

OTDK-dolgozat

2023

Pécsi Tudományegyetem
Közgazdaságtudományi Kar

A VEZETÉS SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

THE ROLE OF LEADERSHIP IN HEALTHCARE

Biró Borbála

Konzulens: Dr. Jarjabka Ákos Egyetemi docens, PTE KTK VSZI

Kézirat lezárásának dátuma: 2022.04.14.

Tartalomjegyzék

Bevezetés	1
1. Az egészségügy és a vezetéstudomány kapcsolata.....	4
1.1. Az egészség megatrend.....	4
1.2. Vezetés, vezetői stílusok az egészségügyben	9
1.3. A páciens-beteg elhelyezkedése az egészségügyben	10
2. Az orvosok elé állított általános elvárások	15
2.1. Elméleti szaktudás	16
2.2. Szükséges képességek.....	16
2.3. Attitűdre vonatkozó kompetenciák	17
2.4. Felelősség és önállóság	17
2.5. Egy jó orvos tulajdonságai.....	18
2.6. Orvos-beteg kapcsolata.....	21
3. Miért van szüksége egy jó orvosnak a változásra?.....	25
3.1. Változások az egészségügyben a szervezet fejlődésének érdekében.....	25
3.2. Változásmenedzsment modellek az egészségügyben	28
3.3. Változások az egészségügyben COVID-19 idején	30
3.4. A változás implementálása a szervezetbe	31
4. A kutatás és annak módszertanának bemutatása	35
4.1. A minta jellemzése.....	35
4.2. Kutatási kérdések és hipotézisek	37
4.3. Szakmai vélemények	41
5. A kutatás eredményei statisztikai elemzések alapján	45
5.1. Első főhipotézis elemzése	45
5.2. Második főhipotézis elemzése	52
5.3. Harmadik főhipotézis elemzése	59

5.4. Negyedik főhipotézis elemzése.....	68
6. A kutatás és annak eredményeinek összegzése	72
7. Irodalomjegyzék.....	77

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: A jó orvos ismérvei és viselkedése Forrás: O'Donnabhain (2018, 879–82. o.)	19
2. táblázat: A jó orvos ABC-je Forrás: Hurwitz (2002, 667–68. o.) alapján saját szerkesztés	20
3. táblázat: Az együttműködés hiányának következményei Forrás: Simon, (2010, 127. o.)	22
4. táblázat: Az együttműködés hiánya által okozott gazdasági veszteségek Forrás: Simon (2010, 139. o.).....	22
5. táblázat: A betegekkel való együttműködés két típusának összehasonlítása Forrás: Simon (2010, 132. o.).....	23
6. táblázat: Az említett változásmenedzsment modellek összefoglalva Forrás: Saját szerkesztés	29
7. táblázat: Hipotézisekhez tartozó vizsgálati módszerek, valamint milyen esetben került elfogadásra, illetve elutasításra az adott hipotézisek táblázatban szemléltetve Forrás: Saját szerkesztés	41
8. táblázat: A főhipotézisekről alkotott döntések összefoglalása Forrás: Saját szerkesztés	74

Ábrajegyzék

1. ábra: A trendek rendszere Forrás: Jakopánecz-Törőcsik, (2015)	5
2. ábra: Trendeket és ellentrendeket átfogó megatrendek bemutatása a magyarországi reprezentatív mintán végzett elemzések alapján Forrás: Törőcsik (2017, 87. o.)	7
3. ábra: Példa a trendtípusok összefüggéseire Forrás: Törőcsik (2017, 45. o.)	8
4. ábra: A páciensre ható különböző környezeti hatások Forrás: Saját szerkesztés	11
5. ábra: A beteg és az orvos együttműködésének elemei a gyógyítási folyamatban; Forrás: Simon (2010, 136. o.)	13
6. ábra: A kitöltők megoszlása az egészségügyi intézménytípusok igénybevétele alapján (n=330) Forrás: Saját kutatás, 2021	36
7. ábra: „A jó kommunikációs készség, mint orvosi tulajdonság fontossága mind a magán, mind az állami egészségügyet igénybe vevők szerint” (n=225) Forrás: Saját kutatás, 2021	47
8. ábra: „Az emberségesség, mint orvosi tulajdonság fontossága mind a magán, mind az állami egészségügyet igénybe vevők szerint” (n=225) Forrás: Saját kutatás, 2021	48
9. ábra: „A diagnózisra érhető elmondása, mint hozzáállással kapcsolatos tényező fontossága mind a magán, mind az állami egészségügyet igénybe vevők szerint” (n=225) Forrás: Saját kutatás, 2021	49
10. ábra: Diagnózis érthetőségének fontossága a magán egészségügyi ellátásban azok szerint, akiknek fontos az emberségesség állami egészségügyi ellátásban (n=225) Forrás: Saját kutatás, 2021	49
11. ábra: Állami és magán intézmények szervezettségével való elégedettség (n=225) Forrás: Saját kutatás, 2021	51
12. ábra: Az egészségügyben ledolgozott évek függvényében a vélemény a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatásának szükségességéről (n=81) Forrás: Saját kutatás, 2021	54
13. ábra: Az egészségügyben ledolgozott évek függvényében az, hogy mennyire tartják hasznosnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását az egészségügyi dolgozók/volt dolgozók(n=76) Forrás: Saját kutatás, 2021	56
14. ábra: Magán és nem magán egészségügyi dolgozók véleménye a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességéről (n=81) Forrás: Saját kutatás, 2021	58

15. ábra: Magán és nem magán egészségügyi dolgozók mennyire találja hasznosnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását (n=76) Forrás: Saját kutatás, 2021	59
16. ábra: Egészségügyi oktatók és nem egészségügyi oktatók véleménye a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességéről (n=195) Forrás: Saját kutatás, 2021	62
17. ábra: Egészségügyi oktatók és nem egészségügyi oktatók mennyire találják hasznosnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását (n=186) Forrás: Saját kutatás, 2021	62
18. ábra: Az egészségügyi hallgatók/volt hallgatók, véleménye a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatásának hasznosságáról (n=195) Forrás: Saját kutatás, 2021	64
19. ábra: Egészségügyi dolgozók véleménye a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességéről (n=81) Forrás: Saját kutatás, 2021	66
20. ábra: Egészségügyi dolgozók/volt dolgozók mennyire találják hasznosnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását (n=76) Forrás: Saját kutatás, 2021	67
21. ábra: A különböző egészségügyi ellátástípusokat választó személyek, milyen arányban vennének igénybe olyan egészségügyi intézményt, ahol az egészségügyi dolgozóknak oktatásuk során volt módjuk olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül lehetőségük volt vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására (n=330) Forrás: Saját kutatás, 2021	70
22. ábra: A különböző egészségügyi ellátástípusokat választó személyek véleménye arról, hogy elérhető lenne-e javulás az egészségügyben, ha az egészségügyi oktatás során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására (n=330) Forrás: Saját kutatás, 2021	71

Bevezetés

„A vezetés szerepe az egészségügyben” című kutatás fókusza a vezetéstudomány egészségügyre gyakorolt hatása. Érdeklődési köröm két tudományterületre terjed ki, a közgazdaságtudományra és az orvostudományra. Ezen hatalmas tudásanyagon belül a vezetéstudomány, valamint az egészségügy összetett működése, továbbá az egészségügyi innovációk azok a területek, amelyek a leginkább érdekelnek, ez okból választottam témámnak a vezetés szerepét az egészségügyben. E téma interdiszciplináris voltából adódóan olyan kérdéseket vet fel, amelyeket még kevesen vizsgáltak, így az elemzés jelentős mértékben gyarapítani fogja az elméleti szakirodalom és a gyakorlatban alkalmazható menedzsmenteszközök tárházát. A kutatás célja, hogy választ kapjak és ráleljek az okokra, hogy miként lehetne megtalálni az arany középutat a színvonalas egészségügyi ellátás, valamint az egészségügyi menedzsment, illetve az egészségügyi oktatás között. A szakirodalmak alapján kevesen foglalkoztak még ezzel a témával, emiatt a kutatás többek között ennek is köszönhető a kutatás egyedisége.

Fontosnak tartom, hogy választ kapjak a kérdésre, vajon más-e a hozzáállás és kommunikáció a magán egészségügyi szervezetekben, mint a közegészségügyben, illetve arra is, hogy létezik-e készségfejlesztési gap az oktatás és a fogyasztói (beteg) elvárások közt, valamint vezetés- és viselkedéstudományi ismereteket is elsajátítsanak-e tanulmányaik során az egészségügyi képzésekben résztvevő hallgatók, mivel ez is kapcsolatban áll a színvonalas egészségügyi ellátással-rendszerrel.

Az első fejezet az egészségügy és a vezetéstudomány kapcsolatát vizsgálja. Bemutatásra kerül az egészség, mint megatrend lévén, hogy elhelyezhető legyen a megannyi trend közül, amelyek körbevesznek minket. Ez után a vezetés, vezetői stílusok kerülnek bemutatásra szintén egészségügyi vonatkozásban. Ahhoz, hogy egy rendszer, egy szervezet működjön, elengedhetetlen ismerni a működés szempontjából fontos szereplőket. Az egészségügyben az egyik legfontosabb szereplő a pácines-beteg, mivel az egész rendszer miatta alakult ki, azért, hogy meggyógyuljon. Ezen gondolatsor mentén bemutatásra kerül a páciens-beteg helyzete, elhelyezkedése az egészségügyben, az egészségügyi rendszerben, milyen tényezők hatnak rá, ki a pácines és mikortól nevezzük a páciens betegnek. Az is ismertetésre kerül, milyen igények vannak a betegeknek, mint például a gyógyítás folyamatába való bevonás, ami befolyásolja mind az adott szervezet működését, mind az egészségügyi dolgozók oktatását, kommunikációs készségeinek fejlesztését, annak érdekében, hogy kezelni tudják ezen igényeket. Ezek után a hazai jogszabályok, szakirodalmak, valamint a nemzetközi szakirodalmak alapján bemutatásra kerül, milyen

elvárásokat állítanak az orvosok elé, milyen képességekkel kell, hogy rendelkezzenek, ahhoz, hogy „jó orvosnak” lehessen őket minősíteni, továbbá szintén ezen fejezetben belül jobban megismerheti az olvasó az orvos-beteg kapcsolatot, annak kardinális pontjait. Bármennyire is igyekszik jó orvos, egészségügyi dolgozó lenne egy adott személy, ha a szervezet, amiben dolgozik nem teremti meg a körülményeket ehhez. A harmadik fejezet ezen probléma megoldását taglalja, azt, hogy hogyan kell kezelni a változást, a fejlődést az egészségügyben, mik a fontos tényezők, milyen alkalmazható változásmenedzsment modellek állnak rendelkezésre ezen témakör kapcsán. Ebben a fejezetben említésre kerül, hogy milyen változások következtek be az egészségügyben a COVID-19 idején, milyen kihívások elé kellett nézni az egészségügyi dolgozóknak és vezetőiknek. A változás egyik gyakori következménye, az innováció is említésre kerül, valamint arra is kitér a dolgozat, hogy hogyan kell implementálni egy változást, fejlesztést, innovációt egy egészségügyi szervezetbe.

Az negyedik fejezettől a dolgozat kapcsán végzett primer kutatás kerül bemutatásra. A kutatás kapcsán készült egy 52 kérdésből álló online kérdőív, amelyet 330 fő töltött ki. További primer kutatási eszközként mélyinterjúk kerültek alkalmazásra. Három rezidensi mélyinterjú és két szakértői mélyinterjú készült a témával kapcsolatban, Dr. Endrei Dóra docens asszonnyal, aki a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának Főigazgató helyettese, valamint Dr. Tizedes Györggyel, a Da Vinci Magánklinika Orvosigazgatójával.

A dolgozat írása során az alábbi kutatási kérdések születtek:

K1: Miként lehetne megtalálni az arany középutat a színvonalas egészségügyi ellátás, valamint a minőségi egészségügyi oktatás között?

K2: Vajon más-e a betegekhez való hozzáállás és kommunikáció, a magán egészségügyi szervezetekben, mint az állami egészségügyben?

K3: Létezik-e készségfejlesztési gap az egészségügyi oktatás és a fogyasztói (beteg) elvárások közt, különös tekintettel a vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismeretekre?

K4: Ez utóbbi vajon kapcsolatban áll-e az egészségügyi ellátással-rendszerrel kapcsolatos értékítéletekben?

A kutatás módszerét tekintve kvantitatív és kvalitatív kutatási eljárás alkalmaztam a hipotézisek vizsgálatához. 4 főhipotézis született a kutatás kapcsán, amelyekhez alhipotézisek tartoznak a témák megfelelő vizsgálatának érdekében, amelyek a Kutatási kérdések és hipotézisek című fejezetben találhatók.

A kutatás átláthatósága érdekében készítettem egy elemzési keretmodellt, amely az 1. mellékletben található. A modellben bemutatásra kerülnek a kutatási kérdések, a hozzájuk tartozó hipotézisekkel egyetemben, valamint a hipotézisekhez kapcsolódó kérdések közül is bemutatok néhányat példaként, illetve az utolsó oszlopban az látható, hogy a hipotézisek elfogadásra, elutasításra, vagy részben kerültek elfogadásra. A hipotézisek kapcsán született döntések részletes indoklása „A kutatás eredményei statisztikai elemzések alapján” című fejezetben olvashatók. Az összes kérdés, amelyet a kutatás kapcsán megválasztak a kitöltők a 2. mellékletben található. A szekunder kutatás során rálátást nyertem, a téma eddig vizsgált aspektusaira, mint például, hogy milyen elvárások vannak az orvosok felé, ahhoz, hogy jó orvosnak lehessen minősíteni őket (36/1996. (III. 5.) Korm. Rendelet). Kutatásommal igyekeztem ezen témakört a páciensek szempontjából vizsgálni, valamint az oktatás felől megközelíteni, annak érdekében, hogy ne csak az derüljön ki, mik azok az attitűdök, hozzáálláshoz köthető tényezők, vezetéstudománnyal kapcsolatos ismeretek, amik alapján a páciensek jó orvosnak ítélnék meg valakit, hanem az is kiderüljön, hogy az oktatásban ez hogyan kéne, hogy megjelenjen és erről mi a véleményük az egészségügyi képzésben résztvevő oktatóknak, hallgatóknak, illetve volt hallgatóknak, akik jelenleg már egészségügyi dolgozók.

A kutatás hasznosítható lesz az egészségügyi szféra elméleti és gyakorlati szakemberei számára, a dolgozat alapjául szolgálhat, javaslatot nyújthat, hogyan lehet még effektívebben vezetni, irányítani az egészségügyet. A kutatásnak várhatóan tudományos és társadalmi hozzáadott értéke is lesz, ezáltal többszörös hozzáadott értéket tud majd nyújtani, valamint az orvosok, illetve a leendő orvosok, rezidensek tisztában lesznek az őket körülvevő jelenlegi körülményekkel.

1. Az egészségügy és a vezetéstudomány kapcsolata

Az egészség megatrend mindennapjainkat, a társadalmat széleskörűen érinti, komoly hatással bír a gazdasági tényezőkre, valamint a hozzákapcsolódó területek is egyre fontosabbá válnak. Annak érdekében, hogy egészségünket megőrizhessük, elengedhetetlen, hogy rendelkezésre álljon egy jól működő egészségügyi rendszer. Az egészségügyi rendszerekben, szervezetekben nélkülözhetetlen, hogy a vezető szerepet betöltő orvosok, egészségügyi dolgozók rendelkezzenek bizonyos vezetői készségekkel, ismeretekkel, annak érdekében, hogy fejlődjenek és továbbra is jól működőnek lehessen őket minősíteni. A szükséges vezetéstudományi ismeretekhez sorolandók a vezető stílusok, amelyekkel tisztában kell, hogy legyenek az orvosok, egészségügyi dolgozók, hogy jó vezetők legyenek. Sfantou és szerzőtársai (2017) hat vezetői stílust azonosítottak az egészségügyben, amelyeket bizonyos helyzetek kialakulásakor szükséges alkalmazni. Ezen vezetői stílusok a dolgozatban kifejtésre kerülnek. A téma kapcsán fontos tisztában lenni az egészségügy egyik központi szereplőjével, a pácienssel, az őt körülvevő környezettel, valamint azon tényezőkkel, amelyek komoly hatást gyakorolnak rá.

1.1. Az egészség megatrend

„A trendek a jelenlegi folyamatok jövőbeni folytatásának megvalósítói, a feladat tehát ezen jelenségek időbeni fejlődésének, hatásainak vizsgálata.” (Törőcsik, 2017; 17. o.)

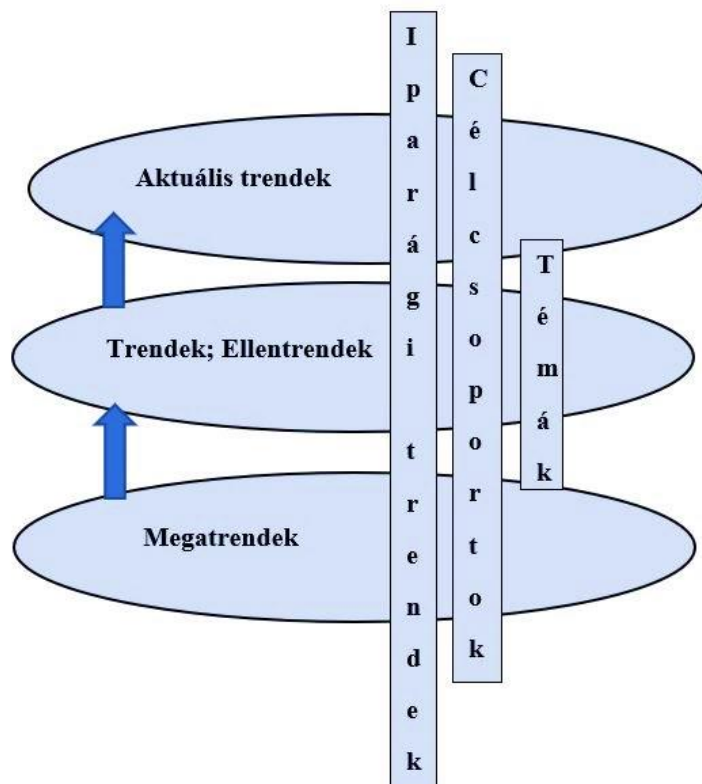
A trendeknél a folyamatok értelmezése az egyik legfontosabb munka. A megválaszolandó kérdések közé sorolható bizonyos folyamatoknál, hogy milyen kört érint, milyen időtartam alatt játszódik le, milyen tényezők segítik, illetve gátolják, és utána mi várható a jövőben. Abban az esetben, ha egy folyamat nyilvánvaló, kellően szétterjedté, elfogadottá vált, ennek hatására megjelennek az új, még kezdetleges folyamatok, melyekből következtetni lehet az új folyamatok tulajdonságaira. Amennyiben a fent felsoroltak érvényesülnek, érdemes jobban szemügyre venni az adott folyamatot, például állandó monitorizálással. Annak érdekében, hogy a trendmozgásokat követni lehessen, szükséges trendradar működtetése (Micic, 2017; Biró, 2018, 2022).

Amennyiben a céljaink között szerepel a trendek vizsgálata, akkor a célunk a jövőbeni események előrejelzése, ami korántsem könnyű feladat a mai felgyorsult világban, változó fogyasztói társadalomban. Az ilyen típusú kutatások nem csupán az egyén szintjére terjednek ki, hanem makrószintű kutatásnak is számítanak, melyek a jövőbeni nagy rendszerek mozgását akarják szemléltetni. Amikor a trendeket jobban megvizsgáljuk, gyorsan el lehet dönteni, hogy

a trendeknek nevezhető jelenség-együttesek nem egy kategóriájúak, különbséget lehet és kell is köztük tenni, rendszerezni kell a trendeket, hogy helyes következtetésekre jusson az adott témában kutató. Három alapvető trendtípust tudunk megkülönböztetni, a megatrendeket, más szóval bázistrendek, a trendeket és az aktuális trendeket.

A megatrendek olyan jelenségek, melyek akár 20-30 éven keresztül is fent tudnak maradni, terjedésükkel egyre nagyobb fogyasztói arányt elérve. Ezen trendek bizonyos részét már korábban beazonosították, de a mai napig olyan hatást gyakorolnak a társadalomra, amelyeknek folyamatosan tapasztalhatjuk a következményeit. A megatrendek további elemzésekkel kibonthatók, elágaztathatók. A trendek a megatrendek úgymond elágazódott változatainak is tekinthetők, középtávon hatnak. Növekvő jelentőséggel bírnak, már a mindennapi életet is jelentősen érinti (Törőcsik, 2017; Biró, 2018, 2022).

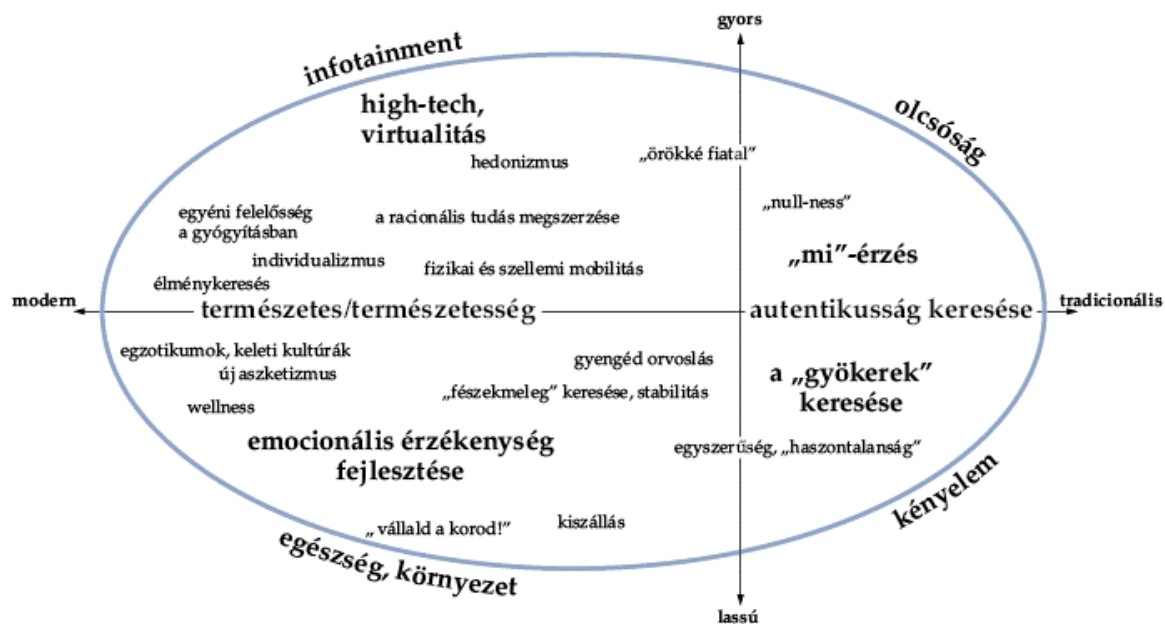
Amennyiben trendkutatással van dolgunk, elkerülhetetlen, hogy kiterjedt hatású folyamatokkal találkozzunk, amelyek tartósan befolyásolják a társadalmi, és mindemellett a gazdasági élet különböző szegmenseit. A trendeken túllépő folyamatokat megatrendeknek nevezzük. A trendek rendszerének felépítését az 1. ábra mutatja be (Jakopánecz-et al, 2015; Biró, 2018, 2022).



1. ábra: A trendek rendszere
Forrás: Jakopánecz-Törőcsik, (2015)

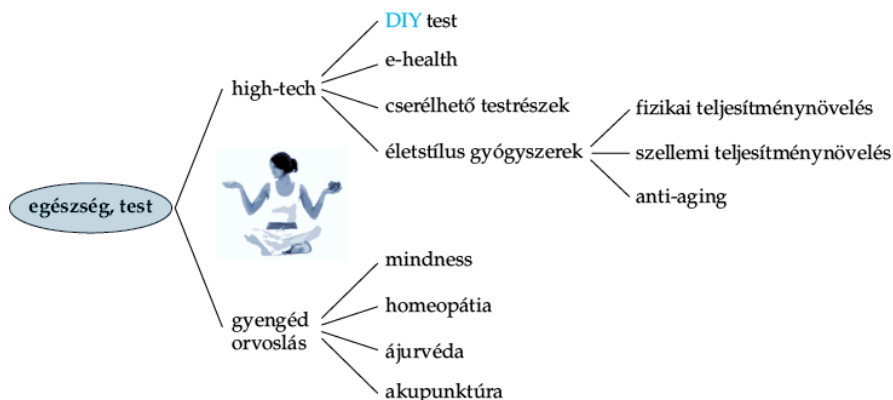
Az eddig említett okból kifolyólag a megatrendek elkülönült, megkülönböztetett szerepet töltenek be, a trendkutatás, és a trendelemzések kapcsán. Túlnyomó többsége a megatrendeknek statisztikai idősorokkal bizonyítható változásokat ölel fel, melyek sok idő eltelte után is a fejlődés irányába mutatnak. Napjainkban a hanyatlást mutató egészségügy, ahhoz, hogy ismét felvirágozzon, egy jó szinten legyen, a jövő lehetőségeiben kell, hogy megtalálják a megoldást, leginkább a benne rejlő potenciálra kell, hogy összpontosítson. Az egészség kérdése az emberek mindennapjait nagyban befolyásolja, így az egészségre már inkább megatrendként tekintünk, mint középtávon ható trendként. A társadalmat széleskörűen érinti, szinte minden rétegét, de nem csak egészségüket illetően, hanem gazdasági szempontból is nagy hatással van az emberek életre. Az egészség témakör nagyfokú érdeklődésének köszönhetően a jövőben a hozzákapcsolódó területek is egyre inkább fontosabbá válnak majd (Biró, 2018, 2022). *„Minden trend és ellentrend, valamint aktuális trend kapcsolatba hozható az egészségüggyel, annak megteremtő hatása innovációt eredményez.”* (Róna-et al, 47.o., 2010)

Popcorn 1992-es művében összefoglalva megtalálhatók azon trendek, amelyek a jövőre nézve relevánsnak ítélték. Tíz trendet definiált: a cocooning, vagyis az otthon felértékelődése; a fantasy kalandok, vagyis a fantáziára alapozott élményparkok, a virtualitás megjelenése; kis élvezetek, a kis luxus; az én-gazdaság (egonomics); a „kiszállás”; a harcos fogyasztó; a „tovább fiatalnak maradni” trend; a minél hosszabb élet; az egy élet alatt 99 megélése; az S.O.S, vagyis a társadalom megmentése. Az utóbbi négy trend már komoly összefüggésbe hozható az egészséggel, mivel az ember egészsége nélkül egyik sem kivitelezhető hosszútávon. Ezen tíz trend csak részben sorolható a klasszikus megatrendek közé, mivel átfogó gazdasági víziókat nem tartalmaznak, de a mindennapi ember vágyait, törekvéseit, félelmeit annál inkább tartalmazzák (Popcorn, 1992; Biró, 2018). A 2. ábra a trendeket és ellentrendeket átfogó megatrendek mutatja be egyik, ahol egyik fő trendje az ábrának az egészség.



2. ábra: Trendeket és ellentrendeket átfogó megatrendek bemutatása a magyarországi reprezentatív mintán végzett elemzések alapján
 Forrás: Törőcsik (2017, 87. o.)

A Zukunftsinstitut 2012-es közleményében, 12 megatrend kerül megfogalmazásra, amelyek között az egészség megatrend is megtalálható. Magába foglalja az egyre nagyobb befektetést igénylését az egyéntől, az egészségpiac növekvő forgalmát, illetve a test felértékelődését. A Z-punkt „A húsz legfontosabb megatrend” (2008) című összefoglalója ugyancsak tartalmazza az egészségügyet. Ebben a publikációban az egészségügy-boom kapcsán a folyamatosan növekvő egészségtudatosság és a saját felelősség, az egészségtechnikák és stílusok (health-tech, healthstyle), új élelmiszertípusok (functional food, gen food), új összeolvadó piacok (táplálkozás, gyógyszeripar, orvostudomány, kozmetika) kerülnek megnevezésre (Törőcsik, 2017; Biró, 2018, 2022). A 3. ábra az egészség, test trendtípusainak összefüggéseit szemlélteti.



3. ábra: Példa a trendtípusok összefüggéseire

Forrás: Törőcsik (2017, 45. o.)

Szintén fontos kitérni az egészség témakörén belül két kulcsfontosságú fogalomra. Ezen két fogalom, az egészségmegőrzés, illetve az egészségnyereség.

Az egészségmegőrzés, a WHO (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) definíciója szerint „*Olyan fogalom, amely az egészséget elősegítő életmód, és az ezt ösztönző társadalmi, gazdasági, környezeti és személyes tényezők támogatását öleli fel.*” Az imént idézett gondolatok alapján, a társadalom és az egyén is, hogy minél tovább egészséges maradjon, nagy koncentrációt és odafigyelést kénytelen eszközölni az egészséges mindennapok érdekében. Leginkább a szülőkön van a legnagyobb felelősség, mivel nekik kell jó példát statuálni, annak érdekében, hogy a felnövekvő generáció később egészségesen éljen. További fontos tényező a témán belül, a megelőzés. Sokkal könnyebb megelőzni a bajt, mint utána később egészségünkért komoly harcokat vívni.

