	()
Úgy érzem, elsősorban az én érdekeimet tartják szem előtt.	()	()	()	()	()	()	()
Összességében teljesen elégedett vagyok a háziorvosi rendelőmmel.	()	()	()	()	()	()	()

Milyen mértékben követi Ön a háziorvosa tanácsait az alábbi területeken?

	Egyáltalán nem	Nem igazán	Részben	Nagyrészt	Teljes mértékben	Nem tudom megítélni
Gyógyszerbevétel	()	()	()	()	()	()
Életmódtanácsok	()	()	()	()	()	()
További vizsgálatok elvégzése	()	()	()	()	()	()
Komolyabb beavatkozások (pl. műtétek) elvégzése	()	()	()	()	()	()

Mekkora szerepe van az alábbi tényezőknek abban, hogy betartsa az orvosi utasításokat?

	Jelentéktelen szerepe van	Kis szerepe van	Részben van szerepe	Nagy szerepe van	Kiemelkedően fontos szerepe van
Ne legyenek mellékhatások vagy a terápiából adódó kellemetlenségek.	()	()	()	()	()
Pontos legyen az utasítás.	()	()	()	()	()
Könnyen követhető legyen az utasítás.	()	()	()	()	()
Hogy az orvos elmagyarázza, miért van rá szükség.	()	()	()	()	()
Az orvosom iránti bizalom.	()	()	()	()	()
Hogy a gyógyszerézem mit javasol.	()	()	()	()	()

Hogy a családom/ismerőseim mit javasolnak.	()	()	()	()	()
Hogy tudatosan törekedjek és figyeljek rá.	()	()	()	()	()

Ön szerint milyen az ideális orvos? Kérjük, a leginkább szimpatikus jellemzést válassza ki!

- () Figyelmesen meghallgatja a problémámat, minden információt megad ahhoz, hogy dönthessek, majd támogat az általam választott kezelés alatt.
- () A vizsgálat után elmondja, hogy mit tapasztalt, mi lehet a betegség oka, és hogy mit kell tenni a gyógyulás érdekében.
- () Meghallgat, orvosi és életmóddal kapcsolatos kérdéseket tesz fel, és bevon engem a terápiáról szóló döntés meghozatalába.

Kérjük, válassza ki, hogy Ön szerint melyik leírás illik leginkább az „ideális beteg”-re!

- () Elmondja a panaszait, tapasztalatait, és megvitatja az orvossal az eddig összegyűjtött és a rendelőben felmerülő információkat, majd ezek alapján saját maga dönt.
- () A legjobb tudása szerint válaszol az orvos kérdéseire, és együttműködik az orvos által előírt tennivalókkal.
- () Meghallgatja az információkat, amiket az orvos ad, és megpróbál részt venni a döntésben, mérlegelve a szerinte számára legideálisabb megoldást.

Az alábbi kérdéseknél továbbra is gondoljon a házi orvosával és az ő rendelőjére! Kérem, minden állításnál jelölje meg azt a számot, ami a leginkább kifejezi, mennyire tartja fontosnak az alábbi tényezőket! (A magasabb szám magasabb fontosságot jelöl.)

	1: Egyáltalán nem fontos	2	3	4	5	6	7: Teljes mérték- ben fontos
A rendelő felszerelése modern legyen.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelő létesítményei tiszták legyenek.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos jól öltözött és rendezett legyen.	()	()	()	()	()	()	()
A segítő személyzet jól öltözött és rendezett legyen.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelő elrendezése megfelelő legyen.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelő kielégítően és könnyen elérhető legyen számomra.	()	()	()	()	()	()	()
Ha az orvos vagy a segítő személyzet valamit meghatározott időre ígér, akkor azt be is tartsa.	()	()	()	()	()	()	()
Ha problémám adódik az ellátással, a rendelőben együtt-érzőn és megfelelően reagálnak.	()	()	()	()	()	()	()
Előre megbeszélt időpontok esetén nem vagy csak keveset kelljen várakoznom.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelőben elfogadható legyen a várakozási idő hossza.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos segítőkész legyen.	()	()	()	()	()	()	()
A segítő személyzet segítőkész legyen.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos figyelmesen hallgassa meg a problémámat.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos igyekezzen megoldani a problémámat.	()	()	()	()	()	()	()
Ha kérdéseim vannak, azokat tehessem fel nyugodtan.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos ébresszen bizalmat bennem.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelő segítő személyzete ébresszen bizalmat bennem.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos legyen kedves és udvarias.	()	()	()	()	()	()	()
A segítő személyzet legyen kedves és udvarias.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos munkája professzionális legyen.	()	()	()	()	()	()	()
A segítő személyzet munkája professzionális legyen.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelőben megkülönböztetett figyelmet fordítsanak rám.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelőben egyénre szabott bánásmódban részesüljek.	()	()	()	()	()	()	()
A rendelési idő megfelelő legyen számomra.	()	()	()	()	()	()	()
Az orvos megfelelően hosszú időt fordítson rám.	()	()	()	()	()	()	()
Megfelelő alaposságú vizsgálatban részesüljek.	()	()	()	()	()	()	()
Megfelelően tájékoztassanak a javasolt kezelés céljáról.	()	()	()	()	()	()	()
Megfelelően tájékoztassanak a javasolt kezelés természetéről.	()	()	()	()	()	()	()
Úgy érzem, elsősorban az én érdekeimet tartják szem előtt.	()	()	()	()	()	()	()

Neme:

- ☐ Nő
☐ Férfi

Életkora:

- ☐ 18-29 év közötti
☐ 30-44 év közötti
☐ 45-59 év közötti
☐ 60 év feletti

Legmagasabb iskolai végzettsége:

- ☐ Kevesebb, mint 8 általános
☐ 8 általános
☐ Középfokú
☐ Főiskolai, egyetemi

Ön jelenleg...

- ☐ Aktív dolgozó
☐ Nyugdíjas
☐ Tanuló
☐ GYES-en, GYED-en levő
☐ Munkanélküli
☐ Háztartásbeli
☐ Egyéb

Lakóhelye...

- ☐ Főváros
☐ Megyeszékhely
☐ Egyéb város
☐ Község, falu

Háztartásában az egy főre jutó havi nettó jövedelem...

- ☐ 50.000 Ft alatt
☐ 50.001-80.000 Ft
☐ 80.001-90.000 Ft
☐ 90.001-100.000 Ft
☐ 100.001-150.000 Ft
☐ 150.001-200.000 Ft
☐ 200.000 Ft felett

Válaszait a rendszer rögzítette, köszönöm, hogy kitöltötte a kérdőívet!

5. melléklet: A kérdőíves megkérdezés eredményeképp kapott adattáblára alkalmazott súlyok

	Minta			Alapsokaság			Súlyozás nemre	
	Össz.	Férfi	Nő	Össz.	Férfi	Nő	Férfi súly	Nő súly
18-29 éves	156	55	101	1575915	804518	771397	0,80036044	0,417896862
30-44 éves	114	42	72	2308770	1173019	1135751	1,528158125	0,863104081
45-60 éves	116	33	83	2015058	958281	1056777	1,588881382	0,696655065
60 év feletti	62	20	42	2288024	886154	1401870	2,424330052	1,826295252
Összes	448	150	298	8187767	3821972	4365795		

Forrás: saját szerkesztés

6. melléklet: Orvoshoz járás gyakorisága a krónikus betegségben szenvedők és nem szenvedők között

			Krónikus betegség		Össz.
			Van	Nincs	
Háziorvoshoz járás gyakorisága	Havonta vagy gyakrabban	Esetek száma	73 _a	20 _b	93
		%-os arány	36,9%	8,2%	21,0%
	Kb 2-3 havonta	Esetek száma	59 _a	28 _b	87
		%-os arány	29,8%	11,4%	19,6%
	Kb félévente	Esetek száma	26 _a	55 _b	81
		%-os arány	13,1%	22,4%	18,3%
	Ritkábban	Esetek száma	34 _a	124 _b	158
		%-os arány	17,2%	50,6%	35,7%
	Soha	Esetek száma	6 _a	18 _b	24
		%-os arány	3,0%	7,3%	5,4%
	Total	Esetek száma	198	245	443
		%-os arány	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a krónikus betegséggel rendelkezők és nem rendelkezők összehasonlításában, az orvoshoz járási gyakoriság tekintetében.

7. melléklet: Az észlelt minőség fontossági skálájának faktorelemzése

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,938
Approx. Chi-Square	11497,674
Bartlett's Test of Sphericity df	406
Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	15,149	52,238	52,238	15,149	52,238	52,238	7,231	24,935	24,935
2	2,238	7,716	59,954	2,238	7,716	59,954	3,992	13,765	38,699
3	1,654	5,703	65,657	1,654	5,703	65,657	3,881	13,382	52,082
4	1,340	4,619	70,276	1,340	4,619	70,276	3,368	11,615	63,697
5	,994	3,429	73,704	,994	3,429	73,704	2,902	10,008	73,704
6	,742	2,557	76,261						
...									

