

Szegedi Tudományegyetem
Gazdaságtudományi Kar
Közgazdaságtani Doktori Iskola

Kincsesné Vajda Beáta

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

Doktori értekezés tézisei

Témavezető:

Dr. Málovics Éva, Ph. D.

egyetemi docens

Szegedi Tudományegyetem

Szeged, 2013.

Tartalomjegyzék

1. A téma indoklása	2
2. A kutatás célja, háttere és hipotézisei.....	3
3. Az értekezés felépítése és az alkalmazott módszerek	8
3.1. Az értekezés felépítése	8
3.2. Kutatási módszertan	9
4. Az értekezés főbb eredményei, tézisek	12
A téziszűzet hivatkozásai.....	20
A szerző értekezésének témaköréhez kapcsolódó publikációi	21
A szerző egyéb tudományos publikációi.....	23

1. A téma indoklása

Egy társadalom egészségi állapotát nem csak az egészségügyre pénzegységben kifejezhető ráfordítások befolyásolják. Ezt jelzi az a tény is, hogy Magyarországon a várható élettartam alacsonyabb, mint ahogyan az egy főre eső GDP, illetve az egy főre jutó egészségügyi kiadások alapján az várható lenne (OECD 2012). Mind az egyén, mind a társadalom egészségében számos olyan tényező játszik fontos szerepet, amely túlmutat a szoros értelemben vett egészségügyi ellátáson. Különösen igaz ez az ún. életstílus-betegségek tekintetében, melyek kialakulását a biológiai tényezők mellett magatartásbeli és pszichológiai tényezők is alakítják.

Hazánk lakosságának kedvezőtlen egészségi mutatói, és az ellátórendszer strukturális és finanszírozási problémái miatt nem csak a szó szoros értelmében vett reformokra lehet szükség, hanem átfogó szemléletváltásra és a holisztikus megközelítés alkalmazására, hogy az egészségügyet ne csak „pénznelnyelőnek”, hanem befektetésnek tekintsük.

Ennek megfelelő folyamat, hogy az orvos-páciens kapcsolat az utóbbi években, évtizedekben alapvető változásokon ment át (és ez a tendencia napjainkban is tart – eltérő fázisoknál az egyes kultúrákban, országokban): 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. Az egészségügyi ellátás egyre inkább szolgáltatásként jelenik meg, és ennek eredményeképp nagyobb hangsúly kerül a gazdasági- és marketing szempontokra; az igénybe vevői elégedettségre, a személyes kapcsolatmenedzsmentre, illetve a kockázatkommunikációra. A megfelelő kommunikációt és a páciensek döntési folyamatba való bevonását egyre szélesebb körben tekintik olyan tényezőknél, 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. Mindezek olyan tényezők, amelyek elősegíthetik az egészségügyi kimenetek javítását, ezzel javítva a páciens-biztonságot, csökkentve a visszaesések, kórházi felvételek, komolyabb beavatkozások számát, amelyeknek komoly társadalmi és gazdasági hozadéka is vannak.

Az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció témaköre nemzetközi vonatkozásban igen széles körben kutatott terület, e kutatások 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 (Molnár és Csabai 1994). 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 többek között fontosnak tartom a koherencia-érzést (melynek bevezetése Antonovsky (1993) nevéhez fűződik), illetve az egészséghit modellt (Health Belief Model, 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. Az egészségügyi ellátások minőségének értékelése egyrészt egészség-gazdaságtani, másrészt marketing szemléletű probléma, ez utóbbi kapcsán például a betegelégedettség-vizsgálatok kapnak kiemelt szerepet (Simon Judit (2010) műve e megközelítések szintézise).

A szakirodalom szekunder kutatásaim alapján ugyanakkor igen hiányos a különböző megközelítések ötvözésében. Emiatt fontosnak tartottam egy olyan kutatás felépítést, mely multidiszciplinárisnak mondható, több tudományterülethez kapcsolódik (gazdasági – marketing szemléletű, orvosi – magatartástudományi, valamint pszichológiai), és egyrészt valamennyi terület számára megfogalmaz újdonságnak számító eredményeket, másrészt komplex módon vizsgál a különböző tudományterületekből származó konstruktumokat. Szintén fontos megvizsgálni, 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.

2. A kutatás célja, háttere és hipotézisei

Kutatásom fő célja annak megválaszolása, hogy hogyan kapcsolódnak össze az egyéni, kommunikációs és kapcsolati tényezők, amelyek befolyásolják az észlelt minőséget, a betegelégedettséget, valamint az együttműködést, és ezeken keresztül az egészségügyi ellátás átfogó minőségét és kimeneteit. E kérdés megválaszolásához szekunder, illetve primer kutatásokat folytattam.

Szekunder kutatásom alapvető célja az volt, hogy olyan interdiszciplináris elméleti modellt alakíthassak ki, melyet azután empirikus módszerekkel tesztelve, feltárjam a téma kapcsán a magyarországi sajátosságokat.

