

Változó világ, változatlan igények

Kapcsolati és egyéni tényezők szerepe
az egészségügyi szolgáltatások
minőségében



Budapest, 2024

Szerző:

Dr. Kincsesné Dr. Vajda Beáta

Lektorok:

Prof. Dr. Hetesi Erzsébet

Prof. Dr. Veres Zoltán

ISBN 978-963-638-710-5

DOI 10.62133/SALDO.PAGV5367

Kiadja a SALDO Pénzügyi Tanácsadó és Informatikai Zrt.

Budapest, XIII. Mór u. 2-4.

Felelős kiadó: Sarkadi-Nagy András, a SALDO Zrt. vezérigazgatója

©A SALDO Kiadó valamennyi kiadványa szerzői jogvédelem alatt áll.
E kiadvány bármely részének sokszorosítása, bármilyen adatrendszerben való tárolása
(papír, elektronikus stb.) a kiadó előzetes írásbeli engedélye nélkül TILOS!

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETŐ	9
1.1 A tudomány állása a kutatási területen	10
1.2 A kutatás célja és megválaszolandó kérdései	11
1.3 A könyv szerkezete	12
2. EGÉSZSÉG, EGÉSZSÉGÜGY ÉS GAZDASÁG	15
2.1 Az egészség és az egészségügy meghatározása	15
2.2 Egészség és az egészségügy hazánkban	17
2.3 Az egészségügyi piac szereplői és gazdaságban betöltött szerepe	21
2.4 Az egészségre és egészségügyre ható folyamatok napjainkban	29
2.5 Minőség az egészségügyben (általános és egészséggazdaságtani szempontok)	32
2.6 A fejezet összegzése	36
3. AZ EGÉSZSÉGÜGY, MINT SZOLGÁLTATÁS FUNKCIONÁLIS MINŐSÉGE	37
3.1 A minőség meghatározása	39
3.1.1 Minőség, elégedettség és betegélmények	41
3.1.2 Funkcionális minőség az egészségügyben	44
3.2 A minőség mérése	46
3.2.1 A SERVQUAL modell	46
3.2.2 SERVQUAL használata egészségügyi szolgáltatásoknál	50
3.3 A fejezet összegzése	53
4. EGYÉNSPECIFIKUS PSZICHOLÓGIAI HÁTTÉRTÉNYEZŐK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN	55
4.1 Észlelt egészség	56
4.2 Koherencia-érzés	57
4.3 Az egészségmagatartás modelljei	58
4.3.1 Az egészséghit modell	60
4.4 A fejezet összegzése	64
5. KOMMUNIKÁCIÓS ÉS KAPCSOLATI TÉNYEZŐK FONTOSSÁGA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN	67
5.1 Kockázatkommunikáció	69
5.1.1 Kommunikáció	69
5.1.2 Kockázateszlelés és -kommunikáció	71
5.1.3 A kommunikációs képzés szerepe az orvosoknál	73
5.2 Orvos-beteg kapcsolat	75
5.2.1 Bizalom	77
5.2.2 Egyéb, a kapcsolatot befolyásoló tényezők	80

5.3 A döntéshozatal módszerei és a közös döntéshozatal.....	82
5.4 Kommunikációs és kapcsolati tényezők hatása az egészségügyi kimenetekre.....	86
5.5 A fejezet összegzése	89
6. EGYÜTTMŰKÖDÉS	91
6.1 A kommunikáció hatása az együttműködésre	96
6.2 A fejezet összegzése	97
7. ELŐZETES KUTATÁSI EREDMÉNYEK	99
7.1 Kvalitatív kutatási eredmények	100
7.1.1 Az interjúk módszertana.....	100
7.1.2 Az interjúk eredményei.....	100
7.2 Naplós kutatás eredményei.....	102
7.2.2 A naplós kutatás módszertana	103
7.2.3 A naplós kutatás eredményei	105
7.3 Korai kérdőíves felmérés.....	108
7.3.1 A korai kérdőív és a minta bemutatása	108
7.3.2 A korai kérdőíves felmérés eredményei	109
7.4 Orvostanhallgatók a kommunikációról.....	111
7.4.1 A dolgozatelemzés módszertani háttere	111
7.4.2 A dolgozatelemzés eredményei	112
7.5 Előzetes kutatások eredményei – összegzés.....	115
8. ELMÉLETI MODELL, HIPOTÉZISEK ÉS KÉRDŐÍVES KUTATÁSI MÓDSZERTAN	117
8.1 Kutatási modell és hipotézisek	117
8.2 Kvantitatív kutatási módszertan	123
8.2.1 Észlelt minőség mérésének módszertana.....	123
8.2.2 Észlelt egészség mérésének módszertana.....	126
8.2.3 Koherencia-érzés mérésének módszertana	126
8.2.4 Egészséghit modell mérésének módszertana	126
8.2.5 Kommunikációs és döntéshozatali stílusok mérésének módszertana	127
8.2.6 Kognitív és érzelmi gondoskodás mérésének módszertana	127
8.2.7 Együttműködés mérésének módszertana	128
9. A 2013-AS KÉRDŐÍVES MEGKÉRDEZÉS EREDMÉNYEI	129
9.1 A minta jellemzői.....	129
9.2 A háziorvosi ellátás észlelt minősége és az elégedettség	130
9.3 Egyéni háttértényezők és páciensszegmensek	136
9.3.1 Vélt egészség.....	137
9.3.2 Koherencia-érzet.....	138

9.3.3	<i>Egészséghit</i>	138
9.3.4	<i>Páciensszegmensek az egyéni háttértényezők alapján</i>	143
9.4	Kommunikációs és döntéshozatali stílus	146
9.5	Kognitív és érzelmi gondoskodás	150
9.6	Az együttműködés, mint köztes kimenet tényezői.....	154
10.	A 2024-ES KÉRDŐÍVES MEGKÉRDEZÉS EREDMÉNYEI	159
10.1	A minta jellemzői	159
10.2	A háziiorvosi ellátás észlelt minősége és az elégedettség.....	160
10.2.1	<i>Telemedicina: a konzultációk típusa és az azzal való elégedettség</i>	164
10.3	Egyéni háttértényezők és páciensszegmensek	166
10.3.1	<i>Vélt egészség</i>	166
10.3.2	<i>Koherencia-érzet</i>	168
10.3.3	<i>Egészséghit</i>	168
10.3.4	<i>Páciensszegmensek az egyéni háttértényezők alapján</i>	169
10.4	Kommunikációs és döntéshozatali stílus	171
10.5	Kognitív és érzelmi gondoskodás.....	174
10.6	Együttműködés	178
10.7	Kvalitatív eredmények: betegélmények az alapellátásról.....	180
11.	ÖSSZEZÉS, KÖVETKEZTETÉSEK ÉS KITEKINTÉS	183
11.1	Kvantitatív eredmények: hipotézisekre adott válaszok és összegzés	184
11.2	Kutatási korlátok.....	192
11.3	Javaslatok és további kutatási irányok	192
FELHASZNÁLT IRODALOM		197
ÁBRÁK JEGYZÉKE		
1. ÁBRA:	<i>Születéskor várható élettartam és egészségben eltöltött várható életevek száma a visegrádi országokban (2008-2010, valamint 2021 átlaga)</i>	18
2. ÁBRA:	<i>A születéskor várható egészséges évek száma és az egy főre jutó GDP kapcsolata, 2008-2010 átlaga</i>	19
3. ÁBRA:	<i>Azok aránya a népességben, akik elégedettek lakóhelyükön a minőségi egészségügyi ellátás elérhetőségével, 2012-ben és 2022-ben</i>	20
4. ÁBRA:	<i>Az egészség és a gazdaság kapcsolata</i>	24
5. ÁBRA	<i>Regionális egészségügyi ellátók</i>	28
6. ÁBRA:	<i>Az egészségügyi ellátás technikai minősége</i>	36
7. ÁBRA:	<i>Észlelt minőség és elégedettség, mint az ellátás szubjektív kimenetei</i>	53
8. ÁBRA:	<i>Egyénspecifikus tényezők, valamint az ellátás kimenetei</i>	65

9. ÁBRA: Az együttműködés szerepe az orvos-beteg kommunikáció tényezőinek és kimeneteinek modelljében	89
10. ÁBRA: Az együttműködés dimenziói.....	94
11. ÁBRA: Az együttműködés szerepe az orvos-beteg kommunikáció tényezőinek és kimeneteinek modelljében	98
12. ÁBRA: Korai kutatási modell	99
13. ÁBRA: A páciensek (szülők) leggyakrabban említett érzései és gondolatai a konzultáció közben.....	106
14. ÁBRA: Az orvosok leggyakrabban érzései és gondolatai a konzultáció közben.....	107
15. ÁBRA: Gyógyszeresedésre, illetve életmódra vonatkozó orvosi utasítások követése a korai felmérés mintájában.....	110
16. ÁBRA: Az orvos-beteg interakció tényezőinek és kimeneteinek elméleti modellje.....	118
17. ÁBRA: Észlelések és elvárások közötti átlagos gapok az egyes állítások esetén	134
18. ÁBRA: A vélt egészség kor és nem szerinti százalékos arányai 2013-ban.....	137
19. ÁBRA: A kognitív és érzelmi gondoskodás állításainak értékelése.....	151
20. ÁBRA: Együttműködési szokások a 2013-as mintában	154
21. ÁBRA: Teljes mértékben együttműködők aránya az orvos észlelt stílusának függvényében.....	156
22. ÁBRA: Teljes mértékben együttműködők aránya a kognitív és érzelmi gondoskodás mértékének függvényében.....	158
23. ÁBRA: A SERVPERF állításainak átlagos értékelései a 2013-as és 2024-es adatfelvételekben	162
24. ÁBRA: A vélt egészség kor és nem szerinti százalékos arányai a 2024-es mintában	167
25. ÁBRA: Együttműködési szokások a 2024-es mintában.....	178
26. ÁBRA: Teljes mértékben együttműködők aránya a kognitív és érzelmi gondoskodás mértékének függvényében.....	180
27. ÁBRA: Az orvos-beteg interakció tényezői és szubjektív kimenetei	188

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. TÁBLÁZAT: Vevők és igényeik az egészségügyben.....	22
2. TÁBLÁZAT: Az ellátás komponensei és a minőségindikátorok kapcsolata	34
3. TÁBLÁZAT: A SERVQUAL dimenziói.....	47
4. TÁBLÁZAT: A szociális-kognitív elmélet elemeinek megjelenése az egészséghit modellben	62
5. TÁBLÁZAT: Döntési stílusok és jellemzőik az orvos-beteg kommunikáció tükrében	83
6. TÁBLÁZAT: A közös döntéshez szükséges feladatok	85
7. TÁBLÁZAT: A saját kutatásban használt SERVQUAL skálák tartalma	125
8. TÁBLÁZAT: Az elemzés által felállítható SERVQUAL elvárási skála dimenziók	131
9. TÁBLÁZAT: Az elemzés által felállított észlelési skála és gap dimenziók	132

10. TÁBLÁZAT: <i>A szolgáltatásminőség dimenziók átlagainak leíró statisztikája.....</i>	134
11. TÁBLÁZAT: <i>Az egyes dimenziókhoz tartozó észlelési, valamint a gap átlagok korrelációja az elégedettséggel</i>	136
12. TÁBLÁZAT: <i>Az elemzés alapján felállított egészséghit dimenziók, azok megbízhatósága és tartalmuk</i>	139
13. TÁBLÁZAT: <i>Az egészséghit komponensek átlagainak leíró statisztikája</i>	140
14. TÁBLÁZAT: <i>Az egészséghit dimenziók és a vélt egészség közötti korrelációk.....</i>	141
15. TÁBLÁZAT: <i>Az egészséghit dimenziók és a koherencia-érzet közötti korrelációk ...</i>	142
16. TÁBLÁZAT: <i>Pszichológiai háttér tényezők és orvoshoz járási szokások közötti korrelációk</i>	142
17. TÁBLÁZAT: <i>A k-középpontú eljárással kialakított végső klaszterközéppontok ...</i>	144
18. TÁBLÁZAT: <i>Az észlelt és az ideálisnak tartott háziorvosi stílusok.....</i>	147
19. TÁBLÁZAT: <i>Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség a különböző orvosi stílust tapasztalók között</i>	148
20. TÁBLÁZAT: <i>Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség azok között, akinél az észlelt orvosi stílus megfelel az ideálisnak tekintettnek és azok között, akiknél nem</i>	149
21. TÁBLÁZAT: <i>Az orvos stílusa és kognitív és érzelmi gondoskodása</i>	152
22. TÁBLÁZAT: <i>Kognitív és érzelmi gondoskodás, valamint a kiváló minőség észlelése és a teljes mértékű elégedettség</i>	153
23. TÁBLÁZAT: <i>Korrelációk az észlelt minőség dimenzióinak átlagos értékelése és az együttműködés típusai között</i>	157
24. TÁBLÁZAT: <i>Az elemzés által felállított észlelési skála és gap dimenziók</i>	161
25. TÁBLÁZAT: <i>A szolgáltatásminőség dimenziók átlagainak leíró statisztikája – a 2013-as és a 2024-es adatok összehasonlításában.....</i>	163
26. TÁBLÁZAT: <i>Az egyes dimenziókhoz tartozó észlelési átlagok korrelációja az elégedettséggel a 2024-es mintában</i>	163
27. TÁBLÁZAT: <i>Különböző típusú konzultációkon részt vevők elégedettsége a konzultáció típusával, valamint összességében a háziorvosi ellátással</i>	165
28. TÁBLÁZAT: <i>A konzultációk típusa és a típussal való elégedettség</i>	165
29. TÁBLÁZAT: <i>Az egészséghit dimenziók és a vélt egészség közötti korrelációk.....</i>	169
30. TÁBLÁZAT: <i>A k-középpontú eljárással kialakított végső klaszterközéppontok a 2024-es mintában.....</i>	170
31. TÁBLÁZAT: <i>Az észlelt és az ideálisnak tartott háziorvosi stílusok.....</i>	172
32. TÁBLÁZAT: <i>Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség a különböző orvosi stílust tapasztalók között a 2024-es mintában</i>	173
33. TÁBLÁZAT: <i>Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség azok között, akinél az észlelt orvosi stílus megfelel az ideálisnak tekintettnek és azok között, akiknél nem</i>	174

34. TÁBLÁZAT: <i>A kognitív és érzelmi gondoskodás állításainak átlagos értékelése a 2024-es mintában</i>	175
35. TÁBLÁZAT: <i>A konzultációk típusa és a kognitív és érzelmi gondoskodás értékelése</i> ..	176
36. TÁBLÁZAT: <i>Az orvos stílusa és kognitív és érzelmi gondoskodása</i>	176
37. TÁBLÁZAT: <i>Kognitív és érzelmi gondoskodás, valamint a kiváló minőség észlelése és a teljes mértékű elégedettség</i>	177
38. TÁBLÁZAT: <i>Korrelációk az észlelt minőség dimenzióinak átlagos értékelése és az együttműködés típusai között</i>	179

1. Bevezető

Az orvos-páciens kapcsolat egészségügyi ellátásban betöltött szerepe az utóbbi években, évtizedekben alapvető változásokon ment keresztül. Bár e változások országtól és ellátórendszerrel 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 szolgáltatásként való megjelenése azt eredményezi, hogy nagyobb hangsúly kerül az igénybe vevői elégedettségre, a személyes kapcsolatmenedzsmentre és a kockázatkommunikációra. A 2019 végén induló koronavírus-világjárvány mindezek mellett – vagy mindezeket keresztül – hirtelen és drasztikus változásokat hozott az egészségi interakciók lebonyolításába is, melynek hatásai, például a telemedicina tervezettnél gyorsabb előretörése jelenleg is észlelhetők. Az online elérhető, egészséggel kapcsolatos információk, csoportok, melyek páciensek egyre nagyobb tömegeinek körében foglalnak el előkelő helyet információforrásként, szintén jelentős hatással vannak az orvos-beteg kapcsolat dinamikájára. A megfelelő kommunikációt és a páciensek döntési folyamatba való bevonását olyan tényezőknek tekinthetjük, 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 páciensbiztonságot, csökkentve a visszaesések, kórházi felvételek, komolyabb beavatkozások számát, úgy vélem, érdemes részletesen foglalkoznunk ezzel a folyamattal.

Munkám célja, hogy a fenti folyamatokról szóló szakirodalom összegző ismertetése mellett saját, valamint kollégáimmal végzett kutatások eredményeinek bemutatásával rámutassak, hogy a komoly strukturális és 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 javítására. Munkámmal szeretném megalapozni és támogatni azt az elgondolást, hogy az orvos-páciens kapcsolat és kommu-

nikáció vizsgálata gazdasági szempontból is megfontolandó eredményeket hozhat. E kutatás a téma jellegéből adódóan multidiszciplináris, hiszen több tudományterülethez kapcsolódik (elsősorban a magatartástudományhoz és a szolgáltatásmarketinghez), és egyrészt valamennyi terület számára megfogalmaz újdonságnak számító eredményeket, másrészt komplex módon vizsgál 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 és aktívan kutatott terület, melyet jelez, hogy számos 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.

¹ Például: Patient Education and Counseling, Patient Counselling and Health Education, Health Psychology, Health Policy and Education, Healthcare Management Forum, International Journal of Clinical and Health Psychology

² Például: Molnár P., Csabai M. (1994): A gyógyítás pszichológiája; Pilling J. (szerk., 2004): Orvosi kommunikáció; Csabai M., Molnár P. (2009): Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia; Simon J. (2010): Marketing az egészségügyben; Meskó B. (2016): Az orvoslás jövője: ember és technológia

Emellett a másik fontos gazdaságtudományi megközelítés a marketingszemlélet, melyek kapcsán például a betegelégedettség-vizsgálatok kapnak kiemelt szerepet; Simon (2010) műve e megközelítések szintézise. A szakirodalom összességében azonban igen hiányos a különböző megközelítések ötvözésében.

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). Általam azonban nem volt 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, szintén nem tudtam kutatásom előtt. Hazánkban korábban még nem történt meg a SERVQUAL eszköz egészségügyi szolgáltatásokra történt adaptációja.

Nem létezett továbbá olyan kutatás, 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 célom, 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. E kutatással 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 páciensszegmensek különíthetők el, melyek egymástól különböző egészségmagatartással jellemezhetők.
- Páciensszegmensek 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, egy összetett, minden fenti témára kitérő kérdőív 2013-as felvételét követően validálásra került az egészséghit modell általános verziójának magyar nyelvű változata, valamint a SERVQUAL kérdőív magyar nyelvű, egészségügyi szolgáltatásokra kialakított változata, és a komplex kutatási modell kialakítása. A kutatás további hullámaiban a páciensek autonómiával, valamint az online információkereséssel kapcsolatos szokásai voltak fókuszban; végül, a koronavírus-járvány után, 2023-ban, mintegy 10 évvel az első adatfelvétel után újra felvettem az eredeti, komplex kérdőívet, így az eredmények összevetésére is sor kerül.

1.3 A könyv szerkezete

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

A 2. fejezetben bevezetesként 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 egészséggazdaságtani megközelítését. Ennek kapcsán felvetem, hogy a páciensek, mint az ellátás igénybe vevőinek észlelései a minőség meghatározásában a megközelítések többsége szerint is fontos. A 3. fejezetben ezért az észlelt minőség fogalomkörével és mérésének lehe-

tősegeivel 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 másikk 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.

A *7. fejezetben* 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, munkám előrehaladtával egyre több konstruktumot ábrázolva. E folyamat végére érve, a *8. fejezetben* ismertetem kutatásom teljes elméleti modelljét és hipotéziscsoportjaimat, melyek az irodalmi előzményeket bemutató fejezetekhez kapcsolódnak. Itt ismertetem kérdőíves kutatásom módszertanát és mintámat is. A *9. fejezetben* e kutatás 2013-as adatfelvételének 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* bemutatom azokat az eredményeket, melyek a kérdőív kiegészített változatának 2024-es adatfelvételekor születtek, összevetve a bő 10 évvel korábbi eredményekkel. Az új eredmények egyrészt az alkalmazott skálák alkalmazhatóságáról nyújtanak fontos információkat, másrészt lehetővé válik egyfajta Covid előtt – Covid után szemléletű összehasonlítás a vizsgált témák tekintetében.

A *11. fejezetben* összegzem munkám 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 a 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, köztük hangsúlyozva az e-egészségügy szerepét. 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 hátterét 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 jóllét olyan dinamikus állapota, mely olyan testi, mentális és szociális potenciállal jellemezhető, mely kielégíti az adott életkor, kultúra és egyéni felelősség igényeit. Megközelítésének (melyre művemben alapként tekintek) jelentőségét az is adja, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy a fenti potenciál két részből tevődik össze: az egyik biológiaiilag öröklött, a másik személyesen szerzett; valamint az egyén felelőssé-

gére és a szociális és megelőző orvoslás jelentőségére (Juhász 2007) is felhívja a figyelmet. 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 (egyesekek számára ez vallásos hitet és gyakorlatokat jelent, másoknak személyes világnézetet, viselkedési alapelveket, a béke elérésének módjait, illetve a saját magunkkal való megbékélést); s
- 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 meghatározásához 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. Érdemes ehhez Simon (2010) alapján hozzátenni, hogy olyan speciális szolgáltatásokat foglal magában, melyben az egészség-szakmai megközelítések mellett növekvő szerepe van a vállalatgazdasági, szervezeti és marketingszemléletű megközelítéseknek is. A digitális, vagy e-egészségügy is több, mint önmagában az infokommunikációs eszközökkel térben/időben elkülönített orvos-beteg találkozás megszervezése (Kovács és Németh 2022) – bár azt az európai unió szabályozása épp így határozza meg³. Tágabb értelemben véve ez a kifejezés olyan gondolkodásmódot, attitűdöt ír le, amely elkötelezett a hálózatos, globális szemlélet iránt, azért, hogy helyben, regionálisan

³ Forrás: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/glossary/e-health.html>

és világszinten is képes legyen javítani az ellátást az infokommunikációs technológiák alkalmazásával (Eysenbach 2010).

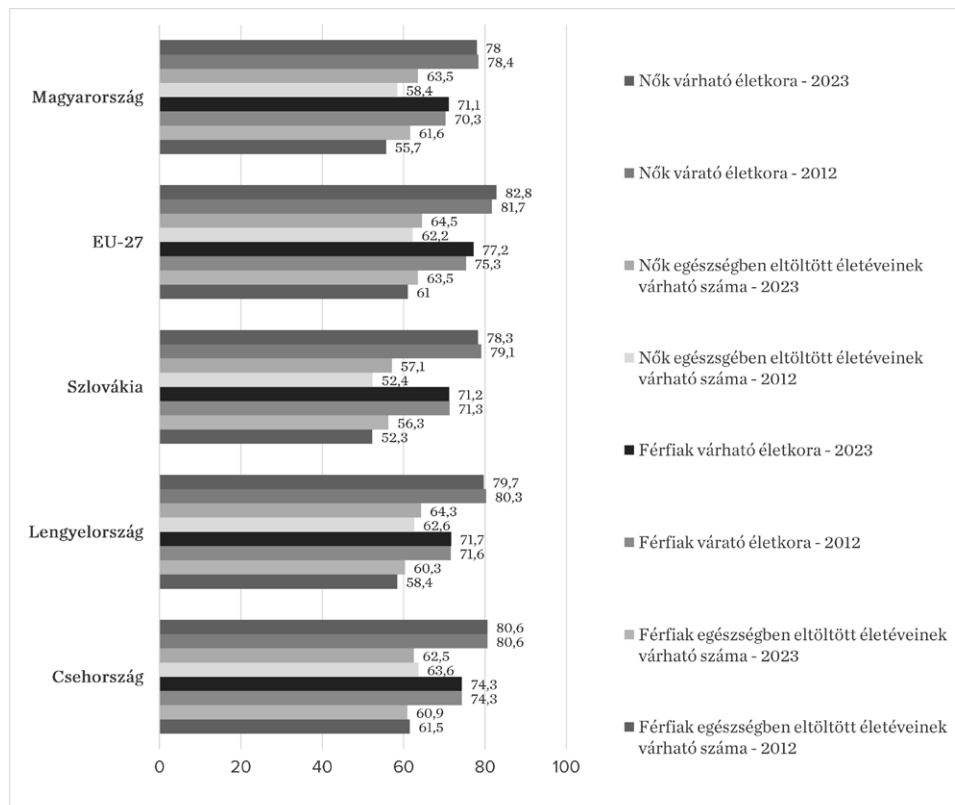
Az egészségügyi szolgáltatások célja alapvetően az emberek életminőségének javítása, valamint életük meghosszabbítása. Az egészségügyi szolgáltatás egy olyan nagyrendszer, amely minden állampolgárt érint, az egész társadalmat meghatározza, és ahol mindenki potenciális fogyasztó. Ez tulajdonképpen a humán 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 háttériparai világszerte a gazdaság meghatározó ágazatainak számítanak. Egyre jelentősebb egészségügyi trend a minőségi elvárás a páciensek vagy igénybe vevők részéről, amellyel összefüggésben a magán szolgáltatások aránya is nő; ezzel erősödő piaci versenyt generálva az egészségügy számos szegmensében (Szigeti 2023). A negyedik ipari forradalom folyományaként (melynek hatását ezen a területen a koronavírus-járvány is gyorsította) az egészségügyi ágazat átalakulásának lehetünk tanúi: az e-egészségügy az ágazat digitalizációjával az alulfinanszírozott egészségügyi rendszerek megreformálásában is szerepet játszhat (Incze és Pseuth 2020).

2.2 Egészség és az egészségügy hazánkban

A világ és Európa különböző területei között nagy mértékű 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. Magyarországon a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött várható évek jóval az EU-27 átlag alatt helyezkednek el, és sok esetben a visegrádi országok átlagaitól is elmaradnak. Bár a születéskori várható élettartam növekedési üteme 2000 és 2019 között meghaladta az EU átlag növekedési ütemét, 2019 után nemcsak a növekedés állt meg, hanem egyenesen

csökkent a várható élettartam, és a nemek közötti különbség is magasabb, mint az EU átlaga. Az elkerülhető halálozások rátája mindemellett a harmadik legmagasabb az Európai Unió 27 országa közül. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023) (1. ábra)

1. ÁBRA: Születéskor várható élettartam és egészségben eltöltött várható életévek száma a visegrádi országokban (2008-2010, valamint 2021 átlaga)

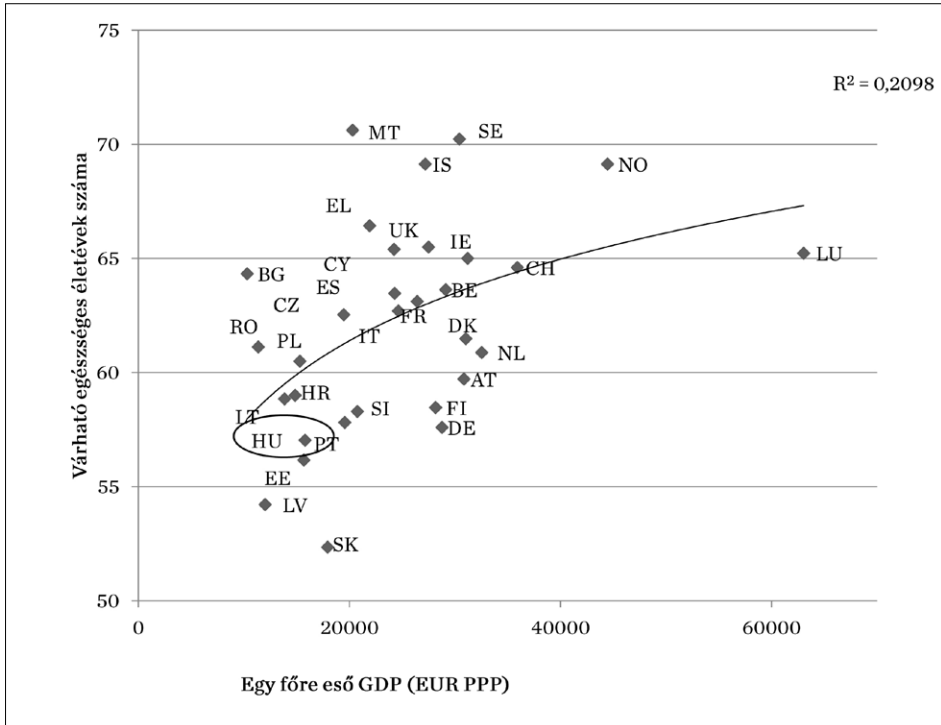


Forrás: OECD (2012 és 2023), Eurostat 2023 alapján saját szerkesztés

Fontosak azok a mérőszámok 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 kapcsó-

lat 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



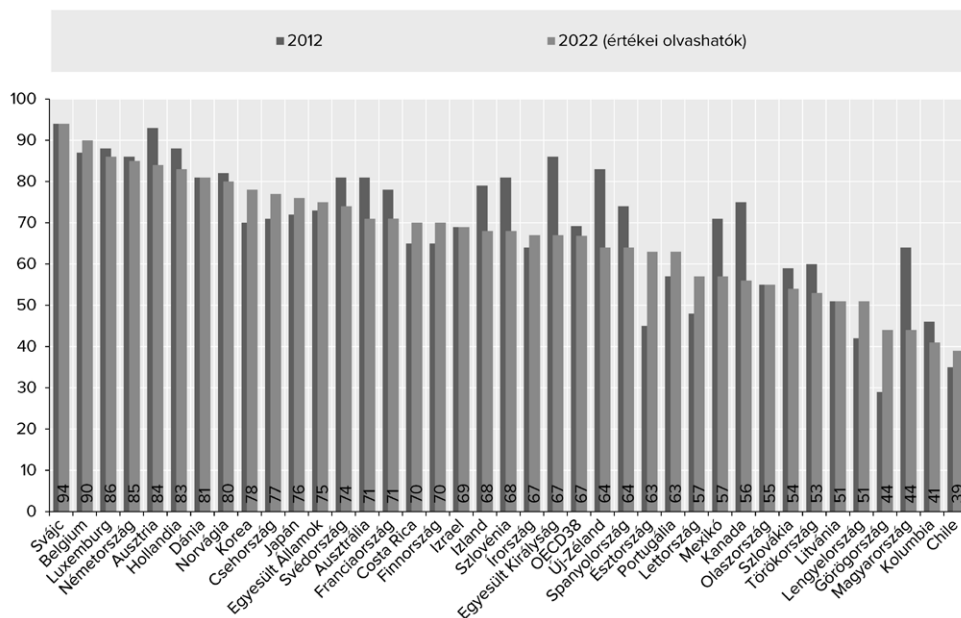
Forrás: OECD 2012, 17. o.

