



EFOP-2.2.0-16-2016-00002

**„Gyermek és ifjúságpszichiátria addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer
infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” kiemelt projekt**

VI. Alprojekt értékelés 3. részfeladat

**Az egészségügyi fekvő- és járóbeteg ellátók páciensekkel és partner-
szervezetekkel folytatott kommunikációjának vizsgálata –
Az egészségügyi szakszemélyzeti, orvosi és szülői célcsoportban felvett
kérdőívek kiértékelése**

**Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Dr. Keszeg Anna,
Dr. Gáll József, Józsa Tamás, Molnár-Kovács Dorottya, Boris Péter**

Debrecen, 2019.02.04.





Tartalom

1. Az egészségügyi személyzeti, orvosi és szülői célcsoporton megvalósított kérdőíves vizsgálat célja	3
2. Demográfiai adatokból levont következtetések	8
3. Az eredmények részletes ismeretete és módszertani megjegyzések.....	13
3.1. Felvételezéssel és a kérdőívekkel kapcsolatos általános megjegyzések	13
3.2. Néhány kiemelendő megjegyzés és eredmény a statisztikai vizsgálatok alapján	15
3.2.1. <i>Mintaelemszám</i>	15
3.2.2. <i>Gyakoriságeloszlások</i>	15
3.2.3. <i>Célcsoportok és összehasonlításuk</i>	16
4. Az egyes célcsoportok közötti eltérések a kérdőívra adott válaszok alapján	25
5. Az egyes kérdések tételes vizsgálatából adódó eredmények	31
5.1. Q1. A jó orvos jellemzői	31
5.2. Q2. A jó szak személyzet jellemzői	34
5.3. Q3. Mit kell tennie az orvosnak a gyógyulás sikeréért?.....	36
5.4. Q4. Egy átlagos orvos-beteg találkozó jellemzői.....	38
5.5. Q5. A kezelés kockázatosságának tényezői	39
5.6. Q6. A gyógyulási folyamatot befolyásoló tényezők	41
5.7. Q7. Beteg orvossal való elégedettsége	43
5.8. Q8. Orvos beteggel való elégedettsége	47
5.9. Q9. Az orvosok ideáltípusai	49
5.10. Q10. A betegek ideáltípusai	51
6. Összefoglalás	52
Mellékletek	55



1. Az egészségügyi személyzeti, orvosi és szülői célcsoporton megvalósított kérdőíves vizsgálat célja

A mentális betegségek kezelésekor a siker legtöbbször az orvos-szülő-egészségügyi szakszemélyzet hármasának együttműködésén múlik. E komplex kapcsolatot feltérképezendő, az EFOP-2.2.0-16-2016-00002 „Gyermek és ifjúságpszichiátriai addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” című projekt keretében kérdőíves felmérésre került sor orvosok, az egészségügyben dolgozó szakszemélyzet, illetve a páciensek szülei körében. A kutató munkát megalapozó és korábban elkészített szakirodalmi áttekintésben a kapcsolatépítés, a diskurzus elindítása, az információk összegyűjtése, a páciens szempontjainak megértése, az információ megosztása, a konszenzusra jutás a problémákkal és kezelésükkel kapcsolatban és a lezárás biztosítása lettek az orvos és beteg kommunikációjának legalapvetőbb fontosságú elemei (Makoul, 2001). Ezeknek a szempontoknak a figyelembe vételével vált nyilvánvalóvá, hogy az orvos, a szakszemélyzet és a beteg személye egyaránt meghatározza a kezelés, a gyógyítás sikerét, a kommunikáció sikerességét és ezáltal az elégedettség szintjét is. Ezen dimenziók a szakirodalomban fontos szerepet játszanak, összesűrítve mutatják ezen faktorok, hogyan érdemes interpretálni egy verbális és nonverbális kommunikációs folyamatokkal átszőtt orvos-beteg kapcsolatot. A vonatkozó részeket jól tárgyalja az általunk is idézett, a szakirodalmi összefoglalásban megjelent tanulmány sorozat (pl. Hinyard et al., 2007). A kérdőíves kutatás célja volt felmérni, hogy a rendszer különböző szereplői szerint:

1. Mik a jó orvos jellemzői?
2. Mik a jó szakszemélyzet jellemzői?
3. Mik az „ideális beteg” jellemzői?
4. Milyen tényezőkön múlik a gyógyítás sikere?
5. Pontosan mitől lesz „jó” a kommunikáció a kezelés során?
6. Milyen tényezőkön múlik a beteg elégedettsége?

Jelen tanulmány összefoglalja a fenti kérdésekre adott válaszokat, az azokból levont legfontosabb következtetéseket, illetve vizsgálja, van-e számot tevő különbség aközött, ahogyan az egyes célcsoportok a fenti kérdéseket látják.



„A vizsgálatunk egyik célja az egészségügyi rendszerben a kommunikációs folyamatok és állapotok felmérése, melyet egyéni és fókuszcsoporthoz interjúk készítésével térképeztünk fel három célcsoport körében:

1. *kliensekkel folytatott* kommunikáció vizsgálata (az ellátásban részesülő fiatalok szüleinek, gondviselőinek megkérdezése) – *egyéni interjúk készítése*
2. *az orvos-beteg* kommunikáció vizsgálata (orvosok, pszichológusok megkérdezése) – *fókuszcsoporthoz technika*
3. *az egészségügyi személyzet-beteg* kommunikáció vizsgálata (egészségügyi személyzet megkérdezése) – *fókuszcsoporthoz technika*

Ezen tapasztalatok alapján célunk volt továbbá egy *kommunikációt vizsgáló kérdőív* létrehozása, mely a multimodális team: az orvosok, az egészségügyben dolgozó szakszemélyzet és a kliensek szülei körében került felvételre.

A vizsgálati kérdések megfogalmazásakor mindhárom megkérdezett csoportban (kliensek, orvosok, személyzet) elsődlegesen a kommunikációs gyakorlatokkal összefüggő elégedetlenségi okok és területek feltárása volt a cél.”

A „Személyzeti, orvosi és szülői” kérdőíveket összesen **114 alannyal** kérdezték le kérdezőbiztosok. Ebből:

- 34 fő orvos,
- 44 fő az egészségügyi szakszemélyzet tagja,
- 36 a rendszerbe bekerült (fekvőbeteg-szakellátás és járóbeteg-szakellátás) páciens szülője.

A kérdőívben szereplő kérdések az alábbiak voltak:



1. **Ön szerint melyek a jó orvos jellemzői?** (Kérjük, válassza ki az alábbi állítások közül a három legfontosabbat és rakja fontossági sorrendbe! Karikázza be az állítások után az 1-est, ha azt az első helyre teszi, a 2-est, ha második helyre és a 3-ast, ha a harmadik helyre rangsorolja!)

1.1.-szakmai tudás	1	2	3
1.2.emberközpontú	1	2	3
1.3.fontosnak tartja a beteg tájékoztatását	1	2	3
1.4.megbízható	1	2	3
1.5.türelmes, kedves	1	2	3
1.6.szigorú, határozott	1	2	3

2. **Ön szerint melyek a jó szakszemélyzet jellemzői?** (Kérjük, válassza ki az alábbi állítások közül a három legfontosabbat és rakja fontossági sorrendbe! Karikázza be az állítások után az 1-est, ha azt az első helyre teszi, a 2-est, ha második helyre és a 3-ast, ha a harmadik helyre rangsorolja!)

2.1. szakmai tudás	1	2	3
2.2. emberközpontú	1	2	3
2.3. fontosnak tartja a beteg tájékoztatását	1	2	3
2.4. megbízható	1	2	3
2.5. türelmes, kedves	1	2	3
2.6. szigorú, határozott	1	2	3

3. **Ön szerint mit kell tennie az orvosnak a gyógyítás-gyógyulás sikeréért?** (1: egyáltalán nem kell tenni, 5: nagyon nagy mértékben tenni kell)

3.1. megértetni a kockázatokat	1	2	3	4	5
3.2. figyelmesen meghallgatni a beteget	1	2	3	4	5
3.3. felírni a megfelelő gyógyszereket	1	2	3	4	5
3.4. bátorítani a beteget	1	2	3	4	5

4. **Gondoljon egy általánosan előforduló, de fontos orvos-beteg találkozásra.** (Kérjük, értékelje a találkozás jellemzőit az alábbi tényezők szerint 1: egyáltalán nem, 5: teljes mértékben jellemző)

4.1. elég időt szánnak a kezelésére	1	2	3	4	5
4.2. figyelnek a betegre	1	2	3	4	5
4.3. a beteg bátran felteheti a kérdéseit	1	2	3	4	5
4.4. a beteg minden számára szükséges információt megkap	1	2	3	4	5
4.5. a beteg jobban szeretne beszélni a gyógymódról való döntésbe.	1	2	3	4	5

5. **Ön mitől érzi kockázatosnak vagy kevésbé kockázatosnak a kezelést, beavatkozást?**
Kérjük, értékelje az alábbi tényezőket! (1: egyáltalán nem kockázatos, 5: teljes mértékben kockázatos)



- 5.1. nem mindenre kiterjedő vizsgálat
1 2 3 4 5
- 5.2. nincsenek modern műszerek
1 2 3 4 5
- 5.3. az orvos nem tájékoztat megfelelően
1 2 3 4 5
- 5.4. a beteg nem tartja be, amit az orvos mondott
1 2 3 4 5
- 5.5. nincs kölcsönös bizalom az orvos-beteg között
1 2 3 4 5

6. **Ön szerint a beteg gyógyulása mennyire függ az alábbiaktól?** (1: egyáltalán nem függ tőle, 5: teljes mértékben függ tőle)

- 6.1. az orvos érti, amit a beteg elmond az állapotáról
1 2 3 4 5
- 6.2. ha a beteg valamit nem ért, újra megkérdezi az orvost
1 2 3 4 5
- 6.3. az orvos elfogadja a beteget a problémájával együtt
1 2 3 4 5
- 6.4. az orvos kíváncsi a beteg véleményére
1 2 3 4 5
- 6.5. a beteg részletesen elmondhatja a panaszait
1 2 3 4 5
- 6.6. az orvos minden szempontból figyel a betegre
1 2 3 4 5

7. **Ön szerint a következő szempontok szerint a betegek mennyire elégedettek az orvosokkal?** (1: egyáltalán nem, 5: teljes mértékben elégedettek)

- 7.1. figyelmesen meghallgatják a problémákat és minden információt megadnak
1 2 3 4 5
- 7.2. az állapotfelmérés után elmondják, mit tapasztaltak, mi lehet a betegség oka, és mit kell tenni
1 2 3 4 5
- 7.3. a beteggel együtt döntenek a megfelelő kezelésről
1 2 3 4 5
- 7.4. a beteg csak akkor beszél, ha az orvos kérdést tesz fel neki
1 2 3 4 5
- 7.5. a beteg az orvostól kér információkat, megpróbál részt venni a kezeléséről szóló döntésben.
1 2 3 4 5

8. **Ön szerint mennyire elégedettek az orvosok a betegekkel a következő szempontok szerint?** (1: egyáltalán nem, 5: teljes mértékben elégedettek)

- 8.1. a beteg elmondja a panaszait, a jelentkező tüneteket a tapasztalatait és megvitatja az orvossal a betegségéről eddig összegyűjtött információkat,



1 2 3 4 5

8.2. a beteg csak akkor beszél, ha az orvos kérdést tesz fel neki

1 2 3 4 5

8.3. a beteg az orvostól kér információkat, megpróbál részt venni a kezeléséről szóló döntésben

1 2 3 4 5

9. Ön szerint milyen az ideális orvos? (Kérjük, a leginkább szimpatikus jellemzést válassza ki, és karikázza be!)

9.1. figyelmesen meghallgatja a problémát, minden információt megad ahhoz, hogy a beteg dönthessen, majd támogatja az általa választott kezelés alatt

9.2. a vizsgálat után elmondja, hogy mit tapasztalt, mi lehet a betegség oka, és hogy mit kell tenni a gyógyulás érdekében

9.3. meghallgatja a beteget, orvosi és életmóddal kapcsolatos kérdéseket tesz fel, és bevonja a terápiáról szóló döntés meghozatalába

10. Kérjük, válassza ki, hogy Ön szerint melyik leírás illik leginkább az „ideális betegre”. (Karikázza be a leginkább megfelelőnek tartott jellemzést!)

10.1. elmondja a panaszait, tapasztalatait, és megvitatja az orvossal az eddig összegyűjtött és a rendelőben felmerülő információkat, majd ezek alapján saját maga dönt.

10.2. a legjobb tudása szerint válaszol az orvos kérdéseire, és együttműködik az orvos által előírt tennivalókkal.

10.3. meghallgatja az információkat, amiket az orvos ad, és megpróbál részt venni a döntésben, mérlegelve a szerinte számára legideálisabb megoldást.

11. Demográfiai jellemzők (Kérjük, karikázza be vagy töltsse ki a megfelelő választ!)

11.1. Nem

1- férfi

2- nő

11.2. Mikor született Ön? 19_____

11.3. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

1- Kevesebb, mint 8 általános

2- 8 általános

3- Középfokú

4- Főiskola



5- Egyetem

11.4. Ön jelenleg...

- 1- Aktív dolgozó
- 2- Nyugdíjas
- 3- Tanuló
- 4- GYES-en, GYED-en levő
- 5- Munkanélküli
- 6- Háztartásbeli
- 7- Egyéb

11.5. Lakóhelye.....

- 1- Megyeszékhely
- 2- Egyéb város
- 3- Község, falu

11.6. Hányan laknak együtt az Ön háztartásában? :fő

11.7. Mennyi a háztartásában élők összes nettó jövedelme? Ft

11.8. Mióta dolgozik az egészségügyben?

- 1 - _____ éve
- 2 - nem dolgozom az egészségügyben

11.9. Ön szerint hány év gyakorlat szükséges ahhoz, hogy kellően tapasztaltan végezhesse a munkáját...

- 1- az orvos _____
- 2-a szakszemélyzet _____

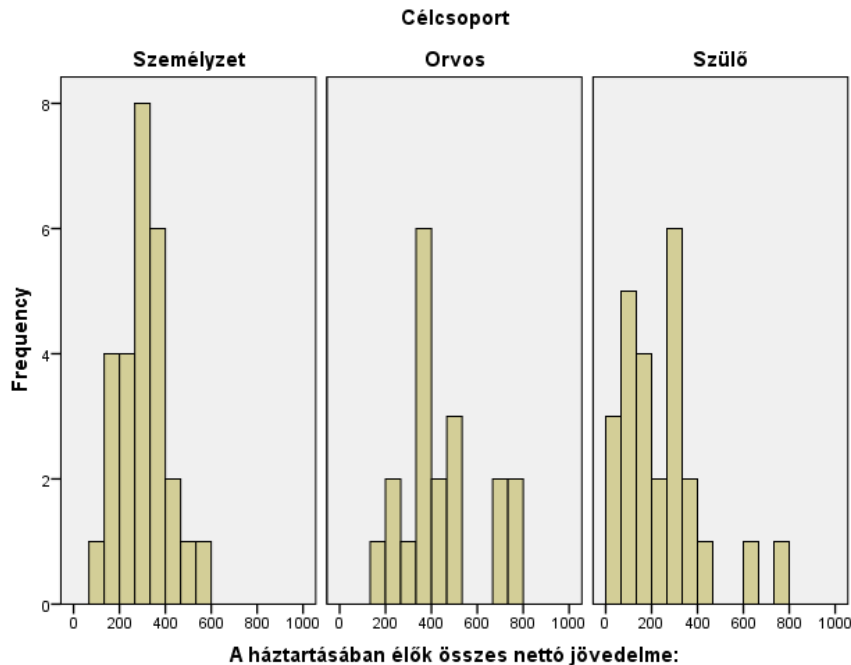
2. Demográfiai adatokból levont következtetések

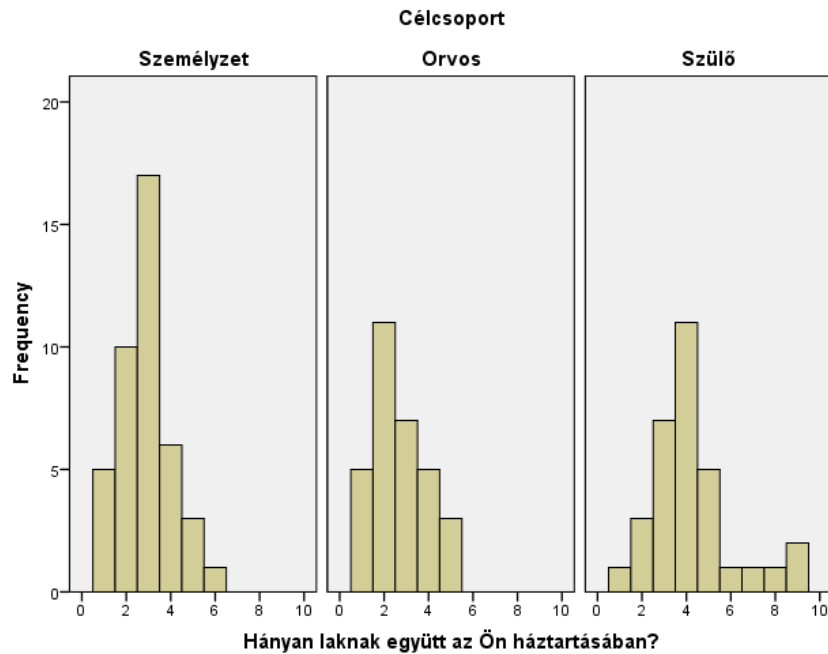
A kérdőív demográfiai adatokra vonatkozó kérdéscsoportja az alábbi információkra kérdezett rá: a válaszadó neme; születési éve; legmagasabb iskolai végzettsége; foglalkoztatási státusza; lakóhelye; egy háztartásban lakók száma; a válaszadóval egy háztartásban élők nettó jövedelme. A kérdőív kitöltői között a nemek aránya a következő volt: nők: 79%; férfiak: 16%; nem nyilatkoztak a nemükről: 5%. Mindhárom csoportban (orvosok, szakszemélyzet, szülők) nagyjából hasonló mértékben voltak felülreprezentálva a nők (4:1 arányban).