A szolgáltatások minőségének értékelésekor fontos kérdés, hogy az azt nyújtónak hogyan kellene felhasználni a minőséget előállító erőforrásait, és ezzel milyen eredményt kellene az igénybe vevő számára előállítani. Ebből következően a szolgáltatásminőség két dimenzióját különböztethetjük meg: a technikai minőséget (amely a „mit nyújtunk?” kérdésre ad választ) és funkcionális minőséget (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 (Grönroos 1998). Az egészség-gazdaságtani elemzések az ellátás technikai minőségére helyezik a hangsúlyt, mely az alkalmazott eljárások tudományos/szakmai alkalmasságán alapul (Gulácsi 2005). Az egészségügyi ellátás minőségének holisztikus megközelítése ugyanakkor egyértelműen magában foglalja a folyamat páciens szempontú értékelését is, melyben az információk aszimmetria miatt az információ-áramlás módja, a páciens kapcsolata az őt ellátó személyzettel, és az ellátó által nyújtott gondoskodás kap kiemelt szerepet. A funkcionális vagy észlelt minőség mérésének egyik legismertebb modellje a SERVQUAL modell (Parasuraman és tsai 1988), mely az igénybe vevők elvárásait és észleléseit (illetve a kettő közötti gap-et) a tárgyi tényezők, a megbízhatóság, a reagálási készség, a biztonságérzet és az empátia dimenzióiban ragadja meg. Az elégedettség pedig az igénybe vevő öröme vagy csalódottsága, mely a várakozások és az érzékelt teljesítmény (eredmény) összehasonlításából származik (Kotler 1998, in: Hetesi 2006). Kutatásom egyik célja ennek megfelelően az egészségügyi ellátás észlelt minőségére alkalmas SERVQUAL szemléletű eszköz adaptálása volt. Nemzetközi gyakorlatban már történtek hasonló célú kutatások (pl. Babakus és Mangold 1992, Miranda 2009), hazánkban ugyanakkor még nem.

Az egészségi állapotot nem csak a nyújtott szolgáltatás, hanem az azt igénybe vevők egészségmagatartása is befolyásolja. Kutatásom során figyelembe vettem ezért olyan pszichológiai háttértényezőket, amelyek alkalmasak lehetnek ennek előrejelzésére. A koherencia-érzés (Antonovsky 1993) az egyénnek a kihívásokkal szembeni válaszkészségeként írható le, mely nem személyiségjegye, hanem élmények által formált beállítottság, és amely számos tanulmány szerint alátámasztottan összefüggésben áll az egészséggel (Balajti és tsai 2007). Az egészségmagatartás jobb megértésére szolgáló modell továbbá az egészséghit modell (Rosenstock és tsai 1988), mely szerint az egészséggel

kapcsolatos magatartás függ az egyén által egy egészségi állapottal kapcsolatban észlelt fogékonyságtól, súlyosságtól, az alternatív magatartás észlelt előnyeitől és korlátaitól, valamint (a modell későbbi kiegészítései szerint) a személyes hatékonyságtól. Az egészséghit modell népszerűsége, széleskörű alkalmazása, valamint rugalmassága, többféle területre való adaptálhatósága miatt alkalmazom azt kutatásomban, és használatával kapcsolatban célom volt, hogy alátámasszam: a modell általános formában megfogalmazott változata értelmezhető, és felhasználható az egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos tapasztalatokat és attitűdöket vizsgáló kutatásban. További célom volt, hogy az egyéni jellemzőket mérő változók alapján páciens-szegmenseket képezzek, melyek egymástól eltérő egészségmagatartással, így az ellátórendszerben való eltérő részvételükkel jellemezhetők.

Az ellátás során az orvos és a beteg kapcsolatba kerülnek egymással, és ezen interakciót, valamint annak kimeneteit mindkét féltől függő tényezők befolyásolnak. Az egészségügyi kimenetekhez hozzájárulhat az orvos betegközpontúsága, a konzultáció során alkalmazott döntési stílus, mely lehet paternalista, közös döntés vagy informatív (Brown és tsai 2006, Elwyn és tsai 2000), valamint a kognitív és érzelmi gondoskodás (Little és tsai 2001, Di Blasi és tsai 2001, Wolf és tsai 1978). A kognitív és érzelmi állapotot, az elégedettséget, valamint az észlelt minőséget összefoglalóan szubjektív kimenetekként határoztam meg: ez a kimeneteknek azon köre, melyeket kutatásom során vizsgálok, és melyekről feltételezem, hogy részben közvetlenül, részben közvetetten - különösképpen az együttműködési hajlandóságon keresztül befolyásolják az objektív vagy technikai kimeneteket.

Beteg-együttműködés alatt az egyén olyan viselkedését értem, mely követi az egészségügyi szolgáltató ajánlásait gyógyszer-szedés, életmód-változtatások, további vizsgálatok, valamint komolyabb beavatkozások tekintetében. A mért együttműködés igen széles skálán mozog (a fejlett országokban a hosszan tartó terápiáknál az átlagos lakosság körében 50% körüli az együttműködés mértéke (Sabaté 2003, Young és Oppenheimer 2006)), és nemcsak egyéni, hanem társadalmi szintű következményei is vannak. Az együttműködés hiányának költségei közé tartoznak például az új tünetek és rosszabbodó állapot megjelenésének és kezelésének költségei, vagy egy gyógyszer nem megfelelő szedésének mellékhatásait csökkentő, újabb kezelés költségei. Az 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.