Az egészségnyereség definíciója így szól: „*Az egészségügyi rendszer által elérhető és mérhető eredmények összessége. Ilyen pl.: a megbetegedések számának csökkenése, az egészségi állapot javulása, az egészségesen, illetve a rokkantság nélkül eltöltött életevek számának, a születéskor várható átlagos élettartam növekedése.*” (Arcanum é.n.) Az egészségnyereséghez köthetők az egyén egészségében bekövetkező pozitív változások, amik az élettartam meghosszabbodását, és/vagy az életminőség javulását okozza. A változást elősegítő beavatkozás lehet egészségügyi technológiák alkalmazása, és szintén lehet az egészségre ható külső környezet egészség célú megváltoztatása. Az egészség-gazdaságtani elemzésekben az egészségnyereség univerzális mérőszáma az életminőséggel korrigált életevek, a QALY (Egészségtudományi Fogalomtár é.n.). Tekinthetjük megtérülő befektetésnek is az egészségnyereség, mert aktív munkáévek nyerhetők, mely mind a vállalatnak, mind az adott alkalmazottnak jó, pontosabban profitot jelent (Nyitrai Garaj, 2015; Biró, 2018, 2022).

1.2. Vezetés, vezetői stílusok az egészségügyben

A klinikai orvoslás kezdete óta mindig is voltak vezetők, akik inspirálják a klinikusok és akademikusok jövő generációit. A hatékony vezetés az egészségügyi szakemberek által létfontosságú az egészségügy működéséhez, fennmaradásához és fejlődéséhez. A fő tényező, amely ezt alátámasztja, a hajtóerő az egészségügyi ellátás minőségének javítása érdekében, amelynek háttérében a folyamatosan növekvő egészségügyi igények és a hatékonyság-teljesítmény növelésének igénye áll. Az igénynek a minőség javítására az egészségügyben, de számos olyan ok létezik, ami miatt nehézkes a minőségjavítás, mint például a nem megfelelően képzett egészségügyi dolgozók, képzési programok, amelyek kudarcot vallanak, azonban az egészségügyi személyzet hiánya és a változással szembeni ellenállás a legkritikusabb tényezők közé tartoznak, ami miatt nehézkes a minőségjavító folyamat. A vezető szerepet betöltő klinikusoknak le kell győzniük ezeket az akadályokat, menedzselniük kell a problémákat és megoldást találni rájuk. Fontos, hogy az egészségügyben vezető szerepet betöltő személyek, olyan vezetési stílussal rendelkezzenek, amelyet a dolgozók elfogadnak, ezáltal az együttműködésre is hajlandóak. A kollektív vezetési megközelítés a legvalószínűbb, hogy létrehozza és fenntartja minőségjavítás (Kumar – Khiljee, 2016).

Sfantou és szerzőtársai (2017) tanulmányukban megállapították, hogy az egészségügyi szakemberek hatékony vezetése elengedhetetlen az ellátás minőségének és integrációjának megerősítéséhez. Tanulmányuknak az volt a célja, hogy felmérje, van-e összefüggés a különböző vezetési stílusok és az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó intézkedések között. Az áttekintést irányító kutatási kérdés a következő volt: „Van-e kapcsolat az egészségügyi ellátórendszerben alkalmazott vezetési stílus és az ellátás minősége között?”. az adatok lekérdezését a Medline (National Library of Medicine, PubMed interface) és az EMBASE adatbázisokban végezték a 2004–2015 közötti időszakban.

Mind a bizonyítékokon alapuló orvoslás, mind az ápolás széles körben elismert eszköz a hatékony, magas teljesítményű és minőségi ellátást biztosító egészségügyi szervezetek létrehozására. Az egészségügyi szakemberek irányítása és vezetése kritikus fontosságú az ellátás minőségének és integrációjának megerősítése szempontjából. Al-Sawai (2013), illetve Kouzes és szerzőtársa (2002) úgy határozták meg a vezetést, mint a vezető egyének és a követést választók közötti kapcsolatot, mint egy csapat vagy embercsoport tevékenységét egy közös cél felé irányító és koordináló magatartást. Számos azonosított vezetési stílus létezik, amelyeket a következő hat csoport a legfontosabb a kutatási téma kapcsán: transzformációs, tranzakciós,

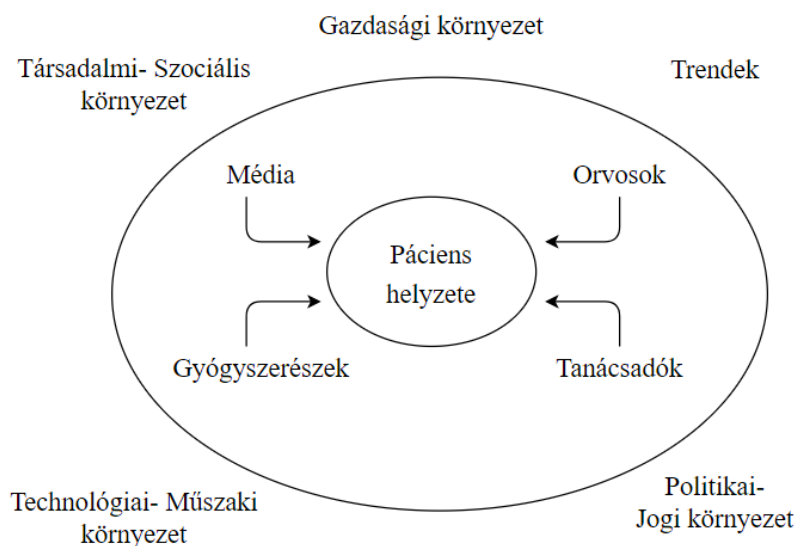
autokratikus, laissez-faire, feladatorientált és kapcsolatorientált vezetés. Az transzformációs vezetési stílust a munkatársak közötti kapcsolatok és motiváció kialakítása jellemzi. A transzformációs vezetők jellemzően képesek önbizalmat kelteni, a munkatársak tiszteletét kelteni, és lojalitást közvetítenek egy közös jövőkép révén, ami növeli a termelékenységet, erősíti az alkalmazottak morálját és a munkával való elégedettséget (Burns, 1978; Frandsen, 2014). A tranzakciós vezetés során a vezető sokszor alkalmazza a változásmenedzsment eszköztárát azaz, hogy a humán erőforrást úgy igyekszik kihasználni, hogy a lehető legtöbbet lehessen kihozni az adott szervezetből (Burns, 1978). Az autokratikus vezetési stílus ideális vészhelyzetekben, mivel a vezető döntését a humán erőforrás véleményének bevonása nélkül hozza meg, illetve a hibákat az egyénekre háruló felelősségen belül nem tolerálja. A laissez-faire vezetési stílus ennek az ellenkezője, mivel egy olyan vezetőt foglal magában, aki nem hoz döntéseket a munkavállalók bevonása nélkül (Frandsen, 2014). A feladatorientált vezetési stílus magában foglalja a munkatevékenységek tervezését, a csapaton vagy embercsoporton belüli szerepek, a kitűzött célok tisztázását, valamint a folyamatok folyamatos nyomon követését és végrehajtását, a kapcsolatorientált vezetési stílusnál a támogatáson, a fejlesztésen és az elismerésen van a hangsúly a munkavállalók felé (Yukl, 2010). Az ellátás minősége létfontosságú eleme az egészségügyi szervezeteken belüli magas szintű teljesítmény elérésének, aminél növekedés várható, ha a várt egészségügyi eredmények elérésének valószínűsége összhangban van az egészségügyi szolgáltatásokon belüli frissített szakmai ismeretekkel és készségekkel. Az Institute of Medicine OM a magas színvonalú ellátás hat jellemzőjét írta le, amelyeknek biztonságosnak, hatékonyaknak, megbízhatónak, betegközpontúnak, hatékonyaknak és méltányosnak kell lennie. Az egészségügyi eredmények mérése az ellátás minőségének értékelésének alapvető eleme. A minőségi mérőszámok a következők: szerkezet, folyamat, eredmény és a betegek elégedettsége (Institute of Medicine, 2001).

Sfantou és szerzőtársai (2017) kutatásának alapján összességében elmondható, hogy a vezetési tapasztalatok és a vezetési stílusok szorosan összefüggenek a minőségi ellátással és a kapcsolódó intézkedésekkel. A vezetés a jól koordinált és integrált ellátás központi elemének számított, mind a betegek, mind az egészségügyi szakemberek részéről.

1.3. A páciens-beteg elhelyezkedése az egészségügyben

Amikor egy személyt, egy fogyasztót, mint páciens-t értelmezzük, akkor a rá ható tényezőket is vizsgálni kell, hiszen olyan befolyásoló környezetben működik, amitől nem függetlenítheti magát. Gondoljunk csak az adott ország fejlettségi szintjére, ami az egészségügyi szolgáltatások

területeit, színvonalát, elérhetőségét meghatározhatja. A páciensre ható tényezőket a 4. ábra mutatja be.



4. ábra: A páciensre ható különböző környezeti hatások

Forrás: Saját szerkesztés

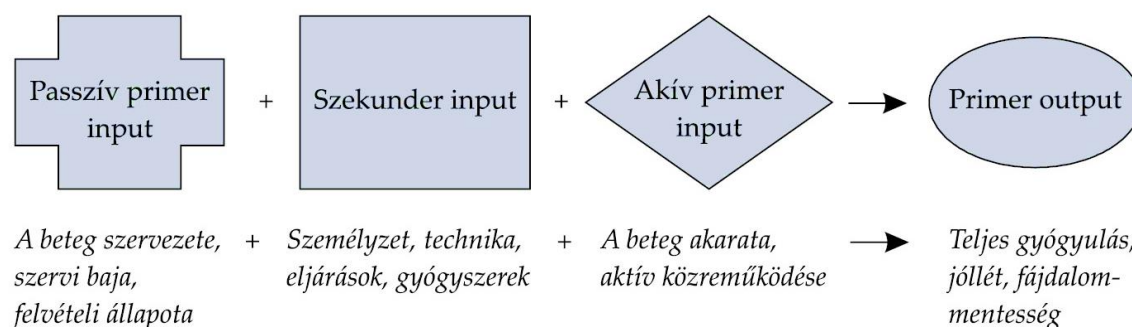
A páciensre ható külső tényezők közé sorolhatjuk többek között, társadalmi-szociális környezetet, amely nagyban befolyásolja az esetleges betegségek kialakulását, gyógyítási, kezelési módszerek lehetőségét, mivel, ha valakinek nem adatik meg, hogy jó körülmények között élhessen, sokkal jobban ki van téve a fertőzéseknek, annak, hogy meggyengüljön az immunrendszere, esetleg sérülés érje, ami műtéthez vezethet, vagy arra is, hogy ne legyen meg az infrastruktúra, ami adott helyzetekben, akár életmentő is lehet. A gazdasági környezet, szintén egy fontos külső tényező, amely nagy hatással lehet a páciensek életére. Az, hogy milyen gazdaságú országban, területen, régióban élünk, komolyan meghatározza a számunkra igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásaink minőségét és volumenét. Egy gazdaságilag fejlett országban a betegellátás feltehetően gördülékenyen végbemegy, nincsenek több tíz oldalas várólisták a különböző műtétekre, valamint az egészségügyi dolgozókból is akad elég az adott szakterületen, akiknek minőségi idejük van egy páciensre, hogy megvizsgálja, egy szép és tiszta környezetben. A kevésbé fejlett gazdaságú országok ezeket nem engedhetik meg maguknak, mivel nincs rá erőforrás. A trendek, valamint a technológiai-műszaki környezet szintén nagy befolyással bírnak a páciensekre, mivel egy adott trend többféle irányba is elmozdíthatja egy adott páciens kezelésének módszereit, illetve azt is, hogy a beteg, páciens, mikor és milyen állapotban kerül orvoshoz. Manapság sokan rendelkeznek egészségóvó-megőrző műszaki eszközökkel, ami nagyban támogathatja a páciensek egészségének megőrzését, valamint az esetleges súlyos akut

esetek időbeni észlelését, kezelését. Ahogyan azt Meskó (2006) is írja, ennek a trendnek, az okos eszközök trendjeinek is megvannak a maga előnyei és hátrányai is, mint például, az olykor pontatlan eszközök, amik pánikot kelthetnek a személyben, aki rögtön rohan az orvoshoz feltehetően feleslegesen, így még inkább leterhelve az amúgy is terhelt egészségügyet. A politikai-jogi környezetről sem szabad megfeledkeznünk, mert elsőre általában nem ez jut az eszébe sokaknak, ha a páciensre ható környezeti hatásokra gondol, de ez is egy fontos tényező. Egy páciensnek is különféle jogai vannak, például a betegjogi képviselőkre való jogosultság, de ezzel sokak nincsenek tisztában. Amennyiben egy műtétnél valamilyen hiba következik be, az esetben, ha a például az orvos hibázott, műhibaperekén keresztül van lehetőség kárpótolni a páciens, illetve annak családját.

Középen helyezkedik el, egyebek mellett a média. A médiának, akárcsak a trendeknek, jelentősen nagy ereje van befolyásolás szempontjából. Különböző marketingeszközökkel sokféle irányba el lehet terelni a fogyasztót, legyen az jó vagy rossz, emiatt is fenntartásokkal kell kezelni a különböző médiákból származó információkat. A tanácsadók, amennyiben kellően szak-képzettek, sokat tudnak segíteni egy adott páciensnek, hogy milyen irányba érdemes elindulnia, ahhoz, hogy a legjobb kilátásai legyenek a jövőre nézve. Egy jó tanácsadó olyan orvost ajánl, akivel később a páciens könnyen megtalálja a közös hangot, így a legjobb gyógyítási folyamatot tudja majd alkalmazni az orvos. Az orvosok és a gyógyszerészek az egyik legmeghatározóbb szerepet töltik be a páciens gyógyítása, gyógyulása során, az ő kezükben van, hogy milyen gyorsan és milyen eszközökkel kezelik az adott beteget, páciens, természetesen az adott gazdasági tényezők mellett kivitelezhető módszerek tárházán belül. A páciens helyzete, tehát az imént felsorolt és kifejtett számos környezeti hatástól függ, emiatt, ha valaki belekerül az egészségügybe, mint páciens, akkor igen sok tényezővel kell számolnia, ami a helyzetét alakítja (Biró, 2022).

Az egészségügyben egyre többször jelenik meg a „felvilágosult fogyasztó”, akire az jellemző, hogy utánanéz a különböző új technológiáknak és már eleve úgy keresi fel kezelőorvosát, hogy már egy konkrét új technikával kapcsolatban szeretné kikérni a véleményét. Erre tökéletes példa, amikor a 3D nyomtatás segítségével személyre szabott protézist nyomtató céget felkeresi a páciens, hogy megrendelje az adott, jellemzően ortopédiai műtéteknél felhasznált protézist. A fogyasztói magatartás kutatások középpontjában a különféle identitásában, egyéni viselkedésben megnyilvánuló fogyasztó elemzés áll. Fogyasztó főbb jellemzői közé tartozik, hogy éppen mi teszi boldoggá, mik a gondjai. Ha mindezt sikerül jól feltérképeznünk, ha sikerül megtalálnunk az ezeket a jellemzőket segítő empátiát, megkönnyíthetjük a fogyasztó döntését.

Kiemelkedően fontos megtalálni a közös hangot a pácienssel, annak érdekében, hogy a lehető legjobb gyógyítási folyamatot tudja majd eszközölni az orvos (5. ábra) (Biró, 2018, 2022).



5. ábra: A beteg és az orvos együttműködésének elemei a gyógyítási folyamatban;
Forrás: Simon (2010, 136. o.)

A finomabb, empátikusabb meggyőzéssel olykor többre mehet egy kezelőorvos egyes személyek tekintetében, mintsem durva, a fogyasztóra termékeket ráerőltető magatartással. A fogyasztó ismeretei előtt kell megszerezniük az egészségügyi dolgozóknak a tudást a páciensről, mivel a mai felgyorsult világban, a technika rohamos fejlődésével felértékelődött a vásárlási döntésekbe-egészségünkkel kapcsolatos eljárásokba való beleegyezés fontossága, illetve a végrehajtó személy fontossága, ugyanis a páciens az, aki a végső döntést meghozza (Törőcsik, 2017; Biró, 2018).

Az egészségügyet, valamint az egészség témakörét vizsgálva, egy olyan témáról van szó, ami mindenkit érint, sokan figyelemmel kísérik, még azok is, akik éppen nem küzdenek egészségügyi problémával. Az egészségügyi szolgáltatásokat igénylő személyek több korszakon, mentek-mennek keresztül. Törőcsik (2016) véleménye lapján, *manapság új fejlemények tanúi vagyunk, már harmadik korszakú kapcsolat mindennapi megnyilvánulásait is tapasztaljuk*.

Az első korszak, amikor a beteg kapcsolatba kerül az egészségüggyel. Az orvos a betegnek kiadja az utasításait, azt, hogy mit kell tennie, aki passzív szereplőként a folyamatban végrehajtja azt. A gyakran hiányos, illetve a beteg számára érthetetlen információk miatt, mint például a zárójelentések, a beteg kiszolgáltatottan érzi magát.

A második korszakban az egészségügyi szolgáltatást igénylő a betegből pácienssé alakul át megnevezés terén, mivel ebben a szakaszban, már az adott személy saját igényekkel, kérésekkel fordul orvosához. Többnyire a célja már nem a betegség gyógyítása, annál inkább az aktív részvétel az adott terápia kidolgozásában. Többször megjelenik az a helyzet, hogy a páciensnek

saját ötletei vannak, beavatkozásokat, kezeléseket igényel, tehát kijelenthető, hogy a betegből átalakult páciens, már nem a betegségpiacon, hanem az egészségpiacon mozog. A páciensnek több motivációja is lesz, a megelőzés, a teljesítményfokozás, valamint az aktív öregség elérése. Törőcsik (2016) szerint ebben a szakaszban, már *szinte megrendelőként értelmezhető az igénybe vevő*, mivel hajlandó fizetni is az egészségügyi szolgáltatásokért, mint például a műtétek. Ezen procedúra már kétoldalú kommunikációt igényel, mivel a páciens elvárja, hogy a szolgáltatással kapcsolatban, amiért fizetni fog kellőképp tájékoztassák, valamint azt is, hogy részt vehessen a döntésben.

Törőcsik (2016) szerint, *az együttműködés, a kooperatív viszony ideje* a harmadik, e legújabb korszaknak minősíthető. Nagyrészt a hatalmas lépésekkel fejlődő digitális világnak, digitális egészségügynek, egészségügyi eszközöknek köszönhető, mint például, az egészségfigyelő és megőrző okoseszközök, mobilapplikációk. Részben helyettesítik az egészségügyi dolgozók fizikai jelenlétét az imént említett lehetőségek. Szintén nem szabad megfeledkezni, hogy ez a felhasználótól, páciensről komoly odafigyelést, aktivitást követel meg. Ez a jelenség egy teljesen új jelenség, teljesen újnak számít az eddigi időszakokhoz képest. A kommunikáció akaratlanul is felértékelődik ezen szakaszban, ami az egyenlő felek kommunikációját feltételezi. Annak érdekében, hogy ez a kommunikáció sikeres és érthető legyen mind a páciens, mind az orvos számára, mindkettőjüknek új tudásra kell szert tenni.

Az imént bemutatott felosztásnál fontos szem előtt tartani, hogy a felsorolt három korszak egymással párhuzamosan is működik, így napjainkban ugyan úgy megtalálható az egészségügyben a beteg, illetve a páciens is, mint közreműködő. A korszakok közötti különbség egyik oka lehet, a generációs különbség, mivel a Z-generáció könnyedén kezel mindenféle okoseszközt, ám a X-, vagy Y-generáció minden tagjáról ez korántsem mondható el (Törőcsik, 2016; Biró, 2022).

A fent ismertetett korszakokból is jól megállapítható, hogy a betegek egyre inkább részt vesznek, bevonódnak az egészségügyi döntések meghozatalában, mivel az egészségügyi költségek terhe továbbra is folyamatosan növekszik. Nem szabad megfeledkezni arról a tényről sem, hogy az egészségügy szigorodott piacgazdaságba lépett be. Az imént bemutatott tényezők következtében az egészségügyi szolgáltatások marketingje nélkülözhetetlenné vált az orvosok és az egészségügyi szervezetek megélhetését, fennmaradását tekintve. (Corbina-et al, 2001; Biró, 2022).

2. Az orvosok elé állított általános elvárások

A képzési és kimeneti követelmények fogalmát a magyar felsőoktatásban a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény 108. §-a definiálja. A törvény szerint *„azoknak az ismereteknek, jártasságoknak, készségeknek, képességeknek (kompetencia) összessége, illetve az a tudás, amelynek megszerzése esetén az adott szakon oklevél kiadható”* (2011. évi CCIV. Törvény a Nemzeti Felsőoktatásról).

A hatályban lévő képzési és kimeneteli követelményeket az általános orvos osztatlan szak esetében a 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanár felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról tartalmazza (18/2016. (VIII. 5.) EMMI Rendelet). A 2016-ban érvényességbe lépett rendelet a korábbi képzési és kimeneti követelmények képest az általános orvos szakot tekintve, újra definiálta az oklevél megszerzéséhez szükséges elsajátítandó készségeket és követelményeket. A z első képzési és kimeneti követelmények, melyet a 36/1996. (III. 5.) Kormányrendelet az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről írt le, főleg a megszerzendő elméleti és klinikai ismeretekre tért ki a képzési célok között, valamint elvárta, hogy a végzett orvosok gyakorlattal rendelkezzenek például a gyakorlatban elvégzendő vizsgálatok terén, a szakszerű dokumentációban, illetve az egészségre ártalmas magatartás és életmód felismerésében.

A betegekkel kapcsolatos attitűdre is kitér a kormányrendelet: *„messzemenően figyelembe veszik a betegek eltérő sajátosságait, emberi méltóságát, jogait, és ennek megfelelően döntenek, illetve cselekszenek”* (36/1996. (III. 5.) Korm. Rendelet). A jelenleg hatályban lévő EMMI rendelet ezzel ellentétesen a következő módon határozza meg a megszerzendő szakmai kompetenciákat, valamint az egyetemi képzés céljait: *„A képzés célja általános orvosok képzése, akik elsajátított tudásuk, ismeretanyaguk, szakmai készségeik és képességeik, továbbá orvosi szemléletük, attitűdjük, felelősségtudatuk és magatartásuk alapján a szakma szabályai szerint részt vehetnek az egészségügyi ellátásban (felügyelettel), ezen tevékenységük során messzemenően figyelembe veszik a betegek sajátosságait, emberi méltóságát, jogait és ennek megfelelően döntenek, illetve cselekszenek; kellő ismeretanyaggal és készségekkel rendelkeznek ahhoz, hogy az első, majd az esetleges ráépített szakorvosképzési programba bekapcsolódhassanak és ezt követően - sikeres szakvizsga birtokában - választott szakterületükön önálló szakorvosi munkát végezzenek. Felkészültek tanulmányaik doktori képzésben történő folytatására”* (36/1996. (III.

5.) Korm. Rendelet). Az eddigiekhez képest, a rendeletben szereplő kompetenciák részletesebben lettek kifejtve, négy fő csoportra lehet őket osztani, amelyek a következők: szaktudás, képességek, amellyel rendelkeznie kell egy orvosnak, milyen attitűdje kell, hogy legyen egy orvosnak, valamint a felelősségére és önállóságára is kitérnek a rendeletben.

2.1. Elméleti szaktudás

Az évek alatt elsajátított tudás, valamint diploma és birtokában egy végzett orvosnak többek között ismernie kell az emberi test felépítését és működését, valamint a biokémiai folyamatokat, szövetek összetételét, a szervek működését, illetve az ezekben lejátszódó folyamatokat, egymásra gyakorolt hatásaikat. Biztos tudással kell rendelkeznie a betegégek kialakulása kapcsán és a bizonyos betegségekre jellemző tünetekkel, azoknak a diagnosztizálásával, valamint a későbbi szövődményekkel, következményekkel is, illetve a prevenció és a rehabilitációs lehetőséggel kapcsolatban is naprakész tudással kell rendelkeznie. Továbbá ismernie kell a különböző gyógyító eljárásokat, illetve azok kockázatait. Szintén fontos, hogy az orvosi szaknyelvet is kellőképp elsajátítsa, hogy a kommunikáció mind a kollegák között, mind a betegek felé egyértelmű és érthető legyen. Fontos, hogy tisztában legyen az orvosokkal kapcsolatos jogi és etikai szabályokkal, valamint az egészségügyi ellátó- és biztosítási rendszer felépítését és működését is jól kell ismernie.

2.2. Szükséges képességek

Szükséges képességnek tekinthető egy végzett orvos tekintetében, a beteg ellátás során kiállítandó anamnézis megírása, valamint a beteg fizikai és mentális állapotának megítélése. Képességei között kell, hogy szerepeljen, hogy az adott betegnek megfelelő vizsgálatokat rendelje el tünetei alapján, valamint a beteg és az ápoló személyzet bevonásával való egyeztetést követően a kezelési terv összeállítása. Koordinálnia szükséges a krónikus betegségek ellátását, illetve a sürgősségi esetek menedzselése sem jelenthet kihívást. Kell, hogy tudja alkalmazni a mindenkori orvos-szakmai irányelveknek megfelelő alapszintű (BLS) és emeltszintű (ALS) újraélesztést. A korábban már megfogalmazott képességek mellett nagyobb hangsúlyt kaptak a kommunikációra vonatkozó készségek, ennek okán egy végzett orvos képes kell, hogy legyen érthetően tájékoztatni a beteget, valamint tanácsot is kell, hogy tudjon adni, illetve a beteg pszichés állapotára is nagy hangsúlyt kell, hogy fektessen, annak érdekében, hogy sikeres legyen a kommunikáció során végbemenő információátadás, továbbá ez idegen nyelven sem jelenthet problémát. A képzési és kimeneti követelmények kiemelik, hogy egy orvosnak fel kell

ismernie a betegséggel összefüggésben előforduló stressz állapotokat, tehát hangsúlyozza, nem csak a betegségekre, hanem a beteg is jobban oda kell figyelni.

2.3. Attitűdre vonatkozó kompetenciák

Az orvostól elvárt attitűddel kapcsolatos elvárások a hatályban lévő képzési és kimeneti követelményekkel ellentétben az eddigi rendeletekben nem szerepeltek, azonban most már részletesen kifejtésre kerültek. Egy orvos alapvető követelményei közé sorolja a kollégákkal, a betegekkel, illetve a hozzátartozókkal szembeni a hatékony, érzelmi intelligenciával és empátiával való kommunikációt, információátadást. Ezzel kapcsolatban külön hangsúlyt fektet a COVID-19 idején nagy szerepet betöltő a telefonon keresztüli, illetve az írásbeli kommunikáció, másnéven telemedicina. Egy orvos attitűdjéhez hozzá tartozik, hogy felméri és értékeli a betegséget befolyásoló pszichés és szociális tényezőket, valamint ennek kapcsán az agresszióra is megfelelő kezelési technikákkal rendelkezik. Elkötelezettséget kell, hogy mutasson az evidenciákra alapuló orvoslással szemben, valamint a tudományos elvekkel is tisztában kell, hogy legyen. Az orvosi attitűd további fontos része az orvosi titoktartás és az ehhez kapcsolódó etikus viselkedés, valamint a jogszabályoknak megfelelő szakmai tevékenységek folytatása is ide sorolandó.

2.4. Felelősség és önállóság

A felelősséggel és önállósággal kapcsolatos követelmények is új szemszögből lettek megközelítve a jelenlegi képzési és kimeneti követelményekben. Az évek alatt elsajátított tudás birtokában egy orvos köteles önállóan elsősegélyt nyújtani, sürgősségi helyzetekben felelősségteljesen viselkedni és mindent megtenni annak érdekében, hogy a lehető legszakszerűbben járjon el. Fontos, hogy a betegellátás során, mind a beteg, mind a saját testi és lelki épségére vigyázzon, ideértve az esetleges fertőzésektől való megóvását mind az orvos, mind a beteg szervezetét tekintve. A képzési és kimeneti követelményekben említésre kerül a prevenció fontossága, valamint egyéni és lakossági szintű egészségfejlesztés iránti elköteleződés is. Külön kitér arra, hogy egy diplomával rendelkező, végzett orvosnak tisztában kell lennie a saját egészségügyi szükségleteivel, továbbá biztosítania kell, hogy a szakmai feladatainak megfelelő ellátását saját egészségügyi állapota nem befolyásolja. Mint sok másik szakmában is, vállalnia kell egy általános orvosnak is, hogy folyamatosan fejleszti magát, rendszeresen részt vesz szakmai továbbképzéseken.

Összességében megállapítható, hogy számottevő mennyiségben megjelentek az orvos attitűdjére, viselkedésére, önállóságára és egyéni, illetve társadalmi felelősségvállalására vonatkozó elvárások is a szigorúbb értelemben vett orvosszakmai követelmények mellett. Ebből kifolyólag jól látszik, hogy a most végzett orvosok elé támasztott törvényi követelmények több tekintetben is eltérnek a korábbiakhoz képest. A képzési és kimeneti követelmények, a 12 féléves képzési idővel rendelkező általános orvos szak elvégzéséhez idegennyelvi követelményeket is leírnak, ami nem más, mint angol nyelvből államilag elismert, középfokú-B2, komplex típusú nyelvvizsga vagy ezzel egyenértékű érettségi bizonyítvány vagy oklevél a kötelezően megszerzendő 360 kredit és szakmai gyakorlatok mellett. Nyári gyakorlatokhoz sorolandó az ápolástan, belgyógyászat, sebészet, valamint a szigorló éves tematikus szakmai gyakorlatok, amik a belgyógyászat, sebészet, gyermekgyógyászat, szülészeti, nőgyógyászat, ideggyógyászat, elmeorvosgyógyászat. Az imént említett követelmények teljesítése mellett az orvosok nem szakmai tudásra alapozó elvárások háttérbe szorulnak a képzés során. Amit még érdemes megemlíteni, az a „rejtett kurrikulum” jelensége. Bánfalvi Attila és szerzőtársai (2017) tanulmánya foglalkozik azzal a problémával, hogy az általános orvosi képzés folyamata bizonyos esetekben kihagyja a felkészítést a fentebb megfogalmazott elvárásokra, továbbá éppen ellentétes irányú hatást fejt ki az orvostanhallgatókra. Mahood és szerzőtársai (2011) véleménye alapján a rejtett kurrikulum akadálya annak, hogy empatikus, betegközpontú szakemberekké váljanak az orvostanhallgatók. Ennek az az oka, hogy a tényszerű tudásnak a partneri viszony, a betegközpontú gyógyítás sokszor alárendelődik. A szerzők véleménye alapján a hallgatók az intellektuális kíváncsiságtól és gondolkodástól a csak a tényekre és adatokra való korlátozottság felé, gyakran az udvariasságtól és gondoskodástól az arrogancia és az ingerlékenység felé, a nyitott gondolkodástól a beszűkült gondolkodás felé, és az empátiától az érzelmi közöny felé orientálódnak.