A kérdőív demográfiai adatokra vonatkozó válaszai nem szolgálnak meglepő eredményekkel, inkább csak megerősítik a három csoportról alkotott általános szociológiai feltételezéseket, melyek szerint a munkanélküliséggel általában alacsony nettó jövedelem jár együtt, míg a



magas iskolázottság nagyobb valószínűséggel eredményez magasabb jövedelmet. Ilyen általános társadalmi jelenségekre, valamint a kérdésfeltevések logikájára alapozó hipotézis lehet továbbá az, hogy a megyeszékhelyeken élőkénél magasabb az iskolai végzettség fokozata a falun élőkéhez képest, vagy hogy a GYES-en, GYED-en lévők, illetve a szülők csoportjánál magasabb az egy háztartásban élők száma (mivel ők értelemszerűen szülők), az orvosok csoportjához képest (ahol nem magától értetődő, hogy szülőkről van szó). A demográfiai kérdések ezen felül némi információval szolgálnak arról, hogy milyen idős, milyen tapasztalattal rendelkező szakemberek illetve szülők meglátásai szolgálnak alapjául az alábbi tanulmánynak.



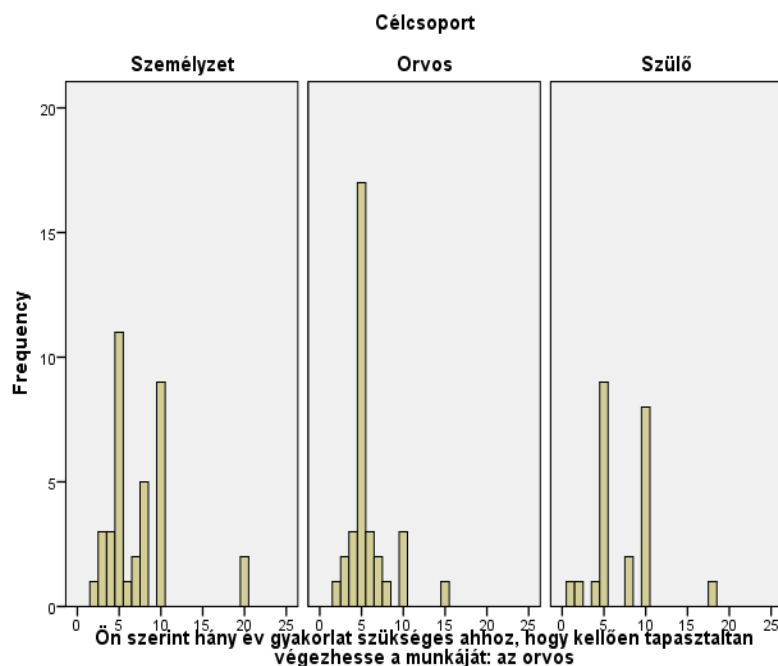


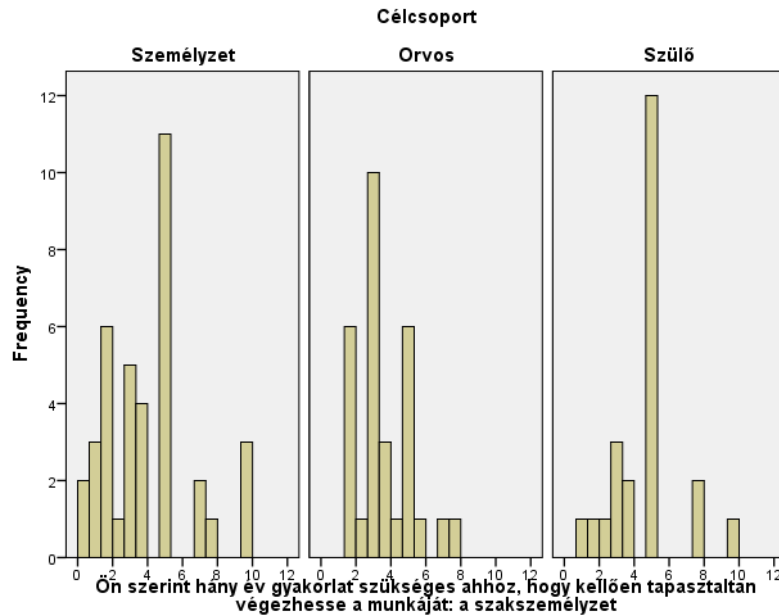
Beszédes adat, hogy a szülők csoportján belül a kérdőívet 80%-ban nők töltötték ki. Gyakorlati munkavégzésből származó tapasztalat, hogy a gyermekpszichiátriai és pszichológiai ellátásban a gyermeket kísérő szülők $\frac{3}{4}$ része rendszerint nő, úgyhogy az adatok ilyen tekintetben megfelelnek a hazai viszonyrendszerekben tapasztaltaknak. Kor tekintetében a szülők legnagyobb arányban 1970 és 1985 között születtek (vagyis 33-48 évesek), a felmérésben részt vevő orvosok 1985 és 1990 között születtek (vagyis 28-33 évesek), a kérdőívet kitöltő szakszemélyzet tagjai pedig legnagyobb arányban az 1970 és 1980 közötti populációt képviselik (vagyis a kérdőív kitöltésekor 38-48 évesek). Fontos megjegyeznünk, hogy ez a kor szerinti eloszlás ellentétben áll a jelenlegi magyarországi orvosi korfával, így a kérdőív mintavétele nem tekinthető reprezentatívnak az orvosok populációjára vonatkozóan.

Mivel elég jelentős az egyes csoportok közötti korkülönbség, a válaszok értelmezésénél érdemes figyelembe venni, hogy a megkérdezett orvosok jó része fiatalabb például az egészségügyi szakszemélyzet képviselőitől. Egyes kérdések esetében a korkülönbség



magyarázatot adhat a résztvevő csoportok közötti eltérő válaszokra. Például az utolsó demográfiai kérdés arra vonatkozik, hogy a válaszadó megítélése szerint hány év aktív gyakorlat szükséges ahhoz, hogy egy orvos, illetve az egészségügyi szakember egy-egy tagja tapasztaltan végezhesse munkáját. Ennél a kérdésnél jellemző módon az orvosok 1,5 évvel kevesebb munkaévet határoztak meg (átlagosan 5.68 év), mint a másik két célcsoport (átlagosan 7.20 év). Tovább magyarázza az eltérő válaszokat az egyes csoportok között, hogy a korkülönbségből adódóan változó az egészségügyben eltöltött évek száma is: a szakember esetében (átlagosan 25 év) ez csaknem a megkérdezett orvosok ledolgozott éveinek (átlagosan 13 év) a duplája.





A végzettségi adatok tekintetében is inkább az elvárt, feltételezett információk megerősítése zajlik az eredmények értékelésekor. A felmérésben részt vevő 44 egészségügyi szakdolgozó 50%-ban középfokú, 31%-ban pedig főiskolai végzettséggel rendelkezik. A várt eredményeknek megfelelően szinte valamennyien aktív dolgozók, és többségük vagy megyeszékhelyen, vagy más városban él. A megkérdezett orvosok természetesen valamennyien felsőoktatási, több mint 97%-ban egyetemi végzettséggel rendelkeznek, és 85%-ban a megyeszékhelyen élnek. Kevésbé előre láthatóak ugyanezen számadatok a szülők tekintetében. Az ő esetükben 55% nyilatkozott középfokú, 17% egyetemi és 17% általános végzettségről. Hasonlóan színes spektrumot látunk a foglalkoztatottsági mutatóikon: mindössze 55%-uk nyilatkozta, hogy aktív munkavállaló. Esetükben sokkal kiegyenlítettebb a falusi, kisebb városban lakó, illetve megyeszékhelyen lakók aránya is.

A gazdasági mutatókra vonatkozó kérdésekben sem látunk meglepő eredményeket: a legjobban kereső csoport várható módon az orvosok lettek, de az egészségügyi szakszemélyzet is



átlagosan magasabb jövedelemmel rendelkezik, mint a sok esetben munkanélküli, épp GYES-en/GYED-en lévő vagy egyéb inaktív szülők.

3. Az eredmények részletes ismeretete és módszertani megjegyzések

Ebben az elemzésben a címben szereplő 3 célcsoport esetén, nevezetesen a „**az egészségügyi szakszemélyzeti, orvosi és szülői**” körben felvett kérdőívek esetén teszünk megjegyzéseket egyrészt

- Kiemelünk néhány érdekesebb és fontosabb eredményt a kapott elemzések alapján,
- másrészt a kérdőívek válaszainak rögzítése során tapasztaltokról, különös tekintettel a kitöltési hibákra, anomáliákra.

Ehhez két korábbi dokumentumra támaszkodunk:

- a 3 célcsoportról külön-külön végzett leíró statisztikai elemzéseket tartalmazó korábbi dokumentumra (1. számú melléklet), továbbá
- a célcsoportok válaszainak összevetését tartalmazó „összehasonlító” elemzést tartalmazó dokumentumra (2. számú melléklet).

3.1. Felvételezéssel és a kérdőívekkel kapcsolatos általános megjegyzések

Ebben a részben röviden beszámolunk a kérdőívek válaszainak rögzítése során tapasztaltokról, különös tekintettel a kitöltési hibákra, anomáliákra.

Az alábbi jelöléseket használjuk a kérdésekre:

1. Q_i : „i”-edik kérdés (pl. Q_3 : 3. kérdés),
2. Q_{i_j} : „i-edik kérdés j-edik alkérdése.

A Q_1 és Q_2 kérdések („Ön szerint melyek a jó orvos jellemzői?”) struktúrája a kitöltés során bonyolultnak bizonyult, hiszen a leginkább jellemző 3 válasz bejelölését kéri, de közben minden válasznál ott szerepel az 1-2-3 skála. Mindezek ellenére azért alkalmaztuk ezt a fajta struktúrát, mert így több információval kecsegtettek a válaszok, mivel a válaszadó nem csak rangsorol, hanem súlyoz is. Igaz ezáltal több probléma adódott ennél a kérdésnél, melyeket az alábbiakban részletezünk.



- Bár a megfogalmazás egyértelmű, a bejelölhető válaszok melletti skálák félreértésre adnak okot, figyelmetlenül a kitöltő azt hiheti, hogy itt is alkérdésenként kell minősítenie.
- Nyilván szokásos leíró statisztikákat itt is vizsgáltunk az elemzés során de a kitöltések tapasztalatai alapján szerencsésebb lett volna külön-külön minősítést kérni az egyes alkérdésekről.
- Több pontatlanul kitöltött válasz érkezett: azaz olyan, ahol nem 3 megjelölt válasz volt, nem egy helyen szerepelt pl. az 1. sorszám (előfordult, ahol 5 alkérdés mellett is az 1-es volt megjelölve). Ezeknél utólag nehéz eldönteni, hogy mi történt, hiszen a rendhagyó megjelölésnek több oka is lehet:
 - a kitöltő félreértette a kitöltési útmutatót,
 - szándékosan és tudatosan jelölt be több első vagy második helyre sorolt lehetőséget, ezzel jelölve, hogy egyenlő fontosságúnak tartja a válaszokat, azaz „holtversenyt” állít fel,
 - bár értette, de így jelölte, hogy nem akar érdemi választ adni, vagy nem tud.
- A fentiek miatt a későbbiekben az ilyen formában feltett kérdéseket érdemes kerülni. Ha feltétlenül sorrendiséget kérünk egy válaszban, akkor szerencsésebb azt kérni, hogy rakja sorrendbe az összes megadott alválaszt. De itt gondot okozhat, hogy egymást erősen nem kizáró válaszok esetén nehéz a rendezés az egyéni preferenciák alapján.

A Q9 és Q10 kérdéseknél (ideális orvos illetve beteg) is előfordult néhány esetben, hogy több választ került megjelölésre. Ez is nehezíti a kiértékelést. Ezeknél a teljesség igényével minden megjelölt választ kódoltuk – külön változóban - a feldolgozás során. (Az 1. számú melléklet tartalmazza ezen válaszok megoszlását). Ugyanakkor a későbbi elemzéseinkben csak az egy választ bejelölő (azaz helyesen kitöltők) válaszait elemezzük.

A Q9 és Q10 kérdéseknél további problémát jelenthetett a kitöltésnél, hogy az egyes alválaszok nagyon hosszúak, több dolgot, részállítást tartalmaznak, így a válaszadás valóban nagyon nehéz. Ugyanakkor a hosszú válaszlehetőségek egy-egy orvosi/páciensi személyiségképet jelöltek meg, s mivel ezeket csak ilyen összetettségben lehet megfogalmazni, továbbra sem látunk a kérdőívben szereplőnél hatékonyabb megoldást. A fentiek miatt a jövőben érdemes a



Q9 és Q10 kérdésekben használt struktúrát kerülni. Akár a lehetséges válaszok bontásával vagy külön értékelésével.

A kérdőív utolsó kérdései rendre szükséges évek számára irányulnak különböző esetekben. Ezeknél sokan intervallumot adtak meg, míg mások egyetlen számot. Előbbi esetben az elemzésekben az intervallumok közepét használtuk. Érdekes ezen kérdések egyértelműsítése a jövőben: lehet hangsúlyozni, hogy csak egy számot kérünk, és/vagy jelezni, hogy a minimális időt adja meg.

3.2. Néhány kiemelendő megjegyzés és eredmény a statisztikai vizsgálatok alapján

Az alábbiakban az elkészített leíró és a célcsoportokat összehasonlító statisztikai elemzésekkel kapcsolatban emelünk ki néhány fontos eredményt, következtetést, továbbá teszünk néhány megjegyzést az eredmények értelmezéséhez.

3.2.1 Mintaelemszám

A leíró statisztikáknál (1. számú melléklet) minden eljárás eredményeiben az első táblázat pusztán a mintaelemszámokat tartalmazza. Ezek ugyan sok információt nem adnak, de érdemes megnézni, hogy az egyes kérdéseknél mennyi az értékelhető válasz (valid) és mennyi azon kérdőívek száma, ahol nem adtak az adott kérdésre választ (missing). Ez jelentősen különbözhet az egyes kérdéseknél.

Az összehasonlító elemzéseknél már ismételten ezen táblázatokat nem közöltük. Ugyanakkor sok egyéb eredménytáblázatban szerepel még ismételten a mintaelemszám (N), mely mindig a valid, értékelhető válaszok számát mutatja.

3.2.2. Gyakoriságeloszlások

Fontos még kiemelni, hogy a leíró statisztikákat tartalmazó dokumentumban grafikusan bemutattuk a kérdésekre adott válaszok eloszlását, azaz a gyakoriságeloszlást az arra alkalmas oszlopdiagrammal és táblázatban is. Az oszlopdiagramok itt rendre %-os értékeket, azaz a százalékos relatív gyakoriságot tartalmazzák. Ez a valid, azaz értékelhető válaszok százalékában van megadva, mely megegyezik a gyakoriságtáblázatok (frequency tables) valid percentage oszlopával. A táblázat a gyakoriságértékeket (frequency) is tartalmazza, továbbá az



összes megkérdezett %-ban is megadja a megoszlást. Utóbbi tehát a hiányzó értékeket is mutatja külön kategóriában.

Az összehasonlító statisztikákat tartalmazó dokumentumban (2. számú melléklet) is szerepelnek gyakoriságeloszlásokra grafikus eszközök, nevezetesen oszlopdiaagramok (pl. Q1, Q2, Q9 és Q10), továbbá hisztogramok Q3-tól Q8-ig. A hisztogramok szintén a gyakoriságokat ábrázolják, ám itt a nyers gyakoriságadatokat és nem a relatív (5-os) gyakoriságok vannak ábrázolva. Ezt azért érdemes hangsúlyozni, mert ha különbözik a (valid) mintaelemszám a hiányzó értékek miatt, akkor az oszlopok magassága félrevezető az összevetésnél, azoknak pusztán a többiekhez mért magassága fontos számunkra.

3.2.3. Célcsoportok és összehasonlításuk

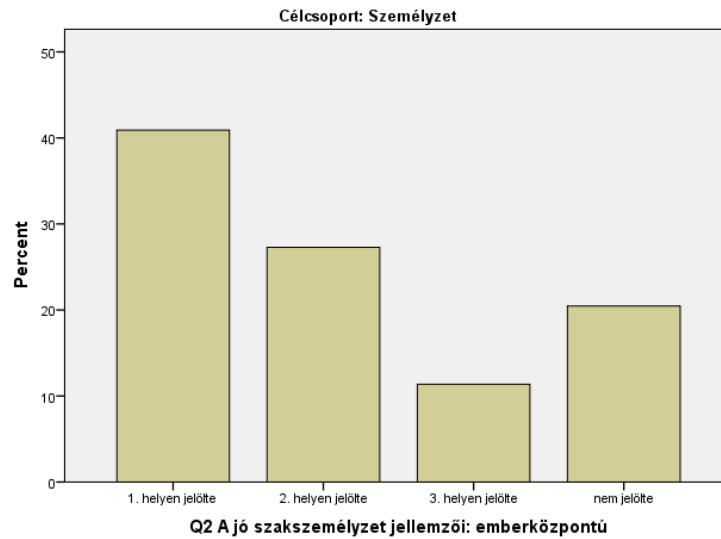
A leíró dokumentum (1. számú melléklet) célcsoportonként külön tartalmazza a gyakoriságeloszlásokat minden kérdésnél. Ezek az információk mindig az eredmények előtt vannak kiemelve, pl. Célcsoport =Orvos.