Kutatásom alapvető célja a fent bemutatott konstruktumok összefüggéseinek vizsgálata, és egyes konstruktumok esetén olyan módszertan kialakítása, mely további kutatások során is

alkalmazható. Empirikus kutatásom lefolytatásához úgy döntöttem, hogy kifejezetten a háziiorvosi ellátásra fókuszálok. Döntésem oka, hogy meg kellett ragadni egy konkrét ellátási területet, hiszen a megkérdezés során feltett kérdéseket az ellátással kapcsolatos véleményekről kötni kell egy adott ellátóhoz. A háziiorvosi ellátás az, amelyről vélhetően a legtöbb potenciális válaszadónak van tapasztalata, illetve rendkívül fontos prevenció, valamint egyfajta „kapuőri” szereppel is rendelkezik, és olyan ellátási forma, mely hosszú távú, folyamatos, személyes kapcsolatra épül (Karner 2011).

Hipotézisem között módszertani és tartalmi jellegűek is találhatók. Mivel mind az egészséghit modell, mind a SERVQUAL modell kapcsán elmondható, hogy bár támaszkodom az azokat felhasználó kutatásokban publikált eszközökre, mindkettő mérésére saját skálát alakítottam ki, ezért fontos kérdés, hogy az egészséget és egészségügyet vizsgáló kutatásban ezek alkalmazhatók, értelmezhető-e. Módszertani hipotéziseim e kérdésekre vonatkoznak. Tartalmi jellegű hipotéziseim középpontjában pedig az orvosi konzultáció lefolyásában és eredményében szerepet játszó tényezők közötti összefüggések állnak. E hipotéziseim alátámasztását vagy elvetését a háziiorvosi ellátás tekintetében vizsgáltam.

Megállapítottam tehát, hogy értelmezhető az egészségügyi ellátás funkcionális minősége, mely arra utal, a páciensek hogyan érzékelik az ellátás nyújtásának folyamatát. Ennek mérésére a háziiorvosi ellátásra adaptált SERVQUAL skálát alakítottam ki. Első hipotézis-csoportom e változókra 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 egyéni háttértényezők 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 háziorvosi 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. 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.

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-együtműködést a gyógyszerzedés, az életmód-tanácsok, 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. Hipotéziseim ötödik csoportja ezért azt vizsgálja, hogy az eddig említett változók, valamint szubjektív kimenetek milyen kapcsolatban állnak az együtműködéssel. Együtműködés alatt az orvosi előírásokkal történő teljes mértékű együtműködést értem.

H5.1. A koherencia-érzet és az egészséghit dimenzióinak alapján kialakított pácienszégmensek eltérő mértékben együtműködők.

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

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

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

H5.5. Az elégedettség kapcsolatban áll az együtműködéssel.

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

3. Az értekezés felépítése és az alkalmazott módszerek

3.1. Az értekezés felépítése

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

A 2. fejezetben 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 megközelítést, felvetve, 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 (vélt egészség, koherencia-érzet, egészséghit) bemutatására, melyeknek fontos szerepe lehet az egyén egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos döntéseiben. Az 5. fejezetben térek át a kutatásomban középponti szerepet játszó orvos-beteg interakció másik szereplőjére és magára a kapcsolatra: 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.

3.2. Kutatási módszertan

A szekunder kutatással párhuzamosan folyamatosan végeztem olyan részkutatásokat, melyek hozzájárultak végső kutatási modellem és kérdéseim kialakításához. Ennek során részben kutatócsoportban, részben önállóan, fókuszcsoport-interjúkat és egyéni interjúkat készítettem

és elemeztem a szolgáltatói oldallal (orvosokkal). Emellett elkészült egy egyalkalmas naplós kutatás is, gyermekorvosok és pácienseik szüleinek bevonásával. Végül egy korai kérdőíves kutatás is született.

A végső elméleti kutatási modell kialakítása után primer, kérdőíves kutatást végeztem. A kérdőív igen összetett, és tartalmazza a hipotézisekkel megragadott konstruktumokat.

Kérdőívem egyik részét képezte a háziiorvosi ellátásra adaptált SERVQUAL skála, mely a válaszadók háziiorvosukkal kapcsolatos elvárásait és észleléseit mérte. Tudomásom szerint hazánkban hasonló kutatás nem született, a SERVQUAL egészségügyi szolgáltatásra való adaptálása még nem történt meg magyar nyelven. Bár az irodalomban igen támogatott a SERVPERF modell is (mely – ugyanazon dimenziók mentén – csak az észleléseket méri, azok fontosságát nem), feltáró jellegű kutatásom miatt a SERVQUAL-t annak nagyobb információtartalma miatt választottam. A SERVQUAL adaptálásánál alapul vettem az eredeti, 22 állításból álló sort (Parasuraman és tsai 1988; magyar nyelven Veres 2009), valamint a Babakus és Mangold (1992) és Miranda és tsai (2009) skáláit. Fontosnak tartottam, hogy ne csak a háziiorvosra, de a segítő személyzetre vonatkozó külön állítások is szerepeljenek a kérdőívemben, hiszen úgy vélem, ennél az ellátási típusnál sok esetben fontos lehet a háziiorvos asszisztensével történő interakció is. Ennek eredményeképp 29 állításból álló skála született, melynek értékelése 7-fokú Likert-skálán történt.

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 koherencia-érzés mérésére a Balajti és tsai (2007) által publikált állítássort alkalmaztam, közülük három állítás megfogalmazásán változtattam. Az általam is alkalmazott SOC-13 kérdőív 13 állítást tartalmaz (köztük 5 fordított állítással), melyekkel az egyetértés 7-fokú Likert-skálán mérhető.

