Koragyermekkori program

Koragyermekkori (0-7 év) program
TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
Cím: 1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6.
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839.
Telefon: +36 1 476-1100
www.antsz.hu

FÓKUSZCSOPORT SZAKEMBEREK RÉSZÉRE

TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001
Koragyermekkori (0-7 év) program kiemelt projekt

ATTITŰD- ÉS IDŐMÉRLEG VIZSGÁLAT, MÓDSZERTANI KIDOLGOZÁS,

ADATGYŰJTÉS, ELEMZÉS

Védőnők, vegyes praxisú háziorvosok/házi gyermekorvosok kompetenciáinak, motiváltságának és a családokkal szembeni elvárásainak felmérése a gyermeki fejlődés követésében (szakemberi attitűdvizsgálat)

Szakember attitűd vizsgálat – tanulmány

OTH 2014

SZÉCHENYI 2020
Magyarország Kormánya
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Szerzők
Bársonyné Kis Klára
Masa Andrea
Németh Anikó
Lantos Katalin
Pukánszky Judit
Lobonov Budai Éva
Dr. Tobak Orsolya

A TÁMOP 6.1.4 kiemelt projekt szakmai vezetése
Dr. Fogarasi András szakmai vezető
Kereki Judit szakmai vezető koordinátor

Módszertan alprojekt szakmai vezetése
Csordás Ágnes módszertan szakmai alprojekt vezető I.

Módszertan II. Fejlesztések elemi projektvezetője
Dr. Sándor János

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
Cím: 1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6.
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839.
Telefon: +36 1 476-1100
www.antsz.hu

Tartalomjegyzék

Vezetői összefoglaló 6

1 BEVEZETÉS..... 13

1.1. Problémafelvetés 14
1.2. Egységes terminológia használatának szükségessége 17
1.3. Kutatási előzmények 21
1.4. Fókuszban a koragyermekkori fejlődés..... 22
1.5. A különböző szakemberek szerepének jelentősége a koragyermekkori fejlődés követésében..... 24
1.6. A gyermek-egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek kompetenciái 26
1.7. A gyermek-egészségügyi ellátás szakembereinek szűrési (észlelési)- jelzési kötelezettsége és folyamata 28
1.8. A gyermekegészségügyi ellátás szakembereinek együttműködési kötelezettsége és együttműködésük jellemzői 30
1.9. Koragyermekkori fejlődés követésének dokumentálása 32
1.10. A koragyermekkori fejlődés követésének eredményességét befolyásoló problématerületek 33

A kutatás hipotézisei 45

2 Módszerek 48

2.1. Mintavételezés..... 48
2.2. Adatgyűjtés módszere..... 49
2.3. Statisztikai elemzés 53

3 Összefoglaló elemzés a fókuszcsoportos interjúk alapján 55

3.1. Az alapellátásban dolgozó szakemberek szerepe a koragyermekkori optimális fejlődés megítélésében..... 55
3.2. Kompetencia - Feladatmegosztás 57
3.3. Elvárások 59
3.4. Kommunikáció..... 61
3.5. Ismeretek (felkészültség, tájékozottság)..... 63

4 Vizsgálati minta reprezentativitása, és szocioökonómiai jellegzetességei 66

4.1. A válaszadási arány, reprezentativitás 66
4.2. A válaszadók szocioökonómiai státusza..... 67

5 AZ ALAPELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ SZAKEMBEREK SZEREPE A KORAGYERMEKKORI OPTIMÁLIS FEJLŐDÉS MEGÍTÉLÉSÉBEN 69

5.1. Fejlődési célok megítélése a 0-7 éves korú gyermekek gondozása során..... 69

5.2. A 0-7 éves korú gyermekek fejlődésének biztosítása céljából végzett részfeladatok a rutin munkavégzés során ... 75
5.3. A fejlődési területek változásának nyomon követése csecsemőkorban ... 87
5.4. A fejlődési területek változásának nyomon követése kisgyermekkorban ... 97
5.5. A fejlődési területek változásának nyomon követése óvodáskorban ... 111
5.6. A 0-7 éves gyermekek körében leggyakrabban előforduló eltérő és megkésett fejlődési problémák, fogyatékosságok. ... 121
5.7. Eredmények összefoglalása ... 121

6 AZ ALAPELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ SZAKEMBEREK EGYMÁSSAL TÖRTÉNŐ EGYÜTTMŰKÖDÉSE ÉS KOMMUNIKÁCIÓJA A 0-7 ÉVES GYERMEKEK ELTÉRŐ ÉS MEGKÉSETT FEJLŐDÉSE KAPCSÁN. ... 124

6.1. A szakemberek között lévő munkakapcsolat a mindennapi munkavégzés során ... 124
6.2. A szakemberek elégedettségének mértéke az egymással történő kommunikációval ... 133
6.3. Az orvosok és a védőnők között lévő munkakapcsolat a mindennapi munkavégzés során, illetve az orvosok és a védőnők között zajló kommunikációval való elégedettség ... 140
6.4. A szakemberek elégedettsége a szülőkkel történő kapcsolattartással, együttműködéssel és tájékozottsággal ... 142
6.5. Eredmények összefoglalása ... 152

7 AZ ALAPELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ SZAKEMBEREK FELKÉSZÜLTSÉGÉNEK TÁJÉKOZOTTSÁGÁNAK VIZSGÁLATA ... 155

7.1. A szakemberek felkészültségének mértéke a 0-7 éves gyermekek ellátása, gondozása során. ... 155
7.2. A szakemberek tájékozódása a szükséges információkról ... 164
7.3. A szakemberek információcseréje, tapasztalatcseréje a különböző fórumokon. ... 171
7.4. Eredmények összefoglalása ... 176

8 A 0-7 ÉVES GYERMEKEK ELLÁTÁSÁBAN RÉSZTVEVŐ SZAKEMBEREK MUNKAFELTÉTELEINEK, MUNKA- KÖRÜLMÉNYEINEK, ÉS A MUNKÁJUKAT SEGÍTŐ MÓDSZERTANI ÉS EGYÉB TÁMOGATÓ SZOLGÁL-TATÁSOKKAL VALÓ ELÉGEDETTSÉGÉNEK VIZSGÁ-LATA ... 180

8.1. A szakemberek munkahelyét jellemző munkakörülmények és munkafeltételek ... 180
8.2. A szakemberek munkakörülményekkel, munkafeltételeikkel való elégedettségének vizsgálata ... 192
8.3. A szakemberek módszertani és egyéb támogató szolgáltatásokkal való elégedettségének vizsgálata ... 204
8.4. A szakemberek munkáját segítő módszertani és támogató szolgáltatások használhatósága ... 209
8.5. Eredmények összefoglalása ... 214

9 AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK MOTIVÁCIÓJA ... 216

9.1. Az egészségügyi dolgozók motivációja, illetve a motivációs tényezőket befolyásoló faktorok hatásának vizsgálata ... 216
9.2. Eredmények összefoglalása ... 226

10 Eredményekhez kapcsolódó országos becslések ... 228

11 Megbeszélés ... 234

12 FELHASZNÁLT IRODALOM ... 241

1. Kiemelt program a koragyermekkori fejlesztésért 241

Vezetői összefoglaló

Bevezetés

A TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori (0-7 év) kiemelt projekt keretén belül került kiírásra a „Attitűd- és időmérleg vizsgálat, módszertani kidolgozás, adatgyűjtés, elemzés” című közbeszerzés.

Jelen vezetői összefoglaló tartalma a kiírásban szereplő II. közbeszerzési rész 2. pontjához kapcsolódóan a következőkre terjed ki: Védőnők, vegyes praxisú háziorvosok/házi gyermekorvosok kompetenciáinak, motiváltságának és a családokkal szembeni elvárásainak felmérése a gyermeki fejlődés követésében (továbbiakban szakember attitűd vizsgálat).

A gyermeki szervezet testi és pszichomotoros fejlődése fontos jelzője a gyermekek egészségi állapotának. A gyermek-alapellátást végző orvosok és védőnők munkája kiterjed ennek a fejlődésnek a nyomon követésére és a prevencióra.

Jelen helyzetben problémát jelent ennek megvalósításában a rohamosan fejlődő orvos-, egészség- és neveléstudomány: a folytonosan változó ismeretekkel, elméletekkel nehéz lépést tartani a gyakorlatban dolgozó szakembereknek. Ezt a helyzetet nehezíti, hogy a több éve, évtizede pályán lévő orvosok, védőnők állandósult sémák alapján végzik munkájukat, valamint a graduális képzés is csak nehezen tudja beépíteni a képzési tematikákba ezeket a rendszeresen változó ismereteket.

A helyzetet befolyásolják a kompetencia problémák, amelyek a gyermeket ellátó orvosok és védőnők között gyakran előállnak.

Harmadik meghatározó elemként említhetjük a jelen társadalmi helyzetet, melyben egyre több család kerül a szociálisan fokozatosan leszakadó rétegbe, növekszik az alacsony iskolázottságú szülők aránya, amely megnehezíti a

kommunikációt, és több terhet ró a szakemberekre. Számukra az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok, védőnők lesznek az egyedüli megbízható információforrások a gyermek fejlődésének megítélésében, követésében.

Cél

Kutatásunk célja, a fent említett szakemberek feladattal kapcsolatos attitűdjének, a feladatra való motiváltságának, a feladatra való felkészültségének, a közös team munkával kapcsolatos elvárásaiknak és a feladattal kapcsolatos kompetenciáik értékelése.

Célunk továbbá az eredmények tükrében egy indikátorrendszer kidolgozása, amellyel mérni lehet a szakemberek elégedettségét, felkészültségét, motivációját.

Módszer

A kvantitatív vizsgálatot megelőzte egy kvalitatív adatgyűjtés, melyhez a fókuszcsoportos interjú módszerét alkalmaztuk. A kapott eredményekkel célunk volt a kérdőív kérdéseinek előkészítése, a kérdőívfejlesztés támogatása. A kvantitatív vizsgálatban a védőnői mintaválasztás kétlépcsős, véletlen arányos eljárás keretében történt.

A házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok esetében a létszámarányos mintavétel torzítást eredményezett volna, mivel a házi gyermekorvosok 50%-a Budapesten, közel 80%-a Budapesten és a megyeszékhelyeken dolgozik. Ugyanakkor vegyes háziorvosi praxisok pedig szinte kizárólag községekben találhatók. A mintába kerülés esélyének biztosítása érdekében valamennyi területről 25-25 házi gyermekorvos (összesen 150 orvos) és Budapestet kivéve 30-30 vegyes praxisú háziorvos (összesen 150 orvos) került a mintába településtípusonként arányos, véletlen mintavételi eljárással az SPSS program segítségével.

A keresztmetszeti vizsgálat során kérdőíves adatfelvétel történt. A kérdőívek kérdezőbiztosok útján kerültek kijuttatásra az egészségügyi dolgozókhoz. A kérdőíveket a kitöltést követően felbélyegzett borítékban postai úton jutatták vissza a számunkra. A kérdőív 54 kérdést tartalmazott, melyből 33 kérdést használtunk fel a jelentés elkészítéséhez.

A kérdőív öt fő részre osztható. Az első részben került feltérképezésre a szocio-ökonómiai státusz, majd második részében a szakembereknek a gyermekek fejlődésének megítélésére vonatkozó attitűdjére kérdeztünk rá. A harmadik része feltárta a munkaelégedettséget valamint a munkatársakkal való elégedettséget. A negyedik részében a vegyes praxisú háziorvosok, házi gyermekorvosok és védőnők tájékozottságát továbbképzésekkel kapcsolatos igényüket, attitűdjeiket vizsgáltuk. A kérdőív utolsó témakörét a vegyes praxisú háziorvosok, házi gyermekorvosok és védőnők munkamotivációval kapcsolatos attitűdjeire vonatkozó kérdések képezték.

Eredmények

A mintát a kérdőíves felmérésben visszaérkező összesen 551 db kérdőív képezte, melyből néhány csak részben volt értékelhető. A kérdőíveket kérdezőbiztosok vitték ki a megjelölt szakemberekhez, majd a kitöltést követően postai úton kaptuk vissza. A védőnői részről a visszaérkezési arány 97,6% (371 fő), a házi-gyermekorvosi és a vegyes praxisú háziorvosoktól visszaérkezett kérdőívek száma 90 - 90 db (60%).

A kérdőíves felmérést, valamint a fókuszcsoportos interjúkat elemezve azt tapasztaltuk, hogy a szakemberek munkájuk alapjának tekintik a koragyermekkori fejlődés, fejlettség nyomon követését. Nincs legkevésbé fontos fejlődési cél, minden területnek hangsúlyosnak kell lenni.

A fókuszcsoportos interjúkban a feladat komplexitása hangsúlyozódott ki. A védőnők zömmel azt a szemléletet vallják, hogy nem emelhetünk ki egy-egy globális célt, személyre szabottan kell a legtöbbet kihozni a gyermek fejlődéséből, a családi környezet ismeretében. A gyermekgyógyászok, vegyes praxisú háziorvosok hasonló véleményt fogalmaztak meg, a nevelés, a korlátozás, a nyelvi fejlődés és az intelligencia szerepét hangsúlyozva. A kérdőívek feldolgozása során azt láttuk, hogy a különböző szakmacsoportok különböző részterületeket tartanak hangsúlyosnak.

A vizsgálatba bevont házi-gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok, védőnők társszakmákkal való együttműködését vizsgálva elmondható, hogy a kapcsolati háló szerteágazó.

Az orvosok nagyobb valószínűséggel tartanak kapcsolatot szakorvosokkal, még a védőnők elsősorban a nevelést-oktatást végző szakemberekkel, és a szociális ágazat képviselőivel.

Az elemzés során azt tapasztaltuk, hogy a védőnők nagyobb eséllyel (EH=34,89, $p<0,001$) dolgoztak együtt házi gyermekorvosokkal vagy háziorvosokkal, mint a házi gyermekorvosok kollegájukkal. A védőnők együttműködése a gyermeket ellátó orvosokkal rendszeresnek és folyamatosnak mondható (96%), míg az orvosok saját kollégáikkal, sokkal alacsonyobb arányban (33%, 26%) működnek együtt. Az orvosok védőnőkkel való kapcsolattartása az eltérő fejlődést mutató gyermekek vonatkozásában már sokkal jobb (84%). A szülők kapcsolattartási hajlandóságával a válaszadók 78,5%-a nagymértékben, és 20,9%-a kismértékben elégedett.

A kompetenciahatároknak megfelelően a vegyes praxisú háziorvosok érzik magukat a legkevésbé felkészültnek a 0-7 éves korú gyermekek testi, pszichés és szociális fejlődésének felmérésére használt módszerek, szempontrendszerek és

eszközök ismeretét illetően. A védőnők érzik magukat a leginkább tájékozottnak, de a három szakembercsoport között nincs jelentős eltérés.

A házi gyermekorvosok esetében a saját területükön ellátottak magas száma negatívan befolyásolja a felkészültségüket a gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak és az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismeretében. Pozitívan befolyásolja viszont a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete terén érzett felkészültséget.

A szakemberek munkafeltételeit, a rendelkezésre álló eszközök meglétét vizsgálva az alábbi megállapításokat tehetjük. Az ellátáshoz szükséges önálló tanácsadóval rendelkezik a megkérdezettek közel 95%-a, még a tanácsadóban lévő eszközök közül látás- és hallásvizsgáló eszköz a szakemberek átlag 90%-ánál megtalálható, hasonlóan a számítógéphez és nyomtatóhoz. Kisebb negatív irányú eltérések a vegyes praxist ellátó orvosok körében figyelhetők meg. Ezzel szemben, amikor az elégedettségre kérdeztünk rá, a következő eredményeket kaptuk. A tanácsadó helységekkel a megkérdezettek 56,9%-a nem teljesen elégedett. A megkérdezettek 61,6%-a nem elégedett a gyermekbarát váróhelységekkel/rendelőkkel. A rendelkezésre álló látás- és hallásszűrésre alkalmas eszközökkel a válaszolók 56,7%-nem elégedett. A testi fejlődés mérésére alkalmas eszközzel a szakemberek 51,6%-a volt teljes mértékben elégedett.

A gyermekek játéktevékenységének vizsgálatához szükséges játékokkal a választ adók 15,4%-a volt csak teljes mértékben elégedett.

A munkavégzésre ható motiváló tényezőket rangsorolva a védőnőknél elsődleges a szülőktől kapott visszajelzés (9,05 score), ezt követi a munka változatossága (8,5 score), majd a munkahelyi légkör (8,7 score), a megfelelő

munkakörnyezet (8,2 score), a társadalmi megbecsültség (8,02 score), valamint legkevésbé befolyásoló tényező a képzettséggel arányos bérezés (7,4 score).

A házi gyermekorvosokat leginkább motiválja a munkahelyi légkör (8,6 score), a társadalmi megbecsültség (8,0 score), a megfelelő munkakörnyezet (7,9 score), majd a képzettséggel arányos bérezés (6,6 score), és legkevésbé motiváló hatása a közvetlen felettessel való kapcsolatnak van (5,9 score).

Következtetések

Abban az esetben, amikor a védőnő több orvossal tart kapcsolatot , vagy egy orvos több védőnővel, az negatív hatással van az akadályozó tényezők felismerésére.

Amennyiben több gondozottja/betege van a megkérdezett szakembereknek, az rontja a felkészültséget, melyet elsősorban az időhiánnyal lehet magyarázni.

A rugalmas munkaidő beosztás az 1-6 év közötti gyermeket gondozók esetében fokozza a problémaérzékenységet.

Az orvosok főként a szakmai folyóiratokból tájékozódnak az új irányelvekről, még a védőnők a továbbképzéseken való részvételt részesítik előnyben.

Az országos becslést településtípusokra készítettük el, melyből látható, hogy a munkáltató által támogatott továbbképzésekkel csupán a fővárosiak 9,4%-a, a megyeszékhelyen élők 13,9%-a, a városban és községben élők 22-22%-a elégedett.

A Budapesten dolgozó szakemberek számára a központi elhelyezkedésből adódóan több fejlődési, ismeretbővítési lehetőség adódik, ezért ők nem jelezték ezzel kapcsolatos igényeiket, szemben a vidéken dolgozókkal.

A továbbképzésekkel kapcsolatosan elmondható, hogy az orvosok elsősorban a rövidebb, munkaidő utáni illetve hétvégi képzéseket részesítik előnyben, melynek legfőbb oka, hogy magas költséggel jár a helyettesítés fizetése. A

védőnők ezzel szemben a munkaidőben szervezett, 1 napos képzéseket igényelnék.

A módszertani eszközökkel kapcsolatban kiemelendő az igény az egységes informatikai rendszer, online dokumentációs háttér kiépítésére. A védőnőkre vonatkozó országos becslés alapján a munkát eredményesebbé tenné az információs háttér egységesítése a fővárosban dolgozók 90%-a, a megyeszékhelyen élők 96%-a, még a városban és községben munkát végzők 92%-a szerint.

1 BEVEZETÉS

Az utóbbi években a világon, és így Magyarországon is, megnőtt a sérülten született, vagy minimális fejlődési zavarral, a későbbiekben eltérő fejlődésűnek vagy különböző fokban megkésett fejlődésmenetűnek mutatkozó gyermekek száma.

Az Új Széchenyi Terv keretében megvalósuló, TÁMOP-6.1.4 számú, „Koragyermekkori (0-7 év) program" Támogatási Szerződésének megkötése alkalmából Fogarasi András, a program vezetője a következőket nyilatkozta: Magyarországon a gyermekek legalább öt százalékának volna szüksége koragyermekkori fejlesztésre, sokszor viszont hónapokat, éveket késlekedik ennek felismerése, nehezítve a megoldást is. Számos esetben az iskolaérettségi vizsgálaton derülnek csak ki olyan rendellenességek, amelyek koragyermekkor első két évében már felismerhetők lettek volna. (*1*) Egy hazai felmérés adatai alapján az iskola első osztályába járó sajátos nevelési igényű gyermekek egyharmada semmilyen fejlesztést, intervenciót nem kapott élete első 6–7 évében. (*2*) Azokban az országokban, ahol ezzel a jelenséggel hatékonyan foglalkoznak, a kiszűrt és megfelelő fejlesztésben, intervencióban részesített gyerekek közel *kétharmada* felzárkóztatható iskoláskorra hasonló korú társaihoz. A késlekedő és nem megfelelő beavatkozások, *visszafordíthatatlan tanulási, magatartási és pszichoszociális problémákat* okoznak, amelyek egy része csak fokozott erőfeszítéssel korrigálható, más részük pedig akár visszafordíthatatlan hatással lehet a későbbi fejlődésre. Megfelelő időben történő felismerés és beavatkozás hiányában, mindezek a gyermekek későbbi iskolai kudarcaihoz, társadalmi beilleszkedésének nehézségeihez illetve társadalmi leszakadásához vezethetnek. *A korai felismerés, a megfelelő beavatkozásban való részesítés tehát társadalmi érdek.*

1.1. Problémafelvetés

A gyermeki szervezet testi, pszichomotoros, lelki és mentális, valamint szociális fejlődése megbízható jelzője a gyermekek egészségi állapotának. A gyermek-egészségügyi alapellátást végző orvosok és védőnők rendszeres tevékenysége ennek a fejlődésnek a nyomon követése.[1] ***A gyermekek egészségügyi ellátásába kezdetektől fogva beépült ez a preventív szemlélet*** illetve feladat, és ebben jelentősen különbözik a felnőttek egészségügyi ellátásától. Az orvostudomány, és a neveléstudomány rohamos fejlődése újabb kihívások elé állította az ellátást végző szakembereket. A graduális és posztgraduális képzés nem tudta követni ezt a nagymértékű változást, ami a szakemberek gyakorlatát is befolyásolja.

A házi gyermekorvosok, a vegyes praxis háziorvosok és védőnők számára az az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény illetve a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997.(XII. 18.) NM rendelet határozza meg az egyes életkorokban - a biztosítottak által térítésmentesen igénybe vehető - az életkori sajátosságokhoz igazodó betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatok kötelezettségét. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet külön is rendelkezik a védőnő által elvégzendő szűrővizsgálatokról.

A feladatok hatékony és színvonalas teljesítéséhez kevés a rendelkezésre álló segítség, elsősorban az ide vonatkozó korszerű szakmai irányelvek, protokollok

[1] Bár ezt a tevékenységet a jogszabály szűrésnek nevezi, helyesebb a fejlődés követése (followup) kifejezés, ami magában foglalja a testméretek időszakos mérését és értékelését, a fejlődés különböző dimenzióinak értékelését (mozgás, intellektuális, érzelmi, szociális dimenziókat, valamint az érzékszervek működésének, a látásnak és hallásnak a vizsgálatát).

tekintetében. Az orvosok ezen irányú ellenőrzése, a feladatvégzés számonkérése teljes egészében hiányzik, a védőnőknél ez megvan, azonban a pontos eljárásrend hiányában formálisnak nevezhető. Számolni kell a kompetenciák tisztázatlanságával, az orvosok sajátos szerepfelfogásával is, amelyben magasabb presztízst élvez a betegség-centrikus ellátás, mint a prevenció. További problémát jelent a társszakmák és a társágazatok szakemberei közötti együttműködés, a partnerek közötti kommunikáció hiányosságai.

A leszakadó, alacsony iskolázottsággal rendelkező társadalmi réteg nem jut hozzá az egészségi állapotára vonatkozó információkhoz, társadalmi státuszából adódóan, ezért számukra a felelős egészségügyi alapellátás marad az egyetlen megbízható forrás a gyermekek fejlődésének követésére. A helyzetet nehezíti az egészségügyi alapellátás szakembereinek a koragyermekkori intervencióval kapcsolatos informáltságának hiányosságai.

A fenti problémák megoldása nagy kihívást jelent az orvosok és szakdolgozók, valamint a társágazatok szakemberei részére egyaránt.

Bár vannak hazai tapasztalatok, és egy nemrég elkészült komplex felmérés[2] eredményeképpen az gyermek-egészségügyi alapellátásban dolgozó orvosok és védőnők felkészültségéről, problémáiról, kommunikációs nehézségeiről is rendelkezünk információval, számos olyan kérdésre nem ismerjük a válaszokat, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a gyermek-egészségügyi alapellátásban dolgozók mindennapi tevékenységébe hatékonyan beépülhessen a koragyermekkori fejlődés követése.

A kutatás célja:

1. ***Feltárni*** az alapellátásban dolgozó szakemberek (védőnők, vegyes praxisú háziorvosok/házi gyermekorvosok) körében a 0-7 éves korú gyermekek

[2] Kereki J. - Lannert J. (2009): Korai intervenciós intézményrendszer hazai működése, kutatási zárójelentés TÁRKI-TUDOK Tudásmenedzsment és Oktatáskutató Központ Zrt.

optimális fejlődésének komplex támogatása érdekében végzett munkájára hatást gyakorló alábbi tényezőket, ***bemutatni*** a társszakmák körében tapasztalt azonosságokat és különbözőségeket:

- milyen és hogyan működik a kapcsolatuk a terület egyéb szereplőivel, a családokkal;
- mik az elvárásaik más ágazatok ellátói felé;
- milyen eszközöket és módszereket használnak munkájuk során;
- honnan tájékozódnak; milyen eszközökkel, milyen technikai feltételekkel dolgoznak; hogyan, milyen szakmai fórumon cserélik ki tapasztalataikat egymás közt;
- kitől és milyen segítséget igényelnek munkájukhoz;
- mennyire tartják munkájuk szerves részének, értékének a gyermeki fejlődés követését;
- mit tartanak a legkiemelkedőbb fejlődési célnak, és mit a legkevésbé fontosnak;
- mit tartanak a legsúlyosabb és a legkevésbé súlyos fejlődési problémának;
- hogyan viszonyulnak a feladathoz, mi erősíti, és mi gyengíti a pozitív viszonyulást;
- mennyire tartják magukat kompetensnek a családok segítésében, hol szabják meg a határokat / mi szabja meg a határokat;
- mennyire tartják magukat felkészültnek az eltérő szociális, eltérő kultúrájú, nemzetiségű és etnikumú családokkal való együttműködésre;
- mit várnak egymástól (orvos védőnőtől és fordítva; orvos és védőnő a családoktól);
- hogyan végzik, és hogyan tartják célszerűnek a munkamegosztást, hogyan látják az egymás közötti kommunikációjukat, és a szülőkkel, családokkal való kommunikációt;

- mindebben mennyire segíti őket az elméleti felkészültség, az adott területen eltöltött idő;.

Feltárni, hogy a társágazatok intézményeinek szakemberei, akikkel az egészségügyi alapellátás szakemberei kapcsolatban állnak, hogyan értékelik ezeket a kapcsolatokat, milyen elvárásokat fogalmaznak meg az érintett szakemberekkel szemben.

2. A helyzetfeltárás eredményeihez igazodva a változás érdekében ***javaslatokat megfogalmazni*** a módszertani feladatok számára annak érdekében, hogy a gyermek-egészségügyi alapellátás színvonalasabban járulhasson hozzá a 0-7 éves korú gyermekek egészséges életkezdetének és sikeres iskolakezdésének támogatásához, a gyermekek fejlődésének hatékony nyomon követésével, a bennük rejlő készségek kibontakoztatásának elősegítésével, valamint az eltérő fejlődést mutató gyermekek kiszűrésével. Továbbá ***választ adni*** arra a kérdésre is, hogy a gyermeki fejlődés folyamatos követésére irányuló orvosi és védőnői tevékenységet milyen tényezőkkel lehet erősíteni, a gátló tényezőket milyen módszerekkel lehet csökkenteni.
3. Olyan, minimum 10 indikátorból álló ***indikátorrendszert kidolgozni***, amelynek segítségével mérni lehet a szakemberek elégedettségét, felkészültségét, feladatra való motiváltságát, stb., amely majd egy későbbi hatásvizsgálat keretében a változások értékeléséhez kiindulási alapot szolgáltat.

1.2. Egységes terminológia használatának szükségessége

A koragyermekkori intervenció sikerességéhez elengedhetetlen a társszakmák és a társágazatok közötti közös terminológia, közös értelmezési keret használata. Ehhez nyújt megfelelő kiinduló pontot az EU egyértelmű álláspontja azzal, hogy a 0-tól iskoláskorig (tankötelezettségig) terjedő

időszakot, a koragyermekkort egységes szemléletét ajánlja, mind gondozási, mind nevelési, mind oktatási szempontból. (*3*)

A korai fejlesztés és korai intervenció a laikusok, de még gyakran a szakemberek körében is sokszor egymás alternatívájaként használt fogalmak. A ***korai intervenció*** egy ***gyűjtőfogalom***, amely magában foglalja nemcsak a gyermek konkrét megsegítését, hanem a sérült gyermek családjának, a szűkebb-tágabb környezetének a támogatását is, egyfajta komplex tanácsadást. Ez egy széles körű interdiszciplináris szakemberek által végzett tevékenység, egy transzdiszciplináris szemlélet alapján.

A *korai fejlesztés* egy szelete a korai intervenciónak, amikor egy vagy több fejlesztési módszerrel próbálnak különböző fokban megkésett vagy eltérő fejlődésmenetű (valamely standardizált vizsgáló eljárással mérhető elmaradást mutat a fejlődésmenetben), érzékszervi és, vagy mozgásszervi sérüléssel élő gyermeknek, fejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett gyermeknek („rizikó" gyerekek: koraszülöttek, ikrek, hospitalizált gyerekek; genetikai-biológiai meghatározottság; szociáliskörnyezeti veszélyeztetettség), és az őket nevelő családoknak tervszerűen felépített támogatást, kísérést nyújtani. A korai fejlesztés elsősorban gyógypedagógusok által használt, *pedagógiai tevékenységet* jelölő fogalom. Tartalmilag orvosi, gyógypedagógiai felismerést, diagnosztizálást, ellátást, gondozást és a sokirányú komplex fejlesztést jelent - tehát különböző terápiás szolgáltatásokat foglal magában - az akadályozott fejlődésű, 0-6 éves életkorú kisgyermekek esetében. Orvosi szempontból a kórfolyamatok kezdeti állapotban vannak, a korai diagnosztizálásra vonatkozik. Gyógypedagógiai szempontból a tankötelezettség előtti időszakra, életkorra vonatkozik, a fejlesztendő funkciók megjelenése. Korai fejlesztés esetén inkább habilitációról beszélünk, ami – eltérő fejlődésmenet esetén – a fejlődés útjára való ráhelyezést jelent.

Az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Fogyatékosügyi Főosztálya által megrendelt a korai fejlesztés ágazatközi, jogszabályi és finanszírozási helyzetének stratégiai rendezésére szolgáló munkaanyagban, 2005 augusztusában egy szakértői csoport „a korai fejlesztés fogalmát a hazai és nemzetközi szakmai gyakorlatnak megfelelően, koragyermekkori intervencióra változtatta. ***Az intervenció ugyanis nem csupán a sérült fejlődésirány korrekciója, hanem része a prevenció is, mely magában foglalja a megelőzést célzó ismeretterjesztést, genetikai tanácsadást, a korai felismerést szolgáló egészségügyi szűrővizsgálatokat is.***" (*4*)

A koragyermekkori intervenció fogalmához ma már az egészségügyi, az oktatási és a szociális ágazatok is kapcsolódnak. A szolgáltatásnak része az egészségügyi, pedagógiai, gyógypedagógiai és szociális rehabilitáció, melyeket jogosultság megállapítása után lehet igénybe venni. (*5*)

A ***koragyermekkori intervenció új felfogása a gyermek fejlődését helyezi a középpontba,*** illetve a társadalmi érintkezésnek az ember, azon belül is elsősorban a gyermek fejlődésére gyakorolt hatását vizsgálja. Az új intervenciós megközelítés ***a gyermeket, a családot és a környezetet egyaránt figyelembe veszi***. Ez a változás összhangban áll azzal a kialakuló szemlélettel, mely a problémát, annak kezelését az "orvosi modell" helyett egy "társadalmi modell" kontextusába helyezi. (*6*)

A ***koragyermekkori intervenció a 0-(5) 6 éves korú eltérő fejlődésű gyermekek tervszerűen felépített programja,*** amely magába foglalja a család segítését, szűrést, komplex diagnosztikai vizsgálatot, gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást, különböző terápiás szolgáltatásokat figyelembe véve a gyermek állapotát és a család körülményeit, valamint egyedi igényeiket. (*7*)

A ***koragyermekkori intervenció elkülöníthető elemei***: 1. a szűrés-jelzés szakasza, 2. a minősítés és diagnosztizálás folyamata illetve 3. az ellátások,

juttatások és szolgáltatások rendszere. A ***szűrés-jelzés szakasza*** a preventív jellegű tevékenységekhez kapcsolható, amennyiben valamilyen káros folyamat vagy esemény bekövetkezésének megelőzését szolgálja. A szűrés-jelzés a kockázati tényezők illetve gyanújelek korai felismerésén, a probléma azonosításán túl, szükséges esetben további vizsgálatokra való javaslatot, illetve az egészségügyi-, szociális-, és közoktatási ellátásokba és szolgáltatásokba való továbbirányítást is jelent egészségügyi-, szociális-, és közoktatási ellátásokba és szolgáltatásokba. A jelzés során a jelző személy a gyanújel észlelését követően vizsgálatra küldi a gyermeket, ahol a problémát azonosítják. Elsődleges jelzők közé tartoznak azok a személyek (szülészorvos, védőnő, gyermekorvos, gondozónő, óvónő), intézmények (egészségügyi ellátás, bölcsőde, óvoda), akik biztosan közvetlen kapcsolatba kerülnek a családokkal. Másodlagos jelzők azok a személyek, intézmények, amelyek csak akkor kerülnek kapcsolatba a családdal, ha a szülő felkeresi őket, amennyiben õ maga érzékeli a problémát. A komplex ***diagnosztika szakasza*** az elmaradás felismerésének, a probléma, a tünetek alapján való jellemzésének, beazonosításának folyamatán túl a minősítés, az ellátásra való jogosultság megállapítását is tartalmazza. A jogosultság megállapításának célja valamely egészségügyi, szociális, közoktatási pénzbeli ellátásra (pl. útiköltség térítés, emelt összegű családi pótlék) vagy természetbeni juttatásra (pl. gyógyászati segédeszköz-ellátás, közgyógyellátás, szülősegítő szolgáltatás), illetve személyes közreműködést igénylő szolgáltatásra (pl. otthoni szakápolás, bölcsődei ellátás, gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás) való jogosultság megállapítása. Az ***ellátások, juttatások és szolgáltatások rendszere*** különböző terápiás szolgáltatásokat és a gyermek megfelelő közösségbe kerülésének elősegítése foglal magában a gyermek állapotát és a család körülményeit, valamint egyedi igényeit figyelembe véve. (*8*)

1.3. Kutatási előzmények

A koragyermekkori fejlesztés iránti ***nemzetközi érdeklődés*** rendkívüli módon megnőtt az elmúlt két évtizedben. A fejlett és fejlődő országokban számos kutatás, vizsgálat és ezek nyomán intézkedési, beavatkozási terv készült. Kiemelkedően fontos az a kutatási összefoglaló, amely a koragyermekkori fejlesztésről, mint globális kihívásról készítettek Engle és szerzőtársai 2007-ben, amelynek következtetései számunkra is tanulságul szolgálnak, ha nem is pótolják a hiányzó hazai kutatási eredményeket.[3] A fejlődő és fejlett országok részben eltérő tapasztalatai azonban rámutatnak arra, hogy az alapvető kérdések és válaszok azonosak. Csak átfogó szemléletű, holisztikus, az ágazatok, szakemberek és intézmények együttműködésén alapuló, azonos szakmai alapelveket és módszertant követő, a kutatási eredményeket és a megfelelő gyakorlatokat alapul vevő megoldások segíthetnek. (*8*)

2010-ben az Európai Ügynökség a Sajátos Nevelésű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért a korai fejlesztés témakörében – tagországai képviselőinek kérésére - készített jelentést, az Ügynökség által 2003–2004-ben a korai fejlesztés területén elvégzett elemzés aktualizálására. A projekt aktualizálásával, korszerűsítésével az volt a szándék, hogy azokra az előrelépésekre és fő változásokra összpontosítson, amelyek a projektben résztvevő országokban a korai fejlesztés terén 2005 óta végbementek. Ez az előrelépés és ezek a változások általános érvényűek, és öt olyan, kulcsfontosságú elemmel kapcsolódnak össze (szolgáltatási lehetőségek, hozzáférhetőség, elérhetőség, interdiszciplináris munkalehetőség és sokszínűség), amelyeket az első ügynökségi tanulmány által a korai fejlesztés terén javasolt modell alapvető tényezőinek tekinthetünk. (*5*)

[3] A kutatásról jó áttekintést ad: http://www.promisingpractices.net/research.asp.

A szakértők által megfogalmazott jelentés fő üzenete az, hogy ugyan valamennyi ország tett bizonyos erőfeszítéseket, és minden szinten kétségtelenül történt is bizonyos előrelépés, további munkára van szükség ahhoz, hogy a fő célt biztosan el lehessen érni – azaz, hogy minden gyermeknek és családjának joga van arra, hogy hozzájusson a számára szükséges támogatáshoz illetve ellátáshoz.

Az utóbbi néhány évben a koragyermekkori intervenció működését, illetve fejlesztési lehetőségeit vizsgáló ***hazai kutatások*** több olyan kritikus tényezőre hívták fel a figyelmet, amelyek komoly akadályát képezik a rendszerszerű működés kialakításának. 2008-2009-ben, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megrendelésére, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány Korai Intervenciós Központok fejlesztése c. programja keretében a TÁRKI-TUDOK Zrt. a kora gyermekkori intervenciós rendszer működését vizsgálta (*4, 8*). A kutatáshoz kapcsolódóan készült egy megyei szintű elemzés is, amely a rendszer működését egy anomáliákkal küzdő terület, egy átlagos és egy jól működő hálózat összehasonlításán keresztül közelítette meg (*8, 9*). 2010 nyara és 2011 januárja között az Educatio Kft. TÁMOP 3.1.1. programjának keretében a TUDOK-AITA 2010 konzorcium a rendszer belső összefüggéseit elemző Helyzetfeltárás, regionális helyzetelemzések c. kutatást végezte el (*10*).

1.4. Fókuszban a koragyermekkori fejlődés

Az elmúlt évtizedekben ***a fejlett angolszász és nyugat-európai országokban a koragyermekkor időszakát az emberi fejlődés kitüntetett periódusává nyilvánították*** (Shonkoff és Phillips, 2000 idézi Danis, Farkas és Oates, 2011). Az élet első néhány évében zajló fejlődési folyamatok jelentőségét, valamint azt, hogy ezek milyen nagy hatást gyakorolnak a későbbi életútra, minden olyan szakembernek ismernie és tudatosítania kell, akik ma – bármely segítő, nevelő-

oktató vagy szociális-társadalmi szakmán belül, illetve a politikai döntéshozatalban – kisgyermekekkel és családokkal foglalkoznak. A koragyermekkor időszaka – a későbbi életút megalapozásaként – kihívás a holisztikus, rendszerszemléletű és mértékadó tudomány- és szakmaközi együttgondolkodás, illetve együttműködés számára. (*11*)

A koragyermekkori fejlődés a társadalmi és gazdasági fejlődés egyik alapja, mivel a ma egészséges gyermekein alapul majd a jövő sikeres, kiszámítható és fenntartható társadalma (The Science of Early Childhood Development, 2007 idézi Danis, Farkas és Oates, 2011). ***A tartós testi és mentális egészség, valamint a jó kognitív képességek, az érzelmi jóllét és a szociális kompetenciák együttesen építik fel egy sikeres felnőtt életét.*** A koragyermekkori fejlődés egészségessége és teljessége rövidtávon az intézményes oktatási környezethez való alkalmazkodást, az iskolai sikerességet alapozza meg, amely a felnőttkori életszakaszban a sikeres és felelősségteljes gazdasági és társadalmi részvétel előfeltétele lesz. (*11*)

Az elmúlt évtizedek gyermeklélektani és társtudományi kutatások bizonyították, hogy a koragyermekkori fejlődés üteme és sajátosságai, kitüntetett témakör az életút fejlődés szempontjából. Egyetértünk Rosta Katalinnal (2005) abban, hogy a gyermekek első két-három életévének fejlődési üteme és minősége jelentős hatással van egész életük alakulására. Szinte nincs még egy olyan életszakasz, amelyben ilyen gyors ütemű változások történnének. Mindezek alapjaiban határozzák meg a személyiség fejlődését, későbbi sikerességét. (*12*)

A koragyermekkor életszakasza különösen fontos azon gyermekek számára, akik valamilyen ok miatt a "normálistól" eltérő módon és ütemben fejlődnek. Ha ezt a legfogékonyabb időszakot nem használjuk ki, a gyermek sokkal nehezebben fog bizonyos képességeket megszerezni a későbbi életszakaszokban, és esetleg soha nem jut el arra a szintre, amit egyébként a

benne rejlő képességek lehetővé tennének. Ebben az életszakaszban – az érintettség mértékétől függően – a folyamat még jelentős mértékben vagy akár teljességgel kiegyensúlyozható illetve visszafordítható.

1.5. A különböző szakemberek szerepének jelentősége a koragyermekkori fejlődés követésében

Az optimális koragyermekkori fejlődés figyelemmel kísérése, segítése illetve biztosítása elsődlegesen a szülők, a család feladata és lehetősége. Különösen fontos ez abból a szempontból, hogy a 3 éven aluli gyermekeknek még mindig csak 13 százaléka kap bölcsődei ellátást. Nemzetközi összehasonlításban ez az arány jelentősen alacsonyabb az OECD-országok 30 százalékos átlagánál, és messze elmarad Dánia, Hollandia és Norvégia 50 százalékot is meghaladó értékétől. Az alacsony igénybevétel hátterében többek között, a bölcsődei férőhelyek száma, a jelenlegi családtámogatási rendszer, valamint a kisgyermekes anyák igen alacsony foglalkoztatási aránya áll, így különösen érthető, hogy a családok miért maguk vállalják a napközbeni gondozás (*13*). Óvodai nevelésben a 2011/2012-es tanévben az óvodások (bruttó) részvételi aránya a 3-6 éves népességhez viszonyítva 86%, míg a 2012/2013-as tanévben az érintett korosztály 88%-a (*14*). Jelenleg 5 éves kortól, 2014. szeptember 1-jétől - az új köznevelési törvény: 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről - alapján három éves kortól lesz kötelező az óvodába járás. Az EMMI Köznevelésért Felelős Államtitkárságának álláspontja szerint a három éves kortól kötelező óvodába járás a gyermekek érdekeit szolgálja, a korai intézményes nevelés elsősorban azoknak kínál esélyt a sikeres iskolai tanulmányokhoz, akik nehéz körülmények között nevelkednek. A törvény 8.§ (2) bekezdése – a későbbiekben is - lehetőséget ad arra, hogy a gyermek az ötödik életév betöltéséig felmentést kapjon az óvodába járás alól, ha családi

körülményei, képességeinek kibontakoztatása, sajátos helyzete ezt indokolja. Az engedélyt a jegyző (egyházi és magánintézmény esetében a fenntartó) adhatja a szülő kérésére, a védőnő és az óvodavezető véleménye alapján. Ez logikusan azt jelenti, hogy a felmentés kérvényezésére az óvodába való jelentkezés után kerülhet sor.

A laikus környezet azonban nem minden esetben rendelkezik megfelelő információkkal a koragyermekkori fejlődésről, a szülők, a család, leggyakrabban csak azt veszi észre, hogy a gyermek állandóan valami problémát okoz, mert bizonyos képességei vagy viselkedése alapján eltér a család és/vagy a környezet által „elvárt”-tól.

A fent említett okok indokolják, hogy az első életévekben a gyermekegészségügy feladatai közé tartozik a fejlődés nyomon követése és a megkésetten, vagy eltérően fejlődő gyermekek minél korábbi felismerése. A családdal szoros kapcsolatban álló házi gyermekorvos és a védőnő abban a kiváltságos helyzetben van, hogy követheti a gyermeket a fejlődés útján, figyelmével és értő tanácsaival elősegítheti ennek a folyamatnak az optimális alakulását. Magyarországon világviszonylatban egyedülálló módon alakult a védőnői ellátás, amelynek a koragyermekkori időszak fejlődésének követésében kiemelt szerepe van. A nemzetközi gyakorlatban egyedülálló vonás a védőnői ellátás univerzalitása, vagyis az, hogy a területi védőnő elvileg minden gyermeket iskolakezdésig gondoz a házi gyermekorvossal szoros együttműködésben. (*15*)

A koragyermekkorú gyermekek intézményes nevelése esetén, ***a szülők, a gyermek-egészségügyi alapellátás szakemberei mellett a bölcsődei gondozók és az óvónők közös hivatása és felelőssége is*** az optimális fejlődés követése és biztosítása.

1.6. A gyermek-egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek kompetenciái

Az önálló orvosi tevékenységet törvény (2000. évi II.), a háziorvosi és a házi gyermekorvosi tevékenység jogi, finanszírozási, szakmai feltételeit kormányrendeletek (18/2000., 43/1999.), valamint egészségügyi miniszteri rendelet (4/2000.) határozzák meg. E rendelkezések néhány pontban érintik ugyan a védőnői szolgálat működését is, de a védőnő területi tevékenységét a 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet szabályozza.

A védőnő és az orvos alapfeladatainak illetve közöttük történő feladatmegosztás alapelveinek meghatározása az érvényben levő jogszabályok alapján, az alábbi szempontok figyelembevételével történt. A prevenciót végző személy törekedjen az esélyegyenlőségen, a szükségleten (kor, élethelyzet, kulturális háttér, egészségi állapot, stb.) alapuló, preventív ellátás megvalósítására.