A leíró statisztikák alapján már általánosan megfigyelhető, hogy a Q1-Q2 kérdéseknél (a jó orvos ill. szakszemélyzet jellemzői) esetén az orvosoknál gyakorta karakteresebb véleményeket tapasztalhatunk, ők magas arányban választottak egy kategóriát, míg a másik két célcsoportban valamivel jobban szóródtak a válaszok, bár a hangsúlyok hasonlóak. Ennek szemléltetésére bemutatunk két esetet, a „türelmes, kedves” jellemzőknél jól látható, hogy míg a személyzet és a szülők válasz jobban szóródik, addig az orvosok jelentős számban ezt nem jelölték, az „emberközpontúságnál” pedig példa arra, ahol apróbb eltérés mutatkozik a válaszokban személyzet és orvosok között, bár azonos hangsúlyokkal, de a szülők már ettől nagyobb szóródást látunk.

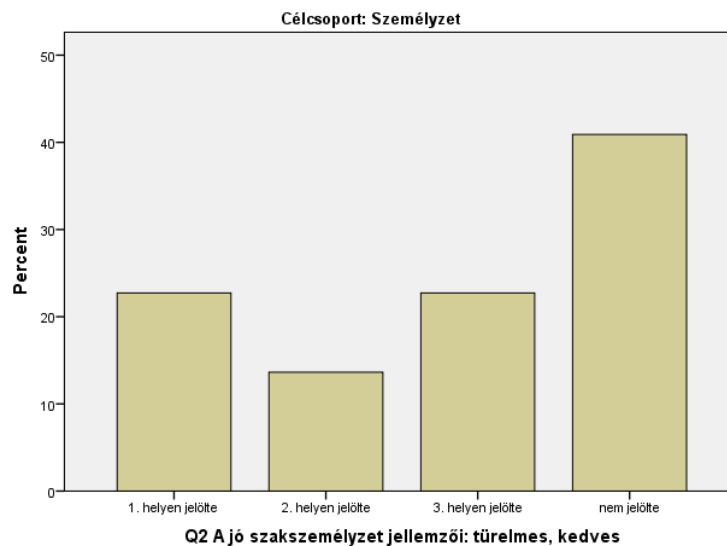
Először tekintsük az egészségügyi személyzet válaszait a két kérdésben.



Q2 A jó szak személyzet jellemzői: emberközpontú



Q2 A jó szak személyzet jellemzői: türelmes, kedves

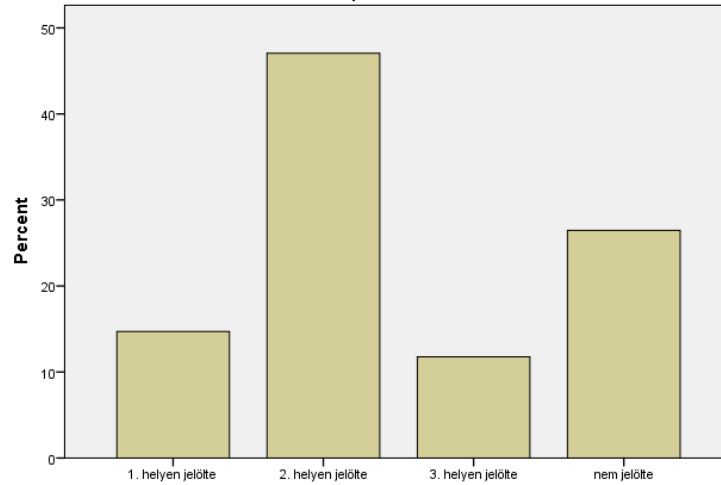




Ugyanezen kérdések esetén az orvosok válasza az alábbiak szerint oszlottak meg.

Q1 A jó orvos jellemzői: emberközpontú

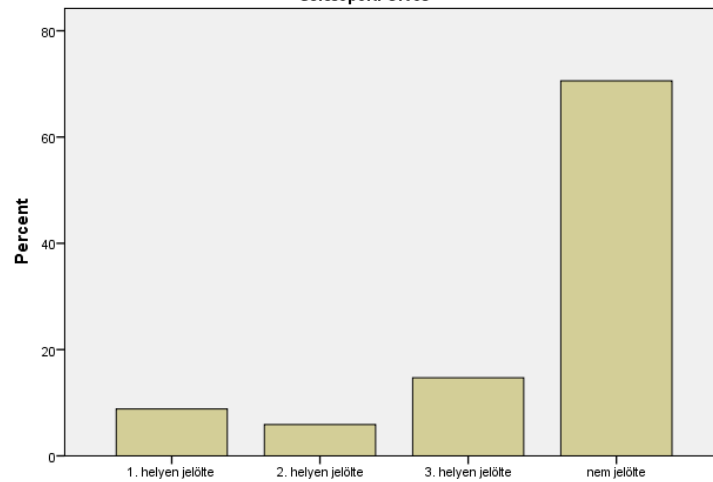
Célcsoport: Orvos



Q1 A jó orvos jellemzői: emberközpontú

Q1 A jó orvos jellemzői: türelmes, kedves

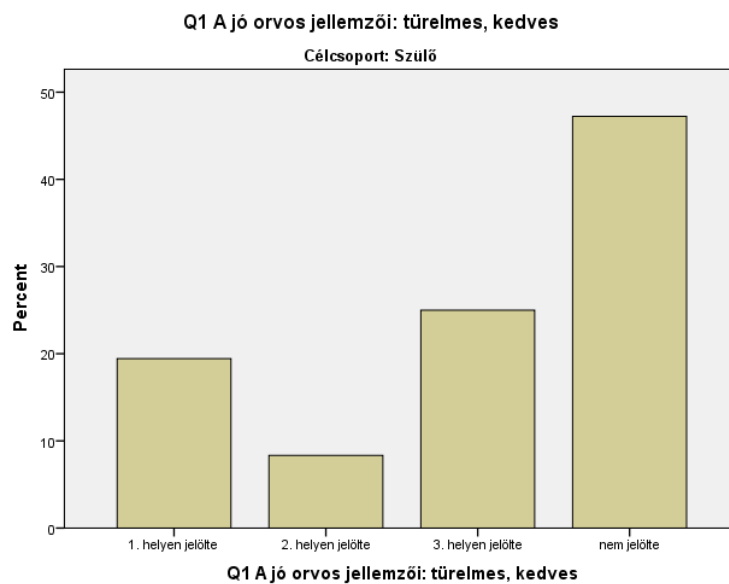
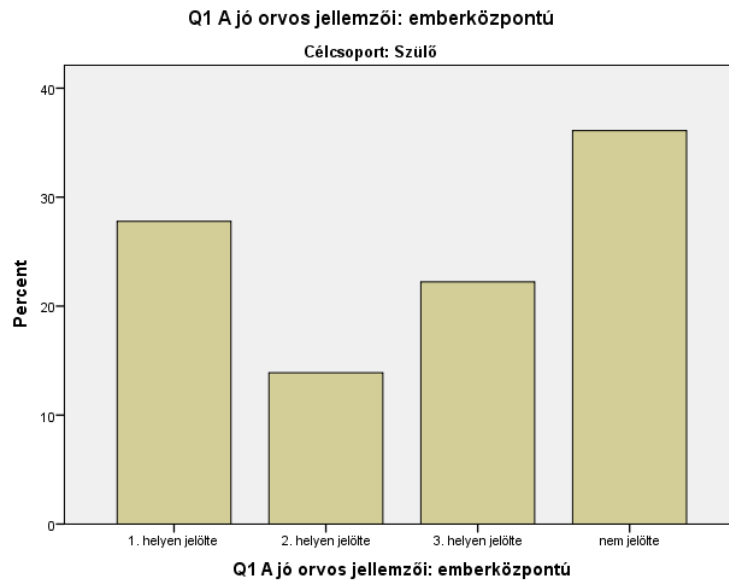
Célcsoport: Orvos



Q1 A jó orvos jellemzői: türelmes, kedves



Míg a szülőknél az alábbi adódott.



A Q3-Q8 kérdések hasonló jellegűek, ugyanolyan skálán mértek. Ezekben sok alkérdésnél nagyon hasonló az egyes célcsoportok értékelése. Ugyanakkor kiemelendő a Q6 kérdés („A gyógyulás mennyire függ az alábbiól”), ahol nagyobb eltéréseket látni már a leíró dokumentum alapján is. A Q4-ben (orvos-beteg találkozás jellemzői) ugyanakkor a szülők



válasza jobban szóródik, bár azonos jellegű, míg az orvosok válaszai egyértelműbbek abban az értelemben, hogy kevésbé szóródik, sokan ugyanazt az értékelést adták.

Ezek után tekintsünk összehasonlító módszereket, melyekkel azt vizsgáljuk, hogy a célcsoportok egy-egy kérdésre adott válaszokban különböznek-e. Másképpen fogalmazva azt nézzük, hogy van-e kapcsolat 1-1 változó (kérdés vagy alkérdés) és a célcsoportváltozó között. Ha nincs, az egyben azt is jelenti, hogy az egyes célcsoportok azonos eloszlásban adták a választ. Ha van kapcsolat, azaz valamiféle függőségi viszony van, akkor érdemes a célcsoportok közötti különbségeket kiemelni. Fontos hangsúlyozni, hogy az esetleges kapcsolat nem jelent feltétlenül ok-okozat viszonyt. De jelenthet, ám ezt külön kell indokolni (nem statisztikai eszközökkel esetünkben).

A nominális skálán mért („kategória”) változók a Q1 (*Ön szerint melyek a jó orvos jellemzői?*), Q2 (*Ön szerint melyek a jó szak személyzet jellemzői?*), Q9 (*Ön szerint milyen az ideális orvos?*), Q10 (*Kérjük, válassza ki, hogy Ön szerint melyik leírás illik leginkább az „ideális betegre”.*) kérdések, ezeknél a kontingenciatáblázatokról és ahhoz kapcsolódó vizsgálatokról vonjuk le a következtetéseinket (ld. 2. Melléklet). Példaként az alábbiakban ehhez tekintsük a „szakmai” tudás kérdését.

1. A kontingenciatáblázatokban a három célcsoportban az adott változó (kérdés) eloszlása található soronként, így soronként lehet látni az esetleges különbségeket a célcsoportok válaszában (ezért közöltük a soronkénti megoszlást). Példának választott változónknál a táblázat az alábbi.

% within Célcsoport

		Q2 A jó szak személyzet jellemzői: szakmai tudás				Total
		1. helyen jelölte	2. helyen jelölte	3. helyen jelölte	nem jelölte	
Célcsoport	Személyzet	75,0%	13,6%	2,3%	9,1%	100,0%
	Orvos	67,6%	11,8%	2,9%	17,6%	100,0%
	Szülő	61,1%	11,1%	8,3%	19,4%	100,0%
Total		68,4%	12,3%	4,4%	14,9%	100,0%

2. Külön táblázat mutatja a függetlenségvizsgálatra irányuló χ^2 próbához eredményeit (Chi-square test táblázata), itt legfontosabb a próba P-értéke (sig.), mely alapján eldönthetjük, hogy van-e szignifikáns kapcsolat (a próba nullhipotézise, hogy a két



vizsgált változó független egymástól, tehát nincs kapcsolat. Ehhez a P-értéket (azaz a tapasztalati szignifikanciaszintet) a táblázat (Chi-square) első sorában van, ld. Asym. sig. (2-sided). Amennyiben ez alacsonyabb a választott elsőfajú hiba mértékénél (tipikusan 5% vagy 10% ajánlott, ahogy az ilyen esetekben szokásos), akkor szignifikáns kapcsolatot találtunk (elvetjük a nullhipotézist). A teljesség kedvéért jegyezzük meg, hogy ez egyoldali P-érték, hiszen itt csak annak van értelme, ezt is számolja helyesen az SPSS, bár a többi teszt miatt a SPSS hibásan/félrevezetően kétoldalit ír ki az oszlop megnevezéseként). Választott példánkban a P-érték nagyon magas, 64,5%, így ez egy példa arra, hogy független a két változó, következésképpen nincs érdemi eltérés az egyes csoportok válaszaiban sem, hiszen az egyes sorok (csoportok) eloszlása nem mutat érdemi eltéréseket

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,231 ^a	6	,645
Likelihood Ratio	4,191	6	,651
Linear-by-Linear Association	1,769	1	,184
N of Valid Cases	114		

3. Szintén külön táblázatban található a Cramer-féle asszociációs együttható (Cramer's V, rendre a 3. táblázat) értéke, melyet a kapcsolat erősségének jellemzésére használjuk. Ennek értéke minél magasabb (max. 1), annál erősebb a kapcsolat, a realisztikus az, hogy kisebb erősségű, azaz 0,1-0,3 kapcsolatokat találunk, hiszen számos más faktor magyarázhatja a vizsgált teljes jelenséget. Példánkban nem meglepő, hogy alacsony ennek a mutatónak az értéke, összhangban a χ^2 próba eredményével.

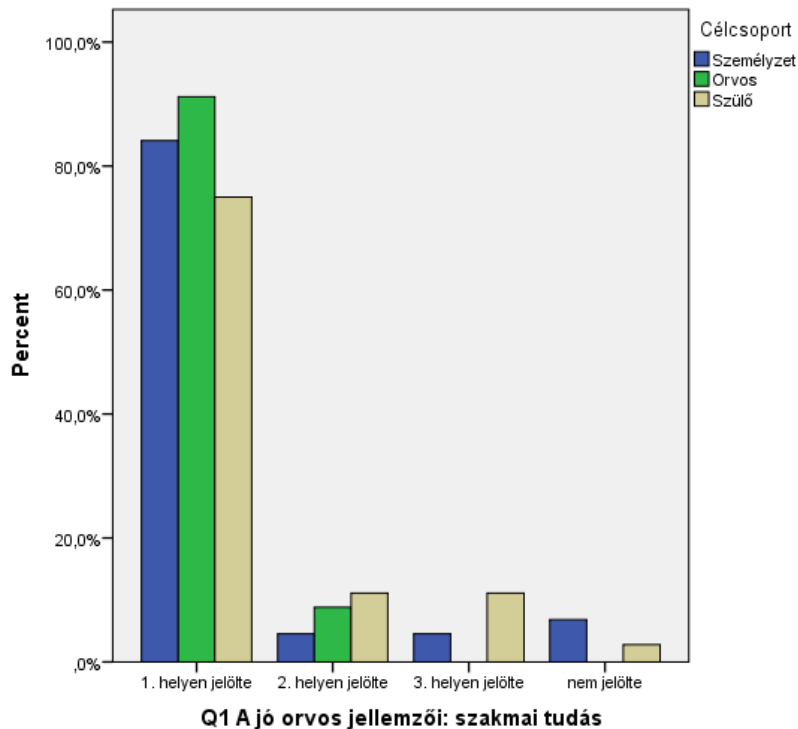
Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	,193	,645
Cramer's V	,136	,645
N of Valid Cases	114	

4. A három célcsoport válaszát közös oszlopdiagramon is mutatja. A példának



választott változó esetén az alábbi adódott.



Ezekkel kapcsolatosan ebben az írásban kiemeljük, hogy mely változóknál látható érdemi eltérés a válaszokban, ezek az alábbiak:

- A Q1 esetén a Q2 esetén (a jó orvos ill. szakszemélyzet jellemzői) egyaránt a 2. alválasz (Q1_2 és Q2_2), azaz az emberközpontúság mutat különbséget a célcsoportok között. Tekintsük részletesebben Q1_2 esetét: a P-érték pusztán 1%, így a szokásos 5 vagy 10 % os elsőfajú hiba mellett (az adott minta esetén ez javasolt) nem kérdéses, hogy van szignifikáns függőség a két változó között. A Cramer együttható értéke 0.273 ekkor, mely szintén jelzi, hogy egy kisebb erősségű, de mindenképpen jellemző kapcsolat van a változók között. A különbség jól látszik a csoportok között a kontingenciatáblázatban: míg az orvosok sokan a 2. helyen jelölték a tulajdonságot (ld. korábbi „karakteresebb válasz jelensége az orvosoknál), addig a személyzetnél jelentősebb e mellett az 1. helyen megjelölt válaszok aránya, bár hasonló hangsúlyokat mutat a válasz. A fentiekkel szemben a szülők válasza eltér jobban a másik két csoporttól, ahol nagy megosztottságot látunk, így nagy szóródást, itt kiemelendő a nem megjelölt válaszok jelentősebb aránya. A Q2_2 kérdésre kapott válaszok nagyon hasonló mintázatot adnak.
- Q2_5 (türelmes, kedves a jó szakszemélyzet) esetén gyengébb eltérés (kapcsolat) tapasztalható, nevezetesen a szülők türelmesség és kedvesség kérdését a



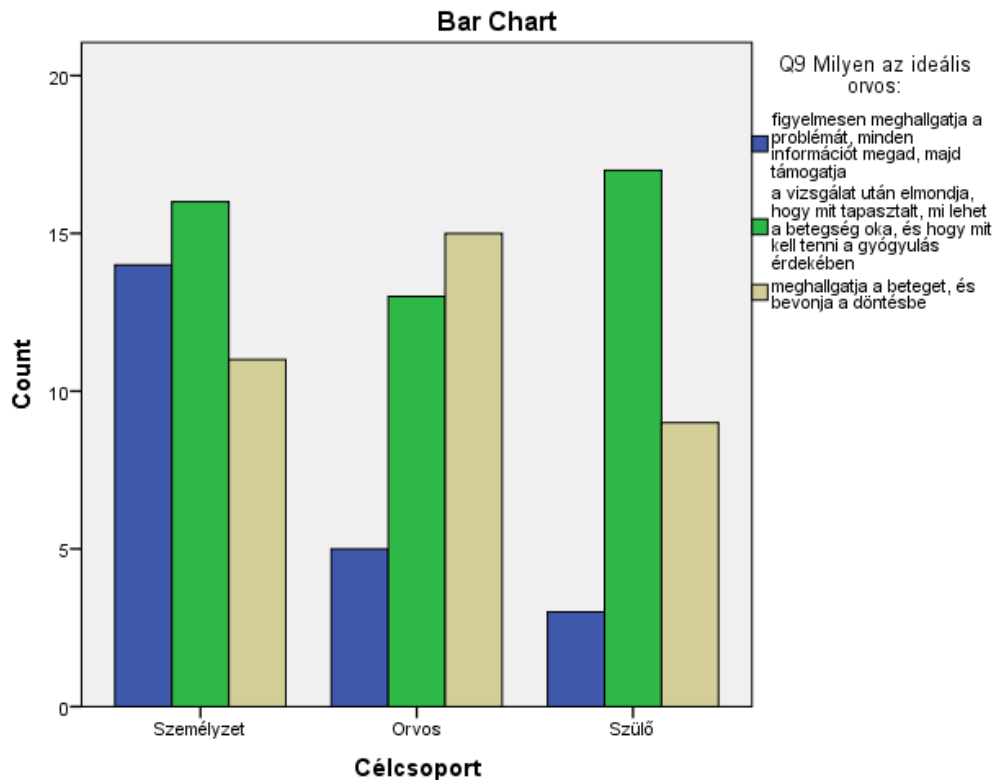
szak személyzetre vonatkozóan fontosabbnak tartják, míg az orvosok legkevésbé (náluk legalacsonyabb az 1. és 2. helyen megjelölt válaszok aránya). Az alábbi a válaszok megoszlása.