Ugyanez a jelenség tapasztalható akkor is, ha nem a GDP, hanem az egy főre jutó egészségügyi kiadás függvényében vizsgáljuk a várható élettartamot. E tények azt is jelezhetik, hogy a társadalom egészségügyi állapotát nem csak az egészségügyre pénzegységben mérhető ráfordítások befolyásolják. Ezt az OECD (2017) is megfogalmazza: bár a növekvő egészségügyi költségeknek erős pozitív hatása van a várható élettartamra, szélesebb körű társadalmi tényezők is fontosak: ez egészségesebb életstílus, a magasabb egyéni jövedelem és a magasabb képzettség is statisztikailag szignifikáns, pozitív kapcsolatban van a várható élettartammal. Ha a részleteket vizsgáljuk, 10 százalékpontnyi növekedés az egy főre eső egészségügyi költségben 3,5 hónappal növeli a várható élettartamot; ugyanezek a számok az egészségesebb életvitel kapcsán 2,6 hónap, az egy főre eső reáljövedelem esetén 2,2 hónap. Ha-

zánk egy főre eső egészségügyi költsége bár növekvő tendenciát mutat, még mindig jóval alacsonyabb (2840 dollár), mint az OECD átlag (4986 dollár) (OECD 2023).

Fontos az is, hogy az egyének maguk hogyan ítélik meg a minőségi egészségi ellátáshoz való hozzájutás lehetőségét. Az OECD számos országában nőtt, vagy stagnált ez az arány; hazánkban számottevően, 64%-ról 44%-ra esett (3. ábra), amely jelzi: fontos megvizsgálni, milyen tényezők magyarázzák az egyének ellátással való elégedettségét.

3. ÁBRA: Azok aránya a népességben, akik elégedettek lakóhelyükön a minőségi egészségügyi ellátás elérhetőségével, 2012-ben és 2022-ben



Forrás: Gallup World Poll alapján OECD (2023)

Míg az infokommunikációs eszközök kihasználtsága két évtizeddel ezelőtt rendkívül alacsony volt, részben a koronavírus-járványnak köszönhetően a telemedicina egyes megoldásainak használata – jellemzően a telefonos konzultációk – gyors növekedésnek indultak; 2021-ben azok aránya magasabb volt, mint az Európai Unió átlaga (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Jellemző továbbá, hogy a magánfinanszírozás, magánegészségügy egyre jelentősebb szerepet kap az ellátásban; kutatások alapján a lakosság jelentős része hajlandó és képes is fizetni egy jelenleginél jobb minőségű egészségügyi ellátásért; ugyanakkor az ellátás minőségének mérése mind az állami, mind a magánszektorban ellenőrizetlen (Gulácsi 2016).

A magyar egészségügynek mindezekkel együtt 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.

E problémákat jelzi az is, hogy a közvélemény-kutatások általános eredményei szerint általános az egészségüggyel 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 „pénznelnyelőnek” 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 törvény⁴ 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, meg-

⁴ <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>, Letöltve: 2024.06.12.

határozott személyen valósul meg, és általában nem ismételtető” (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.

1. TÁBLÁZAT: Vevők és igényeik az egészségügyben

	Vevő	Ígénybe vett szolgáltatás	Elvárás/igény
Külső vevők/üggyfelek	Egészséges ember	Prevenció Foglalkozásegészségügyi 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 Korrekst 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	Kapcsolódó egészségügyi és infrastrukturális intézkedések	A teljesítési feltételek biztosítása, zavartalan szakmai kooperáció

Forrás: Hajnal (2005)

Ahogyan e táblázatban látható, az ellátás igénybe vevőinek köre igen széleskörű. Kutatásom 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.

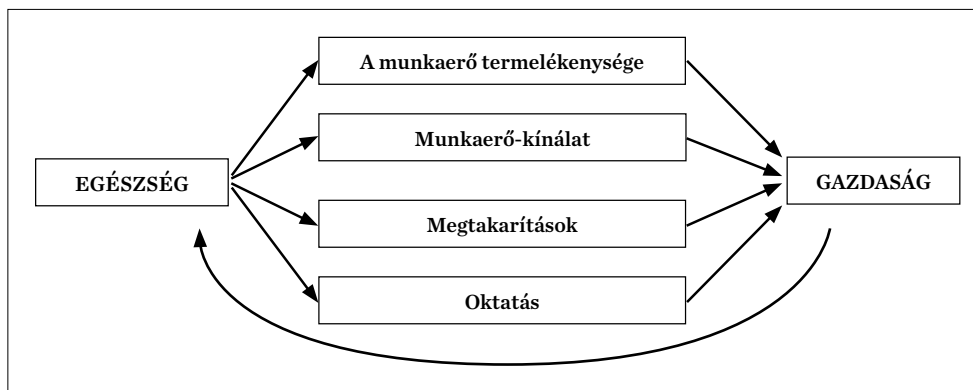
Fontosnak tartom felvetni a szóhasználattal kapcsolatos dilemmákat is az igénybe vevők kérdésében. A „beteg”, mint általánosan használt elnevezés az egészségügyi törvény szerint magában foglal mindenkit, aki a „az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy”⁵, mindennapi értelemben ugyanakkor nem egyértelműen használatos valamennyi lakossági igénybe vevőre, hiszen az egészségüggyel szemben az egészséges (aktuálisan betegséggel nem rendelkező) lakoságnak 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 használok (pl. orvos-beteg konzultáció), míg amikor általánosabban szólok az igénybe vevőkről, akkor inkább a „páciens” szót fogom használni (pl. páciensek egészségmagatartása).

Ahogyan 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 (WHO 2008a). Az emberi erőforrás szerepe csak az utóbbi évtizedekben kezdett fontossá válni; az egészség értékének felismerésével együtt vált egyértelművé, hogy arra, mint befektetésre kell gondolnunk, amivel összhangban a lakosság hosszú távú hasznára fordított kiadások megítélése is általános változáson megy át. Az egészségi állapot javulásának más tényezőkhöz viszonyított fontosságát pedig a közgazdászok is egyre inkább felismerik (WHO 2022).

⁵ Ennek kapcsán természetesen igen fontos kérdés a minőségbiztosítás és a minőségmenedzsment rendszerek szerepe az egészségügyben, ezzel azonban kutatásom kereti közt nem foglalkozom.

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 halálesetekben 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 elöregedő társadalommal kell, hogy szembenézzen.

Ami a problémákat illeti, a WHO 2008-ban (WHO, 2008c) 3 olyan fő trendre hívta fel a figyelmet az egészségügyben, amely a holisztikus megközelítés hiányát jelzi, és negatív irányban befolyásolja e szektor hatékonyságát:

- az egészségügyi rendszerek aránytalanul szűk körű, specializált gyógymódokra 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.

Ha a napjainkban jellemző trendeket vizsgáljuk, akkor egyértelműen észlelhetők a Covid 19-járvány következményei, amelyek fejlődési útvonalatokat határoztak meg, ugyanakkor világsszerte jelentősen terheltek az egészségügyi rendszereket; a Deloitte 2024-re vonatkozó jelentése alapján ezek a hatások napjainkban is hozzájárulnak a szektor munkaerőhiányához és a költségek növekedéséhez, a mesterséges intelligencia ugyanakkor megoldást nyújthat néhány problémára. A szervezet szerint az egészségügyi trendek az alábbi pontokban foglalhatók össze (Siegel 2024):

- az egészségügyi ellátást gyökeresen alakítja át a mesterséges intelligencia és más technológiák, amelyek lehetőséget kínálnak a betegekkel történő interakciók személyre szabására, az adminisztrációs folyamatok egyszerűsítésére, és lehetőséget adnak az orvosoknak arra, hogy komplex eljárásokra fókuszálhassanak;
- az emelkedő költségek kihívást jelentenek a minőségi és hozzáférhető ellátás biztosításával szemben; az ellátórendszereknek technológiavezérelt innovatív megoldásokat kell alkalmazniuk, hogy optimalizálják az erőforrások elosztását, egyszerűsítsék a folyamatokat, és személyre szabják a betegellátást;
- az egészségügyi szektor globálisan súlyos munkaerőhiánnyal néz szembe, amelynek okai között a kiégés, a tehetségek eláramlása, demográfiai változások, és a munkaerő-vándorlás, migráció is megtalálható;
- a hagyományos egészségügyi modell holisztikus megközelítés felé tolódik el, amely az egészség társadalmi meghatározóit is figyelembe veszi; az erre való átálláshoz az egyes országoknak olyan szolgáltatásnyújtási modellek alkalmazásába kellene befektetniük, amelyek a megelőzést helyezik előtérbe, és a hozzáférés problémáját is megoldják;
- az éghajlatváltozás jelentős egészségügyi kockázatot jelent, különösen az alacsony jövedelmű, rossz egészségügyi infrastruktúrával rendelkező területeken; az egészségügyi szolgáltatóknak és a politikai döntéshozóknak együtt kellene működniük egy ellenálló infrastruktúra kialakításának érdekében.

Az egészség és az egészségügy összefonódásának és az egészség, mint megatrend kapcsán Törőcsik és Jakopánecz (in: Lányi és Törőcsik, 2022) is megfogalmazta, melyek azok a legfőbb jellemzők, amelyek az egészség fogalmának értelmezésére és az egészségiparra a legnagyobb hatást gyakorolják:

- az egészség a gazdagság új fokmérőjévé válik, és gyakran életstílus-jellemzőként tűnik fel;
- az egészséggel kapcsolatos fogyasztói döntéseket gyakran más piacokon tapasztalt lehetőségek, pl. az időkorlát nélküli vásárlás is befolyásolja;
- olyan eszközök jelennek meg, amelyek egyre inkább lehetővé teszik a páciensek egyéni egészségmenedzsmentjét;

- az egészség helyett az egészséglelgedettség válik fontossá;
- az egyének felelősségének kérdése az edukációval kapcsolatban is feladatokat hoz létre;
- az egészségügyi információk demokratizálódnak, és a digitalizáció magának az egészségügynek is növeli a hatékonyságát.

Összességében láthatjuk, hogy az elmúlt mintegy másfél évtizedben az olyan globális hatások, mint a járványhelyzet, a globális felmelegedés, vagy a mesterséges intelligencia előretörése az egészségügyi rendszerekben is jelentős hatással bírnak, ugyanakkor a „régí” problémákat, mint a holisztikus megközelítés hiányát, vagy az egészségügyi szakdolgozók hiányát sem sikerült még megoldani. Mindezek eredménye pedig napjainkban is 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; az egyének szerepe pedig továbbra is kétarcú: annak változása mellett a felelősségvállalás kérdése továbbra sem egyértelmű.

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 privilegiáltságát kell megemlítenünk.

Karner (2004) alapján e jellegzetességeket az alábbiakkal egészíthetjük ki, ha a hazai helyzetet vizsgáljuk.

- 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 százaléknyi 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.

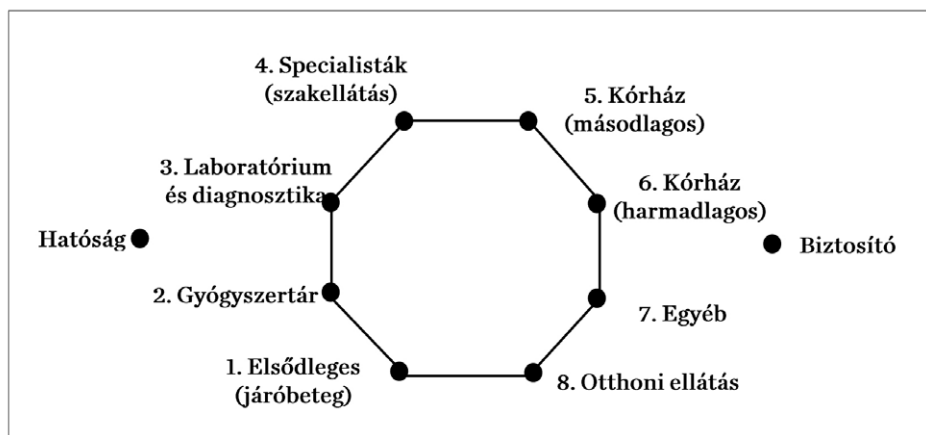
Ez a szolgáltatás egy speciális tulajdonságokkal rendelkező jószág tehát, melyre jellemző a származtatott kereslet is: azért fogyasztjuk, mert hozzájárul az egészségi állapot javításához vagy fenntartásához, tehát kereslete alapvetően az egészség iránti igényből származik (Gulácsi 2012). Az egészség, mint termék a piacon nem tud megjelenni; csereértéke az egészségügyi ellátásnak van, mely azonban önmagában inkább tekinthető hasznosságot csökkentő jószágnak (pl. fájdalmas beavatkozások elszívása) – 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 információelérést és -cserét.

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 infokommunikációs technológiák fejlődésének köszönhető információs hálózatok olyan innovációt jelenthetnek az egészségügyi ellátórendszerek hatékonyságának növelésében, amelyek bizonyítják, hogy a technológiai fejlődés

nemcsak növelheti az orvosi ellátások költségét, hanem hozzájárulhat a versenyképesség fokozásához. Olyan innovációt jelenthetnek tehát, melyre Porter szerint is szükség van: „egészségügyi ellátórendszerünk⁶ 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 és egészségügyre ható folyamatok napjainkban

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők sokszínűségének illusztrálására az alábbiakban olyan trendeket mutatok be, melyek úgy gondolom, 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, 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, erre már az ezredforduló környékén is felhívták kutatók a figyelmet (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 stratégia⁷ is (Zeleznik 2007).

A mindenkori fiatal generációk ellátórendszerbe való belépése, és annak kezelése is fontos kérdés. Olyan korcsoportról van szó, akik – életkoruk kapcsán – talán a legkritikább alanyai az egészségügyi döntésekkel kapcsolatos vizsgálódásoknak,

⁶ Itt Porter az Egyesült Államok egészségügyére utal, azonban gondolatai Európában is fontos szempontként szolgálhatnak.

⁷ A megküzdési stratégia azt mutatja meg, hogy hogyan tud az egyén a nehéz, stresszkeltő élethelyzetekkel megbirkózni (problémaközpontú vagy érzelmeközpontú módon; ennek során kognitív és magatartásbeli erőfeszítéseket tesz) (Margitics és Pauwlik 2006).

szerepük azonban több szempont miatt fontos lehet. Számukra az egészségügyi innovációk és a távoli szolgáltatások vélhetően könnyebben elfogadhatók lesznek; ugyanakkor már az Y generációra is jellemző, hogy döntéshozatalukban és információkeresésükben Weiler (2004) szerint nagy szerepe van a vizuális eszközöknek, valamint a kérdésekkel, vitákkal való stimulációnak. A Z generációra egyértelműen jellemző a technológia használata egészségükkel kapcsolatos információk keresésekor, ugyanakkor Jiao és tsai (2023) kutatása arra is rámutatott, hogy az idősebb korosztályokkal szemben összességében kevesebb egészséggel kapcsolatos információt keresnek, és a gyakori internethasználat ebben a témakörben nem növeli annak a valószínűségét, hogy aktív szerepet játsszanak saját egészségük menedzselésében („empowerment”-jük alacsonyabb).

A közfigyelmet is érdeklő, és szintén fontos trendnek tekinthető az orvosok és egészségügyi dolgozók hiánya, mely szinte évtizedek óta 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 hosszú távú intenzív törődés vagy az erős szervezeti hierarchia olyan sajátosságai az egészségügyi rendszereknek, amelyek hozzájárulnak a bennük dolgozók kiegészéhez (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 többletmegeterhelést jelenthet a szegénység és munkanélküliség miatt akár több pszichoszomatikus betegséggel küzdő páciens kezelése is. Ha a hazai egészségügyi humán erőforrás-kapacitás hiányának települési mintázatait vizsgáljuk, Fabula és tsai (2020) megállapították, hogy a kisebb lakosságszámú települések különösen rossz helyzetben vannak – kevesebb az egységnyi lakosságra jutó háziorvos, gyermekorvos, és nagyobb azok leterheltsége.

A társadalomban nemcsak demográfiai, hanem szemléletmódbeli változások is történnek. Törőcsik (2011) a fogyasztók magatartásával kapcsolatos trendkutatások⁸, valamint saját kutatásainak ismertetése alapján megállapítja, hogy az egészség napjaink egyik megatrendjének tekinthető; az egészség az egyéntől

⁸ 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).

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 tetterekészséget – 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;
- 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.

Mindemellett azonban az is elmondható, hogy az emberek ambivalens módon viszonyulnak egészségükhöz: bár fontosnak tartják azt, még mindig keveset tesznek érte, és a hazai lakosság jelentős részének döntéseit inkább szükségleteik, mint vágyaik határozzák meg (Törőcsik 2016).

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.

A társadalmi trendek mellett elkerülhetetlen a technológiai fejlődés szerepének megemlítése ezen a ponton is: az elektronikus információközvetítési technológiák segítségével egy adat az egészségügyi rendszerben bárhol elérhető, lehetővé téve a könnyebb és gyorsabb információáramlást a háziorvosok és a hozzájuk kap-

csolódó 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 a rendszerek használatához. A könnyebben elérhető adatok mellett ugyanakkor jóval többről van szó: az e-egészségügy meghatározása a napjainkban már túlmutat az elektronikusan elérhető egészségügyi szolgáltatásokon, és az egyfajta globális szemléletmód, amely az egészségügy lokális, regionális és globális fejlesztése melletti elköteleződés; egyfajta attitűd és az infokommunikációs technológiák használatával kapcsolatosan (Lányi és Törőcsik, 2022).

A digitális technológia és az internet használata tehát elkerülhetetlenül megjelent az egészségügy területén is, a Covid 19-járványnak köszönhetően pedig intenzíven nőtt a szerepe az orvos és beteg közötti távoli kapcsolat megteremtésével. Fontos kérdés, hogy az online kommunikáció felválthatja-e a személyes kapcsolatot, vagy csak kiegészíti azt, illetve, hogy a betegekkel való online kapcsolattartás pozitív vagy negatív változásokat hoz (Molnár és tsai 2020). A digitális eszközök és tartalmak nyomán az ellátó és igénybe vevő közötti viszony más szempontból is megváltozott: a pácienseket érő impulzusok köre sokszínűvé és sokfélévé vált, ezeket az ellátók nem, vagy alig tudják befolyásolni; a közösségi média felerősíti a személyes tapasztalatok és élmények jelentőségét (Lantos 2016). A fenti tényezők a bio-pszicho-szociális megközelítéssel az orvosok számára is új szerepet teremtenek; a kommunikációs készségek, a digitális jártasság, a szakterületek közötti együttműködés információkeresés és készségei az orvosi gyakorlat alapját képeznek, hogy képezze, ezt azonban a legtöbb orvos a szakma gazdasági, technológiai és adminisztratív terhei miatt nem tudja kihasználni (Meskó és Győrffy 2019).

2.5 Minőség az egészségügyben (általános és egészséggazdaságtani 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 egészséggazdaságtani 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

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

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 rendszerszemléletű 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 tekinteti tehát, amely 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 életevek és az életminőség változása¹⁰ (Gulácsi és tsai 2005).

Gődény 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, ki-nek 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/páciensközpontúság: 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 hasznosságméréssel vagy életminőség-kérdőív segítségével a kezelt és a kontrollcsoportban a vizsgálati időszak kezdete után 1, 2, 3 stb. évvel meghatározzák az adott periódusra vonatkozó életminőségkorrekciós-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 szervezeti-ként jellemeznek, melyek a leginkább érintett minőség-összetevők.

2. TÁBLÁZAT: Az ellátás komponensei és a minőségindikátorok kapcsolata

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

Megjegyzés: az összetevők kis mértékben eltérnek a fent felsorolt hat minőségdimenziótól, de az eltérés elsősorban formai, nem tartalmi: az itt megfelelőségként jelzett tényező megfelel a biztonságosságnak.

Az egészséggazdaságtani 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 költséghatékonysági 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 kutatásom az igénybe vevők szempontjából vizsgálja az egészséget és az egészségügyet, és mivel e megközelítés kapcsán a marketing az a tudományág, amelynek szemlélete egyre erősödő és tipikusan igénybe vevői szemléletű, külön fejezetben (3. fejezet) foglalkozom az ellátás minőségének marketingszempontú megközelítésével, amely empirikus kutatásom alapját is képezi.

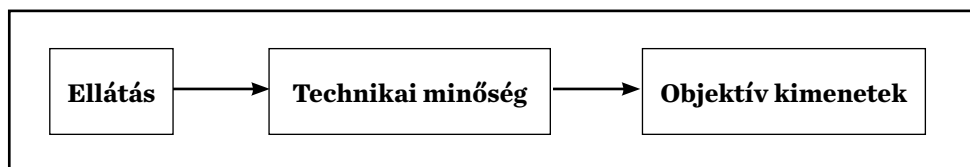
¹¹ Ennek kapcsán természetesen igen fontos kérdés a minőségbiztosítás és a minőségmenedzsment rendszerek szerepe az egészségügyben, ezzel azonban kutatásom kereti közt nem foglalkozom.

2.6 A fejezet összegzése

E fejezet alapvető célja egyrészt az volt, hogy definiálja írásom 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 számbavétele 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, teljesítménybéli és szubjektív, interszónális jellegű elemek is szerepet kapnak. Megállapítottam ugyanakkor, hogy az egészséggazdaságtani 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 mérető 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 egészséggazdasági 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 marketingszempontú 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 szolgáltatás úgy oldja meg az igénybe vevő valamely problémáját, hogy a szolgáltatásáru lényege egy nem megfogható fizikai objektum (Veres 2021).

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 2021). 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 igen-csak kritikus szerepet tölt be a szolgáltatásnál.

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

- Folyamatjelleg: az igénybe vevőnek végig kell követnie, meg kell várnia a szolgáltatás eredményének kialakulását, azaz nemcsak az eredményt látja, hanem magát a folyamatot is. Az egészségügyi ellátás ráadásul olyan folyamat, amelyben az igénybe vevő (páciens) az esetek többségében nem csak végig követi azt, hanem nagy mértékben be van vonva, hiszen a diagnózis felállításától a kezelési folyamaton keresztül folyamatosan szükség van aktív vagy passzív részvételére.
- Megfoghatatlanság: a szolgáltatások nem mérhető objektív mércékkel, és bár általában vannak megfogható elemeik (az egészségügyi ellátás során például a felszerelés, a felhasznált eszközök és anyagok), az igénybe vevő nem tudja azt megfogni, kipróbálni, felmérni, mi várható tőle. Az egészségügyben a hozott anyag sokfélesége különösen nehezíti 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 telemedicinára.
- Heterogenitás: egy-egy adott szolgáltatásfolyamat egyszeri és megismételhetetlen, hiszen még azonos tevékenységénél is befolyásolja azt mind a nyújtó, mind az igénybe vevő 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 igénybe vevők tárolása, az egészségügyben ez várólisták kialakulását jelenti, ami viszont nemcsak az igénybe vevők szubjektív elégedettségét, de egyes esetekben az egészségi állapot romlását is eredményezheti.

A szolgáltatások fent említett sajátosságait hierarchiába rendezve, szakirodalmi említések alapján az elsődleges marketingsajátosság a szolgáltatás nem fizikai, azaz nem megfogható jellege – bármilyen egyértelműnek is tűnik ez, a szolgáltatásmarketing szinte összes problémája ebből származtatható, hiszen a tárgyasíítás, vagy automatizálás által biztosított minőségérzet-stabilizáló hatás a jellegből eredően kevésbé lehet jelen (Veres 2021).

Az előző fejezetben írtam arról, milyen mércéket használnak a nemzetközi szervezetek az ellátórendszerek jellemzésére, illetve, hogy az egészséggazdaságtani elemzésekben milyen minőségindikátorok használatosak. Figyelembe véve azonban a fent részletezett szolgáltatási sajátosságokat, úgy vélem, hogy elkerülhetetlen, hogy az igénybe vevői oldalról is megvizsgáljuk az ellátás minőségének értelmezését és kiegészítsük a fenti (technikaiként jellemezhető) minőségparamétereket, melyhez a szolgáltatásmarketing 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). Marketingszempontról a minőség meghatározása a vevő nézőpontjából történik, ami azonban rendkívül plasztikussá teszi a fogalmat. Ennek ellenére a szolgáltatásminőség definiálhatósága mind az elméletben, mind a gyakorlatban elfogadott, kutatása a marketingtudomány egyik önálló ága (Hetesi 2003).

Veres (2021) 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; némi 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 minőségdimenzió. 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 folyamatminőséget és eredményminősé-

get. 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 szolgáltatásmarketing-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 „eredményfogyasztás” (outcome consumption) helyett vagy mellett a szolgáltatásoknál „folyamatfogyasztásról” (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. „résmodell” (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 szolgáltatásspecifikumok 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 minőségmodell 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 minőségmeghatározást 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. Endeshaw (2020) frissebb irodalomelemzése ezt továbbra is alátámasztja, illetve hangsúlyozza, hogy – kifejezetten az egészségügy területén – az általános modellek kevésbé alkalmasak a minőség mérésére; arra szervezetspecifikus modelleket érdemes fejleszteni.

3.1.1 Minőség, elégedettség és betegélmények

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 igénybevétele nélkül, más vevők beszámolóí 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 sor-

rendiségével 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 egybecseng 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.

A betegélmény és a betegelégedettség fogalmai között is átfedés van, emiatt használatuk meglehetősen zavaros a szakirodalomban is. Egyszerűen megfogalmazva, a betegélménnyel kapcsolatos beszámolók a szolgáltatásnyújtás során ténylegesen megtörtént eseményekre vonatkoznak, míg az elégedettség a folyamatban részt vevők szubjektív értékelése a találkozásról – az egyik tehát „beszámoló” komponenseket tartalmaz, a másik pedig „értékelés” típusúakat. A két fogalmat gyakran már a kutatások során feltett kérdések is kombinálják, pl. abban a kérdésben, hogy „Részt vehetett-e olyan mértékben a kezeléséről szóló döntésben, amennyire szeretne volna?” mindkét komponens megjelenik. A betegelégedettség olyan multidimenziós konstruktként határozható meg, amely az igénybe vevők szubjektív tapasztalataira fókuszál, és kapcsolódik az ellátással kapcsolatos elvárásaikhoz, valamint a megtapasztalt technikai minőségre is; mérése azonban meglehetősen problematikus, nemcsak az elégedettség univerzális definíciójának hiánya, hanem többek között amiatt, mert az elégedettséget a kapott ellátáson kívüli tényezők is befolyásolhatják. A betegélményekkel kapcsolatos beszámolókból ezzel szemben jobb lehetőséget kínálnak az ellátói gyakorlatok közötti hatékony megkülönböztetésre, így végső soron az ellátás minőségének és teljesítményének mérésére is (Burt és tsai 2017; Russell, 2013). Mind a betegélmények, mind az elégedettség mérése fontos ugyanakkor a szolgáltatásminőség mélyebb megértésének érdekében (Hudson-Smith és Smith 2018).

A betegelégedettséget, mint többdimenziós konstruktumot meghatározó tényezők között számos, minőséggel kapcsolatos változót tártak fel az utóbbi évtizedek kutatásai, melyet jól összefoglal Batbaatar és tsai (2017) szisztematikus irodalomelemzése: amellet, hogy megállapítják, a módszertani sokféleség, valamint a kutatások jelentős részében megjelenő érdekütközések miatt igen nehéz általános érvényű következtetéseket megfogalmazni, 9 ellátóval összefüggő, és 13 pácienshez kapcsolódó, jelentős faktort azonosítottak, amelyek szignifikáns kapcsolatban állnak a betegelégedettséggel. Utóbbiak között demográfiai tényezők mellett az egészségi állapot és a személyiség is megjelenik; az ellátóval összefüggő tényezők, melyek jelen kutatás szempontjából relevánsabbak, az alábbiak:

- technikai minőség (amely az ellátás szakmai szttenderdeknek való megfelelését jelenti, ugyanakkor kiemelték az orvos betegek által észlelt kompetenciáját is);
- interszónális gondoskodás (melyben fontos szerepe van a nyújtott érzelmi gondoskodásnak, a kommunikációnak, az empátiának);
- tárgyi környezet (melyben többek között a kényelem, a tisztaság és a könnyű eligazodás szerepel);
- hozzáférés (ide tartozik a földrajzi közelség, a rövid várakozási idők, valamint a szabad orvosválasztás is);
- elérhetőség (megfelelő létszámú ellátó személyzet és elegendő eszköz);
- megfizethetőség;
- szervezeti jellegzetességek (melyek között megjelenik a reputáció, a szabályozások, a bürokrácia, illetve az ellátószemélyzet elégedettsége is);
- folytonosság (az, amikor a teljes ellátási folyamatban egy ellátóval van kapcsolatban a páciens);
- ellátás kimenete, hatékonysága (legyen az objektíven mért, vagy a páciens által észlelt egészségi állapotban történő javulás) (Batbaatar és tsai 2017).

Korábbi hazai kutatások a hazai alapellátással kapcsolatban szisztematikusan azt mutatják, hogy a betegek nagy része elégedett a háziorvosa által nyújtott szolgáltatással. Juhász és tsai (2019) kutatásukban a betegelégedettség és a lojalitás dimenzióit vizsgálták az alapellátásban; eredményeik szerint a betegelégedettségre a minőségdimenziók közül az empátia van a legnagyobb hatással: a pácienseire odafigyelő, őket a döntésekbe bevonó, türelmes ellátó személyzet jól tudja kompenzálni az ellátás egyéb területein észlelt minőségi hiányosságokat is. Sánchez-Piedra és tsai (2014) hét európai országot vizsgálva (mintájukban német, spanyol, észt, finn, magyar, olasz és litván válaszadók vettek részt) hasonló eredményekre jutott: a betegelégedettség általánosan magas, és azt leginkább az orvos-beteg közötti kapcsolat, amellet pedig az életkor és az észlelt egészség is befolyásolja. Az orvos-beteg kapcsolat alapvető eleme a bizalom, amely nemcsak az elégedettséggel, hanem a lojalitással is összefüggésben van (Setyawan és tsai 2020).