- A prevenció minden szintje - a primer, a szekunder és a tercier - az ellátásban és az egészségnevelő tevékenységben egyaránt megfelelő hangsúlyt kapjon.
- Az alapfeladat és felelősség egyértelműen kerüljön meghatározásra.
- Minden szakember a tudományok jelenlegi állásának, képzettségének és gyakorlatának megfelelően működjön közre a megelőzésben, maximálisan kihasználva a képzettségben rejlő lehetőségeket.
- A prevenció minden szintjén valósuljon meg a szakemberek közötti kölcsönös kommunikáció, érdemi partneri együttműködés. (*16*)

A védőnő, a házi gyermekorvos/vegyes praxisú háziorvos tevékenységi köre egymást kiegészítő feladatellátáson alapuló munkamegosztás (*17)*.

A házi gyermekorvosok kompetencia listája szerint a házi gyermekorvos prevenciós tevékenységi köre - többek között:

- Az újszülött, csecsemő és gyermek fejlődésének nyomon követése, a normálistól való eltérés felismerése és okainak tisztázása.
- Életkorhoz kötött kötelező és egyéb szűrővizsgálatok végzése. (*18*)

A védőnő prevenciós alapfeladatai koragyermekkorban:

- A fejlődést akadályozó (testi, lelki, szociális) tényezők megelőzése és korai észlelése.
- A fejlődést segítő egészséges, biztonságos környezet és gondozás érdekében, segítségnyújtás (információadás, szükség esetén a módszer megtanítása).
- Az átlagostól eltérő fejlődés esetén és a kóros elváltozás korai észlelése érdekében a jogszabály által meghatározott vizsgálatok, szűrővizsgálatok szervezése és végzése, a módszertani irányelvek és tankönyvi útmutatók alapján.
- A megfelelő testi, pszichomotoros és mentális fejlődés elősegítése, az átlagostól eltérő fejlődés, kóros elváltozás korai észlelése érdekében a jogszabály által meghatározott vizsgálatok, szűrővizsgálatok szervezése és végzése, a módszertani irányelvek és tankönyvi útmutatók alapján.
- A veszélyeztető tényezők, a vizsgálatok elvégzése során észlelt gyanújelek jelzése az ellátást végző orvosnak, illetve más szakembernek (pl. gyermekjóléti szolgálat).
- A korrekcióban való részvétel az ellátást végző szakember útmutatásának megfelelően, a rendelkezésre álló fejlesztési eszközök, módszerek ismeretével és otthoni alkalmazásának elősegítésével.
- Meggyőzni az egyént (a családot) az egészségfejlesztésben, szükség esetén a gyógykezelésben, a habilitációban, rehabilitációban való együttműködésre, az ellátást végző orvos, illetve más szakember

útmutatásainak betartására, a szükséges vizsgálatok, gyakorlatok elvégzésére.

- Az ellátó orvos, illetve más szakember útmutatásainak megfelelően megismertetni, megtanítani a szükséges alapvető otthonápolási és fejlesztési ismereteket és alkalmazásuk módját.
- A prevenció irányelveinek és gyakorlati módszereinek rendszeres egyeztetése és megbeszélése az ellátást végző orvossal, illetve más szakemberrel, az egységes szempontok szerinti gondozás megvalósítása érdekében.
- A védőnői tevékenység dokumentálása, az előírt védőnői adatok szolgáltatása. (*17*)

1.7. A gyermek-egészségügyi ellátás szakembereinek szűrési (észlelési)-jelzési kötelezettsége és folyamata

A házi gyermekorvosok, a vegyes praxis háziorvosok és védőnők számára az 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről illetve 51/1997.(XII. 18.) NM rendelet, illetve módosítása: 67/2005. (XII. 27.) EüM rendelet "A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról" határozza meg az egyes életkorokban - a biztosítottak által térítésmentesen igénybe vehető - az életkori sajátosságokhoz igazodó betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatok kötelezettségét. A 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról külön is rendelkezik a védőnő által elvégzendő szűrővizsgálatokról.

A védőnői fejlődési vizsgálat célja, hogy kiszűrje és jelezze azokat a problémákat, amelyek további kivizsgálást igényelnek, és így minden fejlődési

elmaradással vagy eltérő fejlődésütemmel küszködő gyermek időben kerüljön megfelelő ellátásra.

A korai felismerés alapja a rendszeres monitorizálás, amit az alábbi tényezők indokolnak:

- A fejlődés rendszeres monitorizálása lényegesen több információt nyújt, mint egy adott pillanatban készült státuszfelvétel. A gyermekre jellemző fejlődési ütem és irány prognosztikailag sokkal többet mond, mint az egyszeri állapot detektálása.
- Egyes fejlődési zavarok csak bizonyos életkorban válnak nyilvánvalóvá. Pl. a beszédzavarokat, az autizmust, a súlyosabb magatartási zavarokat, az érzelmi élet zavarait általában 2-4 éves kor között, a speciális tanulási zavarokra utaló tüneteket pedig 5 éves kor után lehet felismerni.
- A háziorvos, a házi gyermekorvos és a védőnő a család látogatása és a rendelőben illetve a tanácsadóban végzett vizsgálatok kapcsán alaposabban a megismerheti a gyermek környezetét, a szülő-gyermek kapcsolatot, a szülő elvárásait gyermeke fejlődésével kapcsolatban, ezek ismeretében hatékonyabban támogathatja a szülőket gyermekük fejlődésének követésében és biztosításában.

A jelzés folyamata részben szabályozott az egészségügy ellátórendszerben. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendeletben került szabályozásra, hogy a 0-6 éves korúak vizsgálata, szűrővizsgálata során észlelt eltérésről a házi gyermekorvos/házi orvost írásban kell értesíteni. A gyermek fejlődését veszélyeztető tényezők észlelésekor a háziorvost, illetve a gyermekjóléti szolgálatot haladéktalan értesítése mellett, a védőnőnek fokozott gondozásba kell vennie a veszélyeztetett gyermeket és családját.

1.8. A gyermekegészségügyi ellátás szakembereinek együttműködési kötelezettsége és együttműködésük jellemzői

Minél hamarabb észleljük a gyanújeleket, azonosítjuk a problémát és juttatjuk el a gyermeket vizsgálatokra, illetve irányítjuk tovább különböző ellátásokba, vagyis kezdjük el a korai intervenciót, annál nagyobb az esélye a fejlődési ütem felgyorsításának. Megelőzhetők a másodlagos "ráépülő" torzulások. Ennek érdekében a koragyermekkorban lévő gyermekekkel foglalkozó szakembereknek – ha bármilyen rendellenességet észlelnek a fejlődésben - összehangolt munkával mindent el kell követniük a korai intervenció sikeressége érdekében.

A koragyermekkori fejlődés időszakában elengedhetetlen az érdemi együttműködés egyrészt a társszakmák szakemberei között, másrészt az ágazatközi szakemberek között. Ebben a periódusban ugyanis a gyerekek ellátásában összefonódnak az egészségügyi, közoktatási és szociális feladatok, a különböző területek szakembereinek kulcsfontosságú szerep jut abban, hogy a szülőkkel szoros együttműködésben támogassák a kisgyermek fejlődését.

A védőnő gondozási feladatait önállóan végzi, ennek során kapcsolatot tart és együttműködik az egészségügyi alapellátás képviselőivel - legszorosabban a háziorvossal, a házi gyermekorvossal és a szülész-nőgyógyász szakorvossal - és az egészségügyi szakellátás szakembereivel. A védőnőknek és a háziorvosnak/házi gyermekorvosnak egyaránt, kölcsönösen, hatékonyan és képzettségüknek megfelelően kell részt venniük a megelőző-gyógyító ellátásban ahhoz, hogy:

- a gondozott személyek (családok) a szükségletüknek megfelelően részesüljenek a megelőzésben (primer, a szekunder, tercier) és a gyógyító ellátásban,

- megvalósulhasson a jogszabályok, a protokollok, szakmai irányelvek, az állásfoglalások, az útmutatások egységes szemléletű alkalmazása,
- hiteles legyen a megelőző ellátás és gondozás, amely szükséges feltétele annak, hogy megnyerjük a gondozott személyeket és családtagjaikat az együttműködésre. (*16*)

A koragyermekkori intervenció eredményességének, a gyermek szükségleteihez megfelelően igazodó ellátás megteremtéséhe elengedhetetlenül szükséges az ellátás folyamatában résztvevő valamennyi szakember közötti kölcsönös, hatékony, érdemi és képzettségüknek megfelelő együttműködése, folyamatos kapcsolattatása és kommunikációja. (*19*)

A jogszabályok együttműködési, kapcsolattartási, közreműködési és értesítési (jelzési) kötelezettséget írnak elő, függetlenül attól, hogy térben és időben a házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő a tevékenységüket hol végzik.

A sikeres beavatkozások a szülővel való partneri együttműködésben a leghatékonyabbak. Koragyermekkorban a szülői bánásmód minősége, az érzelmi és értelmi stimuláció a meghatározó a gyerek fejlődése szempontjából. A szülői készségek, ismeretek sokféle módon fejleszthetőek: tájékoztatással, gyakorlati útmutatással, otthoni segítségnyújtással, képzéssel, szülő-gyerek kapcsolat erősítésével, szülői kompetenciák fejlesztésével, terápiás jellegű beavatkozásokkal, a közösségi erőforrások és a tágabb család mobilizálásával. (*16*)

A megkésett vagy kóros fejlődési irányú gyermekeknek és az őket nevelő szülőknek, családoknak külön segítségre van szükségük, hogy előnyös tárgyi és személyi feltételek biztosításával a gyermek képességei kibontakozzanak, és funkcióéretté váljanak. (*8*)

1.9. Koragyermekkori fejlődés követésének dokumentálása

A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelete 8. § (1) bekezdése előírja az érintett személy részére a vizsgálat eredményéről történő lelet adását is.

A lakóhely szerint illetékes területi védőnő a jogszabályban leírt védőnői szűrővizsgálatokról *védőnői tájékoztatót* állít ki 2 példányban, mely tartalmazza a védőnői szűrővizsgálatokat, azok eredményét, értékelését, a javasolt teendőket és a védőnő aláírását, ezzel vállalva a felelősséget a leírtakért. A védőnő az egyik tájékoztatót (igazolást) a szülőnek adja, a másikat, a szülővel aláíratva megtartja. A szülő, az aláírásával igazolja a védőnői tájékoztató átvételét.

Elváltozás észlelése esetén a területi védőnő igazolható módon értesíti a házi gyermekorvost/háziorvost. Személyes megbeszélés esetén a védőnőnél maradt példányon a házi gyermekorvost/háziorvos dátummal, aláírásával és pecsétjével igazolja, hogy a tájékoztatást megkapta, egyéb esetben tértivevénnyel szükséges megküldeni és azt csatolni a védőnőnél maradt példányhoz.

A házi gyermekorvos/háziorvos elvégzi az orvosi szűrővizsgálatokat, valamint a védőnő által jelzett elváltozással kapcsolatos további vizsgálatokat, melyek eredményéről, teendőkről (szakrendelésre utalás, gondozásba vétel) a szülőnek leletet ad és bejegyzi a „Gyermek-egészségügyi Kiskönyvbe” is. A védőnő által jelzett eltérés, vagy az orvosi vizsgálat során észlelt probléma esetén az orvosi lelet másolatának átadásával, megküldésével visszajelez a védőnőnek, szükség esetén személyes konzultációt kezdeményez.

A gyermekről 5 éves életkorban „fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére” megnevezésű orvosi adatlap kiállítása kötelező, a területi védőnő által szolgáltatott információk felhasználásával, melynek adatait

az 5 éves korban végzett védőnői szűrővizsgálatról kiadott tájékoztató kell, hogy tartalmazza. A házi gyermekorvos/háziorvos az 5 éves korban kiállított „fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére” megnevezésű orvosi adatlapot minden esetben megküldi a gyermek iskola-egészségügyi dokumentációját vezető, óvodát ellátó védőnőnek.

A szűrővizsgálattal kapcsolatos tevékenység ellenőrzésének alapja az orvos és a védőnő dokumentációja és a szűrésekről kiadott védőnői tájékoztató és orvosi lelet. A szűrővizsgálati eredmények/leletek a gyermek-egészségügyi törzskarton/gondozási lap részét képezik.

1.10. A koragyermekkori fejlődés követésének eredményességét befolyásoló problématerületek

A következőkben azokat a legfontosabb problématerületeket foglaljuk össze, amelyek azonosítása, ezt követően korrekciója illetve fejlesztése szükséges ahhoz, hogy a gyermek-egészségügyi alapellátás megfelelően hozzájárulhasson a 0-7 éves korú gyermekek egészséges életkezdetének és sikeres iskolakezdésének támogatásához, a gyermekek fejlődésének nyomon követésével, a bennük rejlő készségek kibontakoztatásának elősegítésével, valamint az eltérő fejlődést mutató gyermekek kiszűrésével.

A praxis és a gondozottak körének különválása

A rendszerváltozást követően a korábban szinte teljes körű védőnői szolgáltatás sokféle változáson ment át. Az alapellátásban bekövetkező reformfolyamat, egyrészt az orvosi alapellátás privatizálásával az egészségügyi alapellátás struktúrájának - a korábbi körzetek felbomlása, a háziorvosi, házi gyermekorvosi és a védőnői körzetek elválása egymástól -, másrészt a szabad orvosválasztás jelentős változást idézett elő a területi védőnők és a házi gyermekorvosok munkakapcsolatában. A megváltozott társadalmi környezet

(sok család nem kíván élni a védőnői szolgáltatás igénybevételével különböző okokból), az eltérő elvárások a szolgáltatással szemben egyfelől, a védőnő-hiány (abszolút értelemben és helyettesítéssel pótolva) az amúgy is elmaradt térségekben, valamint a nem kellő erőforrások biztosítása másfelől meggyengítette a korábban nagyon magas színvonalú, de szűkebb fókuszú ellátás minőségét. (*16*)

A háziorvosi és a gyermekorvosi működés szervezeti egysége a szabad orvosválasztás alapján szerveződő praxis. A védőnői ellátási területe a védőnői körzet. A védőnői ellátás biztosítása jelenleg a települési önkormányzatok feladata. A települési önkormányzat képviselőtestülete állapítja meg és alakítja ki az egészségügyi alapellátások körzeteit.

A védőnői alapfeladata, kötelezettsége a körzetében élő családok védőnői ellátása, gondozása. A feladatok ellátása, és nyomon követése egyedül a körzet keretei között valósítható meg hatékonyan. A szabad orvosválasztással 1 körzeti orvos és 1-2 körzeti védőnőből álló egység megszűnésének következményeként a házi gyermekorvos és a háziorvos által ellátottak köre (a praxist választók), már nem teljesen azonos a védőnők által ellátottak körével (a körzetbe tartozókkal). ***Ez jelentős változásokkal, funkcionális zavarokkal jár az együttműködésben, a kapcsolattartásban.*** Az együttműködést és kapcsolattartást tovább nehezíti a területi védőnők és házi orvosok között, hogy a „közösen" ellátandók vonatkozásában már nem egy helyen (egy rendelőben/tanácsadóban) és nem egy közös rendelési időben vannak jelen az orvosi és a védőnői ellátás nyújtásakor. (*17*) Az így kialakult helyzet - elsősorban a nagy városokban újfajta együttműködést igényel a kapcsolattartásban, és annak dokumentálásában.

Számtalan olyan eset előfordulásáról hallhattunk már, amikor az anya nem kívánta igénybe venni a területileg illetékes védőnői ellátást, arra hivatkozva, hogy a választott házi gyermekorvos - akinek egyébként nincs ismerete a családi,

lakókörnyezeti körülményekről - rendelésén megkapja a védőnői tanácsadás körébe tartozó információkat, segítséget. Az is előfordult már, hogy lebeszélték az anyát, hogy a területileg illetékes védőnő tanácsadását igénybe vegye. A szabad orvosválasztásnak ezek a szélsőséges megnyilvánulásai azonban rendkívüli módon megnehezítik, esetleg lehetetlenné teszik a gyors reagálást és a megfelelő együttműködést.

Szervezeti változások

A védőnői és a házi gyermekorvosi praxis különválásával, a vegyes háziorvosi/házi gyermekorvosi praxis privatizációjával *megszűnt a közös munkáltatás***.** Az alapellátásban dolgozó orvosok túlnyomó többsége vállalkozó, a védőnők pedig az önkormányzattal munkaviszonyban álló közalkalmazottak. Ez a megváltozott munkajogi helyzet már önmagában is együttműködési zavar forrása lehet.

Az egészségügyi reform kezdetén, a háziorvosi/házi gyermekorvosi rendszer kiépülésével és privatizációjával *felbomlott az addig szervezetileg egységes anya- és csecsemővédelmi rendszer*. majd *kettévált a korábban egységes gyermekorvosi és védőnői szakfelügyelet* is. (*20*) Ezzel egyidejűleg megszűnt a rendelők és területi egységek egységes, gyermekgyógyászati szakfelügyelete. A védőnők önálló szakfelügyeleti rendszere - szemben az átszerveződött házi gyermekorvosi szakfelügyelettel - lehetővé teszi a szakmai segítés és szakmai kontrolling egyidejű megvalósítását. A különvált szakfelügyeleti rendszer nehezíti a gyermekek érdekében végzett közös munkát.

Szabályozási hiányosságok

Az önálló orvosi tevékenységet törvény (2000. évi II.), a háziorvosi tevékenység jogi, finanszírozási, szakmai feltételeit kormányrendeletek (18/2000., 43/1999), valamint egészségügyi miniszteri rendelet (4/2000.) határozzák meg. E rendelkezések néhány pontban érintik ugyan a területi

védőnői tevékenység gyermek-egészségügyi alapellátást érintő vonatkozásait részletesebben a 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet rendelet tárgyalja.

Ezekről a törvényekről általában megállapítható, hogy *a házi gyermekorvosi és az intézményi különválásából eredő helyzetet nem szabályozzák megfelelően*. A vegyes praxisú háziorvos/házi gyermekorvos és a védőnő ellátási tevékenységének az új szervezeti felállásnak megfelelő finomabb összehangolása szakmai, jogi és finanszírozási szempontból egyaránt elmaradt, nem történt meg harmonikus beillesztésük az egészségügyi alapellátás rendszerébe, nincs egységes szakmai irányításuk. (*20*)

Miközben a jogszabályok nagy általánosságban a két szolgálat közötti „együttműködésről", „közreműködésről" rendelkeznek, *nem különítik el egyértelműen a családokat ellátók közötti feladatmegosztást, nem határozzák meg a védőnői önállóság és felelősség határait, a szakmai koordináció kérdéskörét, az együttműködés formáit és a feladatvégzés számon kérhetőséget*. A jogszabályok az alapellátó orvos számára a gyógyító-megelőző ellátás teljes feladatkörét meghatározzák, a védőnők feladatait csak a prevencióra és a szűrővizsgálatokra vonatkozóan részletezik. (*20*)

A jogszabályok az együttműködési és közreműködési kötelezettségeken túl, kapcsolattartási és értesítési (jelzési) kötelezettséget írnak elő, függetlenül attól, hogy térben és időben a házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő a tevékenységüket hol végzi. A jogszabályok azonban nem határozzák meg az együttműködés helyét, idejét, és gyakoriságát. Ezt az együttműködésre kötelezett felekre bízza, de az egyeztetést, a konzultációt, illetve annak tartalmát úgy kell dokumentálni, hogy az visszakereshető, ellenőrizhető legyen az egészségügyi dokumentációban.

A szabályozási környezet a következőkben is átgondolásra érdemes: pl. a jelentési kötelezettség szabályozása, elsődleges szűrési eredményekről való

tájékoztatás, szűrési kontrollpontok átgondoltabb meghatározása, a többi ágazati törvénnyel való jogszabályi harmonizációra való törekvés. (*10*)

A gyermekegészségügyi szakemberek képzés, továbbképzési hiányosságai

Az orvosok és védőnők alap- és posztgraduális képzésében a koragyermekkor mind ez ideig elhanyagolt és kevéssé fontosnak tekintett időszak. A képzések jelenleg sem mennyiségükben, sem minőségükben nem követik a koragyermekori fejlődés pontos észlelésére és értékelésére szolgáló ismeretanyagot. Az alapvetően betegség-orientált, a kurációra koncentráló orvosképzésben szinte egyáltalán nincs, míg az elsődlegesen egészség-orientált és preventív feladatokra felkészítő védőnőképzés képzési programjában is csak esetlegesen jelenik meg a mindennapi gyakorlatban oly fontos, a koragyermekkori fejlődésre illetve korai fejlesztésre irányuló elméleti ismeretanyag és a készségek elsajátítására szolgáló gyakorlati képzés. (*21*)

A jelenlegi továbbképzések nem nyújtanak megfelelő kínálatot a korai fejlődés követésének illetve korai intervenció témakörében, és módszereikben sem megfelelők, mert túlzottan az elméleti ismeretek átadására fókuszálnak, a gyakorlati készségek fejlesztésének hátrányára. A továbbképzések tartalmi kérdései mellett nem feledkezhetünk el a továbbképzések elérhetőségének kérdéskörére sem. A védőnők az elérhetőséggel kapcsolatosan a következő problémákat fogalmazzák meg: a képzési költségek finanszírozhatósága, utazási időráfordítás (a képzések jelentős része munkaterületétől, lakóhelyétől távol kerül megszervezésre, a képzések időpontja és időtartama.

Az ellátásban együttműködő szakemberek *az alapképzés ideje alatt kevés alkalmazásképes tudáshoz jutnak a hatékony szakmaközi és intézményközi együttműködésről, a folyamatos és differenciált team-munka alapjairól, vagy azokról az ismeretekről, amelyek az ellátórendszerben való tájékozódásukat segíthetnék.*

A gyermek-egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek kompetencia problémái

Nehezítik a koragyermekkori fejlődés követésének, fejlesztésének helyzetét a gyermek-egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek kompetencia problémái. Nincsenek átgondoltan meghatározva sem az orvosok, sem a védőnők preventív és gondozási feladatai. *Hiányzik a gyermekorvos és a védőnő preventív tevékenységének, a különböző minőségükben* (házi gyermekorvos, iskolaorvos, területi védőnő, iskolavédőnő) *végzett szűrővizsgálatoknak az összehangolása***.** Sok a szakmailag esetlegesnek tűnő előírás, nem harmonizál kellőképpen a házi gyermekorvos, vegyes praxisú háziorvos, valamint a védőnő kompetenciája Sok esetben mindkét szolgálat ugyanazokra a szűrésekre kötelezett, noha a védőnők esetében a semmire sem kötelező „alap"- vagy „tájékozódó" jelzővel megkülönböztetett szűrővizsgálatokról beszélünk. Ezek sokszor csak ún. előszűrések, amelyek önálló elvégzése nem jár kellő haszonnal. Az adatok értékelése és a további teendők meghatározása azonban már az orvossal közös tevékenység. Pl. igaz ez a védőnő által önállóan végezhető érzékszervi vizsgálatok eredményeinek értékelésére is. (*20*)

Problémát jelent az is, hogy *az orvosok többsége nem ismeri a védőnőképzés tartalmát, ezért nem a képzettségnek megfelelő feladatok ellátását várja el a védőnőtől***,** amely következtében a megszerzett tudás egy jelentős része nem kerül alkalmazásra.

Az orvosok szerepfelfogása

A képzés hiányosságai mellett számolni kell az orvosok sajátos szerepfelfogásával is, amellyel kapcsolatos gyakori tapasztalat, hogy *közöttük magasabb presztízst, nagyobb figyelmet élvez a betegségek tüneteinek felismerésére való fókuszálás, a kuráció, a betegség-centrikusság ellátás***,** szemben a preventív feladatok ellátásával. Az alapellátásban töltött évekkel ez –

számos tényezőtől függően – a mindennapi elvárásoknak megfelelően változhat (posztgraduális képzések tartalma, családok elvárása, motiváció, stb.). Ebben szerepet játszhat az a tény is, hogy az orvosi munka teljesítmény-értékelésében hangsúlyosan a "betegség ellátás" minőségének a vizsgálata jelenik. (*21*)

A fenti körülmények között az orvos és a védőnő között csak akkor valósítható meg az érdemi együttműködés, ha az nem egyoldalú és az érintett szakemberek kölcsönösen motiváltak az együttműködés kialakítására és fenntartására. Egyéb esetben nehezen kivitelezhető, hogy a védőnő megfelelően tudja minden egyes orvos egyéni elveit is figyelembe véve végezni a megelőző ellátást, illetve a gyógyító tevékenységben való megfelelő közreműködést.

Gyermekút-menedzsment problémái

Az egészségügyi szereplők kevéssé tájékozottak más szakterületeken nyújtható ellátásokról, terápiás lehetőségekről, ezért *esetleges, hogy az egészségügyi ellátásból elkerül-e a gyermek a pedagógiai jellegű ellátásba*. *Az ellátásba való bekerülésnek igen fontos differenciáló tényezője* az egészségügy rendszerén belüli, illetve az egészségügyi, oktatási és szociális intézményrendszer szereplői közötti *kapcsolati háló kiterjedtsége*, a kapcsolatok intenzitása, minősége. *A szélesebb intézményi kapcsolati hálóval rendelkező közigazgatási egységekben korábban ellátásba jutnak a gyermekek.* Gyakori jelenség az is, ahol az ellátás súlypontja egészségügyi intézmény, ott a rendszer tovább benntartja a gyermekeket az egészségügyi ellátásban, később kerülnek pedagógiai jellegű intézményekbe. (*10*)

A jogszabály *a fejlődési elakadások gyanújának védőnő általi felvetése esetén az orvos felelősségeként jelöli meg a gyermek továbbküldését, számára a betegút biztosítását*. Ezzel kapcsolatosan a védőnők körében felmerült annak az igénye, hogy a gyanújelek felismerését követően közvetlenül küldhessék a gyermekeket szakorvosi vizsgálatra. Az orvosok ezt nem tartják kívánatos

változásnak, hangsúlyozzák, hogy egy-egy gyanújel hátterében gyakran valamilyen „átmeneti”, orvosolható probléma áll, ami gyakran feleslegessé teszi a gyermek továbbküldését.

A korai fejlesztésbe kerülés lehetőségét nehezíti, hogy még *az orvosok körében is fellelhető a “majd kinövi” szemlélet*, és ez megakadályozza, hogy a rászoruló családok időben kapják meg a gyermek optimális fejlődéséhez szükséges segítséget. Az orvos várakozásra intő hozzáállásának hátterében gyakran a felismerésben és/vagy a fejlesztő, terápiás eljárásokban rejlő lehetőségek nem ismerete áll.

Szakmai protokollok, szakmai irányelvek hiánya

Hiányoznak azok az egységes szemléletű, a teljes gyermekegészségügyi alapellátásra és az oktatási illetve szociális szférára vonatkozó szakmai irányelvek, preventív-gondozási protokollok, amelyek keretében átfedések nélkül, pontosabban meg lehetne határozni e szolgálatok tevékenységi körét. (*20*)

Magyarországon – többek között - az egészségügyi szűrési eljárások rendszere megújításra és egységesítésre szorul, *hiányoznak a korszerű, standardizált szűrési módszerek*. (*10*)

Új protokollok kidolgozását illetve a meglévő protokollok bővítését tűzi ki célul a 1092/2007. (XI. 29) Kormányhatározatának kiemelt fejlesztési területekhez kapcsolódó intézkedési terve, melynek I.A) 2.) alapján a jövőben: „Ki kell dolgozni a 0-7 éves korú gyermekek fejlődésének komplex (szomatikus, pszichomotoros, érzékszervi, kognitív stb.) méréséhez és követéséhez szükséges állapotfelmérő adatlapok standardjait és eljárási protokolljait annak érdekében, hogy a fejlődésben való megakadás és a fejlődést hátráltató problémák időben felismerhetők és kezelhetők legyenek.”

A probléma felismerése és az ellátásba kerülés között a gyermek teljes útja sem szabályozott, *nincs protokoll, amely az ellátórendszerben való eligazodást*

segítené. Az intézményrendszerben való tájékozódás – elsősorban – az érintett szülők számára nagy kihívás. *Az intézmények együttműködésére, a bennük folyó párhuzamos munka kiküszöbölésére, a közös munka összehangolására, az információk megosztására és hatékony kezelésére* nincsenek átfogó, központilag meghatározott protokollok. (*10*)

Az együttműködés és a kommunikáció hiányosságai

A korai fejlesztéssel kapcsolatos szolgáltatásokban és ellátásban különböző ágazatok érintettek, és különböző szakterületekről érkező, különböző szakmai háttérrel rendelkező szakemberek vesznek részt. Ahhoz, hogy az eltérő illetve megkésett ütemű fejlődést mutató gyermekek a szükségletüknek megfelelő ellátásban tudjanak részesülni, a felismerésükben és ellátásukban érintett valamennyi szakembernek, valamint a gyermek családjának egyenrangú szereplőként kell együttműködnie.

A koragyermekkori intervenció eredményessége szempontjából kívánatos lenne, hogy a gyermekek ellátásában résztvevő összes szereplő, intézménytől függetlenül folyamatos kapcsolatot tartson, együttműködjön és konzultáljon egymással a gyermek érdekében.

Tapasztalataink szerint *a különböző ágazatok szakemberei között jellemzően kevéssé alakulnak ki állandó és szilárd kapcsolatok, nem működnek jól a szakmai kommunikációs csatornák, nem láthatóak egymás számára a szakmai szerepek, szakmai tevékenységek*, amelyek nehezítik illetve lehetetlenné teszik, hogy az ellátói körben ki tudjanak alakulni az inter- és transzdiszciplináris teamnek.

A koragyermekkori fejlesztésben az informális kapcsolatoknak nagy szerepük van az információáramlás elősegítésében, és ezzel a továbblépés lehetőségeinek megteremtésében, a rendszer zökkenőmentes működésének biztosításában.

A védőnők túlzott adminisztrációs terhei, a jelentős terhet jelentő papírmunka, a szakma munkát és kapcsolattartást könnyítő egységes informatikai rendszer hiánya lassítja az alapellátáson belüli információáramlást.

A szabályozás ellenére a kapcsolattartás működése nem optimális. A védőnő és a házi gyermekorvos/vegyes praxisú háziorvos közötti kapcsolattartás kifejezetten nehézkes. Egy korábbi vizsgálat szerint az esetek egyharmadában a védőnő-orvos megfelelő együttműködésének hiánya akadályozza általában a megelőző-gyógyító ellátást (*16*). 2010-ben egy újabb vizsgálat még a korábbinál is gyengébb kapcsolatokat talált, a körzetek valamivel több, mint felében nem volt együttműködés a két szakember között (*21*).

Az ellátásba való bekerülés szempontjából fontos a különböző ágazati irányítású intézményes szereplők közötti kapcsolatok kiterjedtsége, a kapcsolatok intenzitása, minősége. Minél kiterjedtebb és stabilabb a kapcsolati háló, annál korábban jutnak be a gyermekek az egészségügyből a pedagógiai jellegű, illetve a szociális ellátásba (*10*).

Információhiány

A korai fejlesztéssel kapcsolatos ellátórendszerről, szolgáltatásokról *megfelelő kiadványok, tájékoztatás és adatbázis hiányában az információk illetve azok hozzáférése mind a szakemberek, mind pedig a szülők számára hiányos és esetleges*. Az információhiány akadályozza az ágazaton belüli, az ágazatok közötti átjárást, de a szülőket is bizonytalanságban tartja döntéseiket, illetve gyermekük további sorsát illetően. Az intézményekről, a különböző terápiákról, a juttatásokról az érintett szülők leggyakrabban hasonló helyzetben lévő szülőktől, ismerősöktől vagy internetről informálódnak (*8*).

Az internetről való tájékozódás lehetőségét a védőnők is fontosnak tartják. A hozzáférésen túl a megoldást, egy stabil, ellenőrzött és folyamatosan

karbantartott szakmai internetes háttér megteremtésében látják, annak érdekében, hogy azon keresztül naprakész szakmai információkhoz juthassanak.

A szakembereknek és a szülőknek gyakran nem az információhoz való hozzáférés jelenti a problémát, hanem az, hogy hogyan találják meg azt a speciális információt, amely a gyermek és a család igényeinek és szükségleteinek függvényében a legfontosabb és a leghasznosabb.

Szervezett információáramlás leginkább az egészségügyi intézményes szereplők között létezik, amennyiben a számukra előírt jelzési kötelezettségeket jogszabály írja elő. A különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplők is hiányosan informáltak egymás munkájáról. *A házi gyermekorvosok és a védőnők hiányolják a feléjük irányuló visszacsatolást.* Számukra döntően az informális csatornákon beérkező információk jelentik a tájékozódási pontokat. A különböző intézményes szereplők között hírvivő szerepet gyakran a szülő látja el.

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés és elérhetőség

Magyarországon a korai fejlesztéshez kapcsolódó ellátások és szolgáltatások nagymértékben a centralizált és a decentralizált rendszert kombinálják úgy, hogy a felelősségeket és a feladatokat igyekeznek megfelelő módon elosztani, teríteni az egyes szintek között.

Általános tendencia, hogy a korai fejlesztéssel kapcsolatos ellátásokat és szolgáltatásokat a lehető legközelebb igyekeznek telepíteni és nyújtania gyermekhez és a családokhoz. A tapasztalat azonban az, hogy a nagyvárosokban élők lehetőségeivel ellentétben *a kis településeken, falvakban a speciális szolgáltatások szinte elérhetetlenek*.

A koragyermekkori intervenciós rendszer intézményeinek szakember-ellátottságának elégtelensége vagy teljes hiánya, a speciális szükségletekhez igazadó kínálat hiánya hátráltatja a diagnózis időben történő felállítását, az

intervenció időben történő megkezdését, esetleges szükségmegoldások alkalmazását. (*10*)

A szakorvosi beutalásra vagy a korai fejlesztő ellátásba való eljutást a szülői problémaészlelés hiányosságai, a szülői gondatlanság mellett, az utazási illetve utaztatási nehézségek és a családok szociális-gazdasági erőforrásainak szűkössége is erősen befolyásolja. Gyakorlatilag a családok egy részének anyagi helyzetéből fakadóan elérhetetlenek bizonyos szolgáltatási formák. Az utazást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ugyan finanszírozza, de utófinanszírozással, ami nem minden gyermek, illetve család részére könnyíti meg az ellátásba kerülést.

Az anyagi elérhetőségek tekintetében jó mutató lehet az intézményekben ellátott, eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekeket nevelő családok anyagi helyzete. Egy 2008-as vizsgálatból kiderült, hogy az érintett családok csaknem egynegyedének nincs munkajövedelme, forrásaik elsősorban családtámogatási ellátásokból és szociális támogatásokból adódnak össze. (*9*)

Dokumentáció, adatbázis és az adatnyilvántartás hiányosságai

Az egységes dokumentáció, az egységes dokumentációs rend, a számítógépes adattárolás online összekapcsolhatóságának, a háziorvosi és a védőnői szolgálat, a gyermekellátás egységes, kompatibilis, internet alapú informatikai rendszerének hiánya, az egységes – az érintett szolgálatok mindegyikére kiterjedő országos –, *releváns adatbázis hiánya* akadályt jelentenek a korai fejlesztés hatékony megvalósításában.

Infrastrukturális feltételek hiányosságai

A privatizációnak, illetve az ún. funkcionális privatizációnak sok védőnői tanácsadó esett áldozatul, mert ezek az önkormányzatok döntése alapján a háziorvosok használatába került. A teljes vagyoni, rendelői privatizáció miatt néhol nehézségek támadtak a védőnők tanácsadó helyiségeinek biztosításában, a

közös rendelők/tanácsadók rezsiköltségeinek és a rendelői minimum-felszerelések megosztásában. (*20*)

Több védőnő közös használatában lévő tanácsadók esetén, *önálló munkaszobák hiányában számos helyen lehetetlenné válik a zavartalan védőnői tanácsadás szervezése*, vagy csak meghatározott időtartamban, ami korlátozza, hogy a tanácsadás a lakosság többségének megfelelő időben kerüljön megtartásra.

A védőnői tanácsadók eszközellátottsága a minimumfeltételeknek megfelel. *Problémát inkább az egyes eszközös elavultsága vagy késedelmes javítása jelent.* A védőnők korai fejlesztésben való szerepével kapcsolatosan felmerül a minimumfeltételek eszközökre vonatkozó szükségszerű bővítése.

A védőnői tanácsadók informatikai eszközellátottsága bővítésre szorul. Az adatok tárolását és továbbítását megkönnyítené, ha a dokumentumok beolvasására scannerek állnának rendelkezésre. A védőnők táblagépekkel való ellátása lehetőséget adna arra, hogy a felvett adatok, akár már a családlátogatás alkalmával azonnali rögzítésére és továbbításra kerülhessenek.

A kutatás hipotézisei

Feltételezésünk szerint:

1. A szakemberek a 0-7 éves korú gyermekek gondozása során a sikeres iskolakezdés megalapozása érdekében legfontosabb elérendő célnak a gyermek harmonikus testi és pszichés fejlődését, valamint harmonikus fejlődését támogató tárgyi és pszichoszociális környezet biztosítását tartják.
2. Minél idősebb a gyermek, annál kisebb mértékben követik nyomon a szakemberek az egyes fejlődési területek változását, és minden életszakaszban legnagyobb mértékben a tápláltsági állapot, a testi és

mozgásfejlődés, valamint mozgásszervi működések és érzékszervi változások nyomon követésére helyezik a hangsúlyt.

3. A védőnők munkájuk során gyakrabban észlelik a kompetenciahatárok tisztázatlanságát, a házi gyermekorvossal/vegyes praxisú háziorvossal párhuzamosan történő munkavégzés problémáját, mint az orvosok.
4. A válaszadók jelentős része elégedetlen a jelenleg rendelkezésre álló munkakörülményekkel, munkafeltételekkel, technikai eszközökkel, valamint módszertani és egyéb támogató szolgáltatásokkal, szükségesnek tartják fejlesztésüket.
5. A praxis jellemzői (a körzet jellege, ellátási területe: földrajzi és közigazgatási; ellátott települések száma; az ellátottak/gondozottak száma, a túlmunka mértéke és időtartama) és a szakemberek szociodemográfiai jellemzői befolyásolják az együttműködő szakemberek kapcsolattartási formáit és hatással vannak a kommunikációval való elégedettségük mértékére.
6. A szakemberek családokkal szembeni elvárásai különbözőek a gyermeki fejlődés követése szempontjából.
7. A védőnők szükségesebbnek tartják a jelenlegi dokumentációs eljárások módosítását illetve egységesítését, mint a vegyes praxisú háziorvosok/házi gyermekorvosok, valamint a tisztázatlan feladatmegosztás hatással van a szakemberek dokumentációval és információ-áramlással kapcsolatos változtatási igényeire.
8. Az orvosok a 0-7 éves gyermekek testi, motoros, mentális és beszédfejlődésének területén, valamint az érzékszervi működések és mozgásszervi változások területén, míg a védőnők (pszichés és magatartás) területén érzik legfelkészültebbnek magukat.

9. A továbbképzéseken való részvételi lehetőség korlátozott anyagi és időbeli tényezők által.
10. A praxis jellemzői (a körzet jellege, ellátási területe: földrajzi és közigazgatási; ellátott települések száma; az ellátottak/gondozottak száma, a túlmunka mértéke és időtartama) és a szakemberek szociodemográfiai jellemzői alapján nincs különbség a védőnők és az orvosok véleménye között abban, hogy mely motivátorok bírnak magasabb pontértékkel munkamotivációjukra.

2 Módszerek

2.1. Mintavételezés

Az országos területi lefedettség biztosítása érdekében a regionális struktúrát vettük figyelembe, így a mintába a 7 régióból 6 régió területi egységei (főváros/megye) kerültek beválasztásra: Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Vas megyék, valamint Budapest. A megyéken belül a települések típusa szerint határoztunk meg kategóriákat, így a megyeszékhely, város, község került definiálásra.

A védőnői mintaválasztás kétlépcsős, véletlen arányos eljárás keretében történt. Először meghatározásra került a védőnői körzetek megoszlási aránya település típusonként (főváros, megyeszékhely, város, egyéb település). A védőnői körzetek megoszlását településtípus szerint az Országos Tisztifőorvosi Hivatal országos vezető védőnője bocsájtotta rendelkezésre. A GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság szekszárdi egysége biztosította az országos lefedettséget jelentő, kiválasztott területek (Budapest, Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Vas megyék) védőnői körzeteinek adatbázisát, mely tartalmazta a tanácsadó címét és a védőnő nevét. Ezt követően az egyes megyék/főváros településtípusának megfelelő arányban SPSS statisztikai program segítségével történt a mintakeretből a minta választása a közbeszerzési kiírásban meghatározott 380 elemszámnak megfelelően.

Az orvosi mintavételhez szükséges mintavételi keretet a megyei/fővárosi Kormányhivatalok Népegészségügyi Szakigazgatási Szervei a kiadott működési engedélyek adatbázisából bocsájtották rendelékezésünkre.

Házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok esetében a védőnőihez hasonló mintavétel torzítást eredményezett volna, mivel a házi gyermekorvosok

50%a Budapesten, közel 80%-a Budapesten és a megyeszékhelyeken dolgozik. Ugyanakkor vegyes háziorvosi praxisok pedig szinte kizárólag községekben találhatók. A mintába kerülés esélyének biztosítása érdekében valamennyi területről 25-25 házi gyermekorvos (összesen 150 orvos) és Budapestet kivéve 30-30 vegyes praxisú háziorvos (összesen 150 orvos) került a mintába településtípusonként arányos, véletlen mintavételi eljárással az SPSS program segítségével.

2.2. Adatgyűjtés módszere

A keresztmetszeti vizsgálat során kérdőíves adatfelvétel történt. A kérdőívek kérdezőbiztosok útján kerültek kijuttatásra az egészségügyi dolgozókhoz. A kérdőíveket a kitöltést követően felbélyegzett borítékban postai úton jutatták vissza a számunkra.

A kérdőív 54 kérdést tartalmazott, melyből 33 kérdést használtunk fel a jelentés elkészítéséhez. A kérdőív öt fő részre osztható. Az első részben került feltérképezésre a szocio-ökonómiai státuszt. A kérdéskörön belül rákérdeztünk a válaszadó foglalkozására, hogy mely megyében található az ellátási területe, valamint hogy milyen típusú településen található az ellátási körzete. Az ellátási terület esetében négy kategóriát jelöltünk meg: főváros, megyeszékhely-megye jogú város, város illetve község. A kérdőívek kiértékelése során az első két kategória összevonásra került, ezért az elemzés során három kategóriát szerepeltetünk.

A védőnők, háziorvosok és a házi gyermekorvosok esetében is feltárásra került, hogy területi-, körzeti teendőik mellett, mely intézményekben (óvoda, iskola) látnak még el feladatokat. Az összefüggés elemzés során a kategóriákat csoportosítottuk. Az összevonás után három kategóriát alakítottunk ki: területi feladatok mellett iskola orvosi és iskola védőnői feladatok ellátása, területi feladatok mellett óvoda védőnői és óvoda orvosi feladatok ellátása és területi

feladatok mellett iskola-, óvoda orvosi és iskola-, óvoda védőnői feladatok ellátása.

Felmérésre került, hogy az egészségügyi dolgozó munkája során ellát-e több települést, ha igen akkor rákérdeztünk a települések számára is. Rákérdeztünk, hogy ellát-e helyettesítést illetve megkérdeztük a helyettesítés időtartamát is (rövid vagy hosszú távú helyettesítés). Feltérképezésre került az egészségügyi dolgozó által gondozott és ellátott betegek száma valamint, hogy az ellátottak és gondozottak közül hány fő tartozik a 0-7 éves korosztályba. Ha a szakdolgozó ellátott helyettesítést, akkor felmértük a helyettesítési területén lévő gondozottak számát, valamint hogy abból hány fő tartozik a 0-7 éves korosztályba. Felmértük az ellátási és a helyettesítési területen az eltérő és megkésett fejlődésű és a szociálisan hátrányos gyermekek számát is.

Felmértük, hogy a dolgozók munkájuk során milyen közlekedési eszközöket vesznek igénybe. Rögzítésre került, hogy az orvosok hány védőnővel a védőnők pedig hány orvossal állnak munkakapcsolatban. A kapott válaszokat négy kategóriába rendeztük: 0 és1, 2 és 3, 4 és 5, 6 vagy annál több. A kérdőív szocio-ökonómiai részében kitértünk, hogy mennyire van lehetőségük a szakembereknek, hogy a munkaidejüket rugalmasan kezeljék. Rákérdeztünk a válaszadók korára illetve legmagasabb iskolai végzettségére is. Az életkort az összefüggés elemzésbe korcsoportos bontásban vontuk be. Három korcsoportot alakítottunk ki: 35 évnél fiatalabb, 35-től 49 évesek, és 49 évnél idősebbek. Az iskolai végzettséget négyfokozatú skálán mértük (a védőnő MSc és védőnő BSc képzéssel rendelkezőket közös kategóriaként kerültek elemezésre (védőnő osztott képzés)).

A kérdőív második részében a szakembereknek a gyermekek fejlődésének megítélésére vonatkozó attitűdre kérdeztünk rá. Felmérésre került, hogy mennyire tartják fontosnak a 0-7 éves korú gyermek gondozása során a sikeres iskolakezdés megalapozása érdekében a különböző célokat. A többváltozós

elemzésekhez a válaszokat dichotomizáltuk: nagyon fontosnak tartják és elég fontosnak tartják (nem fontos, viszonylag fontos, eléggé fontos kategóriákat vontuk össze).

