

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

**A fogászati ellátás igénybevételének pszichoszociális
háttere**

Lukács Márton

Témavezető: Dr. Varga István



**Debreceni Egyetem
Fogorvostudományi Doktori Iskola
Debrecen
2026**

A fogászati ellátás igénybevételének pszichoszociális háttere

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében
a klinikai orvostudományok tudományágban

Írta: Lukács Márton, egészségpszichológus MSc

Készült a Debreceni Egyetem Fogorvostudományi doktori iskolája
keretében

Témavezető: Dr. Varga István, PhD

Az értekezés bírálói:

Prof. Dr. Dobó Nagy Csaba, PhD
Prof. Dr. Frecska Ede Ottó, PhD

A bírálóbizottság:

elnök:	Prof. Dr. Hegedűs Csaba, PhD
tagok:	Prof. Dr. Dobó Nagy Csaba, PhD
	Prof. Dr. Frecska Ede Ottó PhD
	Dr. Papp Csaba, PhD
	Prof. Dr. Túry Ferenc, PhD

Az értekezés védésének helye és időpontja: Debreceni Egyetem,
ÁOK, Belgyógyászati Intézet A épület tanterme
2026.szeptember 18., 13 óra

BEVEZETÉS

A szájüregi egészség kiemelt jelentőséggel bír az egyén általános egészségi állapota, életminősége és pszichoszociális jólléte szempontjából. A fogászati betegségek – különösen a fogszuvasodás és a parodontális elváltozások – világszerte a leggyakoribb krónikus megbetegedések közé tartoznak, és jelentős egyéni, valamint társadalmi terhet rónak az egészségügyi rendszerekre. Annak ellenére, hogy a modern fogászat fejlett diagnosztikai és terápiás lehetőségekkel rendelkezik, a fogászati ellátás igénybevételének aránya számos országban, így Magyarországon is, elmarad az optimálistól. A preventív ellátás alacsony szintje, és az ellátás elkerülése hozzájárulnak a szájüregi állapot romlásához, valamint a komplexebb és költségesebb beavatkozások szükségességéhez.

A fogászati ellátás kihasználatlanságának magyarázatában a szakirodalom hagyományosan kiemelt szerepet tulajdonított a fogászati félelemnek és szorongásnak. Számos empirikus vizsgálat igazolta, hogy a magas szorongásszinttel rendelkező páciensek nagyobb valószínűséggel halogatják vagy kerülnek el a fogászati kezeléseket. Ugyanakkor az elmúlt évtizedek kutatásai egyre inkább rámutattak arra, hogy az ellátás elkerülése nem magyarázható kizárólag ezen tényezők mentén. A fogászati ellátáshoz való viszonyulás komplex jelenség, amelyben az intrapszichés folyamatok mellett interperszonális, valamint rendszerszintű hatások is szerepet játszanak.

A páciensek döntéseit befolyásoló tényezők közé tartoznak többek között a korábbi ellátási tapasztalatok, a fájdalomtól való félelem, a kontrollvesztés élménye, a szégyen és a stigmatizáció, az orvos–beteg kapcsolat minősége, valamint az ellátórendszer működésével kapcsolatos percepciók. Emellett a szocioökonómiai státusz, az anyagi lehetőségek, valamint az ellátáshoz való hozzáférés strukturális akadályai szintén meghatározó szerepet töltenek be. E tényezők együttesen formálják a fogászati ellátással kapcsolatos attitűdöket, amelyek kulcsszerepet játszanak az egészségmagatartás alakulásában.

A modern egészségtudományi megközelítések – különösen a biopszichoszociális modell – hangsúlyozzák, hogy az egészségi állapot és az egészségmagatartás megértése csak több szint együttes vizsgálatával lehetséges. Ennek megfelelően a fogászati ellátás igénybevételének vizsgálata sem korlátozódhat kizárólag biomedikális vagy egyetlen pszichológiai tényező elemzésére, hanem integratív szemléletet igényel. A fogászati ellátással kapcsolatos attitűdök vizsgálata lehetőséget nyújt arra, hogy ezen komplex hatásrendszert strukturált módon ragadjuk meg.

Mindazonáltal a rendelkezésre álló mérőeszközök többsége elsősorban a fogászati szorongás és félelem mérésére fókuszál, és kevésbé alkalmas a fogászati ellátással kapcsolatos attitűdök szélesebb spektrumának feltárására. Az attitűdök olyan többdimenziós konstrukciók, amelyek érzelmi, kognitív és viselkedési komponenseket egyaránt magukban foglalnak, és meghatározó módon befolyásolják az egyén egészségügyi döntéseit.