Érdemes kitérni a telemedicinával kapcsolatos elégedettség kutatására is, különösen, hogy hazai viszonylatban még kevés ilyen találunk, míg nemzetközi szinten évtizedek óta mérik. Bár az utóbbi évek szakirodalma többnyire a Covid 19-járvány alatti tapasztalatokat vizsgálja, kutatásom tekintetében inkább azt tartom fontos kérdésnek, hogy a járványhelyzet elmúltával, „normál” ellátási körülmények között hogyan vélekednek erről az igénybe vevők. Hazánkban Lányi és Törőcsik (2022) mérték az e-egészségügyi megoldások fogyasztói fogadtatását; kutatásuk 2018-as adatokon alapszik, melyek szerint a fogyasztók tartózkodók az egészségügyi innovációk tekintetében, ugyanakkor esélyt adnak arra, hogy először részben, majd

nagymértékben kiváltásák a személyes interakciókat technológiavezérelt kapcsolatra – eredményeik különösen érdekesek a Covid 19-pandémia vezérelte kényszerpenetráció tükrében. Az elmúlt évek nemzetközi eredményei közül kiemelendő Holtz (2021), aki kutatásában összehasonlította telemedicinát korábban is igénybe vett, valamint azt csak a járvány okozta kényszer miatt igénybe vevők elégedettségét; eredményei szerint a telemedicinával való elégedettség általában véve meglehetősen magas, és a két csoport között sincsenek jelentős különbségek; bár az új felhasználók körében gyakoribb, hogy a személyes találkozásokat is preferálnák. Hasonló eredményekről számolt be Ramaswamy és tsai (2020), valamint metaanalízisük eredményeképp Aashima és tsai (2020), megállapítva, hogy a telemedicina hosszú távon fenntartandó megoldás, amely a személyes konzultációk kiegészítésére vagy kiváltására alkalmazható. Óvatosságra int ugyanakkor a személyes találkozók kiváltásával kapcsolatban Iguacel és tsai (2024): kutatásukban alapellátásban részesülők telefonos konzultációkkal való elégedettségét mérték a járvány alatt és után, és megállapítják, hogy a páciensek átlagos elégedettsége a járvány előtti időszakhoz képest alacsonyabb, amely vélhetően annak köszönhető, hogy azok, akik csak telefonon érik el háziorvosukat, „cserbenhagyva” érzik magukat, így ez az ellátási mód inkább kiegészítésre alkalmas. Ezt támasztják alá Gamucci Jiménez De Parga és tsai (2023) eredményei is, melyek szerint a telefonos konzultációkkal való általánosan magas elégedettség jelentősen csökken azokban a helyzetekben, amikor nem receptfelírással, betegszabadsággal, vagy coviddal kapcsolatban keresik fel a háziorvost, hanem akut panaszokkal vagy krónikus betegséggel.

3.1.2 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. Az egészségügyben érdekelt felek nézetei, érdekei és jelentései eltérőek, és az egészségügyi szolgáltatások minősége – megfoghatatlanságából adódóan – az egészségügyi ellátás folyamatán alapszik, amelynek központi elemei a betegek és az egészségügyi szolgáltató interakciói. Az egészségügyi ellátás minőségének ezért többdimenziós definícióra van szüksége, amely magában foglalja az egészségügyi érdekelt felek különböző nézeteit (Endeshaw 2020). Ennek gya-

korlati megvalósítása azért is problematikus, 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 páciensészlelések 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 kívánatos 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 páci-

¹² Úgy vélem, ennek a műhibaperek kapcsán kiemelt fontossága van.

enssel 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).

Jelen írásom 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. Elfogadom 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 értékitélet, 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 teljesítményalapú) 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 koncepciója szerint a kézzelfogható termékekével ellentétben a szolgáltatások minősége azok nem fizikai természete, heterogenitása és elválaszthatatlan

¹³ A technikai minőség mérésétől az egészségügyben nemcsak tartalmi és megközelítésbeli korlátok miatt tekintek el, hanem annak (orvosi) szakmai tudást is igénylő módszertani nehézségei miatt is. Ezzel együtt hangsúlyozom, hogy a megfelelő funkcionális minőség megfelelő technikai minőség nélkül fenntarthatatlan.

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 szolgáltatásminőséget. 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 nagyszámú 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. Az állítások a kérdőívekben dupla skálán jelennek meg; a válaszadóknak az elvárásaikkal (egy elképzelt kiváló szolgáltatóval; „ilyenek 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 2021).

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 2021 alapján saját szerkesztés

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

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 nemcsak 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 mérik 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 az egyik 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 egy-skálás 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 (Veres 2021).

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 attitűdmodellként, hanem elégedettségmodellként 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 2021).

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 dönteni abban a kérdésben, hogy elegendő-e a dimenziónkénti 4-5 állítás; ez az alacsony szám ugyanis a faktorstruktúra változékonyságát eredményezheti (Becser 2007, Hetesi 2003, Kenesei és Szántó 1998, Veres 2021).

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. Metaanalízisük 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 az 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 háziiorvosi 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 elvárás 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 elvárás skála felvétele, ha az nem erősíti a modellt azon túl, amit az észlelési skála is nyújt. Nem nyilvánítanak ugyanakkor határozott véleményt e kérdésben, és hozzátesszik, 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 megemlíti, 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).

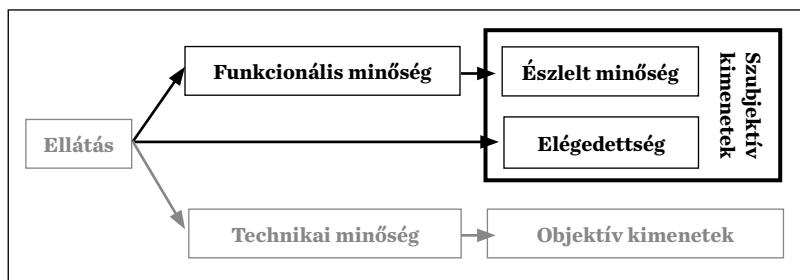
Fontosnak tekintem e témában Miranda és tsai (2009) kutatását. A szerzők a korábbiakkal ellentétben nem a pácienselvárások és tapasztalatok közötti gap-et vizsgálták, hanem a páciensek és az egészségügyi központ vezetőinek véleménye közötti gap-et (mely a SERVQUAL alapjául szolgáló elméleti keretben 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 állításor jelentős módosítása; a 25 állítást 7-pontos Likert-skálán kellett értékelni a válaszadóknak. A módosításoknak köszönhetően a kapott faktorstruktúra 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.

A korábbi eredmények tanulságaira alapozva az elmúlt évtizedben is számos, SERVQUAL alapú, egészségügy minőségét vizsgáló kutatás született világszerte (Endeshaw 2020). Pekmaya és tsai (2019) török mintán, kórházi körülmények között alkalmazta a modellt, megőrizve annak elméleti dimenzióit; fontos eredményük, hogy az elégedettséget leginkább meghatározó faktor a megbízhatóság lett. Al-Neyadi és tsai (2016) az Egyesült Arab Emírátságokban, magán- és állami ellátások minőségének mérésekor állapította meg, hogy a SERVQUAL modell öt dimenzióját tartalmazó, a konkrét szolgáltatásra alakított skálája megbízható eszköz, és hasonló eredményre jutott AlOmari (2020) Szíriában, valamint Dosen és tsai (2020) Horvátországban is.

3.3 A fejezet összegzése

Művem 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 különbségként 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 hosszú időn keresztül nem volt. 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: sötétebb színnel láthatók a modellbe újonnan bekerült elemek.

Forrás: saját szerkesztés

4. Egyénspecifikus pszichológiai háttértényezők szerepe az egészségügyben

Ahogy a 2. fejezetben említettem, az egészséget (és ennek egyik alakítóját, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét; az orvoshoz járást; a beteg-együttműködést) természetesen nemcsak az egészségügyi ellátás minősége, hanem számos tényező befolyásolja. Ebben a fejezetben az egyénspecifikus tényezők, ezen belül a koherencia-érzet, az észlelt egészség és az egészséghit, mint egészséggel kapcsolatos magatartást előrelélő 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 viselkedésbeli 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. A 2019. évi Európai lakossági egészségfelmérés eredményei ezt alátámasztják: a megkérdezett magyarok 98%-a gondolja úgy, hogy egészségünkért mi magunk is tehetünk valamit (KSH 2019). 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 koherenciaérzés 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 ázsi-

ai) nagymintás reprezentatív lakossági felmérést hasonlított össze, melyekben mind a vélt egészségre, mind egészségi és szociodemográfiai 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).

¹⁵ Bár e kifejezést a helyesírási szabályok szerint egybe kell írni („koherenciaérzés”), a témában íródott tanulmányok nem egységesek 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.

A koherencia-érzés mérésére kifejlesztett eszközt (sense of coherence scale, SOC) legalább 48 országban, 49 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 Mittelmark 2017). Az eszközzel kapcsolatban a szerzők felvetik, hogy az Antonovsky eredeti elképzeléseivel ellentétben nem egydimenziós, hanem három komponenst tartalmaz:

- érthetőség, amely kognitív komponens, és arra utal, hogy milyen mértékben észleli az egyén a belső és külső ingereket racionálisan érthető és rendezett, koherens, világos, strukturált információként, nem pedig „zajként”, ami kaotikus, rendezetlen, véletlenszerű, váratlan és megmagyarázhatatlan;
- kezelhetőség, amely a viselkedéshez kapcsolódó, vagy instrumentális dimenzió, és aszerint határozható meg, hogy az egyén milyen mértékben érzi úgy, hogy rendelkezésére állnak olyan erőforrások, amelyeket fel tud használni az őt érő ingerek kezelésére;
- jelentőségteljesség, amely motivációhoz kapcsolódó dimenzió, és arra utal, hogy az egyén milyen mértékben érzi úgy, hogy az életnek érzelmi értelemben vett értelme is van, hogy az életben felmerülő problémáknak legalább egy része megéri az elköteleződést és az odaadást, és inkább kihívásnak, mintsem akadállynak tekinthetők (Eriksson és Mittelmark 2017).

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 ismételt felvétel alapján is) és egybecseng a hasonló nemzetközi kutatások eredményeivel. Megállapították emellett, hogy (120 fő, 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 felhívításokra adott reakciók megértéséhez kívánt elméleti hátteret biztosítani. Tipikus alkalmazásában az egészségügyi fenyegetést, valamint a megküzdést értékelő folyamatokra adott adaptív és nem adaptív válaszokat jellemzi. Feltetelezi, hogy a félelem keltette arousal¹⁶ növeli az észlelt fogékonyt 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 egészséghitmodellből.

Az „egészségmagatartás kontrolljának helye” vagy „egészség-kontrollhely” modell (Health Locus of Control) az 1960-as években jelent meg (Rotter általános kontrollhely-megközelítést 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

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

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).

Az egészségmagatartás szociális-kognitív folyamatmodellje (Health Action Process Approach; HAPA) Schwarzer és kutatócsoportja által kidolgozott, a korábbi modellek integrálására kifejlesztett modell, amely a többi szociális-kognitív modellel szemben (amelyekkel kapcsolatban felmerül az a probléma, hogy mind a hétköznapi tapasztalat, mind a kutatási eredmények szerint a kialakított szándék nem minden esetben vezet tényleges viselkedéshez) az ún. szándék–viselkedés-rés áthidalása érdekében megkülönbözteti a szándék kialakulása előtti motivációs szakaszt, amely a szándék megformálásához, valamint a kialakulása utáni akarati szakaszt, amely a tényleges egészségviselkedéshez vezet. Az utóbbi szakaszhoz kapcsolódóan a cselekvés és az akadályokkal történő megküzdés tervezése, valamint a cselekvés fenntartásához hozzájáruló önszabályozási folyamatok és a specifikusan ezzel kapcsolatos személyes hatékonyság érzésére is fókuszál (Teleki és Tiringner 2017).

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 irá-

nyítják: 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 betegsége, 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 változócsoporthai az alábbiak.

- Észlelt fogékonyosság: 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 megfeleltetését 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”)	Betegségre 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 a 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 (kívánatosságát) 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). 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; droghasználat, lásd Márványkői és tsai 2008, vagy a Covid 19-védőoltás beadásával kapcsolatos hajlandóság, lásd Limbu és tsai 2022) foglalkoztak.

A modell módszertanával, előre jelző 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, vérnyomásprobléma 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 faktorstruktúra 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 előre jelző erejűnek), utána következett az „előnyök” dimenzió (81%), majd a fogékonyság (78%), végül a súlyosság (65%). Hasonló eredményeket hozott Carpenter (2010) szisztematikus irodalomelemzése is, mely szerint a „korlátok” és az „előnyök” dimenziók azok, amelyek konzisztens módon a legjobb előrejelzői hosszabb távon is a viselkedésnek, amelyet olyan tényezők modelálnak, mint a viselkedés és az adatfelvétel között eltelt idő, hogy megelőző vagy betegséget kezelő ellátásokról van szó, vagy hogy gyógyszerhasználatot vagy más magatartást vizsgálunk.

Az egészséghit modell megközelítésének előnye, azaz, hogy igen sokféle magatartásformára, betegségre 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 skálafejlesztésre, 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 ugyan-

azokat a skálákat. A modell további kritikája, hogy összetevői korrelálnak ugyan a viselkedéssel, a korreláció mértéke azonban alacsony (Urbán 2001), a közvetlen viselkedés-előrejelző ereje nem stabil (Carpenter 2010), valamint, hogy bár világosan megfogalmazza elméleti komponenseit, a közöttük levő kapcsolatok nem egyértelműek.

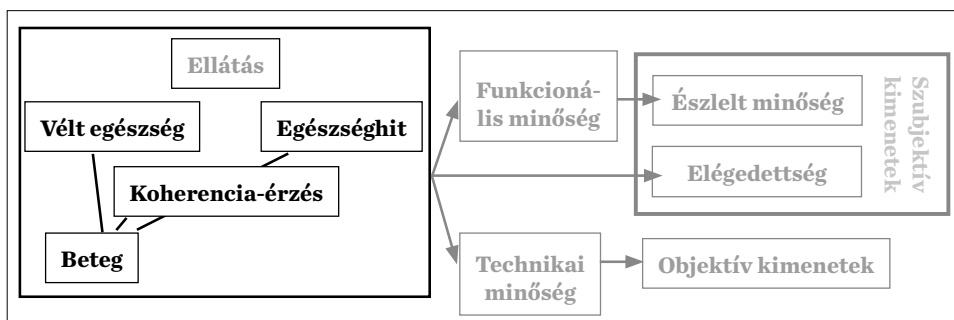
Simon (2010) a vizsgálatok áttekintése alapján többek között az alábbi ajánlásokat, illetve figyelmeztetéseket fogalmazza meg az egészséghit modellt használó kutatások számára:

- a skáafejlesztésénél összhangban kell maradni az egészséghit modell elméleti háttérével;
- a mérési eszköz kialakításakor a vizsgálandó területhez szükséges alkalmazkodni;
- minden egyes részterületre többtétéles skálát szükséges fejleszteni;
- minden új vizsgálatnál meg kell ismételni a mérhetőség és megbízhatóság mérését;
- az észlelt érintettségből és az észlelt súlyosságból következik az észlelt fenyegetettség, mely erősebb előre jelzője az egészségorientált magatartás szándékának, mint a jelenlegi magatartásnak;
- a skáalelemek kialakításánál óvatosságnak 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 összegzése

Írásom 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: Egyénspecifikus tényezők, valamint az ellátás kimenetei



Megjegyzés: sötétebb színnel láthatók a modellbe újonnan bekerült elemek.

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 figyelembevételére. Használatával kapcsolatban célom, hogy alátámasszam: a modell általános formában megfogalmazott változata értelmezhető és felhasználható az egészség- és egészségüggyel kapcsolatos tapasztalatokat és attitűdöket vizsgáló kutatásban, rámutatva más modellekkel (koherencia-érzet, észlelt szolgáltatásminőség) való összekapcsolódási lehetőségekre. További célom, hogy az egyéni jellemzőket mérő változók alapján páciensszegmenseket 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 modellről (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 nemcsak 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 menedzsmenttudományok 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 interperszonális 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 páciensbiztonságot, csökkentve a visszaesések, kórházi felvételek, komolyabb beavatkozások számát (amelyeknek komoly gazdasági hozadéka is vannak). Ezért a folytonosan finanszírozási problémákkal küzdő egészségügyben érdemes részletesen foglalkozni ezzel a folyamattal. Írásom 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 Kockázatkommunikáció

A szolgáltatásfolyamat során fellépő kétoldalú kockázaterzet 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 meglátásait, 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 nem csak 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-ökonómiai 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.

Szerepet játszik mindebben a személyiség is: Chapman és tsai (2008) háziorvosokkal felvett kutatása például megállapította, hogy az az érzésekre nyitottabb orvosok jobban feltárták a páciens betegséggel kapcsolatos tapasztalatait; a kötelességtudóbb vagy szabálykövetőbb orvosok nagyobb mértékben foglalkoztak a páciens pszicho-szociális és életkörülményeinek feltárásával, de kevésbé vonták be a beteget a kezeléssel kapcsolatos megbeszélésekbe. A szorongóbb orvosok szintén kevésbé vonták be a beteget. Lawson és tsai (2010) diabétesszel diagnosztizált pácienseket vizsgálva pedig azt állapították meg, hogy olyan személyiségvonásaik, mint a nyitottság, valamint a barátságosság összefüggtek adaptívabb megküzdési stratégiákkal.

A különbözőségekből következik, hogy az egészségről, betegségről és a kórzatokról 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 Kockázatészlelés és -kommunikáció

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

Az észlelt kockázat megismerése és a hatékony kockázatkommunikáció 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 egészségszereplésére és az egészségnyereségre is. A kockázatkommunikáció 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, igénybe vevők) 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 visszafordíthatók);
- 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 kockázátészlelése folyamatosan alakul az interakcióban, társas és kommunikatív folyamat. A kockázátészlelés 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 betegséget, kezelési formákat.

A kockázatkommunikáció hiányosságaira hívja fel a figyelmet a védőoltásokkal (gondolhatunk a Covid 19-vakcina esetére is), illetve magával a járvánnyal kapcsolatos fogyasztói ellenállás. Hasonló helyzetekben a vakcina tipikusan egy fogyasztói ellenállást kiváltó termék (Törőcsik és Jakopánecz 2010), melynek fő jellemzői közé tartozik, hogy valós igényt elégít ki, érzékelhető előnyöket nyújt, azonban az egyes érdekcsoportok eltérően értékelik őket (a korábbi évek járványhelyzetei, a Covid 19 mellett pl. a H1N1-re is érdemes visszagondolni). További problémát okoz, hogy az orvosok körében is eltérő értékelések vannak, amelyek a fogyasztói bizonytalanságot növelik, ilyenkor fokozottan 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 értékkel kellene válnia már a szakértővé válás folyamatának kezdetén: az orvosképzésben. 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 orvosképzés 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 jövődöntő 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 orvosképző 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, folyamatbéli jellegzetességeket.

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének 2003-as kimutatása szerint hazánkban az orvosi egyetemeken bár oktattak kommunikációt, azonban e képzésnek számos hiányossága volt az ezredforduló környékén: 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 volt, hogy a legtöbb intézményben kommunikációhoz kapcsolódó tárgy csak választható (tehát úgy is el lehet végezni az egyetemet, hogy a hallgató egyáltalán nem tanult kommunikációt), és hogy a posztgraduális képzésekben szintén csekély volt 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 inputelv és a tanár dominancia helyett (Barakonyi 2006). Az ennek elősegítésére létrejött Tuning projekt (az Európai Bizottság kezdeményezése) keretében szakterületenként határozták meg az egymással összehasonlítható kimeneti kompetenciákat: ez az orvosi képzés területén is megtörtént (Cumming és Ross 2008). Ennek szellemében a hazai orvosképző felsőoktatási intézmények (a Debreceni EOEK 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 betegekkel, hozzátartozókkal és kollégákkal is. Bár e dokumentumban csak felsorolásjelleggel ismertetik a kompetenciákat, így nem definiálják azt sem, mi tekinthető „hatékornak”; a kommunikáció fontosságának explicit megfogalmazása úgy vélem, megfelelő kezdő lépés lehet a kommunikációs képzés elismeréséhez.

A globalizáció, az orvosképzés üzleti jellegének erősödése és az infokommunikációs technológiák fejlődése olyan tendenciák, amelyek Kállai és tsai (2018) szerint kedveznek a magatartástudományi tárgyak megerősödésének és a beteg személyiségére, méltóságára irányuló nagyobb figyelemnek az orvosképzésben. Ebbe az oktatásfejlesztési irányba illeszkedik az orvosi pszichológia oktatása, a pszichoszomatikai és egészségpszichológiai témájú kurzusok bevezetésének igénye is. A hallgatók gyakorlati képességet fejlesztő kurzusokra vágnak, így az orvosi pszichológia oktatása során, túllépve az előadás és szeminárium hagyományos metodikáján, a hallgatók változatos módszerekkel ismerkedhetnek meg a filmes esetelemzés, szerepjáték, majd a szimulált, beteggel gyakorolt kommunikációs tréning, videoelemzés a szerzők szerint az orvosi pszichológia tanításának eszköztárába tartozik napjainkban.

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

Természetesen felmerül a kérdés: ha van kommunikációs képzés, ahhoz milyen kimenetek társíthatók? Winefield és Chus-Hansen (2000) szerint az egyik legfontosabb eredmény az empatikus 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 érzelmek okára. Whitcomb (2000) szintén ír a kommunikációs készségek és az orvosi szakmaiság közötti kapcsolatáról, mely olyan egyéni orvosi viselkedésmintákat tartalmaz, amelyek alapvető fontosságúak az orvos-beteg kapcsolathoz. Szerinte fontos megérteni, hogy az orvosi kommunikáció nemcsak 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 orvosképzésen belüli kommunikációs képzésre vonatkozóan:

- 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. Ezeket nevezi a szolgáltatásmarketing a szolgáltató „kontakt” részének, azaz frontvonalnak, amelynek tehát két összetevője van: az igénybe vevőkkel közvetlen kapcsolatban álló szolgáltatásemélyzet, és a frontvonal fizikai elemei. A frontvonal megléte nem egyértelműen jó, hiszen bár előnyös, ha láthatóvá teszi a folyamatokat, így az igénybe vevő tudja, mire számíthat, de láthatóvá teszi azt is, amit jobb lenne nem látni; emellett a helyszínen tartózkodó többi részt vevő is részévé válik a szolgáltatás látható tartományának, amely számos probléma okozója lehet (Veres 2021).

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 beteg-szerepek fogalmát és egymáshoz való viszonyukat, amelyet egyértelműen aszimmetrikusnak tekintett: 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 több, mint fél évszázaddal korábbi szóról 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:

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).

- kapcsolat kialakítása;
- annak kiderítése, hogy a beteg miért jelentkezett;
- az orvos szóbeli és fizikai vizsgálatait;
- 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” gyógyszerterának 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, amelyről fontos beszélni a kommunikáció kapcsán: ilyen például a bizalom, az oktatájdönítés, 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 (Fetchenhauer 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 cserét hatékonyra és gördülékenyre 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 másiktól, amely a jóakarataiba 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 interszónális 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 sérülékenységi 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 interszónális 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 kockázattávallaláshoz vezet (Rousseau és tsai 1998).

A bizalom általam 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 alapköve (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 alapköve. 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 kockázatérzethez vezet.

A bizalom tehát tradicionálisan a hatékony orvos-beteg kapcsolat alapköve, amely nemcsak 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 találkozásokkal, 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; megjelennek az e-páciensek. 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 bízik 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 kérdé-

sekben 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 hatékonyan 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 sült el”, nem úgy sikerül a kezelés, ahogyan várták, akkor a sikertelenség felelősségévé 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.

Az attitűdök „a világ dolgaira adott, elsősorban értékelő jellegű reakciók, amelyeknek affektív (érzelmi), kognitív és viselkedéses korrelátumai, azaz velejáróik 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 modellt, vagy a bio-pszicho-szociális modellt 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 fe-

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.

szültek, 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 véleménynel 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. A két utóbbi jellemezhető betegközpontúként. A paternalista döntéshozatal az orvosközpontú kommunikáció módszere; az orvos meghoz-

za 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.

Az egyes stílusok nagymértékben különböznek egymástól az információáramlás 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	(nagyreszt) egyirányú orvos → beteg	kétirányú orvos ↔ beteg	(nagyreszt) 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 tanács adása, döntéshozatal	információk átadása, preferenciák figyelembevétele, 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/szánnának 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). Shay és tsai (2015) szisztematikus irodalomelemzése a közös döntéshozatal eredményességét tekintve szintén vegyes eredménnyel zárult: a vizsgált tanulmányok 43%-ában találtak szignifikáns és pozitív kapcsolatot a közös döntéshozatal és valamilyen páciens érintő kimenet között; leggyakrabban érzelmi-kognitív kimenetekkel volt kimutatható a kapcsolat. A fentieket figyelembe véve 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 nyilvánvalóan 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 nemcsak 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 mér-

tékben 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 születhet. 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.

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

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 létrehozta, 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).

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, test-súly) 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).

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%A1llat)

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 (Auerbach és tsai 2001, Bhattacharyya és tsai 2011, Little és tsai, 2001; Di Blasi és tsai, 2001, Riedl és Schüßler, 2017), 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. Későbbi, hasonló áttekintésükben Riedl és Schüßler (2017) a vizsgált tanulmányok 60%-ában talált pozitív és szignifikáns kapcsolatot az orvos-beteg kommunikáció és valamilyen betegkimenet között. Összességében azt fontos tudomásul venni, hogy a kommunikáció hatásaira vonatkozó kutatásoknak számos korlátja és hiányossága van, melyek a fenti szerzők szerint az alábbiakban 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.

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.

- 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 (a 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 empatikusan kommunikál az orvos és melynek célja, hogy csökkentse a páciensben kialakuló negatív érzelmeket (pl. szorongás vagy félelem) (Di Blasi és tsai 2001).

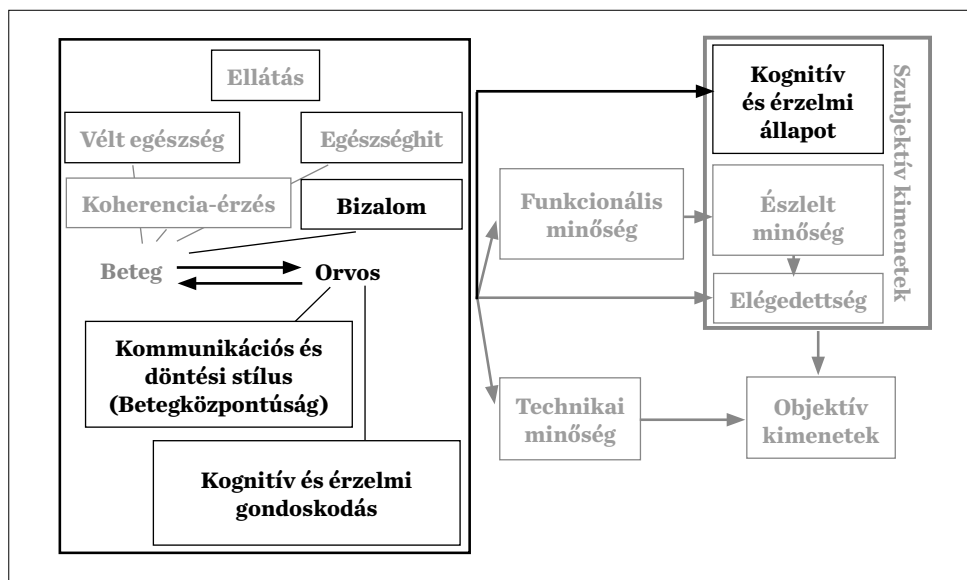
A kognitív és érzelmi gondoskodás felmérésére Wolf és tsai (1978) kifejlesztették az ún. MISS (Medical Interview Satisfaction Scale, azaz orvosi konzultációval való elégedettség) skálát, mely a kognitív és affektív gondoskodással, valamint viselkedéssel elemekkel való elégedettséget méri. Eredményeik alapján az általuk megfogalmazott 26 állításból álló skála belső konzisztenciája megfelelő, ugyanakkor az alsókálák 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 alsókálát tartalmazott (kommunikációs kényelem, stresszcsökkentés, 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 alsókálák 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 összefoglalása

A 9. ábra szemlélteti, hogy az elméleti modellem hogyan egészül ki az orvosi kommunikáció, valamint az orvos-beteg közötti kapcsolat bizalmi elemével, melyeket e fejezetben ismertettem.

9. ÁBRA: Az együttműködés szerepe az orvos-beteg kommunikáció tényezőinek és kimeneteinek modelljében



Megjegyzés: sötétebb színnel láthatók a modellbe újonnan bekerült elemek.

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 illesztek modellembé) keresztül befolyásolják az objektív vagy technikai kimeneteket.

6. Együttműködés

Az együttműködés (compliance vagy adherence) szerepe gyakran szerepel az orvos-beteg kapcsolattal és a gyógyítás sikerességével foglalkozó irodalomban témaként, és írásomban 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 nemcsak 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” (adherencia). Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) szerint az adherencia arra vonatkozik, hogy „az egyén viselkedése – gyógyszerek szedése, diéta tartása, és/vagy életstílus-változások megvalósítása mennyiben követi az egészségügyi szolgáltató azon ajánlásait, amelyekben meggyeztek egymással” (Sabaté 2003, 3. o.). Az adherencia 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 adherencia és a „concordance” megvalósulásához a páciens bevonása szükséges a döntési folyamatba, azaz SDM lehet szükséges.

Ugyanakkor míg egyetértek 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.

Amikor együttműködésről beszélünk, akkor fontos megemlíteni az ún. co-creation, azaz közös értékteremtés megközelítést is, amely a szolgáltatást nyújtó és az igénybe vevő közös tevékenységeinek olyan összessége, amely hozzájárul az egyik vagy mindkét fél számára létrejövő értékhez (Zhang és tsai 2015). A beteg és az ellátó közös értékteremtésének vizsgálatakor fontos megjegyezni, hogy ez a folyamat az egészségügyben meglehetősen komplex és nem feltétlenül lineáris. Fontos mindazonáltal annak megértése, hogy a közvetlen mikroszintű szolgáltatási interakciók hogyan hatnak az értékalakításra, mert ezzel betekintést kaphatunk olyan stratégiákba, amelyek elősegítik az elkötelezettséget és az együttműködést az egészségügyben – észben tartva, hogy a betegek és más résztvevők által észlelt előnyök között nem biztos, hogy közvetlen összhang lesz (Hardyman és tsai 2014) – erről a funkcionális minőség kapcsán már szó volt. A szolgáltatás-domináns logika (SDL – service-dominant logic) szerint a szolgáltatást nyújtók és a fogyasztók szerepei nem különülnek el, ami azt jelenti, hogy az érték mindig együttműködésben és kölcsönösen jön létre a köztük megvalósuló interakciókban. A szervezetek nem tudnak értéket létrehozni és szolgáltatni; csak értéket „javasolhatnak” és szolgáltatást nyújthatnak annak megvalósításához; az értéket a szolgáltatás igénybe vevője (esetünkben a páciens) fenomenológiai és kontextusfüggő módon származtatja (Polese és tsai 2016).