Feltérképeztük, hogy különböző feladatokat mennyire tartják fontosnak az orvosok és a védőnők a saját munkaterületükön belül a gyermekek átlagos fejlődésének biztosítása szempontjából. A többváltozós elemzésekhez a válaszokat ebben az esetben is dichotomizálátuk. Két kategóriát alakítottunk ki: teljes mértékben, és nagymértékben (az egyáltalán nem, kismértékben és nagymértékben kategóriák összevonásából) tartják fontosnak a leírt feladatokat.

Rákérdeztünk, hogy ki milyen mértékben követi munkája során a különböző fejlődési területek változását az egyes életkori szakaszokban, csecsemő-, kisgyermek-, és óvodáskorban. A válaszok az előbbiekhez hasonlóan kerültek kategorizálása. Két kategóriát alakítottunk ki: teljes mértékben, és nagymértékben (az egyáltalán nem, kismértékben és nagymértékben kategóriák összevonásából) tartják fontosnak a leírt feladatokat

Felmérésre került továbbá még az ellátási területeken a megkésett fejlődési problémákkal, fogyatékosságokkal élő 0-7 éves korú gyermekek száma.

A kérdőív harmadik része térképezte fel a munkaelégedettséget valamint a munkatársakkal való elégedettséget. Felmérésre kerültek a dolgozók munkahelyére jellemző munkafeltételek és munkakörülmények. Kértük, hogy jellemezzék mennyire elégedettek a rendelkezésre álló tényezőkkel. A válaszokat a következőképpen kategorizáltuk az összefüggés elemzéshez: nem vagy kismértékben elégedett (nem elégedett, kismértékben elégedett és elégedett kategóriák összevonásából képeztük) illetve teljes mértékben elégedett vagyok.

Szintén felmérésre került többek között hogy ki mennyire elégedett a módszertani és támogató szolgáltatásokkal illetve, hogy bizonyos módszertani szolgáltatások milyen mértékben segítik a munkájukat. Az elégedettség esetében a kérdésekre adott választ a regressziós elemzésekhez csoportosítottuk. Két

kategóriát alakítottunk ki: teljes mértékben elégedett és a nagymértékben, kismértékben, elégedetlen kategóriák összevonásából képzett nem teljes mértékben vagyok elégedett kategóriát. A válaszok a módszertani szolgáltatások esetében is csoportosításra kerültek (teljes mértékben elégedett, és a nagymértékben, kismértékben, elégedetlen kategóriák összevonásából képzett nem teljes mértékben vagyok elégedett kategória).

Rákérdeztünk, hogy az orvosoknak és a védőnőknek milyen szakemberekkel volt kapcsolatuk az elmúlt 12 hónapban, illetve, hogy ki kit tartana fontosnak bevonni a közös munkába. Kértük, hogy ezzel párhuzamosan jellemezzék azt, hogy mennyire elégedettek a szakemberek között tapasztalt együttműködéssel (válaszokat két kategóriába soroltuk: teljes mértékben elégedett vagyok, és csak elégedett vagyok).

Külön kérdésben kértük, hogy jellemezzék elégedettségük mértékét a kommunikációval kapcsolatosan. A válaszok a fenti kérdéshez hasonlóan kerültek csoportosításra.

Fontosnak tartottuk felmérni, hogy mely kommunikációs formák (megbeszélés, értekezlet, levélváltás egymás dokumentációjának áttekintése) jelennek meg a szakdolgozók munkájában, illetve mely kommunikációs formákra tartanának igényt.

Felmérésre került, hogy a vegyes praxisú háziorvosok, házi gyermekorvosok és védőnők munkájuk ellátása során mennyire elégedettek a szülők tudatosságával, tájékozottságával, együttműködési- és kapcsolattartási hajlandóságával a gyermekük átlagos fejlődésével kapcsolatosan. A válaszokat a következőképpen kategorizáltuk: kismértékben elégedett (egyáltalán nem vagyok elégedett, kismértékben vagyok elégedett kategóriák összevonása) és nagymértékben elégedett (nagymértékben elégedett és teljes mértékben elégedett kategóriák összevonása).

A kérdőív negyedik részében a vegyes praxisú háziorvosok, házi gyermekorvosok és védőnők tájékozottságát továbbképzésekkel kapcsolatos igényüket, attitűdjeiket mértük fel. Kértük, hogy értékeljék kompetenciahatáraiknak megfelelően felkészültségüknek mértékét a különböző részterületeken. A válaszokat 1-től 10-ig terjedő skálán mértük, ahol az 1 az egyáltalán nem vagyok felkészültet a 10 pedig a nagyon felkészültet jelentette.

Felmérésre került, hogy ki milyen forrásokból tájékozódik a munkájukhoz szükséges információkról. A válaszokat a többváltozós elemzések során dichotomizáltuk: nagy vagy kismértékben és teljes mértékben kategóriákat kialakítva.

A kérdőív utolsó témakörét a vegyes praxisú háziorvosok, házi gyermekorvosok és védőnők munkamotivációval kapcsolatos attitűdjei képezték. Kértük, hogy jellemezzék, hogy különböző tényezők milyen mértékben motiválják a dolgozókat munkájuk során. A kérdésekre adott válaszokat 1-től 10-ig terjedő skálán regisztráltuk, ahol az 1 jelentette: egyáltalán nem, a 10 pedig: teljes mértékben.

2.3. Statisztikai elemzés

Adataink feldolgozásához PASW Statistics 18.0.0 (SPSS for Windows) szoftvert használtuk. A válaszadók szocioökonómiai státuszának bemutatása során feltüntettük a válaszadók elemszámát (N) és százalékos megoszlásukat (%). A válaszadók szakmai tapasztalatát, életkorát, ellátottjai és gondozottjainak átlagos számát is feltüntetésre került a hozzájuk tartozó szórás értékekkel. A szakemberek felkészültségét jelző illetve a motivációs faktorok esetében a 95%-os megbízhatósági tartományok (95%MT) is feltüntetésre kerültek.

A szakemberek véleménye, attitűdje és munkakörülményeinek jellemzése során területi vagy életkor szerinti csoportbontást végeztünk. A csoportokon belül a részarányokat Pearson-féle khí^2-próbával hasonlítottuk össze. Abban az esetben, ha az alacsony esetszámok miatt a Pearson-féle khí^2-próbát nem lehetett

alkalmazni a próba nem paraméteres (Fisher-féle egzakt próba) párjának alkalmazására került sor.

Az összefüggés elmézések elkészítéséhez többváltozós logisztikus és lineáris regressziós elemzést használtunk. A többváltozós logisztikus és lineáris regressziós elemzés során a demográfiai, szocioökonómiai, praxis-, gondozási körzet tulajdonságait jellemző változóinkat a változók közötti lehetséges kovariancia miatt Forward Conditional (logisztikus regressziós elemzés esetében) és Stepwise (lineáris regressziós elemzés esetében) módszerrel léptettük a modellekbe. A módszer lényege, hogy egyesével lépteti be a magyarázó változókat a modellbe. Elsőként az a független változó lép be a modellbe, mely a legerősebben korrelál a függő változóval. A másodikként belépő független változót, már a parciális korrelációk erőssége szerint választja ki a statisztikai program. A parcialitás ebben az esetben azt jelenti, hogy a bevonásra váró változók, milyen erősen hatnak a függő változóra akkor, ha a bevont független változót kontroll alatt tartjuk. A program eredménytáblájában így csak a beléptetett változók látszanak, annak ellenére, hogy az összes felsorolt feltételezett befolyásoló tényező bevonásra került az elemzésbe. A többváltozós logisztikus regressziós elemzés során kapott eredményeket esélyhányadosokkal jellemeztük (EH), illetve feltüntetésre kerültek a hozzájuk tartozó p-értékek is. Minden egyes modellnek feltüntettük a magyarázó erejét is (Nagelkerke R Square). A többváltozós lineáris regressziós elemzés során a kapott eredményeket a lineáris regressziós koefficiensekkel jellemeztük (b), illetve megjelenítettük a hozzájuk tartozó p-értékeket is. Ebben az esetben is feltüntetésre került a modellek magyarázó ereje (R^2).

3 Összefoglaló elemzés a fókuszcsoportos interjúk alapján

3.1. Az alapellátásban dolgozó szakemberek szerepe a koragyermekkori optimális fejlődés megítélésében

- Mennyire tartják munkájuk szerves részének, értékének a gyermeki fejlődés követését?
- Mit tartanak a legkiemelkedőbb fejlődési célnak, és mit a legkevésbé fontosnak?
- Mit tartanak a legsúlyosabb és a legkevésbé súlyos fejlődési problémának?

A fókuszcsoportos interjúkon elhangzott válaszok alapján a szakemberek munkájuk alapjának tekintik a gyermeki fejlődés követését. Egyfelől a kötelező státuszvizsgálatok miatt, tehát a munka kötelező jellege is meghatározó, de másfelől saját értékrendjük, elhivatottságuk alapján is fontos cél ez számukra.

A védőnők legfontosabb fejlődési területet nem emeltek ki, a vélemények nagy része a komplex szemléletet hangsúlyozta, azaz a fejlődés minden területét összefüggéseiben kell tekinteni. A fejlődési cél meghatározásának alapjául az egyéni jellemzők szolgálnak. Tehát nem lehet egyetlen globális szinten megjelenő célt kiemelni, hanem azt személyre szabottan kell meghatározni, az egyén saját képességeihez mérten kell a legtöbbet kihozni a gyermekek fejlődéséből. A védőnők számár a komplex gondozás fontos, hiszen ez az egyéni fejlődési cél csak akkor érhető el, ha a védőnők családi szinten is megvizsgálják a fejlődéshez szükséges környezeti feltételeket (úgymint meleg családi légkör, biztonság és szeretet, megfelelő életkörülmények, táplálkozás). Így fontos fejlődési célként határozták meg azt is, hogy a fejlődést hátráltató tényezőket fel kell ismerni, lehetőség szerint fel kell számolni, és a korai fejlesztői munkát mihamarabb el kell indítani. Legkevésbé fontos fejlődési célt nem fogalmaztak

meg, a vélemények egyöntetűen azt mutatták, hogy a gyermek fejlődésének minden területének hangsúlyosnak kell lennie.

A házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok fókuszcsoportos interjúiban elhangzottak alapján az orvosoknál szintén megjelent a komplex szemlélet. Fontosnak tartják azt, hogy a gyermekek testi és mentális fejlődése egyenletes és harmonikus legyen, illetve a nyelvfejlődés, intelligencia területét külön is kiemelték. Emellett a gyermek szomatikus fejlődése is előtérbe került, külön kiemelve a megfelelő testsúly fontosságát. Az orvosok esetében a család, mint a gondozás színtere szintén szerepet kapott. Kiemelték a biztonságos és szeretetteljes környezet fontosságát, emellett hangsúlyt kapott a nevelés, korlátozás kérdésköre is. Az orvosok véleménye szerint a gyermekek fejlődéséhez a szülőknek mielőbb meg kell tanítani a gyermekeknek a kereteket és korlátokat, mert ha ez hiányzik, akkor a gyermekek fejlődése nem lehet optimális.

Ha különböző életkorú gyermekeket vizsgálnak, akkor azonban mind a védőnők, mind az orvosok meg tudtak fogalmazni olyan területeket, amelyek életkoronként, a gyermek életkori sajátosságainak megfelelően nagyobb hangsúlyt kapnak (amellett, hogy a többi területet is folyamatosan nyomon követik). Az orvosok számára a 0-1 éves korban a szomatikus fejlődés a leghangsúlyosabb. A testsúly, a tápláltság kérdéskörét emelték ki. Csecsemőkorban fontos területként említették a mozgásfejlődés vizsgálatát, valamint a megfelelően ingergazdag környezet szerepét az optimális fejlődés biztosításához. A védőnők számára hasonlóképpen fontos ebben az időszakban a hossznövekedés és súlynövekedés, a testarányok változása, az érzékszervi működések vizsgálata, illetve kiemelték ők is a mozgásfejlődés területét. A védőnők számára a vizsgálat közben viselkedés is fontos ebben az életszakaszban. Az 1-3 éves korú gyermekek esetében az orvosok megemlítették a szobatisztaság és nyelvfejlődés területét, illetve a játéktevékenység kezdetét,

mint hangsúlyos fejlődési területet. A védőnők hasonlóképpen említették ezeket, de emellett megjelent a manipuláció, finommotorika területe, és a szociális készségek, szabálykövetés fejlődése is. Óvodáskorban az orvosok kiemelték a mozgásfejlődést, illetve a csoportba illeszkedés készségének fejlődését is. A védőnők szintén említették a társas készségek fejlődését, és az önállóság, önellátásai szokások fejlődésének fontosságát is. Tehát megfigyelhető, hogy míg csecsemőkorban a szomatikus fejlődés a legfontosabb, az óvodáskor felé haladva hangsúlyt kap a mozgás-, beszéd- és a szociális készségek fejlődése is.

Összefoglalva elmondható tehát, hogy mind a védőnők, mind a gyermekorvosok számára a gyermek komplex fejlődése a cél, amelyet nem önmagában, hanem egyrészt az életkori sajátosságok és egyéni képességek szerint, másrészt a szocializációs környezet ismeretében kell vizsgálni.

A fejlődési problémákkal kapcsolatban mind az orvosoknak, mind a védőnőknek ki kellett emelni a legsúlyosabb és a legkevésbé súlyos fejlődési problémákat, amellyel praxisukban találkoznak. A védőnők csoportjában elhangzott válaszok szerint az tekinthető a legsúlyosabbnak, ami nem fejleszthető, nem gyógyítható, hanem eleve adott, veleszületett rendellenesség. Mindkét csoportban súlyos problémaként rajzolódott ki az értelmi károsodás, és az érzékszervek fejlődésének zavara. Az orvosok körében súlyos problémaként emelték ki a gyermekkori elhízást, a mozgásfejlődés zavarait, és különböző ritka rendellenességeket (pl. vérképzési problémák). Legkevésbé súlyos problémaként a védőnők esetében a normál testsúlytól való kisfokú eltérés és a kisfokú mozgásfejlődési lemaradás jelent meg. Mindkét csoport gyakori nehézségként említette a mozgásszervi problémákat (gerincferdülés, lúdtalp).

3.2. Kompetencia - Feladatmegosztás

- Mennyire tartják magukat kompetensnek a családok segítésében, hol szabják meg a határokat / mi szabja meg a határokat?

- Hogyan végzik, és hogyan tartják célszerűnek a munkamegosztást?

A kompetencia-határok és a munkamegosztás kérdésköre mindkét típusú csoportban erős érzelmeket generált, érezhetően hangsúlyos pontja a szakemberek munkájának ez a kérdés.

Az orvosi vélemények nagyrészt megegyeztek abban, hogy fő kompetenciájuk közé a betegségek szűrése, felismerése és kezelése tartozik, emellett a védőoltások beadása is orvosi kompetencia. A prevenciót is említették, de ennek meghatározása számukra már problémát jelent, mert nincsen jól elkülönítve, hogy mi tartozik az orvosi, és mi a védőnői prevenciós tevékenységek közé. A feladatmegosztás ezen a területen a legkevésbé kimunkált. Egyrészt párhuzamosan történik státuszvizsgálat az orvos és a védőnő által is, és ajánlásokat is mindketten tesznek. Viszont a nehézséget az jelenti, hogy nincsen egységes nézetrendszer például a táplálkozási tanácsok területén, és előfordulhat, hogy az orvos és a védőnő is mást mondanak, javasolnak az édesanyáknak. Sok esetben ez azért alakul így, mert nem valósul meg a munkamegosztás, az együttműködés a szakemberek között. Ennek egyik fő oka, hogy míg gyermekorvost a szülők választhatnak, addig a védőnő kötelezően a saját körzetükhöz tartozó szakember lesz, így a mindennapi kapcsolat gyakran nem tud megvalósulni a szakemberek között.

A védőnők saját kompetenciakörükbe tartozónak nevezték meg az érzékszervi szűréseket, a testi fejlődés, a mozgásfejlődés, a beszédfejlődés követését, illetve az ehhez kapcsolódó tanácsadást. A párhuzamosságokat ők is a szűrések és egyes tanácsadások területén látják, itt is elhangzott a vélemény, mely szerint nincsen érthetően körvonalazva a szakemberek közötti munkamegosztás módja. Ellátatlan területet nemigen tapasztalnak, azt viszont problémaként nevezték meg, hogy sokszor a gyermekorvos nem küldi tovább szakrendelésre az általuk

kiszűrt gyermekeket (pl. hallásvizsgálat után), így a gyermek nem mindig jut időben kezeléshez, fejlesztéshez.

A kompetenciahatárokat az orvosok szerint a törvények szabják meg, azonban ezek nem elég pontosak ahhoz, hogy jól elkülönüljenek a tevékenységek (lásd prevenció). A védőnők felsorolták még a módszertani leveleket, a munkaköri leírást, illetve a személyes kompetencia-érzést, azaz mindenki maga is érzi, hogy „meddig mehet el" egy-egy tevékenységben. Mindkét csoport kiemelte, hogy nem tisztázottak a feladatkörök, illetve az ezzel kapcsolatos elégedetlenség is kifejeződött. A munkamegosztás a legtöbb esetben az adott szakemberek személyes szándékán, motivációján, befektetett energiáján múlik. Többen említették, hogy náluk működik a team-munka orvos és védőnő között, azonban a tapasztalatok ezzel kapcsolatban nem egyöntetűen ilyen pozitívak. Emellett a szülők elvárásai is elmossák a határokat: sokszor például a védőnőtől várják a gyógyszereléssel, gyógyítással kapcsolatos tanácsokat is.

A munkamegosztás optimalizálására hasonló vélemények születtek az orvos és a védőnő csoportokban. Ezek szerint az egészséges-beteg kategória mentén lehetne a munkamegosztást szervezni, azaz a védőnő feladata lehetne a státuszvizsgálat, és ha ő a normál fejlődéstől való eltérést észlel bármely területen, akkor azt jelzi az orvosnak. Emellett egyöntetűen megjelent az a vélemény, hogy a team-munka elengedhetetlen, azaz a jelzés-visszajelzés, az esetmegbeszélés nélkül nem tudnak hatékonyan dolgozni a szakemberek. Ebben a team-ben nem csak az orvos-védőnő kapcsolata lenne fontos, hanem az egyéb intézményekkel (bölcsőde, óvoda, gyermekjóléti központ, stb.) való kapcsolat is. Emellett fontos lenne a szülők felé is jelezni a kompetenciahatárokat, és együttesen képviselni ugyanazokat a nézeteket.

3.3. Elvárások

- Mik az elvárásaik más ágazatok ellátói felé?

• Mit várnak egymástól (orvos védőnőtől és fordítva, az orvos és védőnő a családoktól)?

Más ágazatoktól (említették itt többek között a Gyermekjóléti Központot, Családsegítő Szolgálatot) a védőnők elvárják, hogy a jogszabályok szerint rögzített kötelezettségeiknek eleget tegyenek, így megelőzve azt a helyzetet, hogy védőnőnek saját kompetencia-határait átlépve kelljen egy családnak segíteni (pl. adósságkezelés). Ez segítené a csapatmunka megvalósulását is, ami szintén elvárás a védőnők szerint. Az orvos-csoportokban elhangzottak szerint elvárás az, hogy a szociális ágazat képviselői jelezzenek, ha problémát tapasztalnak, és jelezzenek vissza, ha egy gyermekkel kapcsolatban közös munka folyik. Elvárásként fogalmazták meg azt is, hogy legyenek elérhetőbbek, pl. hétvégén is. A pedagógusok részéről fontos lenne, hogy több ismeretük legyen a speciális szükségletű gyermekekről, és a gyermek testi állapotát figyelembe véve alakítsák például a testnevelés órán elvárt teljesítményt.

A gyermekorvosok-védőnők közötti elvárások főként a team-munka mentén jelentek meg. A gyermekorvosoktól és vegyes praxisú háziorvosoktól a védőnők elvárják az érdemi partneri együttműködést. Ez alatt azt értik, hogy az orvos végezze el az összes, saját hatáskörbe tartozó feladatot (pl. védőoltás beadása), ne hárítsa át a védőnőre. Fontos lenne az is, hogy a saját feladatukért, döntéseikért vállalják a felelősséget mind a védőnővel, mind a családokkal szemben. Ehhez az kellene, hogy az orvosok is ismerjék a saját és a védőnői hatáskörbe tartozó feladatokat. A team-munka szintén megjelent, mint elvárás, ezt külön kiemelték és elemezték a résztvevők. Ehhez fontosnak tartják a folyamatos információcserét, egymás tájékoztatását, amely jelenleg sajnos sokszor nem működik. Elvárásként fogalmazták meg a visszajelzést is (pl. ha egy gyermek esetében jelzik a hallásproblémát, és ezt jelezik a gyermekorvos felé,

akkor ő jelezzen arról, hogy megkapta ezt, és hogy beutalta-e fül-orr-gégészeti vizsgálatra a gyermeket). A gyermekorvosok elvárása a védőnők felé főleg az eltérések és problémák észlelésének jelzése, illetve az együttműködés megvalósítása, hiszen „egy hajóban eveznek”, ahogy említették.

A családoktól a védőnők és az orvosok is elvárják, hogy a tanácsaikat fogadják meg, az utasításokat pedig tartsák be. A védőnők megfogalmazták még, hogy érdemi együttműködést várnak a családtól is, illetve azt, hogy a döntés felelősségét ne hárítsák át rájuk. A munka elismerésének szükséglete mindkét csoportnál megjelent. A gyermekorvosok elvárása, hogy a szülő nevelje gyermekét. Fontosnak tartják, hogy a szülő rendelkezzen alapvető gyermekgondozási és gyermekápolási ismeretekkel, és ne vigye ügyeletre például egy láz miatt gyermekét, csak akkor, ha az valóban csillapíthatatlan. Emellett elvárják, hogy ha a gyermeket beutalják szakorvosi vizsgálatra, oda a szülő vigye el, legyen együttműködő.

3.4. Kommunikáció

- Hogyan látják az egymás közötti kommunikációjukat, és a szülőkkel, családokkal való kommunikációt?

A kommunikáció kapcsán a gátló és segítő tényezőket hangsúlyozták mind az orvos-, mind a védőnő-csoportban résztvevő szakemberek. Az egymással való kommunikációt mindkét fél szerint segíti a személyes kapcsolat, könnyebb úgy kapcsolatot tartani, ha ismerik is egymást személyesen. A védőnő csoportban hangsúlyozták, hogy mindennek az alapja, hogy a felekben legyen meg az igény a kölcsönös kommunikációra, azaz legyen partneri, szimmetrikus viszony orvos és védőnő között. A közös nyelv használata is segíti a gyors, hatékony kommunikációt. Gátolja azonban az, hogy a védőnőknek a túl sok adminisztráció mellett kevés ideje jut másra, illetve sok helyen nem csak idő-, hanem

eszközhiány is jelentkezik (pl. nincs internet, vagy csak egy számítógép van a munkahelyen). Az egyoldalú kommunikációra is felhívták a figyelmet, azaz sokszor az orvosoktól nem érkezik visszajelzés egy-egy megkeresés kapcsán. Az orvosok segítő tényezőként említették, hogy a kommunikáció több csatornán is folyhat (internet, telefon, levél, szóbeli kommunikáció), azonban problémának látják az időbeosztásbeli eltolódást, azaz sokszor nem egy idősávban dolgoznak, így a telefonos kapcsolattartást nehezebbnek érzik. Az internethasználat kapcsán ők is említettek nehézséget is: sokszor félrevezető lehet egy-egy mondat, illetve elmaradhat a visszajelzés a védőnők részéről.

A családokkal való kommunikáció kapcsán a személyes kapcsolat volt a legfontosabb segítő tényező. A védőnők a családgondozás során kialakított viszonyt, a gyakori találkozások szerepét emelték ki, az orvosok pedig azt, hogy ha valaki hosszú ideje dolgozik egy praxisban, akkor a sokéves kapcsolat alapja a jó kommunikációnak. A védőnők említették a közös célt (a gyermek jólléte és fejlődése), mint a kommunikációt segítő tényezőt. A családokkal való kommunikációt gátló egyik legfontosabb tényező az esetleges nyelvi és kulturális különbség (konkrét példaként említettek külföldi, magyarul nem beszélő családot). A helyszín adottságai is befolyásoló erejűek lehetnek, hiszen egy tanácsadóban, ahol például három-négy szakember dolgozik, nem biztos, hogy bizalommal meg tud nyílni egy szülő. A szülői érdektelenség és tájékozatlanság szintén gátolhatja a kommunikációt. A védőnő csoportban elhangzottak szerint az orvos-védőnő viszony is befolyásolja a családokkal való kommunikációt is, hiszen ha az egyik szakember akár indirekten is negatív véleményt közvetít a másikról, akkor az ő véleménye kevésbé fog számítani. Az orvosok szerint a szakma iránti bizalom megfogyatkozása is ronthatja a családokkal való kommunikációt.

3.5. Ismeretek (felkészültség, tájékozottság)

- Honnan tájékozódnak?

A védőnők az ismereteiket leggyakrabban a szakmai módszertani levelekből, és a szakfelügyeleti tájékoztatás során szerzik. Sokan említették az internetet, mint hasznos, gyors és egyszerű információ-forrást (és amiatt is fontos, mert sok haszontalan információ jut el a szülőkhöz ezen a csatornán, ezek leépítéséhez ismerni kell a téves információt is). A szaklapokhoz, szakkönyvekhez a legtöbben akkor jutnak hozzá, ha azt saját költségükre megveszik, így kevesen használják a tájékozódás ilyen formáját. A konferencia és a továbbképzések szintén fontosak lennének, más területeken is (például gyermekgyógyászati, gyógypedagógiai, pszichológiai témákban akár), de az anyagi korlátok miatt (illetve a saját szabadság terhére) ez sem mindenki számára elérhető. Többen említették, hogy az ingyenes továbbképzések színvonala nem olyan magas, mint a „fizetős" képzéseké. A közös értekezletek, esetmegbeszélő konferenciák viszont sokszor ilyen szempontból is nagyon hasznosak, egymástól is sokan tudnak ilyen formában tanulni. Néhányan a szülőket is említették, akik időnként új és érdekes információval tudnak szolgálni, tőlük is lehet tanulni.

Az orvos-csoportokban a továbbképzéseket és kongresszusokat emelték ki legnagyobb hangsúllyal. A szakmai protokollok és módszertani levelek is fontosak ebből a szempontból. Az internet, különböző orvosi portálok is hasznos információt nyújtanak számukra. Egymás számára is szoktak kör-emaileket küldeni, melyben például a jogszabály-változásokat foglalják össze. Szaklapokat többen olvasnak (Gyermekgyógyászati Szemlét például), de ennek költségei gyakran meghaladják a kereteiket.

- Milyen szakmai fórumon cserélik ki tapasztalataikat egymás közt?

A védőnők kiemelték a jelzőrendszeri megbeszéléseket, amelyek alkalmat nyújtanak más szakemberekkel való találkozásra. Az esetkonferenciák azonban nem mindig eredményesek, sokszor a védőnő véleménye nem kerül elég nagy hangsúllyal latba, vagy egyáltalán el sem fogadják javaslatait. Az informális helyszínek, találkozások (ebédlőben, kávézóban) bár nem szervezettek, mégis sokszor jól működnek szakmai fórumként is. Többen említették, hogy jó lenne, ha lenne lehetőség szupervíziók, tréningek szervezésére, azokon való részvételre, mert ezek lehetnének a legjobb alkalmak.
Az orvosok kiemelték a továbbképzéseket, kongresszusokat, ahol egymással tudnak értekezni, de ők is hangsúlyozták, hogy más szakemberekkel való tapasztalat-csere ritkán valósul meg sajnálatos módon. Léteznek esetmegbeszélő konferenciák, amelyek nagyon hasznosak, ezekből kellene többet szervezni.

•Mennyire tartják magukat felkészültnek az eltérő szociális, eltérő kultúrájú, nemzetiségű és etnikumú családokkal való együttműködésre?
A védőnők a fent nevezett tényezők nem jelentenek különösebb nehézséget, mivel az egyéni tényezők sokkal fontosabbak, és jobban befolyásolja a közös munkát, mint az etnikum például. A közös nyelv hiánya időnként okozhat problémát. Ami esetenként nehezítő tényező, az az eltérő kultúra, mivel az nagyban meghatározza a gyermekgondozási és –nevelési attitűdöt. Sok családban például más a nagyszülő szerepe, más hagyományok szerint szervezik a családi életet, előfordul a táplálkozással kapcsolatos eltérés. Összességében tehát nincs e témakörben probléma, de szívesen tanulnának például a cigányság kultúrájáról, hagyományairól többet.

Az orvosoknál nem volt ilyen egyöntetűek a vélemények. A szakemberek egy része szintén kiemelték azt, hogy sem az anyagi, sem a kulturális vagy etnikai hovatartozás nem befolyásolja a munkájukat. Amit ők érzékelnek, az az anyagi nehézségekből fakad, például ha a szülő nem tudja kiváltani a gyermek számára

felírt gyógyszereket. Mások azonban hangsúlyozták, hogy vannak szülők, akik szociális vagy egyéb háttér miatt nem megfelelően gondozzák a gyermeket, vagy nem értik az orvosi utasításokat, esetenként a családszerkezet alapvetően másként szerveződik, és felülbírálja a családi tekintélyszemély az orvos véleményét. Véleményük szerint fontos lenne különböző etnikumú, kultúrájú szakemberek képzése, mert ők hatékonyabbak lehetnének, illetve kiemelték az ilyen témában szerveződő továbbképzések szerepét is.

4 Vizsgálati minta reprezentativitása, és szocioökonómiai jellegzetességei

4.1. A válaszadási arány, reprezentativitás

Vizsgálati védőnői mintánkat 371 fő alkotta. A védőnők körében a válaszadási arány 98% volt. Számos megyében a kiküldött kérdőívek 100%-a visszaérkezett (Baranya megye, Borsod-Abaúj-Zemplén megye, Vas megye). A legalacsonyabb válaszadási arányt Csongrád megyében regisztráltuk (88%). A megyénkénti reprezentativitás vizsgálata során azt tapasztaltuk, hogy a védőnői mintánk reprezentatív a megyékre nézve. A p-érték nagyobb volt, mint 0,05, ezért nem találtunk szignifikáns különbséget a mintavételi keret és a beérkezett kérdőívek megoszlása között (p=0,999). A védőnői minta településtípusra történő reprezentativitásának vizsgálata során azt tapasztaltuk, hogy a magas válaszadási aránynak köszönhetően a mintavételi keret és a településekről beérkezett kérdőívek megoszlása között nincs szignifikáns eltérés. A kapott p-értékek a következőek voltak: Baranya megye p=1, Borsod-Abaúj-Zemplén megye p=1, Csongrád megye p=0,82, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye p=0,98 és Vas megye p=1. A védőnői mintánk tehát reprezentatívnak tekinthető megyére és településtípusra. (1. táblázat).

A házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok körében kiosztott kérdőívek közül 180 db érkezett vissza. Így elmondható, hogy alacsonyabb válaszadási arányt sikerült regisztrálni. A vegyes praxisú háziorvosok körében a válaszadási arány 60% volt. Legalacsonyabb volt Vas megyében 47% és legmagasabb volt Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 70%. A statisztikai teszt eredményeképpen kapott p-érték nagyobb volt, mint 0,05, így nem találtunk szignifikáns különbséget a visszaérkezett kérdőívek megyénkénti eloszlása és a mintavételi keret között. A beérkezett kérdőívek reprezentatívnak tekinthetőek a megyékre nézve (2. táblázat). Hasonlóan a vegyes praxisú háziorvosokhoz a házi gyermekorvosok tekintetében is 60%-os válaszadási arányt sikerült elérni. A legmagasabb válaszadási hajlandóságot Vas illetve Csongrád megyében regisztráltuk (72%-72%), míg legkevesebb kérdőív Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből érkezett vissza (40%-os válaszadási arány). Az alacsony válaszadási hajlandóság ellenére a statisztikai teszt ebben az esetben sem mutatott szignifikáns eltérést a minta és a válaszadók aránya között (p=0,775),

így a beérkezett kérdőíveket megyére nézve ebben az esetben is reprezentatívnak lehet tekinteni. (3. táblázat)

Az orvosi mintánkon az életkor szerinti reprezentativitási vizsgálatot is elvégeztük. A viszonyítási alapot ebben az esetben nem a mintavételi keret alkotta. A reprezentativitás vizsgálatához a csecsemő-gyermekgyógyászat, illetve háziorvostan szakképesítéssel rendelkező, 2010-ben dolgozó orvosok számát vettük alapul. Az összehasonlítást korcsoportos bontásban végeztük el. Nem találtunk szignifikáns különbséget (p=0,094) a mintánk illetve a viszonyítási alapot képező orvosok korcsoportos megoszlása között, így a vizsgálati mintánk reprezentatívnak tekinthető a csecsemő-gyermekgyógyászat, illetve háziorvostan szakképesítéssel rendelkező orvosokra nézve is. (4. táblázat)

4.2. A válaszadók szocioökonómiai státusza

A mintába 90 fő (16,3%) vegyes praxisú háziorvos, 90 (16,3%) fő házi gyermekorvos és 371 (67,3%) fő védőnő került be. Az orvosok legnagyobb arányban (48,3%-ban) házi gyermekorvosi illetve vegyes praxisú háziorvosi feladatok mellett óvoda és iskola orvosi feladatokat is ellátnak. (5. táblázat) A védőnők 49,1%-a területi védőnői és óvoda védőnői feladatokat is ellát. Mintegy 39,4%-uk válaszolta, hogy munkája során területi védőnői feladatai mellett óvoda és iskola védőnői feladatok ellátását is végzi. (5.táblázat) A válaszadó védőnők ellátási terület szerinti megoszlását tekintve legnagyobb százalékban a fővárosból és megyeszékhelyből kerültek ki (45,6%). A védőnők 22,6%-ának az ellátási területe városban, míg 31,8%-uknak községben helyezkedett el. Orvosok esetében ezek az arányok az alábbiak szerint alakultak: főváros, megyeszékhely, megyei jogú város: 29,7%, város: 24% és község: 46,3%. (6. táblázat)

Arra a kérdésre, hogy „Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész (tanya, külterület)?” az orvosok magasabb arányban válaszolták azt, hogy igen (53%), mint a védőnők (34%). Helyettesítést az orvosok 48%-a lát el, a védőnők körében ez az arány 23% volt. A helyettesítés időtartama az orvosok esetében inkább rövidebb, azaz 0-3 hét időtartamú (86%) helyettesítést látnak el, míg a védőnők körében gyakoribb (78%) a 3 hetet meghaladó helyettesítés. Az orvosok és a védőnők körében is nagyobb százalékban vannak azok, akik a hivatalosan előírt munkaidőt rugalmasan tudják kezelni. Az orvosok körében ez az arány 57%, a védőnőknél pedig 65% volt. (6. táblázat)

A különböző közlekedési eszközök használata tekintetében azt tapasztaltuk, hogy az orvosok mintegy 87%-a használja saját személygépkocsiját munkája ellátásához, ez az arány a védőnők körében 44% volt. Szolgálati személygépkocsi az orvosok 14%-ánál, a védőnők 2%-ánál áll csak rendelkezésre. A tömegközlekedési eszközök igénybevétele a védőnők körében jóval gyakoribb (44%), mint az orvosok körében (7%). Ugyanakkor mind a védőnők (55%), mind az orvosok (92%) körében nagyobb arányban vannak azok, akik nem használnak tömegközlekedési eszközt. A motorkerékpár használata esetében elmondható, hogy a szakemberek körében nagyon alacsony a közlekedési eszköz használata (védőnők: 3%, orvosok: 1%). A védőnők 40%-a, és az orvosok mindössze 8%-a használ kerékpárt. „Nem veszek igénybe közlekedési eszközt, gyalog járok." választ adók részaránya az orvosok esetében csupán 5%-volt. Ez az arány a védőnők körében jóval magasabbnak bizonyult: megközelítőleg 30% volt. (7. táblázat) Az iskolai végzettség tekintetében az tapasztaltuk, hogy a védőnők 48%-a hároméves, 38%-a négyéves védőnői képzettséggel rendelkezett, és 12%-uk osztott képzésben szerezte képesítését. (8. táblázat)

Az ellátott települések számát tekintve elmondható, hogy mind az orvosok (53%), mind a védőnők (50%) közel azonos arányban 3 vagy annál több településen végeznek ellátást. Arra a kérdésre, hogy „Munkája során orvosként hány védőnővel áll munkakapcsolatba" az orvosok legnagyobb arányban azt válaszolták (33%), hogy 2-3 védőnővel állnak munkakapcsolatban. Ugyanerre a kérdésre a védőnők megközelítőleg 50%-a azt a választ adta, hogy 6 vagy annál több orvossal áll munkakapcsolatban munkája során. (9. táblázat)

A vizsgálatban résztvevő orvosok átlagéletkora 54 (±11) év, míg a védőnőké 41 (±10) év volt. Az orvosok átlagosan 250 (±155) hónap gyakorlattal rendelkeztek, mely magasabb volt, mint a védőnők körében regisztrált 220 (±141) hónap. Az ellátottak számát tekintve azt tapasztaltuk, hogy a vizsgálatba került orvosok átlagosan 1055 (±617) főt látnak el a praxisukban, a teljes praxisból átlagosan 193 (±180) fő tartozik a 0-7 éves korcsoportba. Azok az orvosok, akik helyettesítést látnak el a helyettesítési területen átlagosan 349 (±559) főt kezelnek. A helyettesítési területen átlagosan 76 (±144) fő a 0-7 éves korosztályból kerül ki. Az adatfelvétel idején az orvosok saját praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek átlagos száma 21 (±41), a szociálisan hátrányos gyermekeké 58 (±87) fő volt. A helyettesítési területen élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek átlagos száma 5 (±17) fő, míg a szociálisan hátrányos gyermekek átlagos száma 18 (±58) fő volt.

Védőnők a saját gondozási területükön átlagosan 195 főt (±115) láttak el, melyből a 0-7 éves korú átlagos gondozottak száma 154 (±74) fő volt. A helyettesítési területen a védőnők átlagosan 31 (±92) főt gondoztak, melyből a 0-7 éves korúak száma 24 (±62) fő volt a felmérés idején. A védőnők gondozási területén élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek átlagos száma 10 (±12), míg a szociálisan hátrányos gyermekek átlagos száma 24 (±34) fő volt. A védőnők helyettesített területén élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek átlagos száma 2 (±12) fő volt, míg a helyettesített területén élő szociálisan hátrányos gyermekek átlagos száma 6 (±25) főnek adódott. (10. táblázat)

5 AZ ALAPELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ SZAKEMBEREK SZEREPE A KORAGYERMEKKORI OPTIMÁLIS FEJLŐDÉS MEGÍTÉLÉSÉBEN

5.1. Fejlődési célok megítélése a 0-7 éves korú gyermekek gondozása során

Arra a kérdésre, hogy „Mennyire tartja fontosnak a 0-7 éves korú gyermek gondozása során a gyermek harmonikus testi és pszichés fejlődését?” a válaszolók 95,6%-a nagyon fontos, míg 3,8%-a eléggé fontos választ adta. Hasonlóan vélekedtek a válaszadók abban az esetben is, ha a kérdés a gyermek egyedi szükségleteinek fejlődésére vonatkozott. A válaszadók 73,1%-a nagyon fontosnak, 25,8%-a eléggé fontosnak tartja a 0-7 éves korú gyermekek gondozása során a gyermek egyedi szükségleteihez igazodó fejlődését. A kérdéskör kitért a 0-7 éves korú gyermekek harmonikus fejlődését támogató tárgyi és pszicho-szociális környezet fontosságára is. A vizsgálatban résztvevő egészségügyi dolgozók 34,6%-a eléggé fontosnak, 64,4%-a nagyon fontosnak tartja azt. A „Mennyire tartja fontosnak a 0-7 éves korú gyermek gondozása során a gyermekek szülőkhöz/gondozókhoz kötődő szerető, biztonságos kapcsolatát?” kérdésre a megkérdezettek 89%-a a nagyon fontos válaszlehetőség mellett döntött. A vizsgálatban résztvevő házorvosok, házi gyermekorvosok és védőnők 41,3%-a tartja eléggé fontosnak, 57,8%-a nagyon fontosnak a 0-7 éves gyermekek gondozása során a környezet előítélet-mentes magatartását. A szakemberek 43%-a eléggé fontosnak, 56,1%-a pedig nagyon fontosnak tartja a gyermek társadalomba történő zavartalan beilleszkedését, valamint a társadalmi életben való részvételét. (11. táblázat)

A vizsgálatban résztvevő egészségügyi dolgozókat életkor szerint csoportosítottuk (35 év alattiak; 35-49 év közöttiek; 50 év felettiek). Ezt a csoportosítást követve megnéztük, hogy a „nagyon fontos” választ adók, mely korcsoportban fordultak elő a legnagyobb százalékban. A 0-7 éves korú gyermek gondozása során a gyermek harmonikus testi és pszichés fejlődését nagyon fontosnak tartó dolgozók legnagyobb arányban a 35 év alatti valamint a 35-49 év közötti vegyes praxisú háziorvos és a gyermek háziorvosok körében volt fellelhető. Ez az arány mindkét munkakör és mindkét korcsoport esetében 100% volt. Azok a védőnők, akik szintén jelentős figyelmet fordítanak a gyermekgondozás során a harmonikus testi és pszichés fejlődésére a legnagyobb arányban 35-49 év közöttiek köréből kerültek ki (98,16%). Szintén nagyon magas arányban válaszoltak hasonlóan az 50. életévüket betöltött védőnők is. Körükben ez az arány 95,95%-nak adódott. E korosztályban a védőnők szignifikánsan magasabb (p=0,014) arányban tartották nagyon fontosnak a gyermekek harmonikus testi és pszichés fejlődését, mint a háziorvosok. A többi korcsoport esetében nem találtunk szignifikáns különbséget (p>0,05).

Gondozás során a gyermek egyedi szükségleteihez igazodó fejlődést nagyon fontosnak tartók legnagyobb arányban a 35-49 év közötti védőnők körében fordultak elő (84,05%). Ez az előfordulás szignifikánsan magasabb volt (p=0,04), mint a vegyes praxisú háziorvosok (65,38%) és a gyermek háziorvosok (70,59%) körében tapasztalt részarány. A 35 év alatti és az 50 év feletti korosztályba tartozó szakemberek körében tapasztalt különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak (p>0,05).

A gyermek harmonikus fejlődését biztosító támogató tárgyi és pszicho-szociális környezet jelentőségét leginkább a 35-49 év közötti házi gyermekorvosok (76,47%) tartották fontosnak, szemben a védőnőkkel (65,64%), és a vegyes praxisú háziorvosokkal (46,15%). A 35 év alatti háziorvosok és védőnők közel azonos részaránya tartotta a kérdést nagyon fontosnak. Az 50 év feletti korcsportban is hasonlóan alakult a válaszadási arány a három foglalkozás esetében, a házi gyermekorvosok 71,43%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 69,39%-a, a védőnők 68, 42%-a vélekedett úgy, hogy gondozása során fontosnak tartja a tárgyi és pszicho-szociális környezet meglétét a gyermek zavartalan fejlődéséhez. A kapott eredmény egyik korcsoport esetében sem mutatott szignifikáns különbséget.

A 35 év alatti házi gyermekorvosok 100%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 87,5%-a, a védőnők 85,71%-a vélekedett úgy, hogy nagyon fontos a 0-7 éves korú gyermek gondozása

során a gyermekek szülőkhöz/gondozókhoz kötődő szerető, biztonságos kapcsolata. Az 50 év felettiek körében a kérdést a védőnők 92,63% a tartotta nagyon fontosnak. Ehhez közel hasonló arányban válaszoltak a vegyes praxisú háziorvosok (92%). A gyermek háziorvosok esetében ez az arány 87,14% volt. A kapott eredmények között egyik korcsoport esetében sem találtunk szignifikáns különbséget.

A 0-7 éves korú gyermek gondozása során a környezet előítélet-mentes, elfogadó magatartását nagyon fontosnak tartók részaránya a 35 év alatti védőnők körében (58,93%) szignifikánsan magasabb (p=0,003) volt, mint a háziorvosok esetében (50%). A többi korcsoportot vizsgálva nem találtunk szignifikáns különbséget a kérdést „nagyon fontosnak" tartók között. Ennek ellenére meg kell jegyeznünk, hogy a többi korcsoport esetében is a kérdést nagyon fontosnak tartók legnagyobb arányban a védőnők köréből kerültek ki.

Az egészségügyi dolgozók közül a fiatalabb korosztályhoz tartozó védőnők válaszolták szignifikánsan (p=0,01) magasabb arányban, hogy nagyon fontosnak tartják a 0-7 éves korú gyermek gondozása során a gyermek társadalomba történő zavartalan beilleszkedését, valamint a társadalmi életben való részvételét (személyisége, kulturális háttere és spirituális hite alapján). Ez az arány az esetükben 54,95%, a vegyes praxisú háziorvosok esetében 12,50% volt. A többi korcsoportot illetően nem találtunk szignifikáns különbségeket. (12. táblázat)

Többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk meg, a szakemberek véleményét befolyásoló tényezők és a 0-7 éves gyermekek gondozása során a sikeres iskolakezdés érdekében bizonyos fejlődési célok közötti kapcsolatot. A feltételezett befolyásoló tényezők között az alábbi faktorok szerepeltek:

1. A szakemberek foglalkozása.
2. Szakemberek ellátási területe.
3. A praxis jellemzői.
4. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
5. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
6. Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama.
7. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.

8. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
9. Szakemberek korcsoportos életkora.
10. Szakemberek iskolai végzettsége.
11. Van-e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.