Rotated Component Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
SQF26: alapos vizsgálat	,795	,277	,102	,177	,176
SQF27: tájékoztatás a kezelés céljáról	,792	,188	,240	,249	,136
SQF28: tájékoztatás a kezelés természetéről	,790	,175	,220	,141	,134
SQF13: figyelmes orvos	,730	,152	,369	,311	,090
SQF29: páciens érdekei	,716	,252	,117	,118	,284
SQF14: orvos problémamegoldás	,715	,096	,355	,277	-,003
SQF20: professzionális orvos	,678	,148	,355	,213	,054
SQF15: lehet kérdezni	,677	,122	,446	,270	,143
SQF11: segítőkész orvos	,633	,183	,503	,322	,064
SQF25: konzultáció hossza megfelelő	,614	,255	-,009	,158	,509
SQF16: bizalmat ébresztő orvos	,561	,203	,547	,197	,137
SQF02: tiszta rendelő	,514	,411	,321	,270	-,086
SQF04: rendezett személyzet	,188	,802	,296	,156	,101
SQF03: rendezett orvos	,233	,780	,266	,203	,071
SQF05: megfelelő elrendezés	,094	,780	,173	,074	,233
SQF01: modern rendelő	,308	,632	,115	,170	,098
SQF06: könnyű elérés	,184	,542	,131	,371	,336
SQF17: bizalmat ébresztő személyzet	,273	,283	,729	,169	,249
SQF19: kedves és udvarias személyzet	,347	,380	,666	,169	,176
SQF21: professzionális személyzet	,464	,271	,614	,158	,153
SQF12: segítőkész személyzet	,521	,291	,591	,263	,066
SQF18: kedves és udvarias orvos	,404	,386	,584	,217	,186
SQF09: megbeszélte időpontnál kis várakozási idő	,266	,138	,197	,841	,103
SQF10: elfogadható várakozási idő	,281	,186	,165	,824	,178
SQF07: ígéret betartása	,340	,280	,219	,685	,142
SQF08: probléma esetén együttérzés és reagálás	,295	,324	,198	,544	,300
SQF23: egyénre szabott bánásmód	,120	,097	,238	,093	,870
SQF22: megkülönböztetett figyelem	,044	,134	,188	,085	,868
SQF24: rendelési idő megfelelő	,273	,238	-,050	,327	,652

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

8. melléklet: Észlelt minőség észlelési skálájának faktorelemzése

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,938
Approx. Chi-Square		11799,487
Bartlett's Test of Sphericity	df	406
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	15,042	51,869	51,869	15,042	51,869	51,869	9,185	31,672	31,672
2	2,399	8,274	60,143	2,399	8,274	60,143	3,865	13,329	45,001
3	1,760	6,068	66,210	1,760	6,068	66,210	3,650	12,585	57,587
4	1,405	4,846	71,056	1,405	4,846	71,056	3,020	10,415	68,002
5	1,075	3,705	74,761	1,075	3,705	74,761	1,960	6,760	74,761
6	,794	2,737	77,499						

Rotated Component Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
SQT28: tájékoztatás a kezelés természetéről	,844	,199	,084	,242	,185
SQT16: bizalmat ébresztő orvos	,841	,204	,123	,142	,130
SQT27: tájékoztatás a kezelés céljáról	,840	,210	,113	,205	,187
SQT13: figyelmes orvos	,829	,185	,295	,144	,019
SQT29: páciens érdekei	,826	,187	,107	,216	,216
SQT26: alapos vizsgálat	,801	,096	,201	,221	,265
SQT14: orvos problémamegoldás	,798	,218	,313	,082	,067
SQT11: segítőkész orvos	,778	,243	,260	,185	,111
SQT25: konzultáció hossza megfelelő	,777	,070	,213	,301	,225
SQT15: lehet kérdezni	,762	,257	,189	,129	,049
SQT18: kedves és udvarias orvos	,747	,253	,185	,074	,095
SQT20: professzionális orvos	,744	,227	,199	,178	,158
SQT08: probléma esetén együttérzés és reagálás	,519	,290	,266	,328	,243
SQT19: kedves és udvarias személyzet	,280	,857	,203	,180	,100
SQT17: bizalmat ébresztő személyzet	,285	,835	,160	,184	,161
SQT21: professzionális személyzet	,287	,823	,163	,188	,135
SQT12: segítőkész személyzet	,328	,806	,203	,196	,146
SQT03: rendezett orvos	,408	,148	,732	,161	-,049
SQT05: megfelelő elrendezés	,190	,072	,705	,148	,172
SQT02: tiszta rendelő	,229	,186	,689	,289	,081
SQT01: modern rendelő	,170	,158	,669	,022	,371
SQT04: rendezett személyzet	,245	,444	,655	,085	,005
SQT06: könnyű elérés	,075	,059	,551	,384	-,170
SQT09: megbeszélte időpontnál kis várakozási idő	,289	,201	,153	,814	,075
SQT10: elfogadható várakozási idő	,237	,224	,139	,803	,167
SQT07: ígéret betartása	,255	,165	,341	,643	,071
SQT24: rendelési idő megfelelő	,263	,161	,285	,526	,276
SQT22: megkülönböztetett figyelem	,329	,192	,137	,182	,789
SQT23: egyénre szabott bánásmód	,402	,240	,065	,186	,759

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

9. melléklet: Észlelt minőség gap-skálájának faktorelemzése

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,933
Approx. Chi-Square		9484,814
Bartlett's Test of Sphericity	df	406
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	13,863	47,803	47,803	13,863	47,803	47,803	8,826	30,433	30,433
2	2,463	8,492	56,294	2,463	8,492	56,294	3,650	12,586	43,019
3	1,700	5,861	62,155	1,700	5,861	62,155	3,305	11,398	54,417
4	1,569	5,412	67,567	1,569	5,412	67,567	3,108	10,716	65,133
5	,957	3,301	70,867	,957	3,301	70,867	1,663	5,735	70,867
6	,889	3,065	73,933						

Rotated Component Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
SQ27	,854	,181	,044	,110	,254
SQ28	,846	,191	,039	,133	,204
SQ16	,825	,222	,132	,102	,030
SQ29	,817	,176	,115	,139	,268
SQ13	,806	,191	,195	,214	-,032
SQ26	,793	,092	,170	,189	,320
SQ14	,764	,209	,219	,187	-,023
SQ25	,756	,009	,180	,262	,302
SQ11	,755	,257	,218	,255	-,009
SQ20	,751	,203	,151	,178	,109
SQ15	,737	,260	,100	,185	,001
SQ18	,691	,267	,253	,075	,093
SQ8	,543	,284	,265	,356	,055
SQ19	,272	,839	,209	,142	,106
SQ17	,313	,812	,152	,157	,124
SQ12	,319	,789	,181	,234	,061
SQ21	,301	,777	,135	,191	,172
SQ3	,215	,052	,818	,025	,139
SQ4	,078	,280	,762	,004	,227
SQ5	,179	,088	,734	,070	-,003
SQ6	,120	,035	,543	,301	-,188
SQ1	,199	,216	,522	,141	,352
SQ2	,167	,237	,498	,375	,181
SQ9	,241	,139	,066	,821	,158
SQ10	,257	,210	,048	,820	,143
SQ7	,253	,208	,220	,703	-,084
SQ24	,200	,096	,206	,532	,424
SQ22	,388	,321	,220	,194	,599
SQ23	,491	,290	,203	,209	,593

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

10. melléklet: Wilcoxon próba a SERVQUAL ideális és észlelési skálája közötti gap-ekre

	SQF01: modern rendelő - SQT01: modern rendelő	SQF02: tiszta rendelő - SQT02: tiszta rendelő	SQF03: rendezett orvos - SQT03: rendezett orvos	SQF04: rendezett személyzet - SQT04: rendezett személyzet	SQF05: rendelő elrendezése - SQT05: rendelő elrendezése
Z	-11,588 ^b	-10,177 ^b	-2,560 ^c	-3,031 ^c	-,352 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,010	,002	,725

	SQF06: könnyű elérhetőség - SQT06: könnyű elérhetőség	SQF07: ígéret betartása a határidőkről - SQT07: ígéret betartása a határidőkről	SQF08: ellátási probléma esetén megfelelő reakálás - SQT08: ellátási probléma esetén megfelelő reakálás	SQF09: előre megbeszélt időpont esetén nem kell várakozni - SQT09: előre megbeszélt időpont esetén nem kell várakozni	SQF10: elfogadható várakozási idő - SQT10: elfogadható várakozási idő
Z	-2,575 ^c	-7,826 ^b	-8,054 ^b	-10,211 ^b	-12,220 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,010	,000	,000	,000	,000

	SQF11: segítőkész orvos - SQT11: segítőkész orvos	SQF12: segítőkész személyzet - SQT12: segítőkész személyzet	SQF13: figyelmes orvos - SQT13: figyelmes orvos	SQF14: orvos problémamegoldás - SQT14: orvos problémamegoldás	SQF15: lehet kérdéseket feltenni - SQT15: lehet kérdéseket feltenni
Z	-7,939 ^b	-5,169 ^b	-7,818 ^b	-8,502 ^b	-7,517 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000

	SQF16: bizalomkeltő orvos - SQT16: bizalomkeltő orvos	SQF17: bizalomkeltő személyzet - SQT17: bizalomkeltő személyzet	SQF18: kedves és udvarias orvos - SQT18: kedves és udvarias orvos	SQF19: kedves és udvarias személyzet - SQT19: kedves és udvarias személyzet	SQF20: professzionális orvos - SQT20: professzionális orvos
Z	-8,882 ^b	-5,521 ^b	-4,244 ^b	-2,983 ^b	-11,200 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,003	,000

	SQF21: professzionális személyzet - SQT21: professzionális személyzet	SQF22: megkülönböztetett figyelem - SQT22: megkülönböztetett figyelem	SQF23: egyenre szabott bánásmód - SQT23: egyenre szabott bánásmód	SQF24: megfelelő rendelési idő - SQT24: rendelési idő megfelelő	SQF25: orvos által páciensre fordított idő - SQT25: orvos által páciensre fordított idő
Z	-8,833 ^b	-7,552 ^b	-8,629 ^b	-6,215 ^b	-7,624 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000

	SQF26: megfelelő alaposságú vizsgálat - SQT26: megfelelő alaposságú vizsgálat	SQF27: tájékoztatás a kezelés céljáról - SQT27: tájékoztatás a kezelés céljáról	SQF28: tájékoztatás a kezelés természetéről - SQT28: tájékoztatás a kezelés természetéről	SQF29: páciens érdekei - SQT29: páciens érdekei
Z	-11,087 ^b	-11,599 ^b	-11,254 ^b	-10,253 ^b
Asymp. Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000

11. melléklet: Ordinális logisztikus regresszió a SERVQUAL gap faktorok által magyarázott 5-fokú elégedettségről

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1101,212			
Final	758,487	342,725	20	,000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,605
Nagelkerke	,637
McFadden	,310

12. melléklet: Ordinális logisztikus regresszió a SERVQUAL észlelési skála faktorai által magyarázott 5-fokú elégedettségről

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1166,919			
Final	552,447	614,472	20	,000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,793
Nagelkerke	,835
McFadden	,527

13. melléklet: Koherencia-érzet faktorelemzés; 3 faktor minden állítás bevonásával

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,863
Approx. Chi-Square		1697,226
Bartlett's Test of Sphericity	df	78
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,647	35,748	35,748	4,647	35,748	35,748	2,644	20,342	20,342
2	1,494	11,493	47,241	1,494	11,493	47,241	2,525	19,424	39,766
3	,899	6,917	54,158	,899	6,917	54,158	1,871	14,392	54,158
4	,873	6,714	60,872						
...									