Az egészséghit modell dimenzióit mérő, általam összeállított skála 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 vizsgálta. Az általam kialakított egészséghit skála az egészséghit eredeti dimenzióira összpontosít, valamennyihez kapcsolódóan több ítemes alskálát használtam. Ezek mellett helyet kaptak olyan állítások is, melyek az én-

hatékonysággal összefüggőek, és azt vizsgálják, az egyén mennyire foglalkozik tudatosan, hosszú távon egészsége megőrzésével. Ezek mentén összesen 19, ötfokú Likert skálán értékelhető állítást fogalmaztam meg.

A válaszadók szerinti ideális és a házi orvos 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.

A kognitív és érzelmi állapot mérésére a skála összeállításánál elsősorban saját korábbi kutatásaim tapasztalatait és kutatási kérdéseim szempontjait vettem figyelembe (az irodalmi feldolgozás során nem találtam olyan eszközt, melyet alkalmasnak ítéltam adaptálásra). 15 itemből álló skálát alakítottam így ki, melyben a házi orvos 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.

Az együttmérés mérése igen problematikus. Saját kutatásom során természetesen nem volt lehetőségem olyan módszerek alkalmazására, mint pl. gyógyszer számlálás vagy markerek vizsgálata, így a válaszadók önbevallására támaszkodhattam. Négy területen: gyógyszer szedés, életmód-tanácsok, további vizsgálatok elvégzése, valamint komolyabb beavatkozások elvégzése kapcsán kellett ötfokú Likert-skálán értékelni, a válaszadók mennyire követik a házi orvos ezekre vonatkozó tanácsait. E kérdés kapcsán fontosnak tartom leszögezni, hogy együttműködésnek csak a „teljes mértékben” választ tekintettem, hiszen az ellátó javaslataitól történő akár kismértékű eltérés is jelentősen csökkentheti egy terápia hatékonyságát.

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, valamint 4 oktatója töltötte ki. A teszt kitöltés tapasztalatait és a próbakitöltők visszajelzéseit figyelembe véve készült el a végleges, online módon kitölthető kérdőív. Kutatásomban alapsokaságként a felnőtt (18 éven felüli) lakosságot választottam, akikhez hólabda módszerrel jutott el a

kérdőív, melyet online módon lehetett kitölteni. A mintát a statisztikai elemzés során súlyozással illesztettem az alapsokaság korra és nemre vonatkozó jellemzőihez. Az adatok tisztítása után 448 válaszadó maradt a mintában, az elemzést az SPSS statisztikai program 20.0 verziójával végeztem.

4. Az értekezés főbb eredményei, tézisek

A következőkben ismertetem az értekezés célja, a megfogalmazott hipotézisek és a primer kutatás eredményei alapján meghatározott téziseket.

Tézis 1. 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.

Faktorelemzésem eredményei alapján az 1.1. hipotézist elfogadtam: értelmezhető háziorvosi ellátás kapcsán a SERVQUAL modell, az általam összeállított skála pedig validnak tekinthető. A kapott dimenziók eltérnek az elméleti modell által leírt skáláktól, ugyanakkor jól értelmezhetők, azokat az alábbiak szerint neveztem el:

- gondoskodás (az orvosi kommunikációra, a reagálási készségre és a betegközpontúságra vonatkozó jellemzői),
- személyzet (a segítő személyzet jellemzői),
- tárgyi környezet (a rendelő, a felszerelés és a személyzet megjelenése, elérhetősége),
- idő-menedzsment (a rendelési és várakozási idők megfelelésége),
- személyre szabottság (egyénre szabott bánásmód és megkülönböztetett figyelem).

A kapott dimenziókhöz kapcsolódó alskálák megbízhatósága megfelelő, azok stabilak és az általuk magyarázott varianciarányad is megfelel a követelményeknek. Az 1.2. hipotézis részben tudtam elfogadni: megállapítottam ugyan, hogy a válaszadók által tapasztalt háziorvosi ellátás (SERVQUAL modell észlelési skálája) a dimenziók többségében elmarad az ideális ellátástól (SERVQUAL modell elvárási skálája) és a kettő különbségeként számított gap-értékek többségében negatívak, ugyanakkor volt 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. Eredményeim szerint a korábban észlelt minőségként definiált elvárások és észlelések közötti különbség helyett érdemes lehet csak az észlelési skálát használni észlelt minőség mérésére, hiszen az jobban magyarázta a szolgáltatással való elégedettséget, mint az ideális skála és észlelési skála közötti különbséget

mérő gap-ek. Ez egybecseng azon kritikákkal, melyek a SERVQUAL modell helyett a SERVPERF modell alkalmazását javasolják észlelt minőség mérésére. E témakör kapcsán harmadik hipotézisem (1.3) elfogadtam: 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.

Tézis 2. 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.

Az egészséghit modell állításainak faktorelemzése során kapott komponensek jól értelmezhetők, az általuk magyarázott varianciarányad megfelelő, és az eredetileg (az elméleti modell alapján) az adott komponenshez tartozó itemek helye, így tartalmuk nem változott, új elnevezésekre nem volt szükség. Ahogyan azt korábbi kutatások kapcsán megállapították, az eredeti észlelt fogékonyság és észlelt súlyosság dimenziók egybeolvadtak, így azokat észlelt fenyegetettségként lehetséges értelmezni. Az észlelt fenyegetettség szignifikáns, közepes negatív kapcsolatban, az észlelt korlátok pedig szignifikáns, gyenge negatív kapcsolatban vannak a vélt egészséggel: az, aki rosszabbnak értékeli saját egészségét, egyszersmind fenyegetettebbnek és az alternatív lépések megtételében korlátozottabbnak érzi magát. Szignifikáns, gyenge-közepes pozitív kapcsolat van továbbá 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.