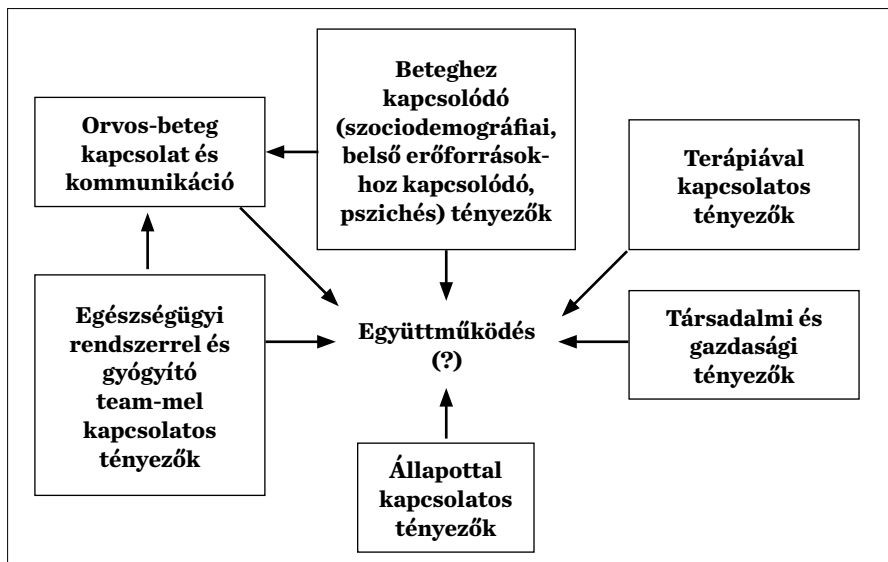
Az orvos-páciens együttműködés többdimenziós jelenség, amelyet a döntési stílus mellett számos tényező befolyásol. A társadalmi és gazdasági tényezők (úgy, mint a szegénység mértéke, iskolázottság mértéke, a munkanélküliség, a gyógyszer árak, a kultúra) nem minden kutatásban bizonyultak szignifikáns 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 té-

nyezőkkel 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) úgy találták, hogy 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. Świątoniowska-Lonc és tsai (2021) frissebb irodalomelemzése 36 forrás elemzése után ugyanakkor azt támasztja alá (igaz, e kutatók kifejezetten a 2-es típusú diabetesz tekintetében vizsgálták a kérdést), hogy az önhatékony, a szociális és családi támogatás, valamint a betegség elfogadása jótékony hatással van a gyógyszereszedéssel kapcsolatos adherenciára, és összefoglalva eredményeiket megállapítják, hogy a jelenlegi bizonyítékok arra utalnak, hogy a pszichoszociális tényezők és az adherencia közötti kapcsolat megbízható tudományos alátámasztással rendelkezik. Kardas és tsai (2013) 51 forrás elemzésének alapján jutott hasonló eredményre, többféle állapot és betegség kapcsán vizsgált együttműködéssel kapcsolatos kutatásokat áttekintve, azt is megállapítva, hogy az egyes betegek együttműködésének előrejelzése meglehetősen nehézkes, a nem kielégítő együttműködésre pedig megfelelő mérések és sokszínű beavatkozások (technikai, viselkedést célzó, edukációs jellegű, vagy komplex műveletek) szükségesek. A fentiek alapján a 10. ábrán láthatók azon tényezők, amelyek véleményem szerint befolyásolhatják a páciens konkrét esetben tanúsított együttműködését.

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 gyógyszereszemek megszámlálása – e módsze-

rek közül egyik sem tökéletesen megbízható. Emellett pedig valószínűleg egészen különböző viselkedéseket mérnek.

10. ÁBRA: Az együttműködés dimenziói



Forrás: Saját szerkesztés Molnár és Csabai (1994), Kardas és tsai (2013), Sabaté (2003) és Świątoniowska-Lonc és tsai (2021) alapján

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 hatását, 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 Oppenheimer 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 „lehetőségköltsége” 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).

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 gyógyszereszedés 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 gyógyszereszedésen 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 $0,2 \times 360 \times 600\,000$ 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.

Az együttműködés elősegítése javíthatja a beteg biztonságot a visszaesések számának csökkenése, függőség kialakulásának vagy a túladagolás 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, hogy 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 fogylétéről 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 tálalása 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 mérték-

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

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

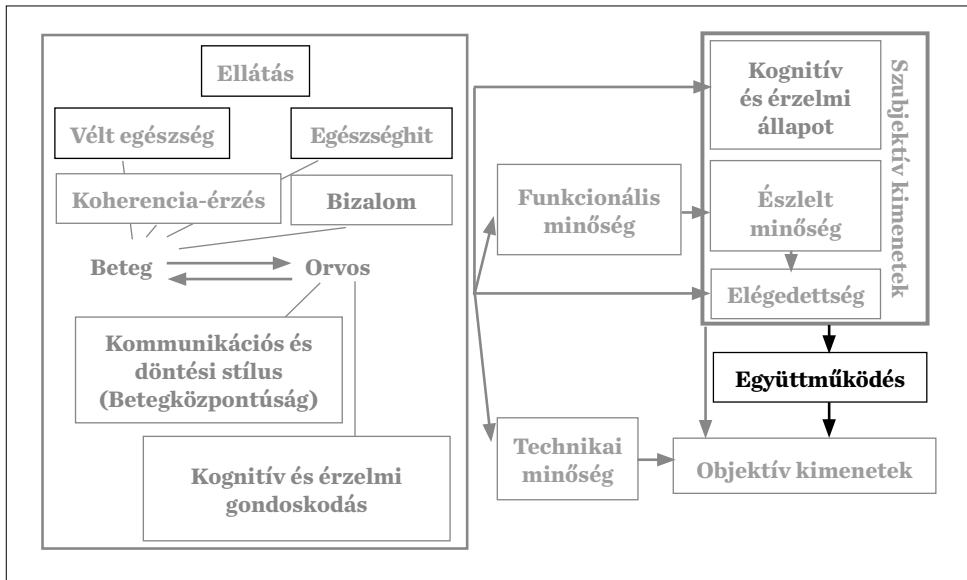
ben tartják be az orvos által előírtakat (nyilván a pontos betartás is rendelkezhet mellékhatásokkal, valamint a nem-betartásnak is vannak következményei). Egy ebben a témában készült tanulmány szerint a mellékhatások valós, százalékosan kifejezett esélyeiről tájékoztatni a páciens kevesebb félelmet, 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 magabiztosságuk különböző helyzetekben különböző értékeket tulajdonítanak. Észreveszik, ha az orvos megpróbálja 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 (11. ábra).

11. ÁBRA: Az együttműködés szerepe az orvos-beteg kommunikáció tényezőinek és kimeneteinek modelljében



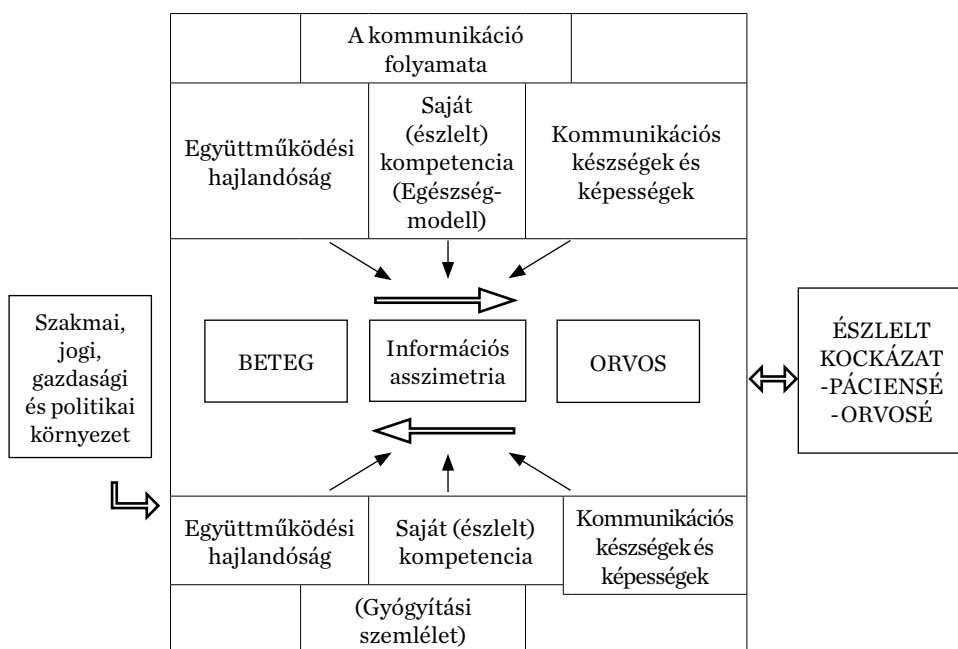
Megjegyzés: sötétebb színnel láthatók a modellbe újonnan bekerült elemek.

Forrás: saját szerkesztés

7. Előzetes kutatási eredmények

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásánál végbemenő kockázatkommunikáció és a folyamathoz kapcsolódó észlelt kompetenciák kutatása témája volt a Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar egy kutatócsoportjának a 2007-2012 közötti időszakban. E csoportba kapcsolódva vázoltam fel a 12. ábrán látható kutatási modellt, mely alapul szolgált az akkor végzett empirikus kutatásnak.

12. ÁBRA: Korai kutatási modell



Forrás: Saját szerkesztés

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 kerdőíves kutatásom kialakításának szempontjaira – bemutatásuk részletessége is e szemponthoz igazodik.

7.1 Kvalitatív kutatási eredmények

A kutatás kezdeti fázisában a szolgáltatói oldallal a fókuszban kutatócsoportunk három fókuszcsoporth-interjút készített melyeket három mélyinterjúval egészítettem ki.

7.1.1 Az interjúk módszertana

A fókuszcsoporth-interjúk (egyenként öt fős) vegyes szakterületű orvosokkal készültek. A mélyinterjúkat egy háziorvossal, egy házi gyermekorvossal, valamint egy fogorvossal készítettem.

Mind a fókuszcsoporth-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 kockázattérzet 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.

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 hallomásokból tájékozódhat, és az orvos határozottságát tudja felmérni. Ezzel meg is lehet tévesztetni 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 betegmanipulálás 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 lehet séges 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 empátikus 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 elismer-

ték, 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 kommunikáció, 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,
- személyiségbéli akadályok,
- egyéni érdekeltségek,
- tudás és kommunikációs készségek és képességek hiánya – mind a betegek, mind az orvosok részéről.

Az eredmények 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 fókuszcsoport- és mélyinterjúk mellett a kutatás kezdeti fázisában egy másik, részben kvalitatív módszertant is alkalmaztunk a konzultációk sajátosságainak vizsgálatára: a naplómódszert, melyek rögzítése egy gyermekorvos közreműködésével történt. A naplóírás olyan kvalitatív kutatási módszer, mely bár kevésbé

gyakori, mint más módszerek, de a társadalomtudományi kutatások számos területén, és egyre gyakrabban használják. A naplóknak 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 jutalmazták, és meghatározott témáról és személyekről szólnak.

A naplóírás olyan tevékenység tehát, mely a visszaemlékezésből eredő torzításokat csökkenti azzal, hogy írója rendszeresen leírja tapasztalatait és megfigyeléseit, 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 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;
- betegvezérelt 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 ilyen módon való rögzítése.

7.2.2 A 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 (orvos és páciens) részére, melyeket közvetlenül a konzultáció után tölthettek ki. Ily módon azt szerettük volna elérni,

hogymindkét 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 kutatás résztvevői rögzíthetik tapasztalataikat és érzéseiket.

A formátum kialakításánál mind a kutatás témáját, mind az általános napló-szerkesztési 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 figyelembevétele, 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 rész kutatás 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 rész kutatás megállapításaival.

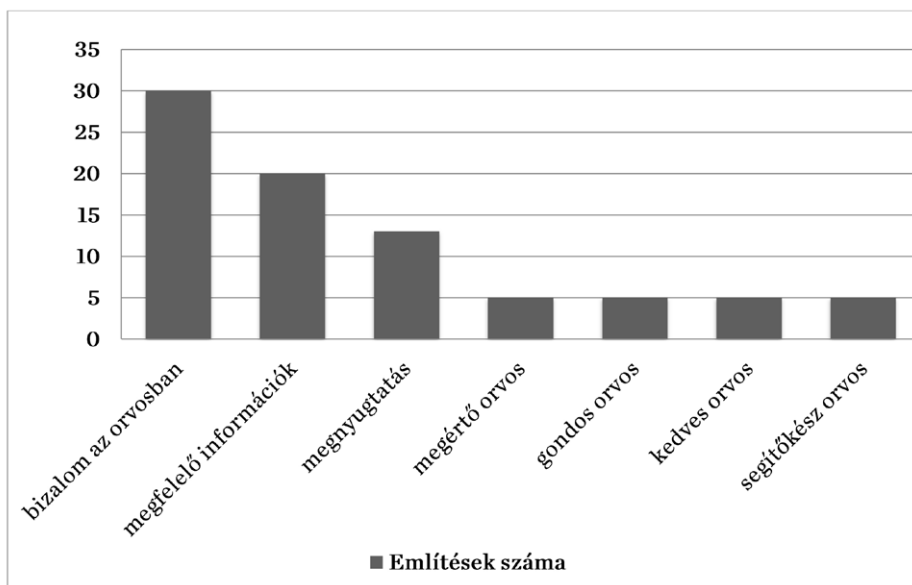
Részletesebben megvizsgálva azt a kérdést, amely a betegnaplókban az orvos által elkövetett hibákra vonatkozik, megállapítható, hogy a válaszadók (N=70) összesen 14%-a jelzett illet, és valamennyien az orvos „gondoskodását” tartották problematikusnak: 4% szerint az orvosnak nagyobb empátiát kellett volna tanúsítania – ez az érzelmi gondoskodást érintő probléma, 10% szerint több információt kellett volna adnia – ez pedig az észlelt kognitív gondoskodás hiányossága.

Ezek az eredmények jelzik 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 kommunikációbélieket 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). Érdekesség, 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 13. 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.

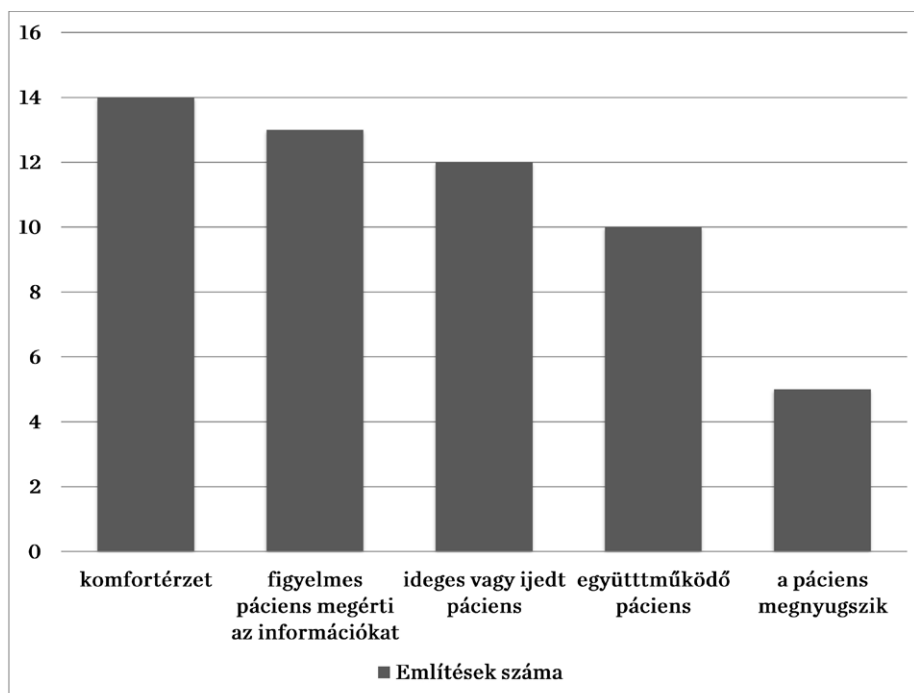
13. ÁBRA: A páciensek (szülők) leggyakrabban említett érzései és gondolatai a konzultáció közben



Forrás: Saját szerkesztés

Az orvosok leírásaiból (N=56) szintén a saját kognitív és érzelmi gondoskodásra adott páciensi reakciók állnak a középpontban (14. ábra).

14. 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 hiányosságaiiban.

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, melynek 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 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. A válaszadók 52%-a férfi, 48%-a nő; nagy részük fiatal (44%-uk 18-24 év közötti, 18%-uk 25-35 év közötti), a 36-49 év közöttiek, vala-

mint az 50 év felettiek pedig a minta 19-19%-át teszik ki. Legnagyobbbrészt (43%) Budapesten vagy megyeszékhelyen élnek; 35%-uk egyéb városban, 22%-uk pedig faluban, községben. Ami a legmagasabb végzettségüket illeti, 25%-uk rendelkezik egyetemi vagy főiskolai diplomával, 31%-uk jelenleg is a felsőoktatásban tanul, 29%-uk végzett középiskolát, 14%-uk pedig szakmunkásképzőt vagy általános iskolát. Felülreprezentáltak tehát a mintában a fiatal, felsőoktatásban tanuló hallgatók a magyar lakossághoz képest.

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 körületekintően 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 emberközpontság voltak. Ezen eredmény megfelel az orvosok véleményét feltáró kvalitatív rész kutatások 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 feléjük 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 bízza, 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

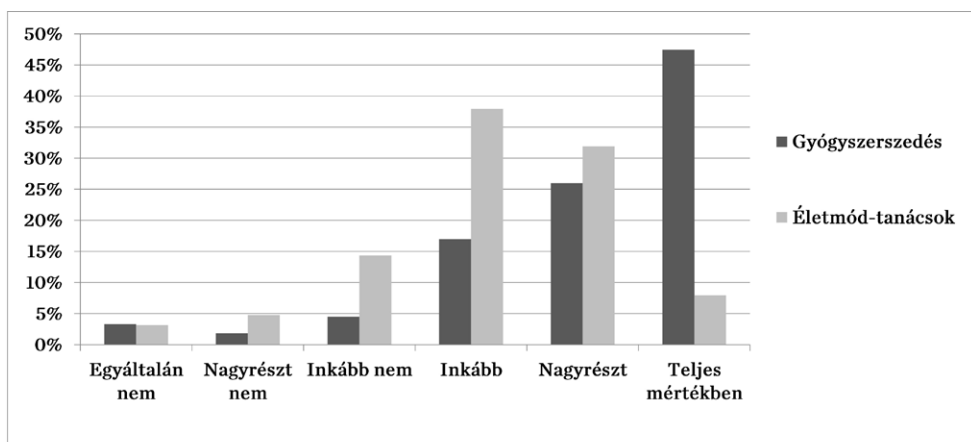
pontosan betartani, amit az elrendel. Fontos megemlíteni, hogy a kérdőíveket kitöltők ugyanezen tényezőket tartották emellett a gyógyítás-gyógyulás folyamatát leginkább veszélyeztető tényezőeknek, a szűrővizsgálatok elkerülése mellett.

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 (24%), illetve a közös döntés (13%) leírásaival; a válaszadók tizede nem válaszolt erre a kérdésre.

A kérdőívek eredményei relatíve magas, illetve az irodalmi adatoknak megfelelő arányú együttműködési hajlandóságot jeleznek. Ahogyan a 15. ábra is mutatja, a válaszadók túlnyomó többsége inkább, nagyrészt, vagy teljes mértékben követi az orvosa gyógyszeresedésre vonatkozó utasításait. Az életstílustanácsok 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.

15. ÁBRA: Gyógyszeresedésre, illetve életmódra vonatkozó orvosi utasítások követése a korai felmérés mintájában



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 orvosnál 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 háttere

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 végeztek 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, kérdező stílus, információátadás módja, beteg lehetősége a kérdésésre, 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 a 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 hatalomelosztás 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 tényezők

az együttműködésnek, megjelennek az elrendezésben, amelyet, véleményem szerint, akár a kommunikációs készségeknél is könnyebben lehetne fejleszteni.

Az öltözők 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 említették 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 megnyugtására 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, elismélték 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 megfogalmazhatók 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 nemcsak az orvosok, hanem a páciensek is elfogadják, jónak tartják a paternalista kommunikációt, és többségük az orvosra bízta a döntést, elfogadva a köztük lévő tudásbéli 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 számok. 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.

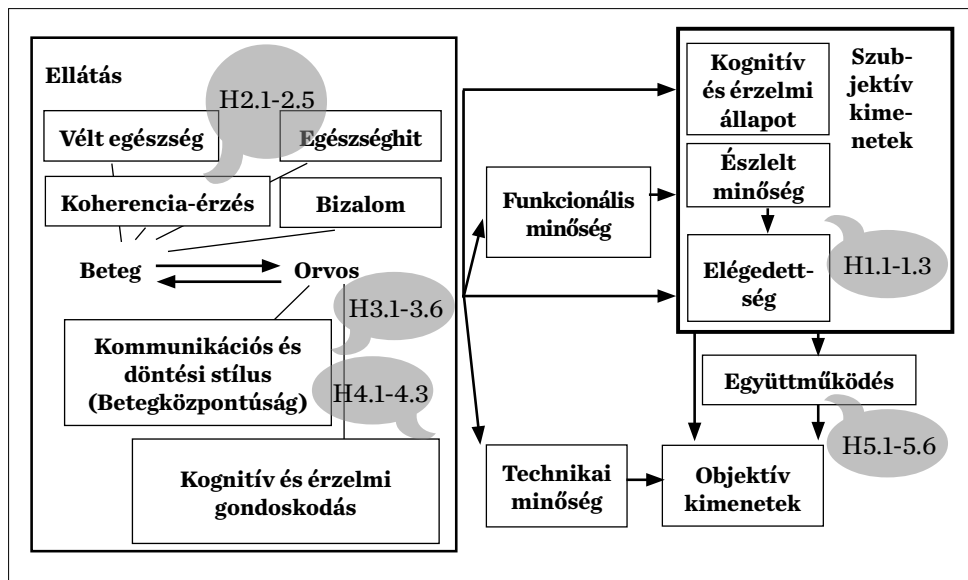
8. Elméleti modell, hipotézisek és kérdőíves kutatási módszertan

Kutatásomban 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 kutatásokat folytattam. Az alap adatfelvétel 2013-ban történt, ennek eredményei képezték doktori disszertációm empirikus eredményeinek törzsét, és téziseim megfogalmazásának alapját. Ezután 2024-ben, az eszköz minimális kiegészítésével a telemedicina tekintetében (minden eredeti skálát pedig megtartva) újabb adatfelvételre került sor, az eredmények frissítésének, a Covid 19-járvány utáni helyzetkép bemutatásának céljával. Ebben a fejezetben az elméleti modellt és a hozzá kapcsolódó hipotéziseket mutatom be; a következő (9.) fejezetben a 2013-as adatfelvétel eredményeit részletesen, azután (a 10. fejezetben) pedig a 2024-es adatfelvétel eredményeit, ahogyan azok kiegészítik a korábbiakat.

8.1 Kutatási modell és hipotézisek

Szekunder és korai 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 16. ábra tehát az egészségügyi szolgáltatás általam vizsgált két szereplőjére vetítve ábrázolja teljes elméleti kutatási modellem, valamint az ábrázolt konstruktumokhoz kapcsolódó hipotéziscsoportokat.

16. ÁBRA: Az orvos-beteg interakció tényezőinek és kimeneteinek elméleti modellje



Megjegyzés: szövegbuborékkal jelölöm az egyes konstruktumokhoz kapcsolódó hipotézis-csoportokat.

Forrás: saját szerkesztés

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 hármasságának 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.)

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 kapcsolat-ról 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 dönt-hessen 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 modell az orvos-beteg interakció egyes változóit és kimeneteit vizsgálja tehát – nem tud ugyanakkor figyelembe venni minden egyes olyan konstruktumot, amely szerepet játszik benne. Emellett zárt folyamatként modellezi az interakciót, azaz nem szerepelnek benne a kontextus tényezői, például családi vonatkozások, vagy a médiából áramló információk hatásai. Tudomásul véve számtalan

kontextusbéli tényező szerepét, azokat a kutatás kapacitásainak korlátai miatt jelen vizsgáltkiből kizártam.

Az elméleti modell alapján céloim 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 prevenciós, 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 nemcsak 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 a 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 támaszkodom az azokat felhasználó kutatásokban publikált eszközökre, mindkettő mérésére saját skálát alakítottam ki, ezért fontos kérdés, hogy az egészséget és egészségügyet vizsgáló kutatásomban ezek alkalmazhatók, értelmezhetőek-e. Módszertani hipotéziseim e kérdésekre vonatkoznak.

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

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.

A 3. fejezetben megállapítottam, hogy értelmezhető az egészségügyi ellátás funkcionális minősége, mely arra utal, hogy a páciensek hogyan észlelik az ellátás nyújtásának folyamatát. Ennek mérésére a háziorvosi ellátásra adaptált SERVQUAL skálát alakítottam ki, első hipotéziscsoportom erre vonatkozik.

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

H1.2. A válaszadók által tapasztalt háziorvosi 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 páciensszegmensek különíthetők el, és e szegmensek tagjainak eltérő preferenciái és szemlélete van az orvos-beteg kapcsolattal és a háziorvosi 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 háziorvos stílusával kapcsolatos elvárás között.

H2.5. Kapcsolat van az így kialakított klaszterekben való tagság és az orvosba vetett bizalom 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 tekintettem, 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 együttműködőek.

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. 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 (*1. melléklet*).

8.2.1 Észlelt minőség mérésének módszertana

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

Bár a kérdőíveket nem egy adott egészségügyi szolgáltatóval való találkozás után töltötték ki a résztvevők, úgy véltem, a háziiorvosi ellátás értékelésére többségük képes lesz, hiszen háziiorvosa, 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 korábban 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, feltáró jellegű kutatásom miatt 2013-ban a SERVQUAL megközelítést, azaz az egyes dimenziók fontosságának mérését is annak nagyobb információtartalma miatt választottam – figyelembe véve, hogy a kitöltőktől ez többlet idő- és energiaráfordítást 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 háziiorvosra, 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 törté-

nő interakció is²⁶. A dupla állítássor 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, reakálási 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 7. 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 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 háziiorvoshoz), majd egyéb témájú kérdések után az elvárási skála. A SERVQUAL állítások mellett a korábbi kutatások tanulságai alapján egy változóval az átfogó elégedettséget is mértem (az észlelési skála után közvetlenül).

²⁶ Hiszen pl. rendszeres gyógyszerfelírásnál, vagy injekció beadásánál a páciens gyakran nem is találkozik magával a háziiorvossal, csak az asszisztenssel.

7. 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 megbeszélt időpont esetén nem kell várakozni
	elfogadható várakozási idő
Reagálási készség	segítőképz orvos
	segítőképz 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
	egyévre szabott bánásmód
	megfelelő rendelési idő
	orvos által páciensre fordított idő
	megfelelő alapossgú vizsgálat
	tájékoztatás a kezelés céljáról
	tájékoztatás a kezelés természetéről
	páciens érdekei

Forrás: Saját szerkesztés

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 drogprevenciós 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 összefüggők, 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 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: gyógyszeresedés, 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 kérdőív.

A kérdőív 2024-es változatában a fentiekhez képest plusz kérdésként szerepelt, hogy a válaszadók háziorvosukkal való konzultációi milyen arányban történnek személyesen, illetve telefonon vagy online, és hogy mennyire elégedettek ezzel az aránnyal. Emellett egy általános tapasztalatokra vonatkozó nyílt kérdéssel is kiegészítettem a megkérdezést.

A megkérdezések online terjesztett kérdőívvel, önbevallásos módon kerültek felvételre, tudomásul véve, hogy ez a mód torzíthatja az eredményeket, hiszen a válaszadás nem kontrollálható; emellett a diszkrét, nem folytonos Likert-skálák használata is járhat önmagában torzító hatással.

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/sajtoszemle/antibiotikum-aranyszabalyok-kutato-szemmel-126013/>).

9. A 2013-as kérdőíves megkérdezés eredményei

Kérdőíves megkérdezésem 2013-as adatfelvételének eredményeit a 7.2 *alfejezetben* ismertetett hipotéziscsoportok sorrendjének megfelelően fogom bemutatni. Az elemzést az SPSS statisztikai program 20.0 verziójával végeztem.

9.1 A minta jellemzői

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. 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 segítségével terjesztett online kérdőívet.

A mintát a statisztikai elemzés során súlyozással illesztettem az alapsokaság korra és nemre vonatkozó jellemzőihez²⁸, melynek során az egyes korcsoportokhoz tartozó nemi arányokat vettem figyelembe, így ezen ismervek 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 mintának súlyozás után 53,3%-a nő, 46,7%-a férfi. A 18-29 év közöttiek a válaszadók 19,2%-át teszik ki, a 30-44 év közöttiek a minta 28,2%-át, a 45-59 év közöttiek 24,6%-át, a 60 év felettiek pedig 27,9%-át.

A minta nem tekinthető reprezentatívnak iskolázottság és lakóhely szempontjából. A főiskolai és egyetemi végzettséggel rendelkezők a teljes lakossághoz képest felülreprezentáltak (52,6%); középfokú a legmagasabb végzettsége 38,3%-uknak, 8 általános 8,1%-uknak, kevesebb, mint 8 általános pedig 0,9%-uknak. A kitöltők 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%), háztartásbéliek vagy egyéb státuszúak (3,3%).

²⁸ Az alapsokaság adatait a KSH interaktív korfájának alapján határoztam meg 2011-es adatokra vonatkoztatva. (http://www.ksh.hu/interaktiv_korfa)

Az alapsokasághoz képest mintában 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 2012).

Mivel a kérdőív számos kérdése a háziorvosi ellátásra, illetve magára a háziorvosra vonatkozott, fontos, hogy a válaszadók milyen gyakorisággal találkoznak vele; 58,4%-uk nyilatkozott úgy, hogy legalább fél évente találkozik háziorvosával (21% havonta, vagy még gyakrabban), ennél ritkábban a válaszadók 35,3%-a. Azok, akik saját bevallásuk szerint soha nem járnak háziorvoshoz (5,2%), vagy nem válaszolták meg ezt a kérdést (1,1%), 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.

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 jelentősen magasabb azok aránya, akik legalább 2-3 havonta találkoznak háziorvosukkal, mint azok körében, akiknek nincs krónikus betegsége.

9.2 A háziorvosi ellátás észlelt minősége és az elégedettség

A SERVQUAL modell validálását és a dimenzionalitás vizsgálatát faktorelemzéssel végeztem mind az észlelési, mind az elvárási, mind a gap (azaz a kettő közötti különbség, minden válaszadónál, állításonként kiszámítva) skálára vonatkoztatva [használt metódust 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 elvárási, mind az észlelési, mind a különbségek skálájánál) megfelel a faktorképzés kritériumainak, az elemzés során valamennyi állítást megtartottam. Az elemzést mind magasabb, mind alacsonyabb komponensszámmal lefuttattam, azonban a most bemutatott eredmény statisztikai értékei és értelmezhetősége bizonyult ideálisnak.

Az elvárási 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 hasonlóan 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 komponenszt. 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 (8. táblázat).

8. TÁBLÁZAT: Az elemzés által felállítható SERVQUAL elvárási skála dimenziók

Dimenzió	Tartalom	Cronbach-alfa
Empátia + Reagálási készség + Biztonságérzet	segítőképz orvos	0,952
	figyelmes orvos	
	orvos problémamegoldása	
	lehet kérdéseket feltenni	
	bizalomkeltő orvos	
	professzionális orvos	
	orvos által páciensre fordított idő	
	megfelelő alaposágú 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	segítőképz 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 reakálás	
	előre megbeszélt időpont esetén nem kell várakozni	
	elfogadható várakozási idő	
Személyre szabottság	megkülönböztetett figyelem	0,835
	egyénre szabott bánásmód	
	megfelelő rendelési idő	

Az észlelési, valamint gap skálák faktorelemzésénél (5 komponens esetében) kapott KMO-k értéke és a magyarázott varianciahányad 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 elvárasi skálánál kapott dimenzióktól (9. 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 elvárasi 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 e dimenzióban, melyek az orvos kognitív és érzelmi gondoskodásával függnek össze.