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
SOC04	,723	,127	-,111
SOC10	,719	,166	,121
SOC07	,676	,290	,123
SOC12	,617	,487	,036
SOC01	,478	,175	,394
SOC11	-,006	,731	-,034
SOC08	,287	,649	,229
SOC09	,412	,556	,279
SOC05	,193	,545	,116
SOC13	,286	,531	,138
SOC06	,385	,494	,135
SOC02	-,048	,189	,865
SOC03	,131	,082	,861

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser

Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

14. melléklet: Koherencia-érzet faktorelemzés; 3 faktor 10 állítás bevonásával

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,832
Approx. Chi-Square		1376,692
Bartlett's Test of Sphericity	df	45
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,949	39,492	39,492	3,949	39,492	39,492	2,314	23,138	23,138
2	1,490	14,898	54,390	1,490	14,898	54,390	2,226	22,257	45,395
3	,877	8,774	63,164	,877	8,774	63,164	1,777	17,769	63,164
4	,758	7,577	70,741						
...									

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
SOC09	,788	,222	,200
SOC08	,785	,159	,180
SOC06	,665	,238	,078
SOC04	,148	,738	-,111
SOC07	,325	,679	,116
SOC01	,021	,629	,446
SOC12	,523	,596	,025
SOC10	,414	,567	,053
SOC02	,205	-,048	,864
SOC03	,136	,117	,850

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser

Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

15. melléklet: Koherencia-érzés és vélt egészség összefüggései

T-próbák

Group Statistics

	Véltég3csop	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SOC_13	1,00	33	54,8152	12,53140	2,19196
	2,00	168	63,3558	11,38995	,87883

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SOC_13	Equal variances assumed	,033	,857	-3,858	199	,000	-8,54061	2,21377	-12,90611	-4,17511
	Equal variances not assumed			-3,616	42,481	,001	-8,54061	2,36157	-13,30486	-3,77637

Group Statistics

	Véltég3csop	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SOC_13	2,00	168	63,3558	11,38995	,87883
	3,00	241	67,8781	11,26644	,72634

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SOC_13	Equal variances assumed	,105	,747	-3,974	407	,000	-4,52236	1,13792	-6,75931	-2,28541
	Equal variances not assumed			-3,967	356,929	,000	-4,52236	1,14014	-6,76459	-2,28013

Kruskal Wallis teszt

Ranks

	Véltég3csop	N	Mean Rank
SOC_13	1,00	36	127,03
	2,00	186	216,67
	3,00	253	269,47
	Total	475	

Test Statistics^{a,b}

	SOC_13
Chi-Square	41,350
df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:
Véltég3csop

16. melléklet: Egészséghit modell faktorelemzés

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,731
Approx. Chi-Square		1589,809
Bartlett's Test of Sphericity		df
Sig.		,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,349	23,924	23,924	3,349	23,924	23,924	2,781	19,861	19,861
2	2,405	17,179	41,103	2,405	17,179	41,103	2,018	14,412	34,273
3	1,465	10,461	51,564	1,465	10,461	51,564	1,889	13,495	47,767
4	1,209	8,634	60,198	1,209	8,634	60,198	1,740	12,431	60,198
5	,934	6,674	66,872						
...									

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
HBM02: jövőbeli komoly megbetegedés	,782	,133	,075	-,018
HBM05: megbetegedés súlyossága	,772	,076	,043	-,001
HBM06: jövőbeli súlyos megbetegedés	,748	,066	,086	,011
HBM04: félelem a megbetegedéstől	,673	-,222	,147	,053
HBM01: megbetegedés gyakorisága	,599	,089	,186	-,225
HBM09: orvosi ellenőrzés és megelőzés	-,032	,820	,084	,136
HBM10: együttműködés és gyógyulás	-,043	,777	,107	,051
HBM08: egészséges életmód és megelőzés	,225	,698	-,002	,115
HBM16: gyógyszer bevétel elfelejtése	,113	-,097	,818	-,022
HBM13: nehéz gyógyszer-együttműködés	,109	,223	,787	,025
HBM14: nehéz életmód-együttműködés	,204	,119	,688	,283
HBM11: rendszeres kontroll	-,200	,148	,024	,791
HBM12: orvos csak betegség esetén	-,062	-,011	,037	,784
HBM19: tesz az egészség megőrzésért	,195	,273	,187	,574

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

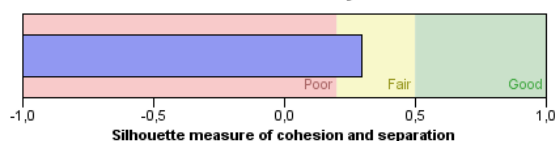
a. Rotation converged in 5 iterations.

17. melléklet: Egészséghit modell faktorok és koherencia-érzet változói alapján végzett kétlépcsős klaszterelemzés a klaszterezés megfelelőségéről

Model Summary

Algorithm	TwoStep
Inputs	5
Clusters	3

Cluster Quality



18. melléklet: Egészséghit modell faktorok és koherencia-érzet változói alapján végzett k-középpontú klaszterezés

Initial Cluster Centers

	Cluster		
	1	2	3
SOC_13	59,00	90,00	27,00
Észlelt fenyegetettség (HBM)	1,20983	-,86218	2,69219
Észlelt előnyök (HBM)	,53593	1,35152	-2,29087
Észlelt korlátok (HBM)	1,09972	-,90957	-,84814
Saját teljesítmény	-2,00750	,98498	2,06954

Iteration History^a

Iteration	Change in Cluster Centers		
	1	2	3
1	3,293	10,167	11,539
2	,725	2,399	6,058
3	,711	,518	2,929
4	,893	,000	1,554
5	,436	,000	,715
6	,000	,000	,000

a. Convergence achieved due to no or small change in cluster centers. The maximum absolute coordinate change for any center is ,000. The current iteration is 6. The minimum distance between initial centers is 31,288.

Final Cluster Centers

	Cluster		
	1	2	3
SOC_13	62,50	77,05	49,24
Észlelt fenyegetettség (HBM)	,17586	-,45525	,47802
Észlelt előnyök (HBM)	-,01184	,12796	-,12089
Észlelt korlátok (HBM)	,02983	-,15237	,24464
Saját teljesítmény	,03987	,14649	-,30432

ANOVA

	Cluster		Error		F	Sig.
	Mean Square	df	Mean Square	df		
SOC_13	24407,067	2	20,877	427	1169,068	,000
Észlelt fenyegetettség (HBM)	30,834	2	,818	427	37,707	,000
Észlelt előnyök (HBM)	2,000	2	,945	427	2,117	,122
Észlelt korlátok (HBM)	4,833	2	,977	427	4,947	,008
Saját teljesítmény	6,264	2	,975	427	6,425	,002

The F tests should be used only for descriptive purposes because the clusters have been chosen to maximize the differences among cases in different clusters. The observed significance levels are not corrected for this and thus cannot be interpreted as tests of the hypothesis that the cluster means are equal.

Number of Cases in each Cluster

	Unweighted	Weighted
Cluster 1	163,000	167,771
Cluster 2	172,000	169,738
Cluster 3	99,000	93,321
Valid	434,000	430,830
Missing	10,000	12,546

19. melléklet: Páciens-klaszterek jellemzői

Véltég3csop * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

		HBM SOC klasztertagság			Total
		1	2	3	
Véltég3csop	1,00 Count	14 _a	2 _b	12 _a	28
	% within HBM_SOC_klasztertagság	8,3%	1,2%	13,0%	6,5%
	2,00 Count	69 _a	54 _a	40 _a	163
	% within HBM_SOC_klasztertagság	41,1%	32,1%	43,5%	38,1%
	3,00 Count	85 _a	112 _b	40 _a	237
	% within HBM_SOC_klasztertagság	50,6%	66,7%	43,5%	55,4%
	Total Count	168	168	92	428
	% within HBM SOC klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, a vélt egészség tekintetében.

Házi-orvoshoz járás gyakorisága * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM SOC klasztertagság			Total
			1	2	3	
Házi-orvoshoz járás gyakorisága	Havonta vagy gyakrabban	Count	47 _a	19 _b	21 _a	87
		% within HBM_SOC_klasztertagság	28,5%	11,2%	23,6%	20,6%
	Kb 2-3 havonta	Count	30 _a	38 _a	17 _a	85
		% within HBM_SOC_klasztertagság	18,2%	22,5%	19,1%	20,1%
	Kb félévente	Count	29 _a	36 _a	14 _a	79
		% within HBM_SOC_klasztertagság	17,6%	21,3%	15,7%	18,7%
	Ritkábban	Count	54 _a	63 _a	35 _a	152
		% within HBM_SOC_klasztertagság	32,7%	37,3%	39,3%	35,9%
	Soha	Count	5 _a	13 _a	2 _a	20
		% within HBM_SOC_klasztertagság	3,0%	7,7%	2,2%	4,7%
	Total Count		165	169	89	423
	% within HBM SOC klasztertagság		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, a házi-orvoshoz járás gyakoriságának tekintetében.

Krónikus betegség * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM SOC klasztertagság			Total
			1	2	3	
Krónikus betegség	Igen	Count	80 _a	70 _a	42 _a	192
		% within HBM_SOC_klasztertagság	47,6%	41,2%	45,2%	44,5%
	Nincs	Count	88 _a	100 _a	51 _a	239
		% within HBM_SOC_klasztertagság	52,4%	58,8%	54,8%	55,5%
	Total	Count	168	170	93	431
		% within HBM SOC klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, krónikus betegség meglétének tekintetében.