A szakemberek véleményére, arra vonatkozólag, hogy mennyire tartják fontosnak a 0-7 éves korú gyermek gondozása során a gyermekek harmonikus testi és pszichés fejlődését, egyik feltételezett befolyásoló tényező sem gyakorolt szignifikánsan pozitív vagy negatív hatást. A p-érték minden esetben nagyobb volt, mint 0,05. Hasonlóképpen nem találtuk szignifikáns befolyásoló tényezőnek a fent említett szocioökonómiai, demográfiai, gondozási,- és praxis körzet adatit arra vonatkozólag, hogy az egészségügyi szakemberek mennyire találják nagyon fontosnak a gyermek egyedi szükségleteihez igazodó fejlődését.

Arra a kérdésre, hogy „Mennyire tartja fontosnak a 0-7 éves korú gyermek gondozása során a gyermek harmonikus fejlődését biztosító támogató tárgyi és pszichoszociális környezetet?”, az 50 éves vagy annál idősebb korcsportba tartozó szakdolgozók szignifikánsan (p=0,020) nagyobb eséllyel (EH=3,74) adta a kérdésre a „nagyon fontos” választ, mint azok, akik 35 évnél fiatalabbak voltak. Ha az orvosok vagy védőnők négy vagy öt orvossal álltak munkakapcsolatban, akkor szignifikánsan (p=0,037) kisebb eséllyel (EH=0,27) tartották nagyon fontosnak a 0-7 éves korú gyermek gondozása során a gyermek harmonikus fejlődését biztosító támogató tárgyi és pszichoszociális környezetet, mint azok, akik munkájuk során csak egy orvossal vagy védőnővel tartották a kapcsolatot.

Azok a szakdolgozók, akik munkájuk során négy vagy öt orvossal illetve védőnővel tartottak munkakapcsolatot, szignifikánsan (p=0,005) kisebb eséllyel (EH=0,02) tartották nagyon fontosnak a gyermekek szülőkhöz vagy gondozókhoz kötődő szerető, biztonságos kapcsolatát. A többi változót nem találtuk szignifikáns befolyásoló tényezőnek.

A 0-7 éves korú gyermek gondozása során a környezet előítélet-mentes, elfogadó magatartását szignifikánsan (p=0,020) nagyobb eséllyel (EH=4,78) tartották nagyon fontosnak a védőnők, mint a házi gyermekorvosok. Szintén szignifikánsan pozitívan befolyásolta a kérdésről alkotott véleményt, ha a szakdolgozóhoz nem tartozott csatolt település vagy településrészlet (EH=2,59, p=0,024), mint azok akikhez igen. Ha a válaszadóknak lehetőségük volt a hivatalosan előírt munkaidő keretüket rugalmasan kezelni,

akkor kisebb eséllyel (EH=0,43, p=0,043) nyilatkozták azt, hogy nagyon fontosnak tartják a 0-7 éves korú gyermek gondozása során a környezet előítélet-mentes, elfogadó magatartását.

„Mennyire tartja fontosnak a 0-7 éves korú gyermek gondozása során a gyermek társadalomba történő zavartalan beilleszkedését, valamint a társadalmi életben való részvételét - személyisége, kulturális háttere és spirituális hite alapján?” kérdésre történő „nagyon fontos” válaszadás esélyét növelte (EH=3,61, p=0,029), ha a válaszadó 50 éves vagy annál idősebb volt. Ha a válaszadó ellátási, gondozási körzete Csongrád megyében volt, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,14, p=0,007) tartották fontosnak a gondozás során a gyermek társadalomba történő zavartalan beilleszkedését, mint azok, akiknek Budapesten volt a körzetük. (13. táblázat)

13. táblázat: A szakemberek véleményét (a sikeres iskolakezdés megalapozásához szükséges fejlődési célok fontosságáról) befolyásoló tényezők vizsgálata, többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Mennyire tartja fontosnak a 0-7 éves korú gyermek gondozása során:		**A gyermek harmonikus testi és pszichés fejlődését?**		**A gyermek egyedi szükségleteihez igazodó fejlődését?**		**A gyermek harmonikus fejlődését biztosító támogató tárgyi és**		**A gyermekek szülőkhözkötődő szerető, biztonságos kapcsolatát?**		**A környezet előítélet-mentes, elfogadó magatartását?**		**A gyermek társadalomba történő zavartalan beilleszkedését?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest			referencia								referencia	
	Baranya megye			0,937	0,93							0,177	0,3
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye			0,255	2,78							0,576	0,7
	Csongrád megye			0,479	0,55							0,007	0,1
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye			0,894	1,14							0,797	1,3
	Vas megye			0,241	0,36							0,854	0,9
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1			referencia		referencia		referencia				referencia	
	2-3			0,584	0,73	0,406	0,63	0,096	0,15			0,432	0,63
	4-5			0,192	0,44	0,037	0,27	0,005	0,02			0,186	0,42
	6 vagy több			0,963	1,03	0,421	0,64	0,067	0,09			0,77	0,84
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem	referencia		referencia				referencia					
	hároméves védőnőképzés	0,838	0,77	0,325	2,17			0,259	4,3				
	négyéves védőnőképzés	0,998	3,14	0,085	0,27			0,771	1,4				
	védőnő osztott képzés	0,200	0,18	0,202	0,32			0,097	0,2				
A dolgozó korcsoportos életkora	<34					referencia				referencia		referencia	
	35-49					0,057	2,72			0,912	1,06	0,438	1,50
	>50					0,020	3,74			0,085	2,82	0,030	3,62
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város												
	város												
	község												
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feléadatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása	referencia		referencia		referencia				referencia		referencia	
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása	0,999	1,32	0,103	3,32	0,761	0,82			0,147	0,36	0,444	0,57
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása	0,998	0,02	0,125	2,35	0,429	1,49			0,329	1,72	0,113	0,39
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos							referncia		referencia		referencia	
	vegyes praxisú háziorvos							0,095	0,22	0,114	3,27	0,729	0,81
	védőnő							0,771	0,48	0,020	4,78	0,085	3,09
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak	0-3 hét időtartam			referencia		referencia		referencia		referncia		referencia	
	3 hetet meghaladó időtartam			0,453	1,54	0,088	2,09	0,996	1,00	0,154	0,48	0,185	0,50
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen			referencia						referencia		referencia	
	nem			0,482	1,41					0,024	2,59	0,260	0,61
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan	nem					referencia		referencia		referencia			
	igen					0,091	0,50	0,086	0,28	0,043	0,43		
Saját területen ellátottak gondozottak száma													
Nagelkerke R Square		0,237		0,212		0,162		0,247		0,225		0,220	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

5.2. A 0-7 éves korú gyermekek fejlődésének biztosítása céljából végzett részfeladatok a rutin munkavégzés során

A következő kérdéskörben annak felmérésére került sor, hogy az egészségügyi dolgozók mennyire tartják feladatuknak bizonyos részfeladatok elvégzését (pl. testi fejlődés nyomon követése, táplálkozási tanácsadás stb.) hozzájárulva, a gyermekek átlagos fejlődésének biztosításához. A vizsgálatban részt vevő háziorvosok és védőnők 84,6%-a teljes mértékben, 14,6%-a pedig nagymértékben tartja feladatának saját munkaterületén a testi fejlődés nyomon követését. Az érzékszervi-, mozgásszervi fejlődés nyomon követését a válaszadók 85,9%-a teljes mértékben, 13,3%-a nagymértékben tartja saját feladatának. A válaszadók közel fele, (48,6%) tartja nagymértékben feladatának a gyermekek átlagos fejlődésének biztosítása szempontjából a korábbi betegségek feltérképezését a családi anamnézis során. A táplálkozási tanácsadást az egészségügyi dolgozók 64,2%-a teljes mértékben tartja kötelességének. Az életvezetési tanácsadáshoz kapcsolódó feladatok, így például a konfliktus- és stressz kezelését a családban a megkérdezett orvosok, védőnők nagyobb százalékban gondolják nagymértékben feladatuknak (64,4%). Ennél nagyobb százalékban (83,2%) gondolják teljes mértékben kötelességüknek a fejlődési rizikóval (pl. alacsony születési súly, koraszülöttség, rendellenes anyagcsere) élő gyermekek fejlődésének nyomon követését. A fejlődést akadályozó tényezők felismerését nagyon fontosnak tartók aránya 28,2% volt. Az egészségügyi dolgozók több mint a fele (51,2%) vélekedik úgy, hogy nagymértékben fontos feladat a gyermekek átlagos fejlődésének biztosítása szempontjából a fejlődést akadályozó tényezők elhárítása. A gyermekkori szűrést illetően a válaszadók igen nagy, vagyis több mint 80%-a vélte úgy, hogy az eltérő vagy megkésett fejlődést mutató gyermekek kiszűrése teljes mértékben a feladataik közé tartozik. Az eltérő vagy megkésett fejlődés szakemberek felé történő jelzését a kezelőorvosok és védőnők 81,2%-a teljes mértékben, 17,9%-a nagymértékben feladatának tartja. Az eltérő vagy megkésett fejlődés diagnosztizálását a megkérdezett egészségügyi dolgozók közel 50-50%-ban tartják saját munkaterületükön nagy-és teljes mértékben feladatuknak. A saját munkaterületükön teljes mértékben kötelességének tekinti a vizsgálatban résztvevők 69%-a, hogy a szűréssel kimutatott megkésett vagy eltérő fejlődésmenetű gyermekek fejlődését nyomon kövessék. Az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekek korrekciójában való segítségnyújtást

nagymértékben feladatuknak tartották a megkérdezett háziorvosok és védőnők 50,6%-a. (14. táblázat)

Korcsoportos bontást alkalmazva megnéztük a kérdésekre „teljes mértékben” választ adók részarányát, figyelembe véve a vizsgálatba bevont egészségügyi dolgozók munkakörét. A 35 év alatti házi gyermekorvosok 100%-a, védőnők 87,5%-a, vegyes praxisú háziorvosok 75%-a tartotta teljes mértékben feladatának a testi fejlődés nyomon követését. A 35-49 éves korcsoport esetében is hasonló megoszlást láthatunk. Ebben a két csoportban nem találtunk az szignifikáns különbséget a válaszadók százalékos eloszlása között. Az 50 év felettiek esetében azonban szignifikánsan magasabb arányban kaptuk azt a választ, hogy teljes mértékben feladatuknak tartják a védőnők (87,37%) a testi fejlődés nyomon követését, mint házi gyermekorvosok (87,14%) vagy a vegyes praxisú orvosok (72%), (p=0,037).

A „Mennyire tartja feladatának saját munkaterületén az érzékszervi-, mozgásszervi fejlődés nyomon követését?” kérdésre a 35. életévüket be nem töltött szakemberek között nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni. A 35-49 éves korcsoportban szignifikánsan (p=0,001) nagyobb százalékban adtak „teljes mértékben” választ a védőnők (91,41%). Az előző korcsoporthoz hasonlóan, az idősebb (50 év feletti) korosztályban is szignifikánsan (p=0,04) magasabb arányban tartották feladatuknak az érzékszervi-, mozgásszervi fejlődés nyomon követését a védőnők (92,63%), mint a háziorvosok.

Egyik korcsoportban sem találtunk szignifikáns különbséget, arra a kérdésre vonatkozóan, hogy a szakemberek mennyire tartják feladatuknak a korábbi betegségek feltérképezésére irányuló családi anamnézis felvételét.

A táplálkozási tanácsadást szignifikánsan nagyobb százalékban tartották teljes mértékben saját munkaterületük feladatának a 35-49 év közötti védőnők (p<0,001). Ez az arány körükben 74,85%, a házi gyermekorvosok esetében 47,06%, a vegyes praxisú háziorvosok esetében pedig 26,92% volt. Hasonlóan az előző korcsoporthoz, az idősebb (50 éve feletti) védőnők esetében is szignifikánsan magasabb (p=0,001) részarányt tudtunk kimutatni (71,58%), mint a hasonló korú háziorvosok esetében, akik körében ez az arány 47,14%-nak és 44%-nak adódott. A 35 év alatti korcsoportot tanulmányozva az eltérések nem bizonyult szignifikánsnak.

Az életvezetési tanácsadást a 35. év alatti szakemberek 33,61%-a, a 35-49 éves szakemberek 37,38%-a és az 50 évnél idősebb válaszadók 33,33%-a tartotta teljes mértékben feladatának. Egyik korcsoporton belül sem tudtunk a szignifikánsan alátámasztani a részarányokban megmutatkozó különbséget.

A „Mennyire tartja feladatának saját munkaterületén a fejlődési rizikóval élő gyermekek fejlődésének nyomon követését?" kérdés esetében a 35 év alatti korosztályban tartozó szakemberek között nem találtunk szignifikáns különbségeket. A 35-49 évesek körében a védőnők szignifikánsan (p=0,032) nagyobb arányban (85,80%) vélik úgy, hogy a fejlődési rizikóval élő gyermekek fejlődésének nyomon követése teljes mértékben a feladataik közé sorolható. A vegyes praxisú háziorvosok (65,38%) és a házi gyermekorvosok (76,47%) esetében ez az arány szignifikánsan kisebbnek mutatkozott. Az 50 év felettiek esetében már a házi gyermekorvosok tartották leginkább saját feladatuknak a fejlődési rizikóval élők fejlődésének nyomon követését, ez az arány körükben 94,29% volt. Ennél kevesebb arányban válaszoltak így a védőnők (87,37%) és a vegyes praxisú háziorvosok (70%). Az 50 év feletti korosztályba tartozók esetében a válaszadásban megmutatkozó különbség szignifikáns volt (p=0,002).

A 35 év alatti és 50 év feletti korcsoportba tartozó házi gyermekorvosok, védőnők és a vegyes praxisú háziorvosok véleményei között nem tudtunk szignifikáns különbségeket kimutatni a fejlődést akadályozó tényezők felismerése terén. A 35-49 évesek körében viszont a védőnők szignifikánsan nagyobb arányban (80,37%) sorolják teljes mértékben feladataik közé a fejlődést akadályozó tényezők felismerését, mint a háziorvosok (p<0,001).

A következő kérdés a fejlődést akadályozó tényezők elhárítására vonatkozott. 35 év alatti szakemberek 45%-a a 35-49 éves szakemberek 43%-a és az 50 évnél idősebbek 54%-a tartotta teljes mértékben feladatának. Egyik korcsoport esetében sem találtunk szignifikáns különbséget a tejes mértékben feladatuknak tartók részarányai között.

Az eltérő vagy megkésett fejlődést mutató gyermekek kiszűrését a középkorú védőnők szignifikánsan (p=0,001) magasabb, 85,89%-a sorolja kötelességei közé, szemben a háziorvosokkal, akik körében ez az arány mindössze 64,71% és 56% volt. Az 50 év feletti korcsoportot vizsgálva szintén a védőnők voltak szignifikánsan (p<0,001), nagyobb (92,63%) arányban, akik erre a kérdésre azt válaszolták, hogy teljes mértékben. Ehhez közel hasonló arányban vélekedtek így a házi gyermekorvosok (90%), és a vegyes praxisú háziorvosok

mindössze 62%-a tartotta az eltérő vagy megkésett fejlődést mutató gyermekek kiszűrését saját feladatának.

Az eltérő vagy megkésett fejlődés megfelelő szakemberek felé történő jelzését teljes mértékben feladatuknak tartó, 35 év alatti korosztályba tartozó szakemberek között megfigyelhető az arányszámok között nem találtuk szignifikáns különbséget. A 35-49 év közötti védőnők szignifikánsan nagyobb (83,44%) arányban tartják ezt saját munkaterületükön belül teljes mértékben feladatuknak (p=0,023). A gyermek háziorvosok 70,59%-a, a vegyes praxisú háziorvosok (64,52%-a) vélekedett hasonlóan. Az idősebb korcsoport esetében nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni a szakemberek véleményei között.

Az eltérő vagy megkésett fejlődés diagnosztizálását teljes mértékben feladatának tartja a 35 év alatti házi gyermekorvos. Körükben szignifikánsan (p=0,049) magasabb, azaz 100% volt a válaszadók aránya, mint a vegyes praxisú háziorvosok esetében (62,5%). A védőnők sorolják legkisebb százalékban teendőik közé (32,73%) ezt a feladatot. A 35-49 évesek esetében szintén a házi gyermekorvosok körében regisztráltuk szignifikánsan (p=0,022) a legmagasabbnak a teljes mértékben választ adók arányát, amely esetükben 76,47% volt. Ezzel szemben a vegyes praxisú háziorvosok kevesebb, mint fele, 46,15%-a vélekedett hasonlóan. Ennél kevesebb arányban gondolták így a 35-49 év közötti védőnők, akik körében ez az arányszám 41,10%-nak adódott. Az 50. életévüket betöltött szakemberek közül a legmagasabb arányt a házi gyermekorvosok körében figyelhetjük meg, akik szignifikánsan (p<0,001) nagyobb (85,71%) arányban sorolják ezt feladataik köré, mint a vegyes praxisú háziorvosok (66%) vagy a védőnők (50,55%).

A kiszűrt megkésett vagy eltérő fejlődésmenetű gyermekek fejlődésének nyomon követését a 35 évnél fiatalabbak 70%-a, a 35-49 évesek 68%-a, és az 50 évnél idősebbek 70%-a tartotta teljes mértékben feladatának. A szakemberek véleménye között regisztrált különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak. Arra a kérdésre, hogy „Mennyire tartja feladatának saját munkaterületén az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermek korrekciójában való segítségnyújtást?” egyik korcsoportban sem találtunk szignifikáns különbséget. (15. táblázat)

A szakemberek véleményét befolyásoló tényezőket, hogy mennyire tartják feladatuknak a meghatározott feladatok végzését a gyermek átlagos fejlődésének biztosítása szempontjából többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk. A feltételezett befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. A szakemberek foglalkozása.
2. Szakemberek ellátási területe.
3. A praxis jellemzői.
4. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
5. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
6. Amennyiben ellát helyettesítést mennyi annak időtartama.
7. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
8. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
9. Szakemberek korcsoportos életkora.
10. Szakemberek iskolai végzettsége.
11. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.

Egyik feltételezett befolyásoló tényezőt sem találtuk szignifikáns pozitív vagy negatív befolyásoló tényezőnek arra a kérdésre vonatkozóan, hogy az orvosok vagy védőnők mennyire tartják feladatuknak a saját munkaterületükön a testi fejlődés nyomon követését. Valamennyi esetben a kapott p-érték nagyobb volt, mint 0,05. Szintén nem találtunk kapcsolatot a szocioökonómiai, demográfiai, és gondozási,- praxis körzet adatai illetve aközött, hogy a védőnők illetve az orvosok mennyire tartják feladatuknak a saját munkaterületükön az érzékszervi-, mozgásszervi fejlődés nyomon követését.

„Mennyire tartja feladatának saját munkaterületén a családi anamnézis feltérképezését?” kérdésre a válaszadók nagyobb eséllyel (EH=4,48, p=0,009) adtak „teljes mértékben” választ abban az esetben ha életkort tekintve idősebbek voltak 50 évnél. Ha az orvosok vagy védőnők négy vagy öt orvossal vagy védőnővel tartottak munkakapcsolatot, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,094, p<0,001) tartották teljes mértékben feladatuknak a korábbi betegségek feltérképezését, mint azon kollegáik akik csak egy orvossal vagy védőnővel tartottak munkakapcsolatot. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében

szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,47, p=0,049) válaszoltak a szakdolgozók úgy, hogy teljes mértékben feladatuknak érzik a családi anamnézis feltérképezését, mint Budapesten.

A védőnők szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,94, p=0,008) vallották azt, hogy feladatuknak érzik a saját szakterületükön a táplálkozási tanácsadást, mint a házi gyermekorvosok. Ugyanezt a különbséget a vegyes praxisú háziorvosok tekintetében nem sikerült regisztrálnunk. Abban az esetben, ha a szakdolgozó óvoda orvosi vagy óvoda védőnői feladatokat is ellátott, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,33, p=0,047) válaszolt úgy, hogy teljes mértékig feladatának érzi a táplálkozási tanácsadást. Ha a szakdolgozó az óvoda mellett iskola orvosi vagy védőnői feladatokat is ellátott, akkor szintén szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,37, p=0,046) vallotta teljes mértékig munkaterületének a táplálkozási tanácsadást, mint azok, akik csak iskola orvosi, vagy védőnői feladatokat láttak el. (16.táblázat)

16. táblázat: A 0-7 éves gyermekek átlagos fejlődésének biztosításához köthető feladatokról alkotott véleményeket befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Mennyire tartja feladatának saját munkaterületén?		**A testi fejlődés nyomon követését.**		**Az érzékszervi-, mozgásszervi fejlődés nyomon követését?**		**A családi anamnézis feltérképezését (korábbi betegségek)?**		**A táplálkozási tanácsadást?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest	referencia				referencia			
	Baranya megye	0,165	0,30			0,929	1,06		
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,499	2,36			0,049	3,47		
	Csongrád megye	0,533	1,93			0,638	1,34		
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,725	1,57			0,155	3,12		
	Vas megye	0,368	0,44			0,355	0,53		
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1					referencia			
	2-3					0,599	0,74		
	4-5					<0,001	0,09		
	6 vagy több					0,183	0,50		
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem								
	hároméves védőnőképzés								
	négyéves védőnőképzés								
	védőnő osztott képzés								
A dolgozó korcsoportos életkora	<34					referencia			
	35-49					0,234	1,86		
	>50					0,009	4,48		
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város								
	város								
	község								
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása							referencia	
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása							0,047	0,33
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása							0,046	0,37
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos							referencia	
	vegyes praxisú háziorvos							0,595	0,77
	védőnő							0,008	2,94
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam	referencia		referencia		referencia			
	3 hetet meghaladó időtartam	0,124	2,64	0,114	2,15	0,152	0,54		
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen								
	nem								
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem								
	igen								
Saját területen ellátottak gondozottak száma									
Nagelkerke R Square		0,169		0,03		0,283		0,100	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A szakemberek véleményét egyik feltételezett befolyásoló tényező sem befolyásolta negatív vagy pozitív irányban arra vonatkozólag, hogy ki mennyire tartotta feladatának munkaterületén belül az életvezetési tanácsadást. A p-érték valamennyi esetben nagyobb volt, mint 0,05.

A fejlődési rizikóval élő gyermekek nyomon követését szignifikánsan kisebb eséllyel tartották saját munkaterületükön belül teljes mértékben feladatuknak a vegyes praxisú háziorvosok (EH=0,15, p=0,026) vagy a védőnők (EH=0,28, p=0,013), mint a házi gyermekorvosok. A többi vizsgált tényező nem mutatott szignifikáns befolyásoló hatást, a szakemberek véleményére.

Az orvosok és védőnők szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH= 4,57, p=0,003) válaszolták azt, hogy teljes mértékben feladatuknak érzik saját munkaterületükön belül a fejlődést akadályozó tényezők felismerését, abban az esetben, ha 6 vagy annál több orvossal vagy védőnővel tartottak munkakapcsolatot, mint azok, akik csak eggyel.

A fejlődést akadályozó tényezők elhárítását azok a szakemberek, akik 50 évesek vagy annál idősebbek voltak, nagyobb eséllyel (EH=1,64, p=0,039) érezték teljes mértékben munkaterületük részének, mint a fiatalabb (35 évnél fiatalabb) kollegáik. Az életkort szintén szignifikáns pozitív befolyásoló tényezőnek találtuk az eltérő vagy megkésett fejlődést mutató gyermekek kiszűrése tekintetében. Azok a szakdolgozók, akik 50 évesek vagy annál idősebbek voltak szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=5,71, p=0,008) válaszolták azt, hogy teljes mértékig feladatuknak érzik az eltérő vagy megkésett fejlődést mutató gyermekek kiszűrését. (17. táblázat)

Szignifikáns kapcsolatot találtunk a szakemberek gondozási, ellátási területe és aközött, hogy mennyire tartják feladatuknak az eltérő vagy megkésett fejlődés jelzését a megfelelő szakember felé. Azon szakemberek, akiknek Borsod-Abaúj-Zemplén megyében vagy Csongrád megyében van az ellátási területe szignifikánsan nagyobb mértékben (EH=7,65 p=0,016 és EH=8,96, p=0,021) adták azt a választ, hogy teljes mértékig feladatuknak érzik az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermek jelzését a megfelelő szakember felé, mint azok, akik Budapesten dolgoztak..

17. táblázat: A 0-7 éves gyermekek átlagos fejlődésének biztosításához köthető feladatokról alkotott véleményeket befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Mennyire tartja feladatának saját munkaterületén?		**Az életvezetési tanácsadást?**		**A fejlődési rizikóval élő gyermekek fejlődésének nyomon követését?**		**A fejlődést akadályozó tényezők felismerését?**		**A fejlődést akadályozó tényezők elhárítását?**		**Az eltérő vagy megkésett fejlődést mutató gyermekek kiszűrését?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest									referencia	
	Baranya megye									0,375	0,53
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye									0,161	3,07
	Csongrád megye									0,889	0,91
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye									0,886	1,15
	Vas megye									0,155	0,35
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1					referencia					
	2-3					0,453	1,41				
	4-5					0,533	0,73				
	6 vagy több					0,003	4,57				
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34			referencia				referencia		referencia	
	35-49			0,098	0,31			0,744	0,93	0,911	1,06
	>50			0,722	0,75			0,039	1,64	0,008	5,72
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása	referencia									
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása	0,064	0,37								
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása	0,143	0,50								
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos			referencia							
	vegyes praxisú háziorvos			0,026	0,15						
	védőnő			0,013	0,28						
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam										
	3 hetet meghaladó időtartam										
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen	referencia									
	nem	0,064	1,97								
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem	referencia									
	igen	0,155	1,69								
Saját területen ellátottak gondozottak száma											
Nagelkerke R Square		0,069		0,128		0,117		0,023		0,174	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

Az eltérő és megkésett fejlődés diagnosztizálása tekintetében azt tapasztaltuk, hogy a vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,12, p=0,002) tartották teljes mértékben részfeladatuknak az eltérő és megkésett fejlődés diagnosztizálását, mint a házi gyermekorvosok. A védőnők tekintetében is hasonló eredményt kaptunk(EH=0,20, p=0,004). Ha a szakdolgozók 2-3 orvossal vagy védőnővel tartottak munkakapcsolatot, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,23, p=0,016) vélték úgy, hogy feladatuk közé tartozik az eltérő vagy megkésett fejlődés diagnosztizálása. Abban az esetben is így vélekedtek, ha 6 vagy annál több orvossal vagy védőnővel tartottak munkakapcsolatot (EH=0,18, p=0,005).

Az ellátási terület tulajdonságának hatását vizsgálva, ha a szakdolgozó óvoda orvosi feladatokat látott el, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,18, p=0,031) vélekedett úgy, hogy a feladatai közé tartozna az eltérő vagy megkésett fejlődés diagnosztizálása, azokhoz képest, akik körzetükben iskola orvosi, védőnői feladatokat láttak el, alapfeladataik mellett.

A vegyes praxisú háziorvosok, vizsgálatunk alapján, kisebb eséllyel (EH= 0,36, p=0,049) vallották teljes mértékben feladatuknak a kiszűrt megkésett vagy eltérő fejlődésmenetű gyermek fejlődésének nyomon követését, mint a házi gyermekorvosok. A többi feltételezett befolyásoló tényező nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a kiszűrt megkésett vagy eltérő fejlődésmenetű gyermek fejlődésének nyomon követéséről alkotott vélekedéssel.

„Mennyire tartja feladatának saját munkaterületén az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermek korrekciójában való segítségnyújtást?” kérdésre a válaszadók nagyobb eséllyel (EH=3,72, p=0,033) adtak „teljes mértékben” választ abban az esetben, ha ellátási területük Borsod-Abaúj-Zemplén megyében volt, mint azok, akiknek Budapesten. Azon válaszadók, akik hároméves védőnőképzéssel rendelkeztek szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,34, p=0,019) nyilatkozták azt, hogy teljes mértékben feladatának tartják az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekek korrekciójában való segítségnyújtást, mint azok, akik orvosi egyetemi végzettséggel rendelkeznek. Ha a válaszadók négyéves védőnőképzéssel vagy védőnői osztott képzéssel rendelkeztek, szintén kisebb eséllyel (EH=0,16, p=0,001 és EH=0,10, p=0,002) válaszolták azt, hogy feladatuknak érzik saját munkaterületükön belül az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermek korrekciójában való segítségnyújtást. Abban az esetben, ha a szakdolgozónak van lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje, akkor kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,20, p=0,041) válaszolta azt, hogy

teljes mértékig feladatának érzi az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekek korrekciójában való segítségnyújtást. (18. táblázat)

18. táblázat: A 0-7 éves gyermekek átlagos fejlődésének biztosításához köthető feladatokról alkotott véleményeket befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Mennyire tartja feladatának saját munkaterületén?		**Az eltérő vagy megkésett fejlődés jelzését a megfelelő szakember felé?**		**Az eltérő vagy megkésett fejlődés diagnosztizálását?**		**A kiszűrt megkésett vagy eltérő fejlődésmenetű gyermek fejlődésének nyomon követését?**		**Az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermek korrekciójában való segítségnyújtást?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest	referencia						referencia	
	Baranya megye	0,708	1,34					0,973	1,02
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,016	7,65					0,033	3,72
	Csongrád megye	0,021	8,96					0,660	1,32
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,194	3,15					0,954	1,04
	Vas megye	0,473	1,82					0,573	0,69
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1	referencia		referencia					
	2-3	0,874	1,11	0,016	0,23				
	4-5	0,486	0,59	0,160	0,39				
	6 vagy több	0,070	4,32	0,005	0,18				
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem							referencia	
	hároméves védőnőképzés							0,019	0,34
	négyéves védőnőképzés							0,001	0,16
	védőnő osztott képzés							0,002	0,10
A dolgozó korcsoportos életkora	<34			referencia					
	35-49			0,600	1,31				
	>50			0,086	2,65				
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város								
	város								
	község								
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása			referencia					
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása			0,031	0,18				
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása			0,074	0,30				
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia		referencia		referencia			
	vegyes praxisú háziorvos	0,157	0,30	0,002	0,12	0,049	0,36		
	védőnő	0,060	0,25	0,004	0,20	0,083	0,47		
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam								
	3 hetet meghaladó időtartam								
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen			referencia					
	nem			0,074	2,13				
Van Önnek arra lehetősége, hogy a munkaidejét rugalmasan kezelje?	nem					referencia		referencia	
	igen					0,186	1,64	0,041	2,20
Saját területen ellátottak gondozottak száma									
Nagelkerke R Square		0,235		0,333		0,047		0,215	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

5.3. A fejlődési területek változásának nyomon követése csecsemőkorban

Az egészségügyi dolgozók 95,6%-a teljes mértékben követi a súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását a csecsemőkorúak esetében. A tápláltsági állapot változását a válaszadók 91,4%-a követi teljes mértékben. Csecsemőkorban a nagymozgások változását a vizsgálatban résztvevő személyek közel 90%-a teljes mértékben követi. A nagymértékben követők aránya 9,7% volt. Az újszülöttek finommotorikus mozgásának, szem-kéz koordinációjának változását az egészségügyi dolgozók 82,8%-a teljes mértékben, 16,5%-a nagymértékben figyelemmel kíséri. Az érzékszervi érintettséget így pl. a hallás és látás fejlődését a háziorvosok és védőnők 86,1% teljes mértékben követi munkája során. A csecsemők mozgásszervi érintettségét teljes mértékben követők aránya 58,9%, volt. Ha a kérdés a csecsemők érzékelési-észlelési működéseinek így pl. a taktilis haptikus-kinesztetikus érzetek, egyensúly, hőérzet, szaglás változásának követésére irányult, a válaszadók 62,2%-a nyilatkozta azt, hogy munkája során nagymértékben követi azt. A csecsemők érzelmi fejlődését a megkérdezett dolgozók 66%-a teljes mértékben, 32%-a nagymértékben követi. Hasonló arányban (61,6% teljes mértékben, 35,3% nagymértékben) követik a csecsemők kommunikáció- és beszédfejlődését, és annak változását. A válaszadók 62,2%-a teljes mértékben követi a csecsemők játéktevékenységének változását. Ezen életkori szakaszban lévők érzelmi és indulati megnyilvánulásaiban bekövetkező változásokat teljes mértékben követők aránya 49,4%. A csecsemők magatartásának változását az egészségügyi dolgozók 53,9%-a nagymértékben, 42,2%-a teljes mértékben követte. A háziorvosok és védőnők 57,8%-a nagymértékben, 37,7%-a teljes mértékben követi a csecsemők társas kapcsolatának fejlődésében bekövetkező változásokat. Az önellátási szokások, képességek esetében a megkérdezettek 60,5%-a nyilatkozott úgy, hogy nagymértékben, 31,6%-a pedig, hogy teljes mértékben követi ennek változását. A csecsemők szobatisztaságának változását nagymértékben követi a vizsgálatban résztvevő dolgozók 58,5%-a, a napirendben bekövetkező változásokat a válaszadók 55,4%-a követi teljes mértékben. (19. táblázat)

A vizsgálatban részt vevő egészségügyi szakdolgozók válaszait korcsoportos bontásban is megvizsgáltuk. A csecsemők súlyfejlődésében, hossznövekedésében és a testarányok alakulásában bekövetkező változásokat a 35 év alatti házi gyermekorvosok 100%-a kíséri figyelemmel. Ez az arány szignifikánsan (p=0,016) kisebb volt a védőnők (99,11%) és a vegyes

praxisú háziorvosok esetében (75%). A 35-49 évesek körében ez az arány szignifikánsan magasabbnak bizonyult (p=0,005) a védőnők esetében. Körükben ez az érték 98,77%-nak adódott. A házi gyermekorvosok esetében 94,12%, a vegyes praxisú háziorvosok esetében pedig 85,71% volt. Az 50 év feletti korcsoportban a védőnők 100%-a nyilatkozta, hogy teljes mértékben követi a csecsemők súlyfejlődésében, hossznövekedésében bekövetkező változásokat. Ez az arány szignifikánsan magasabb (p<0,001) volt, mint a házi gyermekorvosok (97,14%) és a vegyes praxisú háziorvosok (80%) esetében tapasztalt.

A tápláltsági állapot változásának követését illetően a 35 év alatti illetve a 35-49 éves korcsoportban a szakemberek válaszai között nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget. Az 50 év feletti korcsoportban a védőnők szignifikánsan nagyobb (p= 0,002) arányban (96,84%) követik a csecsemők tápláltsági állapotában bekövetkező változásokat, mint a háziorvosok. A nagymozgások változását a fiatal korcsoportba tartozó házi gyermekorvosok szignifikánsan nagyobb százalékban (100%) (p=0,034) követik munkájuk során, mint a vegyes praxisú háziorvosok vagy a védőnők. A 35-49 évesek között már a védőnők vélekedtek szignifikánsan nagyobb (p=0,001) arányban így (96,93%). A házi gyermekorvosok esetében a nagymozgásokat teljes mértékben követők részaránya 88,24%, a vegyes praxisú háziorvosok esetében pedig 75% volt. Az 50 év felettiek esetében is hasonló megoszlást tapasztalhatunk, a védőnők szignifikánsan magasabb (93,68%) részben követik a nagymozgások változását a csecsemők esetében, mint a háziorvosok (p<0,001).

A finommotorikus mozgásokban bekövetkező változásokat követők aránya a 35 év alatti korcsoportban nem különbözött szignifikánsan. Mind a 35-49 éves, mint az 50 év feletti korcsoportba tartozók közül a védőnők válaszolták szignifikánsan nagyobb arányban (p<0,001), hogy munkájuk során teljes mértékben követik az említett fejlődésben bekövetkező változásokat. A 35-49 éves védőnőknél ez az arány 92,64%, az 50 év felettiek esetében pedig 89,47% volt. Legkevésbé a vegyes praxisú háziorvosok követik a csecsemők finommotorikus, szem-kéz koordinációban bekövetkező változásait.

Az érzékszervi érintettség változását teljes mértékben követők arányát vizsgálva szignifikáns különbéget egyedül a 35-49 éves korcsoportba tartozó egészségügyi dolgozók között tudtunk kimutatni. A védőnők több mint 90%-a követi e változásokat. Tőlük szignifikánsan kisebb (p<0,001) arányban válaszoltak így a házi gyermekorvosok (82,35%) és a vegyes praxisú háziorvosok (60,71%).

A mozgásszervi érintettség változását a 35 év alatti szakemberek 54%-a a 35-49 év közötti választ adók 60%-a és az 50 év feletti szakemberek 63%-a követi teljes mértékben. A korcsoportokon belül a szakemberek közötti különbségek nem voltak szignifikánsak.

Az érzékelési-észlelési működések változását mind a három korcsoportban az egészségügyben dolgozók közül legnagyobb százalékban a védőnők (40,54%-41,51%-35,11%) követik. E kérdéskör esetében kapott eredmények közötti különbséget nem tudtunk statisztikailag alá.

Az értelmi fejlődés változását a 35 évnél fiatalabbak 71%-a a 35-49 éves szakemberek 69%-a és az 50 évnél idősebbek 62%-a követte teljes mértékben. A szakemberek közötti különbségeket nem találtuk szignifikánsnak.

Az egészségügyi szakdolgozók közül a 35 év alatti házi gyermekorvosok szignifikánsan nagyobb (p=0,022) arányban követik munkájuk során a csecsemők kommunikáció-és beszédfejlődését. Tehát a házi gyermekorvosok 100%-a, a védőnők 70,54%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 25%-a adta ezt a választ. A következő két korcsoport esetében nem tudtunk szignifikánsan alátámasztani, a kimutatott különbségeket.

A csecsemőkorúak játéktevékenységének változását szignifikánsan (p=0,005) a legnagyobb arányban a 35 év alatti védőnők követik (74,77%). E korcsoporton belül a vegyes praxisú háziorvosok azok, akik legkevésbé követik e területen bekövetkező változásokat, körükben ez az arány mindössze 25%-nak adódott. A 35-49 évesek körül is a védőnők kísérik leginkább figyelemmel a csecsemők játéktevékenységében bekövetkező változásokat. A védőnőknél ez az arány (76,4%) szignifikánsan magasabb volt, mint a házi gyermekorvosoknál (52,94%), és a vegyes praxisú háziorvosoknál (25%) tapasztalt. Szintén szignifikánsan nagyobb ez az arányszám (p=0,002) az 50 év feletti védőnők esetében is, ami 67,37% volt, szemben a házi gyermekorvosok és a vegyes praxisú háziorvosok esetében tapasztaltakkal (46,97% illetve 40%).

Az érzelmi, indulati megnyilvánulások változását követő 35 év alatti és az 50 év feletti szakemberek válaszai között nem találtunk szignifikáns eltérést. A középkorú (35-49 éves) védőnők 62,26%-a kíséri teljes mértékben figyelemmel e fejlődési változásokat. Ez az arány szignifikánsan magasabb (p<0,001), mint a háziorvosok körében tapasztalt, hiszen a házi gyermekorvosok 41,18%-a, a vegyes praxisú háziorvosok mindössze 14,29%-a válaszolta ugyanezt.

A csecsemők magatartási változásait a 35 év alatti házi gyermekorvosok szignifikánsan nagyobb (p=0,002) arányban (100%) követik, mint a hasonló korcsoportba tartozó védőnők vagy a vegyes praxisú háziorvosok. A 35-49 éves korcsoportba tartozók esetében a védőnők állítják legnagyobb arányban, hogy teljes mértékben követik a csecsemők magatartásában bekövetkező változásokat. A védőnők több mint fele (51,59%) válaszolt így, ez szignifikánsan magasabb aránynak bizonyult (p=0,001), mint a házi gyermekorvosok (35,29%) és a vegyes praxisú házorvosok esetében (14,29%) megfigyelhető. Az 50 év feletti korcsoportban tapasztalt eltérések nem bizonyultak szignifikánsnak.

A vizsgálatban részt vevő 35 év alatti korcsoportban és az 50 évnél idősebbek körében nem találtunk szignifikáns eltérést a társas kapcsolatok változását követők között. A 35-49 éves korosztályba tartozó védőnők szignifikánsan magasabb (p=0,001) arányban (47,77%) válaszolták azt, hogy teljes mértékben figyelik a munkájuk során a csecsemőkorúak társas kapcsolatainak változását, mint a házi gyermekorvosok (47,06%) és a vegyes praxisú háziorvosok (10,71%).

A csecsemőkorúak önellátási szokásainak változását a 35 év alatti házi gyermekorvosok szignifikánsan magasabb (p=0,025) arányban követik. Esetükben a megkérdezettek fele (50%) válaszolt így, szemben a védőnőkkel (43,69%). A középkorúak esetében már a védőnők szignifikánsan magasabb arányban 41,83%) (p=0,006) válaszoltak így. Az idősebb korosztályúak esetében a házi gyermekorvosok szignifikánsan nagyobb arányban (p=0,027) vélekedtek hasonlóan (38,71%), szemben a védőnőkkel, ahol ez az arány 27,91% volt. Minden korcsoport esetében a vegyes praxisú háziorvosok válaszolták legkisebb százalékban azt, hogy teljes mértékben követik a csecsemők önellátási szokásainak változását.

A szobatisztaság alakulását a 35 év alatti korosztályba tartozó védőnők szignifikánsan nagyobb (p=0,034) arányban (39,39%) követik munkájuk során, mint a házi gyerekorvosok, vagy a vegyes praxisú háziorvosok. A 35-49 évesek esetében a védőnők 32,64%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 29,63%-a, és a házi gyermekorvosok 21,43%-a válaszolt hasonlóan. Az 50 év feletti korcsoportban a házi gyermekorvosok 45,76%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 35,56%-a, a védőnők 27,59%-a követi teljes mértékben a csecsemők szobatisztaságának változásait munkája során. Az utóbbi két korcsoport esetében nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni.

A csecsemők napirendjében bekövetkező változását követő 35 év alatti korcsoportba tartozók válaszadási arányai között nem találtunk szignifikáns különbséget. A 35-49 éves korcsoportba tartozó védőnők szignifikánsan magasabb arányban ($p<0,001$) vélik úgy, hogy az említett területen bekövetkezett változásokat teljes mértékben követik Ez az arány 67,9%, a házi gyermekorvosok körében 52,94%, a vegyes praxisú háziorvosok esetében 28,57% volt. Az 50 év feletti korcsoportban szintén a védőnők válaszoltak legnagyobb százalékban így (55,91%). Ez az arány szignifikánsan magasabb ($p=0,01$) volt, mint a házi gyermekorvosok (45,45%) és a vegyes praxisú háziorvosok körében (29,17%) tapasztalt. (20. táblázat)

A szakemberek véleményét befolyásoló tényezőket, azaz mennyire követik munkájuk során a fejlődési területek változásait csecsemőkorban, többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk. A feltételezett befolyásoló tényezők között az alábbi faktorok voltak:

1. A szakemberek foglalkozása.
2. Szakemberek ellátási területe.
3. A praxis jellemzői.
4. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
5. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
6. Amennyiben ellát helyettesítést mennyi annak időtartama.
7. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
8. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
9. Szakemberek korcsoportos életkora.
10. Szakemberek iskolai végzettsége.
11. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét

Az orvosok és védőnők ellátási körzet jellemzői, szocioökonómiai, demográfiai adatai és a munkájuk során a különböző fejlődési területek változásának nyomon követése közötti kapcsolatot többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk. Nem találtuk szignifikáns befolyásoló tényezőnek az egyik feltételezett faktort sem arra vonatkozóan, hogy a szakdolgozó milyen mértékben követi a súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását csecsemőkorban. A p-érték valamennyi vizsgált faktor esetben magasabb volt, mint 0,05. A tápláltsági állapot tekintetében sem találtuk a feltételezett

befolyásoló faktorokat szignifikáns pozitív vagy negatív befolyásoló tényezőnek. „Milyen mértékben követi csecsemőkorban munkája során a nagymozgások változását?” kérdésre szignifikánsan kisebb eséllyel adtak a vegyes praxisú háziorvosok „teljes mértékben” választ, mint a házi gyermekorvosok. Ha a válaszadó szakember 50 éves vagy idősebb korcsoportba tartozó volt, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,07, p=0,028) nyilatkozott úgy, hogy teljes mértékben követi munkája során a nagymozgások változását, mint azok a szakemberek, akik 35 évnél fiatalabbak voltak.

Vizsgálatunk alapján a védőnők szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=17,04, p=0,004) vallották, hogy teljes mértékben követik csecsemőkorban munkájuk során a finommotorikus mozgások, szem-kéz koordináció változását, mint a házi gyermekorvosok. Az életkort és a helyettesítés időtartamát is szignifikáns befolyásoló tényezőnek sikerült kimutatnunk. Azon szakdolgozók, akik 35-49 évesek voltak szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,05, p=0,023) válaszolták, hogy teljes mértékben követik a finommotorikus mozgásokat, mint azon szakdolgozók akik 35 évnél fiatalabbak voltak. Azon válaszadók, akik 3 hetet meghaladó időtartamú helyettesítést végeztek, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,19, p=0,031) válaszoltak úgy, hogy „teljes mértékig” követik a finommotorikus mozgásokat, mint azon válaszadók akik rövidtávú helyettesítést látnak el. Szintén csökkent eséllyel követte a szakdolgozó a finommotorikus mozgásokat, abban az esetben ha a védőnő vagy orvos kettő vagy három (EH=0,17. p=0,042), négy vagy öt (EH=0,11, p=0,048), hat vagy több (EH=0,09, p=0,028) orvossal vagy védőnővel tartott munkakapcsolatot, azon válaszadókhoz képest, akik csak egy szakemberrel álltak munkakapcsolatban. (21.táblázat)

Az érzékszervi érintettség változását a vegyes praxisú háziorvosok kisebb eséllyel (EH=0,27, p=0,033) követték teljes mértékben, mint a házi gyermekorvosok. A többi feltételezett befolyásoló tényezőt nem sikerült vizsgálatunkban szignifikáns befolyásoló tényezőnek kimutatnunk. Nem sikerült szignifikáns összefüggést a mozgásszervi érintettség változásának követése, és a feltételezett befolyásoló tényezők között kimutatnunk.