Crosstab

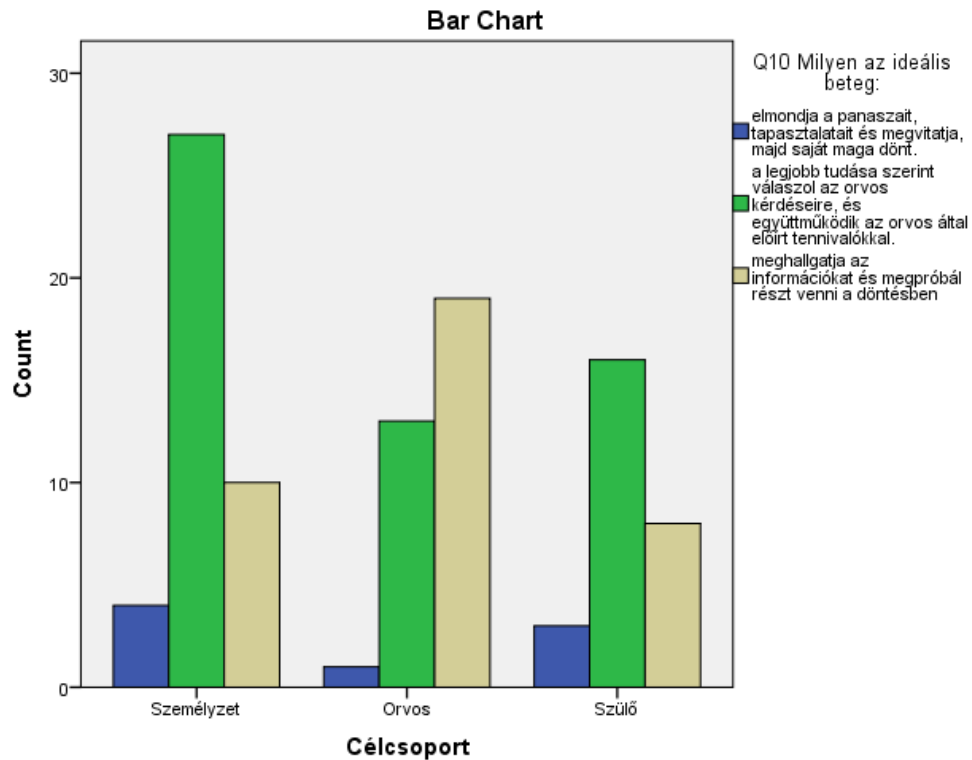
% within Célcsoport

		Q2 A jó szak személyzet jellemzői: türelmes, kedves				Total
		1. helyen jelölte	2. helyen jelölte	3. helyen jelölte	nem jelölte	
Célcsoport	Személyzet	22,7%	13,6%	22,7%	40,9%	100,0%
	Orvos	8,8%	17,6%	35,3%	38,2%	100,0%
	Szülő	19,4%	33,3%	11,1%	36,1%	100,0%
Total		17,5%	21,1%	22,8%	38,6%	100,0%

- Q9-ben (ideális orvos) látható a különbség egyértelműen, különösen a személyzet válasza különbözik élesen a másik két csoporttól. A kapott válaszokat mutatjuk be az alábbi diagram segítségével.



Hasonlóan a Q10 (ideális beteg) kérdés esetén tapasztalunk gyenge, de jellemző (szignifikáns) különbséget mutat a próba és a Cramer-féle együttható alapján, ahol ismét a személyzet válaszaik különböznek leginkább a másik két csoporttól. Itt is bemutatjuk a kapott válaszok



megoszlását.

A fentiekben említett esetekben tehát tapasztalható érdemi különbség. A konkrét különbséget ezek után a kontingenciátáblázatok (rendre első táblázatok) egyes sorai között lehet látni. Például a Q1_2 esetén az emberközpontúságot az orvosok kevésbé jelölték első helyen, szemben a másik két csoporttal, továbbá a szakma (személyzet, orvosok) inkább a második helyre sorolták ezt, míg a szülőknél éppen ez a válasz a legkevésbé gyakori, a szülők láthatóan heterogénebb válaszokat adtak. Hasonlóan javasolt a többi esetben is a kontingenciátáblázatból további részletek kiolvasása.

A nominálisnál „gazdagabb” (intervallum)skálán mért változók (például Q3-Q8, továbbá, háztartásban élők száma, összes nettó keresete, egészségügyben eltöltött idő, szükséges szakmai évek száma) esetén (kivéve a születési évet) más eszközökkel tudjuk a célcsoportok közötti különbséget vizsgálni.

Itt egyrészt táblázatban mutattuk be a legfontosabb leíró statisztikákat (pl. mintaátlag, azaz Mean, korrigált empirikus szórás, azaz Std. Deviation) együttesen. (A kis elemszám és a változó 5 értéke miatt itt külön hipotézisvizsgálatot (pl. ANOVA-t és alternatíváit- nem futtatunk) Először az átlagokban (Mean) tapasztalható különbségeket érdemes összevetni, de a válaszok



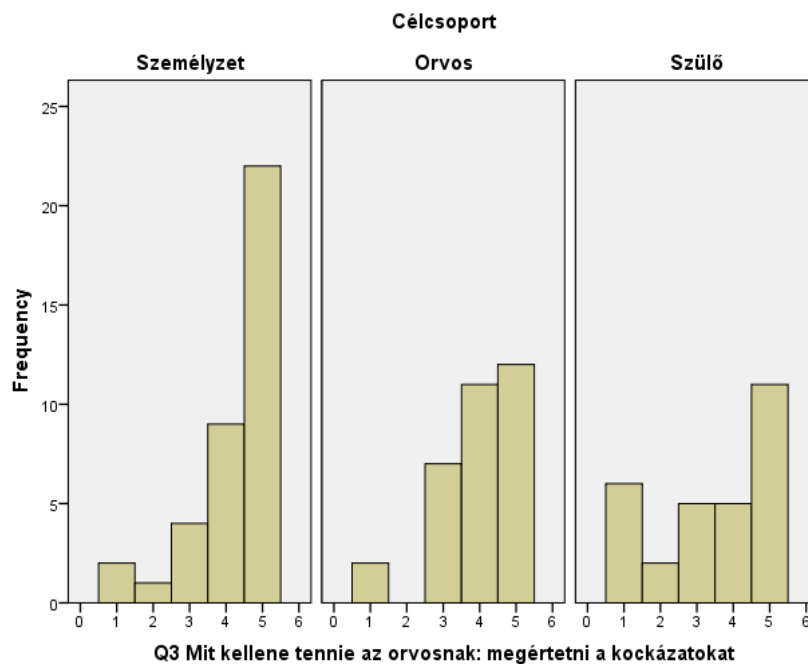
esetleges erősebb szóródását értelemszerűen a nagyobb szórás (Std. Deviation) mutathatja, mely szintén lehet érdekes különbség a csoportok között.

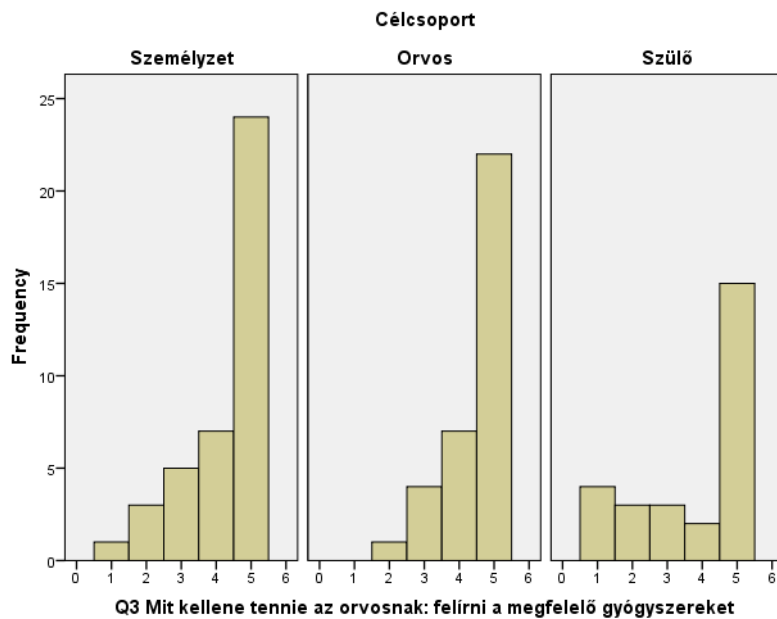
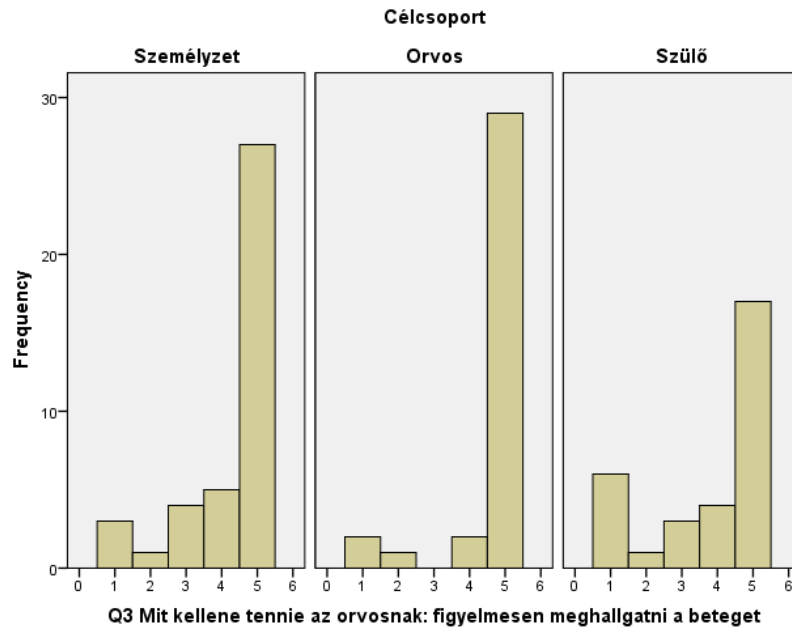
Továbbá a célcsoportonkénti hisztogramokat egymás mellett ábrázoltuk (ld. 2. Melléklet) egy-egy kérdésnél a kapott válaszok eloszlásának összevetésére. Korábban említettük, hogy itt a gyakoriságok és nem a relatív százalékos gyakoriságok vannak bemutatva, szemben a korábbi ábrákkal.

4. Az egyes célcsoportok közötti eltérések a kérdőívra adott válaszok alapján

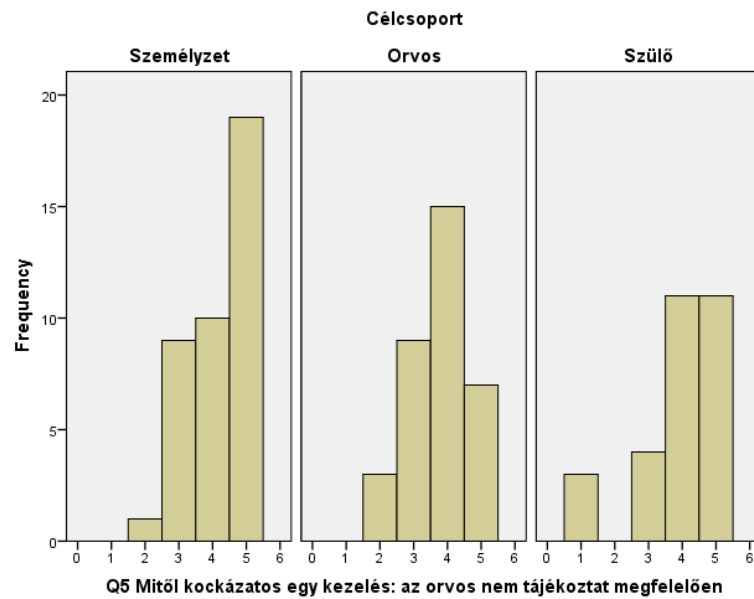
Itt is az összefoglaljuk alábbiak azon változókat, melyek esetében nagyobb különbségeket, eltéréseket láthatunk (elsősorban a válaszok átlagában) az egyes célcsoportok között.

- Q3 Mit kellene tennie az orvosnak?
 - megértetni a kockázatot: itt a személyzet adta a legmagasabb átlagot,
 - figyelmesen meghallgatni a beteget: orvos és személyzet átlaga itt is magasabb, a válaszok megoszlása pedig az alábbi:
 - megfelelő gyógyszer: orvos és személyzet átlaga itt is magasabb,
 - a kapcsolódó oszlopdiagram bemutatja a válaszok megoszlását a fenti három esetben:

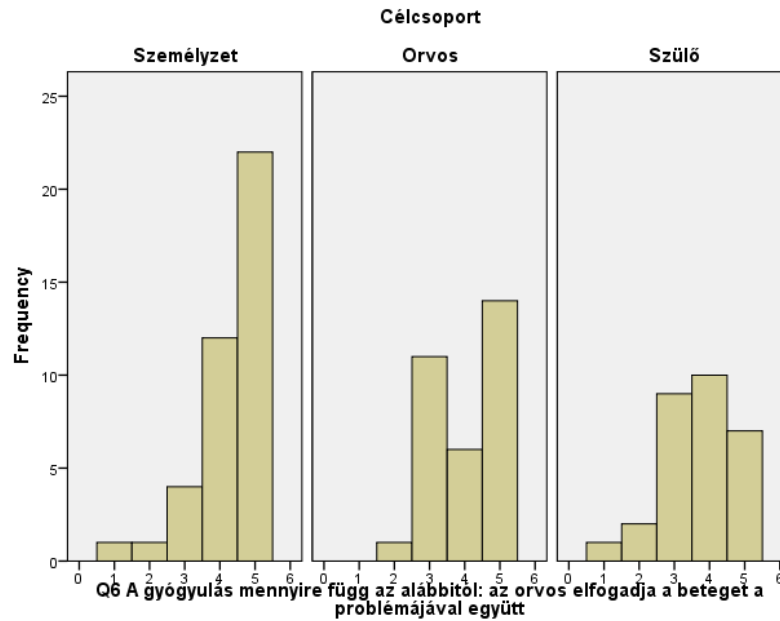




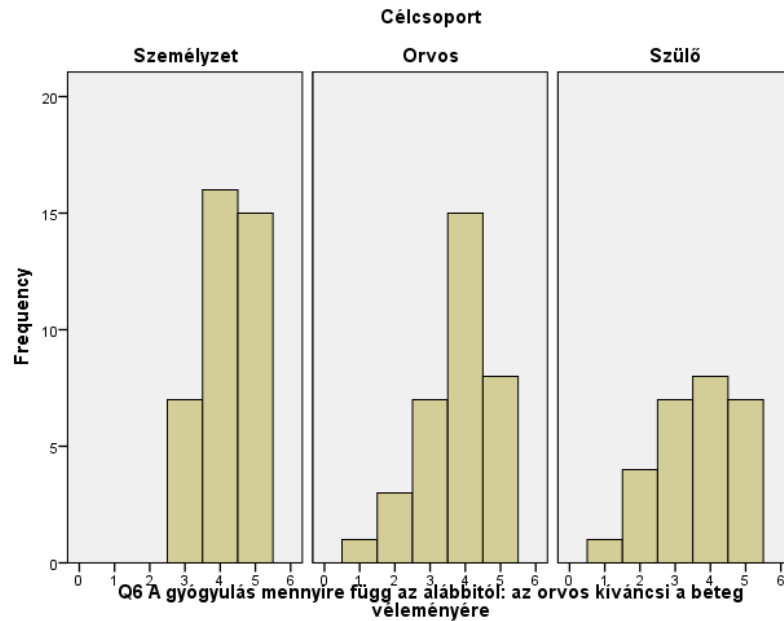
- Q5 Mitől kockázatos egy kezelés: az orvos nem tájékoztat megfelelően?;
ahol a szülői átlag a legmagasabb, míg az orvosi a legalacsonyabb, a válaszok megoszlása pedig az alábbi:



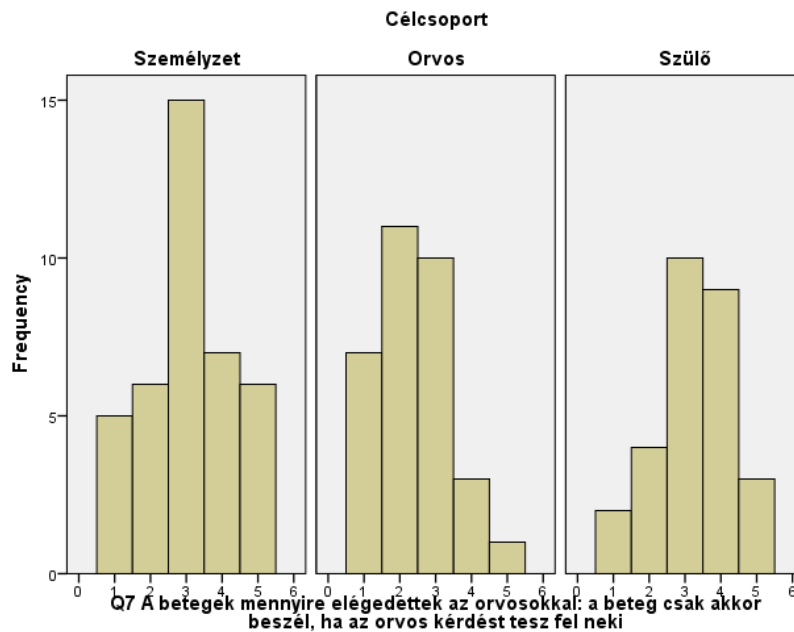
- Q6 *Mennyire függ a gyógyulás?:*
 - az orvos elfogadja a beteget problémájával: ahol a személyzeti átlag a legmagasabb, míg a szülői a legalacsonyabb, további részleteket mutat az alábbi diagram:



- az orvos kíváncsi a beteg véleményére: ismét a személyzeti átlag a legmagasabb, míg a szülői a legalacsonyabb, további részletek az alábbi diagramon:



- Q7 A betegek elégedettsége az orvosokkal: a beteg csak akkor beszél, ha az orvos kérdést tesz fel;
 - itt az orvosok válaszában az átlaga a legkisebb, a válaszok megoszlása pedig az alábbi



A fenti kérdésekhez tartozó részletes leíró statisztikákat az 1. számú melléklet tartalmazza .

A többi kérdés esetén is vannak természetesen eltérések, különösen a szórásban, de az



átlagokban kevésbé jellemzőek az eltérések. Szintén hangsúlyozandó, hogy gyakorta csak az egyik csoport mutat a másik kettővel eltérést. Például a Q3_3 esetén azt látjuk, hogy szülői válaszok esetén alacsonyabb az átlag, mint a másik két csoportban, tehát a szülők a megfelelő gyógyszerek felírását kevésbé tekintették a sikeres gyógyulás tekintetében fontos orvosi teendőnek, mint az orvosok vagy a személyzet. Hasonlóan láthatóak kisebb-nagyobb eltérések a többi felsorolt kérdés esetén is, míg a nem említettek esetén ennél tipikusan kisebb különbségek mutatkoznak.



5. Az egyes kérdések tételes vizsgálatából adódó eredmények

5.1. Q1. A jó orvos jellemzői

A kérdőív első két kérdésére érkezett válaszok értelmezésekor figyelembe kell vennünk, hogy a válaszadók nagy arányban félreértelmezték a kérdést, amely egyike így hangzott:

„1. Ön szerint melyek a jó orvos jellemzői? (Kérjük, válassza ki az alábbi állítások közül a három legfontosabbat, és rakja fontossági sorrendbe! Karikázza be az állítások után az 1-est, ha azt az első helyre teszi, a 2-est, ha a második helyre, és a 3-ast, ha a harmadik helyre rangsorolja!)

1. Szakmai tudás	1	2	3
2. Emberközpontú	1	2	3
3. Fontosnak tartja a beteg tájékoztatását	1	2	3
4. Megbízható	1	2	3
5. Türelmes, kedves	1	2	3
6. Szigorú, határozott	1	2	3”

Bár a megfogalmazás egyértelmű, a bejelölhető válaszok melletti skálák félreértésre adnak okot, figyelmetlenül a kitöltő azt hiheti, hogy itt is alkérdésenként kell minősítenie.

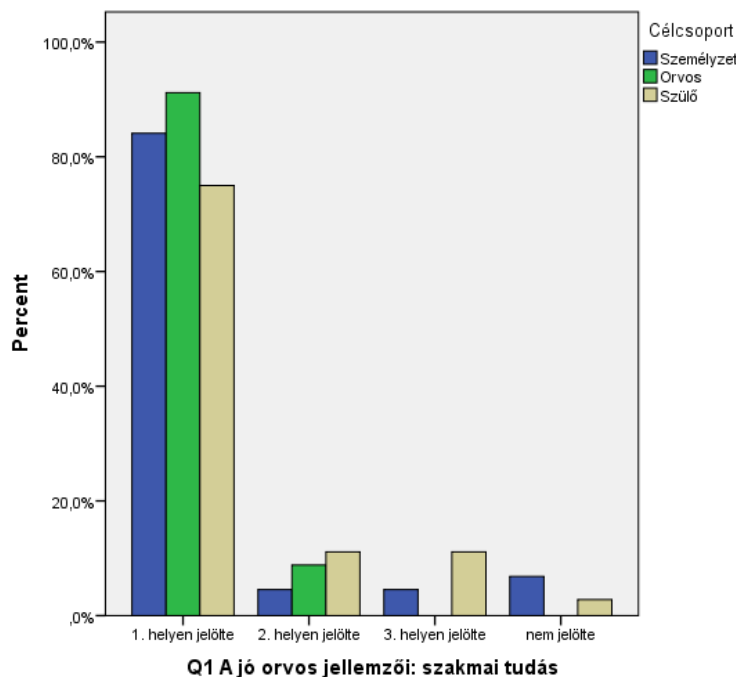
Számos hibásan kitöltött válasz érkezett: azaz olyan, ahol nem 3 megjelölt válasz volt, nem egy helyen szerepelt pl. az 1-es sorszám. Olyan is előfordult, hogy az 5 alkérdés mindegyike mellett az 1-es volt megjelölve. Az így kitöltött kérdőívek miatt fordulhatnak elő az eredmények összesítésében olyan esetek, amikor egy-egy célcsoport 100%-a az A választ jelölte be, miközben a B választ szintén 100%-uk bejelölte.

Ezeknél utólag nehéz eldönteni, hogy mi volt a kitöltő szándéka, hiszen a rendhagyó megjelölésnek több oka is lehet:



- az alany félreértette a kitöltési útmutatót,
- szándékosan és tudatosan jelölt be több első vagy második helyre sorolt lehetőséget, ezzel jelölve, hogy egyenlő fontosságúnak tartja a válaszokat, azaz „holtversenyt” állít fel,
- bár értette, de így jelölte, hogy nem akar érdemi választ adni, vagy nem tud.

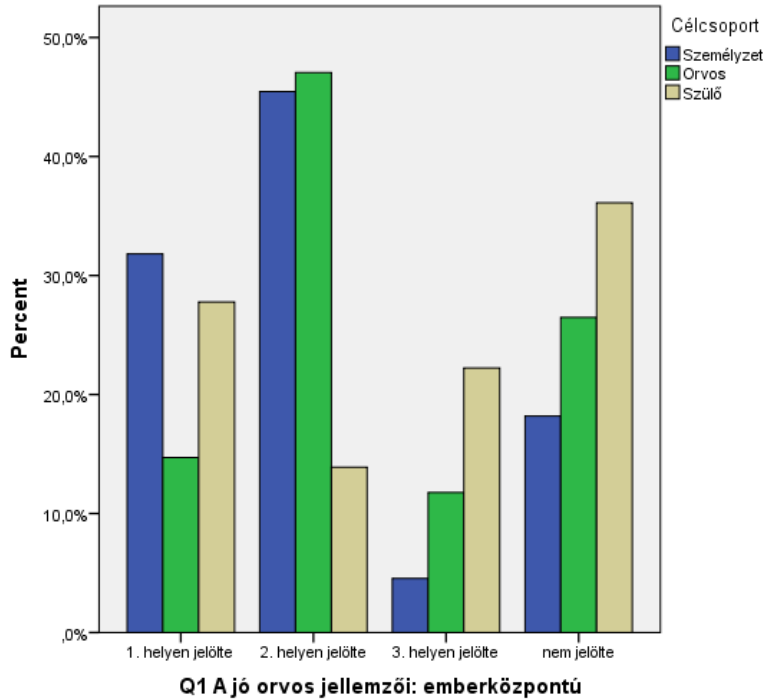
Mindhárom célcsoport magasan a *“szakmai tudást”* jelölték be, mint a jó orvos legfontosabbnak tartott tulajdonságát. Ebben az esetben azonban a három célcsoport válaszai közötti minimális különbségek is sokat megmutatnak a jelenlegi kommunikációs viszonyokról a magyar egészségügyben. Ugyanis míg az orvosok saját értékelésükkor 91%-ban tartották a szakmai kompetenciájukat legfontosabb tulajdonságuknak, addig a páciensek szülei csak 75%-ban jelölték be ugyanezt a választ első helyen (a szakszemélyzet a kettő közötti, 84%-os arányban). A szülők és a szakszemélyzet nagy része ehelyett az emberközpontúságot, a tájékoztatási hajlandóságot, a türelmességet és a kedvességet értékelték fontosabb tulajdonságnak, mint ahogyan ugyanezekről a jellemzőkről maguk az orvosok nyilatkoztak.



Látszik tehát némi anomália abban, ahogyan az orvosok saját szerepüket látják, és ahogyan a szakszemélyzet és a szülők tekintenek az orvosi praxisokra. A megfelelő kommunikáció, a türelem, a kedvesség, az emberség nyilvánvalóan sokkal fontosabb a páciensek és az



egészségügyi személyzet számára, mint amennyire az az orvosoknak, vagy mint amennyire az orvosok feltételezik, hogy az előbbi csoportoknak fontos lenne. Az orvosi kommunikáció fejlesztése tehát jelen kérdőíves kutatás alapján indokoltnak, a páciensek részéről megszületett igénynek látszik.



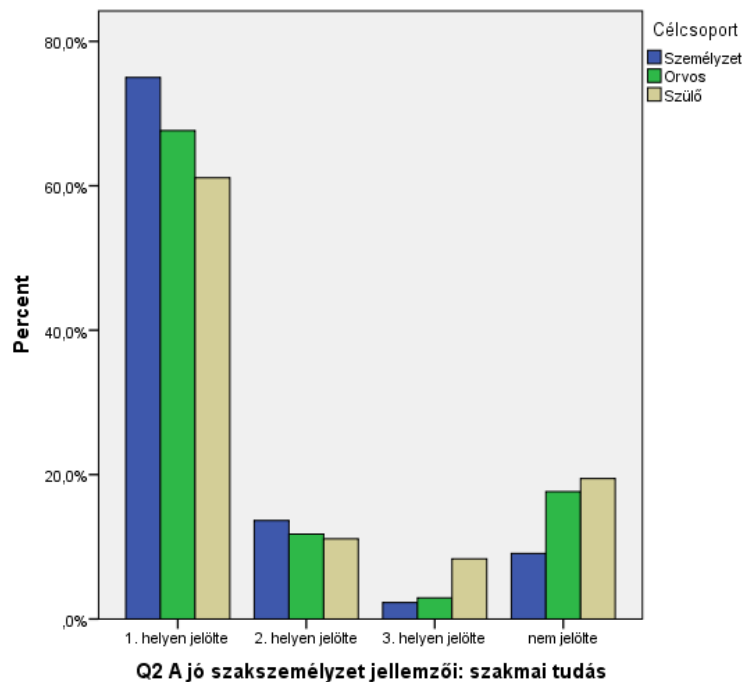
A projekt során orvosokkal és egészségügyi szakdolgozókkal készített fókuszcsoportos interjúk ugyanakkor rámutattak egyrészt arra, hogy az orvosok rendszerint helyén kezelik a kommunikáció fontosságát, másrészt számos olyan körülményről számoltak be, amikor nem állnak rendelkezésre a megfelelő feltételek a sikeres kommunikáció lebonyolításához: kevés a páciensekre jutó szakember, az infrastrukturális feltételek nem állnak rendelkezésre a nyugodt és zavartalan beszélgetésekhez, a páciens nem együttműködő, stb.

Kijelenthetjük ugyanakkor, hogy a kérdőíves felméréseink alapján a megkérdezett orvosok a kommunikációs képességeiket és tudásaikat a szakmai kompetenciájuknak alárendelt, másodlagos fontosságú tulajdonságokként értékelték.

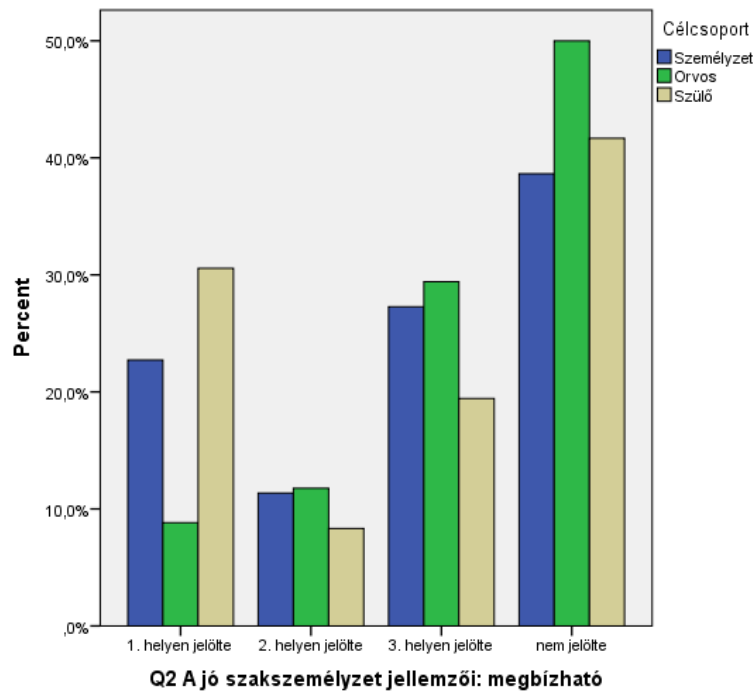


5.2. Q2. A jó szak személyzet jellemzői

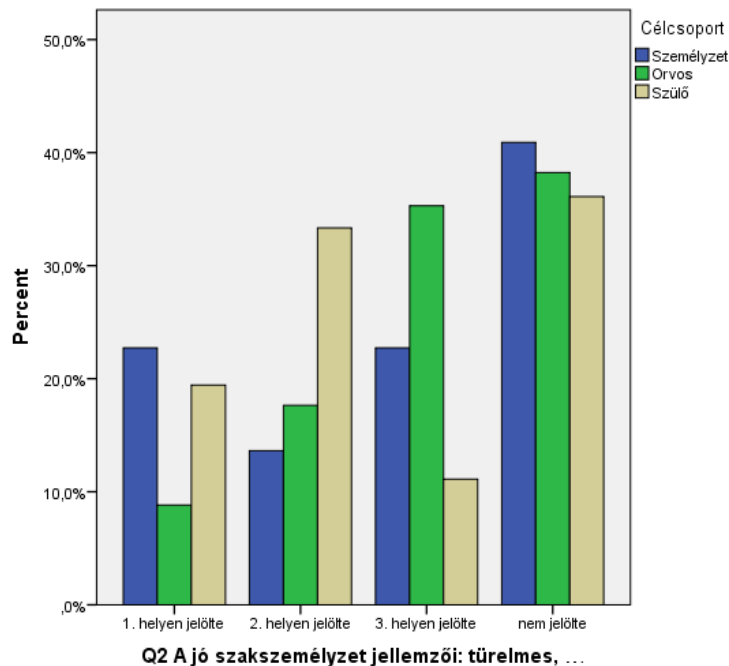
Csoportonként kiegyenlítettebbek voltak a vélemények a szak személyzet ideális tulajdonságait illetően. Kismértékben itt is felülértékelték a szakmai kompetencia fontosságát a szóban forgó csoport – a szak személyzet saját magáról – a többi célcsoport véleményéhez képest.



A másik két célcsoporthoz képest az orvosok látványosan alulértékelték a szak személyzet türelmességének, kedvességének és megbízhatóságának, tájékoztatósi hajlandóságának a fontosságát. Itt ismét az a tendencia látszik megmutatkozni, amely szerint a páciensek – többnyire a szak személyzettel egybehangzóan – az egészségügyi ellátásban nyert tapasztalataik értékelésénél sokkal nagyobb hangsúlyt fektetnek az empátikus, emberi és kommunikációs jellegű erényekre, mint az orvosok, akik hajlamosak pragmatikusabban hozzáállni az orvosláshoz.