9. 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	
	kedves és udvarias személyzet	
	bizalomkeltő személyzet	
Személyzet	professzionális személyzet	0,925
	segítőkész személyzet	

Dimenzió	Tartalom	Cronbach-alfa
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

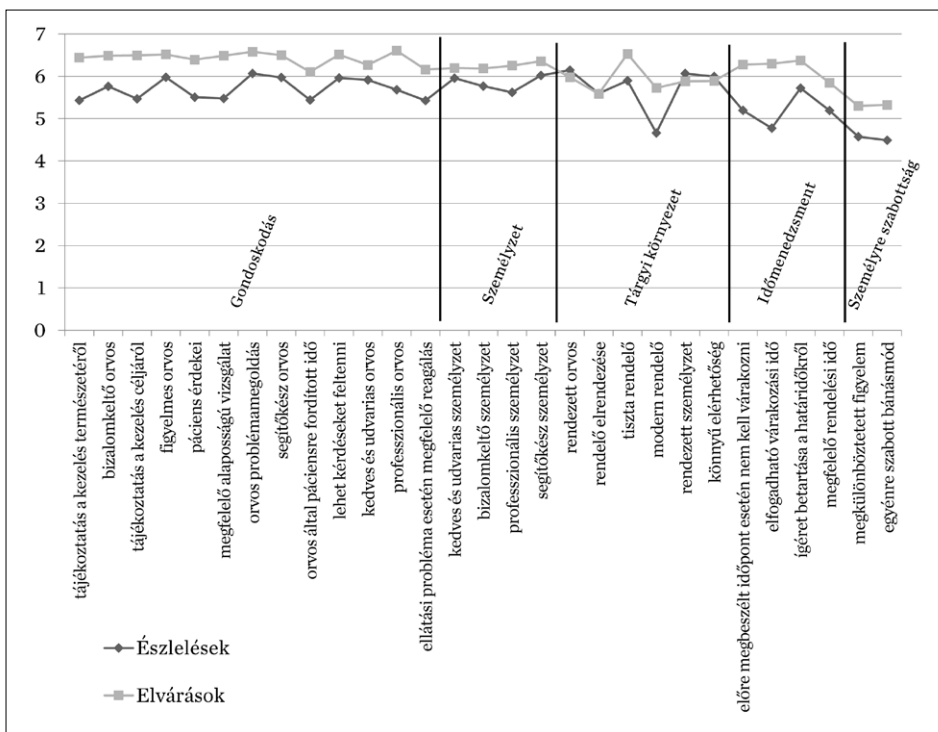
Valamennyi dimenzió megbízhatósága megfelelő, az egyes komponensekből képzett változók közötti korrelációvizsgálat nem mutatott korrelációt, így elmondható, hogy a kapott dimenziók valóban függetlenek egymástól, azaz egymástól eltérő tartalmú konstruktumokat vizsgálnak.

Az eredmények azt mutatják tehát, hogy értelmezhető és adaptálható a SERVQUAL modell a háziorvosi ellátás tekintetében. Az eredmények eltérnek Babakus és Mangold (1992) eredményeitől a 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 17. 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).

17. ÁBRA: Észlelések és elvárások közötti átlagos gapek az egyes állítások esetén



Forrás: Saját szerkesztés

Az egyes komponensekhez tartozó értékelések jobb szemléltetésére valamennyi-nél kiszámítottam a hozzá tartozó állításokra adott pontszámok átlagát (10. táblázat).

10. 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

Ahogyan 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. Árnyalja ugyanakkor ezt az eredményt az észlelési dimenziók által az elégedettség magyarázott varianciahányadának vizsgálata: az erre vonatkozó eredményeim alapján az észlelésiskála-dimenziók az elégedettség varianciájának 83,5%-át magyarázzák (Nagelkerke mutató). 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 korrelációsszámítást 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) (11. 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. Ahogyan az a 11. táblázatban is látható, az észlelési skála egyes dimenzióhoz 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.

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.

11. 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

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.

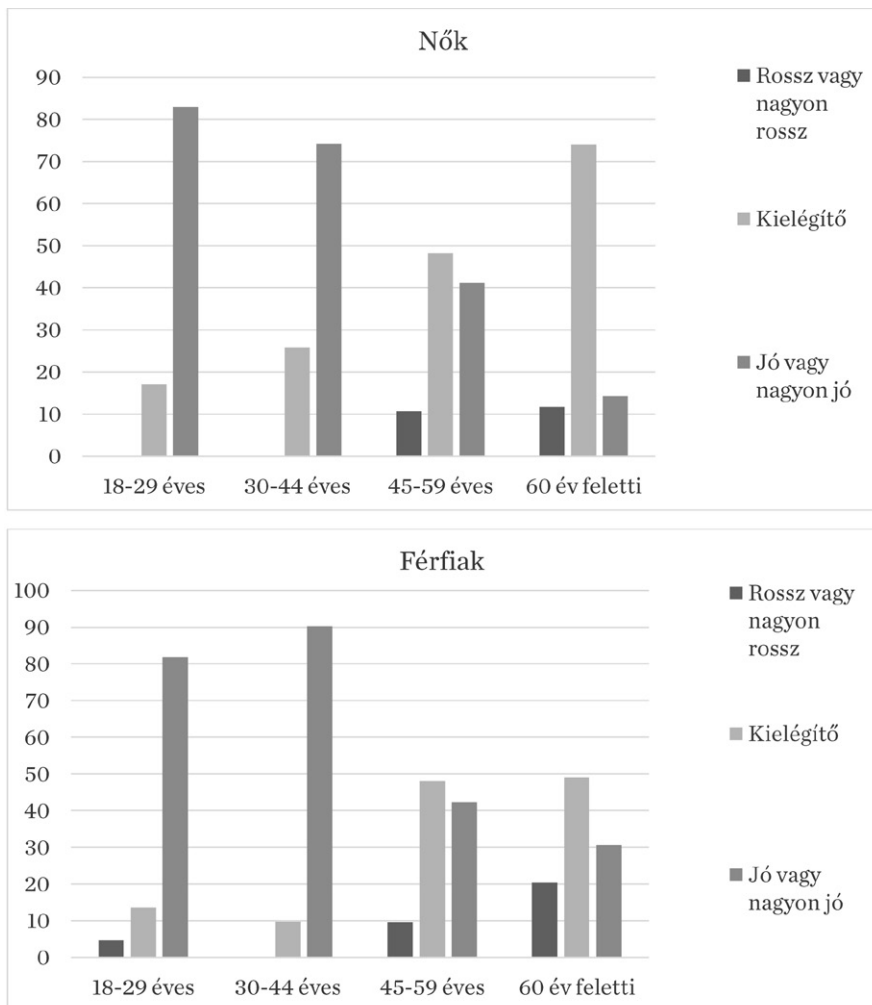
9.3 Egyéni háttértényezők és páciensszegmensek

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.

9.3.1 Véltség

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 28. ábra szemlélteti a véltség megítéléseinek életkori csoport és nem szerinti eloszlásait.

18. ÁBRA: A véltség kor és nem szerinti százalékos arányai 2013-ban



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.

9.3.2 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). A kapott komponensek teljes mértékben értelmezhetők, és hasonlítanak 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 varianciahányad 63%-ra emelhető [KMO érték: 0,832, 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.

9.3.3 Egészséghit

Az egészséghit modell validálását a faktorelemzés módszerével végeztem: így vizsgáltam meg, hogy az általam összeállított állítássor alapján fellelhető-e az egész-

ségíthet 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. 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 varianciahányad-kritériumnak (Sajtos és Mitev 2007). A kapott faktorstruktúrát, az egyes dimenzióba tartozó állításokat, valamint azok megbízhatóságát mutatja be a 12. táblázat.

12. TÁBLÁZAT: Az elemzés alapján felállított egészségíthet dimenziók, azok megbízhatósága és tartalmuk

Egészségíthet 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 gyógyszer-szedésre 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

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 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-keresztértvényesség 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 13. táblázat mutatja be²⁹.

13. 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.

²⁹ Az értékek ilyen formában történő ismertetése általánosnak tekinthető a HBM témájú publikációkban, lásd pl. Buglar és tsai (2010), Kartal és Özsoy (2007).

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 (14. 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.

14. 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, 15. 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 korlátaikat. 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.

15. 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 (16. táblázat).

16. TÁBLÁZAT: Pszichológiai háttértényezők és orvoshoz járási szokások közötti korrelációk

			Háziorvoshoz járási gyakoriséga	Szakrend- lésre járás gyakoriséga	Magán- rendelésre járási
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 háziorvoshoz járás gyakorisága, illetve a szakrendelésre járás gyakorisága között, valamint a saját teljesítmény és a háziorvoshoz 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 háziorvoshoz 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.

9.3.4 Páciensszegmensek az egyéni háttértényezők alapján

Ahogy azt 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 páciensszegmensek 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)³⁰. 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.

³⁰ Ezt a hierarchikus klaszterelemzés legközelebbi szomszédok módszere által a kapott dendrogram alapján végeztem el, négy esetet zártam ki a mintából.

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 faktorstruktúrát. A végső klaszterközéppontokat a 17. táblázat tartalmazza.

17. TÁBLÁZAT: A k-középpontú eljárással kialakított végső klaszterközéppontok

	Klaszter		
	1. „Próbálkozók”	2. „Tudatos e lőrelátók”	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

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

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 alkalmaztam³¹. 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.

³¹ E módszer esetében nem a varianciaanalízis során alkalmazott Bonferroni-módszert jelöli, hanem annak keresztátlás elemzés során használt változatát. Az általam alkalmazott Bonferroni-korrektúrával 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.

Az ideálisnak tekintett háziiorvosi 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 próbálkozók 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 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.

9.4 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 háziorvosuk domináns stílusát leginkább jellemző leírást kellett kiválasztani. A válaszadók nagy többsége (74,1%) szerint orvosa paternalista stílusú, míg a másik két stílust összesen a háziorvosok mintegy negyede képviseli csak; a közös döntést 13,8%-uk, az informatív stílust 12,1%-uk.

Az ideális stílusról elmondható, hogy a válaszadók (N=448) legnagyobb arányban a paternalistát választották (41,5%), nem sokkal maradt el azonban tőle a közös döntés (39,4%); az informatív stílusra pedig mintegy egyötödük (19,1%) vágyik.

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.

Az észlelt stílus mellett fontos az is, hogy ez megfelel-e a preferenciáknak. Bár a stílusokat mérő változók alapvetően nominális változóknak számítanak, azonban azok kódolása miatt ezen összehasonlításnál tekinthetők ordinálisnak³², így elvégezhető a Wilcoxon próba, mely alapján megállapítható, hogy valóban szignifikáns eltérés van az észlelt és az ideálisnak tekintett stílusok megítélésében. A 18. 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.

18. 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 vizsgáltam³³ Bonferroni-próbával (19. táblázat).

³² Mind az észlelt, mind az ideális stílusnál 1-essel kódoltam az informatív, 2-essel a paternalista stílust, míg 3-ssal a közös döntést.

³³ 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.

19. TÁBLÁZAT: Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség a különböző orvosi stílust tapasztalók között

		Infor- matív	Pater- nalista	Közös döntés	Össz.
Gondoskodást kiválóra értékelők	Elemzés	29 _{a,b}	145 _b	40 _a	214
	Arány az orvosi stíluson belül	61,7%	48,5%	72,7%	53,4%
Személyzetet kiválóra értékelők	Elemzés	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	Elemzés	26 _a	152 _a	32 _a	210
	Arány az orvosi stíluson belül	51,0%	50,7%	55,2%	51,3%
Időmenedzsmentet kiválóra értékelők	Elemzés	27 _{a,b}	119 _b	33 _a	179
	Arány az orvosi stíluson belül	54,0%	39,0%	57,9%	43,4%
Személyre szabottsá- got kiválóra értékelők	Elemzés	27 _a	85 _b	25 _a	137
	Arány az orvosi stíluson belül	55,1%	27,7%	43,9%	33,2%
Teljes mértékben elégedettek	Elemzés	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

Ahogy a fenti táblázatban látható, az észlelt minőség négy dimenziójában (gondoskodás, személyzet, időmenedzsment és személyre szabottság) a paternalista stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban észlelik kiválónak (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 megállapítottam, hogy a paternalista stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban elégedettek teljes mértékben az ellátással, mint a másik két stílusú orvos páciensei.

Az orvosi stílus elvárásoknak történő megfelelést az észlelt minőséggel, valamint az elégedettséggel a fentivel megegyező statisztikai módszerrel vizsgáltam³⁴ (20. táblázat).

³⁴ 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.

20. 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	Elemzés	142 _a	72 _b	214
	Arány az orvosi stíluson belül	66,7%	38,5%	53,5%
Személyzetet kiválóra értékelők	Elemzés	150 _a	95 _b	245
	Arány az orvosi stíluson belül	68,8%	49,2%	59,6%
Tárgyi környezetet kiválóra értékelők	Elemzés	132 _a	77 _b	209
	Arány az orvosi stíluson belül	60,8%	40,3%	51,2%
Időmenedzsmentet kiválóra értékelők	Elemzés	116 _a	63 _b	179
	Arány az orvosi stíluson belül	52,7%	32,8%	43,4%
Személyre szabottságot kiválóra értékelők	Elemzés	86 _a	51 _b	137
	Arány az orvosi stíluson belül	39,1%	26,3%	33,1%
Teljes mértékben elégedettek	Elemzés	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

Azok között tehát, 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.

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.

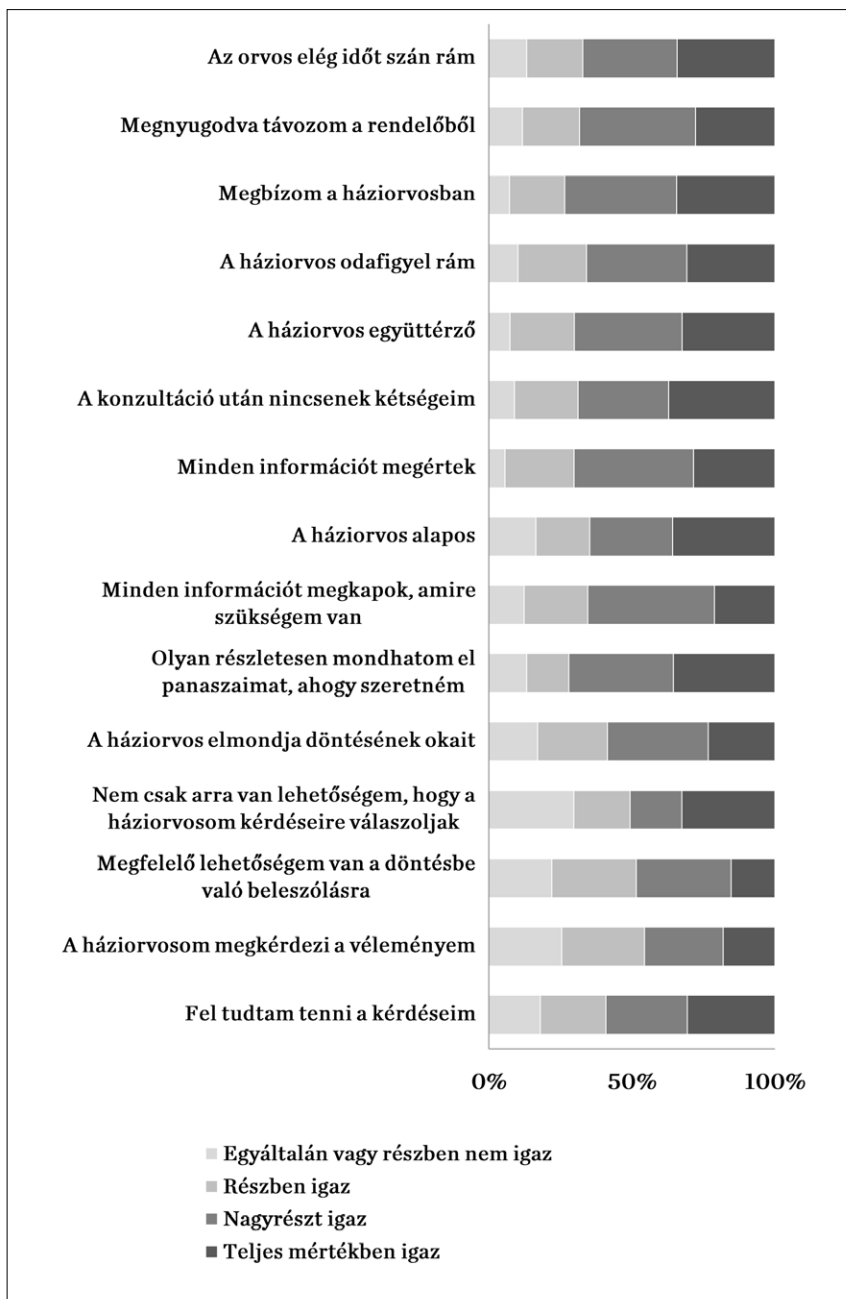
9.5 Kognitív és érzelmi gondoskodás

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 kifejtettem, 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 találkozással 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 kezeltem; megbízhatósága a Cronbach-alfa mutató értéke (0,942) alapján megfelelő. A 19. 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 állítások³⁵. Ez alapján 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, kevéssé, vagy csak részben észleli.

³⁵ Az ábrán 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.

19. 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 átlagát³⁶, ezzel egyfajta „átlagos” kognitív és érzelmi gondoskodásszintet 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 (21. táblázat).

21. TÁBLÁZAT: Az orvos stílusa és kognitív és érzelmi gondoskodása

			Infor- matív	Pater- nalista	Közös döntés	Össz.
Kognitív és érzelmi gondoskodás	közepes vagy rosszabb	Elemsszám	5 _a	80 _b	7 _{a, b}	92
		Arány az orvosi stíluson belül	10,0%	26,2%	13,0%	22,5%
	megfelelő	Elemsszám	18 _a	116 _a	16 _a	150
		Arány az orvosi stíluson belül	36,0%	38,0%	29,6%	36,7%
	kitűnő	Elemsszám	27 _a	109 _b	31 _a	167
		Arány az orvosi stíluson belül	54,0%	35,7%	57,4%	40,8%
Össz.		Elemsszám	50	305	54	409
Arány az orvosi stíluson belül		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 stílusúnál, 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 (22. táblázat). Szemléletes, hogy egyetlen olyan válaszadó sem volt, aki közepes vagy rosszabb érzelmi és kognitív gondoskodásban részesült, és az észlelt

³⁶ Bár az átlagszámítás ordinális skálánál alapvetően nem helyes, hasonló kutatásoknál (lásd pl. Simon 2010) elfogadott és jelen esetben is értelmezhető.

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 gondoskodást kapók, míg a kitűnő gondoskodást kapók inkább más 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.

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

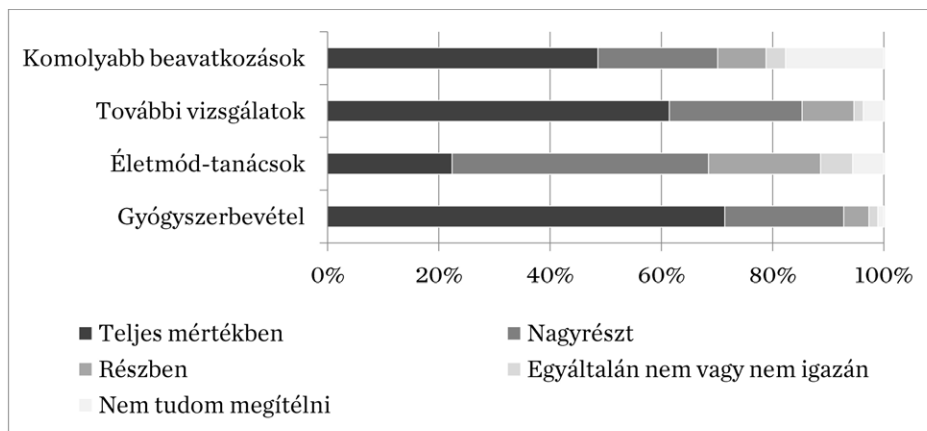
Megjegyzés: Az esetszámoknál feltüntetett azonos betűk (egy sort nézve) egymástól szignifikánsan nem eltérő ($p=0,05$) arányokat jelölnek a különböző mértékű kognitív és érzelmi gondoskodást kapottak között az észlelt minőség adott dimenziója, illetve az elégedettség értékelése tekintetében.

Forrás: Saját szerkesztés

9.6 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. Ebben az alfejezetben azt vizsgálom tehát, hogy a korábban feltárt változók milyen kapcsolatban vannak az együttműködési hajlandósággal a gyógyszer-szedés, az életmódtanácsok követése, a további vizsgálatok, valamint a komolyabb beavatkozások területén. Az erre vonatkozó kérdésekre adott válaszokat (N=420) a 20. ábra szemlélteti.

20. ÁBRA: Együttműködési szokások a 2013-as mintában



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 egybeesik más kutatások eredményeivel, miszerint a kevésbé együttműködő páciensek aránya az életmód változtatására vonatkozó javaslatok kapcsán alacsonyabb, mint a gyógyszer-szedés esetében. A gyógyszer-szedésre 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 ahogy korábban említettem, az önbeval-

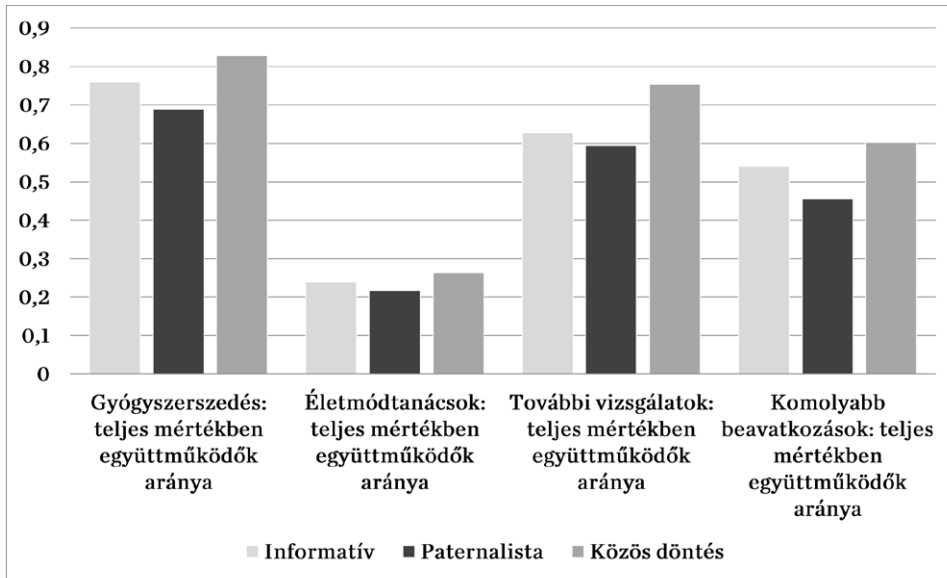
lás szerinti mérés ez esetben nem tekinthető ideális módszernek, a válaszok vélhetően pozitív irányba torzultak.

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 páciensszegmensek kapcsán a keresztábra-elemzés és a Bonferroni-próba alapján 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. Ezen eredmények megfelelnek a páciensszegmensek 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). Érdemes 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).

21. 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.

E kapcsolatok további megerősítésére korreláció vizsgálatot is végeztem (Spearman együttható), melynek eredményeit a 23. 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.

23. TÁBLÁZAT: Korrelációk az észlelt minőség dimenzióinak átlagos értékelése és az együttműködés típusai között

			Gyógyszer- szedés	Életmód- tanácsok	További vizsgálá-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)

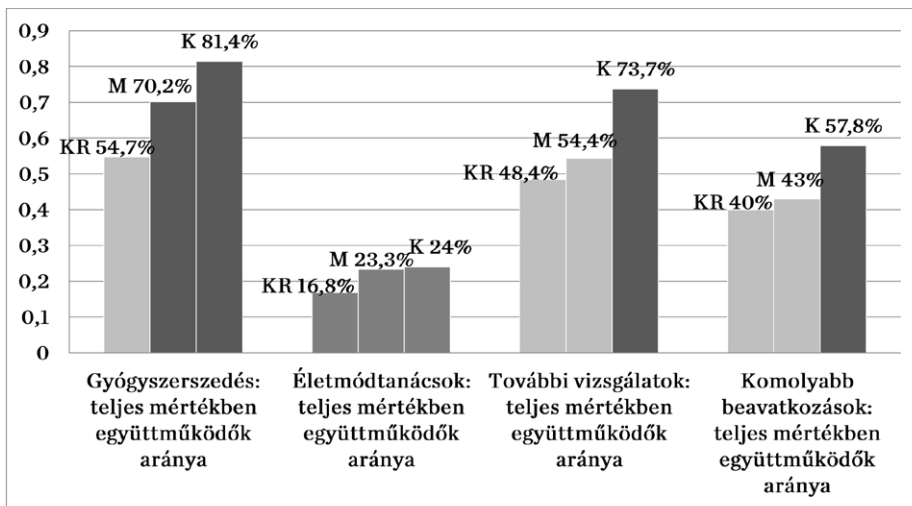
Forrás: saját szerkesztés

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. 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 gyógyszereszedés 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. Mivel úgy gondolom, az egyes csoportok közötti különbségek tendenciái itt igen látványosak, azokat a 22. ábrán mutatom be.

22. ÁBRA: Teljes mértékben együttműködők aránya a kognitív és érzelmi gondoskodás mértékének függvényében



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

Forrás: Saját szerkesztés

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

10. A 2024-es kérdőíves megkérdezés eredményei

A használt kérdőív nagyrészt megegyezik a korábbi kutatásban alkalmazott eszközzel; azt egy, a háziorvosi ellátással kapcsolatos tapasztalatokat megosztását célzó nyílt kérdéssel, valamint telemedicinára vonatkozó kérdésekkel egészítettem ki, melyek arról szólnak, hogy a kitöltők milyen arányban találkoznak háziorvosukkal személyesen, vagy telefonon és online, és hogy ezzel az aránnyal milyen mértékben elégedettek. Emellett, figyelembe véve az előző adatfelvétel eredményeit, valamint a szakirodalmi adatokat, a SERVQUAL helyett a SERVPERF megközelítést alkalmaztam, azaz a háziorvosi ellátás minőségének dimenzióiban csak az észlelésekre kérdeztem rá (az ideálisnak véltre nem).

Alapsokaságként a 18 éven felüli lakosságot céloztam meg. A kérdőívet 2024 tavaszán online, hólabda módszerrel, valamint egészségügyi témájú online csoportokban terjesztettem; a mintavétel így nem véletlen módszerrel történt. A kvantitatív adatokat SPSS Statistics 27 programmal elemeztem.

10.1 A minta jellemzői

A kérdőívet összesen 326 fő töltötte ki, erőfeszítéseim ellenére³⁷ jóval több nő (76,1%), mint férfi (23,9%). A kitöltők közül legtöbben 45-59 év közöttiek (37,1%), a 18-29 évesek (14,1%) és a 30-44 év közöttiek (19,9%) közel hasonló arányban válaszoltak, és jelentős a 60 év felettiek (28,8%) aránya. Az idősebbek és a nők tehát felülreprezentáltak a mintában³⁸, valamint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők (60,8%) is (középfokú a legmagasabb végzettsége a válaszadók 38,1%-ának, 8 általános pedig 1,2%-nak). A megkérdezettek mintegy negyede él a fővárosban (25,8%), 29,1%-a megyeszékhelyen, 31,9%-a egyéb városban, 13,2%-a pedig községben vagy faluban. Háztartásának jövedelmét a válaszadók közel fele (45,1%) tartja átlagosnak; 38,3% átlag felettinek, 16,7% pedig átlag alattinak.

Háziorvoshoz saját bevallása szerint a válaszadók fele (50,4%) viszonylag ritkán jár személyesen; 18,4%-uk negyedévente vagy annál gyakrabban; 31,2%-uk kb. fél-

³⁷ Néhány kitöltő meg is jegyezte: „férfiak nem nagyon járnak orvoshoz”...

³⁸ A KSH 2024-re vonatkozó korfája szerint a 18 éven felüli magyar népesség 51,76%-a nő, 48,24%-a férfi; a 18-29 évesek aránya 21,8%, a 30-44 éveseké 31,27%, a 44-59 éveseké 22,56%, a 60 éven felülieké pedig 22,56%. Forrás: <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>, letöltve: 2024. 06. 20.

évente. Telefonon kezeléssel kapcsolatos kérdésekben (azaz nem időpont-egyeztetés vagy más adminisztratív kérdés miatt) 21,2%-uk konzultál negyedévente vagy sűrűbben háziorvosával; 20,2%-uk nagyjából félévente, 36,5%-uk ritkábban, 22,1%-uk pedig egyenesen soha. Az internetes konzultációk aránya alacsonyabb: a válaszadók 55,8%-a soha nem lép ilyen módon kapcsolatba háziorvosával, 18,4%-uk ugyanakkor negyedévente vagy gyakrabban is; 7,1%-uk kb. félévente, 18,7%-uk pedig ritkábban. A válaszadók rendkívül nagy arányban (91,1%) jelezték krónikus betegség, vagy állapot meglétét; ezek között leggyakrabban szív- és érrendszeri betegségek, pl. magas vérnyomás szerepelnek, de az említett betegségek köre rendkívül széles, a savtúltengéstől a daganatos betegségekig.

10.2 A háziorvosi ellátás észlelt minősége és az elégedettség

A friss kérdőívben SERVPERF szemlélettel a háziorvosi ellátás funkcionális minőségét a korábban bemutatott eszköz észlelési skálájával mértem. Az új adatfelvétel után faktorelemzéssel újra elvégeztem a skála validálását és dimenzionalitás vizsgálatát, valamint a kapott dimenziók belső konzisztenciáját Cronbach-alfa mutatóval, hiszen fontos információ, hogy az az észlelt minőség mérésére valóban megbízható eszköznek bizonyul-e.

A faktorelemzés (Variamx rotálást alkalmazva) többféle lefuttatásai közül ebben az esetben is pontosan az ugyanazt az öt komponenst eredményező verzió rendelkezett ideális statisztikai értékekkel és értelmezhetőséggel, mint amelyet a 2013-as kutatás észlelési skálájának hasonló vizsgálata eredményeképp kaptam (24. táblázat).

A KMO értéke 0,96 a kapott öt faktor által magyarázott variancia pedig 85,348%, amely megfelel a varianciahányad-kritériumnak, és valamivel még jobb is, mint a korábbi adatfelvételi körben kapott eredmény. Valamennyi dimenzió megbízhatósága megfelelő, mindez pedig alátámasztja, hogy a gondoskodás, személynélzet, tárgyi környezet, időmenedzsment és személyre szabottság komponenseit tartalmazó SERVPERF skálám valóban valid, használható eszköz.