2.5. Egy jó orvos tulajdonságai

Az eddig említettek alapján a magyar törvényi szabályozás állásfoglalása modernnek mondható a hazai általános orvosi oktatási képzési és kimeneti követelményeket tekintve. Bizonyos elvárt kompetenciák jelenleg már nem csupán arra vonatkoznak, hogy orvos váljon valakiből, hanem egyre inkább arra mutatnak rá, hogy jó orvos legyen az adott illető. Az 1. táblázat röviden összegzi, hogy a szakirodalomban mit értenek azon, hogy valaki jó orvos.

A jó orvos ismérvei	A jó orvos viselkedése
Fejlett interperszonális készségekkel rendelkezik	Szakmai ismereteket és evidenciákat tekintve naprakész
Jószívű	Erősíti a beteg bizalmát
Jó hallgatóság	Jó kommunikációs készségekkel rendelkezik
Empatikus	Vezetői szereppel bír
Őszinte	Betegközpontú
Szerény	Motiválja és támogatja kollégáit
Erős morális jellemmel bír	Hozzájárul a betegségekkel kapcsolatos szakmai ismeretek bővítéséhez
Fogékony	
Kitartó	
Józan	
Humánus	

1. táblázat: A jó orvos ismérvei és viselkedése

Forrás: O'Donnabhain (2018, 879–82. o.)

A vélemény arról, hogy milyen tulajdonságokkal bír egy jó orvos, mi teszi őt jó orvossá, nagyban függ a megkérdezett személyétől is. Egy jó orvos, a betegek véleménye alapján igyekszik kreatívan, naprakész tudással, amikor van rá lehetőség, a beteg bevonásával megoldani az adott problémát, a legcélravezetőbb kezelést kitalálni. Egy jó orvos ismérveit és viselkedését O'Donnabhain és szerzőtársai összefoglalták, amelyet az 1. táblázat szemléltet. Coulter, illetve Hurwitz és szerzőtársaik (Coulter-et al, 2002; Hurwitz-et al, 2002) arra a megállapításra jutottak, hogy a betegek számára orvosukban legfontosabb tulajdonságok a következőkben felsoroltak: jó hallgatóság, humánus, empatikus, őszinte, kompetens, jól kommunikál, megfelelő mennyiségű időt szán a betegeire, jó vezetői képességekkel bír, alázatos, bevonja pácienseit a döntéshozatalba, valamint megbízható. Mechanic és szerzőtársai (2000) kutatása alapján kijelenthető, a betegek az orvosai interperszonális készségeit rangsorolva, a többség a legfontosabbnak a bizalmat ítéli, továbbá szintén fontos tényezők közé sorolják az orvos, nyitottságát, jószándékúságát, megbízhatóságát és őszinteségét. Sackett és szerzőtársai 1996-os tanulmánya is közel azonos következtetésre jutott a leglényegesebb orvosi tulajdonságok kapcsán, miszerint, az egyenességet és a hibákból való tanulás képességét emelte ki. Wensing és szerzőtársai (1998) szerint leginkább pozitívnak vélt orvosi tulajdonságok a betegek által, a szakmai pontosság, az emberségesség, a megfelelő időkeret biztosítása, hajlandóság a páciensek döntéshozatalba történő bevonására. Ahogyan az már többször említésre került, gyakran megjelenik a kérdés a betegek oldaláról, hogy a kezelésük során nem csak, mint passzív résztvevő legyenek a folyamat része, hanem bevonják őket a döntésekbe, alternatívák kiválasztásába és megfelelő

felvilágosításban részesülhessenek, ami sokszor a leterhelt egészségügy és orvosok miatt nem valósul meg (Elwyn-et al, 1999). Hurwitz 2002-es vizsgálata alapján megalkotta a jó orvos „ABC”-jét, orvosok által érkezett visszajelzések felhasználásával, amit a 2. táblázat részletesen szemléltet.

A	alapos, alkalmazkodó, analitikus gondolkodású
B	barátságos, bátor, becsületes, bevonja a beteget a döntéshozatalba, boldog, bölcs
D	derűs, detektív
E	egészséges, egészséget hirdet, egyértelmű, együttműködő, elfogulatlan, elhivatott, emberi, emberközpontú, empatikus, energikus, eredményes, etikus
É	éber, érdeklődő, érett, értelmes, érzékeny
F	felelősségteljes, felvilágosító, figyelmes, filozofikus
G	gondolkodó, gondoskodó
Gy	gyengéd
H	határozott, hatékony, hiteles, hűséges
I	igazságos, intellektuális
J	jóakarátú, jó beszélgetőtárs, jó ember, jó hallgatóság, jószívű
K	kedves, képzett, készséges, kiegyensúlyozott, kitartó, kommunikatív, komoly, kompetens, kreatív, kutató
L	lelkes, lelkiismeretes
M	megértő, megnyugtató, magabiztos, meggyőző, megfigyelő, megközelíthető melegszívű
N	naprakész, nemes
Ny	nyitott gondolkodású, nyíltszívű, nyugodt
O	odaadó, optimista
Ó	óvatos
Ö	önfejlesztő, önzetlen
Ő	őszinte
P	pozitív, proaktív, professzionális
R	realista, reményteljes, rokonszenves, rugalmas
Sz	szenvedélyes, szerény
T	tapasztalt, támogató, tanácsadó, tanító, tanulásra kész, tárgyilagos, tiszteletteljes, tudós, türelmes
V	van humorérzéke, vigasztaló

2. táblázat: A jó orvos ABC-je

Forrás: Hurwitz (2002, 667–68. o.) alapján saját szerkesztés

Caroll és szerzőtársai (1998) Skóciában végzett tanulmányukban megállapították, hogy a betegek szempontjából a legfontosabb tényező, az érdeklődő orvos, aki nem sietteti és meghallgatja őket. Hollandiában élő betegek nagy hangsúlyt fektettek a jó orvos definiálásakor az imént említett elegendő konzultációs időre, a betegségükkel kapcsolatos részletes felvilágosításra, valamint az orvos elérhetőségére. A megkérdezett orvosok ezzel ellentétben legfontosabbnak a betegellátás koordinálásának képességét fogalmazták meg (Jung-et al., 1997). Mind Carr és szerzőtársai (2014), mind; Wilkinson és szerzőtársai (2004) igyekeztek összefüggést találni az egyetemi eredmények és a későbbi orvosi munka minősége között, arra utalva, hogy az egyes tárgyakból szerzett érdemjegyek befolyásolják, hogy kiből lesz jó orvos. Arra jutottak, hogy az egyetem alatt jobban teljesítők magasabb pontszámot értek el a szakképzési előmenetelüket mérő vizsgákon a diploma megszerzését követően. William Julius Wilson (2001), szociológus véleménye alapján viszont, a teszteredmények nem szükségszerűen korrelálnak a későbbi orvosi eredményességgel, mivel nem értékeli a kreativitást a vizsgák többsége, a vezetői képességeket, a teherbírást, a személyiséget. Bizonyos kutatások a jó orvos definiálása kapcsán górcső alá vették annak ellenkezőjét is, hogy mi lehet annak az oka, hogy valakit rossz orvosnak gondolunk. Ennek a kérdésnek a kapcsán megállapítást nyert, hogy a betegek elégedetlensége leggyakrabban a nem megfelelő orvos-beteg kommunikációból ered (Levinson-et al, 1997). Sokszor előfordul, hogy a magatartása miatt válik valaki rossz orvossá a betegek szemében, nem pedig az esetleges tudás hiány miatt. Gerry Hickson (2002) becslése alapján, az orvosok közel 6%-a viselkedik betegeivel sértő vagy durva módon.

2.6. Orvos-beteg kapcsolata

Az eddig leírtak alapján elmondható, hogy egy orvos-beteg kapcsolathoz, ahhoz, hogy azt egy jó kapcsolatnak lehessen nevezni, nem csak a szakmai tudásra van szükség, hanem bizonyos tulajdonságokra is. Schmidt és szerzőtársai (2012) véleménye alapján, az orvos-beteg kapcsolat legmeghatározóbb kritériuma a nyílt kommunikáció. A páciensek együttműködési viselkedésének különböző fajtái vannak, szakirodalomban ezek az angol eredetű szavak: compliance, adherence és a concordance. A compliance megfelelés, engedékenységi, előzékenység, szolgálatkészség, teljesítés, alkalmazkodás, behódolás és megalkuvás fogalmait foglalja magában. Amennyiben a páciens betartja az orvosa által javasolt gyógyulási folyamatot, a teljes odaadásáról tanúskodik. A páciens érdekében, pontosabban a gyógyulás érdekében, ez egy magától értendő viselkedés kéne, hogy legyen, de nem az. Az együttműködés hiányának komoly következményei lehetnek, ahogy azt a 3. táblázat és a 4. táblázat szemlélteti.

Közvetlen költségek	Közvetett költségek
Elrendelt gyógyszer költsége <i>(ezt nem veszi be a beteg)</i>	Csökkenő termelékenység
Ismételt gyógyszerköltség <i>(az elhanyagolt kezelés, az elmaradt javulás miatt)</i>	Munkaidő-kiesés
Szövődmények ellátásának költsége	Jövedelemveszteség
Hospitalizáció költsége	Adóbevétel-kiesés
Sürgősségi betegellátás és szállítás költsége	Növekvő morbiditás/mortalitás

3. táblázat: Az együttműködés hiányának következményei

Forrás: Simon, (2010, 127. o.)

Közvetlen költségek közé sorolható, az elrendelt gyógyszer költsége, ami akkor a legnagyobb deficit, ha a beteg ezt be sem veszi a megadott módon, mivel így nem javul nagy valószínűséggel az állapota, újabb gyógyszerre lesz szükség, ami újabb kiadás, valamint kedvezőtlen esetben akár szövődmény is elléphet, ami újabb költségeket tud generálni. Szintén ide sorolható, a kórházi ellátás, valamint a sürgősségi betegszállítás. Közvetett költségnek minősül, az egészségügyben, valamint a beteg munkahelyén bekövetkező termelékenységi veszteség, továbbá munkaidő-kiesés, ezen felül az így kialakuló jövedelemveszteség, az államot tekintve adóbevétel-kiesés következik be, valamint magasabb morbiditás, illetve mortalitás.

Az együttműködési készség hiánya miatt fellépő	
közvetlen költségek	közvetett költségek
Az első látogatáskor rendelt gyógyszer költsége	Termelékenységi veszteség
A javulás elmaradása miatt az ismételt látogatáskor rendelt gyógyszer költsége	Munkaidő-kiesés
Az együttműködés hiánya miatt fellépő komplikációk és szövődmények költsége	Jövedelemveszteség
Az esetleges sürgősségi beszállítás és ellátás költsége	Kiesés az adóbevételben
Az együttműködés hiánya miatt szükségessé vált kórházi ellátás költsége	Magasabb morbiditási arány Magasabb mortalitási arány

4. táblázat: Az együttműködés hiánya által okozott gazdasági veszteségek

Forrás: Simon (2010, 139. o.)

A concordance kifejezés alatt az egyetértést, megegyezést, összhangot és egybehangzóságot értjük. Jellemzője a nyitott, őszinte kapcsolati forma. Ezen együttműködési formánál az orvos tiszteletben tartja a páciens meglátásait, akaratát, véleményét, gyógyulásának saját elképzelését és igyekszik ehhez mérten cselekedni. Kiinduló gondolata, hogy az ember legjobban önmagát ismeri, és ez így van a páciensekkel is, ők érzik a legjobban, hogy szervezetüknek éppen mi

esne jól, hogyan reagál különböző kezelési típusokra. Az orvos ilyenkor mindenre gondol, odafigyel a pácienssel kapcsolatban, mint például, életmódját, igényeit, vagy akár még a félelmeit is, és ezekhez mérten közösen hoznak döntést, melyik kezelés lehetne a leginkább effektív az adott szituáció során. Elengedhetetlen a concordance-nél, hogy a pácienssel, mint értelmes felnőttel bánjunk, nem, mint egy alárendelt személlyel. A 5. táblázatnál rálátást nyerünk az eddig jelzett két együttműködési típus összehasonlítására.

	COMPLIANCE	CONCORDANCE
Kapcsolati alapja	Paternalisztikus orvos-beteg kapcsolat	A páciens informált, egyenjogúsított Megosztott döntéshozás
Betegattitűd	Feltétel nélkül elfogadni az orvosi utasításokat	Kérdéseket feltenni Véleményének hangot adni
Orvosi attitűd	Érthető, világos utasításokat adni a betegnek	Meghallgatni a beteget és megbeszélni a terápiát
Kommunikáció	Egyirányú	Kétirányú
Mit mér?	Betegmagatartást, -viselkedést mér	Konzultációs folyamatot mér
Eredmény	Bizonytalan (kétesélyes)	Még nem ismert teljesen (javíthatja, de nem oldja meg a <i>compliance</i> -problémát)
Nyomon követés	Utánkövetést nem igényel	Folyamatos (dinamikus) utánkövetés szükséges
Egészségügyi személyzet szerepe	A személyzet szerepe hagyományos szakmai	Nem csak hagyományos szakképzettségű, felkészült személyzetet igényel

5. táblázat: A betegekkel való együttműködés két típusának összehasonlítása

Forrás: Simon (2010, 132. o.)

Az adherence ragaszkodást, hűséget, pontos betartást, odaadást, kitartást, valamihez kapcsolódást és tartozást fejez ki. Már egyfajta megegyezést tükröz az orvos, szakorvos ajánlásaival. A betegnek módjában áll választani, mérlegelni, milyen kezelést szeretne és melyet nem. Amennyiben az elutasítás következik be, ezen esetben nem adherence esete áll fenn, hanem non-adherence. Ez a makacsság, vagy csak szimpla elutasítás általában az idősebb korosztályra jellemző, az estek 70%-ában akaratlagosan történik a kezelés visszautasítása. Erre a jelenségre tökéletes példa, amikor az idős emberek nem hajlandók bevenni a gyógyszereiket. Az adherence kivitelezése nagyban függ az egészségügyi ellátás minőségétől, az orvosok képzettségétől, illetve nyitottságuktól az új tudományos eljárások felé, de a legfontosabb ebben a kapcsolati formában, a jó orvos-beteg kapcsolat. Ennek a legnagyobb méghozzá pozitív hatása a betegbiztonságra van (Simon, 2010; Biró, 2018, 2022).

Az orvos-beteg kapcsolat nem csupán a betegelégedettség kardinális jelzője, hanem a betegek tüneteikkel való megküzdését is pozitívan befolyásolni képes Little és szerzőtársai (2001) tanulmánya alapján. A betegellátás folyamatában a jó orvos-beteg kapcsolat növeli a betegek aktivitását, pozitívan befolyásolta adherenciájukat, csökkenti a kezeléssel és betegségükkel kapcsolatos bizonytalanság érzetüket, összességében javítja a betegségükkel kapcsolatos magatartásukat (Alexander-et al., 2012; van Ganse-et al, 2003; Kuzari-et al, 2013; Auerbach-et al, 2002). Az empátikus légkör a kezelések során Kelley és szerzőtársa (2009) szerint akár a placebo hatásra is pozitív befolyással bír. Továbbá az is megállapítható egyes tanulmányok alapján, hogy a terápiás döntések meghozatalába a betegek bevonása, a beteg szemszögéből fontos információk világosan és érthetően való közlése, valamint az empátikus orvosi magatartás mind szignifikánsan javítják a betegek közérzetét (Blasi-et al, 2001; Riedl és Schüßler, 2017; Thoonen-et al, 2002).

Amennyiben az orvos bevonja a beteget a kezelési folyamatába, a kezeléssel kapcsolatos döntési folyamatba, jobb minőségű orvos-beteg kapcsolathoz vezethet (Bieber-et al, 2008), illetve növelheti a betegek compliance-ét és adherenciáját is (Parchman-et al, 2010; van Ganse-et al, 2003), továbbá a betegközpontú kommunikáció jobb közérzetet és kevesebb diagnosztikus teszt elvégzését teszi lehetővé a beteg számára (Stewart et al., 2000). Cals és szerzőtársai (2009) egyik további megfigyelése alapján az a következtetést vonták le, hogy a betegek számára érthető kommunikáció mellett kevesebb szükségtelen antibiotikum felírása történt, továbbá Cabana és szerzőtársai (2006) összefüggést találtak abban is, hogy azon orvosok, akik, érthetően és hatékonyan képesek betegeikkel kommunikálni, könnyebben érik el a kitűzött terápiás célokat (pl. testsúlyvesztés, dohányzásról abbahagyása). A megfelelően végzett betegedukáció ideértve a megfelelő információ átadását, közlését, számos szerző szerint, szignifikánsan javíthatja a betegek egészségét, compliance-ét és életminőségét (Bhattacharyya et al., 2010; Cabana et al., 2006; Casas et al., 2006; Clark et al., 2000; Dibbelt et al., 2009; Koff et al., 2009; Mackenzie et al., 2013). Sokszor az egészségügy és az orvosok túlterheltsége és a kevés ideje miatt a betegedukációra nem jut idő, annak ellenére, hogy több kutatás is igazolja, hogy az erre fordított idő hosszú távon megtérül, mivel a páciensek a későbbiekben kevesebbszer keresik fel a kezelőorvosukat, így több idő jut más betegekre (Clark et al., 2000; Mackenzie et al., 2013).

Összességében elmondható, hogy a jó orvosi tulajdonságok, a megfelelő orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció tovább vezet az egészségügyi intézményben történő ellátásnál, valamint szignifikáns hatást fejthet ki a páciensek betegségére, életére is.

3. Miért van szüksége egy jó orvosnak a változásra?

Egy orvosnak, egészségügyi dolgozónak a különféle motivációk mellett az is nagyon fontos, hogy egy folyamatosan fejlődő, jól működő szervezetben dolgozhasson. Amennyiben egy orvos megfelel az előző fejezetben leírtaknak és jó orvosnak minősíthető, az sokszor még nem elég ahhoz, hogy a betegellátás terén is jól teljesítsen, mivel az egészségügyben mind állami, mind magánszférában bizonyos szervezeti körökben történik a betegellátás, így, ha a szervezet nem megfelelően működik, nem fejlődik, nem következik be pozitív változás az adott egészségügyi szervezetben, akkor a jó orvos bármennyire is igyekszik, valószínűleg nem egy elégedett beteg fog távozni a kezelésről. A változás, mint tényező fontos összetevője annak, hogy egy egészségügyi intézmény fejlődjön, minden területen jól működjön és ezáltal a betegek úgy érezzék, hogy jól szervezett az adott intézmény, ahol egészségügyi szolgáltatást vesznek igénybe, legyen szó állami, vagy magán intézményről.

3.1. Változások az egészségügyben a szervezet fejlődésének érdekében

Ahhoz, hogy egy egészségügyi szervezet, intézmény megfelelően működjön, szervezeti fejlődés következzen be, sokszor változásokat kell eszközölni, amit az emberek nehezen viselnek, főleg, ha nagy változásokról van szó, sok munkába, időbe telik, mire alkalmazkodni tudnak. Persze ez a képesség egyéntől és külső hatásoktól nagyban függ. Ezen jelenség, maga a változás átélése nagyrészt alapvetően nem a választható kategóriába tartozik, hanem az ember, az egyén kénytelen átvészelni az adott krízist, mely bekövetkezik az életében. Hétköznapijaink teli vannak problémákkal, feszültségekkel, konfliktusokkal, melyeket meg kell oldanunk, hogy előrébb jussunk, de vannak olyan helyzetek, amikor ezen problémák, nem megoldódnak, hanem állandósulnak, sőt, akár felerősödnek. Ilyen probléma lehet egy mozgásszervi megbetegedés is, mely az elején stagnál, viszont később, ha nincs megfelelő kezelés, romlás következik be az adott páciens állapotában (Watzlawick et al, 1990).

A menedzsmentben szintén krízishelyzetet jelent a változás, ami először általában mindig negatív eredményeket hoz, mindaddig, amíg a vállalat nem alkalmazkodik. Amennyiben egy erős, jól működő vállalatról van szó, később általában még több profitot jelent majd a végbe ment átalakulás a kiindulási állapothoz képest (Farkas, 2005).

Az egészségügyi menedzsment egyik legfontosabb feladata és egyben akár problémája a változás menedzselése, valamint az egészségügyi szakemberek folyamatos ön és továbbképzése, annak érdekében, hogy a szakmai feladataik elvégzéséhez szükséges szakértelmük

naprakész legyen (Al-Abri-et al, 2007). Az egészségügyben elkerülhetetlen a változás. Az egészségügyi ellátás egyik jelentős problémája, hogy az összes változtatással kapcsolatos projekt csaknem kétharmada sok okból kudarcot vall, aminek oka, például a rossz tervezés, motiválatlan személyzet, hiányos kommunikáció vagy túlságosan gyakori változások. A változáselméletekből származó bevált gyakorlatok használata javíthatja a siker esélyeit és a későbbi gyakorlati fejlesztéseket (Barrow-et al, 2020).

A változás folyamatosan bekövetkezik körülöttünk. Eldönthetjük, hogy támogatjuk, közömbösek vagyunk iránta, passzívak leszünk, vagy részt vehetünk benne, amint viszont sze előtt kell tartanunk, hogy a változás üteme drámaian felgyorsult, főleg a mai modern világban (McPhail, 1997). A változás kezelése arról szól, hogy a folyamatot az összetettségének megfelelően kezeljük. Lényege az egész folyamatnak, hogy értékelje, megtervezze és végrehajtsa a műveleteket, taktikákat és stratégiákat, és megbizonyosodjon arról, hogy érdemes, illetve releváns-e változtatni (Umiker, 1998).

A változás kezelése összetett, dinamikus és kihívásokkal teli folyamat, nem választás a technológiai vagy az emberközpontú megoldások között, hanem mindezek kombinációja (Davies-et al, 2000). A hatékony változást három fázisban említik (Armenakis-et al, 1993):

- régi viselkedések feloldása
- újak bevezetése
- újak megszilárdítása

A változás lehet folyamatos, szórványos, alkalmi vagy ritka. A kiszámítható változás időt hagy arra, hogy felkészüljenek rá, míg az előre nem látható változásokra nehezebb hatékonyan reagálni. Mivel egészségügyi ellátásban bekövetkező változások általában gyorsan mennek végbe, kevésbé valószínű, hogy kiszámíthatók (Dowd-et al, 1998). Erre jó példa a Covid-19, mivel a pandémiás időszak során megannyi gyors változást kellett eszközölni az egészségügyben, hogy minél több emberi életet lehessen megmenteni. A járvány során kialakult helyzetről szintén kijelenthető, hogy nem volt előre látható se a járvány, se a járvány súlyossága, az, hogy világméretű lesz, egyáltalán nem volt kiszámíthatónk és manapság többek között a mutációk miatt sem az.

Amennyiben a változást támogató légkörnek örvend, az alkalmazottak, jelen esetben egészségügyi dolgozók, meg akarják érteni, miért történnek a változások és hogyan lesznek hatással rájuk. Az elbocsátások vagy más szervezeti változások paranoiához, zavartsághoz, haraghoz és

bizonytalansághoz vezethetnek a változás égisze alatt (Sherer, 1997). A változás elősegítése egyszerre igényes, pontos, precíz és fárasztó feladat. A változások megvalósításához a menedzsereknek, a változást irányítóknak együttműködésre és kitartásra van szüksége az egészségügyi dolgozók felől, mivel olyan esetek is kialakulhatnak, amikor az adott dolgozónak, a már meglévő viselkedés szokásai és normái ellen kell cselekednie a változás érdekében. Ez a változás előidézése időbe telik, és időbeosztást és sok energiát igényel a vezetők és az egészségügyi dolgozók részéről (Weiss, 1998).

A menedzsernek ismernie kell a fontos értékeket, és ezekre kell összpontosítania, hogy megtudjon ragadni minden lehetőséget a változásra. Tisztában kell lennie azzal, hogy mi fontos, és ennek megfelelően fejlesztenie kell a dolgozók reakcióit és a proaktív intézkedéseket (Nelson et al, 1998). A nagy számú szakembert alkalmazó szervezetek nem teljesítenek jól, ha túlságosan bürokratikusak lesznek. Steiner (2001) úgy vélekedik, hogy azok a szervezetek, amelyekről ismert, hogy bürokratizáltak és hierarchikusak, kevésbé rugalmasak, kevésbé alkalmasak a változtatásokra és kevésbé valószínűsítik, hogy a dolgozóknak hatalmat adnak, bevonják őket a döntésekbe.

Egy szervezetben a szakemberek nem nyújtanak maximális teljesítményt, ha ragaszkodnak ahhoz, hogy csak azt tegyék meg, amit nekik mondanak. Ezért a vezetőknek meg kell tanulniuk, hogyan kell kezelni a változásokat, ahelyett, hogy a változások kezelnék őket, hogy sikeresen haladhassanak előre. Coram és Burnes (2001) azzal érvelt, hogy nincs "egy legjobb módszer" a változások kezelésére egy szervezetben, és az állami szektor szervezeteinek olyan megközelítést kell bevezetniük a szervezet változásához, amely megfelel az igényeiknek és helyzetüknek. Szintén fontos tényező, hogy nem csak a dolgozóknak, hanem a vezetőknek is változniuk, fejlődniük kell a változás során a siker érdekében. Ezenkívül a vezetőknek meg kell érteniük a változás folyamatát és az ezzel kapcsolatos kérdéseket, hogy képesek legyenek a változás vezetésére és kezelésére, valamint az erőfeszítések hatékony javítására (Davies-et al, 2000). Meg kell tanulniuk leküzdeni az akadályokat és megbirkózni azzal a káosszal, amely a változás összetett folyamata során természetesen fennáll (McCalman, 1992).

A vezetőknek kötelességük segíteni dolgozóinak és az osztályokkal kapcsolatban lévő személyeknek. Erre jó alternatíva lehet, új, effektív szervezeti struktúrák kialakítás, átlátható, hiteles vízió megfogalmazása. A sikeres változás biztosításának másik kulcsfontosságú eleme egy világos jövőkép kialakítása a változás folyamatának irányáról, annak érdekében, hogy segítsenek a vezetők összeponstosítani a cél felé a dolgozóknak (Klunk, 1997). A változási folyamat kimenetelének mérése és nyomon követése elengedhetetlen annak felismeréséhez, hogy a

változási folyamat elérte-e céljait vagy sem. Mivel a szervezetek továbbra is változnak és a kapcsolódó módosítások zajlanak, fontos, hogy azok, akik a változás folyamatáért felelősek, rögzítsék ezeket és összpontosítsanak a változás miatti felmerülő problémákra (Leatt et al, 1997).

Ahhoz, hogy az egészségüggyel kapcsolatos változásokat kellőképp átlássuk, fontos tisztában lenni egészségügyi piaci formákkal. Zukunftsinstitut (2015), írása alapján három egészségügyi piaci forma különíthető el költségvetési szempontból. Ez a három, az első, a második és a harmadik egészségügyi piac. Az első egészségpiac a klasszikus egészségügyi rendszer mely finanszírozási formát tekintve alapvetően államilag finanszírozott, csak kisebb részt tesz ki a privát egészségbiztosításból. A második egészségpiac csak privát finanszírozású egészségügyi szolgáltatásokat és termékeket foglalja magába, míg a harmadik egészségpiacnál az egészségügyi ellátás része a megosztó társadalomnak, amelynek szerveződését tekintve peer-to-peer elvek alapján működik (Jakopánecz et al, 2015).

3.2. Változásmenedzsment modellek az egészségügyben

Kurt Lewin három lépésből álló eljárást javasolt a sikeres változáshoz, míg mások, mint például Lippitt, Kotter és Rogers kiegészítették a kollektív változással kapcsolatos ismereteket, hogy kibővítsék Lewin eredeti változás elméletét. Minden változáselmélet különbözik, egyedülálló erősségekkel és gyengeségekkel, az elméletek közös vonásai a legjobb változásokat szolgálhatják a pozitív változások fenntartásához.

Lewin elmélete a három változtatási szakaszra osztható. Az első a felengedés / kiolvasztás (unfreezing) szakasza, ahol megértésre van szükség a változásban résztvevők felől. A második szakasz maga a változás, változtatás (change/movement/transition), ahol elindul és végbemegy a változás. A harmadik és egyben utolsó szakasz, a megszilárdítás / visszafagyasztás (refreezing), ennek a szakasznak a lényege, hogy a változást, az új status quot biztosítják, hogy tartós maradjon (Shirey, 2013):

Lippitt, Lewin eredeti elméletére építve, létrehozta a változáselmélet fázisait. Az első fázis a változás szükségességének tudatosítása, aztán következik a kapcsolat kialakítása a rendszer és a változást irányítók között, ez után definiálásra kerül a változással kapcsolatos probléma. A következő fázis, amikor a kívánt változás eléréséhez változási célok és cselekvési tervzet kerül meghatározása, majd ezek után végrehajtásra kerül a változás. Ezt követi a személyzet által a

változás elfogadásának, stabilizációjának a fázisa, majd az utolsó fázisban változást irányítók és a rendszer kapcsolatának újra definiálása megy végbe (Mitchell, 2013).