A koherencia-érzet és az egészséghit modell dimenziói alapján végzett klaszterelemzés stabil klasztereket eredményezett. A „próbálkozó” csoportjába 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 az lehet, hogy bár megpróbálnak tudatosan odafigyelni egészségükre, nem látják annak hasznát egészségi helyzetükre vonatkoztatva. A „tudatos előrelátók” csoportjába 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 „tehetetlenek” csoportjára 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.

Eredményeim alapján elfogadtam a 2.1. hipotézisem: a vélt egészség és a koherencia-érzet között összefüggés van: magasabb vélt egészség magasabb koherencia-érzettel jár együtt. Szintén elfogadtam 2.2. hipotézisem: az egészséghit modell magyar nyelvű, általános tartalmú, általam összeállított változata valid és értelmezhető. A 2.3. hipotézist szintén elfogadtam, hiszen a koherencia-érzet és az egészséghit dimenzióinak alapján valóban elkülöníthetők egymástól eltérő páciens-szegmensek. Ugyancsak elfogadtam a 2.5. hipotézisem, hiszen az orvosokba vetett bizalom mértéke mentén ki tudtam mutatni egyes csoportok közötti különbséget. El kellett 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 elutasítottam 2.6. hipotézisem, hiszen az együttműködés tényezői közül (kérdőívemben összesen nyolcat vizsgáltam) csak kettő (orvosi magyarázatok és saját törekvés) kapcsán volt kimutatható eltérés egy-egy csoport tagjai között. Itt érdemes megemlíteni az 5.1. hipotézist is, melyet részben fogadtam el, hiszen az életmód-tanácsokkal és a további vizsgálatokra vonatkozó javaslatokkal a tudatosan előrelátók csoportja nagyobb arányban működik teljes mértékben együtt.

Tézis 3. Az orvos kommunikációs és döntéshozatali stílusa, valamint e stílus megfelelése az ideálisnak tartott stílusnak összefügg a háziiorvosi ellátás észlelt minőségének értékelésével és a betegelégedettséggel.

A válaszadók nagy többsége szerint orvosa paternalista stílusú, míg a másik két stílust összesen (fele-fele arányban) a háziiorvosok mintegy negyede képviseli csak. Az ideális stílusról elmondható, hogy a válaszadók legnagyobb arányban a paternalistát választották, nem sokkal maradt el azonban tőle a közös döntés. Szignifikáns eltérés van az észlelt és az ideálisnak tekintett stílusok megítélésében; a válaszadók mintegy felénél olyan a háziiorvos stílusa, amely nem felel meg az általuk ideálisnak tartottnak.

Az észlelt minőség négy dimenziójában (gondoskodás, személyzet, idő-menedzsment és személyre szabottság) a paternalista stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban észlelik kiválóan a minőséget, mint azok, akik közös döntést tapasztaltak. A paternalista

stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban elégedettek teljes mértékben az ellátással, mint a másik két stílusú orvos páciensei.

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 tapasztalt stílus, szignifikánsan nagyobb arányban voltak teljesen elégedettek az ellátással.

Eredményeim alapján elfogadtam tehát 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. Megerősítést nyert ugyanakkor, hogy a paternalista stílust észlelők az ellátás minőségének egyes dimenzióit alacsonyabbra értéklik, és kevésbé elégedettek, mint az informatív stílust és a közös döntést tapasztalók, elfogadom tehát a 3.3. és a 3.4. hipotéziseimet is. Eredményeim 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; elfogadtam tehát a 3.5. és 3.6. hipotézisemet is.

Tézis 4. Az orvos stílusához is köthető kognitív és érzelmi gondoskodás nyújtása összefüggésben van a páciensek által észlelt minőséggel és elégedettségükkel.

A kognitív és érzelmi gondoskodásra vonatkozó skála a faktorelemzés eredményei alapján egydimenziósként kezelendő; megbízhatósága megfelelő.

Elemzéseim alapján megállapítottam, hogy a paternalista stílusú orvosok páciensei mind az informatív stílusúnál, mind a közös döntést alkalmazónál szignifikánsan alacsonyabb arányban észleltek kitűnő gondoskodást. Az informatív orvosok páciensei továbbá szignifikánsan alacsonyabb arányban tapasztaltak közepes vagy rosszabb gondoskodást, mint a paternalista orvosok páciensei – e tekintetben tehát a közös döntés bizonyul ideális stílusnak.

Szintén van eltérés a különböző szintű kognitív és érzelmi gondoskodást kapók között az észlelt minőség dimenziók átlagos értékelésének vonatkozásában. Az észlelt minőség gondoskodás dimenziója szoros összefüggést mutathat a kognitív és érzelmi gondoskodással (melyet jelez, hogy egyetlen olyan válaszadó sem volt, aki közepes vagy rosszabb érzelmi és kognitív gondoskodásban részesült, és az észlelt minőség gondoskodás dimenzióját kitűnőre

értékelte). 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, és a kitűnőt kapók 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 gondoskodást kapók, míg a kitűnő gondoskodást kapók mindkét 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.