Ennek ellenére a fogászati ellátás kontextusában ezen attitűdök komplex vizsgálata mind hazai, mind nemzetközi szinten viszonylag korlátozott.

Magyarországon különösen indokolt e terület vizsgálata, tekintettel a lakosság kedvezőtlen szájegészségi mutatóira, valamint az ellátórendszer sajátosságaira. A hazai kutatások elsősorban epidemiológiai és klinikai indikátorokra koncentráltak, miközben a páciensek szubjektív élményei, percepciói és attitűdjei kevésbé kerültek a vizsgálatok fókuszába. Ez a hiány korlátozza annak megértését, hogy milyen pszichoszociális tényezők befolyásolják a fogászati ellátás igénybevételét, és milyen módon lehetne hatékonyabban támogatni a páciensek együttműködését.

VIZSGÁLATI CÉLOK

1. A fogászati ellátással kapcsolatos attitűdök és betegélmények mélyebb, átfogó feltárása felnőtt páciensek körében, különös tekintettel azokra a pszichoszociális tényezőkre (érzelmi, kognitív és társas jelenségekre), amelyek befolyásolják az ellátás igénybevételét, az elégedettséget és az elkerülő magatartást. A vizsgálatok során igyekeztünk felmérni, illetve először mérhetővé tenni azokat a tényezőket és tudati tartalmakat, amelyek a fogászati ellátásban való részvétel lélektani hátterében potenciálisan jelen vannak.

2. Egy megbízható és érvényes, önbevalláson alapuló mérőeszköz (FOGAK) kidolgozása és validálása, amely képes megragadni a

fogászati ellátással kapcsolatos attitűdök sokdimenziós szerkezetét, és alkalmas azok empirikus vizsgálatára.

METODIKÁK

A beteg ellátásról alkotott narratívája tükrözi a betegség szubjektív megélését, valamint a gyógyuláshoz, a kezeléshez és az orvoshoz való attitűdjét. E narratíva elemzése értékes információkat nyújthat, mivel az ellátásban megjelenő problémák, nehézségek és dinamikák a beteg elbeszélésében is tükröződhetnek. A narratíva egyúttal eligazítást adhat arról, hogy mely pszichológiai változók játszhatnak meghatározó szerepet a gyógyulási folyamatban, valamint arról is, hogy ezek milyen biológiai és társas összefüggésekkel bírnak. Ezeket a szempontokat figyelembe véve a kutatás során vegyes módszertant alkalmaztunk: a személyes élmény mélyebb feltárását lehetővé tevő kvalitatív (félíg strukturált interjúk), valamint a statisztikai elemzést támogató kvantitatív (kérdőíves) adatgyűjtési eljárásokat egyaránt felhasználtuk. A kutatási célkitűzéseink megvalósítása három adatgyűjtési fázisban történt.

Kvalitatív szakasz

A vizsgálat menete

A vizsgálat első szakaszában félíg strukturált interjúkat készítettünk, 21 kérdésből álló kérdéssor segítségével. A félíg-strukturált interjúforma jellemzője - szemben a strukturált változattal - a

gondolatok és asszociációk spontánabb áramlása, amely teret enged a válaszadónak arra, hogy véleményét kifejtse, érzéseinek is hangot adjon. Így a válaszadók a vizsgálandó témakörök fókuszának megtartása mellett szabadon ki tudják emelni a legfontosabb élményeiket és viszonyulásukat az adott kérdésben.

Az interjúkat a Debreceni Egyetem Fogorvostudományi Karának szakrendeléseit felkereső, véletlenszerűen kiválasztott páciensekkel készítettük. A toborzás személyesen történt, előzetes kapcsolatfelvétel nélkül. A beválasztási kritériumok a következők voltak:

- 18 és 70 év közötti életkor,
- nem fennálló pszichiátriai betegség,
- részvételi hajlandóság a vizsgálatban,
- a magyar nyelv szóbeli és írásbeli ismerete.

A kérdéssor kezdeti változatát a szakirodalom és a kutatócsoport tapasztalatai alapján dolgoztuk ki. Az első pár interjú után a kutatócsoport megbeszélést tartott, hogy megvitassa a kérdések megfelelőségét, és szükség esetén módosította azokat. A kérdések kialakításakor igyekeztünk azokat úgy megfogalmazni, hogy az előzetes ismereteink és koncepciónk lehetőleg ne irányítsák túlzottan a válaszadást, hanem lehetőséget adjanak a minél változatosabb vélekedések megjelenítésére az interjú során. A kutatócsoport által kidolgozott interjúkérdések az alábbi fő területeket vizsgálták: a fogászati ellátás igénybevételének és elkerülésének okai, halogatás, elégedettség a fogászati ellátórendszerrel, szájhigiénés problémák, fogorvosi preferenciák, az egészség fontossága, motiváció a rendszeres látogatásokra, fájdalomkezelés, a kezelésekkal kapcsolatos