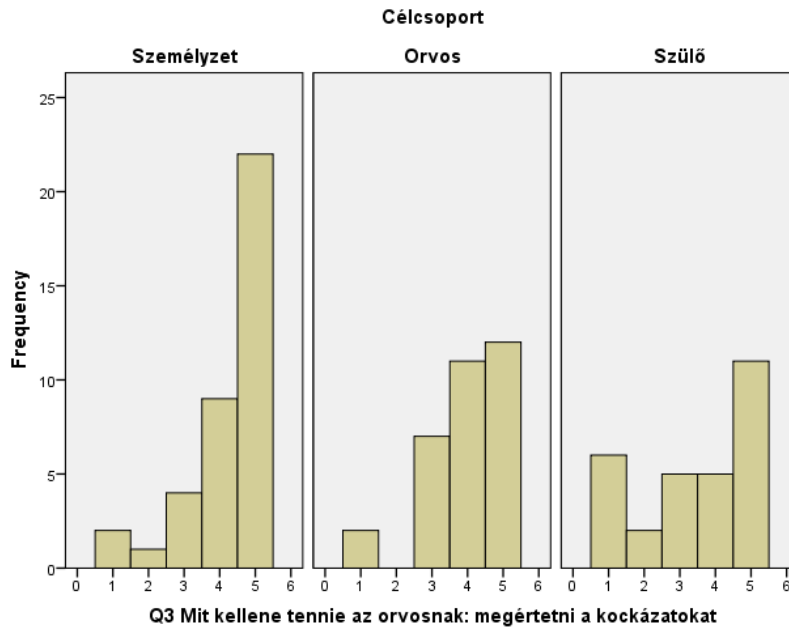
Ezen különbségeket ugyanakkor – legalább is részben – magyarázhatja egyszerűen az is, hogy az orvosok jellemzően jól értették az adott kérdéseket és azokat helyesen töltötték ki, míg a másik két csoport esetében gyakoribbak voltak a többszörös kitöltések. A kérdőív kérdéseit helyesen megválaszolva ugyanis mindegyik kérdés esetében csak egyetlen 1-est, vagyis legfontosabbnak bejelölt tulajdonságot kellene találnunk. Tehát, ha mindenki helyesen töltötte volna ki a kérdőívet, akkor például az 'A' választ adott kérdés esetében az orvosok 60%-a jelölte volna be 1-essel, a B, C, D, E válaszokat senki, az F válasz pedig a maradék 40%, vagyis összesen 100%. A hibás válaszok miatt azonban a valóságban e két kérdés esetében az orvosoknál ez a szám 135%, az egészségügyi szak személyzetnél 182%, a szülőknél pedig 180%. A hibás válaszadás, a többszörös kitöltés tehát a legkevésbé az orvosoknál jellemző tendencia. Az egészségügyi szakdolgozók és a szülők tehát emiatt is kerülhettek helyzeti előnybe a kommunikációhoz kapcsolódó tulajdonságok értékelésekor az orvosokhoz képest.



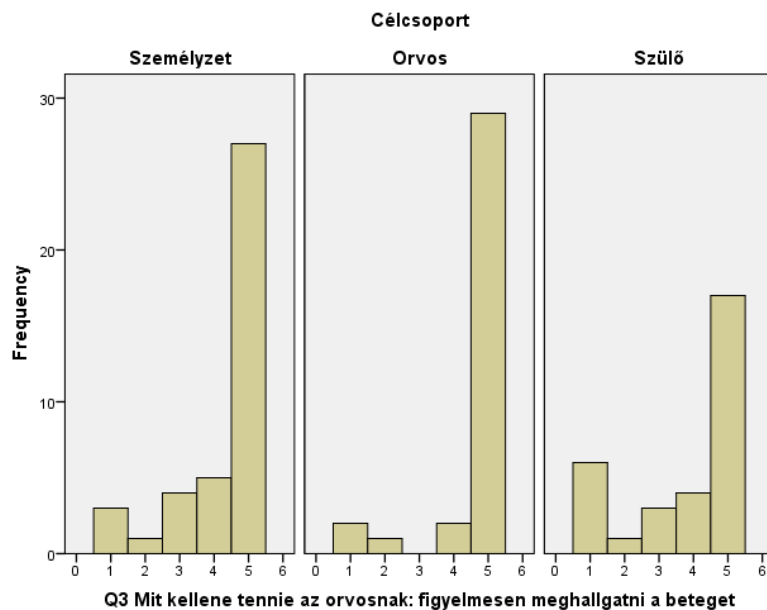
A kérdőív egy másik problémájából adódhat, hogy a kérdőívekben szereplő más tulajdonságokhoz képest általánosan alulértékelt a határozottság és a szigor fontossága mindkét szakmán belül. Ez azonban adódhat a kérdésfelvetés jellegéből: míg a határozottság egy pozitív konnotációkkal rendelkező kifejezés, addig a szigor jellemzően negatív képzeteket kelt. A szigorúság így egyedüli, negatívan is értelmezhető tulajdonságként jelent meg a válaszlehetőségek között, rontva annak az esélyét, hogy a kitöltők a mellette álló határozottságot bejelöljék, mint fontos tulajdonság.

5.3. Q3. Mit kell tennie az orvosnak a gyógyulás sikeréért?

Meglehetősen nagy egyetértés mutatkozik a sikeres kezelés érdekében végrehajtandó tennivalók fontossági sorrendjét illetően a három célcsoport között. A négy válaszlehetőség közül a kitöltők jellemző módon mind a négyet nagy mértékben fontosnak tartották. Kisebb különbségként tűnik ki a válaszok közül, hogy a „*megértetni a kockázatokat*” feladatkört az egészségügyi szakszemélyzet a többivel egyenértékű mértékben fontosnak jelölte be, míg a másik két célcsoport valamivel kisebb jelentőséget tulajdonított ennek az elemnek.

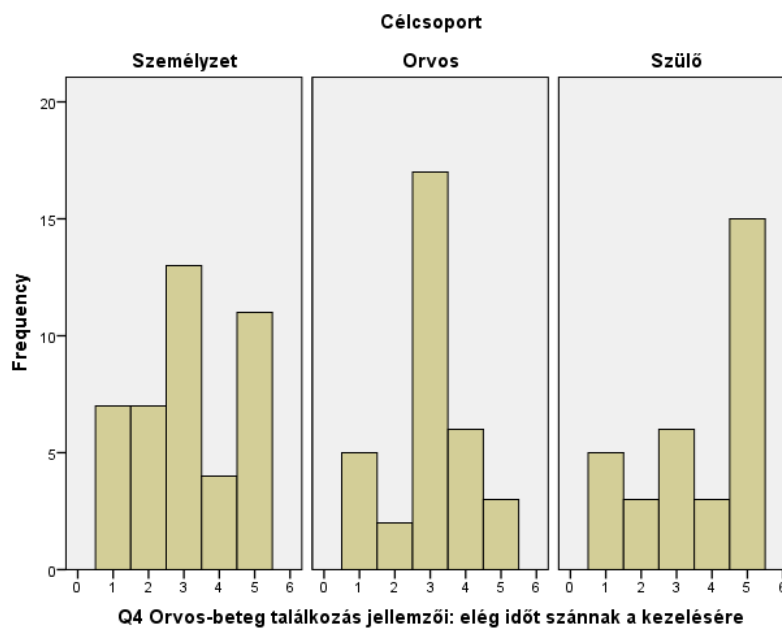


A beteg figyelmes végighallgatásának fontosságát és a megfelelő gyógyszerek felírását pedig a szülői csoport értékelte valamivel kevésbé, mint ahogy ugyanezt a másik két célcsoport tette. A beteg bátorítását a gyógyulás sikere érdekében szintén kevésbé értékelte fontosnak a szülői csoport az orvosokhoz és az egészségügyi szakszemélyzethez képest. A szülői csoport esetében ugyanakkor megfigyelhető, hogy a felsorolt négy válaszlehetőség közül jellemző módon egyiket sem értékelték „*legfontosabb*” teendőnek a sikeres kezelés érdekében.



5.4. Q4. Egy átlagos orvos-beteg találkozó jellemzői

Az orvos betegre történő odafigyelését egy átlagos (de fontos) konzultáción az orvosok és a szakszemélyzet csoportja is átlagosan közepesre értékelte – az orvosok ezzel némi önkritikát is megfogalmazva. Átlagosan a közepes értékelés a szülői válaszokra is jellemző, ott azonban sokkal gyakoribbak a szélsőséges vélemények: néhányan kiválóra értékelik az orvosok rájuk irányított figyelmét, többen azonban rendkívül alacsonyan értékelik ugyanezt.



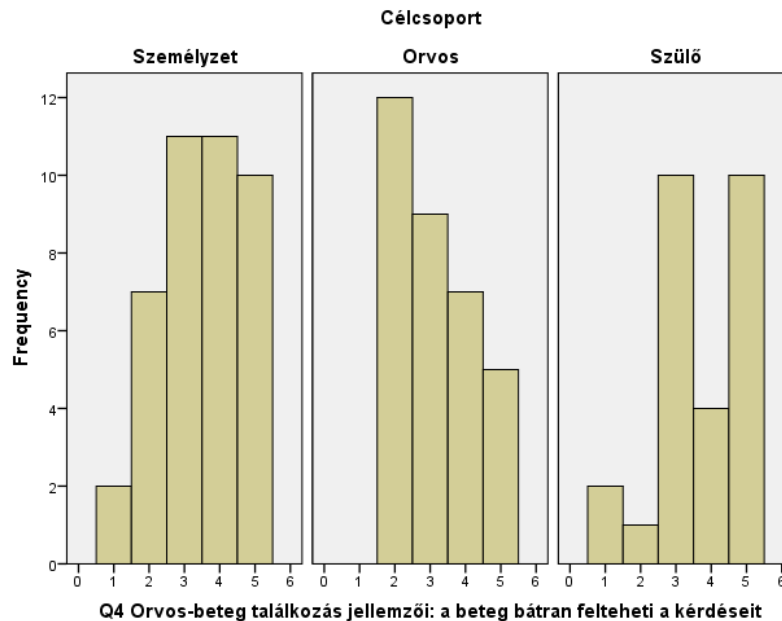
Az orvosok és a szakszemélyzet véleménye szerint az orvosok csak félig-meddig szánnak elég időt a betegek kezelésére. Ugyanezt a változót a szülők jellemzően maximális pontszámmal értékelték.

Itt tehát az látszik, hogy az egészségügyi szakemberek érzik, hogy a munkakörülmények időnként nem teszik lehetővé, hogy annyi időt szánjanak egy-egy eset megbeszélésére, mint amennyit az érdemelne. Ez a tapasztalat egyébként megerősítésre került az orvosokkal és egészségügyi szakdolgozókkal készített fókuszcsoportos interjúkon is. A kérdőíves felmérés eredményei szerint ugyanakkor ezt az időhiányt a konzultációkon a szülők nem érzékelik, és általában elégedettek a rájuk szánt idővel.

Míg a szakszemélyzet tagjai általában úgy érzékelik, hogy egy-egy esetmegbeszélés alkalmával a páciensek, szülők bátorítva vannak arra, hogy kérdéseiket feltegyék, a szülők sokkal ellentmondásosabb véleményekkel rendelkeznek ez ügyben. Az orvosok a legborúlátóbbak e



tekintetben: ők többségében úgy érzik, hogy egy ilyen találkozó alkalmával a beteg nem teheti fel bátran a kérdéseit. Felmerül a kérdés, hogy vajon nem az orvoson múlik-e a támogató, biztonságos közeg megteremtése a konzultációk alkalmával, ahol a páciens felbátorodik a kérdezésre? Másrészt: vajon hiányosságnak érzékelik-e egyáltalán a szakemberek, hogy – meglátásuk szerint – az esetek megbeszélésekor a betegek nem kérdezhetnek szabadon?



Bátorító eredmény, hogy általában mindhárom csoport pozitívan értékelt, hogy egy konzultáció alkalmával a beteg megkap-e minden szükséges tájékoztatást az orvosától.

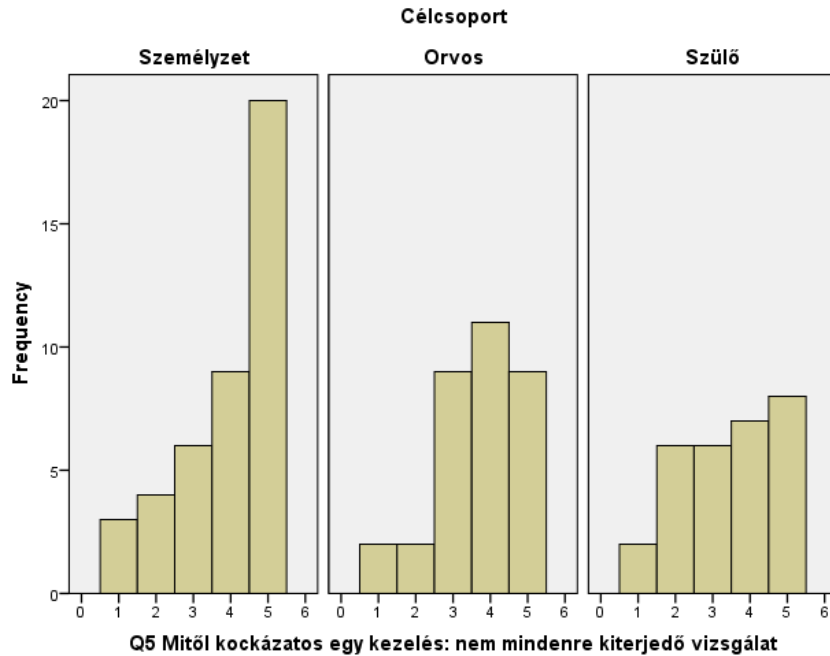
Az orvosok és a szakszemélyzet közepesen érezték jellemzőnek azt, hogy a konzultációkon a beteg megpróbálja valamennyire magához ragadni a kontrollt és jobban beleszólni a gyógyomódról való döntésbe. A szülők sokkal kevésbé vették észre ezt a törekvést saját viselkedésükön.

5.5. Q5. A kezelés kockázatosságának tényezői

Jellemző, hogy mind az öt válaszlehetőség (*nem mindenre kiterjedő vizsgálat; nincsenek modern műszerek; az orvos nem tájékoztat megfelelően; a beteg nem tartja be, amit az orvos mondott; nincs kölcsönös bizalom az orvos-beteg között*) esetében az adott tényezők meglétét az egészségügyi szakszemélyzet csoportja értékelt a leginkább kockázatosnak a kezelésre nézve. A másik két kitöltő csoport esetében a bizalom hiánya jelenik meg kockázati tényezőként



erősebben, illetve az, amikor a páciens nem tartja be az orvos által előírt utasításokat. A modern műszerek hiányát és azt, hogy a vizsgálat nem terjed ki mindenre, ez a két célcsoport csak közepes mértékben érezte kockázatosnak a kezelés kimenetelére nézve.



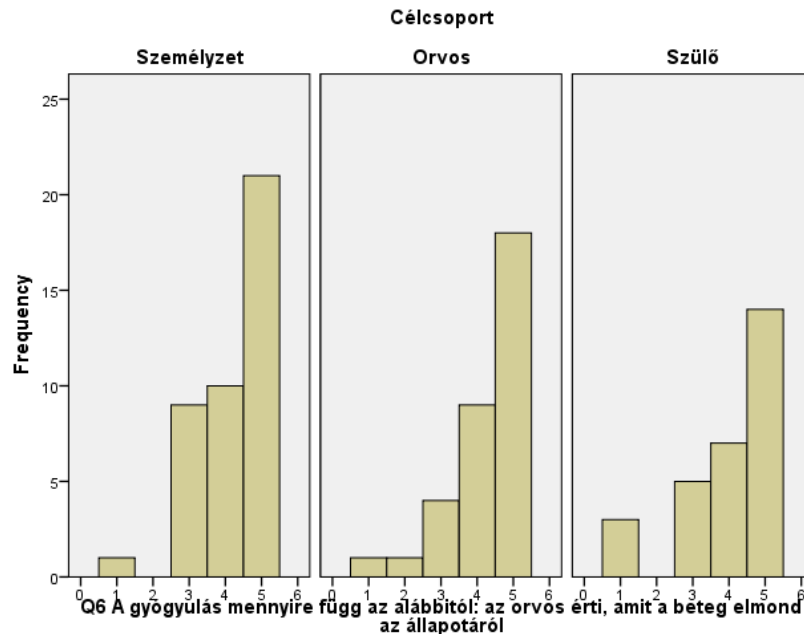


5.6. Q6. A gyógyulási folyamatot befolyásoló tényezők

Q6_1. A kérdés a gyógyulási folyamatot befolyásoló összetevőkre kérdez rá és ennek az összetevőnek a szerepét skálaszerűen méri. A kérdésen belül hat válaszlehetőség skálázott értékét kell megbecsülnie a válaszadónak egy 1 és 5 közötti skálán. A hat meghatározott befolyásoló tényező:

- Q6_1: az orvos érti, amit a beteg elmond az állapotáról
- Q6_2: ha a beteg valamit nem ért, újra megkérdezi az orvost
- Q6_3: az orvos elfogadja a beteget a problémájával együtt
- Q6_4: az orvos kíváncsi a beteg véleményére
- Q6_5: a beteg részletesen elmondhatja a panaszait
- Q6_6: az orvos minden szempontból figyel a betegre

Mind a hat összetevő a kezelés, mint kommunikációs helyzet és a gyógyítási folyamat közötti összefüggésre kérdez rá. Az első összetevő a beteg által közvetített panasz érthetőségére és ennek a kezelés kiemeneteléhez való viszonyára kérdez rá: mindhárom célcsoport azonosan magasan ítéli meg az érthetőség jelentőséget, kiemelkedően magas a *“teljes mértékben függ tőle”* válaszvariáns a személyzet esetében, következésként az orvosoknál, végül pedig a szülőknél. Már e kérdésnél is megfigyelhető az, a későbbiekben növekvő tendenciát mutató eltérés, hogy a kezelés kommunikációs helyzetként való értékelése fokozottabban fordul elő az orvos és szakmai személyeztnél, mint a kezelésben részt vevő betegek oldalát képviselő szülőknél. A szülők válaszai kiemelkedtek ugyan a *“teljes mértékben függ tőle”* válaszvariánsnál, de a skála középértékeinél is jelentősen sűrűsödtek a válaszaik.