Kotter 1995-ben létrehozta nyolclépcsős modelljét, amelyben az első változáskezelési lépés a változás halaszthatatlanságának érzékeltetése, ezt követi a változást irányító csapat létrehozása, majd jövőkép és stratégia kidolgozása. A következő változáskezelési lépés a jövőkép kommunikálása, ez után pedig az alkalmazottak hatalommal való felruházása következik. Az utolsó három változáskezelési lépés, a gyors győzelmek kivívása, az eredmények megszilárdítása és további változások elérése, ezután utolsó lépésként az új megoldások meggyökereztetésre kerülnek a kultúrában (Mitchell, 2013).

Végül Rogers az innováció diffúzió elméletének segítségével megalkotta az öt változásfázist. Az első fázis a tudás, amely a tanítást és kommunikációt foglalja magában a személyzet változásnak segítése érdekében, a második a meggyőzés, ahol a változást irányító személyek alkalmazása történik, valamint a személyzet érdeklődésének felkeltésére, a „társak” meggyőzik a „társaikat”. Ezt követően a döntés változásfázisa lép érvénybe, ahol a személyzet dönt arról, hogy elfogadja vagy elutasítja a változást, és ennek függvényében a megvalósítás fázisában az új folyamatok gyakorlati megvalósításra kerülnek. Az utolsó változásfázis a megerősítés, melynek lényege, hogy a személyzet felismeri a változás értékét és előnyeit, és továbbra is használja a megváltozott folyamatokat (Bowen et al, 2012). A fent említett változásmenedzsment modelleket a 6. táblázat foglalja össze.

Szerző	Megalkotott modell
Lewin (1947)	Három lépéses változáselmélet megalkotása
Lippitt (1958)	Lewin modelljére építve a változáselmélet fázisainak megalkotása
Kotter (1995)	Nyolclépcsős modell megalkotása
Rogers (1962)	Az innováció diffúzió elméletének segítségével az öt változásfázis megalkotása

6. táblázat: Az említett változásmenedzsment modellek összefoglalva

Forrás: Saját szerkesztés

Minden változás-kezdeményezés, legyen az akár nagy, akár kicsi, három nagy szakaszban bontakozik ki: a változás előtti, a változás és a változás utáni szakaszban. Ezekben a szakaszokban a változás ügynökeként vagy a változás irányítóként dolgozó egészségügyi szolgáltatóknak olyan intézkedéseket kell kiválasztaniuk, amelyek megfelelnek a különböző változás modelleknek-elméleteknek. A változás előtti tervezés egyik legkritikusabb szempontja a fő változásban érdekelt felek bevonása a problémák azonosításába, a célok kitűzésébe és a cselekvés

tervezésébe. Az érdekelt felek bevonása a változás tervezésébe növeli az alkalmazottak bizalmát. Ezeknek az érdekelt feleknek be kell vonniuk az összes műszak dolgozóját, hogy minden műszak dolgozójához eljuttassák a változással kapcsolatos információkat. (Burden, 2016).

Rogers változáselméletének egy bizonyos része azonosítja azokat a különféle arányokat, amelyekkel az alkalmazottak elfogadják a változásokat az innováció diffúziójának folyamata során. A változás előtti tervezés során a változást irányítóknak fel kell mérniük osztályok dolgozóit, hogy meghatározzák az egyes kategóriákba tartozó személyzetet. Rogers a személyzet különböző kategóriáit újítóknak, korai alkalmazóknak, korai többségnek, késői többségnek és lemaradóknak nevezte (Bowen et al, 2012). Rogers a következő jellemzőkkel minősítette a változások elfogadási kategóriáit:

- Innovátorok: szenvedélyes a változás és a technológia iránt, gyakran javasol új ötleteket a sikeres változás érdekében
- Korai elfogadók: magas szintű véleményvezetés a dolgozók körében, dolgozók közötti bizalom kialakítása
- Korai többség: Inkább a status quo, azon személyek, akik támogatják a változást és követik a változás vezetőjét
- Késő többség: szkeptikusak a változás ellen, de végül elfogadják a változást, ha a többség elfogadta, fokozott szervezeti nyomást eszközölve kisebb ellenállás érhető el
- Lemaradók: Magas szintű szkepticizmus jellemzi őket; nyíltan ellenállnak a változásnak

A legtöbb dolgozó nagy valószínűséggel a korai vagy késői többséghez tartozik. A változást vezető kezdeti tanító erőfeszítéseiket az innovátor és a korai alkalmazó dolgozókra kell összpontosítaniuk. A korai alkalmazók gyakran a döntő jelentőségű változás irányítói, akik a korai és késői többségű személyzetet rábírják a változásra irányuló erőfeszítések elfogadására (Bowen et al, 2012).

3.3. Változások az egészségügyben COVID-19 idején

Az elmúlt évek során, az emberiség milliónyi kis változáson ment keresztül az élet minden területét illetően, amelyek sok esetben innovációkhoz vezettek. A dolgozatban a sok innovációs típus közül az egészségügyben végbement innovációkat fogom vizsgálni a COVID-19 pandémia ideje alatt.

Az eltelt két évben a kialakult COVID-19 globális járványhelyzet miatt, világszerte gyors változásokat kellett eszközölni az egészségügyben, annak érdekében, hogy az orvosok, ápolók, valamint további egészségügyi dolgozók képesek legyenek megküzdeni a hatalmas, hirtelen bekövetkező leterheltséggel, valamint amiatt is, hogy minél több emberi életet megmenthesse. A kialakult helyzetben, valamint a változások során az egyik legfontosabb környezeti tényező a bizonytalanság. Nem tudtuk, hogy pontosan mire számíthatunk, hogyan fog terjedni a vírus, mikor éri el a különböző országokat, kontinenseket, nem tudhattuk, hogy ki hogyan fog reagálni a vírusra (ezt még ma se tudjuk), nem tudjuk, mire számíthatunk a vírust átvészelőknél, mint hosszú távú szövődmények. Ahhoz, hogy az egyes hullámokat sikeresen átvészeljék az egyes országok egészségügyi rendszerei, több problémával is szembe kellett nézniük. Ezekben a sikerekben mindig nagy szerepe volt a változásnak, az innovációnak, erre jó példa, az orvosok, ápolók beosztásának átszervezése, vagy a kórházak egyes részlegeinek átalakítása Covid osztállyá, vagy ennél is konkrétabb példa, a súlyos COVID-19 fertőzöttek számára az eddigiektől eltérő lélegeztetési stratégia kidolgozása (Robba, 2020). A példákból is jól látszik, hogy a változtatások, innovációk nélkül az elmúlt három hullám globális „legyőzése” nem sikerülhetett volna.

A kialakult világméretű Covid pandémás helyzetben, de bármely más egészségügyi probléma megoldásában fontos szerepe van a menedzsmentnek, ezen belül is a változásmenedzsmentnek és az innovációmenedzsmentnek. Többek között amiatt szükséges, hogy a szakemberek, akár orvostól, akár közgazdásztól van szó, időben és jól felismerjék az adott helyzetet és a megfelelő döntést hozzák a sikerrel elkönnyelhető változás érdekében.

Minden egyes hullám esetén globális változások történnek, amelyek arra készítik az egyes szervezeteket, kórházakat, egészségügyi intézményeket, hogy ennek megfelelően változzanak az előre haladás érdekében. Ezek a változások, sokszor innovációk megannyi problémát okozhatnak az érintett szervezeteken belül az implementálásukkor, mivel az adott intézményben dolgozók egy eddig ismeretlen dologgal találják magukat szemben, amit rövid időn belül meg kell érteni és alkalmazniuk kell, legyen szó egy új lélegeztetőgépről, vagy akár egy új gyógyszerkészítményről, ami megoldás lehet a Covidos betegek számára. Megoldásokra van szükség a továbbra is bekövetkező változások miatti felmerülő problémák leküzdéséhez.

3.4. A változás implementálása a szervezetbe

Ahhoz, hogy a változás sikeresen végbemenjen, és egy igazán új, hatásos, az eddigiektől eltérő végeredmény születhessen, elengedhetetlen az innováció és az innovátorok megjelenése.

Sokszor egy változás önmagában nem csak változás, hanem innováció is. Az innováció latin eredetű szó, az innovare, innovatum igéből származik, mely két részből áll: az in- nyomatékosítást kifejező előtagból és a novus (új, újdonság) szóból, lefordítva megújítást jelent (Keresztes, 2013).

A változás, jelen esetben az innováció elfogadását egy példával, szeretném bemutatni, aminek a középpontjában egy tetszőleges termék van. Egy új termék elterjedésének tipikus folyamata S-alakú görbével ábrázolható. Az új terméknel, az innovációt elfogadók aránya először alacsony, majd fokozatosan nő, mindaddig, míg eléri a lehetséges maximumot, ahol meredeksége az elfogadási arányt, maximuma pedig a piacpotenciált fejezi ki. Amíg a termék bevezetési fázisában van, kevesen válnak fogyasztókká, később számuk megnő, majd csökkenni kezd. Ilyen és hasonló helyzetekben kell megtalálni a megfelelő marketingstratégiát, mellyel ismét versenybe lehet hozni az adott terméket. Az említett S-alakú görbe a szervezeti változások során is megfigyelhető, a megfelelő stratégia, amivel versenybe hozható a termék, pedig nem más, mint a jó kommunikáció a dolgozók felé a változással, az innovációval kapcsolatban. Rogers is rávilágít a kommunikáció fontosságára, mivel a kommunikáció sikerén múlik az emberek, jelen esetben az egészségügyi dolgozók reagálása bármilyen innovációra a szervezetben. Sikeres, jól érthető kommunikációval bizalmat lehet kelteni az emberekben, legyen szó szinte bármilyen szervezeti újításról, változtatásról (Gerdesics et al, 2013).

Ahhoz, hogy sikeres legyen az innováció, meg kell teremteni a bizalmat, az emberekben, jelen esetben az egészségügyi dolgozóknál. Az emberek általában nincsnek meggyőződve arról, hogy az adott egészségügyi innováció, például egy új eszköz vagy egy nagy szervezeti változás az egészségügyben, biztosan pozitív kimenetellel fog végződni, általában akkor következik be az elfogadás fázisa, amikor már az adott eszköz, vagy szervezeti változás már folyamatban van. (Lányi et al, 2018).

Az utolsó kritikus értékelést végző vezetőknek be kell építeniük egy erőter-elemzést, amely Lewin korai változáselméletének jelentős eleme. Az erőter elemzése (Force Field Analysis) magában foglalja a változás elősegítő tényezőket, valamint az osztályokon felmerülő akadályok áttekintését is. A változást vezetőknek arra kell törekedniük, hogy a nyílt kommunikáció és tanítás révén csökkentsék a változás akadályait, ugyanakkor szintén törekedniük kell a változás elősegítőinek megerősítésére, a dolgozók elismerése különféle ösztönzők révén.

Az egyik legnagyobb hiba, amelyet a változás vezetője elkövethet a változás végrehajtása közben, az, hogy nem tudja megerősíteni, hogy az alkalmazottak új folyamatokat hajtsanak

vége a tervek szerint. A változás végrehajtása során a vezető folyamatos elkötelezettsége növeli a siker esélyeit (Burden, 2016). A dolgozók ellenállása ebben a szakaszban továbbra is gyakori. A változást vezetőknek hasznos lehet, hogy végezzenek egy másik erőter elemzést annak érdekében, hogy feltárják az esetlegesen felmerülhető akadályokat (Mitchell, 2013).

A változást elősegítőknek további megerősítési módja a dolgozók bevonása, elismerése és rövid távú sikerek megosztása, mivel ezekkel hozzájárul a lendület fenntartásához. A dolgozók számára érdemes különböző tréningeket tartani, hogy a tudáshiányát, valamint az ezzel kapcsolatos bizonytalanságot leküzdjék, miközben a változás folyamata folytatódik. Végül a vezetőknek továbbra is nyomon kell követniük a célok felé történő előrehaladást olyan információk felhasználásával, mint a betegek elégedettsége, a személyzet elégedettsége (Mitchell, 2013).

Amint a változás az osztály új kultúrájának részévé vált, a változás vezetőinek továbbra is rendszeresen ellenőrizniük kell az osztályokon, valamint a szervezetben végbemenő folyamatokat és a munkatársak visszajelzését kell kérniük. A változást irányítók újradefiniálhatják kapcsolatukat a személyzettel, hogy kevésbé aktív szerepet vállaljanak a változás fenntartásának folyamatában. Általánosságban megfigyelhető, hogy amikor a változás vezetője elkezd „felszabadítani” az irányítást a változás folyamata felett, az alkalmazottak lassan visszatérhetnek a régi, negatív viselkedéshez. Az időszakos helyszíni ellenőrzés és a folyamatos adatellenőrzés megszilárdíthatja a változást, mint az osztály új status quo-ját. A változásmenedzsereknek meg kell ünnepelniük a sikereket az alkalmazottakkal, miközben továbbra is meg kell osztaniuk a siker bizonyítékait az alkalmazottak értekezletein vagy az osztályok kommunikációs testületeivel (Burden, 2016).

Az egészségügynek nagy hangsúlyt kell fektetnie nem csak a belső, hanem a külső kommunikációra is, akár állami, akár magán intézményről van szó. A profit érdekében (természetesen, magán egészségügyi intézményeknél ez még kiemelkedőbb szempont), úgy kellene ismertetnie a köztudatban a változásokat, innovációkat, mind termék, mind szolgáltatás szempontból, hogy a páciens amellet, hogy igénybe veszi, bizalommal használja, elégedett legyen, valamint ajánlja azt a többi betegársának is. Ha sikerül ezt kommunikálni meggyőzően a páciens számára és jó véleménnyel távozik az adott kezelés után az intézményből, akkor kijelenthető, hogy a sok változás, ami a jobb egészségügyi ellátás érdekében történt, célba ért.

Az egészségügyi piac Nyugat-Európában az elmúlt három évtizedet nézve, nagy átalakuláson megy-ment keresztül. Az egészségügyi piac átalakulása egy nagyon hosszú folyamat, mert érinti a betegeket, az orvosokat, a patikusokat, gyógyszerészeket, de nem csupán őket, hanem

a közgazdászokat és még sok más személyt is, aki azon fáradozik, hogy egy minél hatékonyabb és emberközpontú egészségügyet létrehozzanak. A jövőben a változás leginkább technológiai téren fogja érinteni a pácienseket, előreláthatólag nem lesz könnyű számukra az alkalmazkodás, tehát nagy hangsúlyt kell majd fektetni az innováció elfogadásra az egészségpiacon. Az egészségügyi dolgozókra még nagyobb kihívás vár, mint a páciensekre, mivel őket nem csak technológia téren, hanem szervezetfejlesztés téren is érinteni fogja a változás (Simon, 2010).

Összegzőképpen elmondható, hogy globális változások történnek, amelyek arra készítetik az egyes szervezeteket, hogy ennek megfelelően változzanak az előre haladás érdekében. Ezek a változások sokszor problémákat okozhatnak az érintett szervezeteken belül. Megoldásokra van szükség a továbbra is bekövetkező változások miatti felmerülő problémák leküzdéséhez. A szervezet tervszerű működésének fenntartása érdekében pedig a vezetők és az alkalmazottak ismereteit és készségeit korszerűsíteni kell, szükséges képzést kell biztosítani a technológia változásairól. Azoknak a személyeknek, akik felelősek a változás folyamataért, fel kell ismerniük az összes felmerülő problémát, és végső megoldást kell kialakítaniuk a szervezet jobb jövője érdekében. Az egészségügyben végbemenő változások pozitívként fogható fel, amennyiben az adott változás javítja a minőséget és a biztonságot, vagy pénzt takarít meg. Az egészségügyben megfigyelhető változások üteme a fejlődő országokban folyamatosan gyorsul, és az egészségügyet átalakító hatalmas erők hatalmas gazdasági potenciált generálhatnak azok számára, akik rövid távon képesek hatékony túlélési technikákat alkalmazni, akár képesek innovációt létrehozni, ugyanakkor előrelátók is tudnak lenni és hosszú távon képesek definiálni és kommunikálni a célokat a sikeres egészségügyi változás érdekében. Ennek megvalósításához a szervezetnek saját előnyére kell felhasználnia az átalakulást hajtó erőket. Az egészségügyi szolgáltatások változása a meglévő szervezeti képességek fokozatos javítását, a változást irányítók nagyobb jogkörrel való felhatalmazását, valamint folyamatos támogatását jelenti (Al-Abri-et al, 2007).

4. A kutatás és annak módszertanának bemutatása

A témához kapcsolódóan online kérdőíves megkérdezést végeztem, az orvosoknak a betegek felé mutatott attitűdjeikről, illetve a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásáról, mely a dolgozat primer kutatásának egy részét alkotja. Maga a kérdőív 52 kérdésből állt, online zajlott a megkérdezés, 2020. november 19 és 2021. március 19 között. Mivel a mintavételi időtartam a COVID-19 által okozott világjárvány pandémiás időszakában történt, ez a tényező is amellet szolt, hogy online kérdőíves formában történjen az adatgyűjtés. A kutatási témához kapcsolódó kérdőív kérdései, amelyek az 1. mellékletben találhatók, nem állnak közvetlen kapcsolatban a COVID-19 által okozott világ-járvánnyal, így nem befolyásolta a válaszadást. A kérdőív online közösségi platformon, ezen belül egészségügy specifikus csoportokban, illetve e-mailben került megosztásra. A kutatási téma nagysága és a várt nagy elemszámú kitöltés (végül 330 kitöltő lett) miatt kezdtem el az adatgyűjtést a 2020-as év végén, annak érdekében, hogy kellő mennyiségű idő álljon rendelkezésre az adatok részletes elemzésére.

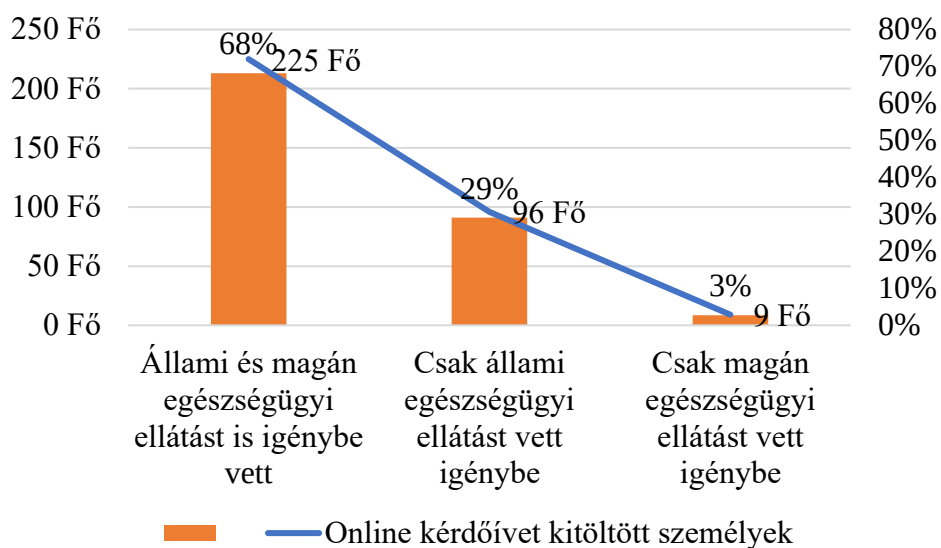
Előző kutatásokból szerzett tapasztalataim alapján egy kérdőív alapú nagy elemszámú adatállományból nyert eredményt mélyinterjú módszerrel eredményesen alá lehet támasztani. Mindkét módszert alkalmaztam már előzőekben az egészségüggyel kapcsolatos kutatásaim során, emiatt lett alkalmazva jelen dolgozat során is az online kérdőív és az ehhez kapcsolódó mélyinterjúk.

Az adatközlők válaszaiból kinyert adatbázis később SPSS statisztikai rendszer segítségével került megtisztításra, feldolgozásra. Ezt követően az eredményeket korreláció vizsgálattal (Bivariate Correlation), illetve keresztábla elemzéssel, khí-négyzet próbával (Pearson Chi-Square) kerültek megvizsgálásra. A dolgozat témájával kapcsolatban 12 kérdésből álló szakértői mélyinterjút készült, Dr. Endrei Dóra docens asszonnyal, aki a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának Főigazgató helyettesével, valamint Dr. Tizedes Györggyel, a Da Vinci Magánklinika Orvosigazgatójával. Szintén a dolgozat témájával kapcsolatos 11 kérdésből álló mélyinterjút készült három rezidens hallgatóval.

4.1. A minta jellemzése

330 értékelhető, kitöltött kérdőív jutott vissza hozzám, ebből 225 személy volt, aki az állami és a magán egészségügyi ellátást is igénybe vette, 96 személy volt, aki csak az állami

egészségügyet vette igénybe és 9 személy volt, aki csak magán egészségügyi ellátást vett igénybe (6. ábra).



6. ábra: A kitöltők megoszlása az egészségügyi intézménytípusok igénybevétele alapján (n=330)

Forrás: Saját kutatás, 2021

Bizonyos szűrőkérdések után olyan személyek töltötték ki, akik részt vettek már egészségügyi ellátásban, egészségügyi képzésen oktatók, vagy volt oktatók, egészségügyi képzésen hallgatók, vagy volt hallgatók, illetve jelenleg és volt egészségügyi dolgozók. További szűrőkérdések alapján szintén beazonosíthatóvá váltak az egészségügyben dolgozók között, hogy mióta dolgoznak az egészségügyben és milyen pozícióban. Ezen kérdőív kérdései és a hozzájuk tartozó válaszok százalékos megoszlásának adatai megtalálhatók a mellékletekben. Azért eszközöltem ennyi csoportot, mert így a közvetlen célcsoportra néző eredményekkel tudtam dolgozni. A kérdőívről szakközépiskolát, gimnáziumot, OKJ-s képzést, valamit egyetemet végzett személyek töltötték ki. A válaszadók közül 256 nő volt és 74 férfi, a kitöltők közül a legtöbben, 62,7%-ban (207 fő) a 19-30 éves korosztályba tartoznak. A kitöltők közül 94-en egészségügyi dolgozó/volt dolgozó, 82-en az állami egészségügyben dolgoznak/dolgoztak, és 14-en a magán egészségügyben dolgoznak/dolgoztak és a 14 fő közül 6-an vannak, akik mind az állami, mind a magán egészségügyben dolgozó/dolgozott. A válaszadók közül 36-an egészségügyi képzésben oktató/volt oktató, 195-en egészségügyi képzésben hallgató/volt hallgató. A fent leírt adatok is azt mutatják, hogy sikerült elérni a kutatási téma kapcsán releváns célcsoportokat. A kutatási minta és ezáltal a kutatási eredmények nem reprezentatívak.

4.2. Kutatási kérdések és hipotézisek

A dolgozat írása során az alábbi kutatási kérdésekre kerestem a választ:

K1: Miként lehetne megtalálni az arany középutat a színvonalas egészségügyi ellátás, valamint a minőségi egészségügyi oktatás között?

K2: Vajon más-e a betegekhez való hozzáállás és kommunikáció, a magán egészségügyi szervezetekben, mint az állami egészségügyben?

K3: Létezik-e készségfejlesztési gap az egészségügyi oktatás és a fogyasztói (beteg) elvárások közt, különös tekintettel a vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismeretekre?

K4: Ez utóbbi vajon kapcsolatban áll-e az egészségügyi ellátással-rendszerrel kapcsolatos értékítéletekben?

A kutatás módszerét tekintve kvantitatív és kvalitatív kutatási eljárás lett alkalmazva a hipotézisek vizsgálatához. 4 főhipotézis született a kutatás kapcsán, amelyekhez alhipotézisek tartoznak a témák megfelelő vizsgálatának érdekében, melyek a következők:

H1: Az egészségügyi ellátási színvonal összefüggésben van az intézmény típusával.

H1a: A magán egészségügyi szervezetekben pozitívabb a hozzáállás és kommunikáció a páciensekhez, mint az állami egészségügyben.

H1b: A magán egészségügyi szervezetekben jobb a szervezethez, mint az állami egészségügyben.

H2: A vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatása összefügg az egészségügyben végzett munkával.

H2a: Minél régebb óta dolgozik valaki az egészségügyben annál kevésbé igényli a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását.

H2b: Akik a magán egészségügyben dolgoznak, jobban igénylik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását.

H3: Akinek volt lehetősége egészségügyi felsőoktatási tanulmányai során vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek megszerzésére, fontosnak ítélik annak oktatását.

H3a: Aki oktató vagy volt oktató az egészségügyben, az egészségügyi volt hallgatók, illetve jelenlegi hallgatókhoz képest jobban igénylik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását.

H3b: Akinek hallgatóként volt lehetősége vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek hallgatására, hasznosabbnak ítélik ezen ismeretek megszerzését azokhoz képest, akik nem vettek részt a fent említett ismeretek oktatásában.

H3c: Az egészségügyben, egészségügyi oktatásban vezetői szerepet betöltő személyek jobban igénylik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is elsajátítására, azokkal szemben, akik nem vezetői szerepkört töltenek be az egészségügyben.

H4: Az egészségügyi ellátás pozitív megítélése összefügg a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásával.

H4a: Azon személyek, akik részesültek egészségügyi ellátásba, szívesebben mennének olyan egészségügyi intézménybe, ahol az ott dolgozóknak oktatásuk során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására.

H4b: Azon személyek szerint, akik részesültek egészségügyi ellátásba, elérhető javulás olyan egészségügyi intézményben, ahol az ott dolgozóknak oktatásuk során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására.

Azt, hogy melyik hipotézist hogyan lett megvizsgálva, valamint milyen esetben került elfogadásra, illetve elutasításra, a 7. táblázat szemlélteti.

Hipotézis	Vizsgálati módszer	Elfogadási kritérium
H1: Az egészségügyi ellátási színvonal összefüggésben van az intézmény típusával		
H1a: A magán egészségügyi szervezetekben pozitívabb a hozzáállás és kommunikáció a páciensekhez, mint az állami egészségügyben	Korrelációs tábla elemzés; Kereszt tábla elemzés	Pearson Chi-Square értéke kisebb, mint 0,05

Hipotézis	Vizsgálati módszer	Elfogadási kritérium
H1b: A magán egészségügyi szervezetekben jobb a szervezettség, mint az állami egészségügyben	Korrelációs tábla elemzés; Keresztábra elemzés	Pearson Chi-Square értéke kisebb, mint 0,05
H2: A vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatása összefügg az egészségügyben végzett munkával		
H2a: Minél régebb óta dolgozik valaki az egészségügyben annál kevésbé igényli a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását	Korrelációs tábla elemzés; Keresztábra elemzés	Pearson Chi-Square értéke kisebb, mint 0,05
H2b: Minél régebb óta dolgozik valaki az egészségügyben annál kevésbé igényli a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását	Korrelációs tábla elemzés; Keresztábra elemzés	Pearson Chi-Square értéke kisebb, mint 0,05
H3: Akinak volt lehetősége egészségügyi felsőoktatási tanulmányai során vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek megszerzésére, fontosnak ítélik annak oktatását		
H3a: Aki oktató vagy volt oktató az egészségügyben, az egészségügyi volt hallgatók, illetve jelenlegi hallgatókhoz képest jobban igénylik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását	Korrelációs tábla elemzés; Keresztábra elemzés	Pearson Chi-Square értéke kisebb, mint 0,05

Hipotézis	Vizsgálati módszer	Elfogadási kritérium
H3b: Akinek hallgatóként volt lehetősége vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek hallgatására, hasznosabbnak ítélik ezen ismeretek megszerzését azokhoz képest, akik nem vettek részt a fent említett ismeretek oktatásában	Korrelációs tábla elemzés; Kereszt tábla elemzés	Pearson Chi-Square értéke kisebb, mint 0,05
H3c: Az egészségügyben, egészségügyi oktatásban vezetői szerepet betöltő személyek jobban igénylik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is elsajátítására, azokkal szemben, akik nem vezetői szerepkört töltenek be az egészségügyben	Korrelációs tábla elemzés; Kereszt tábla elemzés	Pearson Chi-Square értéke kisebb, mint 0,05
H4: Az egészségügyi ellátás pozitív megítélése összefügg a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásával		
H4a: Azon személyek, akik részesültek egészségügyi ellátásba, szívesebben mennének olyan egészségügyi intézménybe, ahol az ott dolgozóknak oktatásuk során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására	Korrelációs tábla elemzés; Kereszt tábla elemzés	Pearson Chi-Square értéke kisebb, mint 0,05

Hipotézis	Vizsgálati módszer	Elfogadási kritérium
H4b: Azon személyek szerint, akik részesültek egészségügyi ellátásba, elérhető javulás olyan egészségügyi intézményben, ahol az ott dolgozóknak oktatásuk során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására	Korrelációs tábla elemzés; Keresztábra elemzés	Pearson Chi-Square értéke kisebb, mint 0,05

7. táblázat: Hipotézisekhez tartozó vizsgálati módszerek, valamint milyen esetben került elfogadásra, illetve elutasításra az adott hipotézisek táblázatban szemléltetve

Forrás: Saját szerkesztés

4.3. Szakmai vélemények

Egy kérdőív alapú nagy elemszámú adatállományból nyert eredményt, amennyiben van rá lehetőség mindig érdemes mélyinterjúkkal alátámasztani. Az egészségügyi képzésekkel kapcsolatos véleményről igyekeztem minél több oldalról és szemszögből információt gyűjteni, így egy 12 kérdésből álló szakértői mélyinterjúra került sor Dr. Endrei Dóra docens asszonnyal, aki a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának Főigazgató helyettese, valamint Dr. Tizedes Györggyel, a Da Vinci Magánklinika Orvosigazgatójával. Szintén a dolgozat témájával kapcsolatos 11 kérdésből álló mélyinterjút készült három rezidens hallgatóval, akik közül ketten általános orvosként végeztek és egy interjúalany pedig fogorvosként végzett, ennek köszönhetően a fogorvosi képzés kapcsán is rálátást nyerhettem a témára. Az egészségügyi szervezeteknél vezetői szerepet betöltő személyeknek egy kérdés kivételével ugyan azok a kérdések lettek fölteve, mivel mindkét személy általános orvostanhallgató volt, így a három rezidens mélyinterjújával össze lehet vetni a válaszaikat, illetve valamilyen szinten meg lehet figyelni az esetleges különbségeket, hogy az idő múlásával és a tapasztalat megszerzésével mennyit változik olyan személyek véleménye, akik közel ugyan azt tanulták, illetve nagyon hasonló munkakörben helyezkednek el. A két egészségügyi vezetői posztot betöltött személynek a plusz kérdés az volt a rezidenseknek feltett kérdésekhez képest, hogy: „Véleménye szerint az állami, vagy a magán egészségügyben fontosabb a dolgozók kommunikációja? Válaszával kapcsolatban

kérem beszéljen arról, hogy miért gondolja így.” Amiatt nem került feltevésre a rezidensek számára ezen kérdés, mert a kutatási téma szempontjából fontos tényezőnek számított, hogy a válaszadónak már több évre visszanyúló tapasztalata legyen a kérdés kapcsán.