legjobb és legrosszabb élmények, vélemény az érzéstelenítésről, elvárások, a kezelésekkkel kapcsolatos döntéshozatal, fogorvosválasztási szempontok és a fogászati szorongás/félelem. Az interjúk hossza átlagosan 30 és 60 perc volt. A beszélgetésekhez csendes környezetet biztosítottunk, amely többnyire a Fogászati Klinika egyik irodája volt. Az adatgyűjtés és az elemzés párhuzamosan zajlott. Az interjúkat addig folytattuk, amíg tematikus telítettséget értünk el, és új témák már nem merültek fel.

Vizsgálati eszközök

Az interjúk során alkalmazott kérdések az alábbiak voltak:

- „1. Szokta-e halogatni és ha igen meddig a fogászati beavatkozást?”;
- „2. Mit tesz akkor, ha fogászati problémája van?”;
- „3. Amikor fogorvost választ milyen szempontok alapján teszi?”;
- „4. Miért jött fogorvoshoz?”;
- „5. Mi a panasza? Mi a tünet?”;
- „6. Mi a legfontosabb késztetése, ami elviszi a fogorvoshoz?”;
- „7. Mi az, ami a legnagyobb félelmet okozza? (esztétikum, evés, beszéd, fájdalom)”;
- „8. Mennyire elégedett a fogsorával?”;
- „9. Véleménye szerint az embereknek a többsége az egészsége érdekében vagy más motívumok alapján megy el a fogorvoshoz?”;
- „10. Ha anyagi korlátok nélkül egy szép fogsora lehetne elviselné-e a huzamosabb fájdalmat?”;
- „11. Mesélje el a legrosszabb fogászati élményét!”;

- „12. Mesélje el a legjobb fogászati élményét!”;
- „13. A félelem megszüntetése érdekében vállalna-e bódítást vagy akár altatást?”;
- „14. Sorolja fel azokat a kellemetlen hatásokat, amelyek egy fogorvosi rendelőben megjelennek és félelemkeltőek!”;
- „15. Mit vár el a fogorvostól?”;
- „16. Mennyire jár utána annak, hogy mi fog történni a fogászati beavatkozáskor és milyen lehetőségek vannak a fogászati problémái megoldására?”;
- „17. A választást mennyire bízza a fogorvosára?”;
- „18. Mennyire akarja a lehetőségek teljes tárházát megismerni?”;
- „19. Pusztán a fogorvosa információira támaszkodik?”;
- „20. Milyen információs forrásokkal él?”;
- „21. Sorolja fel azokat a tényezőket, amelyek érzése szerint csökkentené a félelmet a beavatkozással kapcsolatban.”;

A fent ismertetett kérdésekre adott válaszok rögzítése előtt feljegyeztük a vizsgálati személyek nemét és életkorát. A fogorvoshoz való látogatás okára, illetve a potenciális beavatkozásra nem vonatkozott kérdés.

Adatfeldolgozás

Az adatfelvétel első fázisában az interjúk szövegét kézírással jegyzetek formájában rögzítettük, majd számítógépes szövegszerkesztő program (Microsoft Word) segítségével digitalizáltuk. A szöveg mondatait tartalmi szempontból elemeztük, a bennük megjelenő

fogalmak gyakorisága és hasonlósága alapján kódoltuk, majd kategorizáltuk. Az adatfeldolgozás manuálisan történt, kvalitatív elemzőszoftvert nem alkalmaztunk. Az elemzés során induktív megközelítést követtünk, és kvalitatív tartalomelemzési módszert alkalmaztunk. A témák kialakítása a kategorizálási folyamat eredményeként valósult meg. A kategorizálás célja az volt, hogy a nyers szöveganyagot rendszerezettebbé és áttekinthetőbbé tegyük, valamint a tartalmat releváns témákba rendezzük. Ily módon az interjúk teljes szövege strukturált tartalmi keretben jelenhetett meg: a nyelvi megfogalmazásokból kiemeltük azokat az elemeket, amelyek az ellátással való viszonyt, illetve annak összefüggéseit és következményeit tükrözték. A válaszok szövegéből így rajzolódtak ki a tartalmi kategóriák. A kutatócsoport tagjai az átiratokat többször is elolvasták, hogy átfogó képet kapjanak az anyagról, majd önállóan megfogalmazták az elsődleges kategóriákat. Ezt követően a kutatócsoport tagjai közösen megvitatták az eredményeket, összehasonlították a feltárt mintázatokat, hasonlóságokat és eltéréseket. Az eltérő értelmezéseket egyeztetés útján oldották fel, amíg konszenzus nem született. A konszenzust követően minden azonosított témához elnevezést, részletes leírást és illusztráló idézeteket rendeltek. Az egyes tartalmi kategóriák relatív és abszolút előfordulási gyakoriságát nem rögzítettük és nem elemeztük. Az adatok kvantifikálását azért mellőztük, mert a kvalitatív elemzés során feltárt tartalmi köröket később a kérdőívszerkesztés többlépcsős folyamatában, különböző mintákon visszaellenőriztük és pontosítottuk.