Arra a kérdésre, hogy „Milyen mértékben követi csecsemőkorban munkája során az érzékelési-észlelési működések változását?” szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,98, p=0,006) adtak a válaszadók „teljes mértékben” választ, ha hároméves védőnői végzettséggel rendelkeztek, mint azon válaszadók, akik orvosi egyetemi végzettséggel bírtak.

Az értelmi fejlődés változását szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,19, p=0,013) követték a szakemberek munkájuk során amennyiben 35-49 éves korcsoportba tartoztak. Hasonló eredményt kaptunk az 50 éves vagy annál idősebb korcsoport vizsgálatakor is, ebben a korcsoportban is csökkent eséllyel (EH=0,20, p=0,020) regisztráltuk az értelmi fejlődés változásának teljes mértékű követését a 35 évesnél fiatalabbakhoz képest. Ha a szakdolgozó 2 vagy 3 orvossal vagy védőnővel tartott munkakapcsolatot, akkor kisebb eséllyel (EH=0,27, p=0,017) válaszolta azt, hogy teljes mértékben követi az értelmi fejlődés változását, mint az a válaszadó, aki csak egy orvossal vagy eggyel sem tart munkakapcsolatot. Ha válaszadó hároméves védőnőképzéssel rendelkezett, akkor háromszor nagyobb eséllyel (EH=3,02, p=0,041) válaszolta, hogy teljes mértékben követi az értelmi fejlődés változását, mint az orvosi egyetemet végzettek. A vizsgálatba vont feltételezett befolyásoló tényezők illetve a csecsemőkorban a kommunikáció- és beszédfejlődés változásának követése között nem sikerült szignifikáns összefüggést kimutatnunk. (22. táblázat)

21. táblázat: Az egyes életkori szakaszokban a fejlődési területek nyomon követését befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Milyen mértékben követi csecsemőkorban munkája során:		**A súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását?**		**A tápláltsági állapot változását?**		**A nagymozgások változását?**		**A finommotorikus mozgások változását?**		**Az érzékszervi érintettség változását?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest							referencia			
	Baranya megye							0,833	1,24		
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye							0,177	5,67		
	Csongrád megye							0,678	1,54		
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye							0,228	0,27		
	Vas megye							0,359	0,40		
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1							referencia			
	2-3							0,042	0,17		
	4-5							0,048	0,11		
	6 vagy több							0,028	0,09		
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34					referencia		referencia		referencia	
	35-49					0,083	0,12	0,02	0,05	0,270	0,45
	>50					0,028	0,07	0,28	0,24	0,846	1,17
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása	referencia				referencia					
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása	0,997	19,75			0,064	5,96				
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása	0,142	3,84			0,088	2,82				
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia		referencia		referencia		referencia		referencia	
	vegyes praxisú háziorvos	0,997	0,22	0,053	0,20	0,007	0,15	0,101	0,23	0,033	0,27
	védőnő	0,997	0,63	0,839	0,84	0,848	1,20	0,004	17,04	0,614	1,41
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam	referencia				referencia		referencia			
	3 hetet meghaladó időtartam	0,062	10,01			0,061	0,27	0,031	0,19		
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen										
	nem										
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem			referencia							
	igen			0,173	0,34						
Saját területen ellátottak gondozottak száma											
Nagelkerke R Square		0,458		0,141		0,333		0,384		0,151	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

22. táblázat: Az egyes életkori szakaszokban a fejlődési területek nyomon követését befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Milyen mértékben követi csecsemőkorban munkája során:		**A mozgásszervi érintettség változását?**		**Az érzékelési-észlelési működések változását?**		**Az értelmi fejlődés változását?**		**A kommunikáció- és beszédfejlődés változását?**		**A játéktevékenység változását?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest										
	Baranya megye										
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye										
	Csongrád megye										
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye										
	Vas megye										
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1					referencia					
	2-3					0,017	0,27				
	4-5					0,44	0,62				
	6 vagy több					0,171	0,48				
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem			referencia		referencia					
	hároméves védőnőképzés			0,006	3,98	0,041	3,02				
	négyéves védőnőképzés			0,117	2,46	0,313	0,54				
	védőnő osztott képzés			0,476	1,66	0,34	0,45				
A dolgozó korcsoportos életkora	<34					referencia					
	35-49					0,013	0,19				
	>50					0,02	0,20				
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feléadatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása									referencia	
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása									0,007	6,04
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása									0,014	4,03
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos							referencia		referencia	
	vegyes praxisú háziorvos							0,110	0,46	0,412	0,66
	védőnő							0,583	1,26	0,029	3,87
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam			referencia						referencia	
	3 hetet meghaladó időtartam			0,196	0,55					0,144	0,45
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen	referencia									
	nem	0,191	1,56								
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem										
	igen										
Nagelkerke R Square		0,015		0,07		0,146		0,049		0,239	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A játéktevékenység változását szignifikánsan háromszor nagyobb eséllyel (EH=3,87, p=0,029) követték a védőnők, mint a házi gyermekorvosok. Az ellátási-, gondozási terület tulajdonságát is szignifikáns befolyásoló tényezőnek sikerült kimutatnunk. Ha a védőnő vagy orvos óvoda védőnői, vagy óvoda orvosi, feladatokat is ellátott akkor hatszor nagyobb esélyét (EH=6,04, p=0,007) találtuk a játéktevékenység követésének, mint azok között akik csak iskola orvosi, vagy iskola védőnői feladatokat láttak el. Szignifikánsan négyszer nagyobb eséllyel (EH=4,0, p=0,014) regisztráltuk a játéktevékenységnek a követését, abban az esetben is, ha a válaszadó egyszerre óvoda és iskola orvosi illetve óvoda és iskolavédőnői feladatokat is ellátott, azokhoz képest akik csak iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat láttak el. (22. táblázat)

A védőnők, akik hároméves védőnőképzéssel rendelkeztek négyszer nagyobb eséllyel (EH=4,02, p=0,002) követték munkájuk során az érzelmi, indulati megnyilvánulások változását, mint az orvosi egyetemet végzettek. A magatartási megnyilvánulások esetében azt tapasztaltuk, hogy a vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,24, p=0,020) válaszolták azt hogy teljes mértékben követik, mint a házi gyermekorvosok. Ha az orvosnak vagy védőnőnek volt arra lehetősége, hogy az előírt munkaidejét rugalmasan kezelje akkor szignifikánsan kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,23, p=0,045) adta azt a választ, hogy teljes mértékben követi a magatartási megnyilvánulások változását, mint azok akik nem tudták rugalmasan kezelni munkaidejüket.

Szignifikáns összefüggést találtunk ellátási terület illetve a társas kapcsolatok változásának követése között. Ha a válaszadók ellátási területe Baranya megyében, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében vagy Csongrád megyében volt, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=6,93, p=0,020; EH=5,96 p=0,015 és EH=11,71, P=0,002) nyilatkozták azt, hogy a munkájuk során teljes mértékben követik a társas kapcsolatok változását, mint azok, kiknek ellátási területe Budapesten helyezkedett el.

Vizsgálatunk eredménye alapján elmondható, hogy a vegyes praxisú háziorvosok az önellátási szokások, képességek változását szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,13, p=0,005) követték, mint a házi gyermekorvosok. Ha a válaszadó orvosként vagy védőnőként 2 vagy 3 védőnővel vagy orvossal tartott munkakapcsolatot, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,23, p=0,029) regisztráltunk olyan választ, hogy munkája során az önellátási szokások, képességek változását teljes mértékben követi. Ha a szakdolgozó orvosként 4 vagy 5

védőnővel, védőnőként pedig 4 vagy 5 orvossal tartott munkakapcsolatot, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,22, p=0,031) válaszolták azt, hogy teljes mértékben követik az önellátási szokások, képességek változását. A szobatisztaság változását egyik vizsgált tényező sem befolyásolta negatívan vagy pozitívan.

Abban az esetben, ha tartozott a szakdolgozóhoz csatolt település, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,23, p=0,038) válaszolta azt, hogy teljes mértékben követi munkája során a napirend változását, mint azok, kikhez nem tartoztak csatolt települések. Abban az esetben, ha az orvos 4 vagy 5 védőnővel a védőnő pedig 4 vagy 5 orvossal tartott munkakapcsolatot akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,23, p=0,017) regisztráltuk hogy a válaszadó teljes mértékben követi munkája során a napirend változását. (23. táblázat)

5.4. A fejlődési területek változásának nyomon követése kisgyermekkorban

A kisgyermekkorúak súlyfejlődésében, hossznövekedésében és testarányaikban bekövetkező változásokat az egészségügyi szakdolgozók 69%-a teljes mértékben követi munkája során. A tápláltsági állapot változását teljes mértékben követi a válaszadók 67%-a. A kisgyermekek nagymozgásában bekövetkező változásokat a megkérdezettek 70,4%-a teljes mértékben követi. Az egészségügyi dolgozók közel 70%-a teljes mértékben, 29,4%-a nagymértékben követi a kisgyermekek finommotorikus mozgásának, szem-kéz koordinációnak változását. A válaszadók közel 80%-a nyilatkozta azt, teljes mértékben követi a kisgyermekek érzékszervi érintettségében bekövetkező változásokat. A mozgásszervi változások esetében ez a következőképpen alakult: a megkérdezettek 65,4%-a teljes mértékben, 32,9%-a nagymértékben követi ezt. Az érzékelési-észlelési működések változását a vizsgálatban részt vevők 62,2%-a nagymértékben követi. A kisgyermekkorúak értelmi (figyelmi működés, gondolkodási műveletek, emlékezeti, képzeleti működés, érdeklődés) fejlődésének változásait a válaszadók 63,6%-a teljes mértékben 34,4%-a nagymértékben követi. A megkérdezett háziorvosok és védőnők a kisgyermekek kommunikáció-és beszédfejlődésének változását teljes mértékben követi a válaszadók 71,3%-a. A gyermekek játéktevékenységében bekövetkező változásait teljes mértékben követők aránya 57,8% volt. Az érzelmi, indulati megnyilvánulások fejlődésében bekövetkező változásokat megkérdezettek 56,1%-a teljes mértékben. A magatartási (pl. dacos, agresszív) megnyilvánulásokat teljes mértékben követi a válaszadók 54,8%-a, nagymértékben 43,9%-a. A kisgyermekkorúak társas kapcsolatának változását teljes mértékben követők aránya 46,3%

volt. Az önellátási szokások, képességek változását teljes mértékben követi a válaszolók 47,5%-a. A szobatisztaság esetében a teljes mértékben követők aránya 59%, a nagymértékben követőké 39,3% volt. A napirendben bekövetkező változásokat a megkérdezett egészségügyi dolgozók 53,9%-a teljes mértékben, követi. (24. táblázat)

23. táblázat: Az egyes életkori szakaszokban a fejlődési területek nyomon követését befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Milyen mértékben követi csecsemőkorban munkája során:		**Az érzelmi, indulati megnyilvánulások változását?**		**Az magatartási megnyilvánulások változását?**		**A társas kapcsolatok változását?**		**Az önellátási szokások, képességek változását?**		**A szobatisztaság változását?**		**A napirend változását?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest					referencia							
	Baranya megye					0,02	6,93						
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye					0,015	5,96						
	Csongrád megye					0,002	11,71						
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye					0,083	4,19						
	Vas megye					0,847	1,19						
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1			referencia				referencia				referencia	
	2-3			0,502	0,69			0,03	0,24			0,223	0,51
	4-5			0,108	0,37			0,031	0,22			0,017	0,23
	6 vagy több			0,064	0,35			0,12	0,37			0,349	0,59
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem	referencia		referencia									
	hároméves védőnőképzés	0,002	4,02	0,192	2,96								
	négyéves védőnőképzés	0,471	1,37	0,791	0,82								
	védőnő osztott képzés	0,703	0,78	0,767	0,85								
A dolgozó korcsoportos életkora	<34			referencia									
	35-49			0,314	0,54								
	>50			0,875	1,11								
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város					referencia							
	város					0,678	1,30						
	község					0,142	0,45						
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatok							referencia				referencia	
	óvoda orvosi, védőnői feladatok							0,462	1,69			0,434	0,62
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatok							0,106	2,86			0,520	1,40
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos			referencia		referencia		referencia				referencia	
	vegyes praxisú háziorvos			0,020	0,24	0,246	0,44	0,005	0,13			0,201	0,48
	védőnő			0,530	0,59	0,444	1,48	0,594	0,80			0,093	2,03
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam												
	3 hetet meghaladó időtartam												
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen	referencia				referencia				referencia		referencia	
	nem	0,065	1,90			0,058	2,27			0,838	2,23	0,038	2,23
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem			referencia									
	igen			0,045	2,23								
Nagelkerke R Square		0,123		0,146		0,223		0,155				0,154	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A kérdésekre adott válaszokat korcsoportos bontásban is vizsgáltuk. A kiskorú gyermekek súlyfejlődésének, hossznövekedésének és a testarányok változásának követésében nem sikerült szignifikáns különbségeket kimutatnunk az 50 év alatti védőnők, házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok esetében sem. Az 50 év feletti korosztályban figyelhetjük meg, hogy a védőnők szignifikánsan (p=0,023) nagyobb (77,89%) arányban válaszolták azt, hogy teljes mértékben követik a kisgyermekek súlyfejlődésének, hossznövekedésének változásait, szemben a házi gyermekorvosokkal (68,57%) és a vegyes praxisú háziorvosokkal (56%).

Az 50 év feletti korosztályba tartozó védőnők szignifikánsan magasabb (p=0,016) arányban (75,53%) nyilatkozták azt, hogy munkájuk során teljes mértékben követik a kisgyermekkorúak tápláltsági állapotában bekövetkező változásokat. A védőnők esetében ez az arány 75,53%, a házi gyermekorvosok esetében 67,14%, a vegyes praxisú háziorvosok esetében pedig 52% volt. Az 50 év alatti korosztályok esetében a tapasztalt különbségeket nem találtuk szignifikánsnak.

A következő kérdésre, mely a nagymozgásokban bekövetkező változások követésére irányult a 35-49 év között lévő védőnők 79,87%-a nyilatkozta azt, hogy teljes mértékben követi. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,001) volt, mint a házi gyermekorvosok (56,25%) és a vegyes praxisú háziorvosok esetében (48,15%) megfigyelhető. Az 50 év feletti védőnők is szignifikánsan (p=0,018) nagyobb (78,49%) arányban nyilatkozták ugyanezt, szemben hasonló korcsoportú háziorvosokkal és a vegyes praxisú háziorvosokkal. A fiatal, 35 év alatti korcsoportúaknál a válaszok között regisztrált különbségek nem bizonyult szignifikánsnak.

A finommotorikus mozgások, szem-kéz koordináció változását teljes mértékben követők aránya a 35-49 éves védőnők körében 77,02% volt. Ez szignifikánsan magasabb (p<0,001) volt, mint a hasonló korcsoportba tartozó házi gyermekorvosok (68,75%) és a vegyes praxisú háziorvosok (39,29%) esetében. Az idősebb, 50 év feletti korcsoportban szintén a védőnők nyilatkozták szignifikánsan (p<0,001) nagyobb (80,85%) százalékban, hogy a gyermekek finommotorikus mozgásában bekövetkező változásokat követik. A 35 év alatti korcsoportban szignifikáns különbségeket nem tudtunk azonosítani.

Az érzékszervi érintettségben végbemenő változásokat a 35 éves védőnők szignifikánsan (p=0,015) nagyobb arányban (85,71%) követik teljes mértékben. Ez az arány a vegyes praxisú háziorvosok esetében 75% volt. A középkorúak közül is a védőnők válaszolták szignifikánsan

nagyobb (p<0,001) arányban azt, hogy teljes mértékben követik a kisgyermekkorúak érzékszervi érintettségében bekövetkező változásait. Ez az arány 82,61% volt. Az 50 év felettiek esetében is a védőnők 89,47%-a válaszolta azt, hogy munkája során teljes mértékben követi a kisgyermekkorúak érzékszervi változásait. Ez szignifikánsan magasabbnak (p=0,008) bizonyult, mint ahogy a vegyes praxisú háziorvosok (74%) és a házi gyermekorvosok (71,43%) válaszoltak.

A mozgásszervi érintettség változását a 35 év alatti választ adó szakemberek 66,39%-a, a 35-49 évesek 67,16%-a és az 50 éve felettiek 66,04%-a követte teljes mértékben. A korcsoportokon belül szignifikáns különbségeket nem sikerült azonosítanunk. Hasonló eredményt kaptuk a kisgyermekek érzékelési-észlelési működésének változásának elemzése során. A korcsoportokon belül megmutatkozó különbségeket nem tudtunk szignifikánsan alátámasztani

A kisgyermekkorúak értelmi fejlődésének változását a 35 évnél fiatalabb szakemberek 73%-a a 35-49 éves szakemberek 66%-a és az 50 évnél idősebbek 58%-a követi teljes mértékben. Egyik korcsoportban sem találtunk szignifikáns különbséget a válaszok között.

A kommunikáció-és beszédfejlődés változását a 35 év alatti védőnők szignifikánsan nagyobb arányban követik (84,82%). Ez esetükben 84,82% volt. Ennél szignifikánsan alacsonyabb (p=0,003) volt a teljes mértékben követők aránya a házi gyermekorvosok (50%) és a vegyes praxisú háziorvosok (37,5%) esetében. A középkorúak közül a házi gyermekorvosok 81,25%-a követi teljes mértékben a munkájuk során a kommunikáció-és beszédfejlődés változásait. Ez szignifikánsan magasabb (p<0,001) volt, mint a védőnők (77,99%) és a vegyes praxisú háziorvosok esetében (39,29%). Az idősek közül a védőnők válaszolták a legnagyobb arányban, hogy teljes mértékben követik a kisgyermekkorúak e területen történő változásait. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,017) volt, mint a háziorvosok esetében tapasztalt.

A kisgyermekek játéktevékenységében bekövetkező változásokat a 35 év alatti védőnők szignifikánsan nagyobb (p=0,004) arányban (70,54%) követik, mint a háziorvosok. A 35-49 éves korcsoportú egészségügyi dolgozók közül a védőnők válaszolták szignifikánsan nagyobb (p<0,001) arányban, hogy munkájuk során teljes mértékben követik e területen végbemenő változásokat. Az 50 év felettiek esetében is a védőnők köréből került ki a játéktevékenység változásait teljes mértékben követők legnagyobb aránya 58,95%-al. Ez szignifikánsan

magasabb (p=0,022) volt, mint a vegyes praxisú háziorvosok (46%) és házi gyermekorvosok (37,31%) körében tapasztalt.

A 35 évet be nem töltött egészségügyi dolgozók közül a védőnők 68,75%-a követi teljes mértékben a kisgyermekek érzelmi, indulati megnyilvánulásaiban bekövetkező változásokat. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,004) volt, mint a háziorvosok esetében tapasztalt. A középkorúak esetében is szignifikánsan nagyobb (p<0,001) arányban a védőnők válaszolták, hogy teljes mértékben követik e területen végbemenő változásokat. A házi gyermekorvosok esetében ez az arány 43,75%, a vegyes praxisú háziorvosoknál pedig 14,29%-nak adódott. Az 50 év feletti védőnők, vegyes praxisú háziorvosok és a házi gyermekorvosok között tapasztalt különbségek nem mutatkoztak szignifikánsnak.

Arra a kérdésre, hogy „Milyen mértékben követi a kisgyermekkorban munkája során a magatartási megnyilvánulások változását?" a 35 év alatti védőnők 70,54%-a válaszolta, hogy teljes mértékben. Ez az arány szignifikánsan magasabb (p=0,004) volt, mint a háziorvosok körében tapasztalt, ahol ez az arány mindössze 25% volt. A 35-49 éves korcsoportba tartozó védőnők 66,88%-a válaszolta ugyanezt. Ez szintén szignifikánsan magasabbnak (p<0,001) bizonyult, mint a háziorvosok körében tapasztalt. Az 50 év feletti korcsoportban nem találtunk szignifikáns különbséget.

A társas kapcsolatok változását a 35 év alatti védőnők 67,27%-a teljes mértékben követi. Ez szignifikánsan nagyobb volt, mint a vegyes praxisú háziorvosoknál, ahol ez arány mindössze 12,5%-nak adódott. Szintén szignifikánsan magasabb (p<0,001) arányban válaszolták az 35-49 év közötti védőnők, hogy teljes mértékben követik a kisgyermekek társas kapcsolatának változását. Ez esetükben 57,23%, a házi gyermekorvosok esetében 43,75%, a vegyes praxisú háziorvosok esetében pedig 10,71% volt. Az idősebb korosztály esetében nem találtunk szignifikáns különbséget a válaszadási arányok között.

Az önellátási szokások és képességek változását a 35 év alatti védőnők 63,64%-a teljes mértékben követi. Ez szignifikánsan magasabb (p<0,001) volt, mint a háziorvosok körében tapasztalt. A 35-49 év közötti korcsoportba tartozó védőnők 63,29%-a nyilatkozott hasonlóan. Ez az arány szintén szignifikánsan magasabb (p<0,001) volt, mint a házi gyermekorvosok (43,75%) és a vegyes praxisú háziorvosok (10,71%) körében tapasztalt. Az 50 év felettiek esetében nem találtunk szignifikáns különbséget, a kérdésre adott válaszok között.

A kisgyermekkorúak szobatisztaságában bekövetkező változásokat teljes mértékben követő 35 év alatti korcsoportban tartozó védőnők szignifikánsan (p=0,004) magasabb arányban követik (72,32%) e fejlődési terület változásait, mint az orvosok. A közép korosztályba tartozó védőnőknél ez az arány 70%-nak adódott, mely szignifikánsan magasabb (p=0,002) volt, mint a házi gyermekorvosok (62,5%) és vegyes praxisú háziorvosok (35,71%) esetében észlelt. Az 50 év feletti korcsoportban nem találtunk szignifikáns különbséget az egészségügyi szakdolgozók válaszadási arányai között.

A kisgyermekkorúak napirendjének változását a 35 év alatti korosztályba tartotó védőnők 67,86%-a követi teljes mértékben. Ez szignifikánsan magasabb, mint a háziorvosok körében észlelt (12,50%). Szintén szignifikánsan nagyobb (p<0001) volt a 35-49 éves korcsoportba tartozó védőnők (67,08%) esetében a napirendi változásokat teljes mértékben követők aránya, mint az orvosok esetében regisztrált. A házi gyermekorvosok esetében ez 50%-nak, a vegyes praxisú háziorvosok esetében pedig 21,43%-nak adódott. Az idősebbek körében a védőnők 56,38%-a nyilatkozott hasonlóan. Ez szignifikánsan nagyobb (p=0,013) volt, mint a házi gyermekorvosok (36,23%) és a vegyes praxisú háziorvosok (36%) körében tapasztalt. (25. táblázat)

A szakemberek véleményét befolyásoló tényezőket, hogy mennyire követik munkájuk során a fejlődési területek változásait kisgyermekkorban többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk. A feltételezett befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. A szakemberek foglalkozása.
2. Szakemberek ellátási területe.
3. A praxis jellemzői.
4. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
5. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
6. Amennyiben ellát helyettesítést mennyi annak időtartama.
7. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
8. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
9. Szakemberek korcsoportos életkora.
10. Szakemberek iskolai végzettsége.

11. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét

„Milyen mértékben követi kisgyermekkorban munkája során a súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását?” kérdésre szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=4,01, p=0,037) regisztráltuk azt a választ, hogy „teljes mértékben” abban az esetben, ha a válaszadó orvosi védőnői feladatai mellett óvoda orvosi vagy óvoda védőnői feladatokat is ellátott. Szintén nagyobb eséllyel (EH=3,26, p=0,026) követték a fejlődési területet a szakemberek, ha óvoda-, iskola orvosi, vagy óvoda-, iskolavédőnői körzetet is ellátottak, mint azon kollegáig akik orvosi, védőnői feladataik mellett, iskola orvosi, vagy iskola védőnői feladatokat láttak el. Szintén szignifikáns összefüggést találtunk a fejlődési terület követése és az ellátási terület elhelyezkedése között. Ha a szakdolgozó ellátási területe Csongrád megyében helyezkedett el, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=7,77, p=0,005) válaszolta azt, hogy teljes mértékben nyomon követi munkája során a súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását, mint azon szakemberek akik ellátási területe Budapesten volt. Hasonló eredményt kaptunk abban az esetben is, ha az ellátási területe a szakembernek Vas megyében helyezkedett el: nyolcszor nagyobb eséllyel (EH=8,18, p=0,009) válaszolták azt, hogy teljes mértékben nyomon követik a súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását, mint azon szakemberek kiknek ellátási területeik Budapesten voltak.

Az alábbi kérdésre, miszerint „Milyen mértékben követi kisgyermekkorban munkája során a tápláltsági állapot változását?”, egyik feltételezett befolyásoló tényező sem gyakorolt szignifikáns hatást. A nagymozgások változásának követése esetében azt tapasztaltuk, hogy azon védőnők, akik hároméves védőnőképzéssel rendelkeztek szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,35, p=0,039) válaszolták azt, hogy teljes mértékben nyomon követik a nagymozgások változását, mint az orvosi egyetemet végzettek. Ha a szakdolgozó négyéves védőnőképzésben vett részt szintén nagyobb eséllyel (EH=5,01, p=0,012) regisztráltunk nála a teljes mértékű nagymozgásoknak a nyomon követését, mint azok körében akik orvosi egyetemi végzettséggel rendelkeztek. Az ellátási terület is szignifikáns hatást gyakorolt a nagymozgások nyomon követésre. Ha a védőnő vagy orvos óvoda védőnői vagy óvoda orvosi feladatokat is ellátott, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=8,57, p=0,008) követte a nagymozgások változását munkája során, mint azok a szakemberek akik orvosi védőnői feladataik mellett iskola védőnői vagy iskola orvosi feladatokat láttak el. Ha a válaszadó szakember óvoda-, iskolaorvosi vagy óvoda-, iskolavédőnői feladatokat is ellátott akkor

szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,08, p=0,044) válaszolta, hogy teljes mértékben nyomon követi a nagymozgások változását, mint azon szakemberek akik csak iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat láttak el. Akiknek ellátási területük Csongrád megyében volt, nagyobb eséllyel (EH=14,17, p=0,003) nyilatkoztak úgy, hogy teljes mértékben nyomon követik a nagymozgások változást, mint a Budapesti ellátási körzettel rendelkezők. A finommotorikus mozgások, szem-kéz koordináció változásának nyomon követése esetében azt tapasztaltuk, hogy a védőnők több mint háromszor nagyobb eséllyel (EH=3,58, p=0,009) válaszolták azt, hogy teljes mértékben nyomon követik a fejlődési területet, mint az orvosok. Ha a védőnők vagy orvosok feladatik ellátása mellett óvoda-, iskolaorvosi vagy óvoda-, iskolavédőnői feladatokat is elláttak akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel követték (EH=2,92, p=0,048) munkájuk során teljes mértékben a finom motorikus mozgásokat, mint azon szakemberek akik feladataik mellett csak iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat láttak el. A válaszadónak Csongrád megyében, vagy Vas megyében volt az ellátási területe akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=6,09, p=0,014 és EH=8,34, p=0,010), válaszolták azt hogy teljes mértékben nyomon követik a finom motorikus mozgások változást, mint azon szakemberek kiknek ellátási területeik Budapesten voltak.

Az iskolai végzettség szignifikánsan befolyásolta az érzékszervi érintettség nyomon követésének mértékét. Ha a válaszadó, hároméves védőnőképzéssel, vagy négyéves védőnőképzéssel rendelkezett, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,66, p=0,026 és EH=3,30, p=0,42) nyilatkozott úgy, hogy teljes mértékben nyomon követi munkája során az érzékszervi érintettség változását, mint azon szakemberek akik orvosi egyetemi végzettséggel rendelkeztek. A többi feltételezett befolyásoló tényezőt nem sikerült szignifikáns befolyásoló tényezőnek kimutatnunk. (26. táblázat)

A „Milyen mértékben követi kisgyermekkorban munkája során a mozgásszervi érintettség változását?”, „Milyen mértékben követi kisgyermekkorban munkája során az érzékelési-észlelési működések változását?„valamint, „Milyen mértékben követi kisgyermekkorban munkája során az értelmi fejlődés változását?”, illetve, „Milyen mértékben követi kisgyermekkorban munkája során a kommunikáció- és beszédfejlődés változását?” kérdésekre, általunk feltételezett egyik befolyásoló tényező sem gyakorolt szignifikáns hatást. A p-értékek minden esetben nagyobbak voltak, mint 0,05. (26-27.táblázat)

Ha a válaszadók három vagy négyéves védőnőképzéssel rendelkeztek, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=5,48, p<0,001 és EH=2,37, p=0,047) válaszolták azt, hogy teljes mértékben követik munkájuk során a játéktevékenység változását, mint az orvosi egyetemet végzettek. Az érzelmi, indulati megnyilvánulások változását szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,34, p=0,035) követték teljes mértékben azok a válaszadók, akiknek volt lehetősége a hivatalosan előírt munkaidőt rugalmasan kezelni. A többi feltételezett befolyásoló tényezőt nem sikerült szignifikáns prediktornak kimutatnunk. (27. táblázat)

A magatartási megnyilvánulások változását szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,26, p=0,027) követték munkájuk során azok a szakemberek kiknek lehetőségük volt a rendelkezésre álló munkaidőt rugalmasan kezelni. Ha a szakdolgozó óvoda-, iskola orvosi vagy óvoda-, iskola védőnői feladatokat is ellátott akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,27, p=0,016) válaszolta azt, hogy munkája során teljes mértékben követi a magatartási megnyilvánulások változását, mint azon válaszadók akik iskola orvosi, vagy iskola védőnői feladatokat is elláttak, orvosi, védőnői feladataik mellett. (28. táblázat)

26. táblázat: Az egyes életkori szakaszokban a fejlődési területek nyomon követését befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Milyen mértékben követi kisgyermekkorban munkája során:		A súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását?		A tápláltsági állapot változását?		A nagymozgások változását??		A finommotorikus mozgások, szem-kéz koordináció változását?		Az érzékszervi érintettség változását?		A mozgásszervi érintettség változását?	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest	referencia				referencia		referencia					
	Baranya megye	0,066	4,17			0,118	4,04	0,409	1,89				
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,078	3,42			0,160	3,17	0,319	2,01				
	Csongrád megye	0,005	7,77			0,003	14,17	0,014	6,09				
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,571	1,58			0,140	4,06	0,883	1,13				
	Vas megye	0,009	8,19			0,059	5,31	0,01	8,34				
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1												
	2-3												
	4-5												
	6 vagy több												
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem			referencia		referencia				referencia			
	hároméves védőnőképzés			0,074	2,37	0,039	3,35			0,026	3,66		
	négyéves védőnőképzés			0,736	0,87	0,012	5,01			0,042	3,30		
	védőnő osztott képzés			0,261	0,51	0,827	1,17			0,65	0,76		
A dolgozó korcsoportos életkora	<34	referencia											
	35-49	0,497	1,41										
	>50	0,296	0,58										
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város												
	város												
	község												
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feléadatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása	referencia				referencia		referencia					
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása	0,037	4,01			0,008	8,57	0,165	2,59				
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátás ellátása	0,026	3,26			0,044	3,08	0,048	2,92				
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos							referencia					
	vegyes praxisú háziorvos							0,590	1,32				
	védőnő							0,009	3,58				
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak	0-3 hét időtartam												
	3 hetet meghaladó időtartam												
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen											referencia	
	nem											0,982	1,11
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan	nem	referencia											
	igen	0,068	0,46										
Saját területen ellátottak gondozottak száma													
Nagelkerke R Square		0,169		0,054		0,235		0,197		0,093		0,07	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

27. táblázat: Az egyes életkori szakaszokban a fejlődési területek nyomon követését befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Milyen mértékben követi kisgyermekkorban munkája során:		**Az érzékelési-észlelési működések változását?**		**Az értelmi fejlődés változását?**		**A kommunikáció- és beszédfejlődés változását?**		**A játéktevékenység változását?**		**Az érzelmi, indulati megnyilvánulások változását?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest										
	Baranya megye										
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye										
	Csongrád megye										
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye										
	Vas megye										
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem							referencia			
	hároméves védőnőképzés							<0,001	5,48		
	négyéves védőnőképzés							0,047	2,37		
	védőnő osztott képzés							0,745	1,22		
A dolgozó korcsoportos életkora	<34									referencia	
	35-49									0,761	1,17
	>50									0,092	2,60
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város									referencia	
	város									0,640	1,34
	község									0,061	0,37
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása	referencia								referencia	
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása	0,093	2,61							0,454	0,60
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása	0,816	1,13							0,057	0,35
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos					referencia				referencia	
	vegyes praxisú háziorvos					0,342	0,64			0,077	0,28
	védőnő					0,109	1,94			0,195	2,05
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam										
	3 hetet meghaladó időtartam										
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen										
	nem										
Van Önnek lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem	referencia		referencia						referencia	
	igen	0,075	2,01	0,129	1,70					0,035	2,34
Nagelkerke R Square		0,065		0,02		0,061		0,129		0,231	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A társas kapcsolatok változását a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ellátási területtel rendelkezők szignifikánsan ötször nagyobb eséllyel (EH=5,17, p=0,025) mondta azt, hogy teljes mértékben nyomon követi a társas kapcsolatok változást, mint az a szakember kinek az ellátási területe Budapesten volt. Ha a válaszadónak lehetősége volt a munkaidejét rugalmasan kezelni, akkor szignifikánsan kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,75, p=0,011) válaszolta azt, hogy teljes mértékben követi munkája során a társas kapcsolatok változását.

Az önellátási szokások, képességek változása tekintetében azt az eredményt kaptuk, hogy a védőnők szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=4,43, p=0,005) nyilatkozták azt, hogy teljes mértékben nyomon követik az önellátási szokások, képességek változását, mint a házi gyermekorvosok. Azon válaszadók kik 50 évnél idősebbek voltak szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,27, p=0,042) mondták azt, hogy teljes mértékben követik az önellátási szokásokat, mint a 35 évnél fiatalabbak. Ha a szakember négy vagy öt orvossal vagy védőnővel tartott munkakapcsolatot, akkor szignifikánsan kisebb (EH=0,15, p=0,005) eséllyel regisztráltunk náluk teljes mértékű önellátási szokás követést.

A többváltozós logisztikus regressziós elemzés eredményeképpen azt tapasztaltuk, hogy a vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,22, p=0,012) válaszolták azt, hogy teljes mértékben követik munkájuk során kisgyermekkorban a szobatisztaság változását, mint a házi gyermekorvosok. Ha a szakdolgozó munkája során négy vagy öt orvossal vagy védőnővel tartott munkakapcsolatot, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,15, p=0,005) válaszolta azt, hogy teljes mértékben követi munkája során a szobatisztaság változását.

Elemzésünk során azt tapasztaltuk, hogy a napirend változásának nyomon követését, csak a foglalkozás befolyásolta szignifikáns mértékben. Ha a válaszadó védőnő volt, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,24, p=0,024) mondta azt, hogy munkája során teljes mértékben nyomon követi a napirend változását, mint azok a válaszadók akik házi gyermekorvosi végzettséggel rendelkeztek. (28.táblázat)

28. táblázat: Az egyes életkori szakaszokban a fejlődési területek nyomon követését befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Milyen mértékben követi kisgyermekkorban munkája során:		**A magatartási megnyilvánulások változását?**		**A társas kapcsolatok változását?**		**Az önellátási szokások, képességek változását?**		**A szobatisztaság változását?**		**A napirend változását?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest			referencia				referencia			
	Baranya megye			0,100	3,19			0,173	0,39		
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye			0,135	2,47			0,124	2,63		
	Csongrád megye			0,417	1,68			0,922	0,94		
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye			0,025	5,17			0,868	1,13		
	Vas megye			0,956	1,04			0,999	1,01		
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1					referencia		referencia			
	2-3					0,301	0,56	0,626	0,76		
	4-5					0,005	0,16	0,005	0,15		
	6 vagy több					0,118	0,41	0,327	0,57		
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34					referencia					
	35-49					0,056	2,78				
	>50					0,042	3,27				
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása	referencia				referencia					
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása	0,083	0,35			0,137	0,38				
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása	0,016	0,28			0,924	0,95				
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia		referencia		referencia		referencia		referencia	
	vegyes praxisú háziorvos	0,212	0,53	0,126	0,44	0,079	0,34	0,012	0,22	0,945	0,97
	védőnő	0,141	1,84	0,707	1,18	0,005	4,43	0,976	0,99	0,024	3,24
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam									referencia	
	3 hetet meghaladó időtartam									0,100	0,47
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen			referencia				referencia			
	nem			0,083	2,00			0,140	0,53		
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem	referencia		referencia						referencia	
	igen	0,027	2,27	0,011	2,76					0,127	1,74
Saját területen ellátottak gondozottak száma											
Nagelkerke R Square		0,127		0,167		0,211		0,193		0,081	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

5.5. A fejlődési területek változásának nyomon követése óvodáskorban

Az egészségügyi dolgozók 54,3%-a követi teljes mértékben az óvodáskorú gyermekek súlyfejlődésében, hossznövekedésében, testarányaiban bekövetkező változásokat. A tápláltsági állapot változását a felmérésben részt vevők 52,3%-a teljes mértékben követi munkája során. A nagymozgások változását nagymértékben követőkők aránya 43,1% volt. A finommotorikus mozgások, szem-kéz koordináció változását teljes mértékben követők aránya 56,7%-nak adódott. Az egészségügyi szakdolgozók 74,4%-a teljes mértékben követi az óvodáskorúak érzékszervi érintettségében bekövetkező változásokat. A nagymértékben követők aránya 24,3% volt. A mozgásszervi érintettség esetében a teljes mértékben követők aránya 68,6% volt. Az érzékelési-észlelési működések változását a megkérdezettek 64,4%-a nagymértékben, 33,6%-a teljes mértékben követi. A vizsgálatban részt vevő háziorvosok és védőnők 59,4%-a válaszolta azt, hogy teljes mértékben követi az óvodáskorúak értelmi fejlődésének változását. A kommunikáció-és beszédfejlődés változását a válaszadók 28%-a nagymértékben követi. Az óvodáskorú gyermekek játéktevékenységének változását a megkérdezettek 50,1%-a teljes mértékben követi munkája során. A gyermekek érzelmi, indulati megnyilvánulásainak közel azonos arányban követték teljes illetve nagymértékben a szakemberek (51,7%-45,7%). A magatartási megnyilvánulások esetében a teljes mértékben követők aránya 54,7% volt. Az óvodáskorúak társas kapcsolatában bekövetkező változásokat nagymértékben követők aránya 45% volt. Az egészségügyi dolgozók 56,1%-a teljes mértékben követi az önellátási szokások, képességek változását saját munkájuk során. A szobatisztaság változását illetően a teljes mértékben követők aránya 69,7%, a nagymértékben követőké 28,2% volt. Az óvodáskorúak napirendjének változását a megkérdezett dolgozók 47,5%-a nagymértékben követte. (29. táblázat)

Az óvodáskorú gyermekek esetében a súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását a 35 éven aluli szakemberek 47,93%-a, 35-49 évesek 59,51%-a és az 50 évnél idősebbek 54,42%-a követi teljes mértékben. A korcsoportokon belül nem találtunk szignifikáns különbséget.

A tápláltsági állapot változását az 50 év feletti korcsoportba tartozó védőnők szignifikánsan nagyobb (p=0,017) arányban követik teljes mértékben. Ez esetükben 60,64%, a házi gyermekorvosok körében 55,71%, a vegyes praxisú háziorvosok esetében pedig 36%

volt. A többi korcsoport esetében nem találtunk szignifikáns különbségeket a szakemberek véleményei között.

A nagymozgások változását teljes mértékben követte a 35 év alatti orvosok és védőnők 51%-a a 35-49 éves szakemberek 59,90%-a és az 50 évnél idősebbek 54,03%-a. A korcsoportokon belül nem tudtunk statisztikailag szignifikáns különbséget kimutatni.

Az óvodáskorúak finommotorikus mozgásában, szem-kéz koordinációjában bekövetkező változásokat a 35-49 éves korcsoportba tartozó védőnők 61,49%-a követte teljes mértékben. Ez szignifikánsan (p=0,033) magasabb volt, mint a házi gyermekorvosok (50%) és a vegyes praxisú háziorvosok (35,71%) körében tapasztalt. Az 50 év feletti korosztályba tartozók esetében is a védőnők követték legnagyobb arányban az említett területen bekövetkező változásokat. Ez az arányszám körükben 70,21% volt. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,005), mint a háziorvosok esetében tapasztalt. A 35 év alatti korcsoportban a vegyes praxisú háziorvosok nyilatkoztak legnagyobb arányban így, de ez nem bizonyult szignifikánsan magasabbnak.

Az érzékszervi érintettség változását szignifikánsan nagyobb (p<0,001) arányban követik a 35-49 év közötti korcsoportba tartozó védőnők (80,63%). Az 50 év feletti korcsoportba tartozó védőnők esetében is szignifikánsan nagyobb (p=0,005) arányt (84,21%) tapasztaltunk, mint a háziorvosok körében. A háziorvosok esetében ez az arány mindkét korcsoportban alacsonyabb volt. A 35 év alattiak esetében is a védőnők körében figyelhető meg a teljes mértékben követők legmagasabb aránya, de ebben a korcsoportban nem találtunk szignifikáns különbséget.

A válaszokban megmutatkozó különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak arra a kérdésre vonatkozóan, hogy milyen mértékben követi munkája során az óvodáskorúak mozgásszervi érintettségének változását. Az érzékelési-észlelési működések változását a 35 év alatti szakemberek 35,83%-a az 50 évnél idősebbek 34,11%-a és a 35-49 évesek 33,66%-a követik teljes mértékben munkájuk során. A korcsoportok között megmutatkozó különbségek nem mutatkoztak szignifikánsnak. Egyik korcsoportban sem tudtunk statisztikailag szignifikáns különbséget kimutatni az óvodáskorúak értelmi fejlődésének követésével kapcsolatosan.

A kommunikáció-, és beszédfejlődés változását szignifikánsan nagyobb (p<0,001) arányban követik teljes mértékben a 35-49 éves korcsoportba tartozó védőnők, 80,63%-uk

válaszolta ezt. A házi gyermekorvosok esetében ez az arány 75%, a vegyes praxisú háziorvosok esetében pedig 42,86% volt. A további két korcsoportban is a védőnők nyilatkozták azt legmagasabb arányban, hogy teljes mértékben követik az óvodáskorúak kommunikáció-és beszédfejlődését, azonban ez egyik esetben sem bizonyult szignifikánsnak.

Az óvodáskorúak játéktevékenységében bekövetkező változásokat a 35-49 éves korcsoportba tartozó védőnők 60,63%-a követi. Ez szignifikánsan magasabb ($p<0,001$) volt, mint a házi gyermekorvosok (50%) és a vegyes praxisú háziorvosok (17,86%) körében tapasztalt. A 35 év alatti és 50 év feletti korcsoportban tapasztalt különbségek nem voltak szignifikánsak.

Az érzelmi, indulati megnyilvánulásokat a középkorú (35-49 éves) védőnők több mint fele (57,23%-a) követi teljes mértékben. Ez szignifikánsan magasabb ($p<0,001$) mint ami a házi gyermekorvosok és a vegyes praxisú háziorvosok esetében megfigyelhető. A 35 év alatti és az 50 év feletti dolgozók válaszadási arányai között, a különbséget nem találtunk szignifikánsnak.

A magatartási megnyilvánulások változását teljes mértékben követi a 35 év alatti védőnők 67,57%-a. Ez szignifikánsan magasabb ($p=0,005$), mint a vegyes praxisú háziorvosok esetében tapasztalt, 25%. A 35-49 évesek közül a védőnők 61,25%-a válaszolt hasonlóan. Ez szintén szignifikánsan magasabb ($p=0,002$) volt, mint ami a házi gyermekorvosok (37,5%) és a vegyes praxisú háziorvosok (28,57%) körében megfigyelhető. Az 50 év feletti korcsoportúak esetében a különbségek nem voltak szignifikánsak.

A társas kapcsolatok változását a 35 év alatti védőnők 63,3%-a követi teljes mértékben munkája során. Ez szignifikánsan magasabb ($p=0,019$), mint a háziorvosok körében tapasztalt. A középkorú védőnők 64,78%-a nyilatkozott hasonlóan. Ez az arány szintén szignifikánsan magasabb ($p<0,001$) volt, mint a házi gyermekorvosok (31,25%) és a vegyes praxisú háziorvosok (28,57%) esetében. Az 50 év feletti korcsoportban is a védőnők esetében figyelhetjük meg a legmagasabb arányszámot (50,53%), de ebben a korcsoportban nem találtunk szignifikáns különbséget.

Az óvodáskorúak önellátási szokásai esetében a 35-49 év közötti védőnők 64,97%-a követi teljes mértékben a változásokat. Ez szignifikánsan magasabbnak ($p=0,001$) adódott, mint amit a házi gyermekorvosok (43,75%) és a vegyes praxisú háziorvosok (28,57%)

esetében megfigyelhetünk. A 35 év alattiak és az 50 év felettiek esetében a tapasztalt különbségek nem voltak szignifikánsak.