24. TÁBLÁZAT: Az elemzés által felállított észlelési skála és gap dimenziók

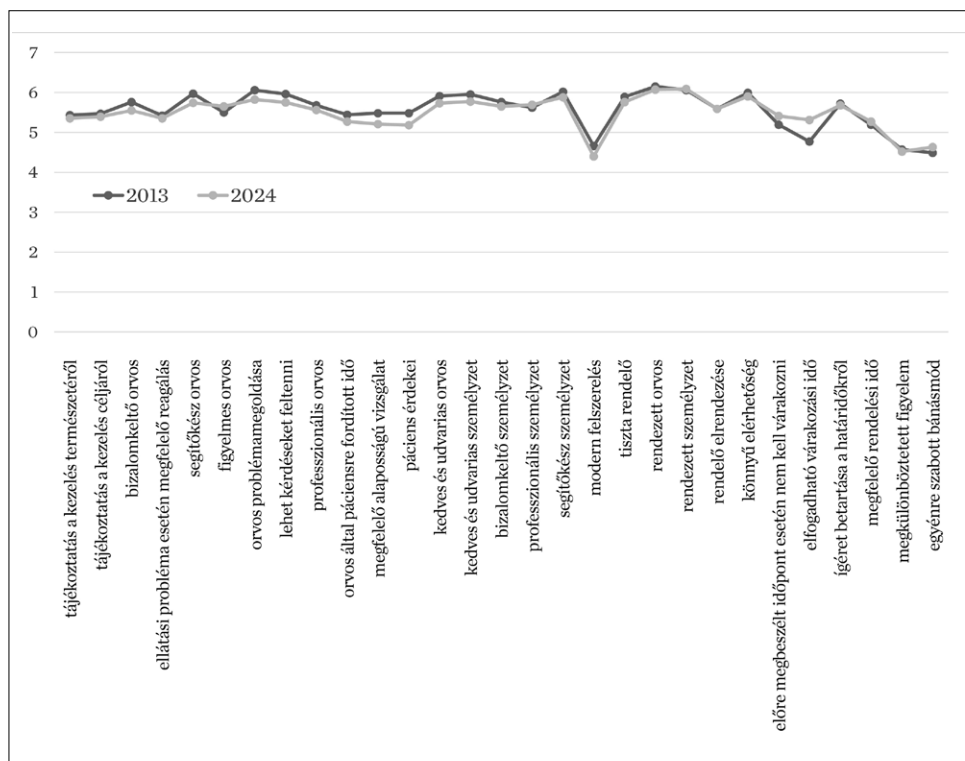
Dimenzió	Tartalom	Cronbach-alfa
Gondoskodás (Empátia+ Reagálási készség + Biztonságérzet+ Megbíz- hatóság)	tájékoztatás a kezelés természetéről	0,985
	tájékoztatás a kezelés céljáról	
	bizalomkeltő orvos	
	ellátási probléma esetén megfelelő reagálás	
	segítőkész orvos	
	figyelmes orvos	
	orvos problémamegoldása	
	lehet kérdéseket feltenni	
	professzionális orvos	
	orvos által páciensre fordított idő	
	megfelelő alaposágú vizsgálat	
	páciens érdekei	
	kedves és udvarias orvos	
Személyzet	kedves és udvarias személyzet	0,974
	bizalomkeltő személyzet	
	professzionális személyzet	
	segítőkész személyzet	
Tárgyi környezet	modern felszerelés	0,911
	tiszta felszerelés	
	rendezett orvos	
	rendezett személyzet	
	rendelő elrendezése	
	könnyű elérhetőség	
Időmenedzsment	előre megbeszélt időpont esetén nem kell várakozni	0,890
	elfogadható várakozási idő	
	ígéret betartása a határidőkről	
	megfelelő rendelési idő	
Személyre szabottság	megkülönböztetett figyelem	0,940
	egyévre szabott bánásmód	

Forrás: Saját szerkesztés

Ha a két adatfelvétel során az egyes állításokra adott válaszok átlagait összehasonlítjuk, akkor összességében azt az eredményt kapjuk, hogy nincs szignifikáns különbség – bő 10 év alatt nem változott a háziiorvosi ellátás átlagos értékelése.

Ahogy a 23. ábrán is látható, kisebb különbségek megfigyelhetők, például, hogy az állítások nagyobb részében (21 item esetében) a korábbi értékelések kismértékben magasabbak; az egyetlen „látványos” különbség ugyanakkor épp egy javuláshoz köthető: a várakozási idő átlagértékelése 4,77-ről 5,31-re nőtt. Elképzelhető, hogy ez részben a telefonos és internetes konzultációknak, részben pedig annak köszönhető, hogy napjainkban sokkal jellemzőbb, hogy előre időpontot kell kérni a személyes megjelenéshez.

23. ÁBRA: A SERVPERF állításainak átlagos értékelései a 2013-as és 2024-es adatfelvételekben



Forrás: Saját szerkesztés

Az egyes komponensekhez tartozó értékelések jobb szemléltetésére valamennyinél kiszámítottam a hozzá tartozó állításokra adott pontszámok átlagát (25. táblázat).

25. TÁBLÁZAT: A szolgáltatásminőség dimenziók átlagainak leíró statisztikája – a 2013-as és a 2024-es adatok összehasonlításában

	Észlelések 2013		Észlelések 2024	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Gondoskodás	5,70	1,26	5,50	0,66
Személyzet	5,84	1,16	5,73	0,79
Tárgyi környezet	5,73	0,96	5,64	0,87
Időmenedzsment	5,26	1,47	5,41	0,75
Személyre szabottság	5,45	1,7	4,56	1,40

Forrás: Saját szerkesztés

A további elemzésekhez ebben az esetben is összevontam az adott értékelések első három válaszkategóriáját (így a nem elégedett – elégedett is és nem is – részben elégedett – nagyrészt elégedett – teljes mértékben elégedett lehetőségek maradtak). Korrelációszámítást végeztem az általános elégedettség változójával az észlelt minőség skálájának egyes faktoraihoz tartozó állítások átlagának besorolása tekintetében – mivel e változók nem metrikusak, Spearman-féle rangkorrelációs együtthatót használtam. Az egyes dimenziókhoz tartozó észlelési átlagok szignifikáns és erős korrelációt mutatnak az elégedettséggel (26. táblázat). A legmagasabb korrelációs együttható most is a gondoskodás dimenziója és az elégedettség között tapasztalható, amely összhangban van a szakirodalmi előzményekkel és saját korábbi eredményeimmel.

26. TÁBLÁZAT: Az egyes dimenziókhoz tartozó észlelési átlagok korrelációja az elégedettséggel a 2024-es mintában

	Elégedettség	
	Korrelációs együttható	
Gondoskodás (észlelési átlag)		,871**
	Szig. (kétoldali)	,000
Személyzet (észlelési átlag)	Korrelációs együttható	,757**
	Szig. (kétoldali)	,000
Tárgyi környezet (észlelési átlag)	Korrelációs együttható	,563**
	Szig. (kétoldali)	,000
Időmenedzsment (észlelési átlag)	Korrelációs együttható	,628**
	Szig. (kétoldali)	,000
Személyre szabottság (észlelési átlag)	Korrelációs együttható	,721**
	Szig. (kétoldali)	,000

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

Forrás: Saját szerkesztés

Az észlelt minőség egyes dimenziói és az elégedettség között tehát továbbra is megmutatható ilyen kapcsolat; a funkcionális minőség elsődlegesen az orvos-beteg kapcsolatra és kommunikációra vonatkozó dimenziója („gondoskodás”) az, amely kiemelt fontosságú a szolgáltatással való elégedettség kapcsán. Az, hogy ezt az eredményt az újabb adatfelvétel is alátámasztotta, megerősített bizonyítéka azon kapcsolat létezésének, melyet elméleti modellemben az orvos-beteg interakció – észlelt minőség – elégedettség között vázoltam.

10.2.1 Telemedicina: a konzultációk típusa és az azzal való elégedettség

A válaszadóknak 7 fokú lineáris skálán kellett megjelölni, hogy a konzultációik a háziorvosukkal milyen arányban történnek személyesen vagy telefonon/online módon. Összesen körülbelül ugyanannyi válaszadónál (138 fő, 42,3%) jellemző, hogy teljesen, nagyrészt vagy inkább személyesek a találkozók, mint amennyiüknél a telefonos/internetes konzultációk (140 fő, 42,9%); 14,8%-uknál (48 fő) pedig körülbelül azonos arányban fordulnak elő a konzultációk e típusai. A további elemzéshez a konzultációk típusának változóját ennek megfelelően újrakódoltam: személyes (kizárólag, nagyrészt és inkább személyes konzultációkról beszámolók), telefonos/online (kizárólag, nagyrészt és inkább telefonos/online konzultációkról beszámolók), valamint vegyes (nagyjából azonos arányban jellemző mindkét típus) kategóriák jöttek így létre. A konzultáció típusával való elégedettség, melyet 7-fokú Likert-skálán mértem, átlagosan magas: átlaga 5,29, szórása 2,09; a medián 6, a módusz 7. Ugyanakkor, ha ezt az elégedettséget az egyes csoportokra lebontva vizsgáljuk, akkor az *1. táblázatban* látható eredményeket kapjuk: a jellemzően személyes konzultációkon részt vevők elégedettsége a konzultáció típusával magasabb, mint a másik két csoporté; és a jellemzően telefonon/online konzultálók elégedettsége a legalacsonyabb. Nemcsak a konzultáció típusával való elégedettség, hanem összességében a háziorvosi ellátással való elégedettség (melyet szintén 7-fokú Likert-skálán mértem) is hasonló mintázatot mutat, bár itt a csoportátlagok különbsége alacsonyabb (*27. táblázat*). Az ANOVA vizsgálat is alátámasztotta, hogy szignifikánsan különbözik a más típusú konzultációkban részesülők elégedettsége mind a konzultáció típusával ($p < 0,05$), mind összességében a háziorvosi ellátással ($p < 0,05$).

27. TÁBLÁZAT: *Különböző típusú konzultációkon részt vevők elégedettsége a konzultáció típusával, valamint összességében a háziorvosi ellátással*

Konzultáció típusa	Konzultáció típusával való elégedettség		Háziorvosi ellátással való elégedettség	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Jellemzően személyes konzultációk	6,09	1,51	5,85	1,75
Vegyesen személyes-telefonos konzultációk	5,19	1,89	5,56	1,97
Jellemzően telefonos /online konzultációk	4,54	2,3	5,22	2,11

Forrás: saját szerkesztés

Kereszt táblában, Bonferroni-próbával is vizsgáltam a konzultációk típusa és az azzal való elégedettség kapcsolatát; ehhez az elégedettség kapcsán is 3 csoportot képeztem: elégedettek (5-ös, 6-os és 7-es értékeléseket adók), ingadozók (4-es értékelést adók) és elégedetlenek (1-es, 2-es és 3-as értékeléseket adók) (28. táblázat). Bár összességében itt is látható, hogy a konzultációk típusával való elégedettség inkább magas az összes válaszadó körében, mely megfelel a nemzetközi szakirodalom eredményeinek, megint megállapítható, hogy van szignifikáns különbség az elégedettség mértékében attól függően, hogy milyen a konzultáció típusa. Különösen látványos, hogy az inkább személyes konzultációkban részesülők szignifikánsan nagyobb arányban elégedettek ezzel a jelleggel (84,8%), mint akár a vegyes (56,3%), akár a jellemzően telefonos/online konzultációkban részesülők (52,9%). Ezt „tükrözve”, az is látható, hogy az elégedetlenek arányai között is szignifikáns az eltérés a személyes konzultációkban (10,1%) és a telefonos/online konzultációkban (37,1%) részesülők között.

28. TÁBLÁZAT: *A konzultációk típusa és a típussal való elégedettség*

			Személyes	Vegyes	Telefonos/ online	Össz.
Konzultáció típusával való elégedettség	Elégedetlen	Elemszám	14 _a	8 _a	52 _b	74
		Arány a konzultáció típusán belül	10,1%	16,7%	37,1%	22,7%
	Ingadozó	Elemszám	7 _a	13 _b	14 _a	34
		Arány a konzultáció típusán belül	5,1%	27,1%	10,0%	10,4%
	Elégedett	Elemszám	117 _a	27 _b	74 _b	218
		Arány a konzultáció típusán belül	84,8%	56,3%	52,9%	66,9%
Össz. Arány a konzultáció típusán belül		Elemszám	138	48	140	326
		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 típusú konzultációkban részesülők között az azzal való elégedettség tekintetében.

Forrás: saját szerkesztés

10.3 Egyéni háttértényezők és páciensszegmensek

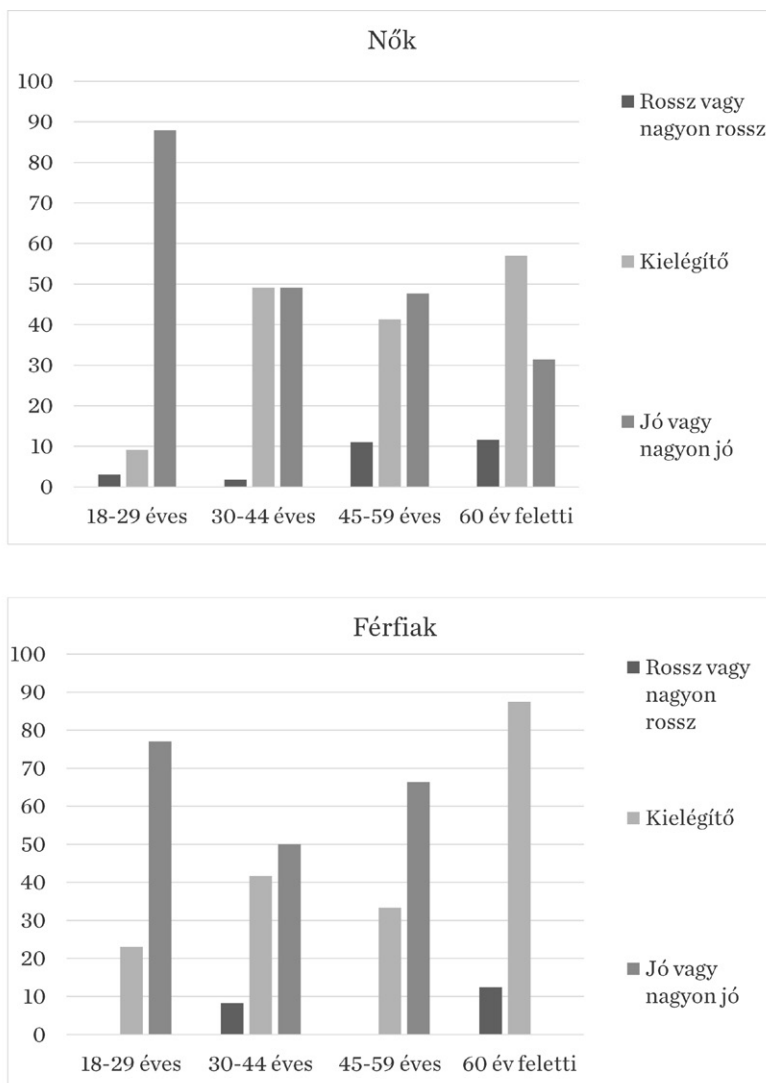
Ebben az alfejezetben a vélt egészség, koherencia-érzet és egészséghit modell kapcsán született eredményeket mutatom be, összehasonlítva a korábbi kutatásával, és kiegészítve a három konstruktum felhasználásával végzett klaszterezéssel.

10.3.1 Vélt egészség

A válaszadók saját megítélésük szerinti egészsége a 10 évvel ezelőtti helyzethez képest kifejezetten romlani látszik: a válaszok módusza 3, azaz kielégítő (a válaszadók 43,6%-a jelölte ezt a választ), amely természetesen a 45-59 éves közötti, azaz idősebb korosztály korábbi mintához képest nagyobb arányának is köszönhető. Pontosabb képet ad, ha a nemek és életkor szerinti megoszlásokat nézzük. Jónak, vagy nagyon jónak ítéli egészségét a férfiak 53,4%-a, míg a nőknél ugyanez az arány 47,7%. Rossz vagy nagyon rossz a saját egészség megítélése a férfiak 4,4%, míg nők 8,5%-ánál. A legfiatalabbaktól egy korcsoportot ugorva nagymértékben nő az egészségüket csak kielégítőnek vagy annál rosszabbnak tartók aránya. A 60 év felettiek 11,7%-a tartja rossznak vagy nagyon rossznak; 59,6%-a kielégítőnek, míg 28,7%-a jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát. Ezeket az értékeléseket a korcsoport nem teljes megfelelése miatt korlátozottan ugyan, de összehasonlíthatjuk a Fábián és tsai (2022) által kapottakkal; kutatásukban (melynek adatfelvétele a pandémia időszakában, 2021-ben történt) az 50 év felettiek 11%-a tartotta rossznak vagy nagyon rossznak, 51,2%-a elfogadhatónak, és 37,7%-a jónak vagy nagyon jónak.

Ha korcsoportok szerint vizsgáljuk a kérdést, akkor meglepő eredményeket is látunk a nemek összehasonlításában: a legidősebb korcsoportban egyik férfi válaszadó sem tartja jónak, vagy nagyon jónak egészségét (87,5%-uk kielégítőnek tartja azt), míg a nők 31,4%-a igen. A nőknél minden korcsoportban vannak egészségüket rossznak, vagy nagyon rossznak tartók; férfiaknál csak a 30-44 évesek és a 60 év felettiek között. 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 a 2024-es mintában



Forrás: Saját szerkesztés

10.3.2 Koherencia-érzet

A koherencia-érzés vizsgálatára a 2024-es megkérdezés után 281 kérdőívet találtam értékelhetőnek. A skála faktoranalízise ebben az esetben is 3 komponens (érthetőség, jelentőségteljeség és kezelhetőség) azonosítását támogatta, melyek az állítássor varianciájának 61,175%-át magyarázzák; KMO értéke 0,857.

A blokk kérdéseire adott válaszok összesített átlaga 55,01 (SD=6,07) [v.ö. 2013: 65,17 (SD=11,9); Balajti és tsai (2007): 59,4 (SD=11,9)]. A kapott legkisebb érték 29, a legnagyobb 73. A korábbi eredményekhez képest tehát alacsonyabb az átlagos mért koherencia-érzet; meglepő eredmény ugyanakkor, hogy most nem váltak elkülöníthetővé a koherencia-érzet alapján észlelt egészségüket különbözőnek vélő csoportok; a koherencia-érzet átlagai mind az egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak, mind a kielégítőnek, és a jónak vagy nagyon jónak tartó csoportban 54,1 és 55,1 közé esett.

10.3.3 Egészséghit

Az egészséghit modell validálását ebben a szakaszban is a faktorelemzés módszerével végeztem, mely után 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. A kapott KMO értéke 0,719. A statisztikai elemzés során az eredeti 19 állítás közül most 6 állítást zártam ki (ugyanazokat, mint a korábbi elemzésben, plusz egyet: „Sokat teszek azért, hogy megőrizsem az egészségem.”). A kapott négy faktor [észlelt fenyegetettség, észlelt előnyök, észlelt korlátok, és saját teljesítmény (ez utóbbiból került ki a fent említett állítás)] és a bennük található állítások ugyanazok, mint amelyet a 2013-as adatok elemzésénél is kaptam; az általuk magyarázott variancia 58,39%.

Az egészséghit modell egyes komponensei és az észlelt egészség közötti korrelációt vizsgálva a korábbi eredményeimhez hasonlóan megállapítható, hogy az észlelt fenyegetettség szignifikáns, közepes negatív kapcsolatban, az észlelt előnyök szignifikáns, gyenge pozitív kapcsolatban, az észlelt korlátok szignifikáns, és meglepő módon a saját teljesítmény is szignifikáns, gyenge negatív kapcsolatban van a vélt egészséggel (29. táblázat).

29. TÁBLÁZAT: Az egészséghit dimenziók és a vélt egészség közötti korrelációk

		Vélt egészség	
Spearman's rho	Észlelt fenyegetettség	Korrelációs együttható	-,492**
		Szignifikancia (kétoldali)	,0000
	Észlelt előnyök	Korrelációs együttható	,117*
		Szignifikancia (kétoldali)	,035
	Észlelt korlátok	Korrelációs együttható	-,165**
		Szignifikancia (kétoldali)	,003
	Saját teljesítmény	Korrelációs együttható	-,112*
		Szignifikancia (kétoldali)	,044

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

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

Forrás: Saját szerkesztés

10.3.4 Páciensszegmensek az egyéni háttértényezők alapján

Mivel az újabb adatok elemzésekor, a korábbiakkal ellentétben, nem mutatkozott korreláció az egészséghit dimenziói és a koherencia-érzet, vagy a koherencia-érzet és vélt egészség között, különösen fontosnak tartottam, hogy a három, egyéni tényezőhöz kapcsolódó konstruktum alapján újra megpróbáljam felvázolni, milyen páciensszegmensek különíthetők el.

Emiatt klaszterelemzést végeztem az egészséghit modell faktorváltozóinak, valamint a koherencia-érzet változójának bevonásával, kiegészítve a vélt egészség változójával (ez utóbbi a 2013-as adatoknál nem került bevonásra).

A szegmentálást a korábbiakban leírt folyamat szerint végeztem ebben az esetben is. A kétlépcsős eljárásban, melynek célja, hogy előzetes feltételezéshez jussak a klaszterek számával és a klaszterezés „jóságával” az ún. Silhouette-koefficiens kapott értéke a 0,2 és 0,5 közötti tartományba esik, mely elfogadhatónak tekinthető. E vizsgálat most is három klaszter elkülönítését javasolta, és ugyanennyi mutatkozott logikusnak a klaszterek megfelelő értelmezhetősége és azok mérete alapján is. A k-középpontú eljárásban létrehozott faktorstruktúrában mutatózó végső klaszterközéppontokat a 30. táblázat tartalmazza.

Az első csoportba tartozókra jónak vélt egészség, az átlagtól magasabb koherencia-érzet, az átlagostól alacsonyabb észlelt fenyegetettség és észlelt korlátok, valamint az átlagostól magasabb észlelt előnyök és saját teljesítmény jellemző; míg az átlagostól alacsonyabb észlelt előnyök jellemzők; hasonló jellemzőkkel bíró csoport a korábbi adatok alapján is kirajzolódott, így nevüket is megtartottam: ők a tudatos előrelátók.

30. TÁBLÁZAT: A k-középpontú eljárással kialakított végső klaszterközéppontok a 2024-es mintában

	Klaszter		
	1. „Tudatos előrelátók”	2. „Tehetetlenek”	3. „Pesszimisták”
Vélt egészség (módusz)	4	3	4
Koherencia-érzet	61,13	45,29	53,60
Észlelt fenyegetettség (HBM)	-0,18291	0,22645	0,06445
Észlelt előnyök (HBM)	0,06063	0,02648	-0,05543
Észlelt korlátok (HBM)	-0,09177	0,05632	0,05156
Saját teljesítmény (HBM)	0,11525	-0,10464	-0,05338
A klaszterbe tartozó esetek száma	119	52	155

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

A második csoportba tartozókra csak kielégítő vélt egészség, a csoportok közül a legalacsonyabb koherencia-érzet (mely a teljes minta átlagánál is alacsonyabb), az átlagosnál magasabb észlelt fenyegetettség, észlelt korlátok és észlelt előnyök és alacsonyabb saját teljesítmény jellemző. Újra megjelent tehát a tehetetlenek csoportja, akik a korábbi elemzésben leírtakhoz képest bár láthatják az egyéni felelősség szerepét a megfelelő egészségi állapot fenntartásában, mégsem tudnak vagy akarnak ez irányba lépni.

A harmadik csoportot a körülbelül átlagos koherenciaérzet és jónak vélt egészség mellett az átlagtól alacsonyabb észlelt előnyök és saját teljesítmény, ugyanakkor magasabb észlelt fenyegetettség és korlátok jellemzik. Ezek a jellemzők olyan csoportot vetítenek elő, akiknek egészsége és megküzdőképessége egyelőre nem kifejezetten problematikus, ugyanakkor inkább pesszimistán viszonyulnak a saját egészségükkel kapcsolatos kilátásokhoz; őket emiatt most pesszimistáknak neveztem el. Ez a csoport a legnagyobb létszámú a három közül, és úgy gondolom, hogy létrejöttük jól magyarázható a Covid 19 járvánnyal, melynek során az egyének közvetlenül tapasztalhatták meg az egészségi állapot törékenységet és azt, hogy nem minden esetben kivédhető egyéni tettekkel a jelentős egészségromlás.

Ha a klaszterekre jellemző demográfiai adatokat vizsgáljuk, akkor életkor tekintetében találunk különbséget: a tudatos előrelátók között szignifikánsan többen vannak a 60 év feletti korosztályból (40,3%), mint a tehetetlenek (itt 11,5% a

60 év felettiek aránya) vagy a pesszimisták (25,8%) között ($p=0,05$). A csoportok nem különböznek egymástól szignifikánsan olyan tényezőkben, mint az orvoshoz járási gyakoriság vagy az orvosokba vetett bizalom. Látható némi különbség ugyanakkor az együttműködésben. A tehetetlenek szignifikánsan nagyobb arányban (37,8%-uk) nem, vagy csak kevésbé követik az orvos életmódtanácsait a tudatos előrelátókhoz képest (náluk ugyanez az arány 16,2%) ($p=0,05$). A pesszimistáknál ugyanez az arány 25,5%. Ami a háziorvos által javasolt további vizsgálatok elvégzését illeti, a tudatos előrelátók 73,1%-a teljes mértékben együttműködő bevallása szerint ebben a kérdésben, amely szignifikánsan magasabb ($p=0,05$), mint a tehetetlenek (53,8%,) és a pesszimisták (56,1%) ugyanezen aránya³⁹. Ezek az eredmények jól értelmezhetők a klaszterek jellemzésének tükrében.

10.4 Kommunikációs és döntéshozatali stílus

Stabilnak bizonyult az az eredmény, mely szerint a klaszterek abban nem különböznek egymástól, hogy milyen igényeik vannak az orvosi kommunikációval és döntéshozatallal kapcsolatban. Ugyanakkor, mivel a korábbi adatfelvételnél egyértelműen kirajzolódott ezzel kapcsolatos preferenciák, és az eredmények azt is mutatták, hogy a háziorvos valós stílusa összefüggésben van az ellátással kapcsolatos értékelésekkel, a 2024-es adatok kapcsán is megvizsgáltam ezeket a tényezőket. Az eredmények hasonlóak a korábbiakhoz; az alábbiakban részletesen is bemutatom őket.

324 kitöltő válaszolt arra a kérdésre, melynél a háziorvosuk domináns stílusát leginkább jellemző leírást kellett kiválasztani. A válaszadók nagy többsége (69,4; vö. 2013: 74,1%) szerint orvosa paternalista stílusú, míg a közös döntést 21,6%-uk (vö. 2013: 13,8%) az informatív stílust pedig 9%-uk (vö. 2013: 12,1%). Kisebb elmozdulás tehát látható a közös döntés irányába, de a domináns stílus továbbra is egyértelműen a paternalista.

Az ideálisnak tartott stílusról elmondható, hogy az itt történt változások a leginkább preferált stílus változását eredményezték a korábbi eredményekhez képest: a válaszadók legnagyobb arányban most nem a paternalistát, hanem a közös döntést választották (45,1%, szemben a 2013-as 39,5%-kal). Paternalista stílust a válaszadók 35%-a választana (vö. 2013: 41,5%), informatív stílusra pedig közel ugyanolyan arányban vágnak (19,9%), mint bő tíz éve (19,1%).

Az észlelt stílus mellett továbbra is fontosnak tartom azt, hogy ez megfelel-e a preferenciáknak, így a korábbiakhoz hasonlóan elvégeztem a Wilcoxon próbát, mely alapján megállapítható, hogy valóban szignifikáns eltérés van az észlelt és az

³⁹ Valamennyi adat kereszttáblás elemzésből származik, melyekben Bonferroni-módszerrel vizsgáltam az egyes csoportok közötti különbségek szignifikanciáját.

ideálisnak tekintett stílusok megítélésében. A 31. táblázatból kiszámítható, hogy összesen 151 válaszadó (46,3%-uk) számára felel meg az észlelt stílus az ideálisnak (vö. 2013: 53%); több, mint felüknél tehát továbbra is olyan a háziorvos stílusa, amely nem felel meg az általuk ideálisnak tartottnak. Több, mint a fele azon válaszadóknak, akik paternalista stílust tapasztalnak, más stílust igényelnének, ugyanakkor a közös döntést és az informatív stílust tapasztalók között is vannak néhányan, akiknek ez nem ideális – jóval kisebb arányokban.

31. TÁBLÁZAT: Az észlelt és az ideálisnak tartott háziorvosi stílusok

		Észlelt domináns stílus			Összesen
		Közös döntés	Paternalista	Informatív	
Ideális stílus	Közös döntés	55 (78,6%)	85 (37,9%)	7 (21,9%)	147 (45,1%)
	Paternalista	11 (15,7%)	95 (42,4%)	8 (25,0%)	114 (35,0%)
	Informatív	4 (5,7%)	44 (19,6%)	17 (53,1%)	65 (19,9%)
Összesen		70 (100%)	224 (100%)	32 (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 vizsgáltam⁴⁰ Bonferroni-próbával (32. táblázat). Eredményeim azt mutatják, hogy továbbra is a paternalista orvosok páciensei észlelik kisebb arányban kitűnőnek a gondoskodás, a személyzet, és személyre szabottság dimenzióit, és ezek a különbséget nem csak szignifikánsak, de az arányok közötti különbségek valóban látványosak; a személyre szabottság dimenzióját például a közös döntést tapasztalók majdnem dupla annyian értékelik kiválóra, mint a paternalista orvosok páciensei. Közel hasonló ez az arány az elégedettség kapcsán is a fentiekkel megegyező módon történő vizsgálat alapján: a paternalista stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban elégedettek teljes mértékben az ellátással, mint a közös döntést alkalmazó orvos páciensei.

⁴⁰ 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.