Kvantitatív szakasz

A vizsgálat menete

A kutatás második szakaszában két különböző kérdéssort tartalmazó kérdőívesomag segítségével gyűjtöttünk adatokat. Ezen két adatfelvétel segítségével alakítottuk ki és validáltuk a Fogászati Ellátással Kapcsolatos Attitűdök Kérdőívet (FOGAK) – angolul Dental Care Attitudes Scale, avagy DCAS -, amely a fogászati ellátás igénybevételével való viszonyt és annak pszichológiai és szociális vetületeit hivatott mérni. A tételek kidolgozásának kiindulópontjaként korábbi kvalitatív adatgyűjtés eredményeit használtuk. Az interjúk alapján 128 állítást fogalmaztunk meg, amelyek a kérdőív első változatának tételeit alkották. Minden tételt gondosan úgy fogalmaztunk meg, hogy a lehető leginkább tükrözze a válaszadók eredeti szóhasználatát. Kidolgoztuk a kérdőív instrukcióit és a válaszformátumot is. A válaszokat ötfokú Likert-skálán rögzítettük, amely 1-től (egyáltalán nem értek egyet) 5-ig (teljes mértékben egyetértek) terjedt, ahol a magasabb pontszám az adott attitűddel való erősebb azonosulást jelezte. A fogorvostanhallgatók és a fogorvosok számára hangsúlyoztuk, hogy válaszaik a páciensek nézőpontját tükrözzék, ne pedig a saját véleményüket.

A kvantitatív adatgyűjtés mindkét szakaszban online kérdőív formájában történt. A felmérést a Google Forms online adatgyűjtő platformon keresztül végeztük. A felnőtt lakosságot hólabda-mintavételi módszerrel toboroztuk: az első megkeresések e-mailben és nyilvános, fogászati egészségtudatossággal foglalkozó közösségi

médiafelületeken történtek, ahol az érdeklődőket arra kértük, hogy töltsék ki és osszák meg a kérdőívet. A fogorvostanhallgatókat kényelmi mintavétellel vontuk be, a helyi egyetem Fogorvostudományi Karával e-mailen keresztül felvéve a kapcsolatot. A hallgatók nem kaptak jutalmat a részvételért. A Magyar Fogorvosi Kamara és az Alapellátási és Egészségfejlesztési Intézet segítette a fogorvosok elérését. Ezen kívül több kollegiális felkérést is továbbítottunk, valamint a kérdőív elérhető volt a fogorvosok közösségi média csoportjaiban is. A beválasztási kritériumok a következők voltak:

- 18 és 70 év közötti életkor,
- pszichiátriai betegség hiánya,
- részvételi hajlandóság a vizsgálatban,
- a magyar nyelv szóbeli és írásbeli ismerete.

Vizsgálati eszközök

A vizsgált személyek demográfiai adatait és kezeléstörténetét egy általunk összeállított kérdéssor segítségével mértük fel, amely a nemre, az életkorra, lakhelyre, és a legmagasabb iskolai végzettségre vonatkozó kérdéseket tartalmazott. Az alábbi három kérdéssel mértük fel a fogászati kezeléstörténetet:

- Hányszor részesült életében fogászati kezelésben? 0-100 között becsülje meg!
- Van-e állandó fogorvosa?
- Amennyiben van, hányszor váltott fogorvost élete során?

A saját fejlesztésű kérdőívünk mellett, három, magyar nyelven már elérhető, érvényes és megbízható kérdőívet választottunk ki validálási célokra, amelyek mérési fókuszuk alapján a legszorosabban kapcsolódtak a jelen kutatásban fejlesztett eszközhöz. Ezen kérdőíveket csak a második kvalitatív adatgyűjtés során alkalmaztuk; amíg az első kvantitatív adatgyűjtés során kizárólag csak a saját kérdőívünket használtuk.