Mindkét kérdőív az egészségügyi hallgatók képzésével, valamint az egészségügyben bekövetkező szervezetfejlesztéssel, amelynek eredményeképp mindig megjelenő változással kapcsolatos kérdéseket tartalmazott. A mélyinterjúk jegyzőkönyveit, amelyekben mind a kérdések, mind a válaszok megtalálhatóak, a 3. melléklet, 4. melléklet, 5. melléklet, 6. melléklet, 7. melléklet tartalmazza. Az első három interjújegyzőkönyv a 3 rezidenssel készített anonim interjúnak a jegyzőkönyve, az ötödik és a hatodik mellékletben található jegyzőkönyvek az egészségügyi vezetőkkel készített interjúk.

A rezidensek közül mindannyian hiányolták a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását, volt, aki így vélekedett: *„Az orvos-beteg kommunikációval kapcsolatban tanultunk, de véleményem szerint nem eleget, az első évben volt ezzel kapcsolatos tantárgyunk, valamint orvosi kommunikáció gyakorlata néven volt nyári gyakorlatunk is. aminek során háziorvosokhoz beültünk megfigyelni, hogy mi történik, nem volt rossz, de annyira komoly kommunikációs képzésnek nem tekinthető. Ahol konkrétan az említett témákkal kapcsolatban tanultunk volna, olyan nem volt.”* Ami jó hír a jövőre nézve, hogy a posztgraduális képzésben viszont már jobban megjelennek vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásával kapcsolatos ismeretanyagok, ahogyan ezt az egyik rezidens is alátámasztotta: *„Graduális képzésben gyakorlatilag nulla képzést kapunk vezetéstudománnyal kapcsolatban, viszont a rezidensképzésben (poszt graduális képzésben) voltak olyan témaköreink, mint a bevezetés a szervezés és vezetés világába, szervezetelméletek, ösztönzőrendszerek, motiváció, vezetői szerep újra értelmezése a XXI. században.”* A háromból két rezidensnél megjelent a „Hét szokás tréning”, amit nagyon dicsérték, és nagyon sok hasznos tudást adott számukra vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek kapcsán. Többen kiemelték, hogy ezen területek nem csak az orvos-beteg kapcsolat során nagyon fontosak, hanem a kollégákkal végzett közös munka során, illetve a magánéletben is nélkülözhetetlen tényezők. Mind fejlesztendő terület megjelent az empátikus kommunikáció, az asszertív kommunikációi, konfliktuskezelési metódusok. Amikor a posztgraduális képzés során lehetőség nyílt vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket tanulni, a rezidensek véleménye alapján mindhárman úgy ítélték meg, hogy az élet minden területen hasznosítható tudással gazdagodtak. Amikor egy egészségügyi szervezetben valamit fejleszteni akarnak, változás fog bekövetkezni, mindhárom rezidens egyet értett abban, hogy egészen az

ápolóktól az orvosokig érdemes bevonni az egészségügyi dolgozókat is a folyamatba, hogy jobban átlátható legyen mindenki számára a változás és kevesebb ellenállásba ütközzön a vezetés a szervezetfejlesztés-változás implementálása során. Szintén kiemelték, hogy ilyenkor nagyon fontos, hogy akik részt vesznek a folyamatban empatikusak, megértőek legyenek, valamint figyeljenek oda mindenkire, hogy ne érezzék úgy se a dolgozók, pláne ne a betegek, hogy valami nincs rendjén. A rezidensek szerint egy sikeres változás implementáláshoz, egy sikeres szervezetfejlesztéshez a finansziális támogatáson túl szükség van az őszinteség, érthető, tiszta kommunikáció, valamint egy olyan vezető is szükséges, akinek a vezetői stílusát hajlandóak elfogadni, követni a dolgozók.

A szakértői mélyinterjúk kapcsán hasonló vélemények születtek. Dr. Endrei Dóra, Klinikai Központ Főigazgató helyettes asszonyának volt lehetősége vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek tanulni a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában. Ezen ismeretekről így vélekedett: *„A mindennapi egészségügyi tevékenységem során (kollegiális munkavégzésben (orvos-orvos, orvos-szakdolgozó, orvos-beteg kapcsolat, orvos-egészségügyben dolgozó kapcsolatban,) illetve vezetőként is nagyon hasznosnak találtam.”* Klinikai Központ Főigazgató helyettes asszonyának pluszt adtak ezen ismeretek a hatékonyabb kommunikációban, az időbeosztásban, a csapatmunka eredményesség növelésében, de az eredményességben adta a legnagyobb pluszt. Véleménye szerint, ha az egészségügyi hallgatók rendelkeznek vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel ezen előnyökkel járhatnak: *„Csapatmunkában való tapasztalatszerzés, egyéni és szervezeti célok elérésében ismeret, hogy hogyan érdemes ezt, valamint a lojalitást is növeli. A szervezeti kultúraváltásba is nagy előnyt jelenthet, ha rendelkeznek ilyen ismeretekkel..”* A konfliktuskezelés és a kommunikáció jelent meg itt is, mint fejlesztendő terület.

Dr. Tizedes Györggyel, DaVinci Magánklinika igazgatójának nem volt lehetősége egészségügyi képzése során vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket hallgatni, a gyakorlatban szerezte meg ezen készségeket. Igazgató Úr a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket az egyik leghasznosabbnak az orvos-beteg kapcsolatban látja. Annak ellenére, hogy Dr. Tizedes György oktatásában még nem jelentek meg konkrétan a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek, de az *„elvétve előfordultak hasonló témakörök, az alapokat és a kíváncsiságot adták meg.”* Tapasztalatai alapján, így vélekedett a szükségeségéről az egészségügyi oktatásban a vezetés-és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteknek: *„Összességében a legelső pillanatoktól szükség van vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekre. Az*

egészségügyi területeket nézve, mindenhol emberekről van szó, azon belül is vagy lelkileg, vagy fizikailag érintett emberekről.” Azt, hogy milyen előnyt jelenthet az egészségügyi hallgatóknak, ha részesülnek vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásában, egy példán keresztül fejtette ki, ami szintén megtalálható a 7. melléklet.

Annak kapcsán, hogy az állami, vagy a magán egészségügyben fontosabb a dolgozók kommunikációja, mindkét szakértő szerint nem szabadna, hogy különbség legyen, de Igazgató Úr megjegyezte, hogy *„A kifelé mutatott kommunikáció az állami és a magánintézmények között lényegesen különböző.”* Amikor egy egészségügyi szervezetben változás, szervezetfejlesztés következik be, a szakértők tapasztalati annak kapcsán, hogy minden egészségügyi dolgozót be kell-e vonni, már nem voltak olyan pozitívak, mint a rezidensek válasza a kérdés kapcsán. A szakértők is egyet értettek abban, hogy egy sikeres változás-fejlesztés lemenedzseléséhez szükséges bevonni az egészségügyi dolgozókat, de sokszor ez nem történik meg, főleg a magán szektorban, ahogyan arra Dr. Tizedes György rávilágított.

Dr. Endrei Dóra, Klinikai Központ Főigazgató helyettes asszony szerint egy egészségügyi szférában végbemenő változás-fejlesztésben résztvevő egészségügyi dolgozóknak a következő kompetenciákkal kell, hogy rendelkezzenek: *„Nyitottság, meghallgatás képessége, probléma felismerése, megfelelő kommunikáció (szintje, módja), csapatban való gondolkodás, változtatás igénye, a gyakorlatban való alkalmazás képessége. Fontos kompetencia az egyéni és csapat teljesítményének növelése, elégedettség növelése.”* Dr. Endrei Dóra szerint Egy sikeres változáshoz, szervezetfejlesztéshez *„Hiteles elkötelezett képzett vezetőre és a folyamatosságra van szükség, hogy ez egy állandóan, folyamatosan visszatérő, fejlesztendő terület legyen.”* Dr. Tizedes György pedig szerint egy sikeres változáshoz, szervezetfejlesztéshez hozzáértő és jó gazdasági szakemberekre és az általa említett rendszernek az ötvözésére van szükség.

Összességében kijelenthető, hogy mind a rezidensek által adott válaszok, mind az egészségügyben vezetői szerepkört betöltő személyek válaszaiban egyértelműen megjelenik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásának fontossága, valamint ami ennél jóval aggasztóbb dolog, hogy az oktatásának a hiánya is megjelenik. Mindannyian kiemelték ezen területek fontosságát és hasznosságát mind szakmai területen, mind a magánéletben. A változás, szervezetfejlesztés kapcsán is hasonlóan vélekedtek, mindenképp szükség van rá, de nagyon oda kell figyelni a folyamat során, megfelelően kell tájékoztatni a változásban résztvevő személyeket, illetve aki koordinálja a változást, fejlesztést, annak egy olyan személynek kell lennie, aki empatikus, odafigyelő, jó kommunikációs készségekkel bír, valamint a kellő vezetői tapasztalattal, személyiséggel is rendelkezik.

5. A kutatás eredményei statisztikai elemzések alapján

A kutatási eredmények ezen fejezetben kerülnek bemutatásra, minden főhipotézis és az annak megfelelő alhipotézisek értelmezése az SPSS által generált eredménytáblák alapján történt, a statisztikai szoftver által előállított táblák a mellékletekben találhatók. Az első elemzések, korreláció analízisek volt, amelyek segítségével rálátást nyertem, hogy mely változók között vannak összefüggések a különböző hipotézisek kapcsán. A táblák, amelyek ezen eredménykét szemléltetik, a mellékletekben találhatók a kérdéssorral egyetemben, ami kapcsán az adatok születtek.

Az első főhipotézishez (H1) és annak az alhipotéziseihez (H1a, H1b) tartozik a leghosszabb korrelációs tábla (8. melléklet), mivel mind a magán, mind az állami egészségügy kapcsán az orvosok általános tulajdonságairól, hozzáállásukról, illetve az egészségügyi ellátási intézmény szervezettségéről való vélemények közötti korrelációs kapcsolatokat szemlélteti. A második korrelációs tábla (9. melléklet) a második (H2) és a harmadik főhipotézis (H3) és az azokhoz tartozó alhipotézisek (H2a, H2b; H3a, H3b, H3c) között vizsgálja a szignifikáns különbségek meglétét fő szempontként a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásának fontosságának megítélése kapcsán. A harmadik korrelációs tábla (10. melléklet) a negyedik főhipotézis (H4) és az ahhoz tartozó alhipotézisekhez (H4a; H4b) tartozó változók közötti szignifikáns különbséget vizsgálja középpontban az egészségügyi ellátás pozitív megítélése és a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásával.

Ahol „* (0,05); ** (0,01)” van, ott van szignifikáns különbség bizonyos változók között, minél több csillag van az adott érték mellett, annál erősebb a korrelációs kapcsolat.

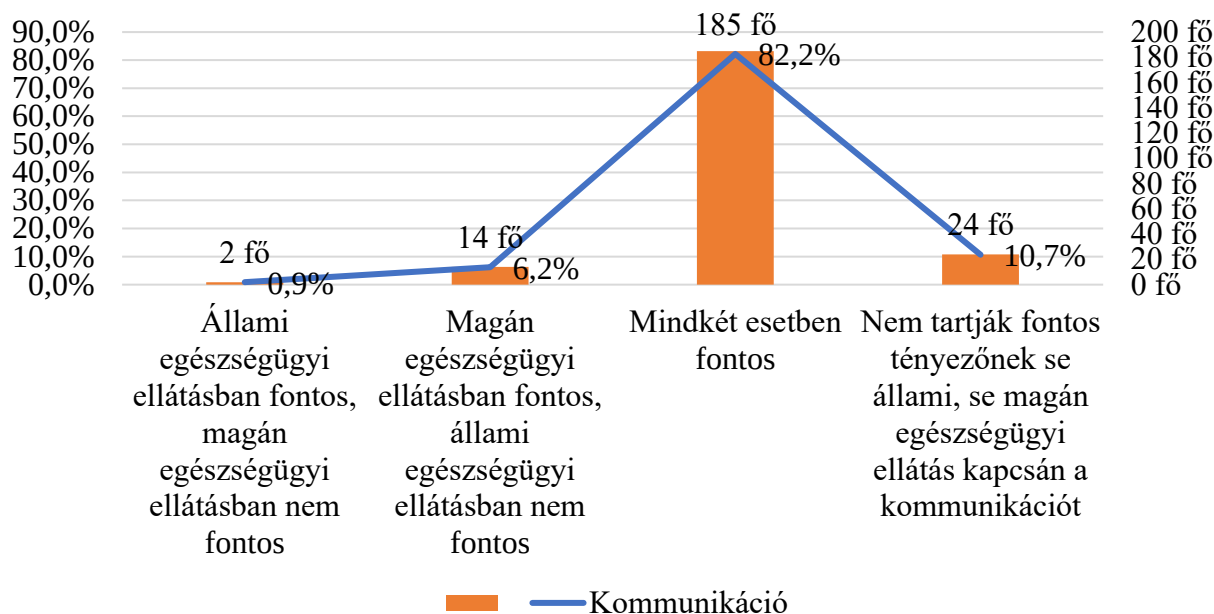
5.1. Első főhipotézis elemzése

Az első főhipotézis (H1): Az egészségügyi ellátási színvonal összefüggésben van az intézmény típusával. Ehhez tartozik két alhipotézis, amelyek a következők:

H1a: A magán egészségügyi szervezetekben pozitívabb a hozzáállás és kommunikáció a páciensekhez, mint az állami egészségügyben

H1b: A magán egészségügyi szervezetekben jobb a szervezettség, mint az állami egészségügyben

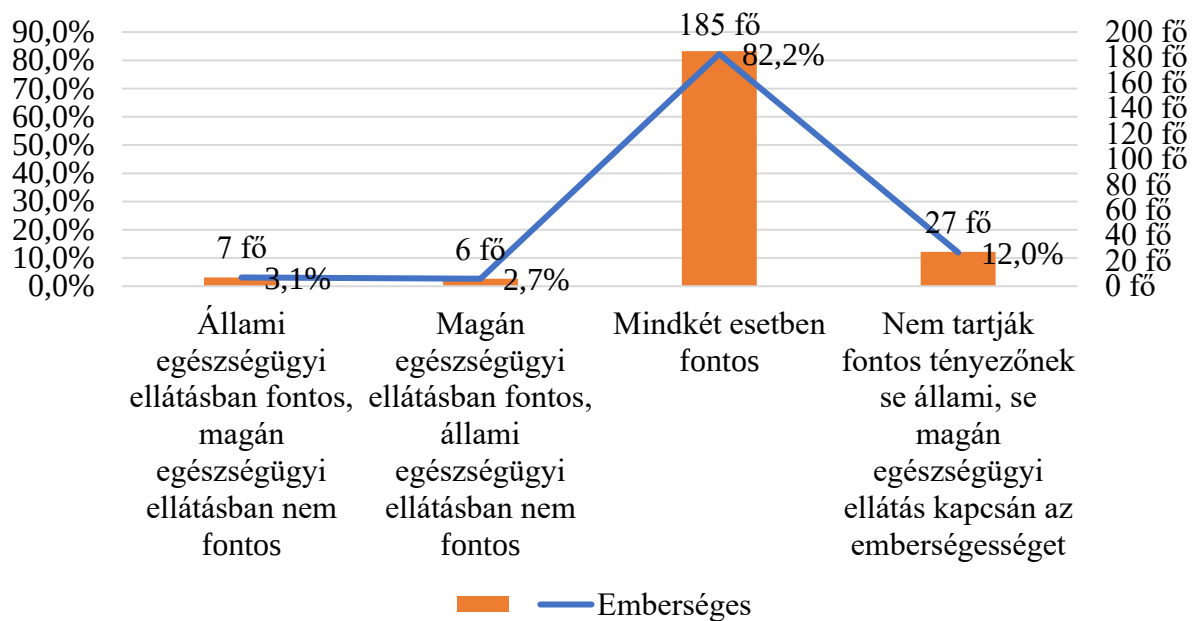
Az online kérdőívet kitöltők több kérdésre is adatok választ a fent említett fő (H1) és alhipotézisek (H1a, H1b) kapcsán. Itt fontos információ az adatok kapcsán, hogy azoknak a válaszadóknak lett vizsgálva a véleménye, akik mind az állami, mind a magán egészségügyi ellátást igénybe vették, így képes összehasonlítani a két ellátási típus közötti különbséget. Ez a 330 főből 225 főt takar. Az első alhipotézisnél (H1a), ami szerint „A magán egészségügyi szervezetekben pozitívabb a hozzáállás és kommunikáció a páciensekhez, mint az állami egészségügyben” megkérdezésre került, hogy mely tulajdonságok és kapcsolatos tényezők fontosak a betegek számára mind az állami, mind a magánegészségügy kapcsán. Tulajdonságok kapcsán a jó kommunikációs készség, az emberségesség, az, hogy empatikus legyen, az, hogy együttérző legyen és az, hogy megértő legyen került be a kérdőív válaszaiba, mint szempont, a hozzáállás kapcsán, ami alatt a kutatás szempontjából az értendő, hogy a beteg elégedett legyen kezelőorvosa által nyújtott tájékoztatással, információközléssel a szóban való tájékoztatás, a diagnózisa érhető elmondása, a kezelési alternatívákat kínálása, a vélemény, javaslat írásba adása, az, hogy megértő legyen, empatikus legyen, együttérző legyen szempontok szerepeltek. Némi átfedés van a tulajdonságok és a hozzáállásnál szereplő szempontok között, ami arra enged következtetni, hogy azok kiemelkedően fontos szempont a betegek számára. Azt, hogy van-e szignifikáns különbség a magán, illetve az állami egészségügyben fontosnak ítélt orvosi tulajdonságok között, a 11. mellékletben található táblázat szemlélteti. A tulajdonságok közül a jó kommunikációs készséget és az emberségességet ítélték a betegek közül a legfontosabb tényezőknek mind az állami, mind a magán egészségügyi ellátásban, ahogyan azt a 7. ábra és a 8. ábra szemlélteti.



7. ábra: „A jó kommunikációs készség, mint orvosi tulajdonság fontossága mind a magán, mind az állami egészségügyet igénybe vevők szerint” (n=225)

Forrás: Saját kutatás, 2021

Az emberségesség kapcsán 225 főből 185 főnek (82,2%) fontos szempont az, hogy a kezelőorvos emberséges legyen és 27 fő volt, aki nem tartotta fontos tényezőnek se állami, se magán egészségügyi ellátás kapcsán az emberségességet, míg a jó kommunikáció kapcsán ez a szám 24 fő. A betegek által fontosnak ítélt orvosi tulajdonságokkal kapcsolatos további elemző táblák a 11. mellékletben találhatók.

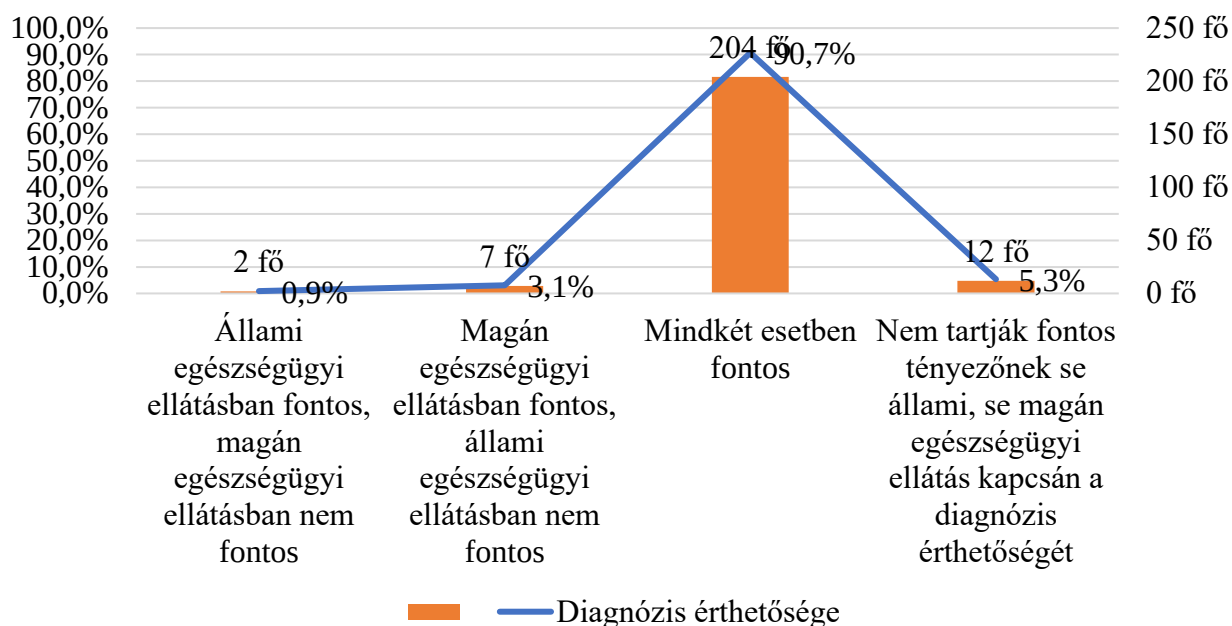


8. ábra: „Az emberségesség, mint orvosi tulajdonság fontossága mind a magán, mind az állami egészségügyet igénybe vevők szerint” (n=225)

Forrás: Saját kutatás, 2021

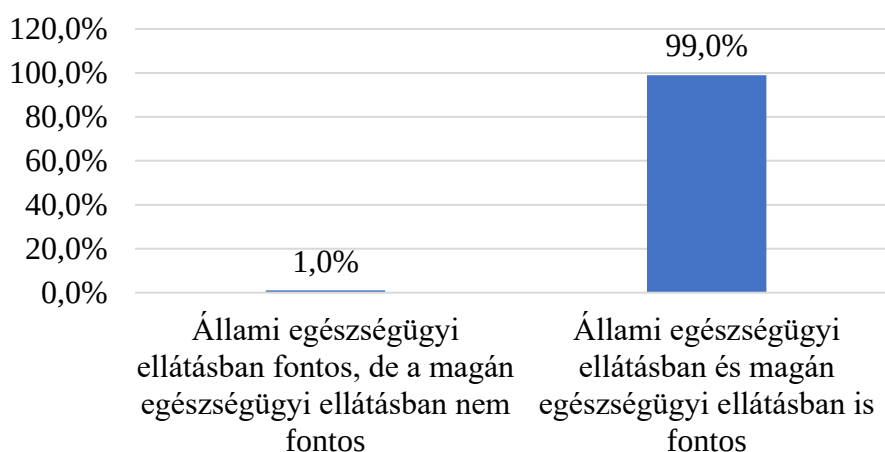
A hozzáállás kapcsán, ami alatt a kutatás szempontjából az értendő, hogy a beteg elégedett legyen kezelőorvosa által nyújtott tájékoztatással, információ közléssel, fontosnak tartott szempontok között, hogy van-e szignifikáns különbség a magán, illetve az állami egészségügyben a 12. mellékletben található táblázat szemlélteti.

A hozzáállás kapcsán a diagnózisa érhető elmondását ítélték a betegek közül a legfontosabb tényezőnek mind az állami, mind a magán egészségügyi ellátásban, ahogyan azt a 9. ábra szemlélteti. A 225 főből 204 főnek (90,7%) fontos szempont az, hogy a kezelőorvos a diagnózist érthetően mondja el, 12 fő volt, aki nem tartotta fontos tényezőnek se állami, se magán egészségügyi ellátás kapcsán



9. ábra: „A diagnózisa érhető elmondása, mint hozzáállással kapcsolatos tényező fontossága mind a magán, mind az állami egészségügyet igénybe vevők szerint” (n=225)
Forrás: Saját kutatás, 2021

Az is jól szemlélteti, hogy mennyire fontos a betegek számára a diagnózis érthetősége, hogy az ehhez tartozó keresztábra alapján (ami a 12. melléklet tábláinál szerepel) összesen a válaszadók (225) közül csupán 1%-a gondolta úgy, hogy az állami egészségügyi ellátásban fontos, de a magán egészségügyi ellátásban nem fontos, míg a válaszadók 99%-a szerint az állami egészségügyi ellátásban és magán egészségügyi ellátásban is fontos (10. ábra).



10. ábra: Diagnózis érthetőségének fontossága a magán egészségügyi ellátásban azok szerint, akiknek fontos az emberségesség állami egészségügyi ellátásban (n=225)
Forrás: Saját kutatás, 2021

Az SPSS-ben lefuttatott elemzések alapján teljesül az első főhipotézis első alhipotézise (H1a), ami alapján, „A magán egészségügyi szervezetekben pozitívabb a hozzáállás és kommunikáció a páciensekhez, mint az állami egészségügyben”.

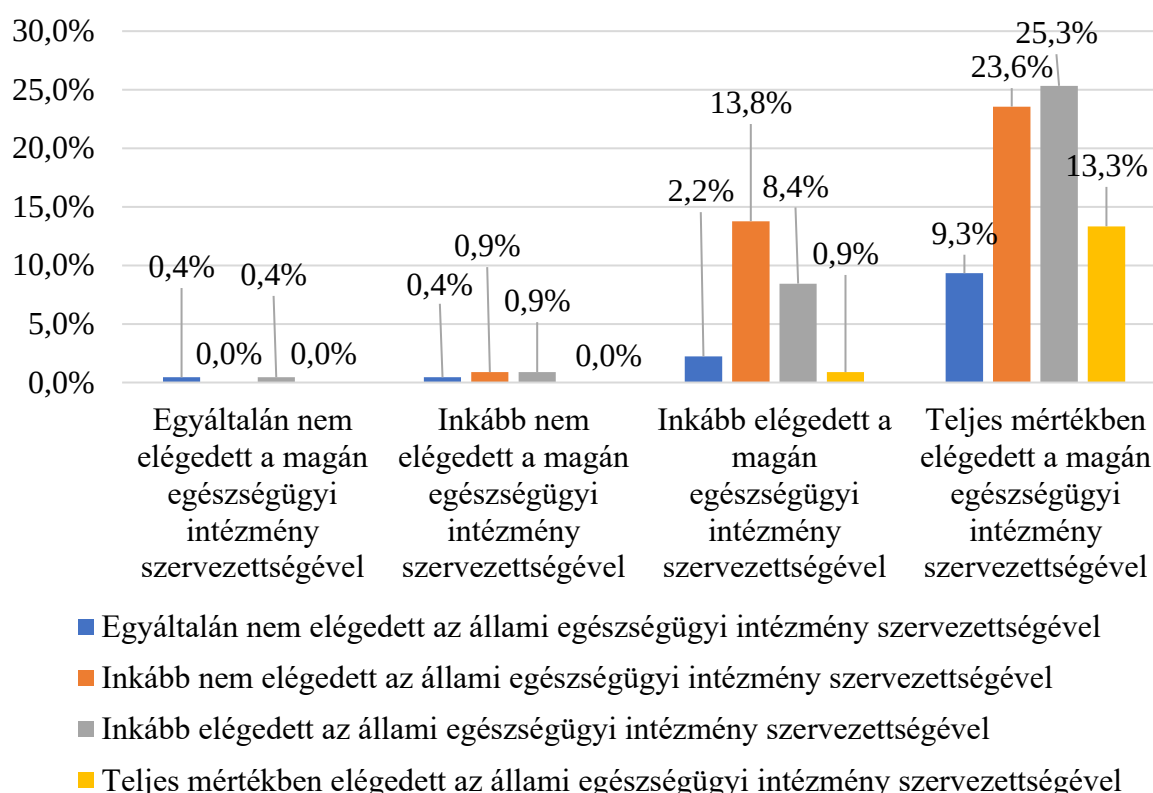
A betegek által fontosnak ítélt orvosi hozzáállással kapcsolatos további elemző táblák a 12. mellékletben találhatók.

Az első főhipotézishez tartozó második alhipotézis (H1b): „A magán egészségügyi szervezetekben jobb a szervezethez, mint az állami egészségügyben”. Ahogyan azt a 13. melléklet első táblázata szemlélteti, van szignifikáns különbség (Pearson Chi-Square: 0,048, ami nem sokkal, de kisebb 0,05-nél) az állami és a magán egészségügyi intézmények szervezethez megítélése kapcsán, viszont a változók közötti kapcsolat erőssége gyenge, mivel a Cramer's V értéke 0,159.