A fenti eredmények tükrében mindhárom ide kapcsolódó hipotézisem elfogadtam. 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 (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.

Tézis 5. 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.

Az életmód-tanácsok követésének kivételével a válaszadók igen jelentős része teljesen együttműködőnek tartja magát az orvosi javaslatokkal – ez az eredmény egybeesik más kutatások eredményeivel, miszerint a kevésbé együttműködő páciensek aránya az életmód-változtatásra vonatkozó javaslatok kapcsán alacsonyabb, mint a gyógyszereszedés esetében. A gyógyszereszedésre vonatkozó javaslatok követésében a válaszadók 28,6%-a nem működik együtt teljes mértékben. Ezen arány szintén megfelel a nemzetközi kutatások eredményeinek.

A koherencia érzet és egészséghit dimenziók mentén kialakított páciens-szegmensek kapcsán az állapítható meg, hogy a gyógyszerbevitel kapcsán a tudatos előrelátók szignifikánsan magasabb arányban működnek együtt teljes mértékben, mint a tehetetlenek. Ugyanez mondható el a további vizsgálatokkal kapcsolatos együttműködésről. Az életmód-tanácsok esetében, bár mindhárom szegmensnél alacsony a teljes mértékű együttműködés, megállapítható, hogy a tudatos előrelátók nagyobb arányban működnek nagyrészt együtt, mint a tehetetlenek. Ezen eredmények megfelelnek a páciens szegmensek profiljainak

A házi orvos stílusa, valamint az elvárt stílusnak való megfelelés és az együttműködés mértéke között nem találtam szignifikáns kapcsolatot. 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. Az észlelt minőség és az együttműködés összefüggéseiben a gondoskodás dimenziójának értékelése fontos: azok, akik a gondoskodást kiválóra értékelték, a gyógyszerbevétel, a további vizsgálatok, valamint a komolyabb beavatkozások kapcsán is szignifikánsan nagyobb arányban 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. Az észlelt minőség faktorai összességében a gyógyszer-együttműködés varianciájának 13,9%-át, az életmód-együttműködés varianciájának 9,3%-át, a további vizsgálatokkal való együttműködés varianciájának 11,7%-át, a komolyabb beavatkozásokkal való együttműködés varianciájának pedig 10,9%-át magyarázza. 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.

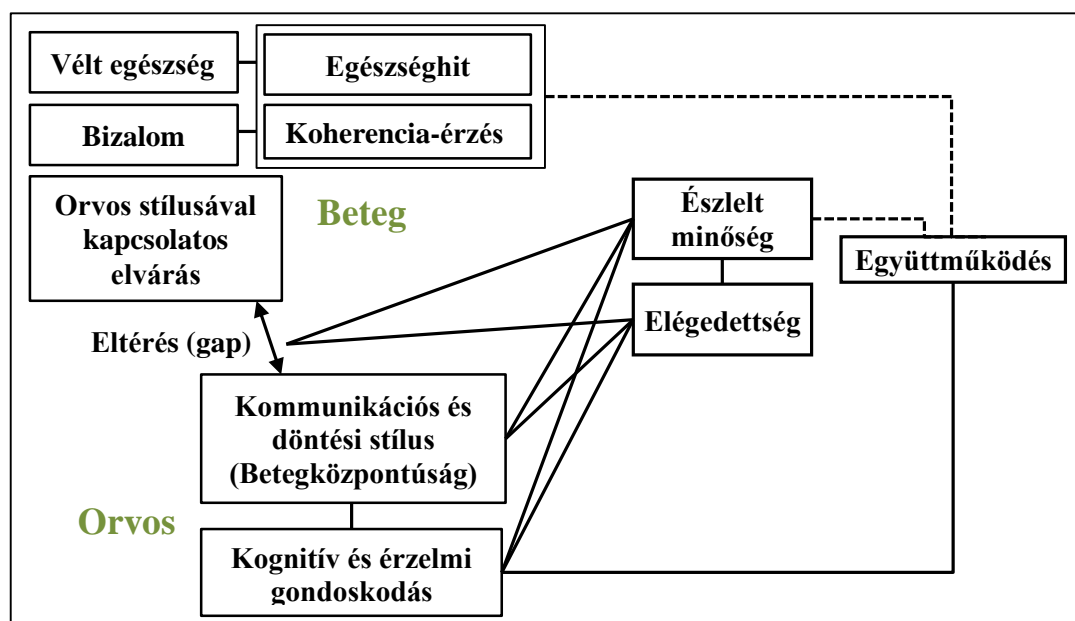
Nem találtam statisztikailag szignifikáns különbséget az együttműködés mértékében az ellátással eltérő mértékben elégedettek között; a kognitív és érzelmi gondoskodásnak ugyanakkor kimutatható szerepe van. Azok, akik megfelelő vagy kitűnő kognitív és érzelmi gondoskodásban részesültek, szignifikánsan 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.

Az eredmények alapján részben fogadtam el 5.1. hipotézisem, hiszen az életmód-tanácsokkal és a további vizsgálatokra vonatkozó javaslatokkal a tudatosan előrelátók csoportja nagyobb arányban működik teljes mértékben együtt. Az 5.2. és 5.3. hipotéziseim nem tudtam 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 fogadtam 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 elutasítottam. 5.6. hipotézisem ugyanakkor, mely a kognitív és érzelmi gondoskodás tekintetében vizsgálja a kérdést, elfogadtam.