Fogászati Félelem Kérdőív

A Fogászati Félelem Kérdőív (DFS) a fogászati beavatkozásokkal kapcsolatos félelmet méri. A kérdőív (angolul Dental Fear Survey, DFS) eredetileg 27 tételből állt, később 20 tételes változatra rövidítették. A jelen kutatásban a 20 tételes verziót alkalmaztuk. A DFS az ötfokú Likert-skálán (1 = alacsony félelem, 5 = nagyon erős félelem) értékeli a fogászati élmények által kiváltott félelmet. A teljes pontszám 20 és 100 között mozog. A skála megbízhatósága a jelen vizsgálatban magas volt (Cronbach-alfa = 0,97).

Fogászati Szorongás Skála

A Fogászati Szorongás Skála (DAS) egy széles körben használt mérőeszköz a fogászati szorongás értékelésére. A kérdőív (angolul Dental Anxiety Scale; DAS) négy kérdést tartalmaz, amelyek mindegyikét 1-től (alacsony szorongás) 5-ig (magas szorongás) terjedő skálán értékelik, így az összpontszám 4 és 20 között változik. A 13 pont vagy afeletti érték jelentős szorongást, a 9–12 közötti érték közepes, míg a 9 alatti érték alacsony szorongást jelez. A DAS korábbi

vizsgálatok szerint magas belső konzisztenciával és jó teszt-reteszt megbízhatósággal rendelkezik. A jelen kutatásban a skála megbízhatósága nagyon jó volt (Cronbach-alfa = 0,88).

Fogászati Vélemény Kérdőív

A Fogászati Vélemény Kérdőív (DBS) a páciensek fogorvosokkal és fogászati kezelésekkel kapcsolatos attitűdjeit méri. A kérdőív (angolul Dental Belief Survey; DBS) 15 tételből áll, amelyek három alskálába rendeződnek: Szakmaiság, Kommunikáció és Kontrollhiány. A válaszok ötfokú Likert-skálán rögzülnek (1 = egyáltalán nem negatív, 5 = nagyon negatív), ahol a magasabb pontszám negatívabb véleményt jelez. Mivel korábbi kutatások különböző faktorstruktúrákat találtak különböző mintákban, a jelen vizsgálatban csak az összpontszámot számoltuk. A skála belső konzisztenciája jó volt (Cronbach-alfa = 0,88).

Adatfeldolgozás

A statisztikai elemzést R 4.4.0 és SPSS v.22 (IBM, Chicago, IL, USA) szoftverekkel végeztük. Az adatok normalitását Kolmogorov–Smirnov-tesztel vizsgáltuk. A hiányzó adatok aránya 0,001% alatt volt; ezeket a folytonos változók esetében a mintaátlaggal helyettesítettük. A folytonos változók közötti összefüggéseket Pearson-féle korrelációval vagy Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltuk, az adatok eloszlásától függően. Két csoport összehasonlításához Mann–Whitney U-tesztet, több csoport közti különbségek vizsgálatához Kruskal–Wallis-tesztet alkalmaztunk. A

kezdeti tételek faktoranalízisét (principal axis factoring; promax rotation) az optimális tételek azonosítása céljából végeztük. A faktorok száma feltáró jelleggel (EFA; exploratory factor analysis) került meghatározásra, tehát előzetesen nem korlátoztuk a kinyerhető faktorok számát. A belső megbízhatóságot Cronbach-alfa együttható segítségével értékeltük. A tételeket szisztematikusan, egyenként távolítottuk el az alábbi kritériumok alapján:

- ha egy tétel faktorsúlya 0,4 alatt volt, vagy
- ha egy tétel faktorsúlya több faktor esetén meghaladta a 0,3-as értéket.

Ezenkívül minden azonosított faktor esetében megvizsgáltuk, hogy bármely tétel eltávolítása növeli-e a belső konzisztenciát. Minden egyes tétel eltávolítása után a feltáró faktoranalízist megismételtük és újabb tételt távolítottunk el egészen addig, amíg minden megtartott tétel megfelelt a kritériumoknak. A gyenge teljesítményű tételek eltávolítása után, miután már minden megmaradt tétel megfelelt a kritériumoknak, megerősítő faktoranalízist (CFA; confirmatory factor analysis) végeztünk a skála végső szerkezetének értékelésére. Míg az EFA-t a teljes adathalmazon hajtottuk végre, a CFA-t kizárólag a felnőtt nem klinikai minta ($n = 527$) adatai alapján végeztük el a vizsgálat második szakaszában. A modellilleszkedés megítéléséhez a következő mutatókat alkalmaztuk: Relative Chi-square (CMIN/DF), Goodness of Fit Index (GFI), Tucker–Lewis Index (TLI), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), és Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). A korábbi ajánlások alapján a modell megfelelő

illeszkedésének megállapításához az alábbi ajánlásokat vettük figyelembe: $CMIN/DF < 3$, $GFI, CFI, TLI > 0,90$; SRMR és RMSEA $< 0,08$. A FOGAK konvergencia és diszkriminációs validitását a FOGAK pontszámok és három, magyar nyelven validált, fogászati egészséggel kapcsolatos mérőeszköz (DFS, DAS, DBS) közötti korrelációk vizsgálatával értékeltük a második adatgyűjtés három mintájában (felnőtt nem klinikai minta, fogorvostanhallgatók, fogorvosok).