32. TÁBLÁZAT: Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség a különböző orvosi stílust tapasztalók között a 2024-es mintában

		Közös döntés	Pater- nalista	Infor- matív	Össz.
Gondoskodást kiválóra értékelők	Elemszám	47 _a	90 _b	21 _a	158
	Arány az orvosi stíluson belül	78,3%	45,9%	72,4%	55,4%
Személyzetet kiválóra értékelők	Elemszám	54 _a	118 _b	25 _a	197
	Arány az orvosi stíluson belül	81,8%	57,3%	80,6%	65,0%
Tárgyi környezetet kiválóra értékelők	Elemszám	39 _a	103 _a	19 _a	161
	Arány az orvosi stíluson belül	61,9%	48,4%	61,3%	52,4%
Időmenedzsmentet kiválóra értékelők	Elemszám	40 _a	105 _a	19 _a	164
	Arány az orvosi stíluson belül	66,7%	50,0%	61,3%	54,5%
Személyre szabottsá- got kiválóra értékelők	Elemszám	42 _a	70 _b	14 _{a,b}	126
	Arány az orvosi stíluson belül	63,6%	32,3%	45,2%	40,1%
Teljes mértékben elégedettek	Elemszám	43 _a	73 _b	15 _{a,b}	131
	Arány az orvosi stíluson belül	64,2%	33,8%	48,4%	41,7%

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 vizsgáltam⁴¹. Azok között, akik az általuk ideálisnak tartott stílust tapasztalták, szignifikánsan többen vannak, akik az ellátás minőségét kiválónak észlelték a gondoskodás, személyzet, valamint személyre szabottság dimenzióiban, 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 (33. táblázat).

⁴¹ Ehhez ebben az esetben is 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.

33. 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	Elemzészám	93 _a	65 _b	158
	Arány az orvosi stíluson belül	66,4%	44,8%	55,4%
Személyzetet kiválóra értékelők	Elemzészám	114 _a	83 _b	197
	Arány az orvosi stíluson belül	75,0%	55,0%	65,0%
Tárgyi környezetet kiválóra értékelők	Elemzészám	82 _a	79 _a	161
	Arány az orvosi stíluson belül	53,6%	51,3%	52,4%
Időmenedzsmentet kiválóra értékelők	Elemzészám	86 _a	78 _a	164
	Arány az orvosi stíluson belül	56,2%	52,7%	54,5%
Személyre szabottságot kiválóra értékelők	Elemzészám	79 _a	47 _b	126
	Arány az orvosi stíluson belül	49,7%	30,3%	40,1%
Teljes mértékben elégedettek	Elemzészám	83 _a	48 _b	131
	Arány az orvosi stíluson belül	51,9%	31,2%	41,7%

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

10.5 Kognitív és érzelmi gondoskodás

A kognitív és érzelmi gondoskodás mérésére alkalmazott saját skálát az új adattáblán ($N=280$) is megvizsgáltam megbízhatóság szempontjából; a Cronbach-alfa mutató értéke (0,940) alapján ez továbbra is megfelelő. A válaszadók többsége inkább magas szintű kognitív és érzelmi gondoskodást észlel (kivéve az orvos együttérzésének értékelésekor); a 2013-as adatokkal összehasonlítva látható, hogy jelentősen többen vannak azok, akik magasabb átlagos kognitív és érzelmi gondoskodást tapasztaltak. Az értékelések átlagát a 34. táblázat mutatja be.

34. TÁBLÁZAT: A kognitív és érzelmi gondoskodás állításainak átlagos értékelése a 2024-es mintában

	Átlag	Szórás
A háziorvos együttérző	4,45	1,873
A háziorvos odafigyel rám	6,05	1,506
A háziorvos megkérdezi a véleményem	6,07	1,396
Feltehettem kérdéseim	6,12	0,976
Nem csak a kérdésekre van lehetőségem válaszolni	6,24	0,986
Olyan részletesen mondhatom el a panaszaim, amennyire szeretném	5,35	1,766
Konzultáció után nyugodtabb vagyok	5,39	1,863
Konzultáció után úgy érzem, minden információt megkaptam	5,28	1,939
Konzultáció után úgy érzem, minden információt megértettem	5,84	1,643
Konzultáció után nem maradnak kétségeim	6,20	0,985
A háziorvos elmondja döntésének okait	5,63	1,617
Megfelelő lehetőségem van a döntésekbe beleszólni	6,03	1,000
A háziorvos alapos	6,24	1,006
A háziorvos elég időt szán rám	5,79	1,627

Forrás: Saját szerkesztés

Hogy megvizsgáljam a kognitív és érzelmi gondoskodás kapcsolatát a szubjektív kimenetekkel, minden válaszadóra kiszámítottam a skálához tartozó 15 állítás értékeléseinek számtani átlagát⁴², ezzel egyfajta „átlagos” kognitív és érzelmi gondoskodásszintet kaptam; az átlagok 2,93-tól (vö. 2013: 1,33) 7-ig (vö. 2013: 5) szóródtak (N=280). Ezek alapján három csoportot képeztem: közepes vagy rosszabb gondoskodásként definiálom a maximum 3,50-es átlagértékelést adókat (e csoportba a válaszadók 3,9%-a tartozik), megfelelőként a 3,51 és 6,00 közötti átlagos értékeléseket (e csoportba a válaszadók 44,6%-a tartozik), míg kitűnőként az e fölöttieket (e csoportba a válaszadók 51,4%-a tartozik).

Kereszt táblában, Bonferroni-próbával vizsgáltam a kognitív és érzelmi gondoskodás és az ellátás különböző vetületei közötti kapcsolatokat.

Azok, akik a háziorvosukkal személyesen és telefonon/interneten is konzultálhatnak, Szignifikánsan nagyobb arányban észlelik kitűnőnek orvosuk kognitív-érzelmi gondoskodását azokkal szemben, akik jellemzően csak telefonon vagy interneten vannak vele kapcsolatban (35. táblázat).

⁴² Bár az átlagszámítás ordinális skáláknál alapvetően nem helyes, hasonló kutatásoknál (lásd pl. Simon 2010) elfogadott és jelen esetben is értelmezhető.

35. TÁBLÁZAT: A konzultációk típusa és a kognitív és érzelmi gondoskodás értékelése

			Konzultációk típusa			Össz.
			Személyes	Vegyes	Telefonos/ internetes	
Kognitív és érzelmi gondoskodás	közepes vagy rosszabb	Elemszám	1 _a	3 _a	7 _a	11
		Arány az orvosi stíluson belül	0,8%	7,0%	5,9%	3,9%
	megfelelő	Elemszám	51 _{a, b}	12 _b	62 _a	125
		Arány az orvosi stíluson belül	43,2%	27,9%	52,1%	44,6%
	kitűnő	Elemszám	66 _{a, b}	28 _b	50 _a	144
		Arány az orvosi stíluson belül	55,9%	65,1%	42,0%	51,4%
Össz. Arány az orvosi stíluson belül		Elemszám	118	43	119	280
		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 konzultációs típusokat tapasztalók között a kognitív és érzelmi gondoskodás értékelése tekintetében.

Forrás: Saját szerkesztés

Nemcsak a konzultáció típusa, hanem az orvos stílusa szerint is találunk ebben különbséget (36. táblázat).

36. TÁBLÁZAT: Az orvos stílusa és kognitív és érzelmi gondoskodása

			Az orvos stílusa			Össz.
			Közös döntés	Paternalista	Informatív	
Kognitív és érzelmi gondoskodás	közepes vagy rosszabb	Elemszám	0 _a	11 _a	0 _a	11
		Arány az orvosi stíluson belül	0,0%	5,7%	0,0%	3,9%
	megfelelő	Elemszám	19 _a	95 _a	11 _a	125
		Arány az orvosi stíluson belül	32,8%	49,0%	39,3%	44,6%
	kitűnő	Elemszám	39 _a	88 _b	17 _{a, b}	144
		Arány az orvosi stíluson belül	67,2%	45,4%	60,7%	51,4%
Össz. Arány az orvosi stíluson belül		Elemszám	58	194	28	280
		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

A fenti táblázatban látható, hogy a paternalista orvosok páciensei szignifikánsan alacsonyabb arányban értékelik kitűnőre a kognitív és érzelmi gondoskodást, mint a közös döntést alkalmazó orvosok páciensei.

Ezúttal is van eltérés a különböző szintű kognitív és érzelmi gondoskodást kapók között az észlelt minőség dimenziók átlagos értékelésének, valamint az elégedettség vonatkozásában (37. táblázat).

37. 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	Elemyszám	0 _a	21 _a	130 _b	151
	Arány az orvosi stíluson belül	0,0%	17,4%	92,2%	55,5%
Személyzetet kiválóra értékelők	Elemyszám	0 _a	39 _a	139 _b	178
	Arány az orvosi stíluson belül	0,0%	31,7%	97,2%	64,3%
Tárgyi környezetet kiválóra értékelők	Elemyszám	0 _a	23 _a	128 _b	151
	Arány az orvosi stíluson belül	0,0%	18,4%	88,9%	53,9%
Időmenedzsmentet kiválóra értékelők	Elemyszám	0 _a	24 _a	126 _b	150
	Arány az orvosi stíluson belül	0,0%	19,2%	88,1%	53,8%
Személyre szabottságot kiválóra értékelők	Elemyszám	0 _a	17 _a	96 _b	113
	Arány az orvosi stíluson belül	0,0%	13,6%	67,1%	40,5%
Teljes mértékben elégedettek	Elemyszám	0 _a	10 _a	102 _b	112
	Arány az orvosi stíluson belül	0,0%	8,1%	71,3%	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 kaptak között az észlelt minőség adott dimenziója, illetve az elégedettség értékelése tekintetében.

Forrás: Saját szerkesztés

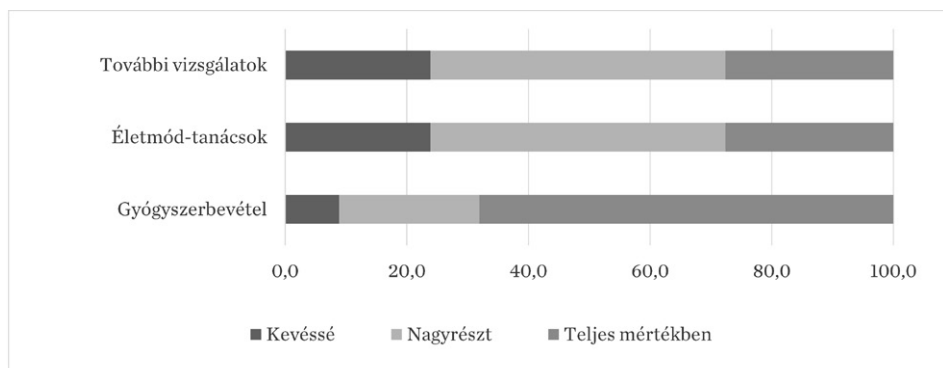
Ebben a mintában sem volt egyetlen olyan válaszadó sem, aki közepes vagy rosszabb érzelmi és kognitív gondoskodásban részesült, és az észlelt minőség gondoskodás dimenzióját jóra, vagy kitűnőre értékelte – megint bebizonyosodott tehát, hogy az észlelt minőség e dimenziója szoros összefüggést mutathat a kognitív és érzelmi gondoskodással. Az észlelt minőség valamennyi dimenziója kapcsán

újra elmondható, hogy arra kiváló értékelést szignifikánsan nagyobb arányban adtak a kitűnő kognitív és érzelmi gondoskodást kapók, mint a közepeset vagy rosszabbat kapók. Az elégedettség kapcsán megállapítottam, hogy a kitűnő kognitív és érzelmi gondoskodást kapottak szignifikánsan nagyobb arányban elégedettek teljes mértékben az ellátással, mint a másik két csoport.

10.6 Együttműködés

A szegmensek bemutatásánál már esett szó róla, hogy azok az életmódtanácsokkal s a további vizsgálatokkal kapcsolatos együttműködésben különböznek egymástól. Ebben az alfejezetben részletesen bemutatom az együttműködéssel kapcsolatos 2024-es eredményeket (N=316). Ahogyan a 25. ábrán látható, a válaszadók jellemzően együttműködőnek tartják magukat – különösen gyógyszerbevétel tekintetében (a válaszadók 68%-a teljes mértékben együttműködőnek vallja magát), amely megfelel a korábbi és a szakirodalmi eredményeknek, és az önbevallásos módszernek. Ebben az elemzésben is azon válaszadókat tekintem együttműködőnek, akik teljes mértékben betartják az orvos javaslatait, figyelembe véve továbbra is, hogy az együttműködésnek megkülönböztethetünk fokozatait (a nem együttműködő válaszadók alacsony száma miatt az e kérdésekre kapott válaszokat most is újrakódoltam, így három csoportot különböztetek meg: nem, vagy csak részben együttműködőket, nagyrészt együttműködőket, valamint teljes mértékben együttműködőket).

25. ÁBRA: Együttműködési szokások a 2024-es mintában



Forrás: saját szerkesztés

A háziorvos stílusa, valamint az elvárt stílusnak való megfelelés és az együttműködés mértéke között most sem találtam szignifikáns kapcsolatot.

Az észlelt minőség, valamint elégedettség és az együttműködés formái közötti korrelációvizsgálat (Spearman együttható) ebben a mintában is szignifikáns, de alacsony korrelációkat mutatott ki (38. táblázat).

38. TÁBLÁZAT: Korrelációk az észlelt minőség dimenzióinak átlagos értékelése és az együttműködés típusai között

			Gyógy-szer-szedés	Életmód-tanácsok	További vizsgálatok
Spearman's rho	Elégedettség	Korr. eh.	,195**	,220**	,228**
		Szig. (kétold.)	0,001	0,000	0,000
	Gondoskodás	Korr. eh.	,208**	,306**	,228**
		Szig. (kétold.)	0,000	0,000	0,000
	Személyzet	Korr. eh.	,206**	,205**	,258**
		Szig. (kétold.)	0,000	0,001	0,000
	Tárgyi környezet	Korr. eh.	,171**	,201**	,186**
		Szig. (kétold.)	0,003	0,001	0,001
	Idő-menedzsment	Korr. eh.	,176**	,145*	0,115
		Szig. (kétold.)	0,002	0,016	0,050
	Személyre szabottság	Korr. eh.	,146*	,274**	,169**
		Szig. (kétold.)	0,011	0,000	0,003

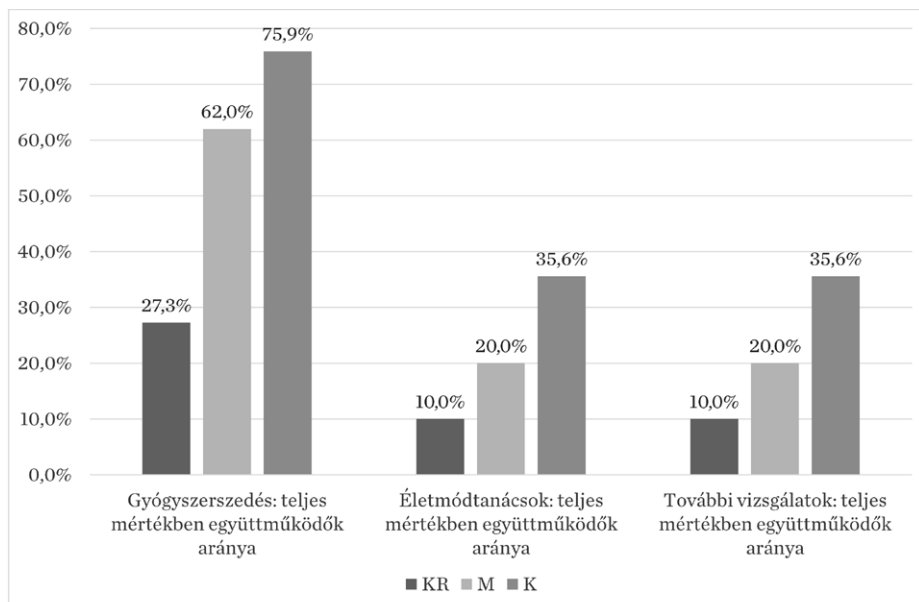
Megjegyzések: ** a korreláció szignifikáns ($p=0,01$, kétoldali)

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

Forrás: saját szerkesztés

Statisztikailag kimutatható szerepe van továbbá ebben a mintában is az együttműködés kapcsán a kognitív és érzelmi gondoskodásnak (26. ábra).

26. ÁBRA: Teljes mértékben együttműködők aránya a kognitív és érzelmi gondoskodás mértékének függvényében



Forrás: Saját szerkesztés

10.7 Kvalitatív eredmények: betegélmények az alapellátásról

A 2024-ben felvett kérdőívben szerepelt egy nyílt kérdés, amelynek célja az volt, hogy bármilyen, a háziorvossal kapcsolatos, fontosnak tartott tapasztalatot szabadon megoszthassanak a válaszadók. A kérdés nem volt kötelező; arra 96 válasz érkezett, amely úgy vélem, elegendő mennyiség ahhoz, hogy rövid kvalitatív elemzést végezzek.

A válaszokat először aszerint csoportosítottam, hogy pozitív, negatív, vagy semleges visszajelzést adnak a háziorvosi ellátásról. Ennek eredménye látványos: 61 válaszadó határozottan negatív véleményt fogalmazott meg, negatív élményről számolt be; ezek jellemzően több sorban megírt, részletesebb meglátások voltak. Mindössze 13-an voltak, akik érdemesnek találták megosztani pozitív élményüket, melyek jellemzően pár szavas, elégedettséget jelző megfogalmazások. A fennmaradó 22 válasz a kérdőív kitöltésével kapcsolatban adott pontosítást, vagy jelezte, hogy nincs további megjegyzése.

A pozitív visszajelzések tartalma két kód, téma köré csoportosult; egyrészt az orvos kognitív és érzelmi gondoskodásának tényezői jelentek meg 8 válaszadónál (az orvos kedves, nyitott, türelmes, szívesen válaszol a kérdésekre), másrészt a telemedicina alkalmazásával kapcsolatos elégedettség 5 válaszadó esetében („*Panaszomat, ha szükséges lefényképezem. Átküldöm e-mailben. Sokszor így is sikeres a sikeres diagnózis, és a gyógyítás.*”).

A negatív véleményeket azok tartalomelemzése és kódolása során négy nagyobb kategóriába soroltam, melyek az alábbiak:

- a háziorvos személyes kompetenciájához kapcsolódó tényezők (ezek között szakmai és interperszonális szempontok is megjelennek),
- a háziorvos-beteg közötti személyes kapcsolat hiányával összefüggő tényezők,
- az orvoshiányra visszavezethető tényezők,
- ellátás-szervezéssel kapcsolatos tényezők.

A háziorvos, és egyes válaszokban a vele dolgozó asszisztens szakmai és interperszonális kompetenciáival, viselkedésével kapcsolatos elégedetlenség 22 válaszadó válaszában jelent meg. Közülük 7 fő kifejezetten a korszerű szakmai tudás hiányát, a továbbképzés elhanyagolását emelte ki, amely Betbaatar és tsai (2017) klasszifikációjában az észlelt kompetenciához, azaz a technikai minőséghez kapcsolódik. Az alábbi válaszok azt is jelzik, hogy ezt a rendszerszintű problémaként jelen levő előregedő orvostársadalommal összefüggésben is látják: „*(...) képzések valóban komoly képzések legyenek, ne a gyógyszercégek vacsorával egybekötött gyógyszerpromóciós-előadásai. Ha már nincs igény önképzésre. Bár a 70 éves háziorvosnál már ezt is megértem, de nem tudom elfogadni.*”; „*az általam ismert háziorvosi praxisok az orvostársadalom elfekvői, annak megfelelő orvosi hozzáállással és szakértelemmel*” – ez már részben az elérhetőség dimenziójához is kapcsolódik. A betegcentrikusság, odafigyelés, és gondos ellátás hiányaként (interperszonális gondoskodás dimenziója) kategorizálható válaszok száma 11; többen említették, hogy háziorvosukat nem érdeklik a páciensek és az ő méltóságuk; rendelés közben mással foglalkoznak, nem veszik komolyan a panaszokat, a pácienseknek maguknak kell egészségügyi információknak utánanézni: „*Leterhelt az orvos, kiégett, nem érdekli, hogy mi van a páciensekkel.*”; „*A háziorvos megpróbál „lerázni”, (...) „Nyitott ajtónál zajlik a konzultáció...”*. Az ebbe a kategóriába eső egyéb válaszok között a prevencióra való odafigyelés hiánya, az orvosi kiégés következményei fordultak elő, amelyek pedig a szervezeti jellegzetességek dimenziójával is összefüggnek.

A háziorvos és páciensei közötti személyes kapcsolat hiányát 14 válaszadó említette; nagy részük egyáltalán nem tud személyesen konzultálni orvosával, és évek óta nem találkozott vele: „*Orvossal csak nagyon ritkán lehet beszélni, leggyakrabban az asszisztens veszi fel a telefont és nem is adja át az orvosnak.*” A válaszok egy része ezt egyértelműen a Covid 19 folyamatyáaként észleli: „*Kovid óta inkább*

kerülnek a beteget”; „Vidéki városban sok probléma adódik a telefonos rendelésből, és alig dolgoznak a házi orvosok, naponta 1-2 órát maximum, a beteg embertől félnek, mint egy leprástól”. Ezek a válaszok megerősítik a szakirodalmi eredményeket is, melyek szerint a páciensek elégedettebbek akkor, ha személyesen is konzultálhatnak házi orvosukkal.

Rendszerszintű probléma észlelhető az elérhetőség dimenziójában: különösen vidéken, falvakban kevés, vagy egyáltalán nincs házi orvos. 17 válaszadó írt le olyan helyzetet, amely egyértelműen erre utal: csak helyettesítés, vagy megyei ügyelet nyújt elérhető ellátást; kevés a fiatal orvos, ők sem veszik át a praxist; elégedetlenség esetén szinte lehetetlen az orvosváltás: *„A házi orvosunk évekkal előbb elhunyt. Egy darabig egy másik körzet házi orvosát terhelték meg velünk, majd jött egy új, fiatal (és szimpatikus) házi orvos, aki helyettesít. Nem szándékozik átvenni a praxist. Ettől bizonytalanságban érzem magam.”*

Az ellátás szervezésével kapcsolatos hiányosságoknak (hozzáférés, és szervezeti tényezők dimenziói) szintén rendszerszintű okai vannak; 8 válaszadó említett ezzel összefüggő rossz tapasztalatot, köztük a bürokrácia méretét, az eligazodás nehézségeit, a túl hosszú várakozási időket. Többen látják, hogy ez nemcsak a betegeknek, hanem az orvosoknak is rossz: *„Túlterheltek az orvosok, az állandó szabályozási változtatások nehezítik a munkájukat, több szakmai önállóságra lenne szükség”.*

A fent említett problémakörök természetesen több ponton összefonódnak. A szakmai életútjuk végén járó orvosok kevésbé motiváltak a továbbképzésre, a szabályozási minimumon túlmutató ellátásra; az orvoshiány olyan körzeteket eredményez, ahol rengeteg a páciens, így nehezebb a személyre szóló gondoskodás és az, hogy megfelelő időt fordítsanak egy betegre. Egyértelműen észlelhető, és negatív élményeket okozó probléma a házi orvosok előregedése, a praxisok kiüresedése, az ellátás bizonytalanságának érzete, amely a betegelégedettség eléréssel, hozzáférhetőséggel kapcsolatos dimenziói kapcsán jelez megoldandó problémákat.

11. Összegzés, következtetések és kitekintés

Jelen írással egy tizenhét éves kutatási folyamat igen fontos állomásához értem. Kutatásaimat az egészségügyben észlelt kompetenciák és kockázatterzet 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. E mű legnagyobb részének a 2013-ban megvédett doktori értekezésem szolgál alapul, amelyet – a rákövetkező években sokféle kapcsolódó, de más szemléletű témakör felé „kalandozás” után – 2024-ben újabb önálló kutatással egészítettem ki, frissítve a szakirodalmi háttér eredményeit is. Ennek aktualitását nem csak az egészségügyi szektor egyébként is gyors technológiai fejlődésének üteme adja, hanem az időközben átélt Covid 19-járvány is, amelynek mélyreható hatásai voltak a társadalmak egészségében, attitűdjében, és az egészségügyi rendszerekben is. Az egészségügyi ellátások vizsgálata olyan szerteágazó témakör, melynek az itt bemutatott kutatásával is csak egy szeletét – kiemelten páciensszempontú szeletét – tudtam megragadni. Már e részterület vizsgálatához is interdiszciplináris szemléletre volt szükségem, és mind szekunder, mind primer kutatásaim ebben a szellemben végeztem.

Írásomban az orvos-beteg interakciót gazdasági, marketingszempontú, 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 betegelégedettséget és így módon, valamint az együttműködés javításán keresztül hozzájárul az egészség fenntartásához, a gyógyítási-gyógyulási folyamatok javításához, a páciensbiztonsághoz, 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.

Tanulmányom 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 igénybe vevőinek 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* ismertettem 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 ráható 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 megkérdezésben szerepet játszottak, és fokozatosan építettem fel kutatásom elméleti modelljét. A *7. fejezetben* olyan korábbi kutatási eredményeket ismertettem, 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 hipotéziscsoportjaimat, melyek az irodalmi előzményeket bemutató fejezetekhez kapcsolódtak. Itt ismertettem kérdőíves kutatásom módszertanát is. A *9. fejezetben* fő kérdőíves kutatásom 2013-as adatfelvételének eredményeit mutattam be a hipotézisek megfogalmazásának logikai sorrendjében, a *10. fejezetben* pedig a 2024-es eredményeket, melyek ugyanezen eszköz használatával születtek.

A következőkben a kvantitatív adatfelvételek összegzésével, eredményeim számbavételével megvizsgálom, melyek azok a hipotéziseim, amelyek elfogadhatók, és melyeket kell elutasítanom. Az eredmények összegzéseként ezután felvázolom az orvos-beteg interakció tényezőinek és következményeinek modelljét.

11.1 Kvantitatív eredmények: hipotézisekre adott válaszok és összegzés

Kérdőíves megkérdezéseim célja tehát 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 művem 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. Az, hogy az adatfelvételt bő 10 év különbséggel megismételtem, elősegíti, hogy a módszertan és a konstruktumok közötti kapcsolatos vizsgálatában megbízhatóbb megállapításokat tegyek – és ezeket a megállapításaimat mindkét eredményhalmaz ismeretében teszem –, emellett egyfajta „Covid előtt – Covid után” összehasonlításra is lehetőséget ad.

Kvantitatív eredményeim alapján az 1.1. hipotézist elfogadom: értelmezhető háziorvosi ellátás kapcsán a SERVQUAL modell, az általam összeállított skála pedig validnak tekinthető. Fontos kiegészítés, hogy – ahogyan azt szakirodalmi adatok is alátámasztják – a SERVPERF szemlélet alkalmazása akkor, amikor nincs szükség kifejezetten bő információhalmazra a páciensek elvárásairól is, elegendő és javasolt megközelítési mód az észlelt minőség mérésére. Az észlelési skála jól (a gap-eknél pedig jobban) magyarázza a szolgáltatással való elégedettséget. Az 1.2. hipotézist részben tudom elfogadni, és itt csak a 2013-as felvétel adataira támaszkodok, melynek eredményei alapján megállapítható 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 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. Az észlelt minőség témaköre 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.

Eredményeim alapján 2.1. hipotézisem nem tudom elfogadni: a vélt egészség és a koherencia-érzet között csak a 2013-as adatfelvételnél találtam azt az összefüggést, hogy a magasabb vélt egészség magasabb koherencia-érzettel jár együtt, a 2024-es mintában ez nem mutatkozott. Elfogadom 2.2. hipotézisem: az egészséghit modell magyar nyelvű, általános tartalmú, általam összeállított változata valid és értelmezhető. Meg kell említeni ugyanakkor, hogy az egészséghit modell komponensei közül az észlelt előnyök és a saját teljesítmény gyengébb kapcsolatai a többi változóval a 2013-as adatfelvétel eredményeiben egyrészt utalhatnak arra, hogy az egészségmagatartásban a cselekvésre elsősorban a negatív érzelmek

vannak hatással, másrészt azt is, hogy a skálák további módosítására lehet szükség – bár a 2024-es adatfelvétel megerősítette, hogy az eredeti skála, néhány állítás kihagyásával, megbízható. A bemutatott eredményeim alapján 2.3. hipotézisem is elfogadom, hiszen a koherencia-érzet és az egészséghit dimenzióinak alapján (a 2024-es mintában a vélt egészséget is hozzávéve) valóban elkülöníthetők egymástól eltérő páciensszegmensek. El kell utasítanom a 2.4. hipotézisem, hiszen a kórházak nem különböznek egymástól abban, hogy tagjaiknak milyen preferenciáik vannak az orvos stílusára vonatkozóan, és a 2.5. hipotézisem is, hiszen az orvosokba vetett bizalom mértéke mentén csak a 2013-as mintában tudtam kimutatni egyes csoportok közötti különbséget.

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. Kvantitatív eredményeim e kapcsolat megerősítését jelentik. Ezek alapján elfogadom a 3.1. és 3.2. hipotéziseim: a leggyakrabban tapasztalt háziorvosi stílus a paternalista – ebben nem volt változás 2013 és 2024 között, és valóban szignifikáns különbség van aközött, hogy a válaszadók mit tekintenek ideális stílusnak, és milyen stílus az, amit tapasztalnak; közel 50%-uk az általuk ideáltól eltérő stílusú háziorvossal találkozik napjainkban is. Megerősítést nyert ugyanakkor, hogy a paternalista stílust észlelők az ellátás minőségének egyes dimenzióit alacsonyabbra értékelik és kevésbé elégedettek, mint a betegközpontúbb stílust tapasztalók, elfogadom tehát a 3.3. és a 3.4. hipotéziseimet. Eredményem arra mutatnak továbbá, hogy nemcsak 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.

A kognitív és érzelmi gondoskodással kapcsolatos eredményeim tükrében mindhárom ide kapcsolódó hipotézisem elfogadom; ezek az eredmények a két adatfelvétel tükrében stabilak. Az elemzések alátámasztották, 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. Az orvosi kommunikáció tartalmának és stílusának következménye, a páciens kognitív és érzelmi állapota a konzultációk után tehát összefügg olyan fontos kimenetekkel, mint az észlelt minőség és az elégedettség.

A megkérdezések eredményei afelé mutatnak, hogy a háziorvos kognitív és érzelmi gondoskodása és a beteg-együttműködés között van kapcsolat; egyértelműen magasabb az együttműködési hajlandóság azok körében, akik a háziorvossal

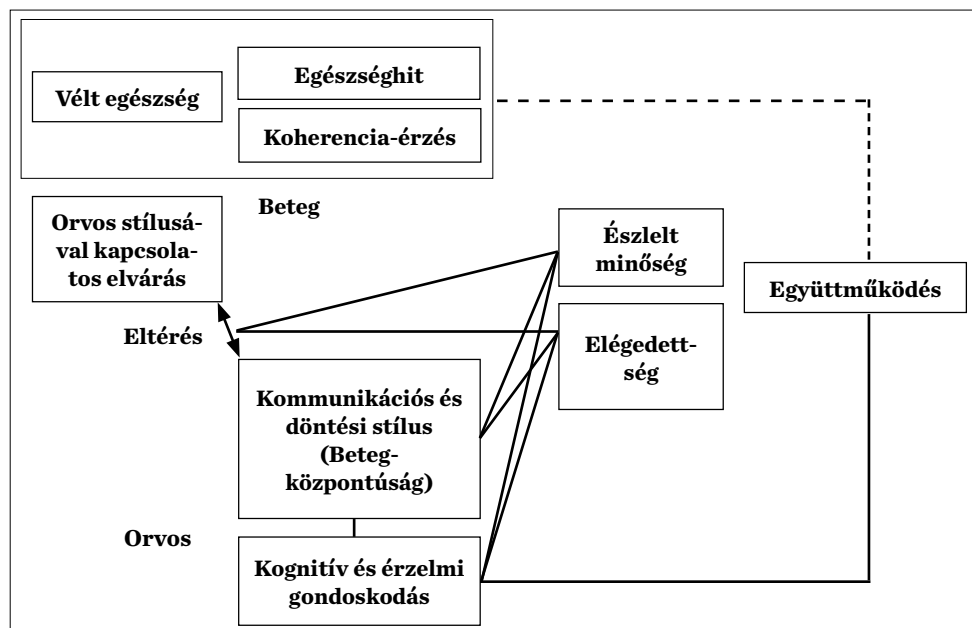
folytatott konzultációról az ott hallott információkat megértve, az interakcióval elégedetten és pozitív érzelmekkel távoznak.