A szobatisztaság esetében a változásokat teljes mértékben követik a 35-49 éves házi gyermekorvosok. A körükben tapasztalt arány (75%) szignifikánsan magasabb ($p<0,001$) volt, mint a védőnők (73,75%) és a vegyes praxisú háziorvosok (35,71%) esetében. A 35 év alatti védőnők 75,23%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 62,5%-a, a házi gyermekorvosok 50%-a vélekedett így. Az 50 év feletti korosztály esetében a védőnők 75,27%-nál, a házi gyermekorvosok 71,43%-nál és a vegyes praxisú háziorvosok 67,35%-nál tapasztaltuk ugyanezt. Az utóbbi két korcsoportot illetően azonban nem találtunk szignifikáns különbséget a válaszok között. Az óvodáskorúak napirendjének változását szignifikánsan nagyobb ($p<0,001$) arányban követik munkájuk során a 35 év alatti védőnők (57,27%). A 35-49 éves korcsoportba tartozó védőnők 57,14%-a követi teljes mértékben e fejlődési terület változásait. Ez szignifikánsan magasabb ($p=0,02$) volt, mint a házi gyermekorvosok (50%) és a vegyes praxisú háziorvosok (28,57%) körében tapasztalt. Az 50 év feletti korcsoportban a különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak. (30. táblázat)

A szakemberek véleményét befolyásoló tényezőket, hogy mennyire követik munkájuk során a fejlődési területek változásait óvodáskorban többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk. A feltételezett befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. A szakemberek foglalkozása.
2. Szakemberek ellátási területe.
3. A praxis jellemzői.
4. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
5. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
6. Amennyiben ellát helyettesítést mennyi annak időtartama.
7. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
8. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
9. Szakemberek korcsoportos életkora.
10. Szakemberek iskolai végzettsége.
11. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.

A súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,42, p=0,031) követték teljes mértékig a szakemberek abban az esetben ha a hivatalos munkaidő keretüket rugalmasan tudták kezelni, mint azok akiknek erre nem volt lehetőségük. Ha a válaszadók ellátási területe Csongrád megyében, vagy Vas megyében helyezkedett el nagyobb eséllyel (EH=5,19, p=0,008 és EH=3,68, p=0,045) válaszolták azt a szakemberek, hogy teljes mértékig követik munkájuk során a súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását, mint azok a szakemberek kiknek ellátási területük Budapesten volt. Óvodáskorban a tápláltsági állapot illetve a nagymozgások változásának követésének mértékére egyik feltételezett befolyásoló tényező sem volt hatással. A kapott p-érték valamennyi esetben nagyobb volt, mint 0,05. (31 táblázat)

31. táblázat: Az egyes életkori szakaszokban a fejlődési területek nyomon követését befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Milyen mértékben követi óvodáskorban munkája során:		A súlyfejlődés, hossznövekedés és a testarányok változását?		A tápláltsági állapot változását?		A nagymozgások változását?		A finommotorikus mozgások, szem-kéz koordináció változását?		Az érzékszervi érintettség változását?		A mozgásszervi érintettség változását?		Az érzékelési-észlelési működések változását?	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest	referencia				referencia									
	Baranya megye	0,650	1,33			0,895	1,08								
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,062	2,94			0,186	2,08								
	Csongrád megye	0,008	5,19			0,169	4,45								
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,191	2,51			0,430	1,71								
	Vas megye	0,045	3,68			0,264	2,03								
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1														
	2-3														
	4-5														
	6 vagy több														
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem														
	hároméves védőnőképzés														
	négyéves védőnőképzés														
	védőnő osztott képzés														
A dolgozó korcsoportos életkora	<34	referencia		referencia											
	35-49	0,209	1,88	0,600	1,31										
	>50	0,649	0,78	0,986	2,65										
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város									referencia					
	város									0,063	0,35				
	község									0,321	0,56				
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feléadatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása														
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása														
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása														
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos					referencia				referencia					
	vegyes praxisú háziorvos					0,786	0,88			0,027	0,22				
	védőnő					0,062	2,22			0,956	1,03				
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak	0-3 hét időtartam	referencia						referencia							
	3 hetet meghaladó időtartam	0,082	2,04					0,019	2,17						
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen														
	nem														
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan	nem	referencia								referencia		referencia		referencia	
	igen	0,031	0,42							0,085	1,95	0,049	2,01	0,043	2,23
Saját területen ellátottak gondozottak száma															
Nagelkerke R Square		0,158		,025		0,106		0,047		0,100		0,033		0,039	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

Ha a válaszadó szakemberek 3 hetet meghaladóan láttak el helyettesítést, akkor kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,17, p=0,019) válaszolták azt, hogy teljes mértékben követik a finom motorikus mozgások változását munkájuk során, mint azon szakemberek akik rövidebb ideje látnak el helyettesítést.

Az érzékszervi érintettség változásának követését a vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,22, p=0,027) követték teljes mértékben, mint a házi gyermekorvosok. A többi feltételezett befolyásoló tényezőt nem sikerült kimutatnunk szignifikáns prediktornak.

Abban az esetben, ha a válaszadó szakdolgozónak lehetősége volt az előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelni, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,01, p=0,049) válaszolták azt, hogy teljes mértékben követik a mozgásszervi érintettség változását óvodás korban. Hasonló eredményt kaptunk, amikor az érzékelési-észlelési működések változásának követését vizsgáltuk. Ha az orvos vagy védőnő az előírt munkaidő keretét rugalmasan tudta kezelni, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,23, p=0,043) követte teljes mértékben az érzékelési-észlelési működések változását, azokhoz képest akiknek erre nem volt lehetőségük. (31. táblázat)

Az értelmi fejlődés változásának követése esetében is hasonló eredményt kaptunk. Kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,61, p=0,006) mondta azt a szakdolgozó, hogy teljes mértékben követi az értelmi fejlődés változását, ha a munkaidejét rugalmasan tudta kezelni. A kommunikáció- és beszédfejlődés változását is kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,80, p=0,014) követte az orvos vagy védőnő teljes mértékben ha a munkaidejét rugalmasan tudta kezelni. A vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,30, p=0,023) nyilatkozták azt, hogy teljes mértékben követik a játéktevékenység változását, mint a házi gyermekorvosok. Ha az orvos vagy védőnő az előírt munkaidő keretét rugalmasan tudta kezelni, akkor kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,40, p=0,023) követte teljes mértékben a játéktevékenység változást munkája során. Ha a szakdolgozó feladataikon túl óvoda-, iskola orvosi vagy óvoda-, iskola védőnői feladatokat is végzett akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,33, p=0,042) követte teljes mértékben a játéktevékenység változást munkája során. (32. táblázat)

32. táblázat: Az egyes életkori szakaszokban a fejlődési területek nyomon követését befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Milyen mértékben követi óvodáskorban munkája során:		**Az értelmi fejlődés változását?**		**A kommunikáció- és beszédfejlődés változását?**		**A játéktevékenység változását?**		**Az érzelmi, indulati megnyilvánulások változását?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest								
	Baranya megye								
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye								
	Csongrád megye								
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye								
	Vas megye								
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1								
	2-3								
	4-5								
	6 vagy több								
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem			referencia					
	hároméves védőnőképzés			0,121	2,71				
	négyéves védőnőképzés			0,491	1,53				
	védőnő osztott képzés			0,150	0,37				
A dolgozó korcsoportos életkora	<34					referencia			
	35-49					0,577	1,31		
	>50					0,068	2,67		
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megyei jogú város							referencia	
	város							0,099	0,36
	község							0,018	0,29
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása					referencia			
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása					0,195	0,45		
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása					0,042	0,34		
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos			referencia		referencia		referencia	
	vegyes praxisú háziorvos			0,125	0,56	0,023	0,30	0,043	0,35
	védőnő			0,125	0,45	0,576	1,31	0,793	1,12
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam								
	3 hetet meghaladó időtartam								
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen								
	nem								
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem	referencia		referencia		referencia		referencia	
	igen	0,006	2,61	0,014	2,81	0,023	2,40	0,088	1,88
Saját területen ellátottak gondozottak száma									
Nagelkerke R Square		0,066		0,161		0,133		0,1	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

„Milyen mértékben követi óvodáskorban munkája során az érzelmi, indulati megnyilvánulások változását?” kérdésre kisebb eséllyel (EH=0,35, p=0,043) adtak a vegyes praxisú háziorvosok „teljes mértékben” választ, mint a házi gyermekorvosok. Azok a szakdolgozók, akiknek az ellátási területe községben volt szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,29, p=0,018) követték teljes mértékben az érzelmi, indulati megnyilvánulások változását óvodáskorban, mint azok akiknek ellátási körzete fővárosban, vagy megye jogú városban volt. (32. táblázat)

A magatartási megnyilvánulások változásának követésére egyik feltételezett befolyásoló tényező sem gyakorolt szignifikáns hatást. A társas kapcsolatok változását azonban a védőnők munkájuk során szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,97, p=0,009) követték teljes mértékben, mint a házi gyermekorvosok. Ha a szakemberek ellátási területéhez nem tartozott csatolt település, akkor szintén nagyobb eséllyel (EH=2,19, p=0,043) válaszolt azt a szakember, hogy teljes mértékben követi a magatartási megnyilvánulások változását. Ha a válaszadó 50 évesnél idősebb volt, akkor szintén nagyobb eséllyel (EH=4,36, p=0,011) követte munkája során a magatartási megnyilvánulások változását, mint a 35 évesnél fiatalabbak. Ha az orvosnak vagy védőnőnek lehetősége volt a rendelkezésre álló munkaidejét rugalmasan kezelni, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,32, p=0,033) követte munkája során a társas kapcsolatok változását, mint azok akik nem tudták rugalmasan kezelni a munkaidejüket.

Az önellátási szokások, képességek követésének vizsgálatok azt tapasztaltuk, hogy a védőnők háromszor nagyobb eséllyel (EH=3,01, p=0,029) követik munkájuk során az önellátási szokások, képességek változást, mint a házi gyermekorvosok. Vizsgálatunkban nagyobb eséllyel (EH=2,64, p=0,013) nyilatkozta azt egy szakember, hogy teljes mértékben követi az önellátási szokások, képességek változást, ha lehetősége volt a munkaidejét rugalmasan kezelni. Illetve ha az orvos vagy védőnő feladatikon túl óvoda orvosi vagy óvoda védőnői feladatokat is ellátott, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,28, p=0,040) regisztráltuk nála az önellátási szokások, képességek teljes mértékű követését, mint azon szakemberek körében kik alapfeladataik mellett iskola orvosi, vagy iskola védőnői feladatokat láttak el. A logisztikus regressziós elemzés során a vizsgált befolyásoló tényezők egyikét sem sikerült szignifikáns összefüggésbe hoznunk a szobatisztaság és a napirend változásának követésével. (33. táblázat)

33. táblázat: Az egyes életkori szakaszokban a fejlődési területek nyomon követését befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Milyen mértékben követi óvodáskorban munkája során:		**A magatartási megnyilvánulások változását?**		**A társas kapcsolatok változását?**		**Az önellátási szokások, képességek változását?**		**A szobatisztaság változását?**		**A napirend változását?**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest										
	Baranya megye										
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye										
	Csongrád megye										
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye										
	Vas megye										
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34			referencia		referencia		referencia		referencia	
	35-49			0,466	1,44	0,301	0,60	0,973	0,98	0,57	0,99
	>50			0,011	4,36	0,319	1,75	0,067	2,51	0,557	1,51
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása			referencia		referencia					
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása			0,093	0,34	0,040	0,28				
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása			0,743	0,84	0,197	0,51				
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos			referencia		referencia					
	vegyes praxisú háziorvos			0,368	0,62	0,380	0,64				
	védőnő			0,009	3,97	0,029	3,01				
Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi annak az időtartama?	0-3 hét időtartam	referencia									
	3 hetet meghaladó időtartam	0,128	1,66								
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész?	igen			referencia							
	nem			0,043	2,19						
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem	referencia		referencia		referencia		referencia			
	igen	0,101	1,76	0,033	2,32	0,013	2,64	0,141	1,79		
Saját területen ellátottak gondozottak száma											
Nagelkerke R Square		0,049		0,194		0,154		0,058		0,048	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

5.6. A 0-7 éves gyermekek körében leggyakrabban előforduló eltérő és megkésett fejlődési problémák, fogyatékosságok.

A házi gyermekorvosok legnagyobb számban gondozott eltérő és megkésett fejlődési problémának, fogyatékosságnak a látássérülést (átlagosan 10 főt gondoznak), a szociális fejlődés elmaradását (átlagosan 21 főt gondoznak) és a testi fejlődés elmaradását (átlagosan 12 főt gondoztak) nevezték meg. A vegyes praxisú háziorvosok a legnagyobb számban a szociális fejlődés elmaradását gondozták (átlagosan 10 főt). A beszédfogyatékossággal átlagosan 3 főt, testi fejlődés elmaradásával pedig 4 főt gondoztak. A védőnők által jelentett legnagyobb problémák a testi fejlődés elmaradása (átlagosan 5 főt gondoztak), szociális fejlődés elmaradása (átlagosan 9 főt gondoztak), és a beszédfogyatékosság (átlagosan 5 főt gondoztak) volt. (34. táblázat)

5.7. Eredmények összefoglalása

A kérdőíves felmérést, valamint a fókuszcsoportos interjúkat elemezve azt tapasztaltuk, hogy a szakemberek munkájuk alapjának tekintik a koragyermekkori fejlődés, fejlettség nyomon követését. Nincs legkevésbé fontos fejlődési cél, minden területnek hangsúlyosnak kell lenni.

A gyermekek optimális fejlődésének biztosítását megvizsgáltuk különböző részterületek megvalósulására vonatkoztatva.

A fókuszcsoportos interjúkban a feladat komplexitása hangsúlyozódott ki. A védőnők zömmel azt a szemléletet vallják, hogy nem emelhetünk ki egy-egy globális célt, személyre szabottan kell a legtöbbet kihozni a gyermek fejlődéséből, a családi környezet ismeretében. A gyermekgyógyászok, vegyes praxisú háziorvosok hasonló véleményt fogalmaztak meg, a nevelés, a korlátozás, a nyelvi fejlődés és az intelligencia szerepét hangsúlyozva.

A kérdőívek feldolgozása során azt láttuk, hogy a különböző szakmacsoportok különböző részterületeket tartanak hangsúlyosnak. Jellemzően a középkorú (35-49 év) védőnők azok, akik a leginkább figyelnek pl. az érzék és mozgásszervi fejlődésre, a táplálkozásra, a fejlődést akadályozó tényezők felismerésére, kiszűrésére, megfelelő helyre jelzésére. A diagnózis felállítását, a fejlődési rizikóval élő gyermek nyomon követését pedig a házi gyermekorvosok érzik leginkább magukénak. A családi anamnézis feltérképezése különösen hangsúlyos a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei szakemberek körében. Szintén BAZ megyében, továbbá Csongrád megyében érzik leginkább feladatuknak a szakemberek az eltérő fejlődésű gyermekek továbbküldését. Egyes esetekben a több háziorvossal, védőnővel való

munkakapcsolat fokozza a figyelmet (fejlődést akadályozó tényezők felismerése), más területeken éppen ott a legjobb a hatékonyság, ahol egy orvos – egy védőnő dolgozik együtt. A kiszűrt megkésett fejlődésű gyermekek nyomon követése a legkevésbé a vegyes háziorvosi praxisú orvosok körében valósul meg. A segítségnyújtás itt főleg a középkorú védőnők körében jellemző.

Feltételezésünk szerint azokat a fejlődési területeket kísérik fokozott figyelemmel a szakemberek, melyek megítélésük szerint kiemelt fejlődési célok. Ezért vizsgáltuk azt, mely területeket követik inkább az orvosok, védőnők csecsemő, kisgyermek és óvodás korban. A fókuszcsoportos interjún elhangzottak a kérdőíves felméréssel egybehangzóan arra mutatnak, hogy csecsemőkorban a testi fejlődés a leghangsúlyosabb, de a tápláltsági állapot, a mozgásszervi, érzékszervi, értelmi, kommunikációs fejlődés, inger-gazdag környezet is nagy figyelmet kap. A középkorú védőnők és a 35 év alatti házi gyermekorvosok közül válaszoltak legtöbben úgy, hogy ezeket a területeket kiemelt figyelemmel kísérik. Legkevésbé a vegyes praxisú háziorvosok tudnak ezekkel a kérdésekkel foglalkozni gondozottaik körében. A vizsgálat megerősítette azt az előfeltevést, hogy helyettesítés esetén, illetve ha több védőnővel, orvossal való együttműködésben zajlik a munka, akkor kevesebb figyelem jut ezekre a szempontokra (finommotorika). Előny lehet azonban, ha a védőnő, orvos nem csak területi feladatokat lát el, hanem óvoda, illetve óvoda-iskolaegészségügyieket is (játéktevékenység), illetve egyes részterületekre inkább odafigyelnek azok, akik csatolt településeket látnak el (napirend), továbbá ha az ellátási terület a fővároson kívül helyezkedik el (társas kapcsolatok).

Kisgyermekkorban a fókuszcsoportos interjún az orvosok véleménye szerint a szobatisztaság, a nyelvi fejlődés hangsúlyosabb. A védőnők mindezek mellett fokozottan figyelnek a finommotorikára, a manipulációra, a szociális készségekre, a szabálykövetésre. A kérdőívekben a hangsúly ilyen fokú eltolódása nem jelenik meg. Azt láthatjuk, hogy 1-3 éves kor között is hasonló intenzitással figyelnek a szomatikus változásokra, a mozgásfejlődésre, érzékszervi működésekre, a csecsemőkorban is fontos volt a játéktevékenység megfigyelése, a kommunikációs magatartás. Újabb elemként lép be a szobatisztaság kérdése. Az interjúk tehát jól kiegészítették a kérdőíves vizsgálatot, hiszen a komplex, széles spektrumra kiterjedt szemlélet mellett mód nyílt a különösen hangsúlyos területek kiemelésére. A középkorú védőnők válaszolták legtöbben a kisgyermekkor tekintetében is azt, hogy teljes mértékben figyelemmel kísérik a különböző fejlődési területeket, kivétel ez alól a kommunikációs és

beszéd fejlődése, amelyre a házi gyermekorvosok helyezik a legnagyobb hangsúlyt. Csongrád és Vas megyében nagyobb figyelem fordítódik a testi fejlődés és a mozgásfejlődés követésére, mint Budapesten, a társas kapcsolatokra pedig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legérzékenyebbek. Ennél a korcsoportnál is előny, ha a szakember egyidejűleg óvodai feladatokat is ellát, illetve megjelennek a rugalmas munkaidő pozitív hatásai a problémaérzékenységre. A vegyes praxisú háziorvosok figyelme esetlegesebb, valamint a több település egyidejű ellátása is nehezítő körülmény.

Óvodás korra a fókuszcsoportos interjúk alapján a hangsúly a mozgásfejlődésre, a szocializációra, önállóságra helyeződik. A kérdőívek válaszai alapján megfigyelhetjük, hogy a testi fejlettség megítélésének fontossága csökken, a szobatisztaságé pedig nő. A többi terület a válaszok alapján hasonló az 1-3 éves életkorhoz. A szobatisztaság kivételével minden fejlődési területnél a középkorú védőnők figyelme a legfokozottabb. Ennél az életkornál is megjelenik területi megoszlás: Csongrád és Vas megyékben nagyobb gyakorisággal követik teljes mértékben figyelemmel a szakemberek a testi fejlődés ütemét. A rugalmas munkaidő szerepe leginkább ebben a 3-6 éves életkorban látszik: a testi fejlődés, a mozgásszervi, az érzékelési és észlelési, értelmi és kommunikációs fejlődést azok tudják jobb eséllyel teljes mértékben követni, akiknek lehetősége van nem kötött munkaidőben végezni a feladataikat.

Szóban leginkább a veleszületett fejlődési rendellenességeket említették, mint súlyos problémát, amely nem fejleszthető, nem gyógyítható. Az értelmi károsodás, az érzékszervek fejlődési zavara az orvosok és a védőnők szerint is komoly probléma. A gyermekorvosok kitértek az elhízásra és a mozgásfejlődés zavaraira, mint fontos kockázati tényezőre. Mindezeket a kérdőíves feldolgozás annyiban támasztotta alá, hogy a testi fejlődés elmaradása és a látássérülés a leggyakoribb probléma statisztikailag. Megjelenik viszont ebben a kérdéskörben a szociális fejlődés elmaradása is, amely az előzőekben tárgyalt magatartási, társas kapcsolatok, érzelmi és indulati megnyilvánulásokra irányuló figyelemből adódik.

6 AZ ALAPELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ SZAKEMBEREK EGYMÁSSAL TÖRTÉNŐ EGYÜTTMŰKÖDÉSE ÉS KOMMUNIKÁCIÓJA A 0-7 ÉVES GYERMEKEK ELTÉRŐ ÉS MEGKÉSETT FEJLŐDÉSE KAPCSÁN.

6.1. A szakemberek között lévő munkakapcsolat a mindennapi munkavégzés során

A kérdéskörben feltérképezésre került, hogy a védőnők, házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok, milyen szakemberekkel tartottak munkakapcsolatot az elmúlt 12 hónapban. Abban az esetben, ha nem volt kontaktusuk a meghatározott szakemberekkel, akkor megkérdeztük, hogy fontosnak tartanák-e bevonni az adott szakembert a közös munkába.

A megkérdezettek 33,8%-a válaszolta azt, hogy a kérdőív felvételét megelőző 12 hónapban volt valamilyen munkakapcsolata a gyermek-neurológussal. A válaszadók mintegy 34,9%-a fontosnak is tartotta a gyermek-neurológussal való közös munkát. A válaszadók 62,2%-a nyilatkozta, hogy az elmúlt 12 hónapban nem volt semmilyen munkakapcsolata gyermek ortopéd szakorvossal és 75,5%-a nem is tartotta fontosnak a közös munkát. A megkérdezettek 23,1%-a nyilatkozta azt, hogy a 0-7 éves gyermekek eltérő és megkésett fejlődése kapcsán volt valamilyen munkakapcsolata gyermeksebésszel, a közös munkába való bevonását pedig a megkérdezettek mindössze 9%-a gondolta fontosnak. Rehabilitációs szakorvossal válaszadók mintegy 88,4%-ának nem volt munkakapcsolat és az orvosok, védőnők mintegy 19,8%-a tartotta volna csak fontosnak a szakembercsoporttal való közös munkát.

A megkérdezett védőnők és orvosok 30,7%-a dolgozott együtt pszichológussal az elmúlt egy évben. A szakemberrel való közös munkát a válaszadók 51,7%-a tartotta volna fontosnak. Szociális munkásokkal a megkérdezettek 46,4%-a dolgozott együtt a kérdőív felvételének évében. Azok körében, akik erről nem tudtak beszámolni, 78%-a nem is tartotta volna fontosnak a szakemberrel való közöz munkát. Gyógytornásszal és mozgásterapeutával a védőnők és orvosok 61,8%-ának nem volt semmilyen munkakapcsolata az elmúlt 12 hónapban, és 53,8%-uk nem is tartotta ezt fontosnak. Gyógypedagógussal a válaszadók 20,5%-ának volt munkakapcsolata. A kontaktus hiányáról beszámolók 43,2%-a vélekedett úgy, hogy szükség lenne a gyógypedagógusokat bevonni a gyermekek fejlődése kapcsán a közös munkába.

A bölcsődei gondozónővel a megkérdezettek 34,7%-a dolgozott együtt. Azok a válaszadók, akik az elmúlt 12 hónapban nem dolgoztak együtt ilyen szakemberrel, 81,6%-ban nyilatkozták azt, hogy nem is tartanák ezt fontosnak. A megkérdezettek 74,0%-ának volt valamilyen munkakapcsolata óvónőkkel. Amennyiben ha nem volt, akkor is csak 23,1%-uk tartotta volna fontosnak bevonni a közös munkába a szakembert. Logopédussal, beszédterapeutával a megkérdezettek 72,0%-a nem dolgozott együtt az elmúlt 12 hónapban és 53,0%-uk nem is tartaná fontosnak a közös munkába való bevonást. (35. táblázat)

A vizsgálatban résztvevő egészségügyi dolgozókat ellátási területeik szerint csoportosítottuk (főváros-megyei jogú város; város; község). Ezt a csoportosítást követve megnéztük, hogy a vizsgálatban részt vevőknek, mely szakember csoporttal volt az elmúlt 12 hónapban munkakapcsolata. Valamennyi kimutatás esetében a főváros, megyei jogú város kategóriában hiányoznak a vegyes praxisú háziorvosok válaszai, mert ebben a település kategóriában csak házi gyermekorvosi körzetek voltak.

A gyermek neurológussal a fővárosban, megyei jogú városokban a házi gyermekorvosok nagyobb arányban (76,92%) dolgoztak együtt, mint a védőnők (13,10%). A kimutatott különbség szignifikánsnak bizonyult. Szintén szignifikáns különbséget tapasztaltunk a városi körzetek esetében is. Ebben a kategóriában is a házi gyermekorvosok nagyobb arányban (70,37%) dolgoztak együtt gyermek-neurológussal, mint a védőnők (21,25%). A községben a házi gyermekorvosok 88,89%-ának, a vegyes praxisú háziorvosok 52,78%-ának és a védőnők 30,89%-ának volt az elmúlt 12 hónapban munkakapcsolata gyermek-neurológussal. A kimutatott különbség szignifikáns volt ($p<0,001$).

A gyermek ortopéd szakorvossal azok a védőnők, akiknek a fővárosban, megyei jogú városban volt az ellátási területük szignifikánsan kisebb arányban (16,67%) dolgoztak együtt gyermekortopéd szakorvossal, mint a házi gyermekorvosok (73,08%). Azok a házi gyermekorvosok, akiknek ellátási területük városban helyezkedett el, 66,67%-ban dolgoztak együtt gyermek ortopéd szakorvossal. Ez az arány alacsonyabb volt, a védőnők (37,50%) és a vegyes praxisú háziorvosok esetében is (20,00%), mint a fővárosban regisztrált. A községben dolgozó vegyes praxisú háziorvosok 52,78%-ának, a házi gyermekorvosok 88,89%-ának, és a védőnők 34,96%-ának volt az elmúlt 12 hónapban munkakapcsolata gyermekortopéd

szakorvossal. Mindhárom ellátási területen szignifikáns különbséget figyelhettünk meg ($p<0,05$)

A válaszadó szakemberek munkakapcsolata a gyermeksebészekkel az alábbiak szerint alakult: a fővárosban, megyei jogú városban dolgozó házi gyermekorvosok szignifikánsan ($p<0,001$) nagyobb (65,38%) arányban dolgoztak együtt az elmúlt 12 hónapban gyermeksebész szakorvossal, mint a védőnők (4,17%). A városban dolgozó vegyes praxisú háziorvosok, a házi gyermekorvosoknál alacsonyabb arányban (20,00%) dolgoztak együtt a szakemberrel. A községben ellátási területtel rendelkező házi gyermekorvosok 66,67%-a nyilatkozta azt, hogy együttműködött gyermeksebésszel. Ez az arány a vegyes praxisú háziorvosok esetében 48,61%, védőnők esetében pedig 13,82% volt.

A védőnők kevesebb, mint 3%-a (2,98%) állt az elmúlt 12 hónapban valamilyen munkakapcsolatban rehabilitációs szakorvossal a fővárosban. Ez az arány kicsit magasabb volt a városban és a községekben dolgozók körében (7,50% és 7,32%). Ugyanezek az arányok a házi gyermekorvosok körében lényegesen magasabbnak bizonyultak. Legnagyobb arányban azok a gyermekorvosok dolgoztak együtt rehabilitációs szakorvossal, akiknek ellátási területük a fővárosban, megyei jogú városban volt (40,38%). Ezt követte a községben (33,33%), és a városban dolgozó (29,63%) gyermekorvosok. A vegyes praxisú háziorvosok a városban és a községekben is szignifikánsan alacsonyabb arányban álltak munkakapcsolatban rehabilitációs szakorvossal az elmúlt 12 hónap során, mint a házi gyermekorvosok.

Pszichológussal a fővárosban, megyei jogú városban dolgozó házi gyermekorvosok 65,38%-a, a védőnők 17,26%-a dolgozott együtt az elmúlt egy évben. A védőnők, a vegyes praxisú háziorvosokhoz képest, magasabb arányban (védőnők: 27,50%, vegyes praxisú háziorvos: 20,00%) működtek együtt pszichológusokkal, abban az esetben, ha városban volt az ellátási területük. A legmagasabb együttműködési arányt a városban dolgozók körében is a házi gyermekorvosok (51,85%) között figyelhetünk meg. A községben dolgozó szakemberek között tapasztalt válaszok nem különböztek szignifikánsan egymástól ($p=0,313$).

Arra a kérdésre, hogy az elmúlt 12 hónapban volt e munkakapcsolata szociális munkással, a fővárosban, megyei jogú városban dolgozó háziorvosok 21,15%-a válaszolta azt, hogy igen. Ez az arány magasabb volt a védőnők körében (51,79%). A különbség szignifikáns ($p<0,001$) volt. Szintén szignifikánsan magasabb arányban regisztráltunk igenlő

feleletet a védőnők körében (65,00%) a gyermekorvosokhoz képest (25,93%), abban az esetben, ha az ellátási területük a városban volt. A legalacsonyabb arányban a vegyes praxisú háziorvosok dolgoztak együtt a szociális munkással (6,67%). Ha válaszadó ellátási területe községben helyezkedtek el, az együttműködési arányokban tapasztalható különbségeket nem sikerült szignifikánsnak kimutatnunk (p=0,099).

A gyógytornászokkal történő együttműködésben tapasztalható különbségeket csak a városban lévő ellátási területtel rendelkező szakdolgozók esetében találtuk szignifikánsnak. A házi gyermekorvosok 62,96%-a válaszolta azt, hogy volt munkakapcsolata gyógytornász mozgásterapeuta szakemberrel az elmúlt 12 hónapban. A védőnők 38,75%-a, a vegyes praxisú háziorvosok mintegy 13,33%-a vélekedett hasonlóan.

A községben praktizáló vegyes praxisú háziorvosok 13,89%-ának volt közös munkakapcsolata gyógypedagógussal. A házi gyermekorvosok körében ez az arány magasabb, 22,22% volt. A legnagyobb arányban a védőnők (32,52%) működtek együtt a szakemberrel. A fővárosban, megyei jogú városokban vagy városokban dolgozó szakemberek között fellelhető különbségeket nem sikerült szignifikánsnak kimutatnunk.

Arra a kérdésre, hogy „Az elmúlt 12 hónapban volt–e munkakapcsolata a bölcsődei gondozónővel a mindennapi munkavégzése során?” a fővárosi, megyei jogú városi ellátási körzetekben a házi gyermekorvosok és védőnők közel azonos arányban adtak igenlő választ, azonban a különbség nem mutatkozott szignifikánsnak (p=0,874). A községben ellátási körzettel bírók esetében sem találtunk szignifikáns különbséget. A városban dolgozó házi gyermekorvosok 44,44%-a, a védőnők 50,00%-a válaszolta azt, hogy dolgozott együtt bölcsődei gondozónővel az elmúl 12 hónapban. A fellelt különbség szignifikánsnak bizonyultak.

A fővárosban vagy megyei jogú városban a házi gyermekorvosok 46,15%-a, a védőnők 85,71%-a válaszolta azt, hogy az elmúlt 12 hónapban volt munkakapcsolata. Ha a szakemberek ellátási területe városban helyezkedett el, akkor a házi gyermekorvosok 40,74%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 13,33%-a, a védőnők 85,00%-a válaszolt hasonlóan. Községben dolgozó szakemberek körében a védőnők nyilatkoztak legnagyobb (90,24%) arányban úgy, hogy volt munkakapcsolatuk óvónővel. A kimutatott különbségek mindhárom ellátási terület esetében szignifikánsak bizonyultak.

Logopédussal a községekben dolgozó védőnők 42,28%-ának volt munkakapcsolata. Ennél arányaiban kevesebb házi gyermekorvos (33,33%) számolt be közös együttműködésről. Legalacsonyabb arányban pedig a vegyes praxisú háziorvosok (20,83%) nyilatkoztak így. A kapott különbség szignifikánsnak bizonyultak (p=0,009). A városban vagy fővárosban és megyei jogú városban dolgozó szakemberek között vélt különbségeket nem sikerült szignifikánsnak kimutatnunk. (36. táblázat)

A házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és védőnők együttműködését más szakemberekkel a 0-7 éves gyermekek eltérő és megkésett fejlődése kapcsán többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk. Az együttműködést befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. Szakemberek ellátási területe.
2. Szakemberek korcsoportos életkora.
3. Szakemberek iskolai végzettsége.
4. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. A praxis jellemzői.
7. A szakemberek foglalkozása.
8. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. Ellát-e helyettesítést a szakember.
11. Szakmai tapasztalat.
12. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
14. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

A vegyes praxisú háziorvosok és védőnők szignifikánsan kisebb (EH=0,13, p<0,001 és EH=0,06, p<0,001) eséllyel dolgoztak együtt a gyermek-neurológussal, mint a házi gyermekorvosok. Szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,70, p<0,001) nyilatkozta azt egy szakember, hogy volt munkakapcsolata gyermek-neurológussal, ha az ellátási körzete

községben helyezkedett el, mint azok akiknek ellátási körzete a fővárosban, vagy megyei jogú városban volt. A gyermekortopéd szakorvossal történő együttműködést szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,67, p<0,001) regisztráltuk azoknál a szakembereknél, akik községben dolgoztak. A fővárosban dolgozókhoz viszonyítva nagyobb eséllyel (EH=2,35, p=0,002) volt munkakapcsolata azoknak a szakembereknek gyermekortopéd szakorvossal, akiknek városban volt az ellátási területe. Foglalkozást tekintve a védőnők és vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,11, p<0,001 és EH=0,18, p<0,001) nyilatkozták azt, hogy az elmúlt egy évben együttműködtek gyermekortopéd szakorvossal, mint a házi gyermekorvosok. Arra a kérdésre, hogy volt-e munkakapcsolata az elmúlt 12 hónapban gyermeksebésszel, a házi gyermekorvosokhoz képest a védőnők és a vegyes praxisú háziorvosok kisebb eséllyel (EH=0,05, p<0,001 és EH=0,45, p=0,019) válaszolták azt, hogy igen. (37. táblázat)

37. táblázat: Az orvosok és védőnők munkakapcsolatait befolyásoló tényezők a többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

Az elmúlt 12 hónapban volt–e munkakapcsolata a mindennapi munkavégzés során az alábbi szakemberekkel		**Gyermek-neurológus**		**Gyermekortopéd szakorvos**		**Gyermeksebész**		**Rehabilitációs szakorvos**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest							referencia	
	Baranya megye							0,049	3,59
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye							0,010	5,00
	Csongrád megye							0,271	2,13
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye							0,001	7,93
	Vas megye							0,403	1,85
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1								
	2-3								
	4-5								
	6 vagy több								
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem								
	hároméves védőnőképzés								
	négyéves védőnőképzés								
	védőnő osztott képzés								
A dolgozó korcsoportos életkora	<34								
	35-49								
	>50								
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megyeszékhely, megye jogú város	referencia		referencia					
	város	0,296	1,37	0,002	2,35				
	község	<0,001	2,70	<0,001	2,67				
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása								
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása								
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása								
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia		referencia		referencia		referencia	
	vegyes praxisú háziorvos	<0,001	0,13	<0,001	0,18	0,019	0,45	<0,001	0,18
	védőnő	<0,001	0,06	<0,001	0,11	<0,001	0,05	<0,001	0,07
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem								
	igen								
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen								
	nem								
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen								
	nem								
Saját területen ellátottak, gondozottak száma									
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma									
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma									
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?									
Nagelkerke R Square		0,261		0,184		0,333		0,249	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

38. táblázat: Az orvosok és védőnők munkakapcsolatait befolyásoló tényezők a többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

Az elmúlt 12 hónapban volt–e munkakapcsolata a mindennapi munkavégzés során az alábbi szakemberekkel		**Szociális munkás**		**Gyógytornász, mozgásterapeuta**		**Gyógypedagógus**		**Bölcsődei gondozónő**		**Óvónő**		**Logopédus, beszédterapeuta**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete?	Budapest	referencia											
	Baranya megye	0,044	1,96										
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,593	0,85										
	Csongrád megye	0,046	1,98										
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,101	1,67										
	Vas megye	0,006	2,83										
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1			referencia									
	2-3			0,063	1,79								
	4-5			0,012	2,27								
	6 vagy több			0,006	2,14								
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem											referencia	
	hároméves védőnőképzés											<0,001	2,71
	négyéves védőnőképzés											0,754	1,10
	védőnő osztott képzés											0,570	1,27
A dolgozó korcsoportos életkora	<34			referencia		referencia							
	35-49			0,030	1,76	0,001	3,1						
	>50			0,106	1,52	0,161	1,64						
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megyeszékhely, megye jogú város							referencia		referencia		referencia	
	város							0,743	0,93	0,01	2,70	0,062	1,69
	község							<0,001	0,30	<0,001	3,79	0,001	2,17
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feléadatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása												
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása												
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása												
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia								referencia			
	vegyes praxisú háziorvos	0,285	1,50							0,43	1,31		
	védőnő	<0,001	4,89							<0,001	8,01		
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem												
	igen												
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen												
	nem												
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen												
	nem												
Saját területen ellátottak, gondozottak száma													
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma													
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma													
Hány hónapos gyakorlattal rendlkezik?		0,003	0,998							0,004	0,998		
Nagelkerke R Square		0,155		0,043		0,046		0,09		0,299		0,072	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A kérdőív felvételének évében a vegyes praxisú háziorvosok és védőnők kisebb eséllyel (EH=0,18, p<0,001 és EH=0,07, p<0,001) dolgoztak együtt rehabilitációs szakorvossal, mint a házi gyermekorvosok. Ha a szakember ellátási területe Baranya megyében volt, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,59, p=0,049) mondta azt, hogy együtt dolgozott rehabilitációs szakorvossal, mint a Budapesten ellátási körzettel rendelkezők. Szintén nagyobb esélyt regisztráltunk az együttműködésre azok körében, akiknek Szabolcs-Szatmár-Bereg (EH=7,93, p=0,001) vagy Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (EH=5,00, p=0,001) volt az ellátási területe, azokhoz képest, akik Budapesten dolgoztak. (37. táblázat)

A védőnők szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=4,88, p<0,001) jelentették, hogy volt munkakapcsolatuk szociális munkással, mint a házi gyermekorvosok. Azok a szakemberek, akik nagyobb munkatapasztalattal bírtak, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,99, p=0,003) dolgoztak együtt a szakemberrel. Azok, akik Baranya megyében (EH=1,96, p=0,44), Csongrád megyében (EH=1,98, p=0,046) vagy Vas megyében (EH=2,83, p=0,006) végeztek munkát, szignifikánsan nagyobb eséllyel építettek ki munkakapcsolatot szociális munkással.

Életkor tekintetében, a 35 és 49 év közöttiek szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=1,76, p=0,030) nyilatkozták, hogy volt munkakapcsolatuk gyógytornásszal mozgásterapeutával, mint a 35 évnél fiatalabbak. A 4-5 vagy 6-nál több orvossal vagy védőnővel munkakapcsolatot tartók, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,27, p=0,012 és EH=2,14, p=0,006) dolgozott együtt gyógytornásszal vagy mozgásterapeutával, mint azok, akik maximum egy orvossal vagy védőnővel működtek együtt.

A gyógypedagógussal történő együttműködést is szignifikánsan befolyásolta az életkor. Ha a válaszadó 35-49 év közötti volt, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,10, p=0,001) válaszolta azt, hogy a mindennapi munkavégzés során volt munkakapcsolata a szakemberrel, mint azok, akik 35 évnél fiatalabbak voltak. Arra a kérdésre, hogy „Az elmúlt 12 hónapban volt–e munkakapcsolata a bölcsődei gondozónővel a mindennapi munkavégzése során?” szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,30, p<0,001) adtak igen választ azok a szakemberek, akik községben dolgoztak, mint azok, kiknek ellátási területe a fővárosban, megyei jogú városban volt. Az ellátási terület elhelyezkedése az óvónőkkel való munkakapcsolat esélyét is szignifikánsan növelte. A válaszadók szignifikánsan nagyobb eséllyel jelentettek közös munkakapcsolatot az óvónőkkel, ha ellátási területük városban (EH=2,70, p=0,010) vagy községben (EH=3,79, p<0,001) volt, mint azok akik fővárosban vagy

megyei jogú városban dolgoztak. A védőnők nyolcszor nagyobb eséllyel (EH=8,00, p<0,001) dolgoztak együtt óvónővel, mint a házi gyermekorvosok. A gyakorlati idő esetében, minél több szalmai gyakorlattal bírt valaki annál kisebb eséllyel (EH= 0,99, p=0,004) dolgozott együtt óvónővel.

A községben ellátási területtel rendelkezők szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,17, p=0,001) folyattak közös munkát logopédussal, mint a fővárosban, megyei jogú városban dolgozók. Ha a válaszadó szakember hároméves védőnőképzéssel rendelkezett, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,71, p<0,001) mondta azt, hogy dolgozott együtt logopédussal a 0-7 éves gyermekek fejlődése kapcsán. (38. táblázat)

6.2. A szakemberek elégedettségének mértéke az egymással történő kommunikációval

E kérdéskörben felmérésre került, hogy a vizsgálatba került házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok, és védőnők mennyire elégedettek a szakemberekkel történő kommunikációval.

A válaszadó szakemberek 17,5%-a vallotta azt, hogy teljes mértékben elégedett a gyermek-neurológussal folyatatott kommunikációval. A szakemberek 30,2%-a nyilatkozott úgy, hogy csak elégedett a gyermekortopéd szakorvossal történő kommunikációval, és 16,5%-uk válaszolt úgy, hogy teljes mértékben elégedett. A gyermeksebésszel folytatott kommunikációval a válaszadók 11,3%-a, a rehabilitációs szakorvossal pedig a választ adók 6,4%-a volt teljes mértékig elégedettek. A kérdésnél magas volt azon szakemberek aránya, akik nem válaszoltak (79,5%). A pszichológussal folytatott kommunikációval a válaszadó szakemberek 12,7%-a volt teljes mértékig elégedett, míg a szociális munkással folytatott kommunikációt a válaszadók 20,5%-a ítélte teljesen megfelelőnek. A gyógytornászokkal és mozgásterapeutákkal történő kommunikációt az orvosok és védőnők 15,5%-a találta teljes mértékben kielégítőnek, míg a gyógypedagógussal folytatott kapcsolattartást csak 9,3%-uk tartotta így (alacsony válaszadási arány mellett: 26%). A bölcsődei gondozónőkkel folytatott kommunikációval a szakemberek 18,4%-a volt teljes mértékben elégedett, és 21,1%-uk nyilatkozott úgy, hogy csak elégedett. Az óvónőkkel történő kommunikációval a válaszadók 41,5%-a volt teljes mértékben elégedett. Az orvosok és védőnők 12,9%-a volt teljes mértékben elégedett a logopédussal való kommunikációval. (39.táblázat)

A házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és a védőnők elégedettségét a társszakmákkal történő kommunikációval korcsoportos bontásban is vizsgáltuk.

A 35 évnél fiatalabb korcsoportban a választ adó szakemberek 12,50% teljes mértékben elégedett volt a gyermek-neurológussal folytatott kommunikációval. A 35-49 éves korcsoportban az elégedettek aránya nőtt (34,52%), míg az 50 évnél idősebbek körében már a válaszadók 46,67%-a volt nyilatkozott így. A szakemberek közötti különbségeket, nem találtuk szignifikánsnak. A gyermekortopéd szakorvossal, és a gyermeksebésszel történő kommunikáció esetében kimutatott különbséget nem találtuk szignifikánsnak. A rehabilitációs szakorvossal folytatott kommunikációval való elégedettség esetében talált különbségeket nem sikerült statisztikailag alátámasztanunk.

A 35 évnél fiatalabb házi gyermekorvosok 95,00%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 95,00%-a, és a védőnők 23,53%-a mondta azt, hogy teljes mértékben elégedett a pszichológussal történő kommunikációval. A tapasztalt különbség szignifikáns volt ($p=0,023$). A 35-49 éves és 50 évnél idősebb korcsoportokban megfigyelhető véleménykülönbségeket nem találtuk szignifikánsnak ($p>0,05$). A szociális munkásokkal folytatott kommunikációval a 35 évnél fiatalabbak 43,93%-a, a 35-49 év közöttiek 42,34%-a, és a 50 évnél idősebbek mintegy 37,37%-a volt teljes mértékben elégedett.

A gyógytornász mozgásterapeutával folytatott kommunikációval a szakemberek az egyes korcsoportokban megközelítőleg azonos mértékben voltak elégedettek (35,29%-35,11%-37,74%), azonban a korcsoportokon belül a szakemberek véleménye között tapasztalható különbségeket nem találtuk szignifikánsnak. Statisztikai értelemben hasonló eredményt kaptunk a gyógypedagógussal, bölcsődei gondozónővel, óvónővel, logopédussal folytatott kommunikációval történő elégedettség vizsgálata során is. Az egyes korcsoportokban kapott p-értékek minden esetben nagyobbak voltak, mint 0,05. (40. táblázat)

A házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és védőnők más szakemberekkel történő kommunikációval való elégedettségének mértéket többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel is megvizsgáltuk. A kommunikációval való elégedettséget befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. Szakemberek ellátási területe.
2. Szakemberek korcsoportos életkora.