Q6_2. A második válaszlehetőség arra vonatkozott, hogy a kezelés sikerességének a visszakérdezés a beteg részéről az orvos felé mennyiben feltétele. Ebben az esetben a „*teljes mértékben függ tőle*” értékű válasz a szülők esetében volt a legmagasabb, a személyzet és orvos célcsoport a második legmagasabb skálaértéknél mutatott kiugró véleményűsűsödést.

Q6_3. A harmadik kérdés arra vonatkozott, hogy a sikert mennyire határozza meg az, hogy az orvos elfogadja-e a beteget a problémáival együtt. E kérdésre adott válaszok esetében kiugróan magas értéket mutatott a 'teljes mértékben függ tőle' válasz a személyzet esetében. Az orvos célcsoportonál a 3. és 5. skálaértéket jelölték be leginkább a válaszadók. A szülők esetében - érdekes módon - a skála középértkein, a 3. és 4. értéknél volt a legnagyobb egyezés. Ez az aránytalanság azt hangsúlyozza, hogy a beteg részéről a problémáival szembeni empátia kevésbé elvárás, a szülők nem látják be a megértés jelentőségét a kezelési folyamatban. Szintén szimptomatikus, hogy éppen a közvetítő szerepben levő személyzet az, aki leginkább tudatában van a megértés teljes kezelési folyamat kimenetét érintő jelentőségének.

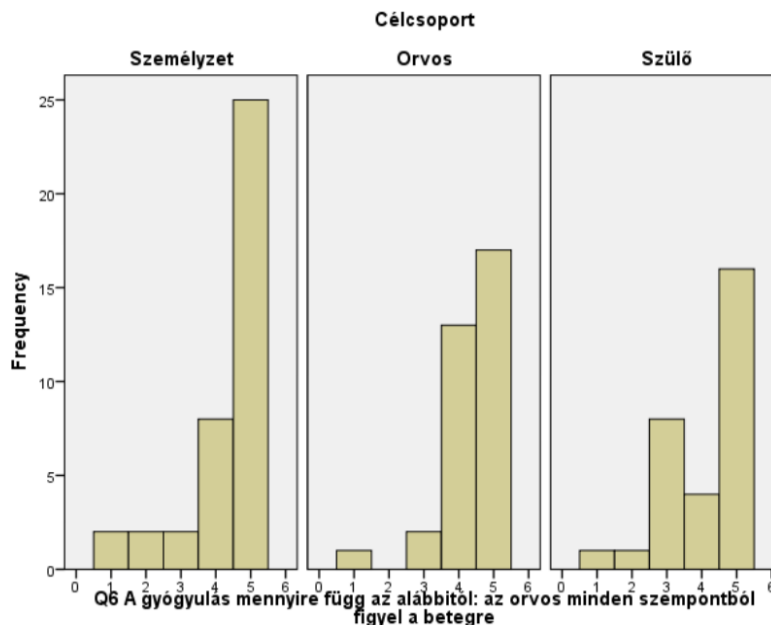
Q6_4. Némileg hasonló, azonos tendenciára utaló eredmények születtek a következő válaszlehetőség esetében is: a kérdés arra vonatkozott, mennyire befolyásolja a gyógyulási folyamatot, hogy az orvos mennyire kíváncsi a beteg véleményére. Az előbbiekhöz hasonlóan a 'teljes mértékben függ tőle' válaszok aránya a személyzet esetében volt a legnagyobb. A második legmagasabb skálaérték volt a leggyakoribb az orvosok és a személyzet esetében. A



szülők célcsoportjában a skála középértékeinél egyenletesen oszlott el a válaszok aránya. Ismét tanulságos, hogy ennek értelmében a betegek nem mérik fel a bevonódásuk horderejét, fontosságát a kezelési folyamat eredményessége szempontjából.

Q6_5. A következő változó arra kérdezett rá, mekkora a jelentősége annak, hogy a beteg elmondhatja, vagy nem mondhatja el panaszait a kezelési folyamat során. Ebben az esetben mindhárom célcsoportnál kiemelkedően magas volt a *'teljes mértékben függ tőle'* skálaérték jelenléte, kiugróan magas arányban a szakszemélyzet esetében.

Q6_6. Utolsó szempontként merült fel az az állítás, mely az orvos többrétű figyelmének a kezelés kimenetére tett hatására kérdezett rá. Az, hogy az *'orvos minden szempontból figyeljen a betegre'* mindhárom célcsoport az 5. skálaértéket karikázta be legtöbbször, viszont még a szakszemélyzet még a másik két célcsoporthoz képest is magasabb arányban ítélta kiemelkedően fontosnak, hogy az orvos minden szempontból figyeljen a betegre,. Hasonlóan az előbbiekhöz, a kezelés kommunikációs természetének megértését a szakszemélyzet érzékeli a legfontosabbnak, mint közvetítő csoportnál, az ő esetükben a legerősebb az orvosok empátia és kommunikációs készségek felőli megítélésnek igénye is.



5.7. Q7. Beteg orvossal való elégedettsége

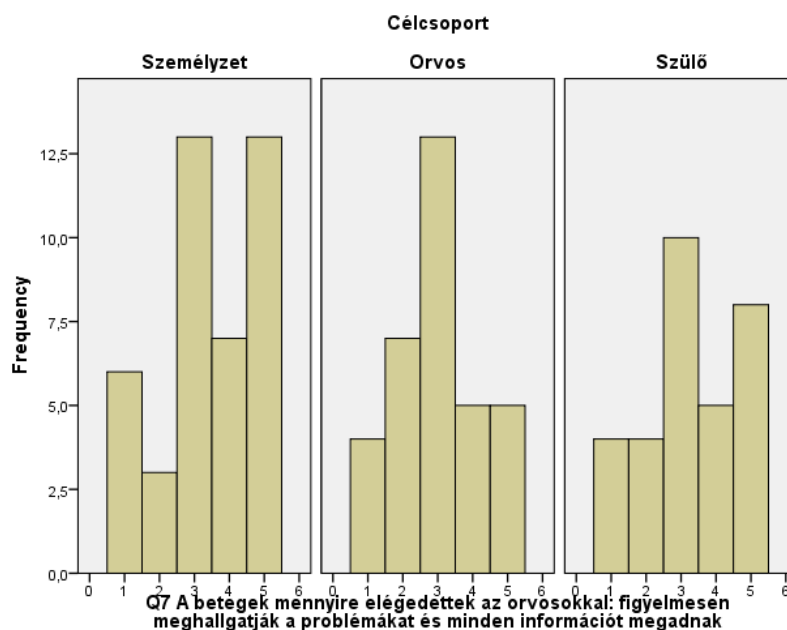
A 7. kérdésnél a beteg orvossal való elégedettsége tekintetében az alábbi dimenziókat kellett



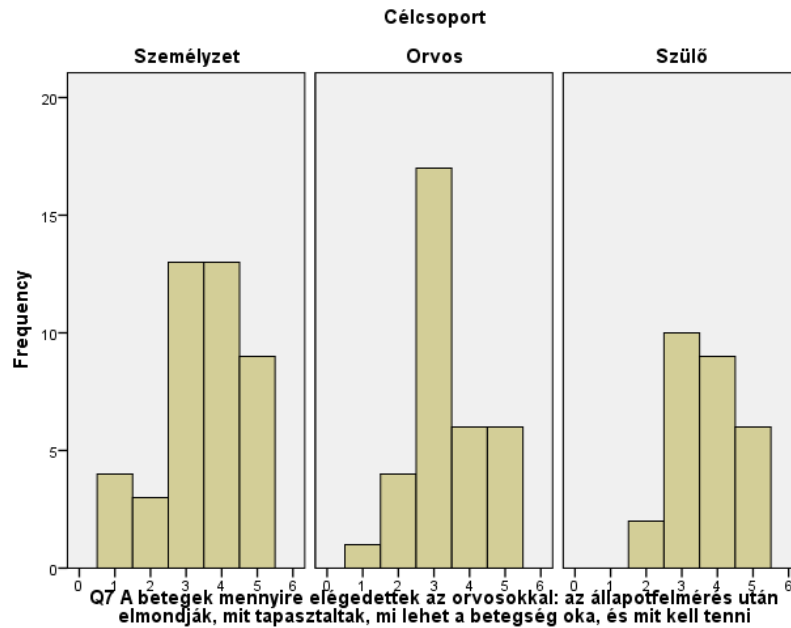
értékelnie skálázott formában.

- Q7_1:figyelmesen meghallgatják a problémákat és minden információt megadnak
- Q7_2:az állapotfelmérés után elmondják, mit tapasztaltak, mi lehet a betegség oka, és mit kell tenni
- Q7_3:a beteggel együtt döntenek a megfelelő kezelésről
- Q7_4:a beteg csak akkor beszél, ha az orvos kérdést tesz fel neki
- Q7_5:a beteg az orvostól kér információkat, megpróbál részt venni a kezeléséről szóló döntésben.

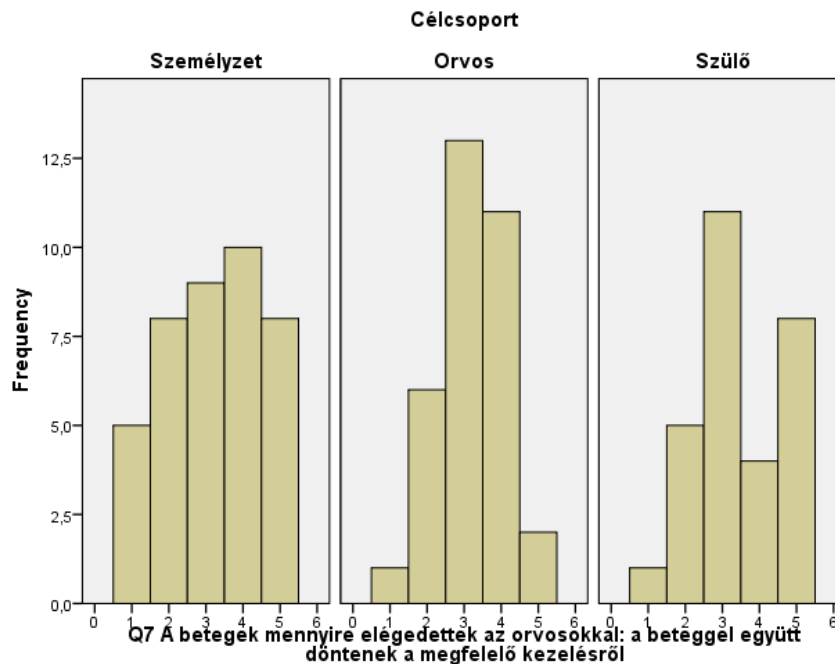
Q7_1. A változó arra kérdezett rá, mekkora szerepe van a betegelégedettségben az orvos figyelmességének, problémaérzékenységének és az általa szolgáltatott információk kimerítő voltának. Ennél a kérdésnél a válaszok megoszlottak: a személyzet esetében volt a legmagasabb azok száma, akik legnagyobb jelentőséget tulajdonítottak ennek a szempontnak, az orvosoknál kiemelkedő volt azok száma, akik közepes értéket adtak ennek a változónak. A szülők esetében a középérték és a legmagasabb skálaérték közötti ingadozás volt megfigyelhető.



Q7_2. Szintén a középértékeknél való sűrűsödést mutatta mindhárom célcsoportnál a következő változó, mely arra kérdezett rá, elégedettek-e a betegek az orvosokkal, ha “az állapotfelmérés után elmondják, mit tapasztaltak, mi lehet a betegség oka, és mit kell tenni.” E kérdésnél a 3-as középérték az orvosok esetében kiemelkedően magas volt, arra utalva vélhetően, hogy ez a megközelítés egyfajta szakmai minimum lehet.



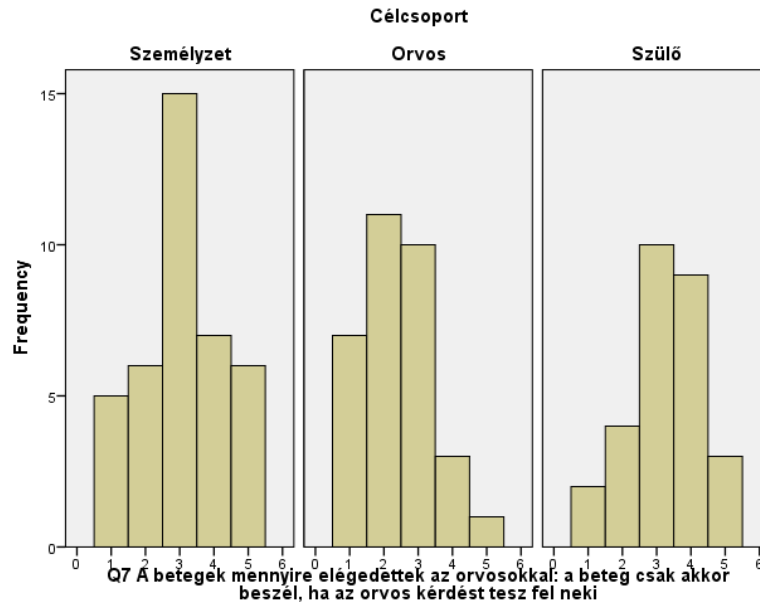
Q7_3. Komolyabb eltérés látszott annál az értéknél, mely a beteg és az orvos közötti konszenzus és közös döntés horderejét vizsgálta az elégedettség szempontjából. Ebben az esetben az orvosok úgy ítélték meg, hogy a közös döntés kismértékben felelős az orvossal való elégedettségért. A 'teljes mértékben elégedett' válasz a legmagasabb értéket a betegek esetében mutatta. Mindhárom célcsoportnál a középső skálaértékek eredményeztek kiugró válaszokat.



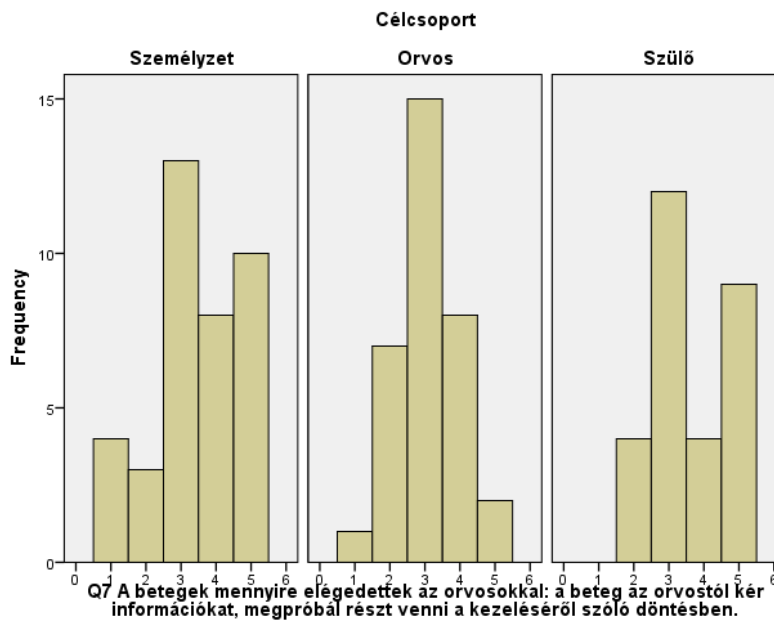
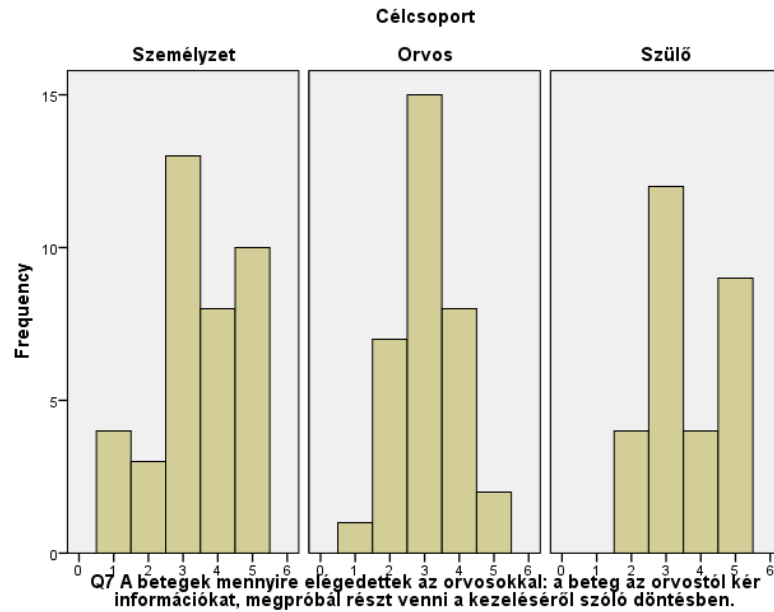
Q7_4. Az 5-ös kérdés azt vizsgálta, hogy a beteg mennyire kezdeményezhet beszédhelyzetet és



az önálló megszólalás lehetősége mennyire befolyásolja a beteg elégedettségét. Ez a változó szintén a középmezőnyben teljesített mindhárom célcsoport esetében. Elgondolkodtató, hogy az „*egyáltalán nem*” válasz az orvosok esetében volt a legmagasabb, a „*teljes mértékben elégedett*” pedig a személyzet esetében.