A keresztábra elemzés eredményei alapján, amit a 11. ábra szemléltet, megállapítható, hogy a legnagyobb százalékban (25,3%) a betegek által igénybevett adott magán egészségügyi intézményt teljes mértékben jól szervezettnek tartók azok voltak, akik inkább elégedett kategóriába sorolták magukat az állami egészségügyi intézmény értékelése során. 23,6%-ra tehető azon betegek aránya, akik inkább nem elégedettek az adott állami egészségügyi intézmény szervezethez, de az adott magán egészségügyi intézménnyel viszont teljes mértékben elégedettek. 13,3% volt azon betegek aránya, akik teljes mértékben elégedettek mind az adott állami, mind az adott magán egészségügyi intézmény szervezethez. Azok a betegek, akik egyáltalán nem elégedettek az adott állami egészségügyi intézmény szervezethez, de az igénybe vett adott magán egészségügyi intézménnyel teljes mértékben elégedettek 9,3%-kal vannak jelen. A 11. ábra által szemléltetett százalékok közül még magasnak számít azon betegek aránya (13,8%), akik inkább nem elégedettek az adott állami egészségügyi intézmény szervezethez, viszont az adott magán egészségügyi intézménnyel pedig inkább elégedett kategóriába sorolták magukat. Azon betegek, akik egyáltalán nem elégedettek az adott állami egészségügyi intézmény szervezethez 0,4%-ra tehető arányuk mind azoknál, akik egyáltalán nem elégedettek az adott magán intézmény szervezethez és azoknál is, akik inkább nem elégedettek az adott magán egészségügyi intézmény szervezethez. Szintén 0,4%-kal jelentek meg azok a válaszadók, akik inkább nem elégedettek az adott magán egészségügyi intézmény szervezethez, valamint egyáltalán nem elégedettek az adott állami egészségügyi intézmény szervezethez. Olyan válaszadás egyáltalán nem történt, ahol valaki egyáltalán nem elégedett az adott magán egészségügyi intézmény szervezethez, illetve inkább nem elégedett az adott magán egészségügyi intézmény szervezethez, de az adott állami egészségügyi intézmény

szervezettségével viszont teljes mértékben elégedett. Szintén nem volt olyan válaszadó, aki egyáltalán nem elégedett az adott magán egészségügyi intézmény szervezettségével, egy adott állami egészségügyi intézmény szervezettsége kapcsán viszont inkább nem lenne elégedett. A 11. ábra tartalma a 13. mellékletekben megtalálható főkre levetítve.

Az eredmények alapján elmondható, hogy az első főhipotézis második alhipotézise (H1b) csak részben teljesül, mert az emberek nincsenek annyira rossz véleménnyel az állami egészségügyi intézmények szervezettségéről, de még mindig jobbnak tartják a magán egészségügyi intézmények szervezettségét.



11. ábra: Állami és magán intézmények szervezettségével való elégedettség (n=225)

Forrás: Saját kutatás, 2021

Összességében kijelenthető, hogy az első főhipotézis (H1), ami szerint „Az egészségügyi ellátási színvonal összefüggésben van az intézmény típusával” többnyire igaz és teljesül, emiatt elfogadásra kerül, mivel az első alhipotézis (H1a) teljes mértékben bebizonyosodott, a második alhipotézis (H1b) pedig részben bebizonyosodott a fent kifejtett kutatási eredmények és a mellékletben található kutatási eredmények alapján.

5.2. Második főhipotézis elemzése

A második főhipotézis (H2): A vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatása összefügg az egészségügyben végzett munkával. Ehhez tartozik két alhipotézis, amelyek a következők:

H2a: Minél régebb óta dolgozik valaki az egészségügyben annál kevésbé igényli a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását.

H2b: Akik a magán egészségügyben dolgoznak, jobban igénylik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását, mint az állami egészségügyben dolgozók.

Az online kérdőívet tekintve több kérdés is irányult a fent említett fő (H2) és alhipotézisekkel (H2a, H2b) kapcsolatban. Az adatok kapcsán fontos információ, hogy azoknak a válaszadóknak lett vizsgálva a véleménye, akik az első alhipotézis (H2a) kapcsán egészségügyben dolgoznak/dolgoztak, illetve a második alhipotézis (H2b) kapcsán a magán egészségügyben dolgoznak/dolgoztak. Ez a 330 főből az első alhipotézis (H2a) kapcsán 94 főt, a második alhipotézis (H2b) kapcsán 14 főt takar.

Az első alhipotézisnél (H2a), ami szerint „Minél régebb óta dolgozik valaki az egészségügyben annál kevésbé igényli a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását” megkérdezésre került, hogy hány éve dolgozik az egészségügyben, illetve, hogy szükség van-e az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, illetve kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására. Fontos információ a statisztika kapcsán, hogy bár 94-re tehető az egészségügyi dolgozó/volt dolgozók száma, a statisztikai elemzésben csak 81 a mintaelemszám ezen kérdések kapcsán, mivel 13-an olyan személyek vannak a mintában, akik nem voltak egészségügyi hallgatók, így a kérdéssorban nem válaszolták meg, azt a kérdést, hogy „Szükség van-e az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, illetve kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására”.

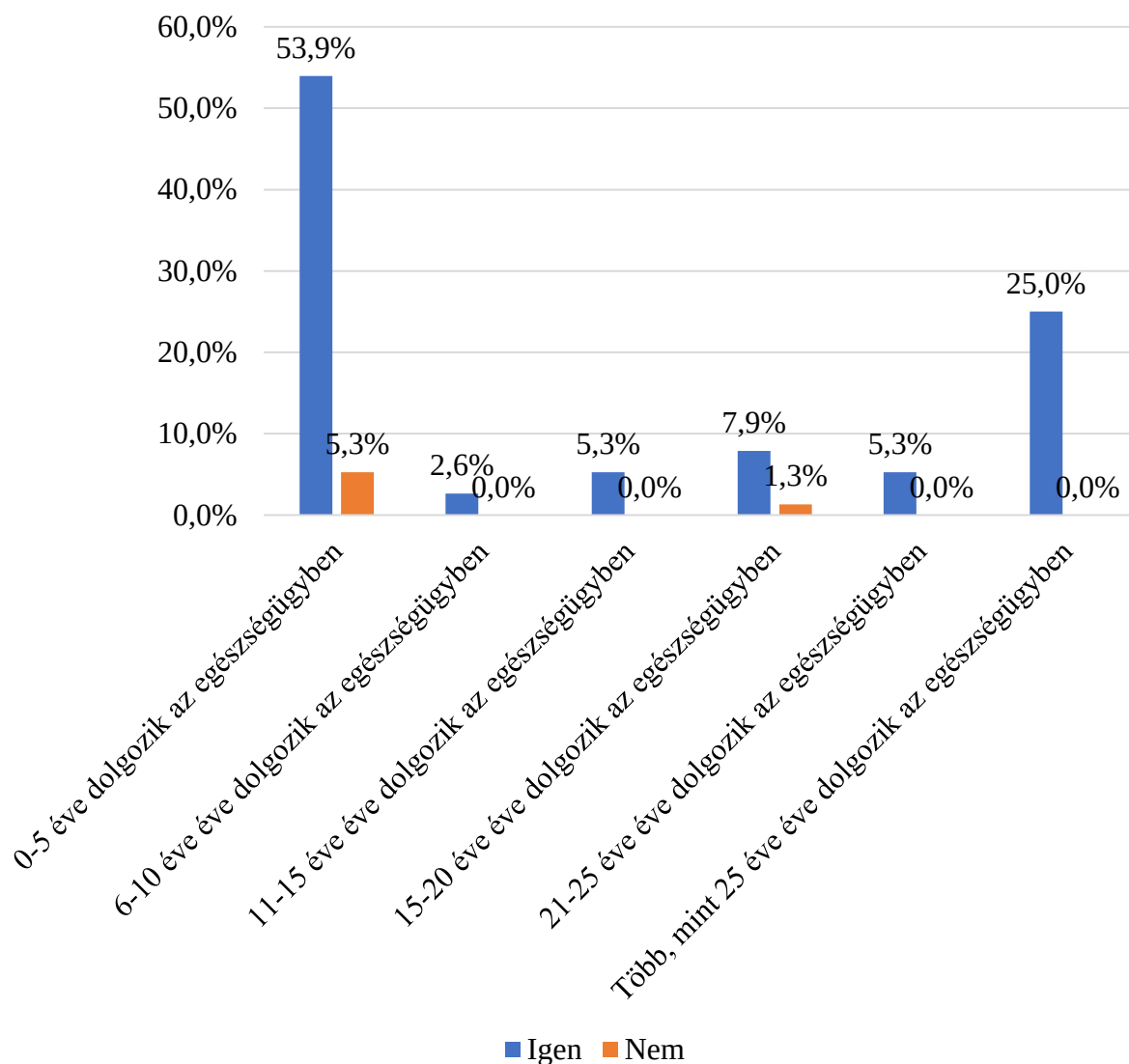
Az is megkérdezésre került az egészségügyi dolgozók/volt dolgozóktól, amellet, hogy hány éve dolgozik az egészségügyben, hogy mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak. Itt szintén fontos információ a kérdésekhez tartozó elemzés mintaelemszámai kapcsán, hogy itt is szintén 94-re tehető az egészségügyi dolgozó/volt dolgozók száma, de mivel 13-an olyan személyek vannak a mintában, akik nem voltak egészségügyi hallgatók, így a kérdéssorban nem

válaszolták meg, azt a kérdést, hogy „Mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak?”, így maradt 81 személy és volt további 5 olyan személy, aki azt válaszolta, hogy nincs szükség az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására, így a végső mintaelemszám ezen keresztábra elemzés kapcsán 76 fő lett.

A 14.melléklet első táblája bemutatja, hogy a hipotézis kapcsán vizsgált kérdések között felfedezhető-e szignifikáns különbség. Az első esetben, amikor az egészségügyben ledolgozott évek száma és a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességének megítélése került elemzésre, a Pearson Chi-Square alapján nincs szignifikáns különbség a két változó között, mivel 0,657 nagyobb, mint 0,05. A második esetben amikor az egészségügyben ledolgozott évek száma és az került elemzésre, hogy mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak, Pearson Chi-Square alapján itt már lett szignifikáns különbség a két változó között, mivel 0,032 kisebb, mint 0,05. Az SPSS-ben lefuttatott elemzések és a második főhipotézis első alhipotéziséhez (H2a) tartozó megértést segítő táblák a 14. mellékletben találhatók.

Bár szignifikáns különbség nem állapítható meg az egészségügyben ledolgozott évek száma és a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességének megítélése között a fent leírtak miatt, de a válaszadók által generált eredményeket szeretném bemutatni, mivel befolyásolta a megítélést, gondolkodást a kutatással kapcsolatban, valamint, trendszerűen van kapcsolat, illetve feltételezhető, hogy nagyobb válaszadói sokaságnál szignifikáns különbség várható. A 12. ábra jól szemlélteti, hogy többségben vannak azok az egészségügyi dolgozók/volt dolgozók, akik szükségesnek vélik a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását. A legszükségesebbnek, 53,9%-kal a 0-5 éve az egészségügyben dolgozók/volt dolgozók tartják, viszont az is fontos eredmény, hogy ezen a csoporton belül figyelhetőek meg legmagasabb arányban (5,3%) azon személyek, akik szerint nem szükséges a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatása. A második legmagasabb százalékban (25%) azok az egészségügyi dolgozók ítélik meg a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatásának szükségességét, akik már több mint 25 éve dolgoznak/dolgoztak az egészségügyben. A többi kategóriában kisebb százalékokkal, de a nagy többség szintén szükségesnek ítélik meg a

vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását.



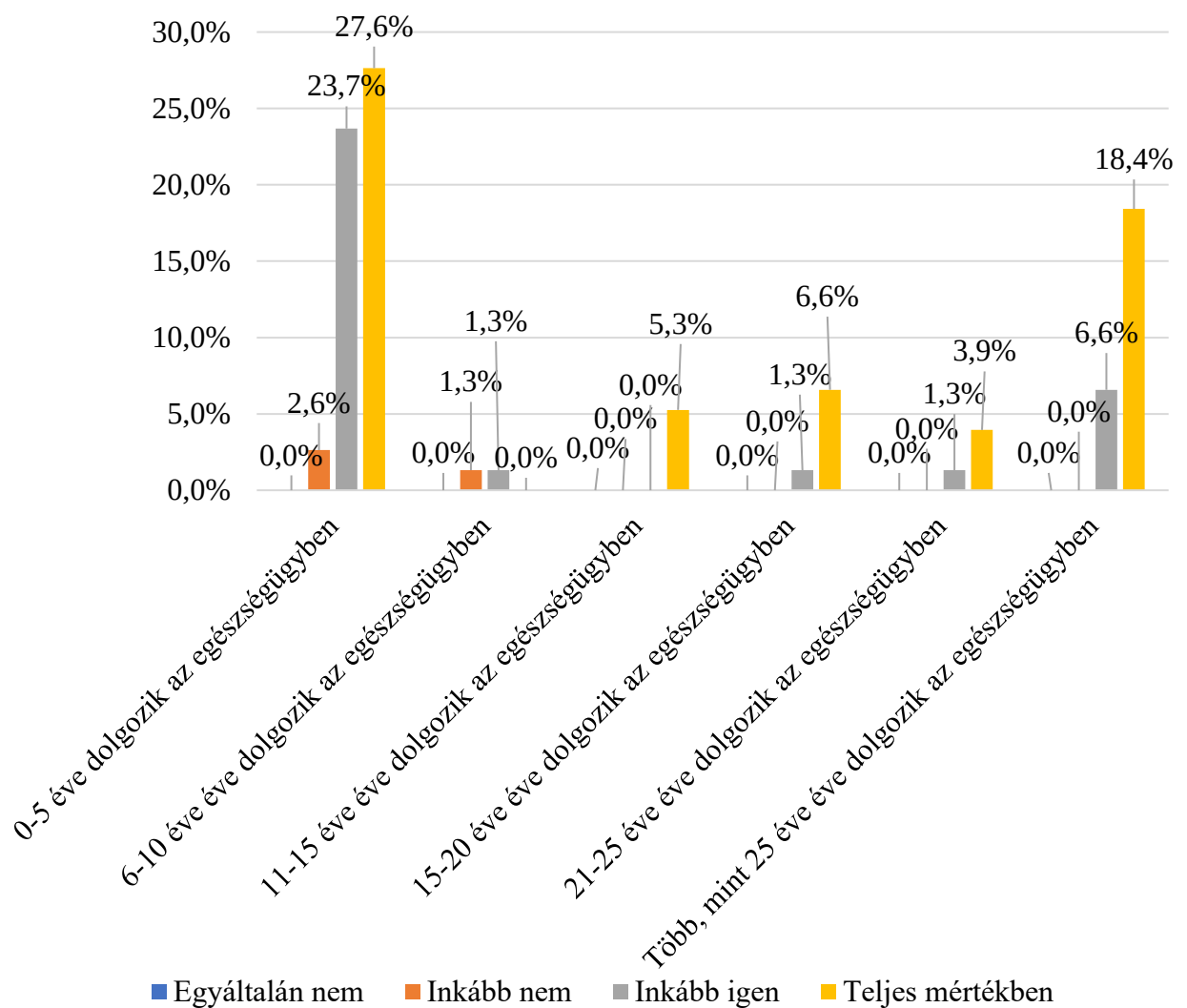
12. ábra: Az egészségügyben ledolgozott évek függvényében a vélemény a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatásának szükségességéről (n=81)

Forrás: Saját kutatás, 2021

A 13. ábra adatai hasonlóan rajzolódnak ki a 12. ábra oszlopaival, ebből is jól látszik, hogy a két kérdés összefügg. Közel azonos véleményen vannak azok az egészségügyi dolgozók/volt dolgozók annak kapcsán, hogy szükség van-e a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatására, illetve annak kapcsán is, hogy mennyire tartják hasznosnak azokat. Akik teljes mértékben hasznosnak tartják a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását,

27,9%-kal a 0-5 éve az egészségügyben dolgozók/volt dolgozók. Ugyan ebben a csoportban vannak, a legnagyobb százalékban azok, akik inkább nem (2,6%) és inkább igen (23,7%) választ adták. Azoknál a válaszadóknál, akik több mint 25 éve dolgoznak/dolgoztak az egészségügyben mosdik legnagyobb százalékban (18,4%). Fontos megjegyezni, hogy a 94 egészségügyi dolgozó/volt dolgozó közül egy olyan személy nem volt, aki egyáltalán nem tartotta hasznosnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását, illetve a legnagyobb százalékban (61,8%) azon válaszadók voltak, akik teljes mértékben hasznosnak ítélik a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását.

Az eredmények alapján elmondható, hogy a második főhipotézis második alhipotézise (H2b) csak részben teljesül, mert az emberek nincsenek annyira rossz véleménnyel az állami egészségügyi intézmények szervezettségéről, de még mindig jobbnak tartják a magán egészségügyi intézmények szervezettségét.



13. ábra: Az egészségügyben ledolgozott évek függvényében az, hogy mennyire tartják hasznosnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását az egészségügyi dolgozók/volt dolgozók(n=76)

Forrás: Saját kutatás, 2021

A második főhipotézis első alhipotézise (H2a) csak részben teljesül, mivel az egészségügyi dolgozók/volt egészségügyi dolgozók azon csoportja tartja a legfontosabbnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását, akik -5 éve dolgoznak/dolgoztak az egészségügyben. A második legnagyobb csoportban a több mint 25 éve az egészségügyben dolgozó/volt dolgozók voltak, a többi csoportnál egyszer növekvő és egyszer csökkenő értékek voltak megfigyelhetők.

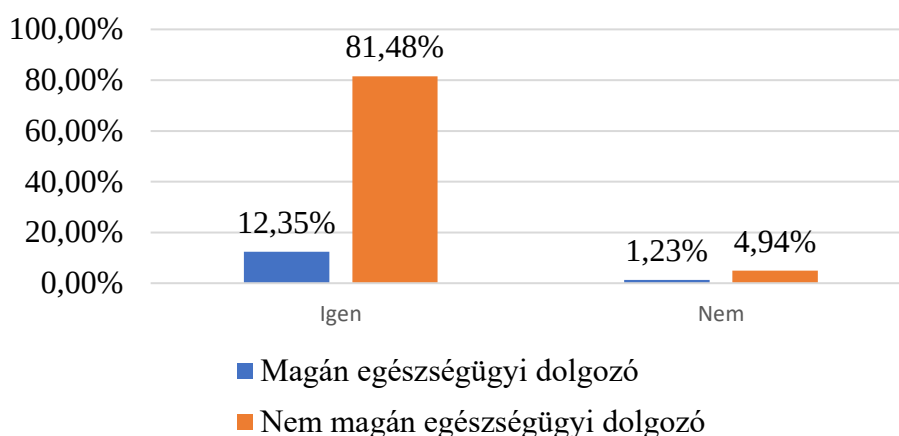
A második főhipotézis második alhipotézisénél (H2b), miszerint „Akik a magán egészségügyben dolgoznak, jobban igénylik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását” megkérdezésre került, az egészségügyi dolgozóktól, hogy az állami, vagy a magán egészségügyben dolgoznak, illetve, hogy szükség van-e az egészségügyi

képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására, illetve az is megkérdezésre került a magán egészségügyben dolgozó/volt dolgozóktól, hogy mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak. A kitöltők közül 94-en egészségügyi dolgozó/volt dolgozó, 82-en az állami egészségügyben dolgoznak/dolgoztak, és 14-en a magán egészségügyben dolgoznak/dolgoztak és a 14 fő közül 6-an vannak, akik mind az állami, mind a magán egészségügyben dolgozó/dolgozott. A mintaelemszámoknál ugyan az érvényesül, mint a második főhipotézis első alhipotéziseinél (H2a), mivel ugyan azok a kérdések társulnak ahhoz a kérdéshez, hogy magán egészségügyben dolgozik-e az adott kitöltő, mint a második főhipotézis első alhipotézisének (H2a), annyival kiegészítve, hogy a 14 magán egészségügyi dolgozó közül 3-an nem voltak egészségügyi hallgatók, így nem volt lehetőségük vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is hallgatni, így az ezzel kapcsolatos kérdést, hogy szükségesnek találja-e ezen ismeretek oktatását nem válaszolták meg és a mintában emiatt 11 főt tesznek ki. Annak a képzésnek kapcsán, hogy mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak volt további 1 fő, a 3 személy mellett, aki nem volt egészségügyi hallgató aki úgy ítélte meg, hogy nem szükséges az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatása, így nem válaszolt arra a kérdésre, hogy mennyire tartja fontosnak ezen ismeretek oktatását, emiatt itt 10 magánegészségügyi dolgozó/volt dolgozó válaszolta meg ezt a kérdést.

A 15. melléklet első táblája bemutatja, hogy a hipotézis kapcsán vizsgált kérdések között felfedezhető-e szignifikáns különbség. Mindkét esetben kijelenthető, hogy a változók között nincs szignifikáns különbség, mivel a Pearson Chi-Square értéke nagyobb, mint 0,05. Az SPSS-ben lefuttatott elemzések és a második főhipotézis második alhipotéziséhez (H2b) tartozó megértést könnyítő táblák a 15. mellékletben találhatók.

Annak ellenére, hogy nincs szignifikáns különbség a változók között, szeretném bemutatni a kitöltők válaszait, mivel a hipotézis kapcsán érdekes eredmények születtek, továbbá befolyásolta a megítélést, gondolkodást a kutatással kapcsolatban, valamint, trendszerűen van kapcsolat, illetve feltételezhető, hogy nagyobb válaszadói sokaságnál szignifikáns különbség várható. A 14. ábra alapján megállapítható, hogy a 81 fő közül a 11 magán egészségügyi dolgozó többségben (12,35%) szükségesnek találja a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását. Az is sokatmondó adat, hogy nem a nem magán egészségügyi dolgozók (állami egészségügyi dolgozók) szintén nagy többségben

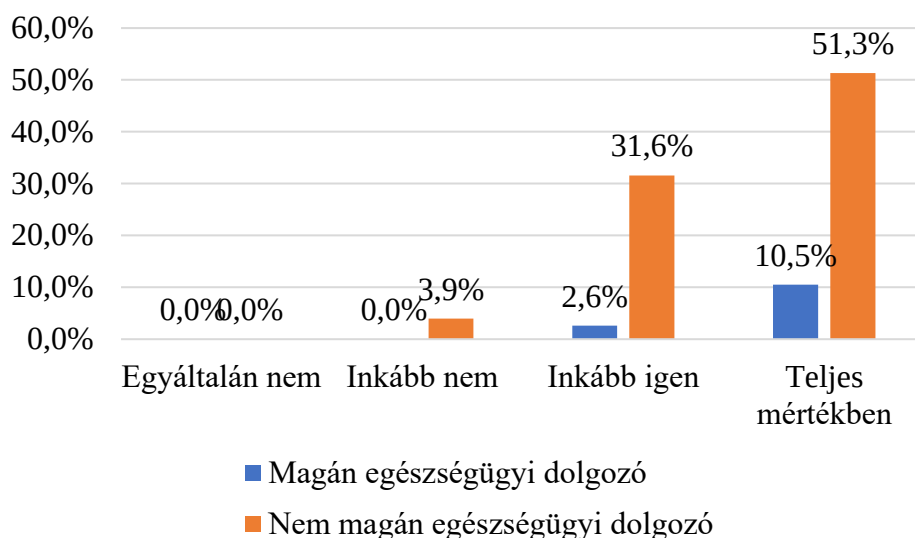
(81,48%) szükségesnek tartják a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását. A 15. mellékletben megtalálható ugyan ezen ábra, csak főkre lebontva. Szintén fontos eredmény, hogy csupán 1,23% nem tartja szükségesnek a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását amagán egészségügyi dolgozók/volt dolgozók közül, míg a nem magán egészségügyi (állami) dolgozók/volt dolgozók közül is csupán 4,94% nem tartja szükségesnek.



14. ábra: Magán és nem magán egészségügyi dolgozók véleménye a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességéről (n=81)

Forrás: Saját kutatás, 2021

Annak kapcsán, hogy a magán egészségügyi dolgozók mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak a 15. ábra szemlélteti az eredményeket. Itt is jól megfigyelhető, hogy a magán egészségügyi dolgozók inkább igen, vagy teljes mértékben hasznosnak találják a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatását, valamint a nem magán egészségügyi dolgozók (állami egészségügyi dolgozók) is nagy többségben vagy inkább igen, vagy teljes mértékben hasznosnak találják a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatását. A második főhipotézis második alhipotézise (H2b) teljesül, mivel összehasonlítva az állami és a magán egészségügyi dolgozók véleményét a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket oktatásáról, megállítható, hogy a magán egészségügyben jobban igénylik a a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket oktatását.



15. ábra: Magán és nem magán egészségügyi dolgozók mennyire találja hasznosnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását (n=76)

Forrás: Saját kutatás, 2021

Összességében elmondható, hogy a második főhipotézis (H2), ami szerint „A vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatása összefügg az egészségügyben végzett munkával” többnyire igaz és teljesül, emiatt elfogadásra kerül, mivel az első alhipotézis (H2a) részben bebizonyosodott, a második alhipotézis (H2b) pedig teljes mértékben bebizonyosodott a fent kifejtett kutatási eredmények és a mellékletben található kutatási eredmények alapján.

5.3. Harmadik főhipotézis elemzése

A harmadik főhipotézis (H3): Akinek volt lehetősége egészségügyi felsőoktatási tanulmányai során vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek megszerzésére, fontosnak ítélik annak oktatását vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek hallgatására. Ehhez tartozik három alhipotézis, amelyek a következők:

H3a: Aki oktató vagy volt oktató az egészségügyben jobban igényli a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását, mint azon személyek, akik nem egészségügyi oktatók, de volt lehetőségük tanulmányaik során

H3b: Akinek hallgatóként volt lehetősége vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek hallgatására, hasznosabbnak ítélik ezen ismeretek megszerzését azokhoz képest, akik nem vettek részt a fent említett ismeretek oktatásában

H3c: Az egészségügyben vezetői szerepet betöltő személyek jobban igénylik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is elsajátítására, azokkal szemben, akik nem vezetői szerepkört töltenek be az egészségügyben

Az online kérdőívet tekintve több kérdés is irányult a fent említett fő (H3) és alhipotézisekkel (H3a, H3b, H3c) kapcsolatban. Az adatok kapcsán fontos információ, hogy azoknak a válaszadóknak lett vizsgálva a véleménye, az első alhipotézis (H3a) kapcsán, akik egészségügyben oktatók/volt oktatók, a második alhipotézis (H3b) kapcsán hallgató/volt hallgató, valamint a harmadik alhipotézis (H3c) kapcsán az egészségügyben vezetői szerepet betöltő személy.

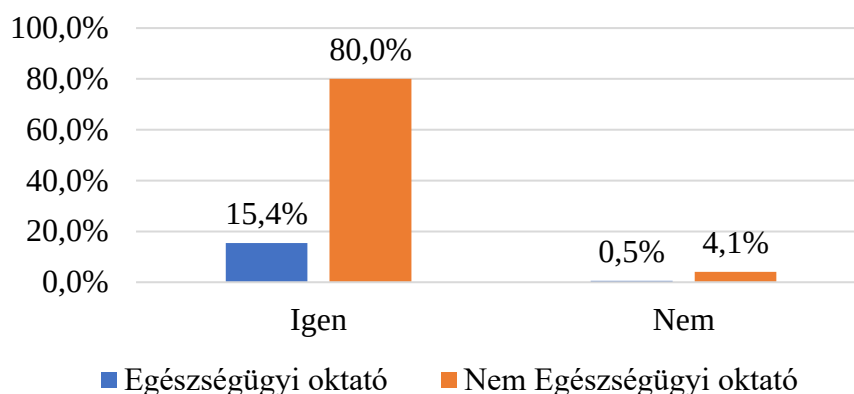
Az első alhipotézisnél (H3a), ami szerint „Aki oktató vagy volt oktató az egészségügyben jobban igényli a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását, mint azon személyek, akik nem egészségügyi oktatók, de volt lehetőségük tanulmányaik során” megkérdésre került, hogy egészségügyi képzésben oktató-e az adott személy, illetve, hogy szükség van-e az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, illetve kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására. Fontos információ a statisztikai elemzés kapcsán, hogy a 195 fő, akik szerepelnek a keresztábra elemzésben, mint összes mintaelemszám azok a személyek, akik válaszoltak arra a kérdésre, hogy „Szükség van-e az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, illetve kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására”. A 330 kitöltő közül 36 olyan személy van, akik az egészségügyben oktató/volt oktató. Ezen 36 személy közül amiatt 31 személy szerepel a keresztábrában, mert a 36 kitöltő közül csak 31-en voltak hallgatók az egészségügyben és 5-en nem, így nem volt tudták megválaszolni azt a kérdést, hogy „Szükség van-e az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, illetve kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására”.

Az is megkérdésre került az egészségügyi oktatók/volt oktatóktól, hogy mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak, összességében 186 fő volt, aki megválaszolta ezt a kérdést. Itt szintén fontos információ a kérdésekhez tartozó elemzés mintaelemszámai kapcsán, hogy itt is szintén 36-ra tehető az egészségügyi oktatók/volt oktatók száma, de mivel 5-en olyan személyek vannak a mintában, akik nem voltak egészségügyi hallgatók, így a kérdéssorban nem válaszolták meg, azt a kérdést, hogy „Mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak?”, így maradt 31 személy és volt további 1 olyan személy, aki azt válaszolta, hogy nincs szükség az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs

ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására, így a végső mintaelemszám ezen keresztábla elemzés kapcsán 30 fő lett az egészségügyi oktatók/volt oktatók kapcsán.

A 16. melléklet első táblája bemutatja, hogy a hipotézis kapcsán vizsgált kérdések között felfedezhető-e szignifikáns különbség. Az első esetben, amikor az egészségügyi oktatók/volt oktatók és a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességének megítélése került elemzésre, a Pearson Chi-Square alapján nincs szignifikáns különbség a két változó között, mivel 0,815 nagyobb, mint 0,05. A második esetben amikor az egészségügyi oktatók/volt oktatók és az került elemzésre, hogy mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak, Pearson Chi-Square alapján itt szintén nincs szignifikáns különbség a két változó között, mivel 0,692 nagyobb, mint 0,05. Az SPSS-ben lefuttatott elemzések és a harmadik főhipotézis első alhipotéziséhez (H3a) tartozó megértést segítő táblák a 16. mellékletben találhatók.