3. Szakemberek iskolai végzettsége.
4. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. A praxis jellemzői.
7. A szakemberek foglalkozása.
8. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. Ellát-e helyettesítést a szakember.
11. Szakmai tapasztalat.
12. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
14. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

Arra a kérdésre, hogy „Mennyire elégedett ön a gyermek-neurológussal folytatott kommunikációval?” a védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,28, p<0,001) válaszolták azt, hogy teljes mértékben elégedett vagyok, mint a házi gyermekorvosok. A gyermekortopéd szakorvossal folytatott kommunikációról szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,30, p=0,017) jelentették a négyéves védőnőképzéssel rendelkezők, hogy teljes mértékben elégedettek, mint az orvosi egyetemet végzettek. Azok a szakemberek, akiknek lehetőségük volt a hivatalos munkaidejüket rugalmasan kezelni, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,48, p=0,023) nyilatkozták azt, hogy teljes mértékben elégedettek a gyermekortopéd szakorvossal folytatott kommunikációval, mint azok a válaszadók, akiknek erre nem volt lehetőségük. Ha az orvosok vagy védőnők ellátási területe Vas megyében volt, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,61, p=0,019) érezték úgy, hogy teljes mértékben elégedettek a gyermekortopéd szakorvossal folytatott kommunikációval, mint azok a szakemberek, akik Budapesten dolgoztak. (41.táblázat)

41. táblázat: A munkatársaikkal történő kommunikációval való elégedettséget befolyásoló tényezők a többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

Értékelje a kommunikációval kapcsolatosan elégedettségének mértékét:		**Gyermek-neurológus**		**Gyermekortopéd szakorvos**		**Gyermeksebész**		**Rehabilitációs szakorvos**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete (ellátási területe)!	Budapest			referencia					
	Baranya megye			0,779	0,86				
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye			0,900	1,07				
	Csongrád megye			0,743	1,20				
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye			0,260	1,85				
	Vas megye			0,019	3,61				
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1								
	2-3								
	4-5								
	6 vagy több								
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem			referencia		referencia			
	hároméves védőnőképzés			0,089	0,54	0,022	0,27		
	négyéves védőnőképzés			0,017	0,30	0,013	0,13		
	védőnő osztott képzés			0,761	1,19	0,052	9,60		
A dolgozó korcsoportos életkora	<34								
	35-49								
	>50								
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város								
	város								
	község								
Jelölje, hogy az alábbiak közül, melyik jellemzi leginkább az Ön körzetét?	orvosi, védőnői feladatok + iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása								
	orvosi, védőnői feladatok + óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása								
	orvosi, védőnői feladatok + óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása								
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia							
	vegyes praxisú háziorvos	0,948	1,02						
	védőnő	<0,001	0,28						
Van Önnek lehetősége, hogy a munkaidejét rugalmasan kezelje?	nem			referencia		referencia		referencia	
	igen			0,023	0,48	0,015	0,40	0,097	0,49
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen								
	nem								
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen					referencia			
	nem					0,085	1,95		
Saját területen ellátottak, gondozottak száma									
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma									
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma									
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?									
Nagelkerke R Square		0,115		0,146		0,215		0,037	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A gyermeksebésszel folytatott kommunikációval való elégedettséget az iskolai végzettség és a rugalmas munkaidő kezelés befolyásolta szignifikánsan. Ha a szakember három (EH=0,27, p=0,022) vagy négyéves (EH=0,13, p=0,013) védőnőképzéssel rendelkezett, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel érezte, hogy a gyermeksebésszel folytatott kommunikációval teljes mértékben elégedett lenne. Ha lehetőség volt a munkaidő rugalmas kezelésére, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,40, p=0,015) mondták azt, hogy teljes mértékben elégedettek a gyermeksebésszel való kommunikációval.

A rehabilitációs szakorvossal és a pszichológussal folytatott kommunikációval való elégedettségre egyik feltételezett befolyásoló tényező sem gyakorolt szignifikáns hatást. A p-érték valamennyi esetben nagyobb volt, mint 0,05. (41.táblázat)

A szociális munkással folytatott kommunikációval kapcsolatosan azt tapasztaltuk, hogy a községben lévő ellátási területtel rendelkező szakemberek szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,71, p=0,014) voltak teljes mértékben elégedettek a kommunikációval, mint a fővárosban, megye jogú városban dolgozók.

Ha a szakember alap orvosi, védőnői feladatai mellett óvoda orvosi, óvoda védőnői feladatokat is ellátott, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=5,14, p=0,006) volt elégedett a gyógytornászokkal folytatott kommunikációval, mint azok, akik orvosi, védőnői bázisfeladataik mellett iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat is elláttak. Szintén elégedettebbek (EH=3,43, p=0,037) voltak a kommunikációval azok a szakemberek, akik óvoda-, iskola orvosi vagy óvoda-, iskola védőnői feladatokat is elláttak alap feladataikon felül, azokhoz képest akik orvosi, védőnői feladataik mellett iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat láttak el.

A gyógypedagógussal folytatott kommunikációt egyik általunk feltételezett faktor sem befolyásolta szignifikánsan. A bölcsődei gondozónővel folytatott kommunikációt a szakemberek kisebb eséllyel (EH=0,51, p=0,040) ítélték meg teljes mértékben jónak abban az esetben, ha helyettesítést is elláttak. Az óvónővel történő kommunikációt a védőnők szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,72, p=0,003) gondolták teljes mértékben kielégítőnek, mint a házi gyermekorvosok. Arra a kérdésre, hogy „Milyen mértékben elégedett az elmúlt 12 hónapban a logopédussal, beszédterapeutával folytatott kommunikációval?” szignifikánsan kisebb eséllyel válaszolták azt a szakemberek, hogy teljes mértékben elégedett vagyok, ha az ellátási területük Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (EH=0,31,

p=0,034) vagy Csongrád megyében (EH=0,14, p=0,004) volt, mint azok a válaszadók, akik Budapesten dolgoztak. (42. táblázat)

42. táblázat: A munkatársaikkal történő kommunikációval való elégedettséget befolyásoló tényezők a többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

Értékelje a kommunikációval kapcsolatosan elégedettségének mértékét:		**Pszichológus**		**Szociális munkás**		**Gyógytornász, mozgásterapeuta**		**Gyógypedagógus**		**Bölcsődei gondozónő**		**Óvónő**		**Logopédus, beszédterapeuta**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete (ellátási területe)!	Budapest			referencia								referencia		referencia	
	Baranya megye			0,103	0,39							0,119	1,73	0,071	0,38
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye			0,654	0,78							0,375	0,76	0,034	0,31
	Csongrád megye			0,394	1,59							0,111	1,81	0,004	0,14
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye			0,758	1,18							0,174	1,58	0,077	0,37
	Vas megye			0,713	0,81							0,337	1,47	0,906	1,07
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1													referencia	
	2-3													0,888	0,92
	4-5													0,108	2,34
	6 vagy több													0,271	0,59
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem														
	hároméves védőnőképzés														
	négyéves védőnőképzés														
	védőnő osztott képzés														
A dolgozó korcsoportos életkora	<34														
	35-49														
	>50														
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város			referencia											
	város			0,353	1,48										
	község			0,014	2,71										
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feléadatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása	referencia				referencia				referencia					
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása	0,579	1,35			0,006	5,14			0,103	3,99				
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása	0,126	2,17			0,037	3,43			0,158	2,12				
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos											referencia			
	vegyes praxisú háziorvos											0,069	2,13		
	védőnő											0,003	2,72		
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem					referencia									
	igen					0,096	0,60								
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen														
	nem														
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen			referencia				referencia		referencia					
	nem			0,117	1,64			0,113	1,84	0,04	0,51				
Saját területen ellátottak, gondozottak száma															
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma															
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma															
Hány hónapos gyakorlattal rendlkezik?															
Nagelkerke R Square		0,025		0,101		0,070		0,028		0,068		0,057		0,154	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

6.3. Az orvosok és a védőnők között lévő munkakapcsolat a mindennapi munkavégzés során, illetve az orvosok és a védőnők között zajló kommunikációval való elégedettség

A 0-7 éves gyermekek ellátásában résztvevő házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és védőnők közötti együttműködés gyakoriságát, területi bontásban vizsgálva láthatjuk, hogy a védőnők 96,43%-ának volt az elmúlt egy évben munkakapcsolata házi gyermekorvossal, háziorvossal. A házi gyermekorvosok körében alacsonyabb arányt tudtunk regisztrálni (36,54%). A fővárosban és megyei jogú városban dolgozó védőnők és az orvosok között tapasztalt különbséget szignifikánsnak találtuk ($p<0,001$). Hasonló arányokat véltünk felfedezni a városban illetve községben lévő ellátási területeken dolgozó szakemberek körében is. A városban dolgozó védőnők 95,00%-ának, a vegyes praxisú háziorvosok 13,33%-ának, és a házi gyermekorvosok 33,33%-ának volt munkakapcsolata gyermekorvossal vagy háziorvossal. A házi gyermekorvosok 33,33%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 26,39%-a nyilatkozott úgy, hogy volt munkakapcsolata más gyermekorvossal, vagy háziorvossal. Ez az arány a védőnők körében 93,50%-nak adódott.

A 0-7 éves gyermekek eltérő és megkésett fejlődése kapcsán védőnővel a városban ellátási területtel rendelkező házi gyermekorvosok 70,37%-ának, vegyes praxisú háziorvosok 20,00%-ának volt munkakapcsolata. A védőnők között ez az arány 75,00% volt. A fővárosban, megyei jogú városban és községekben dolgozó védőnők, házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok között tapasztalt különbségeket a védőnőkkel történő együttműködés terén nem találtuk szignifikánsnak. (43. táblázat)

A választ adó 35 évnél fiatalabb szakemberek elégedettsége a gyermekorvossal, háziorvossal folytatott kommunikációval az alábbiak szerint alakult: a házi gyermekorvosok 50,00%-a volt elégedett teljes mértékben a kollegáikkal folytatott kommunikációval. A védőnők 67,62%-a nyilatkozott úgy, hogy teljes mértékben elégedett volt a gyermekorvossal és háziorvossal folytatott kommunikációval. A szakemberek véleménye között tapasztalt különbségek szignifikánsnak bizonyultak ($p=0,019$). A 35 és 49 éves korcsoportban nem találtunk szignifikáns különbséget. Az 50 évnél idősebb házi gyermekorvosok 39,29%-a volt elégedett a kollégájukkal (gyermekorvos, háziorvos) folytatott kommunikációval. A vegyes praxisú háziorvosok 33,33%-a, a védőnők 66,67%-a nyilatkozott hasonlóan.

A védőnőkkel folytatott kommunikációval a 35 évnél fiatalabb házi gyermekorvosok 50,00%-a volt teljes mértékben elégedett. A védőnők a kollégájukkal folytatott kommunikációval nagyobb arányban (65,82%) elégedtek meg. A 35-49 éves korcsoportba tartozó szakemberek 68,90%-a nyilatkozta azt, hogy teljes mértékben elégedett volt a védőnőkkel folytatott kommunikációval. A korcsoporton belüli különbségeket nem találtuk szignifikánsnak. Az 50 évnél idősebb szakemberek kicsit magasabb arányban, 70,29%-ban voltak teljes mértékben elégedettek a védőnőkkel folytatott kommunikáció minőségével. A korcsoporton belüli különbségeket nem találtuk szignifikánsnak. (44. táblázat)

A házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és védőnők egymással történő együttműködését a 0-7 éves gyermekek eltérő és megkésett fejlődése kapcsán többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk. Szintén többváltozós elemzésnek vetettük alá az orvosok és a védőnők között zajló kommunikációval való elégedettséget is. Az együttműködést, illetve a kommunikációval való elégedettség mértéket befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. Szakemberek ellátási területe.
2. Szakemberek korcsoportos életkora.
3. Szakemberek iskolai végzettsége.
4. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. A praxis jellemzői.
7. A szakemberek foglalkozása.
8. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. Ellát-e helyettesítést a szakember.
11. Szakmai tapasztalat.
12. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
14. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

Az elemzés során azt tapasztaltuk, hogy a védőnők nagyobb eséllyel (EH=34,90, p<0,001) dolgoztak együtt házi gyermekorvosokkal vagy háziorvosokkal, mint a házi gyermekorvosok kollegájukkal. A többi feltételezett befolyásoló tényezőt nem találtuk szignifikánsnak.

Ha a válaszadó 6 vagy több orvossal vagy védőnővel tartott munkakapcsolatot, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,30, p=0,004) regisztráltuk a védőnőkkel történő együttműködés meglétét. (45.táblázat)

Azok a szakemberek, akik 6 vagy több orvossal vagy védőnővel tartottak munkakapcsolatot, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,37, p=0,003) elégedtek meg a házi gyermekorvossal, háziorvossal történő kommunikációval, mint azok, akik maximum csak egy orvossal vagy védőnővel álltak kapcsolatban. A vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,29, p=0,041) voltak teljes mértékben elégedettek a védőnőkkel folytatott kommunikációval, mint a házi gyermekorvosok. (45. táblázat)

6.4. A szakemberek elégedettsége a szülőkkel történő kapcsolattartással, együttműködéssel és tájékozottsággal

A szülők kapcsolattartási hajlandóságával a válaszadók 78,5%-a nagymértékben elégedett. Az egészségügyi dolgozók 74,2%-a válaszolta azt, hogy nagymértékben elégedett a szülők együttműködési hajlandóságával. A válaszadók 72,5%-a nagymértékben elégedett azzal, amilyen mértékben a szülők követik tanácsaikat. A kismértékben elégedettek aránya 25,8% volt. A védőnők és a háziorvosok 61,1%-a nagymértékben, 32,2%-a pedig kismértékben elégedett a szülők tájékozottságával a gyermek átlagos fejlődésének üteméről. Arra a kérdésre, hogy „Mennyire elégedett Ön a szülők tájékozottságával a gyermek átlagos fejlődését biztosító környezeti feltételekről?” a megkérdezettek 52,4%-a azt válaszolta, nagymértékben. A megkérdezettek 65,6%-a csak kismértékben volt elégedett azokkal az információs forrásokkal, amelyekből a szülők tájékozódnak a gyermekük gondozásával, átlagos fejlődésével kapcsolatosan. A válaszadók 59,1%-a nyilatkozta azt, hogy nagymértékben elégedett azzal a szülői tudatossággal, ahogyan a szülők nyomon követik a gyermekük fejlődését. Az egészségügyi dolgozók 58,7%-a nagymértékben elégedett azzal a szülői tudatossággal, ahogy a szülők segítik a gyermekük átlagos fejlődését. A vizsgálatban részt vevők 60,4%-a nagymértékben elégedett azzal a szülői aktivitással, ahogyan a szülők segítik a gyermekük átlagos fejlődését. A kismértékben elégedettek aránya 38,5% volt. (46. táblázat)

45.táblázat: Az orvosok és a védőnők között lévő munkakapcsolat, illetve az orvosok és a védőnők között zajló kommunikációval való elégedettséget befolyásoló tényezők többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

		Volt-e munkakapcsolata az elmúlt 12 hónapban:				**Mennyire elégedett a szakemberekkel folytatott kommunikációval**			
		háziorvossal, gyermekorvossal		**védőnővel**		**háziorvossal, gyermekorvos**		**védőnő**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete (ellátási területe)!	Budapest								
	Baranya megye								
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye								
	Csongrád megye								
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye								
	Vas megye								
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1			referencia		referencia			
	2-3			0,916	0,97	0,684	0,85		
	4-5			0,630	1,17	0,118	0,55		
	6 vagy több			0,004	2,30	0,003	0,37		
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem								
	hároméves védőnőképzés								
	négyéves védőnőképzés								
	védőnő osztott képzés								
A dolgozó korcsoportos életkora	<34								
	35-49								
	>50								
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város								
	város								
	község								
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása								
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása								
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása								
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia				referencia		referencia	
	vegyes praxisú háziorvos	0,092	0,55			0,560	0,74	0,041	2,29
	védőnő	<0,001	34,90			0,113	1,80	0,809	1,07
Van Önnek lehetősége, hogy a munkaidejét rugalmasan kezelje?	nem								
	igen								
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen								
	nem								
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen								
	nem								
Saját területen ellátottak, gondozottak száma									
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma									
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma									
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?									
Nagelkerke R Square		0,564		0,041		0,062		0,022	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A szakemberek szülőkkel való elégedettségét korcsoportos bontásban is megvizsgáltuk. A 35-49 év közötti korcsoportba tartozó védőnők 91,41%-a nagymértékben elégedett a szülők kapcsolattartási hajlandóságával. Ez az arány szignifikánsan magasabb volt ($p<0,001$), mint a házi gyermekorvosok (64,71%) és a vegyes praxisú háziorvosok (55,17%) körében tapasztalt. Az 50 év feletti korcsoportban is a védőnők körében találtuk a legmagasabbnak a szülők kapcsolattartási hajlandóságával nagymértékben elégedettek arányát, mely szintén szignifikánsan magasabbnak ($p<0,001$) bizonyult (90,53%), mint amit a háziorvosok esetében megfigyelhetünk. A fiatalabb (≤34) korcsoportban nem találtunk szignifikáns különbséget a válaszok között.

A szülők együttműködési hajlandóságával a 35-49 év közötti védőnők 84,05%-a volt nagymértékben elégedett. Ez szignifikánsan magasabb ($p=0,009$) volt, mint a házi gyermekorvosok (76,47%) és a vegyes praxisú háziorvosok (58,62%) esetében. Az idősebb, 50 év feletti korcsoportban szintén a védőnők voltak azok, akik nagymértékben elégedettek voltak a szülők együttműködési hajlandóságával. Esetükben ez az arány 85,26% volt, ami szignifikánsan magasabb ($p<0,001$), mint amit a háziorvosok esetében tapasztaltunk. A 35 év alatti korcsoportban nem találtunk szignifikáns különbséget.

A következő kérdés arra vonatkozott, hogy az egészségügyi dolgozók milyen mértékben elégedettek azzal, ahogyan a szülők követik tanácsaikat. Az 50 év feletti védőnők szignifikánsan nagyobb ($p<0,001$) arányban elégedettek azzal, ahogyan a szülők követik tanácsaikat, mint a hasonló korcsoportba tartozó, gyermekorvosok, vagy vegyes praxisú háziorvosok. A védőnőknél a nagymértékben elégedettek aránya 83,87%, a házi gyermekorvosoknál 76,06%, a vegyes praxisú háziorvosoknál pedig 48,00% volt. A 35 év alatti korcsoportban tapasztalt különbségek nem különböztek szignifikánsan. Szintén nem tudtuk statisztikailag alátámasztani azt, hogy a középkorú védőnők (35-49) inkább elégedettek azzal, ahogy a szülők tanácsaikat követik.

A szülői tájékozottsággal gyermek átlagos fejlődésének üteméről a 35-49 éves korosztályba tartozó védőnők 67,48%-a elégedett nagymértékben. Ez szignifikánsan magasabb ($p=0,007$) a házi gyermekorvosok (52,94%) és a vegyes praxisú háziorvosok (37,93%) körében tapasztalt arányszámnál. Az 50 év feletti korosztályú egészségügyi dolgozók közül a védőnők 71,58%-a válaszolta ezt. Ez szignifikánsan magasabb ($p=0,002$) volt, mint a házi gyermekorvosoknál (48,57%) és a vegyes praxisú háziorvosoknál (46,00%)

tapasztalt arány. A fiatalabb, 35 év alatti korcsoportban nem találtunk szignifikáns különbséget az egészségügyi dolgozók válaszadási arányai között.

A 35 év alatti házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok 100%-a elégedett a szülők tájékozottságáról a gyermek átlagos fejlődését biztosító környezeti feltételekről. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,02) volt, mint a védőnők körében (58,04%) tapasztalt. A 35-49 éves korcsoportban ez az arány már a védőnők (58,9%) esetében volt szignifikánsan (p=0,030) magasabb. Az idősebb korcsoportban is hasonlóan alakulnak az arányok, de ezek szignifikánsan nem különböztek.

Arra a kérdésre, hogy „Milyen mértékben elégedett Ön azokkal az információs forrásokkal, amelyekből a szülők tájékozódnak gyermekük gondozásával, átlagos fejlődésével kapcsolatosan?" a 35 év alatti védőnők 31,53%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 25%-a válaszolta azt, hogy nagymértékben. A 35-49 éves korcsoportba tartozó vegyes praxisú háziorvosok 34,48%-a, a védőnők 32,72%-a, a házi gyermekorvosok 29,41%-a nyilatkozta ugyanezt. Az 50 év feletti korcsoport esetében a védőnők 39,36%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 36%-a, a házi gyermekorvosok 31,43%-a válaszolt hasonlóan. E kérdéskör esetében egyik korcsoportban sem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni.

A 35 év alatti házi gyermekorvosok és a vegyes praxisú háziorvosok 100%-a nagymértékben elégedett azzal a szülői tudatossággal, ahogyan a szülők nyomon követik gyermekük fejlődését. Ez szignifikánsan (p=0,02) magasabb volt, mint a védőnők esetében (59,46%) tapasztalt. Az 50 év feletti korosztályba tartozó védőnők 72,34%-a, a házi gyermekorvosok 43,66%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 38,00%-a válaszolta azt, hogy nagymértékben elégedett azzal a tudatossággal, ahogyan a szülők nyomon követik gyermekük fejődését. A 35-49 éves korcsoportban tapasztalt különbségek nem találtuk szignifikánsak.

A szülők azon tudatosságával, ahogyan segítik gyermekük fejlődését a 35 év alatti házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok 100%-a nagymértékben elégedett. Ennél szignifikánsan kevesebb arányban (p=0,020) nyilatkoztak így a hasonló korcsoportba tartozó védőnők (59,46%). A 35-49 éves korosztályba tartozó védőnők 64,20%-a, a házi gyermekorvosok 58,82%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 41,38%-a vélekedett hasonlóan. Ezen arányok azonban nem különböztek szignifikánsan egymástól. Az idősebb korcsoportban a védőnők voltak leginkább elégedettek azzal, ahogyan a szülők segítik gyermekeik átlagos

fejlődését. Ez az arány körükben 68,42% volt, ami szignifikánsan magasabbnak (p=0,002) bizonyult, mint amit a házi gyermekorvosok (52,11%) és vegyes praxisú háziorvosok (38,00%) esetében megfigyelhetünk.

A 35 év alatti házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok és védőnők elégedettsége között nem sikerült szignifikáns különbségeket kimutatnunk. A 35-49 éves korcsoportba tartozó védőnők 64,81%-a nyilatkozott úgy, hogy nagymértékben elégedett azzal, ahogyan a szülők segítik gyermekük átlagos fejlődését. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,047) volt, mint amekkora arányban a házi gyermekorvosok (52,94%) és a vegyes praxisú háziorvosok (41,38%) voltak elégedettek. Az 50 éves korcsoportban is szignifikánsan nagyobb (p=0,025) arányban nyilatkoztak így a védőnők (67,02%). A házi gyermekorvosok esetében ez 54,95%-nak, a vegyes praxisú háziorvosok körében pedig 44%-nak adódott. (47. táblázat)

Többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgálatuk a házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és védőnők szülői magatartásról, és szülői tudatosságról alkotott véleményét befolyásoló tényezőket.

A feltételezett befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. Szakemberek ellátási területe
2. Szakemberek korcsoportos életkora.
3. Szakemberek iskolai végzettsége.
4. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. A praxis jellemzői.
7. A szakemberek foglalkozása.
8. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. Ellát-e helyettesítést a szakember.
11. Szakmai tapasztalat.
12. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.

14. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

48. táblázat: A szakemberek véleményét befolyásoló tényezők a szülők tudatosságával, együttműködésével, kapcsolattartásával kapcsolatosan a többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

Mennyire elégedett Ön az alábbi faktorokkal		**A szülők kapcsolattartási hajlandósága**		**A szülők együttműködési hajlandósága**		**A szülők követik tanácsait**		**A szülők tájékozottságával a gyermek átlagos fejlődésének üteméről**		**A szülők tájékozottságával a gyermeki átlagos fejlődését biztosító környezeti feltételekről**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete	Budapest										
	Baranya megye										
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye										
	Csongrád megye										
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye										
	Vas megye										
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34	referencia									
	35-49	0,003	2,62								
	>50	0,023	2,19								
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása	referencia								referencia	
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása	0,424	1,29							0,150	1,54
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása	0,001	3,47							0,367	0,77
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia		referencia		referencia					
	vegyes praxisú háziorvos	<0,001	0,09	<0,001	0,22	0,021	0,44				
	védőnő	0,415	1,37	0,841	1,07	0,017	1,07				
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem			referencia							
	igen			<0,001	2,28						
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen										
	nem										
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen	referencia									
	nem	0,003	2,14								
Saját területen ellátottak, gondozottak száma								<0,001	0,999		
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma											
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?											
Nagelkerke R Square		0,215		0,129		0,033		0,041		0,035	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A szülők kapcsolattartási hajlandóságával a vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,09, p<0,001) nyilatkozták azt, hogy nagymértékben elégedettek, mint a házi gyermekorvosok. A 35-49 éves válaszadó szakemberek nagyobb eséllyel (EH=2,62, p=0,003) mondták azt, hogy nagymértékben elégedettek a szülők kapcsolattartási hajlandóságával, mint a 35 évnél fiatalabbak. Az 50 évnél idősebbek körében is hasonló eredményt kaptunk, mintegy kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,19, p=0,023) nyilatkozták azt a szakemberek, hogy nagymértékben elégedettek a szülők kapcsolattartási hajlandóságával. Azok az orvosok és védőnők, akik óvoda-, iskola orvosi vagy óvoda-, iskola védőnői feladatokat is elláttak szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,47, p=0,001) elégedtek meg a szülők kapcsolattartási hajlandóságával, mint azok, akik bázisfeladataik mellet iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat láttak el. Azon szakemberek, akik nem láttak el helyettesítést, szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,14, p=0,003) nyilatkozták azt, hogy nagymértékben elégedettek a szülők kapcsolattartásával.

A szülők együttműködési hajlandóságával a vegyes praxisú háziorvosok kisebb eséllyel (EH=0,21, p<0,001) elégedtek meg, mint a házi gyermekorvosok. Azok a szakemberek, akiknek lehetősége volt az előírt hivatalos munkaidejüket rugalmasan kezelni, szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,27, p<0,001) nyilatkoztak úgy, hogy nagymértékben elégedettek a szülők együttműködési hajlandóságával, mint azok, akiknek a rugalmas munkaidő kezelésre nem volt lehetőségük.

Arra a kérdésre, hogy „Milyen mértékben elégedett Ön azzal, ahogyan a szülők követik a tanácsait?” szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=1,07, p=0,017) adtak a védőnők nagymértékben elégedett választ, mint a házi gyermekorvosok. A vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,44, p=0,021) mondták azt, hogy nagymértékben elégedettek, mint a házi gyermekorvosok. A válaszadó szakembereknek minél több gondozottja, ellátottja volt, annál nagyobb eséllyel (EH=0,99, p<0,001) mondták azt, hogy nagymértékben elégedettek a szülők tájékozottságával a gyermek átlagos fejlődésének üteméről.

Egyik feltételezett befolyásoló tényező sem volt hatással a szakemberek véleményére arra vonatkozóan, hogy mennyire tartották megfelelőnek a szülők tájékozottságát a gyermek átlagos fejlődését biztosító környezeti feltételekről. (48.táblázat)

Szintén nem találtunk szignifikáns összefüggést a feltételezett befolyásoló tényezők, illetve aközött, hogy a szakemberek mennyire elégedettek azokkal információs forrásokkal, amelyekből a szülők tájékozódnak gyermekük gondozásával kapcsolatosan. (49. táblázat)

Azzal a szülői tudatossággal, ahogyan a szülők nyomon követik gyermekük fejlődését szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,38, p<0,001) voltak nagymértékben elégedettek azok a szakemberek, akik óvoda orvosi vagy óvoda védőnői feladatokat is elláttak, mint azok, akik iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat láttak el alap feladataikon túl. Szintén nagyobb eséllyel (EH=1,94, p=0,027) mondták azt a szakemberek, hogy nagymértékben elégedettek, ha óvoda-, iskola orvosi vagy óvoda-, iskola védőnői feladatokat is elláttak. Azzal, ahogy a szülők segítik gyermekük átlagos fejlődését szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,22, p=0,008) voltak nagymértékben elégedettek azok, akik, óvoda orvosi vagy óvoda védőnői feladatokat láttak el, mint azok a szakemberek, akik iskola orvosi vagy iskola védőnői feladatokat láttak el.

Minél több volt a szakemberek ellátási gondozási területén a szociálisan hátrányos gyermekek száma, annál kisebb eséllyel (EH=0,99, p=0,008) mondták, hogy nagymértékben elégedettek a szülői aktivitással, ahogyan a szülők segítik gyermekük átlagos fejlődését. Ha a válaszadó szakember 2-3 (EH=2,56, p=0,002) vagy 6-nál több (EH=2,23, p=0,002) orvossal vagy védőnővel állt munkakapcsolatban, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel volt nagymértékben elégedett ezzel. (49. táblázat)

49. táblázat: A szakemberek véleményét befolyásoló tényezők a szülők tudatosságával, együttműködésével, kapcsolattartásával kapcsolatosan a többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

Mennyire elégedett Ön az alábbi faktorokkal		**Információs forrásokkal, amelyekből a szülők tájékozódnak gyermekük gondozásával kapcsolatosan**		**A szülői tudatossággal, ahogyan a szülők nyomon követik gyermekük fejlődését**		**A szülői tudatossággal, ahogyan a szülők segítik gyermekük átlagos fejlődését**		**A szülői aktivitással, ahogyan a szülők segítik gyermekük átlagos fejlődését**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete	Budapest	referencia							
	Baranya megye	0,233	1,46						
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,845	1,06						
	Csongrád megye	0,467	0,78						
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,185	1,50						
	Vas megye	0,121	0,53						
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1							referencia	
	2-3							0,002	2,56
	4-5							0,295	1,38
	6 vagy több							0,002	2,23
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem								
	hároméves védőnőképzés								
	négyéves védőnőképzés								
	védőnő osztott képzés								
A dolgozó korcsoportos életkora	<34								
	35-49								
	>50								
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város								
	város								
	község								
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása			referencia		referencia			
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása			<0,001	3,38	0,008	2,22		
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása			0,027	1,94	0,671	1,13		
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos								
	vegyes praxisú háziorvos								
	védőnő								
Van Önnek ehetősége, hogy a munkaidejét rugalmasan kezelje?	nem								
	igen								
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen								
	nem								
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen								
	nem								
Saját területen ellátottak, gondozottak száma									
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma								0,008	0,996
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma									
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?									
Nagelkerke R Square		0,028		0,050		0,037		0,057	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

6.5. Eredmények összefoglalása

A vizsgálatba bevont házi-gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok, védőnők társszakmákkal való együtt működését vizsgálva elmondható, hogy a kapcsolati háló szerteágazó. Az ellátást végző team tagjaival való kapcsolatra kérdeztünk rá a kérdőívben, mely alapján összefoglalva az alábbi eredményeket kaptuk.

Az orvosok nagyobb valószínűséggel tartanak kapcsolatot szakorvosokkal, még a védőnők elsősorban a nevelést-oktatást végző szakemberekkel, és a szociális ágazat képviselőivel tartanak rendszeres kapcsolatot.

Gyermek-neurológussal a megkérdezett szakemberek 33%-ának volt kapcsolata. A többváltozós logisztikus regressziós elemzés eredményeképpen azt tapasztaltuk, hogy a vegyes praxisú háziorvosok és védőnők szignifikánsan kisebb (EH=0,13, $p<0,001$ és EH=0,06, $p<0,001$) eséllyel dolgoztak együtt a gyermek-neurológussal, mint a házi gyermekorvosok.

A válaszadók 62%-a nyilatkozta, hogy az elmúlt 12 hónapban nem volt semmilyen munkakapcsolata gyermekortopéd szakorvossal. A velük való együttműködést szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,67, $p<0,001$) regisztráltuk azoknál a szakembereknél akiknek ellátási területe községben volt.

A megkérdezettek 23%-a nyilatkozta azt, hogy a 0-7 éves gyermekek eltérő és megkésett fejlődése kapcsán volt valamilyen munkakapcsolata gyermeksebésszel.

A rehabilitációs szakorvos esetében azt tapasztaltuk, hogy a válaszadók mintegy 88%-ának nem volt munkakapcsolata, és az orvosok és védőnők mintegy 20%-a tartotta volna csak fontosnak bevonni a szakembercsoportot a közös munkába. Az ellátási terület tekintetében azt tapasztaltuk, hogy ha a szakember ellátási területe Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében volt, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,59, $p=0,049$) mondta azt, hogy volt munkakapcsolata rehabilitációs szakorvossal, mint azon szakemberek akiknek ellátási területe Budapesten volt.

A mindennapi munkavégzés során a védőnők és orvosok 30%-ának volt munkakapcsolata pszichológussal az elmúlt egy évben, ezzel egy időben a válaszadó szakemberek 51%-a tartotta volna fontosnak bevonni a közös munkába a pszichológust.

Szociális munkásokkal a megkérdezettek 46%-a dolgozott együtt a kérdőív felvételének évében. Azok körében, akiknek nem volt munkakapcsolata a szociális munkásokkal 78%-uk nem is tartotta volna fontosnak bevonni a közös munkába.

A védőnők szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=4,88, p<0,001) jelentették azt, hogy dolgoztak együtt szociális munkással, mint a házi gyermekorvosok. Azok a szakemberek, akik nagyobb munkatapasztalattal bírtak szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,99, p=0,003) jelentettek munkakapcsolatot a szociális munkásokkal.

Gyógytornásszal és mozgásterapeutával a védőnők és orvosok 61%-ának nem volt semmilyen munkakapcsolata az elmúlt 12 hónapban, és 53%-uk nem is tartotta volna fontosnak bevonni őket a 0-7 éves gyermekek eltérő és megkésett fejlődése kapcsán a közös munkába.

Azok a szakemberek, akik 35 és 49 év közöttiek voltak szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=1,75, p=0,029) mondták azt, hogy volt munkakapcsolatuk gyógytornásszal mozgásterapeutával, mint a 35 évnél fiatalabbak.

Gyógypedagógussal a mindennapi munkavégzés során a válaszadó szakemberek 20%-ának volt munkakapcsolata. A kontaktus hiányában a megkérdezettek 46%-a vélekedett úgy, hogy szükség lenne a gyógypedagógusokat bevonni a gyermekek fejlődése kapcsán a közös munkába.

Logopédussal, beszédterapeutával a megkérdezettek 72%-a nem dolgozott együtt az elmúlt 12 hónapban és 53%-uk nem is tartaná fontosnak a közös munkába való bevonást.

A bölcsődei gondozónővel történő együttműködés kapcsán azt találtuk, hogy a megkérdezettek mintegy 34%-a tartott csak velük munkakapcsolatot.

Bölcsődei gondozónővel szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,29, p<0,001) adtak igen választ azok a szakemberek akik községben dolgoztak, mint azok kiknek ellátási területe a fővárosban, megye jogú városban volt

A megkérdezettek 74%-ának volt valamilyen munkakapcsolata az óvónőkkel, azonban ha nem volt, akkor csak mintegy 23%-uk tartotta volna fontosnak bevonni a közös munkába a szakembert. A védőnők mintegy nyolcszor nagyobb eséllyel (EH=8,00, p<0,001) mondták, hogy dolgoztak együtt óvónővel a mindennapi munkavégzés során, mint a házi gyermekorvosok. Szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,70, p=0,010 és EH=3,79, p<0,001) jelentettek közös munkakapcsolatot az óvónőkkel ha ellátási területük városban vagy községben volt, mint azok az orvosok vagy védőnők kik ellátási területe a fővárosban vagy megye jogú városban lokalizálódott.

Az orvosok és védőnők közötti munkakapcsolatot összegezve az alábbi eredményeket kaptuk.

Az elemzés során azt tapasztaltuk, hogy a védőnők nagyobb eséllyel (EH=34,89, p<0,001) dolgoztak együtt házi gyermekorvosokkal vagy háziorvosokkal, mint a házi gyermekorvosok kollegájukkal. A védőnők együttműködése a gyermeket ellátó orvosokkal rendszeresnek és folyamatosnak mondható (96%), míg az orvosok saját kollégáikkal sokkal alacsonyobb arányban (33%, 26%) működnek együtt. Az orvosok védőnőkkel való kapcsolattartása az eltérő fejlődést mutató gyermekek vonatkozásában már sokkal jobb (84%). Ezt számunkra azt mutatja, hogy a gyermekek fejlődését nyomon követő, alapellátást végző szakemberek rendszeres kapcsolatot tartanak egymással, ami elősegíti az eltérő fejlődést mutató gyermekek folyamatos ellátását.

A szülők kapcsolattartási hajlandóságával a válaszadók 78,5%-a nagymértékben, és 20,9%-a kismértékben elégedett. A szülők tájékozottságával -a fejlődésről, az ezt támogató környezeti feltételekről-, információ forrás kiválasztásával már csak csupán közel 50%-uk elégedett. Azok az orvosok és védőnők körében, akik óvoda-, iskola orvosi vagy óvoda, iskola védőnői feladatokat is elláttak szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,47, p=0,001) regisztráltunk nagymértékű elégedettséget a szülők kapcsolattartási hajlandóságával, mint azok körében akik bázisfeladataik mellet iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat láttak el.

A védőnők nagyobb arányban elégedettek a szülők együttműködésével, tájékozottságával, melynek véleményünk szerint a legfőbb oka az, hogy gyakrabban, és kötetlenebb formában töltenek együtt időt, amely alapján a fenti tényezőket meg tudják ítélni.

7 AZ ALAPELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ SZAKEMBEREK FELKÉSZÜLTSÉGÉNEK TÁJÉKOZOTTSÁGÁNAK VIZSGÁLATA

7.1. A szakemberek felkészültségének mértéke a 0-7 éves gyermekek ellátása, gondozása során.

A gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak ismeretét 1-től 10-ig terjedő skálán (ahol a 10, a nagyon felkészültet jelenti) a védőnők átlagosan 8,81-nek, a házi gyermekorvosok 8-nak, a vegyes praxisú háziorvosok 7,19-nek értékelték felkészültségüket. A vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan felkészületlenebbnek érezték magukat a házi gyermekorvosoknál, míg a házi gyermekorvosoknál és a vegyes praxisú háziorvosoknál a védőnők szignifikánsan felkészültebbnek mondták magukat. Az eltérő vagy megkésett fejlődési ütem gyanújeleinek, korai tüneteinek ismeretét a védőnők átlagosan 8,26-nak értékelték. Ez magasabb volt, mint a házi gyermekorvosok és a vegyes praxisú háziorvosok esetében tapasztalt. A vegyes praxisú háziorvosok ebben az esetben is szignifikánsan kevésbé érezték magukat felkészültnek a házi gyermekorvosokhoz és a védőnőkhöz képest. A védőnők és a gyermekorvosok között talált különbség nem bizonyult szignifikánsnak. A gyermekek testi fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismeretének értékei között a legmagasabb átlag pontszámot (9,05) a védőnők adták a vegyes praxisú háziorvosok pedig 7,44-nek értékelték felkészültségüket. A védőnők és a gyermekorvosok átlagértékei között nem találtunk szignifikáns különbséget, azonban a vegyes praxisú háziorvosok e témakörben is szignifikánsan felkészületlenebbnek érezték magukat a védőnőkhöz és a gyermekorvosokhoz képest.

A gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretében a védőnők átlagosan 9,27, a házi gyermekorvosok 8,92, a vegyes praxisú háziorvosok pedig 8,31 pontra értékelték a felkészültségüket. Ebben az esetben nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni. Felkészültségüket a védőnők a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt módszerek ismeretében szignifikánsan magasabb (9,07 pont) mértékben értékelték megfelelőnek, mint a vegyes praxisú háziorvosok. A házi gyermekorvosok esetében átlagosan 8,62, a vegyes praxisú háziorvosoknál pedig 7,93 adódott. A védőnők és a gyermekorvosok között talált különbségek nem voltak szignifikánsak. A védőnők átlagosan 7,64-nek, a házi gyermekorvosok 7,36-nak, a vegyes praxisú háziorvosok 6,24-nek értékelték

felkészültségüknek mértékét az életkornak megfelelő testi fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismeretében. A védőnők és a gyermekorvosok közötti különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak, azonban a vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan alacsonyabbra értékelték felkészültségüket, mint a védőnők, és mint a gyermekorvosok. A gyermekek pszichés fejlődésének követésére használt szempontrendszert szignifikánsan a legnagyobb mértékben a védőnők ismerték. Esetükben ez a pont 7,68-nak, a házi gyermekorvosok esetében 6,85-nek, a vegyes praxisú háziorvosok esetében pedig 6,24-nek adódott (a vegyes praxisú háziorvosok és a házi gyermekorvosok között talált különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak). A gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretét szintén a védőnők értékelték a szignifikánsan a legmagasabbnak. Ez körükben 7,07 volt, míg a házi gyermekorvosok estében 6,07-nek, a vegyes praxisú háziorvosok esetében ez az érték 6,06-nak adódott. Az orvosok közötti különbségeket nem találtuk szignifikánsnak.

A védőnők ismeretei a legnagyobbak a gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt módszerek ismeretét illetően, értékeléseik alapján. Ez szignifikánsan magasabbnak bizonyult, mint ami a házi gyermekorvosok (6,16) és a vegyes praxisú háziorvosok (5,94) körében megfigyelhető (az orvosok közötti különbségek nem voltlak szignifikánsak). Az életkornak megfelelő pszichés fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismeretét a következőképpen értékelték: a vegyes praxisú háziorvosok körében ez átlagosan 5,57, a házi gyermekorvosoknál 5,85, a védőnőknél pedig 6,70 pont volt. A védőnők szignifikánsan felkészültebbnek érezték magukat, míg az orvosok közötti különbségek nem, voltak szignifikánsak. A gyermekek szociális fejlődésének követésére használt szempontrendszert a legnagyobb mértékben a védőnők ismerik. Ez a pont esetükben átlagosan 7,91 volt, míg a házi gyermekorvosoknál 6,14, a vegyes praxisú háziorvosoknál 5,75-nek adódott. Az orvosok szignifikánsan alacsonyabbra értékelték felkészültségüket, mint a védőnők, az orvosok véleményei között azonban nem volt szignifikáns eltérés. A védőnők a gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretét 7,38-ra pontozták. Ez magasabb volt, mint a házi gyermekorvosok (5,86) és a vegyes praxisú háziorvosok (5,58) esetében tapasztalt. Az orvosok ebben az esetben is szignifikánsan alacsonyabbra értékelték felkészültségüket, mint a védőnők. Az orvosok véleményei között azonban ebben az esetben sem volt szignifikáns eltérés. A gyermekek szociális fejlődésének

felmérésére használt módszerek ismeretének értéke a védőnőknél átlagosan 7,32, a házi gyermekorvosoknál 5,78, a vegyes praxisú háziorvosoknál 5,58 volt. Ebben az esetben is elmondható, hogy szignifikáns különbséget az orvosok között nem, csak az orvosok és a védőnők között sikerült találnunk. Az életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismeretét szignifikánsan legnagyobb értékben a védőnők pontozták. Ez az érték náluk 6,99-nek, a házi gyermekorvosoknál 5,64-nek, a vegyes praxisú háziorvosoknál 5,54-nek adódott (az orvosok között nem találtunk szignifikáns különbséget). Az egyes fejlesztési területek közötti integráció lehetőségeinek ismeretét a védőnők átlagosan 6,60-ra, a házi gyermekorvosok 5,41-re, és a vegyes praxisú háziorvosok 5,22 pontra értékelték. Szignifikáns különbséget ebben az esetben is csak az orvosok és védőnők között sikerült kimutatni. (50. ábra)

Többváltozós lineáris regressziós elemzéssel vizsgálatuk a házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és védőnők felkészültségének mértékét befolyásolót tényezőket. Az összefüggés elemzést a házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok, ás védőnők körében külön végeztük el.

A feltételezett befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. A szakemberek munkatapasztalati ideje.
2. Ellátott települések száma.
3. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
4. Saját ellátottakból 0-7 éves korú ellátottak gondozottak száma.
5. Helyettesített területen ellátottak, gondozottak száma.
6. A helyettesített területen a 0-7 éves korú ellátottak gondozottak száma.
7. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
8. A helyettesítési területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
9. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.
10. A helyettesítési, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.
11. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
12. Szakemberek életkora.

A házi gyermekorvosok esetében a következő eredményeket kaptuk. A szakemberek minél több ellátottal rendelkeztek a saját területükön, annál kevésbé érezték magukat

felkészültnek a gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak és az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismeretében (b=-0,22, p=0,041). A vegyes praxisú háziorvosok minél idősebbek voltak, annál inkább felkészültnek érezték magukat (b=0,22, p=0,044). Védőnők estében negatív összefüggést találtunk (b=-0,19, p=0,025) a gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak és az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismeretében való felkészültség és a helyettesítési területen élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma között (a gyermekek nagyobb számához alacsonyabb felkészültség párosult). Az eltérő vagy megkésett fejlődési ütem gyanújeleinek, korai tüneteinek ismerésében a házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok felkészültségre egyik feltételezett befolyásoló tényező sem volt hatással. A védők minél több orvossal tartottak kapcsolatot, annál kevésbé érezték magukat felkészültnek az eltérő vagy megkésett fejlődési ütem gyanújeleinek, korai tüneteinek ismeretében (b=-0,14, p=0,005). Nem találtunk szignifikáns összefüggést a befolyásoló faktorok illetve a gyermekek testi fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismerete között, sem a házi gyermekorvosok, sem a vegyes praxisú háziorvosok körében. A védőnők esetében minél több volt az élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején, annál inkább felkészültnek érezték magukat a gyermekek testi fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismeretében (b=0,13, p=0,008). A házi gyermekorvosok annál felkészültebbnek érezték magukat a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretében, minél nagyobb számban voltak a helyettesített területen a 0-7 éves korú ellátottak (b=0,28, p=0,009). Valamint minél több volt a saját területen ellátott gondozottak száma, annál kevésbé (b=-0,24, p=0,022) érezték felkészültnek magukat a szakemberek a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretének terén. A vegyes praxisú háziorvosok minél több védőnővel tartottak munkakapcsolatot, annál kevésbé érezték magukat felkészültnek a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretében (b=-0,26, p=0,020). A védőnők pedig minél több szakmai gyakorlattal rendelkeztek, annál inkább felkészültnek tartották magukat a témában (b=0,10, p=0,045).