Regresszió elemzést végeztünk potenciális ok-okozati viszonyok és prediktív potenciál feltárása céljából. A folytonos függő változók esetén lineáris regresszió elemzést (stepwise); a dichotóm két értékű függő változók esetén bináris logisztikus regresszió elemzést (forward stepwise: likelihood ratio módszer) alkalmaztunk.

ÚJ EREDMÉNYEK

Vizsgálati minta

A kutatás két egymást követő szakaszban valósult meg: egy kvalitatív elővizsgálat, valamint egy nagymintás kvantitatív adatfelvétel keretében.

Az elővizsgálat során összesen **132 fő** vett részt, amelynek célja a fogászati ellátással kapcsolatos attitűdök feltárása, valamint a kérdőíves mérőeszköz tartalmi megalapozása volt.

A fő vizsgálatban összesen **744 fő** adatait elemeztük. A minta heterogén összetételű volt, amely lehetővé tette a fogászati ellátással kapcsolatos attitűdök széles spektrumának vizsgálatát. A résztvevők

különböző szocio-demográfiai háttérrel rendelkeztek, ami biztosította az eredmények általánosíthatóságát.

A kvantitatív vizsgálat során a mintába bevont személyek több alcsoportba sorolhatók voltak a vizsgálati céloknak megfelelően (pl. klinikai és nem klinikai csoportok), amely lehetőséget adott a különböző populációk közötti összehasonlító elemzések elvégzésére. A mintavétel során törekedtünk arra, hogy a bevont résztvevők megfeleljenek az előre meghatározott beválasztási kritériumoknak, ugyanakkor a kizárási kritériumok alkalmazásával biztosítottuk az adatok megbízhatóságát és értelmezhetőségét. A hiányosan vagy nem megfelelően kitöltött kérdőíveket az elemzésből kizártuk.

Az új tudományos eredmények összefoglalása

1. A kvantitatív vizsgálat során kidolgozott FOGAK kérdőív öt faktoros struktúrája (környezeti szorongás, érzéstelenítés, halogatás, társadalmi státusz, rendszerrel kapcsolatos elégedetlenség) megfelelő illeszkedést és megbízhatóságot mutatott.
2. A skála konvergens és divergens validitása igazolódott, a különböző attitűddimenziók eltérő, elméletileg konzisztens kapcsolatokat mutattak a fogászati szorongással és más pszichológiai változókkal.
3. A halogatás szignifikáns kapcsolatot mutatott a fogászati szorongással és a környezeti szorongással, ami alátámasztja az elkerülő viselkedés és a szorongás közötti kapcsolatot.

4. A regressziós elemzések alapján a fogászati ellátás igénybevételével kapcsolatos viselkedést több tényező együttesen befolyásolja; a kezelések száma növeli, míg bizonyos attitűdök (pl. negatív vélekedések) csökkentik az állandó fogorvoshoz való kötődés valószínűségét.
5. Az eredmények rámutattak arra, hogy a páciensek és a fogászati szakemberek attitűdjei több dimenzió mentén eltérnek, ami kommunikációs nehézségekhez és csökkent együttműködéshez vezethet.

Eredményeink alapján a fogászati ellátás igénybevételét egy komplex, többdimenziós pszichoszociális attitűdrendszer határozza meg, amelyben az egyéni érzelmi és kognitív tényezők, valamint a rendszerszintű sajátosságok egyaránt meghatározó szerepet játszanak. A kidolgozott és validált FOGAK kérdőív alkalmas ezen attitűdök megbízható mérésére, és új lehetőséget teremt a fogászati ellátással kapcsolatos viselkedés pontosabb megértésére és befolyásolására.

MEGBESZÉLÉS

A vizsgálat célja a felnőttek fogászati ellátáshoz való viszonyának komplex feltárása volt kvalitatív és kvantitatív módszerek kombinálásával. Az interjúk eredményeire építve egy új, pszichometriailag megbízható kérdőív (FOGAK) került kidolgozásra, amely a fogászati attitűdök multidimenzionális mérésére alkalmas.

Eredményeink alapján a fogászati ellátáshoz való hozzáállást több tényező együttesen alakítja: az egyéni szükségletek és elvárások, a fogorvos kommunikációja és viselkedése, a szájüregi egészség társadalmi jelentése, valamint az ellátórendszer sajátosságai. A szociodemográfiai változók hatása mérsékeltnak bizonyult, ugyanakkor a halogatás több változóval is összefüggést mutatott.