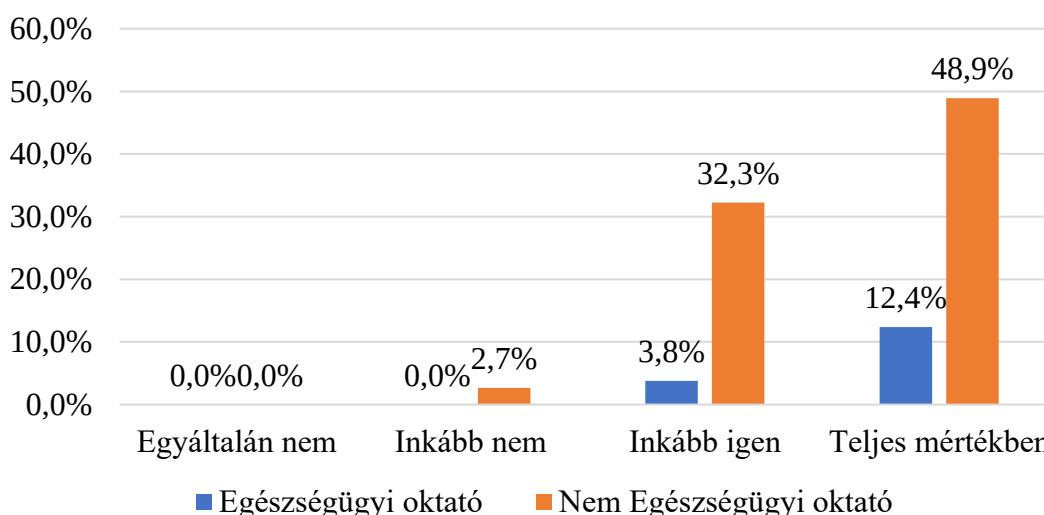
A hipotézis szempontjából fontos eredmények születtek, emiatt a szignifikáns különbség hiányának ellenére is, amelyek a 16. ábra és a 17. ábra során kerülnek bemutatásra, mivel az eredmények befolyásolták a megítélést, gondolkodást a kutatással kapcsolatban, valamint, trendszerűen van kapcsolat, illetve feltételezhető, hogy nagyobb válaszadói sokaságnál szignifikáns különbség várható. A 16. ábra kapcsán jól látszik, hogy az egészségügyi oktatók körében is többségben vannak azon személyek, akik szükségesnek vélik az egészségügyi képzésben a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását. Ugyan ez az eredmény látható a nem egészségügyi oktatók körében is. Mindkét esetben nagyon kevés százalékban jelenik meg olyan személy, aki szerint nem lenne szükség a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatására.



16. ábra: Egészségügyi oktatók és nem egészségügyi oktatók véleménye a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességéről (n=195)

Forrás: Saját kutatás, 2021

A 17. ábra alapján megállapítható, hogy az egészségügyi oktatók/volt oktatók közül mindenki inkább igen (3,8%), vagy teljes mértékben (12,4%) hasznosnak ítéli a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását. A nem egészségügyi oktatók körében 2,7%-kal megjelent olyan kitöltő, aki szerint inkább nem hasznos a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatása, de ebben a csoportban is többségben voltak azok, akik szerint inkább igen, vagy teljes mértékben hasznos a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatása.



17. ábra: Egészségügyi oktatók és nem egészségügyi oktatók mennyire találják hasznosnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását (n=186)

Forrás: Saját kutatás, 2021

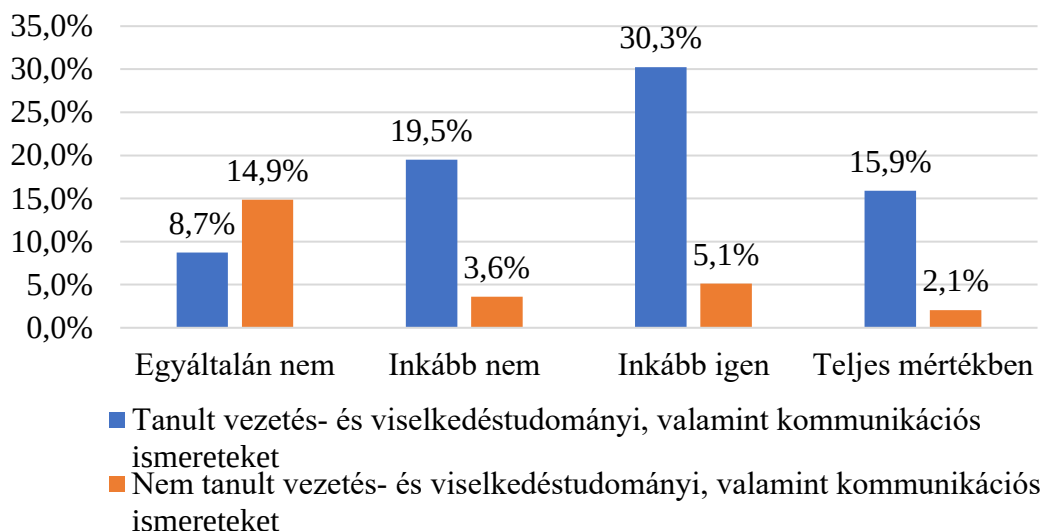
A harmadik főhipotézis első alhipotézise (H3a) kapcsán kijelenthető, hogy bár nem volt szignifikáns különbség a változók között, de a kitöltések alapján bebizonyosodott, hogy az egészségügyi oktatók/volt oktatók jobban igényli a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatását, mint azon személyek, akik nem egészségügyi oktatók, de volt lehetőségük tanulmányaik során, mivel az egészségügyi oktatók/volt oktató között nem volt olyan személy aki szerint nem lenne szükség a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását, illetve inkább nem vagy egyáltalán nem lenne hasznos vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusokat oktatni.

Az második alhipotézisnél (H3b), ami szerint „Akinek hallgatóként volt lehetősége vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek hallgatására, hasznosabbnak ítélik ezen ismeretek megszerzését azokhoz képest, akik nem vettek részt a fent említett ismeretek oktatásában” megkérdezésre került, hogy az egészségügyi képzését illetően, lesz/volt-e módja olyan kurzust hallgatni melynek keretein belül van/volt lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítani, illetve az is, hogy mennyire találta hasznosnak az adott vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzust. Fontos információ a statisztikai elemzés kapcsán, hogy a 195 fő, akik szerepelnek a keresztábra elemzésben, mint összes mintaelemszám azok a személyek, akik válaszoltak arra a kérdésre, hogy „Mennyire találta hasznosnak az adott vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusát?”.

A 17. melléklet első táblázata bemutatja, hogy a hipotézis kapcsán vizsgált kérdések között felfedezhető-e szignifikáns különbség. Az egészségügyi hallgatók/volt hallgatók által hallgatott adott vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus és annak hasznosságának megítélése került elemzésre. A Pearson Chi-Square alapján van szignifikáns különbség a két változó között, mivel 0,000 kisebb, mint 0,05. Az SPSS-ben lefuttatott elemzések és a harmadik főhipotézis második alhipotéziséhez (H3b) tartozó megértést segítő táblák a 17. mellékletben találhatók.

A 18. ábra alapján jól látható, hogy a válaszadók többségének (74,4%) lesz/volt módja olyan kurzust hallgatni melynek keretein belül van/volt lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítani, továbbá ezen hallgatók szintén többségben voltak azon téren is, hogy inkább igen, vagy teljes mértékben hasznosnak találták az adott vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzust. Akiknek nem volt módja olyan kurzust hallgatni melynek keretein belül lehetősége nyílt

vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítani ők adták a legmagasabb arányban (14,9%) azt a választ, hogy egyáltalán nem hasznos olyan kurzust hallgatni melynek keretein belül lehetősége nyílik vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítani és ezzel szemben, akiknek volt lehetősége az említett tudományterületeket érintő tárgyakat hallgatni, ezen csoportban voltak a legkisebb arányban (8,7%).



18. ábra: Az egészségügyi hallgatók/volt hallgatók, véleménye a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatásának hasznosságáról (n=195)

Forrás: Saját kutatás, 2021

A harmadik főhipotézis második alhipotéziséhez (H3b) tartozó eredmények kapcsán kijelenthető, hogy teljesül a hipotézis, miszerint, „Akinak hallgatóként volt lehetősége vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek hallgatására, hasznosabbnak ítélik ezen ismeretek megszerzését azokhoz képest, akik nem vettek részt a fent említett ismeretek oktatásában”.

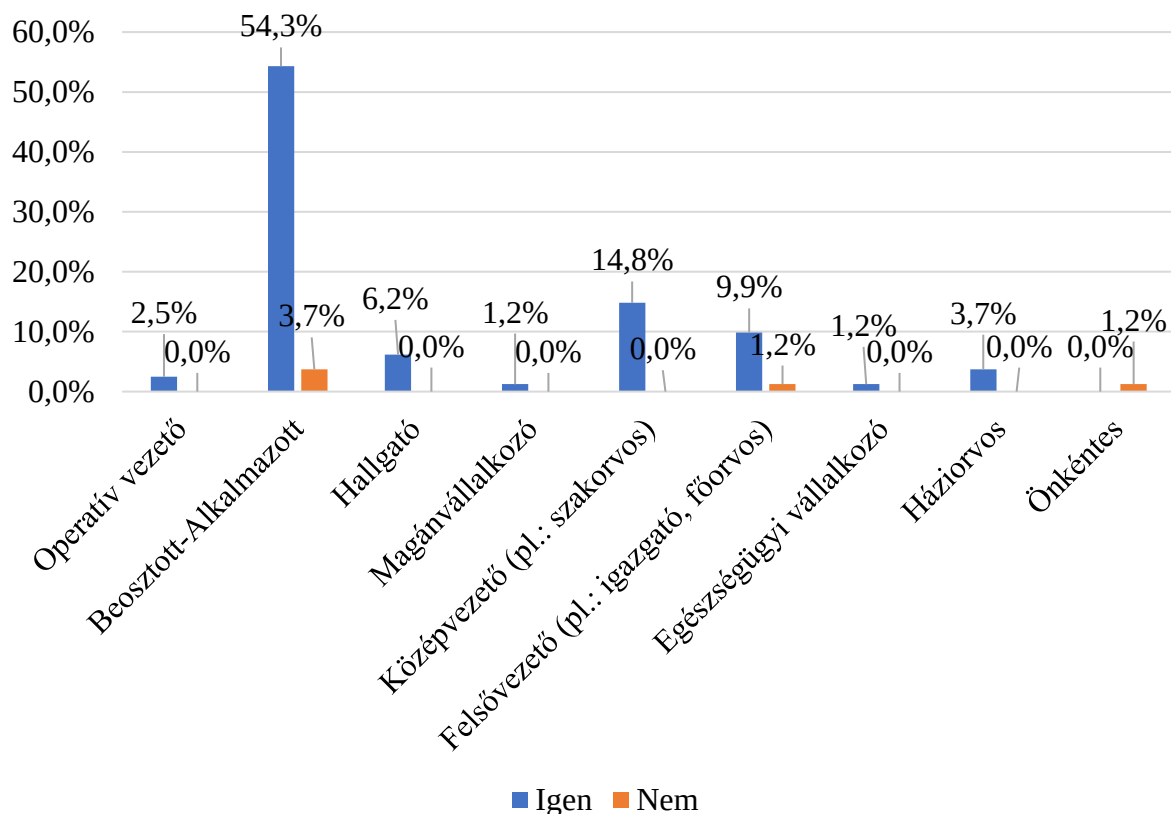
Az harmadik alhipotézisnél (H3C), ami szerint „Az egészségügyben vezetői szerepet betöltő személyek jobban igénylik a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is elsajátítására, azokkal szemben, akik nem vezetői szerepkört töltenek be az egészségügyben” megkérdezésre került, hogy milyen beosztásban dolgozik az adott egészségügyi dolgozó, illetve, hogy szükség van-e az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, illetve kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására. Fontos információ a statisztikai elemzés kapcsán, hogy akik az egészségügyben dolgoznak, azon személyek száma 94 fő, viszont közülük csak 81 fő válaszolta meg a kérdést, hogy „Szükség van-e az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, illetve kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos

kurzus oktatására”, mivel 81-en voltak azon személyek a kitöltők közül, akik egészségügyi hallgatóból lettek egészségügyi dolgozók

Az is megkérdezésre került az egészségügyi dolgozóktól, hogy mennyire találják hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak, összességében 76 fő volt, aki megválaszolta ezt a kérdést. Itt szintén fontos információ a kérdésekhez tartozó elemzés mintaelemszámai kapcsán, hogy itt is szintén 94-re tehető az egészségügyi dolgozók/volt dolgozók száma, de mivel 13-an olyan személyek vannak a mintában, akik nem voltak egészségügyi hallgatók, így a kérdéssorban nem válaszolták meg, azt a kérdést, hogy „Mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak?”, így maradt 81 személy és volt további 5 olyan személy, aki azt válaszolta, hogy nincs szükség az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására, így a végső mintaelemszám ezen keresztábra elemzés kapcsán 76 fő lett az egészségügyi dolgozók/volt dolgozók kapcsán.

A 18. melléklet első táblázata bemutatja, hogy a hipotézis kapcsán vizsgált kérdések között felfedezhető-e szignifikáns különbség. Az első esetben, amikor az egészségügyi dolgozók/volt dolgozók és a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességének megítélése került elemzésre, a Pearson Chi-Square alapján van szignifikáns különbség a két változó között, mivel 0,028 kisebb, mint 0,05. A második esetben amikor az egészségügyi dolgozók/volt dolgozók és az került elemzésre, hogy mennyire találja hasznosnak, ha az egészségügyi képzésben vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket is oktatnak, Square alapján szintén van szignifikáns különbség a két változó között, mivel 0,036 kisebb, mint 0,05. Az SPSS-ben lefuttatott elemzések és a harmadik főhipotézis harmadik alhipotéziséhez (H3c) tartozó megértést segítő táblák a 18. mellékletben találhatók.

A 16. ábra jól látszik, hogy az egészségügyi oktatók körében is többségben vannak azon személyek, akik szükségesnek vélik az egészségügyi képzésben a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását. Ugyan ez az eredmény látható a nem egészségügyi oktatók körében is. Mindkét esetben nagyon kevés százalékban jelenik meg olyan személy, aki szerint nem lenne szükség a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatására.



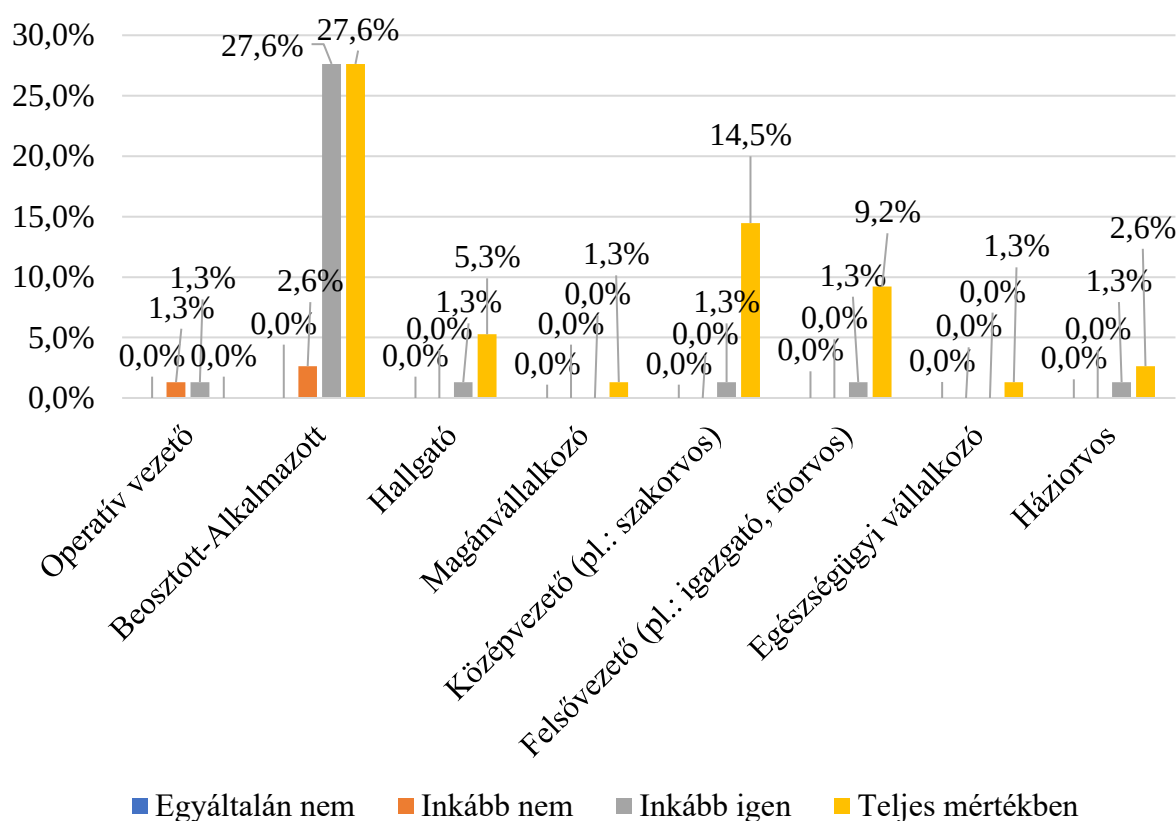
19. ábra: Egészségügyi dolgozók véleménye a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatásának szükségességéről (n=81)

Forrás: Saját kutatás, 2021

A kitöltők között 2 fő volt, aki operatív vezető, 47 fő, aki beosztott-alkalmazott, 5 fő, aki hallgató, 1 fő, aki magánvállalkozó, 12 fő, aki középvezető, 9 fő, aki felsővezető, 1 fő, aki egészségügyi vállalkozó, 3 fő, aki házi orvos és 1 fő, aki önkéntes. Ezen adatok tekintetében a 33. ábra jól szemlélteti, hogy az önkénteseket kivéve az egészségügyi dolgozók többsége szükségesnek ítéli a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását. A beosztott-alkalmazottaknál, a felsővezetőknél, illetve a már említett önkénteséknél fordult elő kis arányban, hogy volt olyan válaszadó, aki szerint nem szükséges a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatása. A felsővezetők kapcsán a 9,9% 8 főt takar, az 1,2% pedig 1 főt takar, így elmondható, hogy a felsővezetők 88,8%-a szükségesnek ítéli a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását. Összességében elmondható, hogy a felsővezetők nagy többsége szükségesnek ítéli a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását, de a többi említett beosztásban dolgozó személy is túlnyomó többségében szükségesnek ítél a vezetés-, és

viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatását. A 18. mellékletben megtalálható a 19. ábra főkre levetített eloszlása is.

A nem egészségügyi oktatók körében 2,7%-kal megjelent olyan kitöltő, aki szerint inkább nem hasznos a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatása, de ebben a csoportban is többségben voltak azok, akik szerint inkább igen, vagy teljes mértékben hasznos a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatása.



20. ábra: Egészségügyi dolgozók/volt dolgozók mennyire találják hasznosnak a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását (n=76)

Forrás: Saját kutatás, 2021

A 20. ábra alapján megállapítható, hogy a válaszadók többsége szerint inkább igen és teljes mértékben hasznosnak tartják a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását, az operatív vezetőnél és a beosztott-alkalmazottnál jelent meg az inkább nem kategória, de náluk is kis százalékkal, valamint ami szintén fontos eredmény, hogy nem volt olyan egészségügyi/volt egészségügyi dolgozó, aki szerint egyáltalán nem hasznos a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs

ismeretekkel kapcsolatos kurzusok oktatása. A felsővezetőknél a legnagyobb arányban teljes mértékben hasznosnak ítélik meg.

A harmadik főhipotézis harmadik alhipotézisének (H3c) eredményei kapcsán elmondható, hogy nagy mértékben igénylik az egészségügyi dolgozók/volt dolgozók a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását és hasznosnak is ítélik azt, viszont a többi egészségügyi dolgozó is túlnyomó többségben igényli a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatását, így a harmadik főhipotézis harmadik alhipotézis (H3c) csak részben teljesül.

Összességében a harmadik főhipotézis (H3), miszerint: „Akinek volt lehetősége egészségügyi felsőoktatási tanulmányai során vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek megszerzésére, fontosnak ítélik annak oktatását vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek hallgatására” többségben teljesül, mivel a három alhipotézis (H3a, H3b, H3c) elemzéseinél túlnyomó többségben az jött ki eredményképp, hogy szükség van a vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretekkel kapcsolatos kurzus oktatására és hasznosnak is ítélik azt a megkérdezettek.

5.4. Negyedik főhipotézis elemzése

A negyedik főhipotézis (H4), ami szerint: „Az egészségügyi ellátás pozitív megítélése összefügg a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásával”, amihez a következő alhipotézisek tartoznak:

H4a: Azon személyek, akik részesültek egészségügyi ellátásba, szívesebben mennének olyan egészségügyi intézménybe, ahol az ott dolgozóknak oktatásuk során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására.

H4b: Azon személyek szerint, akik részesültek egészségügyi ellátásba, elérhető javulás olyan egészségügyi intézményben, ahol az ott dolgozóknak oktatásuk során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására.

Az negyedik főhipotézis első alhipotézisénél (H4a), megkérdezésre került, hogy milyen egészségügyi ellátásban vett igénybe az adott kitöltő, illetve az is, hogy szívesebben venné

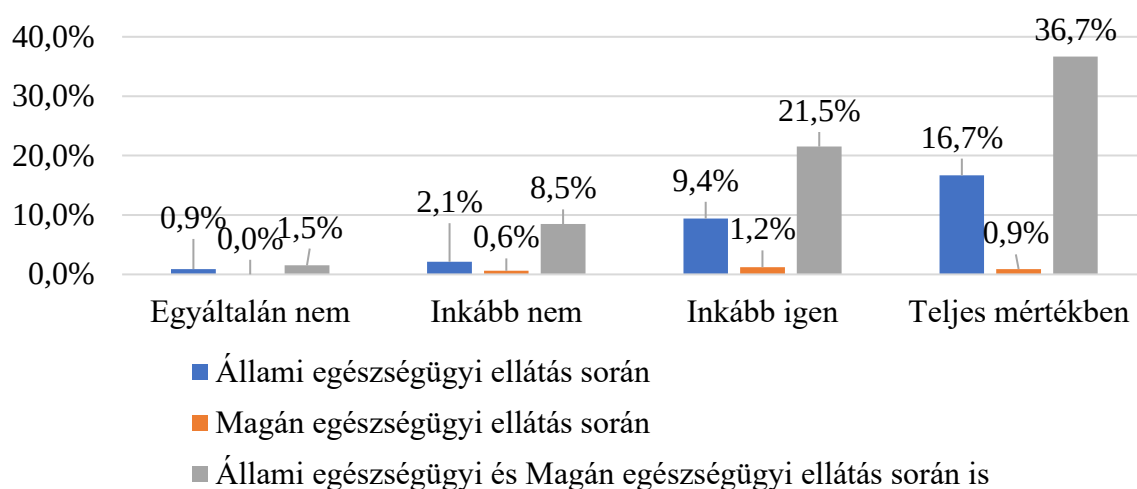
igénybe olyan kórház-klinika szolgáltatásait, ahol az egészségügyi dolgozóknak oktatásuk során volt módjuk olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül lehetőségük volt vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására. Ehhez az elemzéshez tartozó keresztábra elemzés mintaelemszáma 330 fő, mivel a kérőívet kitöltő összes személy igénybe vett vagy állami, vagy magán, vagy állami és magán egészségügyi szolgáltatást is.

A második alhipotézis (H4b) kapcsán szintén megkérdezésre került, hogy milyen egészségügyi ellátásban vett igénybe az adott kitöltő, illetve az is, hogy véleménye szerint elérhető lenne-e javulás az egészségügyben, ha az egészségügyi oktatás során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására. Ehhez az elemzéshez tartozó keresztábra elemzés mintaelemszáma szintén 330 fő, mivel a kérőívet kitöltő összes személy igénybe vett vagy állami, vagy magán, vagy állami és magán egészségügyi szolgáltatást is.

A 19. melléklet első táblája és a 20. melléklet első táblája bemutatja, hogy a hipotézis kapcsán vizsgált kérdések között felfedezhető-e szignifikáns különbség. Mivel mindkét esetben a Pearson Chi-Square értéke nagyobb, mint 0,05, emiatt nincs szignifikáns különbség a változók között. Az SPSS-ben lefuttatott elemzések és a negyedik főhipotézis első alhipotéziséhez (H4a), illetve a második alhipotéziséhez (H4b) tartozó megértést segítő táblák a 19. mellékletben és a 20. mellékletben találhatók.

A negyedik főhipotézis első alhipotézise (H4a) kapcsán vizsgált változók között nincs szignifikáns különbség, de a kutatás szempontjából érdekes eredmények születtek, így az eredmények bemutatásra kerülnek, mivel befolyásolta a megítélést, gondolkodást a kutatással kapcsolatban, valamint, trendszerűen van kapcsolat, illetve feltételezhető, hogy nagyobb válaszadói sokaságnál szignifikáns különbség várható. Az eredményeket a 21. ábra és a 22. ábra szemléltet. A 21. ábra alapján jól kivehető, hogy azon személyek vannak többségben, akik inkább igen, vagy teljes mértékben egyetértenek azzal, hogy olyan egészségügyi intézményt vennének igénybe, ahol az egészségügyi dolgozóknak oktatásuk során volt módjuk olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül lehetőségük volt vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására. Az állami és az állami és magán egészségügyet egyaránt igénybe vevőknél figyelhető meg, hogy bár kis százalékban, de egyáltalán nem vennének igénybe olyan egészségügyi intézménynek a szolgáltatását, ahol az egészségügyi dolgozóknak oktatásuk során volt módjuk olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül lehetőségük volt vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására. Az

inkább nem kategóriában már megjelennek a csak magánegészségügyi intézmény szolgáltatásait igénybe vevő kitöltők is. Összességében elmondható, hogy a legnagyobb arányban azon válaszadók vannak, akik inkább igen, vagy teljes mértékben olyan, ahol az egészségügyi dolgozóknak oktatásuk során volt módjuk olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül lehetőségük volt vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására, de az inkább nem és az egyáltalán nem kategóriában is megjelent mind a három egészségügyet igénybe vevő kategória. Az ábra főkre levetített megoszlásokkal is megtekinthető a 19. mellékletben.

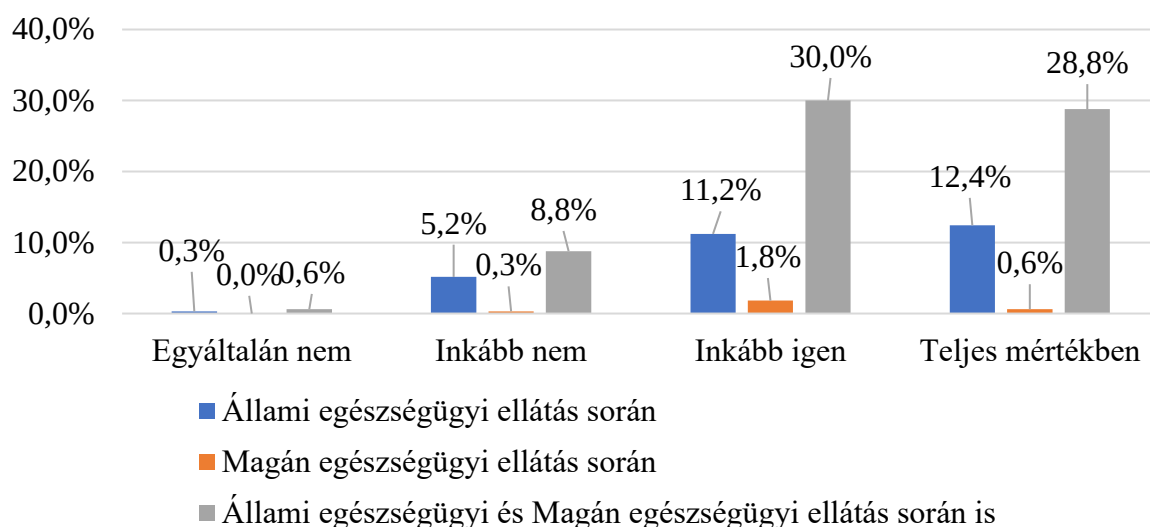


21. ábra: A különböző egészségügyi ellátástípusokat választó személyek, milyen arányban vennének igénybe olyan egészségügyi intézményt, ahol az egészségügyi dolgozóknak oktatásuk során volt módjuk olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül lehetőségük volt vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására (n=330)

Forrás: Saját kutatás, 2021

A negyedik főhipotézis második alhipotéziséhez (H4b) tartozó eredményeket a 36. ábra szemlélteti. Az 22. ábra hasonlóan fest a 21. ábra eredményeihez képest, ez is bizonyítja, hogy a két állítás összefügg egymással. Szintén a válaszadók többségben vannak azon a véleményen, hogy inkább igen, illetve teljes mértékben elérhető javulás az egészségügyben, ha az egészségügyi oktatás során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására. Az inkább nem kategóriába tartozóknál ismét megjelenik az állami az állami és a magán egészségügyet igénybe vevők mellett olyan személy is, aki csak magán egészségügyi szolgáltatást vett igénybe. Akik úgy vélik, hogy egyáltalán nem érhető el javulás az egészségügyben, ha az egészségügyi oktatás során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására az

állami és az állami és a magán egészségügyet igénybe vevő kitöltők közül jelentek meg a többi százalékhoz képest kis arányban (0,3% és 0,6%).