Legmagasabb iskolai végzettség * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM SOC klasztertagság			Total
			1	2	3	
Legmagasabb iskolai végzettség	Kevesebb, mint 8 általános	Count	2 _a	2 _a	0 _a	4
		% within HBM_SOC_klasztertagság	1,2%	1,2%	0,0%	0,9%
	8 általános	Count	13 _a	9 _a	11 _a	33
		% within HBM_SOC_klasztertagság	7,8%	5,3%	11,8%	7,7%
	Középfokú	Count	68 _{a, b}	51 _b	45 _a	164
		% within HBM_SOC_klasztertagság	40,7%	30,0%	48,4%	38,1%
	Főiskolai, egyetemi	Count	84 _a	108 _b	37 _a	229
		% within HBM_SOC_klasztertagság	50,3%	63,5%	39,8%	53,3%
	Total	Count	167	170	93	430
		% within HBM SOC klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, a legmagasabb iskolai végzettség tekintetében.

Egy főre jutó nettó jövedelem a háztartásban * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM SOC klasztertagság			Total
			1	2	3	
Egy főre jutó nettó jövedelem a háztartásban	50 000 Ft alatt	Count	11 _a	6 _a	17 _b	34
		% within HBM_SOC_klasztertagság	6,5%	3,5%	18,1%	7,9%
	50 001-80 000 Ft	Count	34 _a	36 _a	25 _a	95
		% within HBM_SOC_klasztertagság	20,1%	21,2%	26,6%	21,9%
	80 001-90 000 Ft	Count	12 _a	11 _a	4 _a	27
		% within HBM_SOC_klasztertagság	7,1%	6,5%	4,3%	6,2%
	90 001-100 000 Ft	Count	19 _a	21 _a	7 _a	47
		% within HBM_SOC_klasztertagság	11,2%	12,4%	7,4%	10,9%
	100 001-150 000 Ft	Count	34 _a	33 _a	11 _a	78
		% within HBM_SOC_klasztertagság	20,1%	19,4%	11,7%	18,0%

150 001-200 000 Ft	Count	19 _a	15 _a	5 _a	39
	% within HBM_SOC_klasztertagság	11,2%	8,8%	5,3%	9,0%
200 000 Ft felett	Count	7 _a	24 _b	9 _{a, b}	40
	% within HBM_SOC_klasztertagság	4,1%	14,1%	9,6%	9,2%
Nem tudom/Nem vállaszkolok	Count	33 _a	24 _a	16 _a	73
	% within HBM_SOC_klasztertagság	19,5%	14,1%	17,0%	16,9%
Total	Count	169	170	94	433
	% within HBM_SOC_klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámonál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, az egy főre jutó nettó háztartási jövedelem tekintetében.

Az ideális beteg * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM SOC klasztertagság			Total
			1	2	3	
Az ideális beteg	Informatívnak megfelelő	Count	12 _a	8 _a	18 _b	38
		% within HBM_SOC_klasztertagság	7,1%	4,7%	19,4%	8,8%
	Paternalistának megfelelő	Count	92 _a	96 _a	40 _a	228
		% within HBM_SOC_klasztertagság	54,8%	56,5%	43,0%	52,9%
	Közös döntésnek megfelelő	Count	64 _a	66 _a	35 _a	165
		% within HBM_SOC_klasztertagság	38,1%	38,8%	37,6%	38,3%
Total	Count	168	170	93	431	
	% within HBM SOC klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámonál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, az ideálisnak tartott betegstílus tekintetében.

Bizalom az orvosban * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM SOC klasztertagság			Total
			1	2	3	
Bizalom az orvosban	Egyáltalán nem érték egyet	Count	5 _a	6 _a	1 _a	12
		% within HBM_SOC_klasztertagság	3,0%	3,6%	1,1%	2,8%
	Nem igazán érték egyet	Count	9 _a	7 _a	15 _b	31
		% within HBM_SOC_klasztertagság	5,4%	4,1%	16,1%	7,2%
	Egyet is érték és nem is	Count	59 _a	29 _b	32 _a	120
		% within HBM_SOC_klasztertagság	35,1%	17,2%	34,4%	27,9%
	Nagyrészt egyetérték	Count	68 _a	86 _a	38 _a	192
		% within HBM_SOC_klasztertagság	40,5%	50,9%	40,9%	44,7%
	Teljes mértékben egyetérték	Count	27 _{a, b}	41 _b	7 _a	75
		% within HBM_SOC_klasztertagság	16,1%	24,3%	7,5%	17,4%
Total		Count	168	169	93	430
		% within HBM_SOC_klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámonál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, az orvosba vetett bizalom tekintetében.

Elégedettség hiányakor másik orvos * HBM_SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM_SOC klasztertagság			Total
			1	2	3	
Elégedettség hiányakor másik orvos	Egyáltalán nem értek egyet	Count	3 _a	8 _a	1 _a	12
		% within HBM_SOC_klasztertagság	1,8%	4,7%	1,1%	2,8%
	Nem igazán értek egyet	Count	10 _a	7 _a	17 _b	34
		% within HBM_SOC_klasztertagság	6,0%	4,1%	18,1%	7,9%
	Egyet is értek és nem is	Count	42 _a	18 _b	11 _b	71
		% within HBM_SOC_klasztertagság	25,0%	10,7%	11,7%	16,5%
	Nagyrészt egyetértek	Count	60 _a	48 _a	35 _a	143
		% within HBM_SOC_klasztertagság	35,7%	28,4%	37,2%	33,2%
	Teljes mértékben egyetértek	Count	53 _a	88 _b	30 _a	171
		% within HBM_SOC_klasztertagság	31,5%	52,1%	31,9%	39,7%
Total		Count	168	169	94	431
		% within HBM_SOC_klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, annak tekintetében, hogy elégedettség hiányakor más orvost keres-e a válaszadó.

Együtműködéshez: orvosi magyarázat * HBM_SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM_SOC_klasztertagság			Total
			1	2	3	
Együtt- működéshez: orvosi magyarázat	Jelentéktelen szerepe van	Count	1 _a	5 _a	0 _a	6
		% within HBM_SOC_klasztertagság	0,6%	2,9%	0,0%	1,4%
		Count	4 _a	5 _a	6 _a	15
	Kis szerepe van	% within HBM_SOC_klasztertagság	2,4%	2,9%	6,6%	3,5%
		Count	27 _a	21 _a	11 _a	59
		% within HBM_SOC_klasztertagság	16,1%	12,4%	12,1%	13,8%
	Részben van szerepe	Count	90 _a	70 _a	40 _a	200
		% within HBM_SOC_klasztertagság	53,6%	41,2%	44,0%	46,6%
		Count	46 _a	69 _b	34 _{a, b}	149
	Kiemelkedően fontos szerepe van	% within HBM_SOC_klasztertagság	27,4%	40,6%	37,4%	34,7%
		Count	168	170	91	429
		Total	% within HBM_SOC_klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, annak tekintetében, hogy az együtműködésben mennyire tartják fontosnak az orvosi magyarázatokat.

Együtműködéshez: saját törekvés * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM_SOC klasztertagság			Total
			1	2	3	
Együtműködéshez: saját törekvés	Jelentéktelen szerepe van	Count	2 _a	3 _a	0 _a	5
		% within HBM_SOC_klasztertagság	1,2%	1,8%	0,0%	1,2%
	Kis szerepe van	Count	3 _a	9 _a	3 _a	15
		% within HBM_SOC_klasztertagság	1,8%	5,3%	3,2%	3,5%
	Részben van szerepe	Count	48 _a	24 _b	29 _a	101
		% within HBM_SOC_klasztertagság	28,6%	14,1%	30,9%	23,4%
	Nagy szerepe van	Count	86 _a	73 _a	36 _a	195
		% within HBM_SOC_klasztertagság	51,2%	42,9%	38,3%	45,1%
	Kiemelkedően fontos szerepe van	Count	29 _a	61 _b	26 _{a, b}	116
		% within HBM_SOC_klasztertagság	17,3%	35,9%	27,7%	26,9%
Total		Count	168	170	94	432
		% within HBM_SOC_klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában annak tekintetében, hogy az együtműködésben mennyire tartják fontosnak a saját törekvést.

20. melléklet: A háziorvos domináns és ideális stílusa közötti eltérés szignifikanciája: Wilcoxon-próba

Test Statistics^a

	Az ideális orvos - A háziorvos domináns stílusa
Z	-4,879 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

21. melléklet: Az orvos stílusa és észlelt minőség dimenzióinak átlagos értékelése

SQTgond_kat * A háziorvos domináns stílusa Crosstabulation

			A háziorvos domináns stílusa			Total
			Informatív	Paternalista	Közös döntés	
SQTgond_kat	1,00	Count	0 _a	0 _a	0 _a	0
		% within A háziorvos domináns stílusa	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	2,00	Count	2 _a	12 _a	0 _a	14
		% within A háziorvos domináns stílusa	4,3%	4,0%	0,0%	3,5%
	3,00	Count	1 _a	25 _a	1 _a	27
		% within A háziorvos domináns stílusa	2,1%	8,4%	1,8%	6,7%
	4,00	Count	5 _a	40 _a	5 _a	50
		% within A háziorvos domináns stílusa	10,6%	13,4%	9,1%	12,5%
	5,00	Count	10 _a	77 _a	9 _a	96
		% within A háziorvos domináns stílusa	21,3%	25,8%	16,4%	23,9%
	6,00	Count	29 _{a, b}	145 _b	40 _a	214
		% within A háziorvos domináns stílusa	61,7%	48,5%	72,7%	53,4%
Total		Count	47	299	55	401
		% within A háziorvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók között az észlelt minőség gondoskodás dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTszem_kat * A házi orvos domináns stílusa Crosstabulation

			A háziorvos domináns stílusa			Total
			Informatív	Paternalista	Közös döntés	
SQTszem_kat	1,00	Count	0 _{a, b}	3 _b	3 _a	6
		% within A háziorvos domináns stílusa	0,0%	1,0%	5,6%	1,5%
	2,00	Count	0 _a	5 _a	0 _a	5
		% within A háziorvos domináns stílusa	0,0%	1,6%	0,0%	1,2%
	3,00	Count	2 _a	11 _a	0 _a	13
		% within A háziorvos domináns stílusa	4,0%	3,6%	0,0%	3,2%
	4,00	Count	3 _a	39 _a	5 _a	47
		% within A háziorvos domináns stílusa	6,0%	12,7%	9,3%	11,4%
	5,00	Count	11 _a	83 _a	2 _b	96
		% within A háziorvos domináns stílusa	22,0%	26,9%	3,7%	23,3%
	6,00	Count	34 _{a, b}	167 _b	44 _a	245
		% within A háziorvos domináns stílusa	68,0%	54,2%	81,5%	59,5%
Total	Count	50	308	54	412	
	% within A háziorvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók között az észlel minőség személyzet dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTtárgyi_kat * A házi orvos domináns stílusa Crosstabulation