A szégyen, büntudat és az alacsony szájegészséghez kapcsolódó társadalmi jelentések fontos szerepet játszanak az ellátás kerülésében. A szájüregi állapot az önértékelésre és a testi vonzerő megélésére is hatással van, ami klinikai szempontból az esztétikai eredmények hangsúlyozásának jelentőségét emeli ki.

A fogászati szorongás továbbra is meghatározó tényező, amelyet több azonosított attitűdkomponens is befolyásol (pl. környezeti ingerek, bizalomhiány, kommunikációs hiányosságok). Az eredmények alátámasztják, hogy a professzionális kommunikáció, a szorongáscsökkentő technikák és a kontrollélmény erősítése kulcsszerepet játszik az ellátás igénybevételének növelésében.

A finanszírozási tényezők szintén meghatározóak: a térítésmentes ellátás hozzáférhetősége és a magánellátás költségei jelentősen befolyásolják a viselkedést. Eredményeink szakpolitikai szinten a hozzáférhetőség és megfizethetőség javításának szükségességére utalnak.

A FOGAK kérdőív öt alszálaga (környezeti szorongás, altatás, halogatás, társadalmi státusz, rendszerrel való elégedetlenség) megfelelő megbízhatóságot és validitást mutatott. A faktorstruktúra stabilnak bizonyult, és különböző mintákon (felnőttek, hallgatók,

fogorvosok) is alkalmazhatónak bizonyult. A konvergens és diszkrimináns validitás eredményei alátámasztják a mérőeszköz pszichometriai megfelelőségét.

A vizsgálat rámutatott arra is, hogy a fogorvosok és hallgatók észlelései nem minden esetben tükrözik a páciensek valós attitűdjeit. A szakemberek hajlamosak túlbecsülni a szorongás mértékét, miközben alábecsülhetik a kontrolligény és a partnerségi viszony jelentőségét. Ez hangsúlyozza az empatikus perspektívaváltás és a betegközpontú kommunikáció fejlesztésének szükségességét.

Korlátok és jövőbeni irányok

A vizsgálat korlátai közé tartozik a földrajzilag korlátozott és nem reprezentatív minta, valamint a kényelmi mintavétel alkalmazása, amely szelekciós torzítást eredményezhet. A vizsgálat elsősorban kognitív attitűdöket mért, viselkedéses adatok bevonása nem történt. Jövőbeni kutatásokban indokolt a reprezentatív mintavétel, a viselkedéses mutatók bevonása, valamint párosított minták alkalmazása a fogorvos–páciens attitűdkülönbségek pontosabb feltárására. Emellett a mérőeszköz nemzetközi adaptációja és interkulturális vizsgálata is ígéretes kutatási irány.

Konklúzió

A vizsgálat hozzájárul a fogászati attitűdök korlátozott szakirodalmának bővítéséhez, és rámutat arra, hogy a fogászati ellátás igénybevitelét nem csupán a szorongás, hanem komplex egyéni és rendszerszintű tényezők befolyásolják.

A FOGAK kérdőív megbízható és valid eszköznek bizonyult a fogászati attitűdök mérésére, és alkalmas lehet klinikai és kutatási alkalmazásra egyaránt. Az eredmények hangsúlyozzák a pszichológiai szemlélet, a kommunikációs készségek és a betegközpontú megközelítés fejlesztésének fontosságát.

A mérőeszköz iránti nemzetközi érdeklődés (Kína, Törökország, Portugália) alátámasztja annak transzkulturális relevanciáját és jövőbeni alkalmazhatóságát.

ÖSSZEFOGLALÁS

A fogászati ellátás elkerülése jelentős hatással van az egyének szájüregi egészségére, ugyanakkor ennek pszichoszociális összefüggései mindeddig kevésbé feltárt területet képeztek. A jelen disszertáció célja a felnőttek fogászati ellátással kapcsolatos attitűdjeinek feltárása és mérhetőségének biztosítása volt. Az első, kvalitatív szakaszban 16 fogászati beteggel készült félig strukturált interjú segítségével mélyrehatóan vizsgáltuk a páciensek élményeit és azokat a pszichoszociális tényezőket, amelyek befolyásolják a fogászati ellátás igénybevételét. Az induktív tematikus elemzés tíz átfogó témát azonosított, amelyek a páciensek attitűdjeit jellemzik: a környezet és az eszközök hatása, félelem és érzéstelenítés, halogatás, elégedetlenség a fogászati ellátórendszerrel, a fogorvosokkal szembeni elvárások, bizalom és ellátásminőség, fogatlanság és