Eredményeim segítségével – hipotéziseim mentén – felvázoltam a háziorvos-beteg interakció tényezőinek és következményeinek modelljét (1. ábra).

1. 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

Elméleti szempontból új 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 alátámasszam 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, ezért újszerű eredménynek tekinthetők:

- az egészségmagatartás vizsgálatához egy általános szempontú egészséghit modellt mérő skála;
- a háziorvosi ellátás észlelt minőségének vizsgálatához a SERVQUAL modellt adaptálása;
- a háziorvos kognitív és érzelmi gondoskodásának 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 sor kerülhet.

Ugyancsak új eredménynek tekintem, hogy a koherencia érzés és az egészséghit dimenziók felhasználásával olyan páciens-szegmenseket különítettem el egymástól, melyek vélhetően nagyban különböznek egymástól egészség-magatartásuk és egészségügyben való részvételük tekintetében. Ez azért fontos, mert alátámasztja, nem (csak) 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.

A tézisfüzet hivatkozásai

- Antonovsky, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36/6: 725-733.
- Babakus, E., Mangold, W. G. (1992): Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26/6: 767-786.
- 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.
- Brown, B., Crawford, P., Carter, R. (2006): *Evidence-based health communication*. McGraw-Hill, London.
- 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.
- 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.
- Grönroos, C. (1998): Marketing services: the case of a missing product. *Journal of Business and Industrial Marketing*, 13/4: 322-338.
- Gulácsi L. (2005): Egészség-gazdaságtani elemzés. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 267-307.
- Hetesi E. (2006): Elégedettségi és lojalitási mérések. In: Veres Z., Hofmann M., Kozák Á. (szerk.): *Bevezetés a piackutatásba*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Karner C. (2011): A háziorvosi ellátás jelene Magyarországon. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2011/2: 5-15.
- 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.
- 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.
- OECD (2012): *Health at a Glance: 2012 Europe*. OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896>

- 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.
- 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.
- Sabaté, E. (2003): *Adherence to long-term therapies*. World Health Organization, Geneva.
- Simon J. (2010): *Marketing az egészségügyben*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Veres Z. (2009): *A szolgáltatásmarketing alapkönyve*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- 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.
- 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.

A szerző értekezésének témaköréhez kapcsolódó publikációi

Lektorált könyvek, könyvrészek

- Vajda B., Veres Z. (2007): Chances and limits of shared decision making in the doctor-patient relationship. The possibility of using diaries as a research method. In: *Reformok útján. A Magyar Tudomány Napja évkönyv*. Budapesti Gazdasági Főiskola, Budapest: 126-137.
- Vajda B., Málovics É. (2009): Connections between health behaviour and lifestyle decisions. In: Šimić, M. L. (szerk.): *Marketing i održivi razvitak (Marketing and sustainable development)*. Sveučilište J.J. Strossmayer u Osijeku, Ekonomski fakultet u Osijeku, Osijek: 313-322. o.
- Málovics É., Kuba P., Vajda B. (2009): Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról. In: Hetesi E., Majó Z., Lukovics M. (szerk.): *A szolgáltatások világa*. SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei. JATE Press, Szeged: 332 – 343.
- Vajda B. (2010): The prospects of using diaries in a research relating medical services. In: Kovács P., Szép K., Katona T. (szerk.): *Proceedings of the Challenges for Analysis of*

the Economy, the Business, and Social Progress International Scientific Conference.
Unidocument Kft: 1042-1053.

Vajda B. (2010): Towards verifying communication research in healthcare. In: Matei, L., Dinu, T. (szerk.): *Regulation and Best Practices in Public and Nonprofit Marketing.* National School of Political Studies and Public Administration, Bucharest: 274-286.

Vajda B. (2011): Compliance and health behaviour in medical services. In: Hetesi E., Kürtösi Zs.(szerk.): *The diversity of research at the Szeged Institute of Business Studies.* JatePress, Szeged: 131-141.

Vajda B., Horváth S., Málovics É. (2012): Közös döntéshozatal, mint innováció az orvos-beteg kommunikációban. In: Bajmócy Z, Lengyel I., Málovics Gy. (szerk.): *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság.* JATEPress, Szeged: 336-353.

Málovics É., Vajda B. (2013): Paradigm shift in organizational health management. In: Málovics É., Vajda B. (eds): *Proceedings of the "Scientific Management" and Management Science Today International Scientific Conference.* University of Szeged Faculty of Economics and Business Administration, Szeged. ISBN 978-963-306-176-3

Folyóiratcikkek

Vajda B. (2011): Kommunikációs és kapcsolati tényezők jelentősége az egészségügyi szolgáltatások minőségében. *Vezetéstudomány*, 2011/5: 31-44.

Lektorált konferenciakötetben megjelent publikációk

Veres Z., Vajda B., Málovics É. (2007): A közös döntés jelentősége az orvos-beteg kapcsolatban. In: Horváth Á., Fodor M. (szerk.): *Lehetőségek és korlátok.* Marketing Oktatók Klubjának XIII. Országos Konferenciája. Károly Róbert Főiskola, Gyöngyös.