			A házi orvos domináns stílusa			Total
			Informatív	Paternalista	Közös döntés	
SQTtárgyi_kat	1,00	Count	0 _a	0 _a	0 _a	0
		% within A házi orvos domináns stílusa	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	2,00	Count	2 _a	3 _a	0 _a	5
		% within A házi orvos domináns stílusa	3,9%	1,0%	0,0%	1,2%
	3,00	Count	0 _a	14 _a	1 _a	15
		% within A házi orvos domináns stílusa	0,0%	4,7%	1,7%	3,7%
	4,00	Count	9 _a	43 _a	9 _a	61
		% within A házi orvos domináns stílusa	17,6%	14,3%	15,5%	14,9%
	5,00	Count	14 _a	88 _a	16 _a	118
		% within A házi orvos domináns stílusa	27,5%	29,3%	27,6%	28,9%
	6,00	Count	26 _a	152 _a	32 _a	210
		% within A házi orvos domináns stílusa	51,0%	50,7%	55,2%	51,3%
Total	Count	51	300	58	409	
	% within A házi orvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók között az észlel minőség tárgyi környezet dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTidő_kat * A házi orvos domináns stílusa Crosstabulation

			A háziorvos domináns stílusa			Total
			Informatív	Paternalista	Közös döntés	
SQTidő_kat	1,00	Count	0 _a	6 _a	0 _a	6
		% within A háziorvos domináns stílusa	0,0%	2,0%	0,0%	1,5%
	2,00	Count	4 _a	27 _a	3 _a	34
		% within A háziorvos domináns stílusa	8,0%	8,9%	5,3%	8,3%
	3,00	Count	3 _a	30 _a	4 _a	37
		% within A háziorvos domináns stílusa	6,0%	9,8%	7,0%	9,0%
	4,00	Count	4 _a	51 _a	7 _a	62
		% within A háziorvos domináns stílusa	8,0%	16,7%	12,3%	15,0%
	5,00	Count	12 _a	72 _a	10 _a	94
		% within A háziorvos domináns stílusa	24,0%	23,6%	17,5%	22,8%
	6,00	Count	27 _{a, b}	119 _b	33 _a	179
		% within A háziorvos domináns stílusa	54,0%	39,0%	57,9%	43,4%
Total	Count	50	305	57	412	
	% within A háziorvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók között az észlel minőség időmenedzsment dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTszem-szab_kat * A házi orvos domináns stílusa Crosstabulation

			A házi orvos domináns stílusa			Total
			Informatív	Paternalista	Közös döntés	
SQTszem- szab_kat	1,00	Count	2 _a	24 _a	4 _a	30
		% within A házi orvos domináns stílusa	4,1%	7,8%	7,0%	7,3%
	2,00	Count	1 _{a, b}	29 _b	0 _a	30
		% within A házi orvos domináns stílusa	2,0%	9,4%	0,0%	7,3%
	3,00	Count	2 _a	56 _b	3 _a	61
		% within A házi orvos domináns stílusa	4,1%	18,2%	5,3%	14,8%
	4,00	Count	6 _a	66 _a	16 _a	88
		% within A házi orvos domináns stílusa	12,2%	21,5%	28,1%	21,3%
	5,00	Count	11 _a	47 _a	9 _a	67
		% within A házi orvos domináns stílusa	22,4%	15,3%	15,8%	16,2%
	6,00	Count	27 _a	85 _b	25 _a	137
		% within A házi orvos domináns stílusa	55,1%	27,7%	43,9%	33,2%
Total	Count	49	307	57	413	
	% within A házi orvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók között az észlel minőség személyre szabottság dimenziójának értékelése tekintetében.

22. melléklet: Az orvos stílusa és az elégedettség

Elégedettség * A házi orvos domináns stílusa Crosstabulation

			A házi orvos domináns stílusa			Total
			Informatív	Paternalista	Közös döntés	
Elégedettség	1,00	Count	3 _a	35 _a	2 _a	40
		% within A házi orvos domináns stílusa	6,0%	11,5%	3,4%	9,7%
	2,00	Count	5 _{a, b}	40 _b	1 _a	46
		% within A házi orvos domináns stílusa	10,0%	13,1%	1,7%	11,1%
	3,00	Count	6 _a	48 _a	7 _a	61
		% within A házi orvos domináns stílusa	12,0%	15,7%	12,1%	14,8%
	4,00	Count	13 _a	103 _a	24 _a	140
		% within A házi orvos domináns stílusa	26,0%	33,8%	41,4%	33,9%
	5,00	Count	23 _a	79 _b	24 _a	126
		% within A házi orvos domináns stílusa	46,0%	25,9%	41,4%	30,5%
	Total	Count	50	305	58	413
		% within A házi orvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámkonál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvosok tapasztalók között az ellátással való elégedettség tekintetében.

23. melléklet: Az orvosi stílus elvárásoknak való megfelelése és az észlelt minőség dimenziók átlagos értékelése

SQTgond_kat * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
SQTgond_kat	1,00	Count	0 _a	0 _a	0
		% within Orvospasszol	0,0%	0,0%	0,0%
	2,00	Count	1 _a	13 _b	14
		% within Orvospasszol	0,5%	7,0%	3,5%
	3,00	Count	1 _a	26 _b	27
		% within Orvospasszol	0,5%	13,9%	6,8%
	4,00	Count	22 _a	27 _a	49
		% within Orvospasszol	10,3%	14,4%	12,2%
	5,00	Count	47 _a	49 _a	96
		% within Orvospasszol	22,1%	26,2%	24,0%
	6,00	Count	142 _a	72 _b	214
		% within Orvospasszol	66,7%	38,5%	53,5%
Total		Count	213	187	400
		% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámkonál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között az észlelt minőség gondoskodás dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTszem_kat * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
SQTszem_kat	1,00	Count	2 _a	4 _a	6
		% within Orvospasszol	0,9%	2,1%	1,5%
	2,00	Count	1 _a	4 _a	5
		% within Orvospasszol	0,5%	2,1%	1,2%
	3,00	Count	2 _a	11 _b	13
		% within Orvospasszol	0,9%	5,7%	3,2%
	4,00	Count	14 _a	32 _b	46
		% within Orvospasszol	6,4%	16,6%	11,2%
	5,00	Count	49 _a	47 _a	96
		% within Orvospasszol	22,5%	24,4%	23,4%
	6,00	Count	150 _a	95 _b	245
		% within Orvospasszol	68,8%	49,2%	59,6%
Total	Count	218	193	411	
	% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között az észlelt minőség személyzet dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTtárgyi_kat * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
SQTárgyi_kat	1,00	Count	0 _a	0 _a	0
		% within Orvospasszol	0,0%	0,0%	0,0%
	2,00	Count	1 _a	4 _a	5
		% within Orvospasszol	0,5%	2,1%	1,2%
	3,00	Count	3 _a	12 _b	15
		% within Orvospasszol	1,4%	6,3%	3,7%
	4,00	Count	24 _a	36 _b	60
		% within Orvospasszol	11,1%	18,8%	14,7%
	5,00	Count	57 _a	62 _a	119
		% within Orvospasszol	26,3%	32,5%	29,2%
	6,00	Count	132 _a	77 _b	209
		% within Orvospasszol	60,8%	40,3%	51,2%
Total	Count	217	191	408	
	% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között az észlelt minőség tárgyi környezet dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTidő_kat * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
SQTidő_kat	1,00	Count	2 _a	4 _a	6
		% within Orvospasszol	0,9%	2,1%	1,5%
	2,00	Count	7 _a	27 _b	34
		% within Orvospasszol	3,2%	14,1%	8,3%
	3,00	Count	12 _a	25 _b	37
		% within Orvospasszol	5,5%	13,0%	9,0%
	4,00	Count	32 _a	31 _a	63
		% within Orvospasszol	14,5%	16,1%	15,3%
	5,00	Count	51 _a	42 _a	93
		% within Orvospasszol	23,2%	21,9%	22,6%
	6,00	Count	116 _a	63 _b	179
		% within Orvospasszol	52,7%	32,8%	43,4%
Total	Count	220	192	412	
	% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között az észlelt minőség időmenezsment dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTszemszab_kat * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
SQTszemszab_kat	1,00	Count	10 _a	20 _b	30
		% within Orvospasszol	4,5%	10,3%	7,2%
	2,00	Count	11 _a	19 _a	30
		% within Orvospasszol	5,0%	9,8%	7,2%
	3,00	Count	27 _a	34 _a	61
		% within Orvospasszol	12,3%	17,5%	14,7%
	4,00	Count	45 _a	44 _a	89
		% within Orvospasszol	20,5%	22,7%	21,5%
	5,00	Count	41 _a	26 _a	67
		% within Orvospasszol	18,6%	13,4%	16,2%
	6,00	Count	86 _a	51 _b	137
		% within Orvospasszol	39,1%	26,3%	33,1%
Total	Count	220	194	414	
	% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között az észlelt minőség személyre szabottság dimenziójának értékelése tekintetében.

24. melléklet: Az orvosi stílus elvárásoknak való megfelelése és az ellátással való elégedettség

Elégedettség * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
Elégedettség	1,00	Count	5 _a	35 _b	40
		% within Orvospasszol	2,3%	17,9%	9,6%
	2,00	Count	18 _a	29 _b	47
		% within Orvospasszol	8,2%	14,8%	11,3%
	3,00	Count	25 _a	37 _b	62
		% within Orvospasszol	11,4%	18,9%	14,9%
	4,00	Count	74 _a	66 _a	140
		% within Orvospasszol	33,8%	33,7%	33,7%
	5,00	Count	97 _a	29 _b	126
		% within Orvospasszol	44,3%	14,8%	30,4%
	Total	Count	219	196	415
		% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között az ellátással való elégedettség tekintetében.