22. ábra: A különböző egészségügyi ellátástípusokat választó személyek véleménye arról, hogy elérhető lenne-e javulás az egészségügyben, ha az egészségügyi oktatás során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására (n=330)

Forrás: Saját kutatás, 2021

A negyedik főhipotézis második alhipotézise (H4b) alapján kijelenthető, hogy a kitöltők többsége a teljes mértékben és az inkább igen kategóriába tartozik, annak kapcsán, hogy elérhető lenne-e javulás az egészségügyben, ha az egészségügyi oktatás során van mód olyan kurzusok hallgatására melyeknek keretein belül van lehetősége vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket elsajátítására, de az se elhanyagolható, hogy az inkább nem kategóriában megjelentek mind az állami, mind a magán és mind az állami és a magán egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő kitöltők. Akik szerint egyáltalán nem érhető el javulás, kis százalékban vannak jelen.

Összeségében a negyedik főhipotézis (H4) és az alhipotézisek (H4a, H4b) kapcsán felmerült kutatási kérdésekre adott válaszok alapján megállapítható, hogy az emberek többsége pozitívan áll az egészségügyhöz, ha az abban dolgozók tanultak vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket, így részben teljesül a negyedik főhipotézis (H4), de nem szabad megfeledkezni azon válaszadókról sem, akik negatív véleménnyel voltak azon kapcsán, ha az ott dolgozók részesülnek vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket oktatásában. Mint következő kutatási irány érdemes lenne megvizsgálni, hogy mi miatt lehet ez.

6. A kutatás és annak eredményeinek összegzése

A mai világban nagy problémákkal küzdő egészségügyben megannyi teher hárul az egészségügyi dolgozókra, mint például az egészségügyi hallgatók elé támasztott készségekkel kapcsolatos elvárások, amelyek kapcsán nem várhatóan a hallgatókat a mélyinterjúk alapján egyetemi oktatások során, valamint a szervezeti változásokra, fejlődésekre sincsenek kellőképp felkészítve, illetve véleményük alapján is még nagyon kevés pozitív változás tapasztalható az egészségügyben.

Az egészség témakörével kapcsolatban kijelenthető, hogy igazi megatrendről van szó, mivel már több mint 20-30 éve működő trend, elterjedése egyre nagyobb fogyasztói arányt ér el, illetve olyan hatást gyakorol a társadalomra, melynek új és újabb következményeit tapasztalhatjuk. A társadalmat széleskörűen érinti, szinte minden rétegét, de nem csak egészségüket illetően, hanem gazdasági szempontból is nagy hatással van az emberek életére.

Ahogy az mind a szekunder, mind a primer kutatási részből kiderült, a vezetés, vezetéstudomány fontos szerepet tölt be az egészségügyi rendszerekben, nélkülözhetetlen tényező a sikeresen működő intézményekhez, szolgáltatókhoz, rendszerekhez. A minden egészségügyi vezetőnek meg kell találni azt a vezetői stílust, amit elfogadnak dolgozói és ezáltal nem állnak ellen a vezetésnek, hanem épp ellenkezőleg segítik azt a pozitív változás, a fejlődés irányába. Szintén fontos megállapítás, hogy a betegek egyre inkább szeretnék bevonódni a gyógyítási folyamatba és ehhez alkalmazkodniuk kell az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak, megfelelő tulajdonságokkal, készségekkel kell rendelkezniük, mint például a jó kommunikációs készség, empátikus, támogató viselkedés.

Az új képzési és kimeneti követelmények még nyilvánvalóbbá tették, hogy az orvosoknak nem csupán a gyógyítás a feladatuk, hanem a betegekkel való törődés, tájékoztatás, valamint, ha vezetői posztot betöltő egészségügyi dolgozóról van szó, az adott osztály, intézmény vezetése is a feladatai közé tartozik, tehát egy igen összetett követelményrendszerrel van szó az esetükben. A megfelelő elméleti tudással, képességekkel, attitűddel, tulajdonságokkal és felelősségtudattal kell, hogy rendelkezzen egy orvos, ahhoz, hogy jó orvosnak lehessen titulálni.

Szintén elmondható, hogy a változás elkerülhetetlen, mégis általában lassan teljesíthető. Míg a változáselméletek, modellek segíthetnek a bevált gyakorlatok biztosításában a változás vezetésében és megvalósításában, használatuk nem garantálhatja a sikert. A változás folyamata számos belső és külső hatásnak van kitéve. Minden változással kapcsolatos eszköz használata,

mint például, az erőter elemzése és a rendszeres támogató kommunikáció növelheti a siker esélyeit. Annak ismerete, hogy az egyes osztályok munkatársai miként reagálnak a változásokra az innovációs fázisok elterjedése alapján, azt is jelezheti, hogy milyen típusú beszélgetéseket kell folytatniuk a vezetőknek, a dolgozókkal a folyamatok gördülékeny változása érdekében (Burden, 2016).

Az első kutatási kérdésre, hogy miként lehetne megtalálni az arany középutat a színvonalas egészségügyi ellátás, valamint a minőségi egészségügyi oktatás között részben azt a választ kaptam, hogy a színvonalas egészségügyi ellátás nagyban függ attól, hogy az egészségügyi hallgatók részesültek-e készségfejlesztő képzésekben, mint például vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek, továbbá az adott egészségügyi intézmény szervezettsége befolyásolja ezt.

A második kutatási kérdésre, ami arra irányult, hogy vajon más-e a hozzáállás és kommunikáció a magán egészségügyi szervezetekben, mint az állami egészségügyben a két szakértői mélyinterjúból, valamint az első hipotézishez kapcsolódó eredmények alapján kaptam választ. Elvileg nem szabadna, hogy legyenek különbségek, mivel az orvosok nagy többsége, akik a magán egészségügyben dolgoznak, az állami egészségügybe is dolgoznak, vagy onnan mentek át, így az orvosok, ápolók személyükben sokszor megegyeznek. A válaszadók eredményei alapján a magán egészségügyben jobban elvárják a megfelelő szintű hozzáállást és kommunikációt, továbbá arra a kérdésre, hogy mennyire voltak megelégedve a kezelőorvos hozzáállásával, valamint az általa nyújtott tájékoztatással, információközléssel, a válaszadók többsége a magán egészségüggyel volt elégedettebb mindkét kérdés kapcsán. Ennek a miértjei visszavezethetők arra, hogy általában a magán egészségügyi szektorban megtalálható orvosoknak finansziális okok miatt, ha azt szeretnék, hogy a beteg ismét őket válassza muszáj megfelelő mód kommunikálniuk.

A harmadik kutatási kérdés kapcsán, aminek lényege az volt, hogy létezik-e készségfejlesztési gap az egészségügyi oktatás és a fogyasztói (beteg) elvárások közt, különös tekintettel a vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismeretekre. Akik egészségügyi képzésben hallgatók/volt hallgatók a kérdőívben adott válaszuk alapján többségben hiányolták vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismeretek oktatását, valamint ez az eredmény a mélyinterjúk során is beigazolódott.

A negyedik kutatási kérdés összefüggött, a készségfejlesztési gap és egészségügyi ellátással-rendszerrel kapcsolatos értékítélet kapcsolatára irányult. A kérdőívben feltett kérdés miszerint:

„Véleménye szerint, ha az egészségügyi dolgozók részesülnek vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismeretek oktatásában, jobb lenne/lehetne az ellátás színvonala?” eredményei jól alátámasztják a témával kérdéssel kapcsolatos eredményeket. A válaszadók 44,2% teljes mértékben egyetért, 32,7% szerint inkább igen, 18,2% szerint inkább nem és csupán 4,9% szerint egyáltalán nem lenne jobb az ellátás színvonala. Ezen adatokból elmondható, hogy érdemes lenne vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismereteket oktatni és ezt kommunikálni a betegközösség felé, hogy az egyik legfontosabb tényező az orvos-beteg kapcsolatban, a bizalom erősödjön. A kitöltők többsége pozitívan áll az egészségügyhöz, ha az abban dolgozók tanultak vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismereteket, de nem szabad megfeledkezni azokról sem, akik szerint az említett ismeretek oktatása nem lenne pozitív hatással az egészségügyi ellátás színvonalára, emiatt érdemes lenne a köztudatba jobban bemutatni, hogy mennyire fontos tényezők vezetés-, és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek. Mind a mélyinterjúk során, mind a kérdőív erre a témára irányuló kérdések alapján hasonló eredmény mondható el. Azt, hogy a kutatáshoz és annak kutatási kérdéseihez kapcsolódó négy főhipotézis kapcsán milyen döntések születtek a statisztikai elemzések és mélyinterjúk lapján, a 8. táblázat szemlélteti.

Hipotézis	Döntés a hipotézis kapcsán
H1: Az egészségügyi ellátási színvonal összefüggésben van az intézmény típusával	Elfogadom
H2: A vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatása összefügg az egészségügyben végzett munkával	Elfogadom
H3: Akinek volt lehetősége egészségügyi felsőoktatási tanulmányai során vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek megszerzésére, fontosnak ítélik annak oktatását	Elfogadom
H4: Az egészségügyi ellátás pozitív megítélése összefügg a vezetés- és viselkedéstudományi, valamint kommunikációs ismeretek oktatásával	Részben elfogadom

8. táblázat: A főhipotézisekről alkotott döntések összefoglalása

Forrás: Saját szerkesztés

Az elemzés alá vont minta nem tekinthető reprezentatívnak, de több páciens és egészségügyi dolgozó, illetve hallgató bevonásával azzal lehetne tenni. Amennyiben lehetőségem lenne egészségügyi intézmények dolgozóihoz, például a Magyarországon működő klinikai központok dolgozóinak, valamint Magyarországon egészségügyi képzésben résztvevő hallgatóknak eljuttatni a kérdőívet és valamilyen motivációs eszközzel meggyőzni az említett személyeket a kitöltésről, valószínűsíthetően reprezentatívvá válna a minta.

A kérdőív, mélyinterjúk, valamint az új képzési és kimeneti követelmények alapján is szükség van vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismereteket oktatására, igénylik azt a hallgatók/volt hallgatók, valamint a vezetők szerint is szükség van ezen készségekre. Nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényezőt sem, hogy ugyan többségben vannak azon személyek, akik szerint szükség van vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismereteket oktatására, de olyanok is akadnak, akik szerint nem, még egy személy is volt azok között, akik nem tartja fontosnak vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismereteket oktatását, aki vezető szerepkört tölt be. Valószínűsíthetően itt negatív tapasztalat állhat a döntés háttérében, ami a nem megfelelő egészségügyi ellátásra tapasztalata miatt lehetett. Annak kapcsán, hogy mennyire gondolja jól szervezettnek-rendezettnek az adott egészségügyi intézményt, ahol állami / magán egészségügyi ellátást vett igénybe elképesztően nagy különbségek születtek a magán egészségügyi intézmények javára, úgyhogy kijelenthető, hogy van hova fejlődniük az állami intézményeknek. Ebben a fejlődésben a szakirodalmak által jól ismertett változásmenedzsment módszerek, modellek nagy segítséget nyújthatnak, valamint a változás implementációja kapcsán sose szabad megelégedezni a tiszta, érthető kommunikációról a változásban résztvevők felé, hogy ne ütközzön ellenállásba a fejlődés, a változás.

Az egészségügyi oktatás és ezáltal a betegellátás minőségének fejlődésének, pozitív irányba történő változásának érdekében érdemes lenne bevezetni az egészségügyi képzések graduális képzési szintjeitől a vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs ismereteket oktatását kötelező jelleggel, valamint a vezetéstudományi ismeretek oktatásán belül a változásmenedzsmenttel kapcsolatos ismeretek oktatását is, hogy a jövő szakemberei ne csak eljussanak egy jó egészségügyi szakemberi szintre, hanem a további fejlesztések, pozitív változások irányába vigyék az egészségügyet.

Jövőbeli kutatási irányként felmerülhet, az a téma, hogy az orvosok elé támasztott elvárások mennyire teljesíthetők az orvosok részéről, mennyire érzik túlterheltnek magukat ezen téren és mivel lehetne az esetleges túlterheltségen javítani, illetve szintén érdekes kérdés, hogy az egészségügyi dolgozók önismeretének fejlesztése milyen kihatással lenne a vezetés- és viselkedéstudományi és kommunikációs képességeikre. Az is felmerülhet, mint jövőbeli kutatási irány, hogy milyen környezeti hatások rontják a szervezettséget az egészségügyi intézmények kapcsán, hogyan lehetne ezeket kiküszöbölni.

A dolgozatnak köszönhetően még inkább elmélyülhettem az általam igencsak kedvelt orvoslás és közgazdaságtan határterületén. Sok értékes következtetést sikerült levonnom a feldolgozott szakirodalmaknak és primer kutatási eszközöknek köszönhetően.

A kutatás célja felé, hogy választ kapjak és ráleljek az okokra, hogy miként lehetne megtalálni az arany középutat a színvonalas egészségügyi ellátás, valamint az egészségügyi menedzsment, illetve az egészségügyi oktatás között, nagy előrelépést tettem. Kutatás eredményeképp egy viszonylag letisztult kép alakult ki az egészségügyi oktatásban kialakuló készségfejlesztési gap-ek, illetve az egészségügyben végbemenő változások-fejlesztések kapcsán, amely mind az orvosoknak, mind a betegeknek, könnyebbséget jelenthet. Ezen dolgozat megszületésével támogatni szeretném az egészségügyet, a kórházakat és az orvosokat, egészségügyi dolgozókat a betegellátási színvonal javulásának reményében.

7. Irodalomjegyzék

18/2016. (VIII. 5.) EMMI Rendelet a Felsőoktatási Szakképzések, Az Alap- És Mesterképzések Képzési És Kimeneti Követelményeiről, Valamint a Tanári Felkészítés Közös Követelményeiről És Az Egyes Tanárszakok Képzési És Kimeneti Követelményeiről Szóló 8/2013.

2011. Évi CCIV. Törvény a Nemzeti Felsőoktatásról.

36/1996. (III. 5.) Korm. Rendelet Az Egészségügyi Felsőoktatás Alapképzési Szakjainak Képesítési Követelményeiről.

Al-Abri, R, K., - Al-Hashmi, I, M. (2007): The Learning organization and healthcare education. SQUMJ; 8. évfolyam 8. szám

Al-Sawai, A. (2013): Leadership of Healthcare Professionals: Where Do We stand? Oman Med. J. 2013;28:285–287. doi: 10.5001/omj.2013.79.

Alexander, J, A., - Hearld, L, R., - Mittler, J, N., - Harvey, J. (2012): Patient-Physician Role Relationships and Patient Activation among Individuals with Chronic Illness. Health Services Research 47 (3 Pt 1): 1201–23.

Arcanum: Egészségbiztosítási fogalomtár második rész Internet: <https://www.arcanum.hu/hu/online-kiadvanyok/TenyekKonyve-tenyek-konyve-1/medicina-1B567/kislexikon-fogalomtar-es-szotar-1C254/masodik-resz-egeszsegbiztositasi-fogalomtar-1C3E9/egeszseg-nyerese-1C466/> Letöltés dátuma: 2021.11.2.

Armenakis, A, A., - Harris, S, G., - Mossholder, K, W. (1993): Creating readiness for organizational change. SAGE Journals

Auerbach, S, M., - Clore, J, M., - 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.

Bánfalvi, A. (2017): Egy Rejtőzködő Áramlat Az Orvosképzésben. Orvosi Professzionizáció 6 (2) 62–67.

Barrow, J. et al. (2021): Change Management. StatPearls Publishing.

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.

Bieber, C., - Müller, K, G., - Blumenstiel, K., - Hochlehnert, A., - Wilke, S., - Hartmann, M., - Eich, W. (2008): A Shared Decision-Making Communication Training Program for Physicians Treating Fibromyalgia Patients: Effects of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Psychosomatic Research* 64 (1) 13–20.

Biró, B. (2018): Műtéti eljárások elfogadtatása marketingszemléletű támogatással. Pécs

Biró, B. (2022): Az új ortopédia műtéti eljárások, innovatív technológiák fogyasztói elfogadása. Pécs

Blasi, Z, D., - Harkness, E., - Ernst, E., - Georgiou, A., - Kleijnen, J. (2001): Influence of Context Effects on Health Outcomes: A Systematic Review. *Lancet, London*, 357 (9258): 757–62.

Bowen, C, M., - Stanton, M., - Manno, M. (2012): Using Diffusion of Innovations Theory to implement the confusion assessment method for the intensive care unit. *Journal of Nursing Care Quality*. 27. évfolyam 2. szám 45-139.

Burden, M. (2016): Using a change model to reduce the risk of surgical site infection. *British Journal of Nursing*. 25. évfolyam 17. szám 949-955.

Burns, J.M. (1978): *Leadership*. Harper & Row; New York, NY, USA

Cabana, M, D., - Slish, K, K., - Evans, D., - Mellins, R, B., - Brown, R, W., - Lin, X., - Kaciroti, N., - Clark, N, M. (2006): Impact of Physician Asthma Care Education on Patient Outcomes. *Pediatrics* 117 (6): 2149–57.

Cals, J, W, L., - Butler, C, C., - Hopstaken, R, M., - Hood, K., - Dinant, GJ. (2009): Effect of Point of Care Testing for C Reactive Protein and Training in Communication Skills on Antibiotic Use in Lower Respiratory Tract Infections: Cluster Randomised Trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 338 (Május) b1374.

Carr, S, E., - Celenza, A., - Puddey, I, B., - Lake, F. (2014): Relationships between Academic Performance of Medical Students and Their Workplace Performance as Junior Doctors. *BMC Medical Education* 14 (1): 157.

Casas, A., - Troosters, T., - Garcia-Aymerich, J., - Roca, J., - Hernández, C., - Alonso, A., - del Pozo, F., - deToledo, P., - Antó, J. M., - Rodríguez-Roisín, R., - Decramer, M. (2006) Integrated Care Prevents Hospitalisations for Exacerbations in COPD Patients. *European Respiratory Journal* 28 (1): 123–30.

Clark, N. M., - Gong, M., - Schork, M. A., - Kaciroti, N., - Evans, D., - Roloff, D., - Hurwitz, M., - Maiman, L. A., - Mellins, R. B. (2000): Long-Term Effects of Asthma Education for Physicians on Patient Satisfaction and Use of Health Services. *The European Respiratory Journal* 16 (1): 15–21.

Corbina, C. L. - Kelley, S. W. - Schwartz, R. (2001): Concepts in service marketing for healthcare professionals Internet: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002961000005353> Letöltés dátuma: 2021.11.04.

Coulter, A. (2002): Patients' Views of the Good Doctor. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 325 (7366): 668–69.

Davies, C., - Finlay, L., - Bullman, A. (2000): *Changing Practice in health and social care.* The Open University: SAGE Publication

Dibbelt, S., - Schaidhammer, M., - Fleischer, C., - Greitemann, B. (2009): Patient–doctor Interaction in Rehabilitation: The Relationship between Perceived Interaction Quality and Long-Term Treatment Results. *Patient Education and Counseling* 76 (3): 328–35.

Dowd S. B., - Shearer, R., - Davidhizar, R. (1998): Helping staff cope with change. *Hospital Materiel Management Quarterly*

Egészségtudományi fogalomtár Internet: <https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Eg%C3%A9szs%C3%A9g-nyeres%C3%A9g> Letöltés dátuma:2021.11.13

Elwyn, G., - Edwards, A., - Kinnersley, P. (1999): Shared Decision-Making in Primary Care: The Neglected Second Half of the Consultation. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners* 49 (443): 477–82.

Farkas, F. (2005): *Változásmenedzsment.* Akadémiai Kiadó Zrt., Budapest.

Frandsen, B. (2014): *Nursing Leadership Management & Leadership Styles.* AANAC, American Association of Nurse Assessment Coordination; Denver, CO, USA

Ganse, E., - Mörk, A, C., - Osman, L, M., - Vermeire, P., - Laforest, L., - Marrel, A., - Ståhl, E. (2003) Factors Affecting Adherence to Asthma Treatment: Patient and Physician Perspectives. *Primary Care Respiratory Journal* 12 (2): 46–51.

Gerdesics, V. – Pavluska, V. (2013): Irodalomkutatás az innováció elfogadás-elméletekről. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.

Hickson, G, B., - Federspiel, C, F., - Pichert, J, W., - Miller, C, S., - Gauld-Jaeger, J., - Bost, P. (2002): Patient Complaints and Malpractice Risk. *JAMA* 287 (22): 2951–57.

Hurwitz, B. (2002): What's a Good Doctor, and How Can You Make One? *British Medical Journal* 325 (Szeptember) 667–68.

Institute of Medicine - Crossing the Quality Chasm (2001): A New Health System for the 21st Century. National Academy Press; Washington, D.C., USA

Jakopánecz, E. - Törőcsik, M. (2015): Az egészség megatrendje, A kardiovaszkuláris betegek mai képe, Trendtanulmány. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.

Jung, H, P., - Wensing, M., - Grol, R. (1997): What Makes a Good General Practitioner: Do Patients and Doctors Have Different Views? *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners* 47 (425): 805–9.

Kelley, J, M., - Lembo, A, J., - Ablon, J, S., - Villanueva, J, J., - Conboy, L, A., - Levy, R., - Marci, K, D., - Kerr, C., - Kirsch, I., - Jacobson, E, E., - Riess, H., - Kaptchuk, T, J. (2009): Patient and Practitioner Influences on the Placebo Effect in Irritable Bowel Syndrome. *Psychosomatic Medicine* 71 (7): 789–97.

Keresztes G. (2013): Az innováció fogalmának történeti áttekintése. *Gazdaság & Társadalom*. 5. évfolyam 4. szám 81–95.

Klunk, S, W. (1997): Conflict and the dynamic organization. *Hospital Materiel Management Quarterl.* 19. évfolyam 2. szám 37-44.

Koff, P, B., - Jones, R, H., - Cashman, J, M., - Voelkel, N, F., - Vandivier, R, W. (2009): Proactive Integrated Care Improves Quality of Life in Patients with COPD. *European Respiratory Journal* 33 (5): 1031–38.

Kouzes, J.M., Posner, B.Z. (2002): *The Leadership Challenge*. 3rd ed. Jossey-Bass; San Francisco, CA, USA

Kotter, J. P. (1995): *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*. Harvard Business Review, 73, 59-67.

Kuzari, D., - Biderman, A., - Cwikel, J. (2013): Attitudes of Women with Breast Cancer Regarding the Doctor-Patient Relationship. *European Journal of Cancer Care* 22 (5): 589–96.

Lányi, B. – Putzer, P. – Törőcsik, M. (2018): *Egészséginnováció*. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.

Leatt, P., - Baker, GR., - Halverson, PK., - Aird, C. (1997): Downsizing, reengineering, and restructuring: long-term implications for healthcare organizations. *Frontiers of Health Services Management*. 13. évfolyam 4. szám 3-37.

Levinson, W., - Roter, D, L., - Mullooly, J, P., - Dull, V, T., - Frankel, R, M. (1997): Physician Patient Communication. The Relationship with Malpractice Claims among Primary Care Physicians and Surgeons. *JAMA* 277 (7): 553–59.

Lewin, K. (1947a): Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; equilibrium and social change. *Human Relations* 1(1): 5–41.

Lippitt, R., Watson, J., Westley, B. (1958): *The dynamics of planned change*. New York: Harcourt, Brace and Company

Little, P., - Everitt, H., - Williamson, I., - Warner, G., - Moore, M., - Gould, G., - Ferrier, K., - Payne, S. (2001): Observational Study of Effect of Patient Centredness and Positive Approach on Outcomes of General Practice Consultations. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 323 (7318): 908–11.

Mackenzie, L, J., - Sanson-Fisher, R, W., - Carey, M, L., - D’Este, C, A. (2013): Radiation Oncology Outpatient Perceptions of Patient-Centred Care: A Cross-Sectional Survey. *BMJ Open* 3 (2): e001265.

Mahood, S, C. (2011): Medical Education: Beware the Hidden Curriculum. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien* 57 (9): 983–85.

McCalman, J. (1992): *Change Management: Guide to Effective Implémentation*. Paul Chapman Publishing Ltd.

- McPhail, G. (1997): Management of change: an essential skill for nursing in the 1990s. *Journal of Nursing Management*, 5. évfolyam 4. szám 199-205.
- Mechanic, D., - Meyer, S. (2000): Concepts of Trust among Patients with Serious Illness. *Social Science & Medicine* (1982) 51 (5): 657–68.
- Meskó, B. (2016): Az orvoslás jövője. Ember és technológia. HVG Kiadó Zrt., Budapest.
- Micic, P. (2007): Das Zukunfts Radar. Die wichtigsten Trends, Technologien und Themen für die Zukunft. Gabal Verlag GmbH, Offenbach
- Mitchell, G. (2013): Selecting the best theory to implement planned change. *Nursing Management* (Harrow). 20 évfolyam 1. szám 7-32.
- Nelson, E, C., - Batalden, P, B., - Mohr, J, J., - Plume, S, K. (1998): Building a quality future. *Frontiers of Health Services Management*, 15. évfolyam 1. szám 3-32.
- Nyitrai Garaj, E. (2015): Versenyképesség és egészségnyereség. A munkahelyi egészségfejlesztés értéknövelő alternatív megoldásai. *HADTUDOMÁNY (ONLINE)*, 25. pp. 41-47. ISSN 1588-0605
- Parchman, M. L., - Zeber, J, E., - Palmer, R, F. (2010): Participatory Decision Making, Patient Activation, Medication Adherence, and Intermediate Clinical Outcomes in Type 2 Diabetes: A STARNet Study. *The Annals of Family Medicine* 8 (5): 410– 17.
- Popcorn, F. (1992): The Popcorn Report: Faith Popcorn on the Future of Your Company, Your World, Your Life. Harper Paperbacks, New York.
- Riedl, D., - Schüßler, G. (2017): The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie* 63 (2): 131–50.
- Robba, C., - Battaglini, D., - Ball, L., - Patroniti, N., - Loconte, M., Brunetti I., - Vena, A., - Giacobbe, D, R., - Bassetti, M., - Rocco, P, R, M., - Pelosi, P. (2020): Distinct phenotypes require distinct respiratory management strategies in severe COVID-19. *Respiratory Physiology & Neurobiology* 279. évfolyam. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1569904820301130?via%3Dihub> Letöltés dátuma: 2021.10.30.
- Kumar, R, D.C., Khiljee, N. (2016): Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 17. évfolyam 17, 1. szám, 63-65 o. Letöltés dátuma: 2021.11.23.

- Rogers, E. M. (1962): Diffusion of innovations. New York, Free Press of Glencoe
- Róna, P. - Rácz, J. - Rózsa, A. - Szepesi, A. - Törőcsik, M. - Kató, G. - Repa, I. (2010): A paradigmaváltás alapjai. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2010/1 47.
- Sackett, D. L., - Rosenberg, W. M., - Gray, J. A., - Haynes, R. B., - Richardson, W. S. (1996): Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. BMJ (Clinical Research Ed.) 312 (7023): 71–72.
- Schmidt, E., - Gramm, L., - Farin, E. (2012): Kommunikationspräferenzen Chronischer Rückenschmerzpatienten in Der Medizinischen Rehabilitation. Der Schmerz 26 (1): 69–76.
- Sherer, J. L. (1997): The human side of change. Managing employee morale and expectations. Healthcare Executive, 12. évfolyam 4. szám 8-14.
- Sfantou, D., F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki- Pistolla, D., Matalliotakis, M., Patelarou, E. (2017): Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. Healthcare (Basel) 5(4), 73; <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>
- Shirey, M. R. (2013): Lewin's Theory of Planned Change as a strategic resource. The Journal of Nursing Administration. 43. évfolyam 2. szám 69-72.
- Simon, J. (2010): Marketing az egészségügyben. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Steiner, C. (2001): A role for individuality and mystery in managing change. Journal of Organizational Change Management, 14. évfolyam 150-167.
- Stewart, M., - Brown, J. B., - Donner, A., - McWhinney, I. R., - Oates, J., - Weston, W. W., - Jordan, J. (2000): The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. The Journal of Family Practice 49 (9): 796–804.
- Thoonen, B. P. A., - Schermer, T. R. J., - Jansen, M., - Smeele, I., - Jacobs, A. J. E., - Grol, R., - Schayck, O. C. P. (2002): Asthma Education Tailored to Individual Patient Needs Can Optimise Partnerships in Asthma SelfManagement. Patient Education and Counseling 47 (4): 355–60.
- Törőcsik M. (2016): A fogyasztói magatartás új tendenciái. Marketingtudományi Különszám, XLVII. Évf. 19-25.

Törőcsik, M. (2017): Fogyasztói magatartás - Insight, trendek, vásárlók. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Umiker, W. (1998): Management Skills for the New Health Care Supervisor. An Aspen Publication

Watzlawick, P. – Weakland, H. J. – Fisch, R. (1990): Változás. Gondolat Könyvkiadó, Budapest.

Weiss, W. H. (1998): Change: how to bring it about and meet its challenge. Super Vis, 59. évfolyam 9-10.

Wensing, M., - Jung, H. P., - Mainz, J., - Olesen, F., - Grol, R. (1998): A Systematic Review of the Literature on Patient Priorities for General Practice Care. Part 1: Description of the Research Domain. Social Science & Medicine (1982) 47 (10): 1573–88.

WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Internet: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf Letöltés dátuma: 2021.10.17

Wilkinson, T. J., - Frampton, C. M. (2004): Comprehensive Undergraduate Medical Assessments Improve Prediction of Clinical Performance. Medical Education 38 (10): 1111–16.

Wilson, W. J. (2001): The Bridge over the Racial Divide: Rising Inequality and Coalition Politics London. University of California Press

Yukl, G.A. (2010) Leadership in Organizations. Pearson Education; Upper Saddle River, NJ, USA

Z_punkt (2008): Megatrends. Internet: <http://www.z-punkt.de/themen/artikel/megatrends>, Letöltés dátuma: 2021.10.29.

Zukunftsinstitut (2012): Healthness. Der nächste Stufe des Megatrends Gesundheit. Zukunftsinstitut GmbH, Mai 2012

Zukunftsinstitut (2015): Die Philips Gesundheitsstudie 2015. Wie Vertrauen zum Treiber einer neuen Gesundheitsstruktur wird. Zukunftsinstitut GmbH, Juni