Q7_5. A betegelégedtség és a döntéshozatalban betöltött proaktív szerep közötti összefüggés esetében a középérték válaszai szintén kiugróak voltak mindhárom célcsoport esetében. Viszont a „*teljes mértékben elégedettekkel*” válaszolók aránya a személyzet, illetve a szülők célcsoportja esetében jóval magasabb volt, mint az orvosokéban, akik kiugróan közepes jelentőségüként ítélték meg ezen változó horderejét.



5.8. Q8. Orvos beteggel való elégedettsége

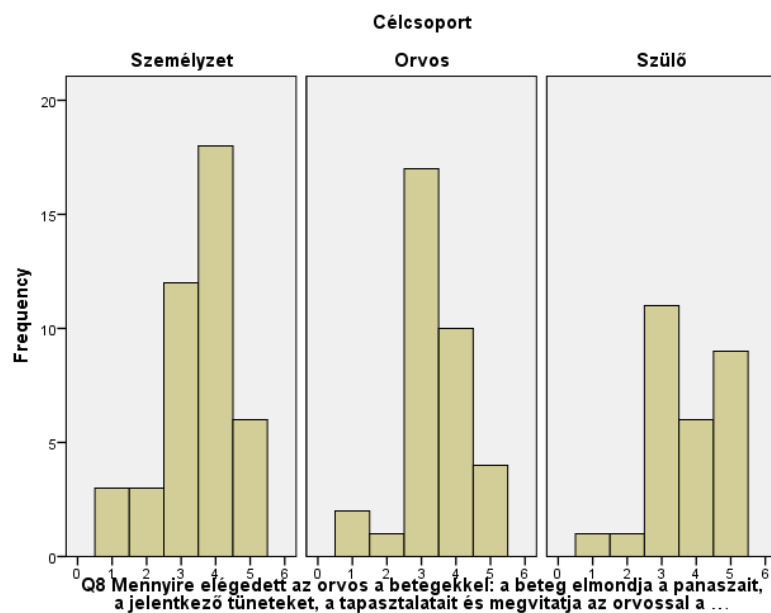
E kérdés három alapvető betegtitűd orvos-beteg kommunikációra tett hatását vizsgálta.

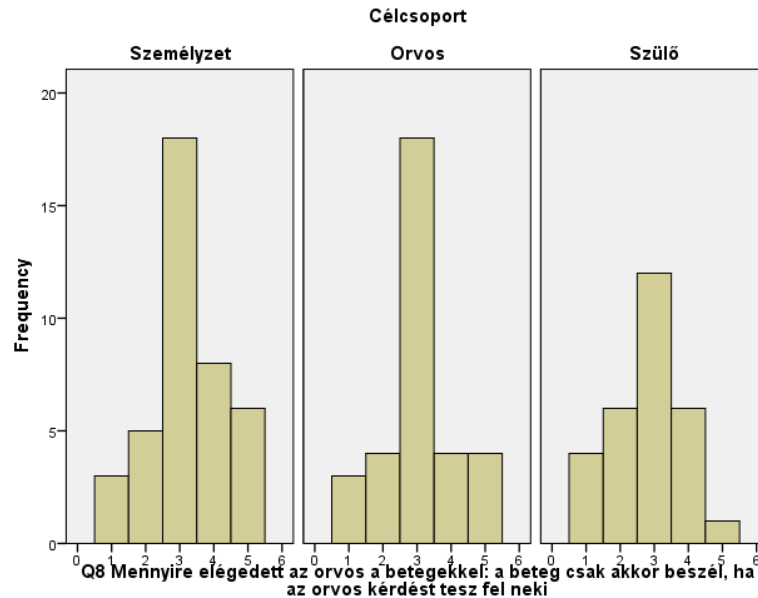
- *Q8_1*: a beteg elmondja a panaszait, a jelentkező tüneteket a tapasztalatait és megvitatja az orvossal a betegségéről eddig összegyűjtött információkat,
- *Q8_2*: a beteg csak akkor beszél, ha az orvos kérdést tesz fel neki



- Q8_3: a beteg az orvostól kér információkat, megpróbál részt venni a kezeléséről szóló döntésben

Az első válaszlehetőség a diagnózis ismertetésében és állapota leírásában proaktív betegre, a második az orvos által megteremtett kommunikációs feltételekhez alkalmazkodó betegre, a harmadik pedig a kezelésével kapcsolatos döntésben proaktív betegre vonatkozott. A válaszok megoszlásában az első beteg típust leginkább a szülők érezték az orvoselégedettséghez hozzájáruló típusnak. A személyzet és az orvosok célcsoportja kiemelkedően magas arányban a középső skálaértékekkel azonosította ezt a kategóriát. Az orvosi kommunikációs elvárásokhoz alkalmazkodó beteget egyik célcsoport sem tekintette az orvos elégedettségéhez kiemelten hozzájáruló tényezőnek, de ugyanígy volt középső értéket képviselt a harmadik beteg típus is. Összegzőképpen tehát elmondható, hogy a célcsoportok szerint a három „beteg típus” közül egyiknek sincs kiemelt jelentősége az orvos pácienssel való elégedettsége szempontjából. Ugyanakkor kiemelendő, hogy a kezelési döntésben proaktív, illetve az állapota ismertetésében proaktív beteget tartja ideálisabbnak mindhárom célcsoport.





5.9. Q9. Az orvosok ideáltípusai

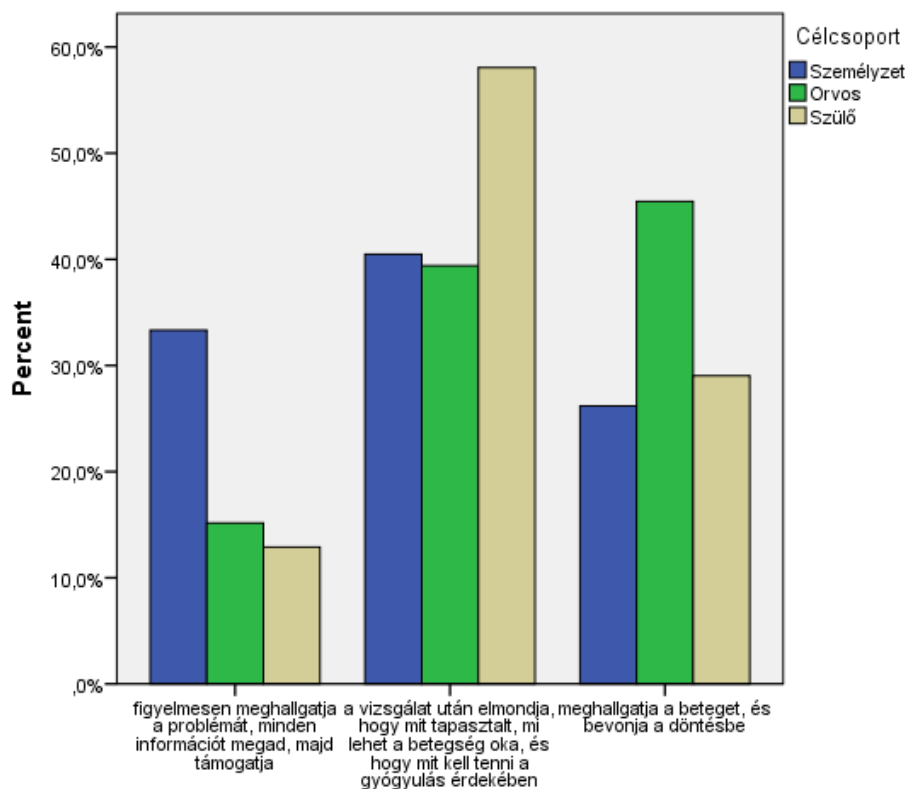
E kérdés az orvosok három lehetséges ideáltípusaitval kapcsolatos attitűdök vizsgálatára vonatkozott. Három jellemezés került meghatározásra, melyek az alábbiak:

- *Q9_1*: figyelmesen meghallgatja a problémát, minden információt megad ahhoz, hogy a beteg dönthessen, majd támogatja az általa választott kezelés alatt
- *Q9_2*: a vizsgálat után elmondja, hogy mit tapasztalt, mi lehet a betegség oka, és hogy mit kell tenni a gyógyulás érdekében
- *Q9_3*: meghallgatja a beteget, orvosi és életmóddal kapcsolatos kérdéseket tesz fel, és bevonja a terápiáról szóló döntés meghozatalába

E kérdés három orvostípust különített el: azt, aki figyelmesen meghallgatja a beteget,



információval látja el, de a betegre bízta a döntést, ezt követően támogató; a vizsgálattal kapcsolatban kielégítően informáló orvost, illetve a döntéshozásba a beteget bevonó orvost. Ezen a területen érdekesek az eltérések, ugyanis az orvosok kiemelkedően magas arányban ítélték úgy, hogy a döntést a beteg és orvos közös felelősségének tekintő orvostípus a legideálisabb, a betegek ugyanakkor kiemelkedően magas arányban ítélték meg, hogy az informáló orvos az ideális, a személyzet pedig szintén nagyarányban az informáló orvost tekintette ideálisnak. A válaszok szórása ezen a területen kiválóan mutatja, hogy a három célcsoport más változókat tekint fontosnak az orvos megítélésben: a beteg a szakmaiságot és a személyzet, az orvos pedig a felelősség megosztásának képességét véli fontosabbnak.



Q9 Milyen az ideális orvos: "első válasz"



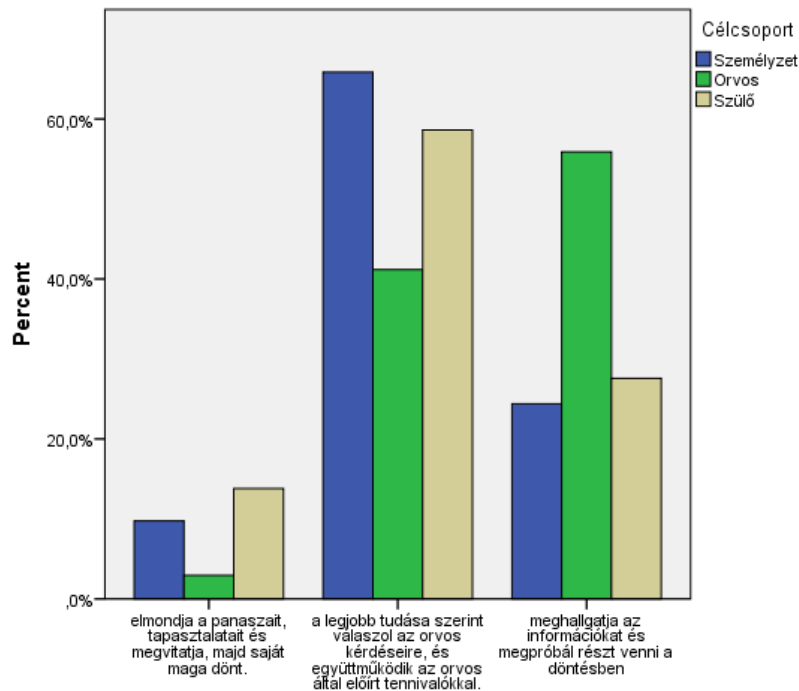
5.10. Q10. A betegek ideáltípusai

Az előbbi kérdéskör ellenpontjaként az ideális betegtípusra vonatkozott ez a kérdés. Itt is három jellemzéssel kapcsolatban kértük a kérdőívet kitöltők véleményét:

- *Q10_1*: elmondja a panaszait, tapasztalatait, és megvitatja az orvossal az eddig összegyűjtött és a rendelőben felmerülő információkat, majd ezek alapján saját maga dönt.
- *Q10_2*: a legjobb tudása szerint válaszol az orvos kérdéseire, és együttműködik az orvos által előírt tennivalókkal.
- *Q10_3*: meghallgatja az információkat, amiket az orvos ad, és megpróbál részt venni a döntésben, mérlegelve a szerinte számára legideálisabb megoldást.

Az előbbi kérdésre adott válaszokkal egyező jelentésű az erre a kérdésre adott válasz.

Az ideális beteg jellemzésében az első típus az informálódó és önállóan döntő beteget, a második típus az orvosnak engedelmeskedő és az általa kijelölt keretek között mozgó, a harmadik az együttműködő beteget jelölte meg lehetséges ideáltípusként. Az ideális orvos megítélésével összhangban az orvosok válaszaiban mutatott legmagasabb értéket az együttműködő beteg típusa, míg mind a személyzet, mind pedig a szülők az engedelmeskedő, alávetett beteget tekintették ideálisnak.



Q10 Milyen az ideális beteg: "első válasz"

6. Összefoglalás

A kérdőíves vizsgálat, melynek célja az egészségügyi fekvő- és járóbeteg ellátók páciensekkel és partner-szervezetekkel folytatott kommunikációjának vizsgálata volt, fontosnak tartotta felmérni, melyek azok a tulajdonságok, amelyeket a kommunikációban részt vevő felek fontosnak tartanak a sikeres kezeléshez.

Az eredményekből látszik, hogy ellentmondás, diszkrepancia van abban, ahogyan az orvosok saját szerepüket látják, és ahogyan a szakszemélyzet és a szülők tekintenek az orvosi praxisra. A kommunikáció fontossága mindenki által elfogadott tény. Ugyanakkor a gyakorlati megvalósulásban sokszor a tényközlés, a pontos, precíz terminusokban történő írásbeli és szóbeli közlés eluralkodik afelett a kommunikációs igény felett, hogy a páciens a neki leginkább megfelelő, érthető és kielégítő módon legyen tájékoztatva, partnerként kezelve a szakmai tudás nyilvánvaló szintbeli különbsége ellenére is. Hiszen itt nem az a kérdés, hogy az orvos szakszerűen és megfelelő módon teszi-e a kötelességét, végzi-e a munkáját, hanem az, hogy a pácienssel és annak hozzátartozóival együttműködően történik-e a kommunikáció. Az orvosok önszemléletében a szakmai tudásnak meghatározóbb a szerepe, mint a megfelelő kommunikációnak, türelemnek, kedvességnek, míg ez utóbbi tulajdonságokat a szakszemélyzet



és a páciensek egyaránt fontosnak tartják. A megfelelő kommunikáció, a türelem, a kedvesség, az emberség a kérdőívek tanulsága szerint sokkal fontosabb a páciensek és az egészségügyi személyzet számára, mint amennyire az az orvosoknak, vagy mint amennyire az orvosok feltételezik, hogy az előbbi csoportoknak fontos lenne. A megkérdezett orvosok a kommunikatív jellegű képességeiket és tudásaikat a szakmai kompetenciájuknak alárendelt, másodlagos fontosságú tulajdonságokként értékelték. **Az orvosi kommunikáció fejlesztése tehát jelen kérdőíves kutatás alapján indokoltnak, a páciensek részéről is meglévő igénynek látszik.**

A szakszemélyzet kulcsfontosságú tulajdonságai esetében ismét az a tendencia látszik megmutatkozni, amely szerint a páciensek – többnyire a szakszemélyzettel egybehangozón – az egészségügyi ellátásban nyert tapasztalataik értékelésénél sokkal nagyobb hangsúlyt fektetnek az empátikus, emberi és kommunikációs jellegű erényekre, mint az orvosok, akik hajlamosak pragmatikusabban hozzáállni az orvosláshoz.

Mindhárom válaszadói csoport egybehangozón fontosnak tartotta a kezelés sikeréhez szükséges mind a négy alapvető elemet, úgymint: megérteni a kockázatokat, figyelmesen meghallgatni a beteget, felírni a megfelelő gyógyszereket és bátorítani a beteget. Itt tehát egyik csoport sem tett különbséget a gyógyítást közvetlenül elősegítő elemek (úgymint a gyógyszerek felírása valamint a kockázatok felmérése), és a beteg általános közérzetét javítani segítő elemek (úgymint a beteg bátorítása) fontossága között.

A kérdőíves felmérés alapján mindhárom válaszadói csoport általában közepesre értékelt egy átlagos orvos-beteg találkozót kommunikációs szempontból – a célcsoportok tehát egyetértettek abban, hogy szükség van fejlődésre e téren.

A vizsgálat során általános tapasztalat volt, hogy a kezelés kommunikációs helyzetként való értékelése fokozottabban fordul elő az orvos és szakmai személyzetnél, mint a kezelésben részt vevő betegek oldalát képviselő szülőknél.

Általánosságban elmondható, hogy a kérdőívet kitöltők szerint az ideális beteg legfőbb tulajdonsága a proaktivitás a problémák ismertetésében és a kezdeményezőkézség a kezelés kiválasztásában és kivitelezésében.

A kérdőív kimeneteként továbbá megállapítható, hogy az asszertivitás, partnerség elvei alapján működő orvos-beteg kommunikáció ideálja az orvosok esetében ismert és elfogadott cél,



azonban sem a szülők, sem a személyzet esetében nem erős e kommunikációstípus elvárása. Kiemelendő továbbá, hogy az empátia és a kezelés során tanúsított figyelem, nyílt kommunikáció igénye a személyzet és a szülők esetében merül fel leginkább, az orvosok a szakmaiságot tekintik fontosabb kritériumnak teljesítményük megítélésben. A szakszemélyzet képességeivel kapcsolatban a szakmaiság, empátia, kommunikációs nyitottság azonosan fontos összetevők. Az ideális beteggel kapcsolatban a válaszok szórtságát az orvosok, illetve személyzet/szülők esetében korábban is érzékelhető különbség jellemezte: az önmagára partnerként tekintő beteg eszményét az orvosok a másik két célcsoportnál fontosabbnak tekintik.



Mellékletek

1. számú melléklet: Leíró statisztikák
2. számú melléklet: Célcsoportok összehasonlító elemzései