25. melléklet: Kognitív és érzelmi gondoskodás és elégedettség

Crosstab

			Kogérz_gondoskodás			Total
			közepes vagy rosszabb	megfelelő	kitűnő	
Elégedettség	1,00	Count	39 _a	2 _b	0 _b	41
		% within Kogérz_gondoskodás	42,4%	1,3%	0,0%	10,0%
	2,00	Count	30 _a	15 _b	2 _c	47
		% within Kogérz_gondoskodás	32,6%	10,1%	1,2%	11,5%
	3,00	Count	16 _{a, b}	31 _b	14 _a	61
		% within Kogérz_gondoskodás	17,4%	20,8%	8,4%	15,0%
	4,00	Count	5 _a	81 _b	51 _c	137
		% within Kogérz_gondoskodás	5,4%	54,4%	30,5%	33,6%
	5,00	Count	2 _a	20 _b	100 _c	122
		% within Kogérz_gondoskodás	2,2%	13,4%	59,9%	29,9%
	Total	Count	92	149	167	408
		% within Kogérz_gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző mértékben megfelelő kognitív és érzelmi gondoskodást kapottak között az ellátással való elégedettség tekintetében.

Kogérz gondoskodás * Elégedettség Crosstabulation

			Elégedettség					Total
			1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
Kogérz_gon- doskodás	közepes vagy rosszabb	Count	39 _a	30 _b	16 _c	5 _d	2 _d	92
		% within Elégedettség	95,1%	63,8%	26,2%	3,6%	1,6%	22,5%
	megfelelő	Count	2 _a	15 _{b, c}	31 _{c, d}	81 _d	20 _{a, b}	149
		% within Elégedettség	4,9%	31,9%	50,8%	59,1%	16,4%	36,5%
	kitűnő	Count	0 _a	2 _{a, b}	14 _{b, c}	51 _c	100 _d	167
		% within Elégedettség	0,0%	4,3%	23,0%	37,2%	82,0%	40,9%
	Total	Count	41	47	61	137	122	408
		% within Elégedettség	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az ellátással különböző mértékben elégedettek között a kognitív és érzelmi gondoskodás értékelése tekintetében.

26. melléklet: Kognitív és érzelmi gondoskodás és észlelt minőség dimenziók átlagos értékelése

SQTgond_kat * Kogérz gondoskodás Crosstabulation

			Kogérz gondoskodás			Total
			közepes vagy rosszabb	megfelelő	kitűnő	
SQTgond_kat	1,00	Count	1 _a	0 _a	0 _a	1
		% within Kogérz_gondoskodás	1,1%	0,0%	0,0%	0,3%
	2,00	Count	14 _a	0 _b	0 _b	14
		% within Kogérz_gondoskodás	15,1%	0,0%	0,0%	3,5%
	3,00	Count	27 _a	0 _b	0 _b	27
		% within Kogérz_gondoskodás	29,0%	0,0%	0,0%	6,8%
	4,00	Count	33 _a	17 _b	1 _c	51
		% within Kogérz_gondoskodás	35,5%	12,0%	0,6%	12,9%
	5,00	Count	18 _a	69 _b	9 _c	96
		% within Kogérz_gondoskodás	19,4%	48,6%	5,6%	24,2%
	6,00	Count	0 _a	56 _b	151 _c	207
		% within Kogérz_gondoskodás	0,0%	39,4%	93,8%	52,3%
	Total	Count	93	142	161	396
		% within Kogérz_gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző mértékben megfelelő kognitív és érzelmi gondoskodást kaptak között az észlelt minőség gondoskodás dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTszem_kat * Kogérz_gondoskodás Crosstabulation

		Kogérz_gondoskodás Cross-tabulation			Total	
		közepes vagy rosszabb	megfelelő	kitűnő		
SQTszem_kat	1,00	Count	2 _a	2 _a	3 _a	7
		% within Kogérz_gondoskodás	2,1%	1,4%	1,8%	1,7%
	2,00	Count	4 _a	2 _{a, b}	0 _b	6
		% within Kogérz_gondoskodás	4,3%	1,4%	0,0%	1,5%
	3,00	Count	9 _a	3 _b	1 _b	13
		% within Kogérz_gondoskodás	9,6%	2,1%	0,6%	3,2%
	4,00	Count	24 _a	18 _b	6 _c	48
		% within Kogérz_gondoskodás	25,5%	12,3%	3,6%	11,8%
	5,00	Count	27 _a	56 _a	13 _b	96
		% within Kogérz_gondoskodás	28,7%	38,4%	7,7%	23,5%
Total	6,00	Count	28 _a	65 _a	145 _b	238
		% within Kogérz_gondoskodás	29,8%	44,5%	86,3%	58,3%
		Count	94	146	168	408
		% within Kogérz_gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző mértékben megfelelő kognitív és érzelmi gondoskodást kapottak között az észlelt minőség személyzet dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTtárgyi_kat * Kogérz_gondoskodás Crosstabulation

		Kogérz_gondoskodás			Total	
		közepes vagy rosszabb	megfelelő	kitűnő		
SQTtárgyi_kat	1,00	Count	0 _a	0 _a	0 _a	0
		% within Kogérz_gondoskodás	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	2,00	Count	4 _a	0 _b	0 _b	4
		% within Kogérz_gondoskodás	4,3%	0,0%	0,0%	1,0%
	3,00	Count	6 _a	5 _a	3 _a	14
		% within Kogérz_gondoskodás	6,5%	3,5%	1,8%	3,5%
	4,00	Count	29 _a	20 _b	11 _b	60
		% within Kogérz_gondoskodás	31,5%	13,9%	6,7%	15,0%
	5,00	Count	33 _a	54 _a	33 _b	120
		% within Kogérz_gondoskodás	35,9%	37,5%	20,1%	30,0%
	6,00	Count	20 _a	65 _b	117 _c	202
		% within Kogérz_gondoskodás	21,7%	45,1%	71,3%	50,5%
Total		Count	92	144	164	400
		% within Kogérz_gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző mértékben megfelelő kognitív és érzelmi gondoskodást kapottak között az észlelt minőség tárgyi környezet dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTidő_kat * Kogérz_gondoskodás Crosstabulation

			Kogérz_gondoskodás			Total
			közepes vagy rosszabb	megfelelő	kitűnő	
SQTidő_kat	1,00	Count	5 _a	1 _{a, b}	0 _b	6
		% within Kogérz_gondoskodás	5,4%	0,7%	0,0%	1,5%
	2,00	Count	21 _a	7 _b	6 _b	34
		% within Kogérz_gondoskodás	22,6%	4,8%	3,6%	8,4%
	3,00	Count	16 _a	16 _a	5 _b	37
		% within Kogérz_gondoskodás	17,2%	11,0%	3,0%	9,1%
	4,00	Count	21 _a	25 _{a, b}	16 _b	62
		% within Kogérz_gondoskodás	22,6%	17,1%	9,6%	15,3%
	5,00	Count	19 _a	52 _b	23 _a	94
		% within Kogérz_gondoskodás	20,4%	35,6%	13,8%	23,2%
	6,00	Count	11 _a	45 _b	117 _c	173
		% within Kogérz_gondoskodás	11,8%	30,8%	70,1%	42,6%
Total		Count	93	146	167	406
		% within Kogérz_gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző mértékben megfelelő kognitív és érzelmi gondoskodást kapottak között az észlelt minőség idő-menezsment dimenziójának értékelése tekintetében.

SQTszem_szab_kat * Kogérz_gondoskodás Crosstabulation

			Kogérz_gondoskodás			Total
			közepes vagy rosszabb	megfelelő	kitűnő	
SQTszem-szab_kat	1,00	Count	18 _a	5 _b	8 _b	31
		% within Kogérz_gondoskodás	19,1%	3,3%	4,8%	7,6%
	2,00	Count	18 _a	8 _b	3 _b	29
		% within Kogérz_gondoskodás	19,1%	5,3%	1,8%	7,1%
	3,00	Count	26 _a	24 _{a, b}	13 _b	63
		% within Kogérz_gondoskodás	27,7%	16,0%	7,8%	15,4%
	4,00	Count	21 _{a, b}	40 _b	26 _a	87
		% within Kogérz_gondoskodás	22,3%	26,7%	15,7%	21,2%
	5,00	Count	5 _a	31 _b	29 _b	65
		% within Kogérz_gondoskodás	5,3%	20,7%	17,5%	15,9%
	6,00	Count	6 _a	42 _b	87 _c	135
		% within Kogérz_gondoskodás	6,4%	28,0%	52,4%	32,9%
Total		Count	94	150	166	410
		% within Kogérz_gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző mértékben megfelelő kognitív és érzelmi gondoskodást kapottak között az észlelt minőség személyre szabottság dimenziójának értékelése tekintetében.