társadalmi státusz, anyagi hozzájárulás, esztétikai szempontok, valamint a fogorvosok viselkedése. Az eredmények rávilágítottak a fogászati ellátás elkerülését és az együttműködést meghatározó motivációs és kontextuális tényezők összetettségére. A második, kvantitatív vizsgálat ezekre az eredményekre építve a Fogászati Ellátással Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív (FOGAK) nevű mérőeszköz kidolgozását és pszichometriai értékelését célozta meg, amely a fogászati ellátással kapcsolatos attitűdök mérésére szolgál. A kvalitatív adatokból származó kezdeti itemkészletet három mintán (felnőtt lakosság, fogorvostanhallgatók és fogorvosok; N=876) teszteltük és finomítottuk. A végső, 17 tételből és öt faktorából álló struktúra – Környezeti szorongás, Altatás, Halogatás, Társadalmi státusz és Rendszerrel kapcsolatos elégedetlenség – megfelelő illeszkedést mutatott (CMIN/DF=2,11; CFI=0,94; RMSEA=0,046), a belső megbízhatóság pedig elfogadható tartományban mozgott (Cronbach α =0,66–0,78). A FOGAK alskáláinak korrelációi más, jól bevált mérőeszközökkel (Fogászati Félelem Kérdőív, Fogászati Szorongás Skála, Fogászati Vélemény Kérdőív) igazolták a skála konvergens és diszkrimináns validitását. Vizsgálataink eredménye átfogó képet ad a fogászati ellátással kapcsolatos attitűdök sokrétű természetéről Magyarországon. Az eredmények hangsúlyozzák, hogy a fogászati ellátás igénybevétele nem csupán egyéni pszichológiai tényezőktől, hanem rendszerszintű hatásoktól is függ. A FOGAK megbízható eszközt kínál ezen attitűdök mérésére, és hozzájárulhat a páciensek bevonásának, a szakmai képzésnek és az ellátórendszer minőségének fejlesztéséhez.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönet illeti Dr. Varga Istvánt, a doktori folyamat témavezetőjét.

A kutatás korai fázisaiban kapott szakmai javaslatokért köszönettel tartozom Prof. Dr. Bugán Antal Miklósnak, amelyek hozzájárultak a témaválasztás kezdeti irányainak kijelöléséhez és Dr. Papp Gábornak az adatelemzésben, valamint Dr. Fábián Baláznak az adatelemzésben és közlésben nyújtott segítségével.

Köszönettel tartozom Dr. Köröskényi Krisztinának a Fogorvostudomány Doktori Iskola titkárának, aki nélkül egészen biztosan elvesztem volna a sokszor végeláthatatlannak tűnő adminisztratív labirintusban.

Köszönettel tartozom Prof. Dr. Nánási Péter Pálnak, a Fogorvostudományi Doktori Iskola vezetőjének, hogy lehetővé tette számomra, hogy pszichológusként felvételt nyerjek és elvégezzem doktori tanulmányaimat.

Köszönet illeti a vizsgálatban részt vevő személyeket, akik hozzájárulásukkal lehetővé tették e munka empirikus alapjainak megteremtését. Ugyancsak szeretnék köszönetet mondani családomnak, akik türelmükkel, bátorításukkal és mindennapi támogatásukkal végig mellettem álltak a doktori képzés teljes időtartama alatt.



Nyilvántartási szám: DEENK/536/2025.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Lukács Márton
Doktori Iskola: Fogorvostudományi Doktori Iskola

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Lukács, M.**, Fábán, B., Papp, G., Bugán, A., Varga, I.: Development and psychometric evaluation of the dental care attitudes scale (DCAS).
BMC Oral Health. 25 (1), 1-9, 2025.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-025-06655-2>
IF: 3.1 (2024)
2. **Lukács, M.**, Fábán, B., Bugán, A., Varga, I.: The psychosocial background of dental care avoidance.
Oral Dis. 31 (3), 1017-1023, 2025.
DOI: <https://doi.org/10.1111/odi.15136>
IF: 2.9 (2024)

További közlemények

3. Boytha, Z., Münnich, Á., Sándor, A., Tullner, G., Béltéczki, Z., Mór, E. C., Czere, K., Kánya, T., **Lukács, M.**, Molnár, J.: Validation of the Hungarian Version of the Multidimensional Inventory of Dissociation (MID-HU): A Multi-Source Data Collection Approach.
Eur. J. Trauma Dissociation. 9 (1), 1-11, 2025.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100497>
IF: 1.9 (2024)

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 7,9

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre): 6

A DEENK a Jelölt által a Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudománymetriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2025.10.01.