Vajda B., Málovics É., Veres Z. (2008): The Role Of Lifestyle Patterns In The Choice Of Health-related Products And Services In Hungary. In: Hey, J. D., Di Cagno, D. (szerk.): *Selected Proceedings of the IAREP/SABE 2008 Conference.* LUISS, Rome.

Vajda B., Kiss G. D., Málovics É., Kuba P. (2008): Preferences for risk communication and decision making in healthcare in Hungary – a quantitative study. *7th International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing IAPNM.* Szegedi Tudományegyetem, Szeged.

- Veres Z., Vajda B., Pataki M. (2008): Characteristics of communication in the consultation room: Results of doctor and patient diaries. *7th International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing IAPNM*. Szegedi Tudományegyetem, Szeged.
- Vajda B., Málovics É., Kuba P. (2008): Orvos-beteg kommunikáció a páciensek elvárásainak tükrében. *Marketing Oktatók Klubja – 14. országos konferencia*. Budapesti Corvinus Egyetem, Marketing és Média Intézet, Budapest.
- Vajda B. – Málovics É. (2009): The Role of Compliance in Medial Services. *8th International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing IAPNM*. University of Valencia, Valencia.
- Vajda B. (2009): *Az együttműködés fontossága az egészségügyi szolgáltatásoknál*. *Marketing Oktatók Klubja – 15. országos konferencia*. Kaposvári Egyetem, Kaposvár.
- Vajda B. (2011): Would-be doctors on the communication components of the medical service. In: Pereira, I. V. (szerk.): *Proceedings of the 10th International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing*. University of Porto, Porto.
- Vajda B. (2011): Az orvos vagy a beteg felelőssége? A jövő orvosai a kommunikációról. In: Fojtik J.(szerk.): *Felelős marketing: A Magyar Marketingoktatók 17. Országos Konferenciájának előadásai*. Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Pécs.

A szerző egyéb tudományos publikációi

Lektorált könyvek, könyvrészletek

- Vajda B. (2011): Innovatív egyetemi szolgáltatások és egyetemi együttműködés. In: Z. Karvalics L. (szerk.): *Szolgáltatásinkubáció az egyetemi szférában: Innovatív külső és belső információmenedzsment megoldások*. Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kara, Szeged: 440-454.
- Málovics É., Vajda B. (2012): A családi vállalkozások főbb problémái. In: Bajmócy Z., Lengyel I., Málovics Gy. (szerk.): *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság*. JATEPress, Szeged: 378-393

Veres Z., Andics J., Hetesi E., Prónay Sz., Kovács P., Hlédik E., Vajda B. (2012):_Regionális sajátosságok a fogyasztók szabadidős aktivitásában, vásárlási és márkapreferenciáiban. In: Bajmócy Z., Lengyel I., Málovics Gy. (szerk.): *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság*. JATEPress, Szeged: 354-377.

Folyóiratcikkek

Kiss G. D., Vajda B. (2008): A biztonság kockázata – Tőkegarantált alapok komplex megközelítésben. *Hitelintézeti Szemle*, VII/2: 121-150.

Málovics É., Vajda B. (2011): Vezetés és kultúra a családi vállalkozásokban – szakirodalmi összefoglaló. *A Virtuális Intézet Közép-Európa Kutatására Közleményei*, III/1-2: 215-221.

Lektorált konferenciakötetben megjelent publikációk

Andics J., Hetesi E., Prónay Sz., Vajda B., Veres Z. (2010): Életstílus kutatás a Dél-Magyarországi Régióban. In: Papp-Váry Á., Csépe A. (szerk.): *Új marketing világrend MOK 2010: Magyar Marketing Szövetség Marketing Oktatók Klubja 16. országos konferenciája*. Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskola Marketing Intézet, Budapest.

Málovics É., Farkas G., Vajda B. (2012): The impact of Entrepreneurial and Customer Orientation on the growth of SME-s and Family. In: Gasiorowska, A., Zaleskiewicz T. (szerk.): *Proceedings of the IAREP Conference*. Warsaw School of Social Sciences and Humanities, Faculty in Wroclaw, Wroclaw: 180-186.

Egyéb könyv, könyvrészlet

Vajda B. (2012): Az Allais paradoxon és empirikus vizsgálata. In: Hámori B., Vajda B., Tóth L., Derecskei A., Prónay Sz. (szerk.): *Érzelmek és indulatok a gazdaságban: A gazdasági szereplők viselkedésének sajátosságai a döntésekben és folyamatokban*. Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Szeged: 548-560. (ISBN: 978-963-306-117-6)

Veres Z., Hetesi E., Vajda B., Prónay Sz. (2010): Lifestyle-based segmentation in Hungary, In: Veres Z. (szerk.): *Életstílus alapú fogyasztói szegmensek Magyarországon*, Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Szeged: 261-271. (ISBN: 978-963-306-071-1)

Koferencia előadás

Prónay Sz., Hetesi E., Veres Z., Vajda B. (2009): Applicability of lifestyle-based segmentation in a Hungarian market setting. *XXI. Cromar Congress*, Osijek.

Vajda B. (2010): Neuroökonómia: egy fiatal tudományág a pszichológia, közgazdaságtan és idegtudomány határán. *Egyén és kultúra – Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Tudományos Nagygyűlése*. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.

Farkas G., Vajda B. (2010): A kockázat érzékelés változásai extrém helyzetekben. *Pszinapszis – XIV. Budapesti Pszichológia Napok*. Budapest.

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.