27. melléklet: Páciens szegmensek és együttműködés

Együttműködés-gyógyszerbevétel * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM SOC klasztertagság			Total
			1	2	3	
Együtt- működés- gyógyszer- -bevétel	Egyáltalán nem	Count	3 _a	1 _a	0 _a	4
		% within HBM_SOC_klasztertagság	1,9%	0,6%	0,0%	1,0%
	Nem igazán	Count	1 _a	0 _a	1 _a	2
		% within HBM_SOC_klasztertagság	0,6%	0,0%	1,1%	0,5%
	Részben	Count	9 _a	5 _a	5 _a	19
		% within HBM_SOC_klasztertagság	5,6%	3,2%	5,7%	4,7%
	Nagyrészt	Count	31 _a	29 _a	26 _a	86
		% within HBM_SOC_klasztertagság	19,1%	18,7%	29,5%	21,2%
	Teljes mértékben	Count	117 _{a, b}	118 _b	54 _a	289
		% within HBM_SOC_klasztertagság	72,2%	76,1%	61,4%	71,4%
	Nem tudom megítélni	Count	1 _a	2 _a	2 _a	5
		% within HBM_SOC_klasztertagság	0,6%	1,3%	2,3%	1,2%
Total	Count	162	155	88	405	
	% within HBM SOC klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, a gyógyszerbevétellel kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együttműködés-életmód * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

Együttműködés-életmód			HBM_SOC_klasztertagság			Total
			g			
			1	2	3	
Együtt- működés- életmód	Egyáltalán nem	Count	0 _a	1 _{a, b}	4 _b	5
		% within HBM_SOC_klasztertagság	0,0%	0,6%	4,6%	1,2%
	Nem igazán	Count	5 _a	5 _a	7 _a	17
		% within HBM_SOC_klasztertagság	3,1%	3,2%	8,0%	4,2%
	Részben	Count	32 _{a, b}	24 _b	27 _a	83
		% within HBM_SOC_klasztertagság	19,6%	15,5%	31,0%	20,5%
	Nagyrészt	Count	77 _{a, b}	81 _b	29 _a	187
		% within HBM_SOC_klasztertagság	47,2%	52,3%	33,3%	46,2%
	Teljes mértékben	Count	40 _a	33 _a	16 _a	89
		% within HBM_SOC_klasztertagság	24,5%	21,3%	18,4%	22,0%
	Nem tudom megítélni	Count	9 _a	11 _a	4 _a	24
		% within HBM_SOC_klasztertagság	5,5%	7,1%	4,6%	5,9%
Total	Count	163	155	87	405	
	% within HBM_SOC_klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, az életmódváltoztatással kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-további vizsgálatok * HBM SOC klasztertagság Crosstabulation

			HBM_SOC_klasztertagság			Total
			1	2	3	
Együtt- működés- további vizsgálatok	Nem igazán	Count	2 _{a, b}	0 _b	4 _a	6
		% within HBM_SOC_klasztertagság	1,2%	0,0%	4,5%	1,5%
	Részben	Count	12 _{a, b}	9 _b	15 _a	36
		% within HBM_SOC_klasztertagság	7,4%	5,8%	16,9%	8,9%
	Nagyrészt	Count	46 _a	32 _a	20 _a	98
		% within HBM_SOC_klasztertagság	28,4%	20,6%	22,5%	24,1%
	Teljes mértékben	Count	97 _{a, b}	109 _b	44 _a	250
		% within HBM_SOC_klasztertagság	59,9%	70,3%	49,4%	61,6%
	Nem tudom megítélni	Count	5 _a	5 _a	6 _a	16
		% within HBM_SOC_klasztertagság	3,1%	3,2%	6,7%	3,9%
Total	Count	162	155	89	406	
	% within HBM_SOC_klasztertagság	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az egyes klaszterek összehasonlításában, a további vizsgálatokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

28. melléklet: Az orvos stílusa, az elvárt stílusnak való megfelelés és az együtműködés

Együtműködés-gyógyszerbevétel * A házi orvos domináns stílusa Crosstabulation

			A házi orvos domináns stílusa			Total
			Infor- matív	Pater- nalista	Közös döntés	
Együtt- működés- gyógyszer- bevétel	Nem vagy részben	Count	5 _a	14 _a	4 _a	23
		% within A házi orvos domináns stílusa	10,0%	4,5%	6,9%	5,5%
	Nagyrészt	Count	7 _{a, b}	78 _b	5 _a	90
		% within A házi orvos domináns stílusa	14,0%	25,2%	8,6%	21,6%
	Teljes mértékben	Count	38 _a	213 _a	48 _a	299
		% within A házi orvos domináns stílusa	76,0%	68,9%	82,8%	71,7%
	Nem tudom megítélni	Count	0 _a	4 _a	1 _a	5
		% within A házi orvos domináns stílusa	0,0%	1,3%	1,7%	1,2%
Total	Count	50	309	58	417	
	% within A házi orvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók összehasonlításában, a gyógyszerbevétellel kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együttműködés-gyógyszerbevétel * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
Együtt- működés- gyógyszer- bevétel	Nem vagy részben	Count	9 _a	14 _a	23
		% within Orvospasszol	4,1%	7,1%	5,5%
	Nagyrészt	Count	46 _a	44 _a	90
		% within Orvospasszol	20,9%	22,3%	21,6%
	Teljes mértékben	Count	162 _a	137 _a	299
		% within Orvospasszol	73,6%	69,5%	71,7%
	Nem tudom megítélni	Count	3 _a	2 _a	5
		% within Orvospasszol	1,4%	1,0%	1,2%
Total	Count	220	197	417	
	% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámkoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között a gyógyszerbevételel kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együttműködés-életmód * A háziorvos domináns stílusa Crosstabulation

			A háziorvos domináns stílusa			Total
			Informatív	Paterna- lista	Közös döntés	
Együtt- működés- életmód	Nem vagy részben	Count	9 _a	84 _a	13 _a	106
		% within A háziorvos domináns stílusa	18,0%	27,2%	22,8%	25,5%
	Nagyrészt	Count	25 _a	141 _a	28 _a	194
		% within A háziorvos domináns stílusa	50,0%	45,6%	49,1%	46,6%
	Teljes mértékben	Count	12 _a	67 _a	15 _a	94
		% within A háziorvos domináns stílusa	24,0%	21,7%	26,3%	22,6%
	Nem tudom megítélni	Count	4 _a	17 _a	1 _a	22
		% within A háziorvos domináns stílusa	8,0%	5,5%	1,8%	5,3%
Total	Count	50	309	57	416	
	% within A háziorvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámkoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók összehasonlításában, az életmóddal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együttműködés-életmód * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
Együtt- működés- életmód	Nem vagy részben	Count	53 _a	53 _a	106
		% within Orvospasszol	24,0%	27,0%	25,4%
	Nagyrészt	Count	115 _a	79 _b	194
		% within Orvospasszol	52,0%	40,3%	46,5%
	Teljes mértékben	Count	44 _a	50 _a	94
		% within Orvospasszol	19,9%	25,5%	22,5%
	Nem tudom megítélni	Count	9 _a	14 _a	23
		% within Orvospasszol	4,1%	7,1%	5,5%
Total	Count	221	196	417	
	% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%	

Az esetszámkoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között az életmóddal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-további vizsgálatok * A házi orvos domináns stílusa Crosstabulation

			A házi orvos domináns stílusa			Total
			Infor- matív	Pater- nalista	Közös döntés	
Együtműködés-további vizsgálatok	Nem vagy részben	Count	5 _a	35 _a	3 _a	43
		% within A házi orvos domináns stílusa	9,8%	11,4%	5,3%	10,3%
	Nagyrészt	Count	13 _{a, b}	81 _b	6 _a	100
		% within A házi orvos domináns stílusa	25,5%	26,3%	10,5%	24,0%
	Teljes mértékben	Count	32 _a	183 _a	43 _a	258
		% within A házi orvos domináns stílusa	62,7%	59,4%	75,4%	62,0%
	Nem tudom megítélni	Count	1 _a	9 _a	5 _a	15
		% within A házi orvos domináns stílusa	2,0%	2,9%	8,8%	3,6%
	Total	Count	51	308	57	416
		% within A házi orvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók összehasonlításában, a további vizsgálatokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-további vizsgálatok * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
Együtműködés-további vizsgálatok	Nem vagy részben	Count	24 _a	20 _a	44
		% within Orvospasszol	10,9%	10,2%	10,6%
	Nagyrészt	Count	52 _a	48 _a	100
		% within Orvospasszol	23,5%	24,5%	24,0%
	Teljes mértékben	Count	140 _a	118 _a	258
		% within Orvospasszol	63,3%	60,2%	61,9%
	Nem tudom megítélni	Count	5 _a	10 _a	15
		% within Orvospasszol	2,3%	5,1%	3,6%
	Total	Count	221	196	417
		% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között a további vizsgálatokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-komolyabb beavatkozások * A házi orvos domináns stílusa Crosstabulation

			A házi orvos domináns stílusa			Total
			Informatív	Paternalista	Közös döntés	
Együtműködés-komolyabb beavatkozások	Nem vagy részben	Count	3 _a	41 _a	5 _a	49
		% within A házi orvos domináns stílusa	6,0%	13,3%	8,6%	11,8%
	Nagyrészt	Count	11 _{a, b}	75 _b	4 _a	90
		% within A házi orvos domináns stílusa	22,0%	24,3%	6,9%	21,6%
	Teljes mértékben	Count	27 _a	141 _a	35 _a	203
		% within A házi orvos domináns stílusa	54,0%	45,6%	60,3%	48,7%
	Nem tudom megítélni	Count	9 _a	52 _a	14 _a	75
		% within A házi orvos domináns stílusa	18,0%	16,8%	24,1%	18,0%
	Total	Count	50	309	58	417
		% within A házi orvos domináns stílusa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a különböző stílusú orvost tapasztalók összehasonlításában, a komolyabb beavatkozásokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-komolyabb beavatkozások * Orvospasszol Crosstabulation

			Orvospasszol		Total
			Igen	Nem	
Együtműködés-komolyabb beavatkozások	Nem vagy részben	Count	19 _a	29 _b	48
		% within Orvospasszol	8,6%	14,8%	11,5%
	Nagyrészt	Count	47 _a	43 _a	90
		% within Orvospasszol	21,4%	21,9%	21,6%
	Teljes mértékben	Count	118 _a	86 _b	204
		% within Orvospasszol	53,6%	43,9%	49,0%
	Nem tudom megítélni	Count	36 _a	38 _a	74
		% within Orvospasszol	16,4%	19,4%	17,8%
	Total	Count	220	196	416
		% within Orvospasszol	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az ideális orvosi stílusnak való megfelelés meglétét vagy hiányát tapasztalók között a komolyabb beavatkozásokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

29. melléklet: Az észlelt minőség dimenzióinak átlagos értékelése és az együtműködés