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, mert azt a 2013-as adatok nem igazolták, bár a 2024-esek igen. 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 gyógyszeresedés és 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.

Rámutattam, hogy validálható és értelmezhető az egészséghit modell és az észlelt minőség SERVQUAL megközelítésű modelljének általam egészségügyi (házi-orvosi) 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 minőségdimenziók – 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 (27. ábra).

27. 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

Megállapítottam tehát, hogy a páciensek egészségmagatartása értelmezhető az egészséghit modell, a koherencia-érzés és a vélt egészség keretében, és mindkét mintában három szegmenst különböztettem meg. Mind 2013-ban, mind 2024-ben kirajzolódtak a tudatos előrelátók és a tehetetlenek; 2013-ban mellettük a próbálkozókként elnevezett csoport jelent meg, míg 2024-ben a pesszimisták; ezt az időközben megtapasztalt járványhelyzettel magyaráztam. A domináns jelentőséggel bíró különbség e csoportok között a saját teljesítmény és az észlelt előnyök tekintetében van, bár az eltel 10 év alatt a tudatos előrelátókon kívül a csoportok pontos jellemzői is változtak kismértékben. Míg a tudatos előrelátók átlagos egészségi állapota jó, tesznek is ennek megőrzéséért és hisznek ennek hasznosságában, a tehetetleneknél 2013-ban ez egyáltalán nem volt jelen, és az átlagosnál kevésbé látják ennek előnyeit, 2024-ben ugyanakkor már látják az előnyöket, de továbbra sem tudnak vagy akarnak tenni érte. Ezen egészségmagatartásra vonatkozó szemlélet (mely demográfiai változóktól többnyire független) kapcsolatban a beteg-együttműködéssel is, az orvos életmódra és további vizsgálatokra vonatkozó tanácsaival kapcsolatban.

Nemcsak 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; 2013-ról 2024-re a sorrend azonban változott: míg korábban valamivel többen preferálták a paternalistát, napjainkra a közös döntés került az első helyre. Az a feltételezés, melyet a téma irodalmi feldolgozása alapján fogalmazhatunk meg, miszerint a páciensek a betegközpontú kommunikációt igénylik, részben igazolódott, hiszen bár többségükre valóban ez jellemző, még mindig számottevően 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 nemcsak 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 háziorvos 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 mutatható 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 háziorvosuk javaslataival.

Az eredményekből az is látható, hogy a háziorvos kommunikációs stílusa nem csak önmagában, de a többi szubjektív kimeneten (és elsősorban a kognitív és érzelmi gondoskodáson) keresztül is összefügg az együttműködéssel.

A 2024-es adatfelvétel eredményei arra is rámutattak, hogy telemedicina (telefonos vagy internetes konzultációk a háziorvossal), melynek térhódítását a járványhelyzet kényszerűen megugrasztotta, és azután nemigen történt visszarendeződés, megosztja a pácienseket. A szakirodalmi eredményeknek megfelelően magam is megállapítottam, hogy bár a páciensek többsége elégedett a technológia alkalmazásának tényével, ugyanakkor azt inkább kiegészítőként, mint helyettesítőként preferálják, és a személyes találkozások hiánya az ellátással való elégedettség romlásával is jár. A nyílt kérdés kvalitatív elemzésének eredménye is megerősíti, hogy a személyes elérhetőség az elégedettség fontos dimenziója lehet. Háziorvosi szándék, és rendszerszintű megoldások is kellenek ahhoz, hogy a háziorvosok elegendő időt tudjanak fordítani a személyes betegfogadásra. A kvalitatív eredmények alapján kiemelten fontos a betegekkel való bizalmi kapcsolat kialakítása (amely szakirodalmi adatok alapján is az elégedettség fontos összetevője) – ehhez jó, ha van egyáltalán elérhető háziorvos – különösen, hogy ez az ellátási szint fontos prevenció, egyfajta „kapuőri” szereppel is rendelkezik, és hosszú távú kapcsolatra épül.

Módszertani szempontból is fontosnak tartom kiemelni néhány eredményem. Korábbi primer kutatásaim megjegyzendő 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 nem történtek meg; és ezeket a skálákat immár 10 éves különbséggel felvett két mintán tudtam validálni:

- az egészségmagatartás vizsgálatához egy általános szempontú egészséghit modellt mérő skála;
- a háziorvosi ellátás észlelt minőségének vizsgálatához a SERVQUAL (illetve SERVPERF) 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.

Új eredménynek tekintem, hogy a koherencia-érzés és az egészséghit dimenziók felhasználásával olyan, egyes demográfiai változóktól függetlenül létező páciensszegmenseket különítettem el egymástól, melyek vélhetően nagyban különböznek egymástól egészségmagatartásuk és egészségügyben való részvételük tekintetében. Ez azért fontos, mert alátámasztja, hogy nem csak demográfiai változók mentén érdemes fókuszálni az egyes csoportokra az egészség fejlesztését célzó kampányok során. Rámutattam arra is, hogy a szegmensek jellemzői az idők során a körülmények következtében változnak.

Kvantitatív kutatásom eredményeinek alapján megállapítható, hogy a modelemben 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 háttér-tényezőit, az észlelt minőséget, valamint az együttműködést.

Eredményeim alapján hat 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 időmenedzsment 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 páciensszegmensek 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 konzultációk személyes, avagy telemedicinához kapcsolódó jellege összefügg aló betegelégedettséggel.

6. 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.

11.2 Kutatási korlátok

Kutatásom korlátjaként fontos megemlíteni a kérdőíves megkérdezéseim mintaválasztásából és a használt módszertanból eredő korlátokat. Mivel mintaválasztásom nem volt véletlenszerű, ezért a 2013-as mintában nemre és életkorra való súlyozás után is maradtak olyan változók, melyekben mintám nem tekinthető reprezentatívnak; a 2024-es mintában pedig kifejezetten felülreprezentáltak egyes csoportok (nők, idősebbek, felsőfokú végzettséggel rendelkezők).

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; az online felvett, önbevalláson alapuló skálák egyébként is magukban hordozzák a torzító hatást.

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. A statisztikailag szignifikáns, ugyanakkor alacsony korrelációk értelmezésében is akadhatnak vitás pontok; én azokra úgy tekintettem, mint amelyekről kiderült, hogy valóban szerepet játszanak a vizsgált jelenségben, de mivel ez számos más tényezőre is igaz, szerepük nem lehet kifejezetten nagy, vagy egyeduralkodó.

11.3 Javaslatok és további kutatási irányok

Művem mind szakirodalmi, mint empirikus kutatásból származó adatok mentén rámutat, hogy a betegközpontú ellátás egyre fontosabb szerepet játszik a modern

egészségügyben. A háziorvosok kulcsszerepet játszanak a betegek ellátásában, és fontos, hogy jó minőségű ellátást nyújtsanak a betegeknek, melynek értékelésében a betegélmények és a betegelégedettség adatai különösen fontosak. Mindezen 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.

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.

Eredményeim szerint a beteg-együttműködésben igen fontos szerepe van az orvosnak, a tőle kapott kognitív és érzelmi gondoskodásnak, azaz annak, hogy 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. További kutatásoknak kellene fókuszálniuk az igénybe vevők mellett a szolgáltatást nyújtókra is.

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 a 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 marketingstratégiákat 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 marketingtechnikák 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 „marketingeszköznek” tekinthető módszerek használata is. Mindez magában foglalja a célcsoport igényeinek és észleléseinek megértését és az üzeneteknek a fogadói sajátosságokhoz való igazítását, vagy a viselkedésbéli változások (pl. gyógyszerszedés, 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, viselkedéses 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. Ahogyan eredményeim alapján rámutattam, nemcsak 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 nemcsak 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. élelmiszerreklámokkal) (Andreasen 2006). Az természetesen további kutatások tárgya, hogy egyes pácienscsoportok milyen preferenciákkal rendelkeznek a témát illetően.

Fontosnak tartom az egészségügyi ellátás egyéb területein (tehát nemcsak háziiorvosi ellátás, hanem szakellátás vagy fekvőbeteg ellátás) is megvizsgálni az orvos-beteg interakció kimeneteit a bemutatott, validált skálák alkalmazásával.

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.

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 rövidségének – ehhez rendszerszintű szemléletváltásra volna szükség.

Nem csak hazai, nemzetközi szinten is észlelhető, hogy a rendelkezésre álló rengeteg betegelégedettséggel és betegélménnyel kapcsolatos adat felhasználása bizonytalan – ennek megoldása továbbra is várat magára.

Érdemes további kutatásokat folytatni a Covid 19-járvány hatásairól az egészségmagatartásra, az orvos-beteg interakciókra. Részletesen érdemes feltárni, hogy a telekonzultációk mely területeken töltik be hatékonyan szerepüket, és melyek azok, ahol továbbra is fontos a személyes kapcsolat. A járványhelyzet vélhetően nem csak a telemedicinával kapcsolatban hozott változásokat – a páciensszegmensekben megjelenő „pesszimizmus”, a koherenciaérzet és a vélt egészség között (a mintámban) eltűnő kapcsolat olyan gondolatébresztők, amelyeknek érdemes volna utánajárni.

Bár egyre szélesebb körben elismert a kommunikáció jelentősége (ehhez járul hozzá munkám 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.

Felhasznált irodalom

- Aashima, Mehak N., Sharma R. (2020): A Review of Patient Satisfaction and Experience with Telemedicine: A Virtual Solution During and Beyond COVID-19 Pandemic. *Telemedicine and E-Health* 27 (12) 1325-1331. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0570>
- Abraham, C., Sheeran, P. (2005): The Health Belief Model. In: Conner, M., Norman, P. (szerk.): *Predicting health behavior*. Open University Press, Berkshire: 28-80.
- Al-Neyadi, H. S., Abdallah, S., Malik, M. (2016): Measuring patients' satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL. *International Journal of Healthcare Management* 11/2: 96-105. <https://doi.org/10.1080/20479700.2016.1266804>
- AlOmari, F. (2020): Measuring gaps in healthcare quality using SERVQUAL model: challenges and opportunities in developing countries. *Measuring Business Excellence* 25/4: 407-420. <https://doi.org/10.1108/MBE-11-2019-0104>
- Andreasen, A. R. (1994): Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 1994/13: 108-114. <https://doi.org/10.1177/074391569401300109>
- 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. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Auerbach, S. M., Clore, J. N., Kiesler, D. J., Orr, T., Pegg, P. O., Quick, B. G., Wagner, C. (2002): Relation of diabetic patients' health-related control appraisals and physician-patient interpersonal impacts to patients' metabolic control and satisfaction with treatment. *Journal of Behavioral Medicine* 25/1: 17-31. <https://doi.org/10.1023/A:1013585617303>
- 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. <https://doi.org/10.1556/Mental.8.2007.2.4>
- 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.
- Batbaatar, E. - Dorjdagva, J. - Luvsannyam, A. - Savino, M. M. - Amenta, P. (2017): Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 137 (2) 89-101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Becser N. (2007): *Szolgáltatásminőség fejlesztés a kiskereskedelemben*. 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.
- Berend D., Kotosz B. (2012): Egészségmagatartás-modell tesztelése többváltozós technikákkal. *Statistikai Szemle*, 90/5: 424-446.
- Bernát A. (2002): A magyar társadalom szubjektíven megítélt egészségi állapota és az egészségüggyel kapcsolatos intézményi preferenciák. *Marketing & Menedzsment*, 2002/5-6: 24-31.
- Bhattacharyya, N., Das, M. K., Chatterjee, P. S., Biswas, R. (2010): An intervention study on compliance of diabetes mellitus patients. *Journal of the Indian Medical Association* 108/2: 88-90.
- Bircher, J. (2005): Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8/3: 335-341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>
- Blomqvist, K. (1997): The many faces of trust. *Scandinavian Journal of Management*, 1997/3: 271-286. [https://doi.org/10.1016/S0956-5221\(97\)84644-1](https://doi.org/10.1016/S0956-5221(97)84644-1)
- Boon, H., Stewart, M. (1998): Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 1998/35: 161-176. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00063-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00063-9)
- 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. [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(03\)00037-6](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(03)00037-6)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.014>
- Burt, J., Campbell, J., Abel, G., Aboulghate, A., Ahmed, F., Asprey, A., et al. (2017): Improving patient experience in primary care: a multimethod programme of research on the measurement and improvement of patient experience. Programme Grants for Applied Research 5 (9) <https://doi.org/10.3310/pgfar05090> <https://doi.org/10.3310/pgfar05090>
- 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. <https://doi.org/10.1136/qhc.13.2.92>
- Campbell, S. M., Roland, M. O., Buetow, S. A. (2000): Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, 51/11: 1611-1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- 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. <https://doi.org/10.1108/09564230710826250>
- Carpenter, C. J. (2010): A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. *Health Communication* 25/8: 661-669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(98\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(98)00119-2)
- Chapman, B. P., Duberstein, P., Epstein, R., Fiscella, K., Kravitz, R. L. (2008): Patient-Centered Communication During Primary Care Visits for Depressive Symptoms: What is the Role of Physician Personality? *Medical Care* 46/8: 806-812.
- 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. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-139>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00178-6](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00178-6)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.014>
- Cronin, J. T., Taylor, S. A. (1992): Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* 56/3: 55-68. <https://doi.org/10.1177/002224299205600304>
- 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. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.599449>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.06.012>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0167-4870\(98\)00025-7](https://doi.org/10.1016/S0167-4870(98)00025-7)

- 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04169-6)
- Donabedian, A. (1988): The Quality of Care. How can it be Assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260/12: 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Dosen, D. O., Skare, V., Cerfalvi, V., Bencekovic, Z., Komarac, T. (2020): Assessment of the quality of public hospital healthcare services by using SERVQUAL. *Acta Clin Croat* 59: 285-293.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.012>
- Eke E., Girasek E., Szócska M. (2009): A migráció a magyar orvosok körében. *Statistikai 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.
- Endeshaw, B. (2020): Healthcare service quality-measurement models: a review. *Journal of Health Research* 35/2: 106-117. <https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0152>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.003>
- 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. <https://doi.org/10.1001/archfami.7.2.149>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2006.01.003>
- 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. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- 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. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Eriksson, M., Mittelmark, M. B. (2017): The Sense of Coherence and Its Measurement. In: Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., Espnes, G. A. (Eds, 2017): *Tha Handbook of Salutogenesis*. Springer eBook. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>

- Evans, W. D. (2006): How social marketing works in healthcare. *BMJ* 2006/322: 1207-1210. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7551.1207-a>
- Evetovits, T. (2004): Célok és eszközök összehangolása az Irányított Betegellátási Rendszerben: az információs aszimmetria problematikája. *Egészségpolitika*, 3/3: 11-15.
- Eysenbach, G. (2010): What is e-health? *Journal of Medical Internet Research* 3 (2): e20. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
- Éger I. (2006): *A közoktatás szerepe az egészségfejlesztésben*. Doktori disszertáció. Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Gazdasági Folyamatok Elmélete és Gyakorlata Doktori Iskola, Sopron.
- Fábián G., R. Fedor A., Móre M. (2022): Ötven éf felettiek egészségi állapota és egészségmagatartása. *Acta Medicinæ et Sociologica* 13/35: 108-133. <https://doi.org/10.19055/ams.2022.11/29/6>
- Fabula Sz., Lados G., Ilcsikné Makra Zs., Pál V. (2020): A magyarországi egészségügyi humán erőforrás-kapacitás és -hiány térségi és települési szintű mintázatai. *Településföldrajzi Tanulmányok* 9 (2) 97-111.
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00094-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00094-X)
- Fetchenhauer, D., Dunning, D. (2008): Do people trust too much or too little? *Journal of Economic Psychology*, 30/3: 263-276. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2008.04.006>
- 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 alapotívumok*. 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.030>
- Friedman, H. S., Silver, R. C. (2006): *Foundations of Health Psychology*. Oxford University Press, Oxford. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195139594.001.0001>
- 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.
- Gamucci Jiménez de Parga, S., Garriga Casanovas, A., Gómez Sans, J., Aramendia Macua, J., Guardiola Sala, A., Orfila Pernas, F. (2023): Evaluation of users and health professionals on teleconsultation in primary care: A cross-sectional study. *Atencion Primaria* 55 (7) 102642. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102642. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102642>

- Gochman, D. S. (1997): Health Behavior Research. In: Gochman, D. S. (szerk.): *Handbook of Helth Behavior Research*. Plenum Press, New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1757-7>
- Gödény 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. <https://doi.org/10.1108/08858629810226645>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00043-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00043-0)
- 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.
- Gulácsi L. (2016): A magánfinanszírozás helye a magyar egészségügyben: forráshiányban az egészségügy – mit tehetnek a biztosítók? Biztosítás és kockázat III/2: 88-97. <https://doi.org/10.18530/BK.2016.2.88>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.02.018>
- Hablicsek L. (2004): Demográfiai öregedés Európában. In: Giczi J., Ságbi 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.
- Hardyman, W., Daunt, K. L., Kitchener, M. (2014): Value Co-Creation through Patient Engagement in Health Care: A micro-level approach and research agenda. *Public Management Review*, 17/1: 90-107. <https://doi.org/10.1080/14719037.2014.881539>

- 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): Elégedettségi és lojalitási mérések. In: Veres Z., Hofmann M., Kozák Á. (szerk.): *Bevezetés a piackutatásba*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Holtz, B. E. (2021): Patients Perceptions of Telemedicine Visits Before and After the coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Telemedicine and E-Health*. 27 (1) 107-112. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0168>
- Hudson-Smith, M. – Smith, D. (2018): Directing Improvements in Primary Care Patient Experience through Analysis of Service Quality. *Health Services Research*. 53 (6) 4647-4666. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12985>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.012>
- 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. <https://doi.org/10.2307/2955359>
- Iguacel, I., Antón, I., Urcola, F., Ariño, M., Martínez-Jarreta, B. (2024): Assessing patient satisfaction with telephone-based consultations before, during and after the COVID-19 pandemic in Spain. *Atencion Primaria*. 56 (2) 102792. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102792>
- Incze, N., Pseuth, T. (247): E-Health: Digitalizálódik az egészségügy? *Köz-gazdaság* 2020/4: 247-250. <https://doi.org/10.14267/RETP2020.04.20>
- Janz, N. K., Becker, M. H. (1984): The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11/1: 1-47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Jenei Gy. (2005): Közszolgálati közgazdaságtan, egészségügyi közgazdaságtan, európai uniós követelmények. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 45-69.
- Jiao, W., Chang, A., Ho, M., Lu, Q., Liu, M. T., Schulz, P. J. (2023): Predicting and Empowering Health for Generation Z by Comparing Health Information Seeking and Digital Health Literacy_ Cross-Sectionsl Questionnaire Study. *Journal of Medical Internet Research* 2023, 25: e47595. <https://doi.org/10.2196/47595>
- 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. <https://doi.org/10.1177/104973200129118543>
- Juhász Á. (2007): *Az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés*. Doktori disszertáció. Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógia és Pszichológia Kar Pszichológia Doktori Iskola, Budapest.

- Juhász Z., Hetesi E., Buzás N. (2019): A betegelégedettséget befolyásoló tényezők és a lojalitás vizsgálata a háziorvosi ellátásban. *Marketing & Menedzsment* 53 (3) 17-31. <https://doi.org/10.15170/MM.2019.53.03.02>
- Kahneman, D., Slovic, P., Tversky, A. (1982): *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge University Press, Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511809477>
- Kang, G., James, J. (2004): Service quality dimensions: an examination of Grönroos's service quality model. *Managing Service Quality*, 14/4: 266-277. <https://doi.org/10.1108/09604520410546806>
- Kardas, P., Lewek, P., Matyjaszczyk, M. (2013) Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology* 2013/4: 91. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091>
- Karner C. (2011): A háziorvosi 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. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c42896>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.06.004>
- 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.
- Kállai, J., Barabás K., Túry F., Csabai M., Molnár P. (2018): Az orvosi pszichológia fejlődése hazánkban: szemléleti keretek, határterületek és alkalmazások. *Orvosi Hetilap* 159/36: 1455-1464. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31109>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.065>

- 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.
- Kovács E., Németh O. (2022): A társadalmi innovációk sikertényezőinek alkalmazási lehetőségei a magyarországi telemedicine fejlesztésére. *Gazdaság & Társadalom* 15 (33): 47-66. <https://doi.org/10.21637/GT.2022.2.03>
- KSH (2010): Egészségfelmérés (ELEF), 2009. *Statisztikai Tükör*, 4/50: 1-7.
- KSH (2012): Magyarország, 2011. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2011.pdf>. Letöltve: 2013. április 16.
- KSH (2019): Tehetünk az egészségünkért. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html Letöltve: 2024. 06. 23.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2006.12.003>
- Kyngas, H., Duffy, M. E., Kroll, T. (2000): Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*, 2000/9: 5-12. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00309.x>
- Lantos, Z., Simon J. (2018): The Community Health Experience model - value generation from person-centered health transaction network. *Public Health Reviews* 2018 (39) 29. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0105-8>
- 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., Rác 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.
- Lányi B., Törőcsik M. (2022): Az e-egészségügyi megoldások fogyasztói fogadtatása Magyarországon. *Vezetéstudomány* LIII/7: 63-78. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2022.07.06>
- Lawson, V.L., Bundy, C., Belcher, J., Harvey, J.N. (2010): Mediation by illness perceptions of the effect of personality and health threat communication on coping with the diagnosis of diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 15: 623-642. <https://doi.org/10.1348/135910709X478664>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.006>
- Lehtinen, U., Lehtinen, J. R. (1982): Two approaches to service quality dimensions. *The Service Industries Journal* 11/3: 287-303. <https://doi.org/10.1080/026420691000000047>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.09.010>
- 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. [https://doi.org/10.1016/0377-2217\(95\)00375-4](https://doi.org/10.1016/0377-2217(95)00375-4)
- Limbu, Y. B., Gautam, R. K., Pham, L. (2022): The Health Belief Model Applied to COVID-19 Vaccine Hesitancy: A Systematic Review. *Vaccines* 22/6: 973 (p13). <https://doi.org/10.3390/vaccines10060973>
- 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. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.468>
- Lucas, K., Lloyd, B. (2005): *Health Promotion: Evidence and Experience*. SAGE Publications, London. <https://doi.org/10.4135/9781446214916>
- Makoul, G. (2003): Communication Skills Education in Medical School and Beyond. *The Journal of the American Medical Association*, 2003/289: 93 <https://doi.org/10.1001/jama.289.1.93>
- Makoul, G., Schoefield, T. (1999): Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Education and Counseling*, 37/2: 191-195. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00023-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00023-3)
- 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., Rác J. (2008): Az „egészséghit-modell” magyarországi vizsgálata intravénás droghasználók körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63/2: 311-336. <https://doi.org/10.1556/mpszle.63.2008.2.3>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00099-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00099-X)
- Meakin, R., Weinman, J. (2002): The ‚Medical Interview Satisfaction Scale’ (MISS-21) adapted for British general practice. *Family Practice*, 19/3: 257-263. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.3.257>
- Meskó B., Györfy Zs. (2019): The Rise of the Empowered Physician in the Digital Health Era: Viewpoint. *Journal of Medical Internet Research*. 21 (3) e12490. doi: 10.2196/12490 <https://doi.org/10.2196/12490>
- 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.
- Molnár R., Sági Z., Köves B., Paulik E. (2020): Hogyan érhetők el a szakorvosok? Kommunikációs lehetőségek a szakorvos-beteg konzultációban. *Lege Artis Medicinae*. 30 (8-9) 365-370. <https://doi.org/10.33616/LAM.30.032>
- 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. <https://doi.org/10.1108/09526861011017094>

- 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. [https://doi.org/10.1016/0020-7101\(95\)01131-W](https://doi.org/10.1016/0020-7101(95)01131-W)
- 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. <https://doi.org/10.7790/ejap.v1i1.10>
- 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> <https://doi.org/10.1787/9789264183896-en>
- OECD (2017): *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD (2023): *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023): Hungary: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- OEK (2004): *OLEF 2003 Gyorsjelentés*. <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. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh502>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.016>
- 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. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- 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. <https://doi.org/10.1023/A:1008663215166>
- 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. <https://doi.org/10.1177/002224298504900403>
- 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. [https://doi.org/10.1016/0022-4359\(94\)90033-7](https://doi.org/10.1016/0022-4359(94)90033-7)
- 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.
- Pekkaya, M., Imamoglu, Ö. P., Koca, H. (2017): Evaluation of healthcare service quality via Servqual scale: An application on a hospital. *International Journal of Healthcare Management* 12/4: 340-347. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1389474>
- Pikó B. (2007): A pozitív gondolkodás szerepe az egészség megtartásában. In: Kálai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 115-131.
- Pilling J. (szerk., 2004): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Polese, F., Tartaglione, A. M., & Cavacece, Y. (2016): Patient empowerment for healthcare service quality improvements: A value co-creation view. *Proceedings of the 19th Toulon-Verona International Conference Excellence in Services*, Huelva, Spain (pp. 5-6).
- 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.
- 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.
- Ramaswamy, A., Yu, M., Drangsholt, S., Ng, E., Culligan, P. J., Schlegel, P. N., Hu, J. C. (2020): Patient Satisfaction With Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research*. 22 (9) e20786. doi: 10.2196/20786 <https://doi.org/10.2196/20786>

- 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. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01072.x>
- Richards, T. (1990): Chasms in communication. *British Medical Journal*, No 1990/301: 1407-1408. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6766.1407>
- Riedl, D., Schüßler, G. (2017): The influence of doctor-patient communication on health outcomes: a systematic review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2), 131-150. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>
- Rosenstock, I. M. (1966): Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44/3: 94-127. <https://doi.org/10.2307/3348967>
- 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. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- 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. <https://doi.org/10.5465/amr.1998.926617>
- Rowe, R., Calnan, M. (2006): Trust relations in health care--the new agenda. *European Journal of Public Health*, 2006/1: 4-6. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl004>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S1532-0464\(03\)00037-6](https://doi.org/10.1016/S1532-0464(03)00037-6)
- Russell, S. (2013): Patients' experiences: Top heavy with research. Literature review. Bayside Medicare Local. Research Matters: Melbourne. <https://research-matters.com.au/wp-content/uploads/2022/09/PatientsExperiencesReview.pdf> Letöltve: 2024.05.11.
- 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.
- Sánchez-Piedra, C. A., Prado-Galbarro, F. J., García-Pérez, S., Santamera, A. S. (2014): Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Quality in Primary Care*. 22 (3) 147-155. <https://doi.org/10.7175/fe.v15i4.979>
- Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet (2003): *Az orvosok kommunikációs képzésének helyzete Magyarországon*. <http://www.behsci.sote.hu/sajtokozlemenyei.htm>. Letöltve: 2011. május 27.

- Setyawan, F. E. B., Supriyanto, S., Ernatwy, E., Lestari, R. (2020): Understanding patient satisfaction and loyalty in public and private primary health care. *Journal of Public Health Research* 2020/9: 1823. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1823>
- Shay, L. A., Lafata, J. E. (2015): Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. *Medical Decision Making* 35/1: 114-131- <https://doi.org/10.1177/0272989X14551638>
- Siegel, S. (2023): 2024 Global Health Care Sector Outlook. Navigating transformation. Deloitte, 2023.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.04.012>
- Sjöberg, L. (2000): Factors in Risk Perception. *Risk Analysis*, 20/1: 1-11. <https://doi.org/10.1111/0272-4332.00001>
- 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. <https://doi.org/10.1556/mental.5.2004.1.1>
- Slater, M. D., Flora, J. A. (1991): Health Lifestyles: Audience Segmentation Analysis for Public Health Interventions. *Health Education & Behavior*, 18/2: 221-133. <https://doi.org/10.1177/109019819101800207>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Szigeti Sz. (2023): Az állami és a magán egészségügy fogyasztói szemmel Magyarországon. *Egészségügyi Innovációs Szemle* 2023; 2(1): 14-22. <https://doi.org/10.56626/egis.v2i1.12293>

- Świątoniowska-Lonc, N., Tański, W., Polański, J., Jankowska-Polańsk, B., Mazur, G. (2021): Psychosocial Determinants of Treatment Adherence in Patients with Type 2 Diabetes – A Review. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity* 2021/14: 2701-2715. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S308322>
- 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.
- Teleki Sz., Tiringner I. (2017): Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (HAPA-modell). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 18/1: 1-29. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.001>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.002>
- 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. <https://doi.org/10.1556/OH.2011.29185>
- Towle, A., Godolphin, W. (1999): Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 2005/319: 766 – 771. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.766>
- 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.
- Törőcsik M. (2016): A fogyasztói magatartás új trendjei. *Vezetéstudomány XLVII Marketingtudományi különszám* 19-25. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2016.04.04>
- Urbán R. (2001): Útban a magatartás-szemponutú egészség-pszichológia felé: az egészségmagatartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56/4: 593-622. <https://doi.org/10.1556/mpszle.56.2001.4.5>
- 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. (2021): *A szolgáltatásmarketing alapkönyve*. Akadémiai Kiadó, Budapest. <https://doi.org/10.1556/9789634546412>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(97\)00035-0](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(97)00035-0)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.acalib.2004.09.009>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00137-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00137-3)
- 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.
- WHO (2022): *A healthy return: investment case for a sustainably financed WHO*. Geneva: World Health Organization.

- 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. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00463.x>
- 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. <https://doi.org/10.1007/BF00846695>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2006.01.013>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0092070393211001>
- Zeleznik, D. (2007): Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia. *Acta Universitatis Ouluensis*, D 954.
- Zhang, L., Tong, H., Demirel, H. O., Duffy, V. G., Yih, Y., & Bidassie, B. (2015): A practical model of value co-creation in healthcare service. *Procedia Manufacturing*, 3: 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2015.07.129>
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.
- www.crohn-colitis.hu
- <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/glossary/e-health.html>
- <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/%C3%81llamige%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyiszo%C3%A9ltatasa>
- http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfk_hungaria/pdf/press_h/press_20070206_h.pdf
- https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html
- <http://mta.hu/sajtoszemle/antibiotikum-aranyssabalyok-kutato-szemmel-126013>
- <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>