Együtműködés-gyógyszerbevitel * SQTgond_kat Crosstabulation

			SQTgond_kat						Total
			1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	
Együtműködés-gyógyszer-bevitel	Nem vagy részben	Count	0 _{a, b}	2 _b	4 _b	10 _b	5 _{a, b}	2 _a	23
		% within SQTgond_kat	0,0%	14,3%	14,3%	19,6%	5,3%	0,9%	5,7%
	Nagyrészt	Count	0 _a	3 _a	9 _a	13 _a	27 _a	34 _a	86
		% within SQTgond_kat	0,0%	21,4%	32,1%	25,5%	28,4%	16,0%	21,4%
	Teljes mértékben	Count	1 _{a, b}	9 _{a, b}	14 _b	27 _b	63 _b	175 _a	289
		% within SQTgond_kat	100,0%	64,3%	50,0%	52,9%	66,3%	82,2%	71,9%
	Nem tudom megítélni	Count	0 _a	0 _a	1 _a	1 _a	0 _a	2 _a	4
		% within SQTgond_kat	0,0%	0,0%	3,6%	2,0%	0,0%	0,9%	1,0%
	Total	Count	1	14	28	51	95	213	402
		% within SQTgond_kat	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek az észlelt minőség gondoskodás dimenzióját különböző módon értékelők összehasonlításában, a gyógyszerbevitellel kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-további vizsgálatok * SQTgond_kat Crosstabulation

			SQTgond_kat						Total
			1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	
Együtműködés-további vizsgálatok	Nem vagy részben	Count	0 _a	3 _a	5 _a	10 _a	10 _a	16 _a	44
		% within SQTgond_kat	0,0%	20,0%	17,9%	20,0%	10,5%	7,5%	10,9%
	Nagyrészt	Count	0 _{a, b}	3 _{a, b}	7 _{a, b}	12 _{a, b}	39 _b	32 _a	93
		% within SQTgond_kat	0,0%	20,0%	25,0%	24,0%	41,1%	15,0%	23,1%
	Teljes mértékben	Count	0 _{a, b}	7 _{a, b}	13 _b	25 _b	45 _b	162 _a	252
		% within SQTgond_kat	0,0%	46,7%	46,4%	50,0%	47,4%	75,7%	62,5%
	Nem tudom megítélni	Count	1 _a	2 _{a, b}	3 _{a, b}	3 _b	1 _b	4 _b	14
		% within SQTgond_kat	100,0%	13,3%	10,7%	6,0%	1,1%	1,9%	3,5%
	Total		1	15	28	50	95	214	403
			% within SQTgond_kat	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az észlelt minőség gondoskodás dimenzióját különböző módon értékelők összehasonlításában, a további vizsgálatokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-komolyabb beavatkozások * SQTgond_kat Crosstabulation

			SQTgond_kat						Total
			1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	
Együtműködés-komolyabb beavatkozások	Nem vagy részben	Count	0 _{a, b}	5 _b	5 _{a, b}	11 _b	14 _{a, b}	11 _a	46
		% within SQTgond_kat	0,0%	33,3%	18,5%	21,6%	14,7%	5,1%	11,4%
	Nagyrészt	Count	0 _{a, b}	3 _{a, b}	5 _{a, b}	13 _{a, b}	30 _b	34 _a	85
		% within SQTgond_kat	0,0%	20,0%	18,5%	25,5%	31,6%	15,9%	21,1%
	Teljes mértékben	Count	1 _{a, b}	6 _{a, b}	12 _{a, b}	21 _{a, b}	37 _b	123 _a	200
		% within SQTgond_kat	100,0%	40,0%	44,4%	41,2%	38,9%	57,5%	49,6%
	Nem tudom megítélni	Count	0 _a	1 _a	5 _a	6 _a	14 _a	46 _a	72
		% within SQTgond_kat	0,0%	6,7%	18,5%	11,8%	14,7%	21,5%	17,9%
	Total		1	15	27	51	95	214	403
			% within SQTgond_kat	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámnál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az észlelt minőség gondoskodás dimenzióját különböző módon értékelők összehasonlításában, a komolyabb beavatkozásokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-további vizsgálatok * SQTszem_kat Crosstabulation

			SQTszem_kat						Total
			1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	
Együtműködés-további vizsgálatok	Nem vagy részben	Count	0 _a	2 _a	3 _a	8 _a	14 _a	18 _a	45
		% within SQTszem_kat	0,0%	33,3%	23,1%	16,7%	14,7%	7,3%	10,9%
	Nagyrészt	Count	0 _{a, b}	1 _{a, b}	2 _{a, b}	14 _{a, b}	36 _b	47 _a	100
		% within SQTszem_kat	0,0%	16,7%	15,4%	29,2%	37,9%	19,1%	24,2%
	Teljes mértékben	Count	6 _{a, b}	2 _{a, b}	6 _{a, b}	22 _b	43 _b	176 _a	255
		% within SQTszem_kat	100,0%	33,3%	46,2%	45,8%	45,3%	71,5%	61,6%
	Nem tudom megítélni	Count	0 _a	1 _a	2 _a	4 _a	2 _a	5 _a	14
		% within SQTszem_kat	0,0%	16,7%	15,4%	8,3%	2,1%	2,0%	3,4%
	Count		6	6	13	48	95	246	414
	% within SQTszem_kat		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek az észlelt minőség személyzet dimenzióját különböző módon értékelők összehasonlításában, a további vizsgálatokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

30. melléklet: Észlelt minőség és együtműködés – ordinális logisztikus regresszió

Gyógyszer-együtműködés: Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	614,210			
Final	568,500	45,710	15	,000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,110
Nagelkerke	,139
McFadden	,074

Életmód-együtműködés: Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	934,267			
Final	899,760	34,508	15	,003

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,084
Nagelkerke	,093
McFadden	,037

További vizsgálatok-együtműködés: Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	763,064			
Final	721,587	41,477	15	,000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,100
Nagelkerke	,117
McFadden	,054

Komolyabb beavatkozások-együtműködés: Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	959,275			
Final	918,173	41,102	15	,000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,099
Nagelkerke	,109
McFadden	,043

31. melléklet: Kognitív és érzelmi gondoskodás és együtműködés

Együtműködés-gyógyszerbevétel * Kogérz gondoskodás Crosstabulation

			Kogérz gondoskodás			Total
			közepes vagy rosszabb	megfelelő	kitűnő	
Együtműködés-gyógyszerbevétel	Nem vagy részben	Count	14 _a	9 _{a, b}	2 _b	25
		% within Kogérz_gondoskodás	14,7%	6,1%	1,2%	6,1%
	Nagyrészt	Count	26 _a	35 _a	27 _a	88
		% within Kogérz_gondoskodás	27,4%	23,6%	16,2%	21,5%
	Teljes mértékben	Count	52 _a	104 _b	136 _b	292
		% within Kogérz_gondoskodás	54,7%	70,3%	81,4%	71,2%
	Nem tudom megítélni	Count	3 _a	0 _a	2 _a	5
		% within Kogérz_gondoskodás	3,2%	0,0%	1,2%	1,2%
	Total	Count	95	148	167	410
		% within Kogérz_gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a kognitív és érzelmi gondoskodást különböző módon észlelők összehasonlításában, a gyógyszerbevétellel kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-életmód * Kogérz gondoskodás Crosstabulation

			Kogérz gondoskodás			Total
			közepes vagy rosszabb	meg-felelő	kitűnő	
Együtműködés-életmód	Nem vagy részben	Count	38 _a	41 _{a, b}	29 _b	108
		% within Kogérz gondoskodás	40,0%	27,3%	17,4%	26,2%
	Nagyrészt	Count	31 _a	67 _{a, b}	92 _b	190
		% within Kogérz gondoskodás	32,6%	44,7%	55,1%	46,1%
	Teljes mértékben	Count	16 _a	35 _a	40 _a	91
		% within Kogérz gondoskodás	16,8%	23,3%	24,0%	22,1%
	Nem tudom megítélni	Count	10 _a	7 _a	6 _a	23
		% within Kogérz gondoskodás	10,5%	4,7%	3,6%	5,6%
	Total	Count	95	150	167	412
			% within Kogérz gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a kognitív és érzelmi gondoskodást különböző módon észlelők összehasonlításában, az életmóddal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-további vizsgálatok * Kogérz gondoskodás Crosstabulation

			Kogérz gondoskodás			Total
			közepes vagy rosszabb	meg-felelő	kitűnő	
Együtműködés-további vizsgálatok	Nem vagy részben	Count	15 _a	17 _a	14 _a	46
		% within Kogérz gondoskodás	15,8%	11,4%	8,4%	11,2%
	Nagyrészt	Count	26 _{a, b}	47 _b	27 _a	100
		% within Kogérz gondoskodás	27,4%	31,5%	16,2%	24,3%
	Teljes mértékben	Count	46 _a	81 _a	123 _b	250
		% within Kogérz gondoskodás	48,4%	54,4%	73,7%	60,8%
	Nem tudom megítélni	Count	8 _a	4 _{a, b}	3 _b	15
		% within Kogérz gondoskodás	8,4%	2,7%	1,8%	3,6%
	Total	Count	95	149	167	411
			% within Kogérz gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a kognitív és érzelmi gondoskodást különböző módon észlelők összehasonlításában, a további vizsgálatokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.

Együtműködés-komolyabb beavatkozások * Kogérz gondoskodás Crosstabulation

			Kogérz gondoskodás			Total
			közepes vagy rosszabb	meg-felelő	kitűnő	
Együtműködés-komolyabb beavatkozások	Nem vagy részben	Count	21 _a	25 _a	5 _b	51
		% within Kogérz gondoskodás	22,1%	16,8%	3,0%	12,4%
	Nagyrészt	Count	19 _a	41 _a	28 _a	88
		% within Kogérz gondoskodás	20,0%	27,5%	16,9%	21,5%
	Teljes mértékben	Count	38 _a	64 _a	96 _b	198
		% within Kogérz gondoskodás	40,0%	43,0%	57,8%	48,3%
	Nem tudom megítélni	Count	17 _a	19 _a	37 _a	73
		% within Kogérz gondoskodás	17,9%	12,8%	22,3%	17,8%
	Total	Count	95	149	166	410
			% within Kogérz gondoskodás	100,0%	100,0%	100,0%

Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk egymástól szignifikánsan nem eltérő (p=0,05) arányokat jelölnek a kognitív és érzelmi gondoskodást különböző módon észlelők összehasonlításában, a komolyabb beavatkozásokkal kapcsolatos orvosi utasítások követésének tekintetében.