Pozitív összefüggést tudtunk kimutatni a helyettesített területen 0-7 éves korú ellátottak száma és aközött, hogy a házi gyermekorvosok mennyire érezték magukat felkészültnek a gyermek testi fejlődésének felmérésére használt módszerek ismeretében. Minél több volt a

0-7 éves korú ellátottak száma a helyettesített területen, annál inkább felkészültnek érezték magukat a házi gyermekorvosok (b=0,23, p=0,032). A vegyes praxisú háziorvosok és a védőnők körében nem sikerült a szignifikáns összefüggést kimutatnunk. Minél több volt a helyettesített területen az 0-7 éves korú ellátottak száma, a válaszadó házi gyermekorvosok annál felkészültebbnek érezték magukat a testi fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismeretében (b=0,25, p=0,023). A vegyes praxisú háziorvosok esetében azt tapasztaltuk, hogy ménnél több páciensük volt a helyettesítési területen, annál kevésbé érezték magukat felkészültnek az életkornak megfelelő testi fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismeretében. A védőnők esetében egyik feltételezett befolyásoló tényező sem mutatott szignifikáns összefüggést a szakemberek felkészültségének mértékével.

A házi gyermekorvosok annál felkészültebbnek érezték magukat a gyermek pszichés fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismeretében, minél nagyobb számban voltak ellátottjaik a helyettesítési területen (b=0,34, p=0,001). A vegyes praxisú háziorvosok és a védőnők körében nem találtuk szignifikáns összefüggést a befolyásoló tényezők a szakemberek felkészültsége között. A házi gyermekorvosok felkészültebbnek érezték magukat a gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretében, ha a helyettesítési területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma magas volt (b=0,28, p=0,010). A vegyes praxisú háziorvosok és a védőnők körében nem sikerült szignifikáns összefüggést kimutatnunk a felkészültség mértéke és a befolyásoló tényezők között.

A gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt módszerek ismeretében felkészültebbnek érezték magukat a házi gyermekorvosok, ha helyettesítési területükön a szociálisan hátrányos gyermekek száma magas volt (b=0,28, p=0,009). Ugyanezt az összefüggést a vegyes praxisú háziorvosok körében nem sikerült kimutatnunk. Egyik feltételezett befolyásoló tényező sem mutatott szignifikáns összefüggést az orvosok felkészültségnek mértékével. Ugyanakkor minél idősebb volt egy védőnő, annál kevésbé érezte magát felkészültnek a gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt módszerek ismeretében (b=-0,12, p=0,019).

Azok a házi gyermekorvosok, akik magas számban jelentettek helyettesítési területükön szociálisan hátrányos gyermeket, szignifikánsan felkészültebbnek érezték magukat az életkornak megfelelő pszichés fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek

terén (b=0,28, p=0,009). A vegyes praxisú háziorvosok és a védőnők esetében a felkészültséggel egyik befolyásoló tényezőt sem tudtuk kapcsolatba hozni.

A gyermekek szociális fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismeretében a házi gyermekorvosok felkészültebbnek érezték magukat abban az esetben, ha magasabb számban voltak szociálisan hátrányos gyermekek a helyettesített praxisában (b=0,28, p=0,007). A vegyes praxisú háziorvosok esetében a felkészültséggel egyik befolyásoló tényezőt sem tudtuk kapcsolatba hozni. A védőnők esetében a magasabb életkor csökkent felkészültséggel párosult a gyermekek szociális fejlődésének követésére használt szempontrendszer esetében (b=-0,16, p=0,002).

Minél több szociálisan hátrányos gyermeket látott el a házi gyermekorvos a helyettesített praxisában, annál inkább felkészültnek érezte magát a gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretével kapcsolatosan (b=0,29, p=0,006). Egyik feltételezett befolyásoló tényezőt sem sikerült szignifikánsnak kimutatnunk a gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretével kapcsolatosan a vegyes praxisú háziorvosok körében. Az idősebb védőnők inkább nem érezték magukat felkészültnek a gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt eszközök terén (b=-0,18, p=0,001).

A házi gyermekorvosok, annál inkább felkészültnek érezték magukat a gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt módszerek terén, minél magasabb számban gondoztak helyettesítési területükön szociálisan hátrányos gyermeket (b=0,29, p=0,006). A vegyes praxisú háziorvosok esetében azt tapasztaltuk, hogy minél több ellátottja volt a helyettesítési területén, annál kevésbe mondta azt, hogy felkészült a gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt módszerek terén (b=-0,28, p=0,046). A védőnők esetében a vizsgált faktor és az életkor között inverz kapcsolatot találtunk. Minél idősebb volt egy védőnő, annál kevésbé gondolta úgy, hogy felkészült a gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt módszerekből (b=-0,17, p=0,001).

A házi gyermekorvosok körében az életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek terén felkészületlenebbnek érezték magukat az idősebb orvosok (b=-0,61, p<0,001). Minél több szakmai gyakorlattal rendelkezett egy gyermekorvos, annál inkább volt felkészült. (b=0,51, p=0,002). A helyettesítési területen lévő szociálisan hátrányos gyermekek magasabb száma, pozitív kapcsolatot mutatott az

életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismeretével való felkészültséggel (b=0,26, p=0,010). A vegyes praxisú háziorvosok körében nem találtunk szignifikáns összefüggést a felkészültség mértéke és befolyásoló faktorok között. A védőnők körében az idősebb kor alacsonyabb felkészültséggel párosult (b=-0,16, p=0,002).

Ha a házi gyermekorvosnak magas volt a helyettesítési területén a szociálisan hátrányos gyermekek száma, akkor felkészültebbnek érezte magát az egyes fejlesztési területek közötti integráció lehetőségeinek ismerete terén (b=0,28, p=0,009). A vegyes praxisú háziorvosok kevésbé vallották magukat felkészültnek az egyes fejlesztési területek közötti integráció lehetőségeinek ismerete terén, ha magas volt a helyettesítési területen a gondozottak száma (b=-0,33, p=0,13). A védőnők esetében nem sikerült szignifikáns összefüggést kimutatnunk, a p-érték valamennyi esetében nagyobb volt 0,05. (51. táblázat)

51. táblázat: A szakemberek felkészültségének mértékét befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós lineáris regressziós (method:stepwise) elemzés eredményeképpen

Értékelje felkészültségének mértékét:		vegyes praxisú háziorvos		házi gyermekorvos		védőnő	
		B	p	B	p	B	p
A gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak, az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismerete	Hány éves Ön?	0,221	0,044				
	Saját területen ellátottak/gondozottak száma.			-0,221	0,041	0,083	0,134
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején?					-0,195	0,025
	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma					0,153	0,078
R^2		0,049		0,049		0,019	
Az eltérő vagy megkésett fejlődési ütem gyanújeleinek, korai tüneteinek ismerete	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején?	-0,124	0,261				
	Ellátási saját területén/praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején?			-0,176	0,099		
	Helyettesített területen 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma			0,171	0,109		
	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?					-0,147	0,005
R^2		0,015		0,06		0,022	
A gyermekek testi fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismerete	Ellátási saját területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?	-0,124	0,254				
	Ellátási saját területén/praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején?					0,139	0,008
	Helyettesített területen 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma			0,189	0,079		
R^2		0,015		0,036		0,019	
A gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	-0,269	0,02				
	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,181	0,095				
	Ellátási saját területén/praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején?	0,157	0,169			0,09	0,087
	Helyettesített területen 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma			0,281	0,009		
	Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?					0,105	0,045
	Saját területen ellátottak/gondozottak száma.			-0,246	0,022		
R^2		0,093		0,117		0,019	
A gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt módszerek ismerete	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	-0,202	0,085				
	Ellátási saját területén/praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején?	0,155	0,181			0,08	0,128
	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,129	0,24				
	Helyettesített területen 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma			0,231	0,032		
	Hány éves Ön?					0,093	0,078
	Ellátási saját területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?			0,181	0,09		
R^2		0,057		0,096		0,015	
Az életkornak megfelelő testi fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismerete	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,293	0,026			0,259	0,084
	Saját területen ellátottak/gondozottak száma.	-0,153	0,157				
	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	-0,147	0,178				
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején?	0,168	0,194				
	Ellátási saját területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?					-0,073	0,181
	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?					-0,053	0,331
	Helyettesített területen 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma			0,253	0,023	-0,291	0,051
R^2		0,102		0,064		0,016	

p:szignifikancia szint, b: lineáris regressziós koefficiens, R^2: a modell magyarázó ereje

Értékelje felkészültségének mértékét:		vegyes praxisú háziorvos		házi gyermekorvos		védőnő	
		B	p	B	p	B	p
A gyermekek pszichés fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismerete	Amennyiben Ön több települést vagy település részt is ellát, írja be a négyzetbe az ellátott települések számát!	-0,167	0,129			0,102	0,063
	Saját ellátottakból 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma					0,1	0,067
	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma			0,342	0,001		
R^2		0,028		0,117		0,015	
A gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete	Amennyiben Ön több települést vagy település részt is ellát, írja be a négyzetbe az ellátott települések számát!	-0,165	0,141				
	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	-0,139	0,213				
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?			0,281	0,01		
	Hány éves Ön?					-0,098	0,062
R^2		0,038		0,079		0,01	
A gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt módszerek ismerete	Amennyiben Ön több települést vagy település részt is ellát, írja be a négyzetbe az ellátott települések számát!	-0,173	0,126				
	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	-0,142	0,204				
	Saját területen ellátottak/gondozottak száma.	-0,13	0,24				
	Hány éves Ön?					-0,123	0,019
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?			0,305	0,005		
R^2		0,053		0,093		0,015	
Az életkornak megfelelő pszichés fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismerete	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,162	0,146				
	Amennyiben Ön több települést vagy település részt is ellát, írja be a négyzetbe az ellátott települések számát!	-0,145	0,188				
	Saját ellátottakból 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma	0,13	0,242				
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?			0,28	0,009		
	Hány éves Ön?					-0,101	0,055
R^2		0,059		0,079		0,01	
A gyermekek szociális fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismerete	Amennyiben Ön több települést vagy település részt is ellát, írja be a négyzetbe az ellátott települések számát!	-0,125	0,257				
	Hány éves Ön?					-0,166	0,002
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?			0,289	0,007		
R^2		0,016		0,084		0,028	
A gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,172	0,119				
	Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?	-0,157	0,155				
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?			0,294	0,006		
	Hány éves Ön?					-0,18	0,001
R^2		0,048		0,087		0,033	
A gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt módszerek ismerete	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,281	0,046				
	Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?	-0,154	0,162				
	Helyettesített területen 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma	0,182	0,195				
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?			0,298	0,006		
	Hány éves Ön?					-0,178	0,001
R^2		0,069		0,089		0,032	
Az életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismerete	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,211	0,054				
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?			0,265	0,01		
	Hány éves Ön?			-0,612	<0,001		
	Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?			0,516	0,002		
	Hány éves Ön?					-0,16	0,002
R^2		0,045		0,218		0,025	
Az egyes fejlesztési területek közötti integráció lehetőségeinek ismerete	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,331	0,013				
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején?	0,212	0,108				
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?			0,282	0,009		
	Hány éves Ön?					-0,084	0,112
R^2		0,077		0,079		0,007	

p:szignifikancia szint, b: lineáris regressziós koefficiens, R^2: a modell magyarázó ereje

7.2. A szakemberek tájékozódása a szükséges információkról

A következő kérdéscsoport a munkához szükséges különböző tájékozódási formákból történő ismeretszerzés mértékét mérte fel a vizsgálatban részt vevő egészségügyi dolgozó körében.

Szakmai irányelvekből teljes mértékben tájékozódik a válaszadók 50,4%-a. Módszertani levelekből a megkérdezettek 54,2%-a tájékozódik teljes mértékben, 44,5%-a kismértékben. Szakmai folyóiratokból, szakkönyvekből teljes mértékben tájékozódók aránya mindössze 20,2% volt. Az internetet a válaszadók 72,7%-a kismértékben 25,5%-a teljes mértékben használja tájékozódási formának. A továbbképzéseken a vizsgálatban részt vevő dolgozók 64,9%-a gyűjti ismereteit nagy vagy kismértékben. Teljes mértékben a konferenciákon tájékozódik a válaszadók 22,2%-a. Szakmai értekezleten kismértékben tájékozódók aránya 69,3%. Szakemberekkel való informális beszélgetésekkel teljes mértékben tájékozódik a megkérdezettek 14,4%-a. A kollégák közötti kör e-mail váltásával a válaszadók 82,4%-a tájékozódik kismértékben. Orvosi portálokat az egészségügyi dolgozók mindössze 6,7%-a használja teljes mértékben információ szerzés céljából.

A továbbképzések tekintetében azt tapasztaltuk, hogy a válaszolók a szakmai fórumok közül leginkább szakmai konferenciákon vennének részt a 0-7 éves gyermekek átlagos fejlődése illetve eltérő és megkésett fejlődésével kapcsolatosan. A megkérdezettek 28%-a nyilatkozott így. A vizsgálatban részt vevők 14%-a a szűk csoportos továbbképzéseken való részvételt részesítené előnyben. (52. táblázat)

A tájékozódást, korcsoportos bontásban is megvizsgáltuk. Teljes mértékben szakmai irányelvekből tájékozódik a 35 év alatti védőnők 61,26%-a. Ez szignifikánsan magasabb ($p<0,001$), mint a hasonló korú háziorvosok körében tapaszalt. A 35-49 év közötti korcsoportban is a védőnők adták ezt a választ a legnagyobb százalékban (60,25%). Ez szintén szignifikánsan magasabbnak ($p=0,001$) bizonyult, mint ami házi gyermekorvosok (29,41%) és a vegyes praxisú háziorvosok (29,63%) esetében megfigyelhető. Az 50 év feletti védőnők 58,95%-a vélekedett hasonlóan. Ez szintén szignifikánsan magasabb volt, mint a házi gyermekorvosok (44,93%) esetében tapasztalt. A legkevésbé a vegyes praxisú háziorvosok (25,00%) választják e formát tájékozódás céljára.

Módszertani leveleket a 35. év alatti korcsoportba tartozó védőnők 65,18%-a használja informálódásra teljes mértékben. Ez szignifikánsan (p<0,001) nagyobb volt, mint az orvosoknál megfigyelhető. A 35-49 éves korcsoportban is a védőnők szignifikánsan nagyobb (p=0,016) arányban (56,79%) tájékozódnak innen, mint a hasonló korosztályú háziorvosok. Az 50 év felettiek esetében a védőnők 65,26%-a szerzi információit módszertani levelekből. Ez az arány szintén szignifikánsan magasabbnak (p=0,005) bizonyult, mint a házi gyermekorvosok (54,93%) és a vegyes praxisú háziorvosok (36,73%) esetében tapasztalt.

Szakmai folyóiratokból, szakkönyvekből a 35 év alatti szakemberek 15,13%-a tájékozódik teljes mértékben. A 35-49 éves korcsoportba tartozó válaszadók 19,32%-a nyilatkozta ugyanezt. A korcsoporton belül tapasztalt eltérések nem voltak szignifikánsak. Az 50 év feletti házi gyermekorvosok tájékozódnak leginkább szakmai folyóiratokból, könyvekből. Így válaszolt 41,43%-uk. Ez szignifikánsan magasabb (p<0,001) volt, mint ami a vegyes praxisú háziorvosok (28,00%) és a védőnők (11,49%) körében megfigyelhető.

A 35 év alatti és az 50 év feletti korcsoportba tartozó házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és védőnők válaszai közötti különbségeket nem tudtuk szignifikánsnak kimutatni. A 35-49 éves korcsoportba tartozó vegyes praxisú háziorvosok 62,05%-a használja az internetet információszerzésre. Ez szignifikánsan magasabb (p<0,001) arány, mint a védőnők (22,98%) és a házi gyermekorvosok (11,76%) esetében tapasztalt.

A továbbképzések esetében a korcsoportos bontást követően megfigyelt válaszok közötti különbségeket nem találtuk szignifikánsan. Legnagyobb arányban (39,81%) az 50 évnél idősebb szakemberek informálódnak teljes mértékben továbbképzésekről.

Konferenciákon a 35 év alatti védőnők 19,27%-a tájékozódik teljes mértékben. A 35-49 évesek körében a vegyes praxisú háziorvosok válaszolták legnagyobb arányban ezt (31,03%). A házi gyermekorvosok 25,53%-a, a védőnők 18,24%-a válaszolt hasonlóan. E két korcsoportban nem találtunk szignifikáns különbséget. Az 50 év felettiek esetében a házi gyermekorvosok szignifikánsan nagyobb (p=0,011) arányban tájékozódnak így, teljes mértékben. Esetükben ez az arány 40%, a védőnők esetében 27,96%, a házi gyermekorvosok esetében pedig 14,19% volt.

Szakmai értekezleten a 35 év alatti védőnők, házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok válaszai között nem találtunk szignifikáns különbséget. A 35-49 éveseknél a védőnők szignifikánsan (p=0,017) nagyobb arányban (35,00%) válaszolták azt, hogy „teljes

mértékben”. A vegyes praxisú háziorvosoknál ez az arány 21,43%, a házi gyermekorvosok esetében pedig 5,88% volt. Az 50 év feletti korcsoportban a védőnők nyilatkozták szignifikánsan (p=0,002) a legnagyobb arányban azt, hogy teljes mértékben szakmai értekezleten tájékozódnak. Körükben ez 35,87%, a házi gyermekorvosoknál 26,15%, a vegyes praxisú háziorvosoknál 8,33% volt.

Más szakemberekkel történő informális beszélgetéseken keresztül a 35 év alatti, 35-49 éves és 50 év feletti védőnők vegyes praxisú háziorvosok és házi gyermekorvosok válaszai között nem találtunk szignifikáns különbségeket. A kör e-mailek esetében is elmondható, hogy a válaszok között kimutatott különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak egyik korcsportban sem.

Orvosi portálokon a 35 év alatti házi gyermekorvosok tájékozódnak leginkább. Körükben ez az arány 50%-nak, míg a házi gyermekorvosok körében 25%-nak, a védőnők körében pedig 2,83%-nak adódott. A kimutatott különbség szignifikáns volt (p=0,010). A 35-49 évesek körében a vegyes praxisú háziorvosok 27,59%-a mondta azt, hogy teljes mértékben az orvosi portálokon tájékozódik. Ez szignifikánsan magasabb (p<0,001) volt, mint a házi gyermekorvosok (12,5%) és a védőnők (0,65%) esetében tapasztalt. Az idősebb korcsoportú egészségügyi dolgozók közül is a vegyes praxisú háziorvosok válaszolták ezt legnagyobb arányban. 23,53%-uk mondta azt, hogy leginkább orvosi portálon informálódik. Ez az arány szignifikánsan (p=0,001) magasabb volt, mint amit a házi gyermekorvosoknál (8,70%) és a védőnőknél (2,33%) megfigyelhetünk.

Arra a kérdésre, hogy „Milyen jellegű szakmai fórumokon venne részt a 0-7 éves gyermekek átlagos fejlődése illetve eltérő és megkésett fejlődése területén?” a fővárosban, megyeszékhelyen praktizáló házi gyermekorvosok 72,22%-a azt válaszolta, hogy konferencián. Ugyanekkora arányban állították ezt a védőnők is. A városban dolgozó házi gyermekorvosok 75%-a, a, vegyes praxisú háziorvosok 66,67%-a és a házi gyermekorvosok 64,52%-a válaszolt hasonlóan. A két ellátási területen belül dolgozók válaszadási arányai között nem találtunk szignifikáns különbséget. A községben praktizáló házi gyermekorvosok 83,33%-a állította azt, hogy konferencián szeretne részt venni. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,001), mint amit a vegyes praxisú háziorvosok (80,56%) és a védőnők (40,48%) esetében tapasztaltunk. (53. táblázat)

Arra a kérdésre, hogy a házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és védőnők, milyen mértékben és honnan tájékozódnak a munkájukhoz szükséges információkról, illetve hogy milyen jellegű szakmai fórumokon vennének részt többváltozós logisztikus regresszióval vizsgálatuk.

A feltételezett befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. Szakemberek ellátási területe.
2. Szakemberek korcsoportos életkora.
3. Szakemberek iskolai végzettsége.
4. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. Praxis jellemzői.
7. A szakemberek foglalkozása.
8. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. Ellát-e helyettesítést a szakember.
11. Szakmai tapasztalat.
12. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
14. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

A többváltozós logisztikus regressziós elemzés során azt tapasztaltuk, hogy a védőnők szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,09, p=0,005), tájékozódtak szakmai irányelvekből, mint a házi gyermekorvosok. A vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel mondták azt, hogy teljes mértékben szakmai irányelvekből tájékozódnak, mint a házi gyermekorvosok (EH=0,41, p=0,016). A módszertani levelek esetében azt tapasztaltuk, hogy a vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,36, p=0,005) mondták, azt, hogy teljes mértékben az említett tájékozódási formát használják a munkájukhoz szükséges információk megszerzéséhez, mint a házi gyermekorvosok. A választ adó szakemberek ellátási területén minél több eltérő és megkésett fejlődésű gyermek volt, annál kisebb eséllyel (EH=0,99, p=0,035) tájékozódtak a munkájukhoz szükséges információkról módszertani levelekből. A védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,23, p<0,001)

tájékozódtak a szükséges információkról szakmai folyóiratokból, szakkönyvekből, mint a házi gyermekorvosok. Hasonló eredményt kaptunk a vegyes praxisú háziorvosok esetében is, ők is szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,41, p=0,017) tájékozódtak a szükséges információkról szakkönyvekből, szakfolyóiratokból, mint a házi gyermekorvosok. Azok a válaszadó szakemberek, akiknek ellátási területe községben volt, szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,28, p=0,001) tájékozódtak teljes mértékben az internetről, mint azok a szakemberek akik a fővárosban, vagy megye jogú városban dolgoztak. A szükséges információkat szignifikánsan nagyobb eséllyel szerezték be a szakemberek továbbképzéseken, ha az ellátási területük Baranya megyében (EH=2,14, p=0,043), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (EH=3,65, p<0,001) vagy Vas megyében (EH=2,78, p=0,009) volt, mint azok a szakemberek akiknek ellátási területe Budapesten helyezkedett el. Ha válaszadó szakembereknek nem volt csatolt településük, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=1,66, p=0,024) szereztek információt a munkájukhoz továbbképzéseken, mint azok a szakemberek akikhez tartozott csatolt település. (54. táblázat)

Azok a szakemberek, akik hároméves (EH=0,34, p=0,010) vagy négyéves (EH=0,34, p=0,13) védőnőképzéssel rendelkeztek szignifikánsan kisebb eséllyel tájékozódtak a munkájukhoz szükséges információkról konferenciákról, mint az orvosi egyetemet végzettek. A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ellátási területtel rendelkező szakemberek szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,09, p=0,005) tájékozódtak konferenciákról, mint a Budapesten dolgozók. A vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,34, p=0,020) tájékozódtak szakmai konferenciákról teljes mértékben mint a házi gyermekorvosok.

A szakmai értekezlet esetében azt tapasztaltuk, hogy a védőnők nagyobb eséllyel (EH=2,08, p=0,027) használták ezt az információs forrást a szükséges információk megszerzéséhez, mint a házi gyermekorvosok. A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (EH=4,89, p<0,001) és Baranya megyében (EH=2,13, p=0,042) élők szignifikánsan nagyobb eséllyel nyilatkoztak úgy, hogy teljes mértékben szakmai értekezletekről tájékozódnak, mint a Budapestiek.

Informális beszélgetésekről kisebb eséllyel (EH=0,33, p=0,007) szerzik a szakemberek a szükséges információkat ha 2 vagy 3 orvossal vagy védőnővel tartanak kapcsolatot azokhoz képest akik maximum egy szakemberrel állnak munkakapcsolatban. Ha a válaszadó

szakemberhez nem tartozik csatolt település, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=1,99, p=0,034) nyilatkoztak úgy, hogy a szükséges információkat teljes mértékben e-mailből szerzik be, mint azok a szakemberek akikhez tartozik csatolt település. Ha a szakemberek ellátási területei Baranya megyében (EH=6,91, p=0,003), Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (EH=4,52, p=0,013), Csongrád megyében (EH=8,64, p<0,001) vagy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (EH=5,43, p=0,006) voltak, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel mondták azt, hogy a munkájukhoz szükséges információkat e-mailekből szerzik be, mint azok a szakemberek kiknek ellátási területe Budapesten volt. (55. táblázat)

54. táblázat: A szakdolgozók tájékozódását befolyásoló tényezők hatásának vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

Milyen mértékben tájékozódik munkájához szükséges információkról az alábbi forrásokból		**Szakmai irányelvek**		**Módszertani levelek**		**Szakmai folyóiratok, szakkönyvek**		**Internet**		**Továbbképzések**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete!	Budapest					referencia				referencia	
	Baranya megye					0,254	0,57			0,043	2,14
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye					0,115	1,81			0,228	1,48
	Csongrád megye					0,535	1,31			0,154	1,68
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye					0,053	2,14			<0,001	3,65
	Vas megye					0,116	2,00			0,009	2,78
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34										
	35-49										
	>50										
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város							referencia			
	város							0,236	1,42		
	község							0,001	2,28		
Orvosi és védőnői alapfeladatai emellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása										
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia		referencia		referencia					
	vegyes praxisú háziorvos	0,016	0,41	0,005	0,36	0,017	0,41				
	védőnő	0,005	2,09	0,293	1,34	<0,001	0,23				
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem										
	igen										
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen									referencia	
	nem									0,024	1,67
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen										
	nem										
Saját területen ellátottak, gondozottak száma											
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma				0,035	0,99						
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?											
Nagelkerke R Square		0,099		0,081		0,113		0,035		0,057	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,17, p=0,002) mondták azt, hogy tejes mértékben orvosi portálokról tájékozódnak a szükséges információkról, mint a házi gyermekorvosok. A vegyes praxisú háziorvosok ötször nagyobb eséllyel (EH=5,59, p=0,001) mondták azt, hogy teljes mértékben orvosi portálokról tájékozódnak az információkról, mint a házi gyermekorvosok. Akikhez nem tartozik csatolt település szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=4,05, p=0,003) nyilatkozták, azt hogy teljes mértékben orvosi portálokról szerzik be a munkájukhoz szükséges információkat, mint azok a szakemberek akikhez tartozott csatolt település. (55. táblázat)

7.3. A szakemberek információcseréje, tapasztalatcseréje a különböző fórumokon.

A szakemberek 32,2%-a válaszolta azt a felmérés alkalmával, hogy jelenleg team-megbeszélésre nincsen lehetősége, azonban igénye lenne rá. Az esetmegbeszélés kapcsán azt tapasztaltuk, hogy a válaszadók 65,6%-a nyilatkozta azt, hogy jelenleg van rá lehetősége. A választ adó szakemberek 19,5%-a mondta, hogy jelenleg nincsen lehetősége részt venni csecsemőhalálozási értekezleten, azonban igénye lenne rá (a válaszadási arány alacsony volt: 36,9%). Az egyeztetett időben történő, orvos-védőnő közötti megbeszélésről 70,0%-a a megkérdezetteknek mondta azt, hogy jelenleg is rendelkezésre áll, és mintegy 13,1%-uk felelt úgy, hogy igénye lenne rá, mert jelenleg nincsen ilyen kommunikációs forma a munkahelyén. A telefonos megbeszélésről a szakemberek 84,0%-a nyilatkozta azt, hogy jelenleg is rendelkezésre áll, illetve megjelenik, mint kommunikációs forma a munkavégzés során. A levélváltásról a szakemberek fele (50,4%) mondta azt, hogy rendelkezésre áll, és 6,5%-uk válaszolt, úgy hogy igényelné a kommunikáció e formáját. Egymás dokumentációjának áttekintéséről a szakemberek 30,9%-a nyilatkozott úgy, hogy rendelkezésre áll a kommunikációs formák között (fontos, hogy a kérdésre megkérdezettek 44,0%-a nem válaszolt). (56.táblázat)

55. táblázat: A szakdolgozók tájékozódását befolyásoló tényezők hatásának vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

Milyen mértékben tájékozódik munkájához szükséges információkról az alábbi forrásokból		**Konferenciák**		**Szakmai értekezletek**		**Informális beszélgetések szakemberekkel**		**Kör e-mail a kollégák között**		**Orvosi portálok**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete!	Budapest	referencia		referencia				referencia			
	Baranya megye	0,556	1,28	0,042	2,13			0,003	6,91		
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,692	0,84	0,086	1,77			0,013	4,52		
	Csongrád megye	0,692	1,19	0,333	1,47			<0,001	8,64		
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,005	3,09	<0,001	4,89			0,006	5,43		
	Vas megye	0,944	0,97	0,477	1,37			0,257	2,48		
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1	referencia				referencia					
	2-3	0,353	0,69			0,007	0,33				
	4-5	0,106	0,48			0,085	0,49				
	6 vagy több	0,561	1,24			0,105	0,60				
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem	referencia									
	hároméves védőnőképzés	0,010	0,34								
	négyéves védőnőképzés	0,013	0,34								
	védőnő osztott képzés	0,217	0,21								
A dolgozó korcsoportos életkora	<34										
	35-49										
	>50										
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása	referencia									
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása	0,744	0,87								
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása	0,449	0,74								
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia		referencia						referencia	
	vegyes praxisú háziorvos	0,020	0,34	0,117	0,46					0,001	5,59
	védőnő	0,836	1,10	0,027	2,08					0,002	0,17
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem										
	igen										
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen							referencia		referencia	
	nem							0,034	1,99	0,003	4,06
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen										
	nem										
Saját területen ellátottak, gondozottak száma											
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma											
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?											
Nagelkerke R Square		0,121		0,131		0,029		0,081		0,272	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A szakemberek válaszai között fellelhető különbségeket arra vonatkozóan, hogy mely kommunikációs formák jelennek meg a mindennapi munkavégzésük során korcsoportos bontásban is megvizsgáltuk. Az 35 évnél fiatalabbak 42,11%-a mondta azt, hogy igénye lenne team-megbeszélésre. A szakmák közötti különbségeket nem sikerült szignifikánsak kimutatnunk (p=0,661). A 35-49 éves korcsoportban is megközelítőleg azonos arányban mondták azt a szakemberek, hogy igényük lenne team-megbeszélésre. A kimutatott különbségeket nem sikerült szignifikánsnak azonosítanunk (p=0,884). Az 50 évnél idősebbek körében azt tapasztaltuk, hogy a házi gyermekorvosok 65,31%-a nyilatkozta azt, hogy igénye lenne team-megbeszélésre. A vegyes praxisú háziorvosok 26,47%-a és a védőnők 33,78%-a vélekedett hasonlóan.

Az esetmegbeszélésről a 35-49 éves házi gyermekorvosok 58,33%-a mondta azt, hogy igénye lenne rá, míg a védőnők körében ez az arány jelentősen alacsonyabb volt, 20,89%. A vegyes praxisú háziorvosok 46,43%-a mondta azt, hogy igényt tartana esetmegbeszélésre. A kimutatott különbség szignifikáns volt (p=0,001). Az 50 évnél idősebbek körében azt találtuk, hogy házi gyermekorvosok 47,69%-a a vegyes praxisú háziorvosok 32,56%-a és a védőnők 20,99%-a mondta azt, hogy igénye lenne esetmegbeszélésre a munkája során. A kimutatott különbséget szignifikánsnak találtuk (p=0,003). A 35 évnél fiatalabbak 54,29%-a a 35-49 éves szakemberek 45,71%-a és az 50 évnél idősebbek 57,14%-a mondta azt, hogy szüksége lenne csecsemőhalálozási értekezletre a munkája során, melyre jelenleg nincsen lehetőség. A szakemberek közötti különbségeket nem találtuk szignifikánsnak. Az egyeztetett időben történő, orvos-védőnő közötti megbeszélésről a 35 évnél fiatalabbak 25,27%-a nyilatkozta azt, hogy igénye lenne rá, ugyanez az arány a 35-49 éves korcsoportban 15,61% volt. A szakemberke között talált különbségeket nem találtuk szignifikánsnak. Az 50 évnél idősebb házi gyermekorvosok 10,29%-a a védőnők 18,29%-a mondta, hogy igénye lenne egyeztetett időben történő, orvos-védőnő közötti megbeszélésre. A kimutatott különbség szignifikáns volt (p=0,004)

A telefonos megbeszélésre a választ adó vegyes praxisú háziorvosok 17,39%-a mondta azt, hogy igénye lenne rá, míg ez az arány a védőnők körében csak 2,60% volt. A talált különbség szignifikáns volt (p=0,016). Az 50 évnél idősebb szakemberek között tapasztalt különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak (p=0,224). A 35-49 éves korcsoportban a házi gyermekorvosok 10,00%-a mondta azt, hogy igénye lenne levélváltásra a munkája során, míg

a vegyes praxisú háziorvosok körében ez az arány lényegesen magasabb volt: 40%. A védőnők 10,00%.a nyilatkozta azt, hogy igénye lenne levélváltásra a kommunikáció során. A különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak (p=0,054) Az 50 évesnél idősebbek 12,00%-a mondta azt, hogy igénye lenne levélváltásra, mint kommunikációs formára munkája során. Egymás dokumentációjának áttekintése során azt tapasztaltuk, hogy a 35 évnél fiatalabb válaszadók 37,88%-ának lett volna igénye a kommunikációs formára. A 35-49 éves korcsportban ez az arány 52,17% volt, míg az 50 évnél idősebbek 41,73%-a nyilatkozta azt, hogy nincsen lehetősége, és igényelné a másik szakember dokumentációjának áttekintését. A szakemberek véleményei között nem találtunk szignifikáns összefüggést. (57.táblázat)

Többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgáltuk, hogy mely tényezők lehetnek befolyással arra, hogy a szakemberek milyen fórumokat illetve milyen kommunikációs formákat igényelnének a munkavégzésük során. A feltételezett befolyásoló tényezők a következők voltak:

1. Szakemberek ellátási területe.
2. Szakemberek korcsoportos életkora.
3. Szakemberek iskolai végzettsége.
4. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. Praxis jellemzői.
7. A szakemberek foglalkozása.
8. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. Ellát-e helyettesítést a szakember.
11. Szakmai tapasztalat.
12. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
14. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

58. táblázat: A szakemberek véleményét befolyásoló tényezők arra vonatkozóan, hogy mely kommunikációs formát igényelnék munkájuk során többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzés eredményeképpen

Szüksége lenne-e az alábbi kommunikációs formákra a mindennapi munkavégzése során		Team-megbeszélés		Esetmegbeszélés		Csecsemőhalálozási értekezlet		Egyeztetett időben történő, orvos-védőnő közötti megbeszélés		Telefonos megbeszélés		Levélváltás		Egymás dokumentációjának áttekintése	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete	Budapest	referencia				referencia				referencia					
	Baranya megye	0,039	2,16			0,113	0,33			0,964	1,05				
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,012	2,26			0,635	0,73			0,089	3,90				
	Csongrád megye	0,562	0,79			0,238	0,39			0,483	0,41				
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,876	0,95			<0,001	0,03			0,381	2,18				
	Vas megye	0,568	1,27			0,222	0,43			0,636	0,55				
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1														
	2-3														
	4-5														
	6 vagy több														
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem														
	hároméves védőnőképzés														
	négyéves védőnőképzés														
	védőnő osztott képzés														
A dolgozó korcsoportos életkora	<34					referencia						referencia			
	35-49					0,040	0,33					0,064	3,01		
	>50					0,829	0,89					0,026	5,19		
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város														
	város														
	község														
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása														
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása														
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása														
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia		referencia				referencia							
	vegyes praxisú háziorvos	0,003	0,30	0,276	0,68			0,997	0,01						
	védőnő	0,01	0,45	<0,001	0,30			0,125	1,89						
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét	nem														
	igen														
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen														
	nem														
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen														
	nem														
Saját területen ellátottak, gondozottak száma										0,021	1,001			0,017	0,999
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma															
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma								0,069	1,01						
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?										0,02	0,996	0,001	0,99		
Nagelkerke R Square		0,081		0,07		0,352		0,102		0,186		0,086		0,030	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A team-megbeszéléssel kapcsolatosan azt tapasztaltuk, hogy a vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,30, p=0,003) mondták azt, hogy igényük lenne rá, mint a házi gyermekorvosok. Hasonló eredményt kaptunk a védőnők esetében is. A házi gyermekorvosokhoz képest a védőnők is kisebb eséllyel (EH=0,45, p=0,010) mondták azt, hogy igényük lenne team megbeszélésre. Azok a szakemberek kiknek ellátási területük Baranya megyében (EH=2,16, p=0,039) vagy Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (EH=2,26, p=0,012) volt szignifikánsan nagyobb eséllyel mondták azt, hogy igényük lenne team-megbeszélésre, mint azok a szakemberek akiknek ellátási területe Budapesten volt. A védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,30, p<0,001) mondták azt, hogy igényük lenne esetmegbeszélésre, mint a házi gyermekorvosok. A Budapesti ellátási területtel rendelkezőkhöz képest, azok a szakemberek, akiknek ellátási területük Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében volt szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,03, p<0,001) mondták azt, hogy igényük lenne csecsemőhalálozási értekezletre. A 35-49 éves válaszadó szakemberek szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,33, p=0,040) nyilatkoztak úgy, hogy igényük lenne csecsemőhalálozási értekezletre, mint a 35 évnél fiatalabbak. Az egyeztetett időben történő, orvos-védőnő közötti megbeszélés igényét befolyásoló tényezők között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot. A telefonos megbeszélésről azok a szakemberek, akik több pácienssel, gondozottal rendelkeztek szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=1,001, p=0,021) mondták azt, hogy igényük lenne rá, mint azok akik kevesebb gondozottal, pácienssel rendelkeztek. Minél több szakmai gyakorlattal rendelkezett egy szakember annál kisebb eséllyel (EH=0,99, p=0,020) mondta azt, hogy igénye van telefonos megbeszélésre. A levélváltásra vonatkozóan az 50 évnél idősebbek ötször nagyobb eséllyel (EH=5,19, p=0,026) mondták azt, hogy igényük lenne rá, mint a 35 évnél fiatalabbak. Minél több szakmai gyakorlattal rendelkezett egy szakember annál kisebb eséllyel (EH=0,99, p=0,001) tartott igényt a levélváltásra, mint kommunikációs formára. Minél több gondozottal vagy ellátottal rendelkezett egy szakember az ellátási területén annál kisebb eséllyel (EH=0,99, p=0,017) érezte szükségesnek az egymás dokumentációjának átnézését. (58.táblázat)

7.4. Eredmények összefoglalása

A kompetenciahatároknak megfelelően a vegyes praxisú háziorvosok érzik magukat a legkevésbé felkészültnek a 0-7 éves korú gyermekek testi, pszichés és szociális fejlődésének felmérésére használt módszerek, szempontrendszerek és eszközök ismeretét illetően. A

védőnők érzik magukat a leginkább tájékozottnak, de a három szakembercsoport között nincs jelentős eltérés.

A házi gyermekorvosok esetében a saját területükön ellátottak magas száma negatívan befolyásolja a felkészültségüket a gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak és az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismeretében. Pozitívan befolyásolja viszont a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete terén érzett felkészültséget. A helyettesített területen lévő 0-7 éves korú ellátottak magas száma pozitívan befolyásolja a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretében érzett felkészültséget, valamint a testi fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismerete terén érzett felkészültséget és a gyermek pszichés fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismeretét. Felkészültebbnek érezték magukat a gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt eszközök, módszerek, az életkornak megfelelő pszichés fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek, a gyermekek szociális fejlődésének követésére használt szempontrendszer, eszközök és módszerek ismerete terén valamint az életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek terén, ha a helyettesítési területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma magas volt. Ez pozitív összefüggést mutatott továbbá az egyes fejlesztési területek közötti integráció lehetőségeinek ismeretével is. Az életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek terén felkészületlenebbnek érezték magukat az idősebb, több szakmai gyakorlattal rendelkező orvosok.

A vegyes praxisú háziorvosok minél idősebbek voltak annál inkább felkészültnek érezték magukat a gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak és az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismeretében. Minél több védőnővel tartották munkakapcsolatot annál kevésbé érezték magukat felkészültnek a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretében. A helyettesítési területen lévő magas páciens arány negatívan befolyásolja az életkornak megfelelő testi fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerekkel kapcsolatosan érzett felkészültséget, a gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt módszerekkel kapcsolatos ismereteket, valamint az egyes fejlesztési területek közötti integráció lehetőségeivel kapcsolatos ismereteket.

A védőnők esetében, ha az ellátási területen magas volt az eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma, akkor kevésbé érezték magukat felkészültnek a gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak és az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismerete terén, de ezzel ellentétben felkészültnek érezték magukat a gyermekek testi

fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismeretében. Minél több orvossal tartottak kapcsolatot annál kevésbé érezték magukat felkészültnek az eltérő vagy megkésett fejlődési ütem gyanújeleinek, korai tüneteinek ismerésében. A szakmai gyakorlat mértéke pozitívan befolyásolja a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretét, ellenben negatívan befolyásolja a gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt módszerek, a szociális fejlődés felmérésére és követésére használt módszerek, eszköz- és szempontrendszer ismeretét, és a megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismeretét.

A vizsgált szakemberek nagymértékben használják tájékozódásra a szakmai irányelveket és a módszertani leveleket. Kismértékben tájékozódnak szakmai folyóiratokból, szakkönyvekből, internetről, továbbképzéseken, konferenciákon, szakmai értekezleteken. Kevésbé folytatnak informális beszélgetést szakemberekkel, alig használják a kollégák közötti kör e-mail-t és az orvosi portálokat. Leginkább szakmai konferencián vennének részt a 0-7 éves gyermekek átlagos fejlődése illetve eltérő és megkésett fejlődése területén.

A védőnők minden korosztályban gyakrabban tájékozódnak szakmai irányelvekből, módszertani levelekből, kör e-mail-ből és szakmai értekezleteken. Akinek az ellátási több eltérő és megkésett fejlődésű gyermek volt, annál kisebb eséllyel tájékozódott a munkájukhoz szükséges információkról módszertani levelekből.

A 35 év alatti szakemberek közül a házi gyermekorvosok gyakrabban használják az internetet tájékozódásra. A védőnők gyakrabban járnak továbbképzésekre, szakmai értekezletekre, és más szakemberekkel történő team megbeszélésekre, illetve tájékozódnak konferenciákon. A 35-49 éves korosztályban a vegyes praxisú háziorvosok tájékozódnak gyakrabban továbbképzéseken, konferenciákon, valamint jelentősen gyakrabban használják az internetet. A védőnők pedig jelentősen gyakrabban járnak szakmai értekezletre. Az 50 év feletti korcsoportban a házi gyermekorvosok tájékozódnak jelentősen nagyobb mértékben szakmai folyóiratokból, könyvekből, és jelentősen gyakrabban járnak konferenciákra is. A vegyes praxisú háziorvosok gyakrabban használják az internetet, a védőnők pedig a továbbképzéseket, szakmai értekezletet és a más szakemberekkel történő informális beszélgetést tájékozódásra.

Azok a válaszadó szakemberek akiknek ellátási területe községben volt, szignifikánsan nagyobb eséllyel tájékozódtak teljes mértékben az internetről, mint azok a szakemberek akik a fővárosban, vagy megyei jogú városban dolgoztak. Ha válaszadó szakembereknek nem volt csatolt településük, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel szereztek információt a

munkájukhoz továbbképzéseken, mint azok a szakemberek akikhez tartozott csatolt település. A vidéken dolgozó szakemberek nagyobb eséllyel jártak továbbképzésekre. A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ellátási területtel rendelkező szakemberek szignifikánsan nagyobb eséllyel tájékozódtak konferenciákról, mint a Budapesten dolgozók. A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében és Baranya megyében élők szignifikánsan nagyobb eséllyel nyilatkoztak úgy, hogy teljes mértékben szakmai értekezletekről tájékozódnak, mint a Budapestiek. Más szakemberekkel történő informális beszélgetésekből kisebb eséllyel szerzik a szakemberek a szükséges információkat, ha 2 vagy 3 orvossal vagy védőnővel tartanak kapcsolatot azokhoz képest, akik maximum 1 szakemberrel állnak munkakapcsolatban. Ha a válaszadó szakemberhez nem tartozik csatolt település, akkor nagyobb eséllyel szerzik be kör e-mail-ből a szükséges információkat. A vidéki szakemberek tájékozódnak leginkább innen. A vegyes praxisú háziorvosok ötször nagyobb eséllyel mondták azt, hogy teljes mértékben orvosi portálokról tájékozódnak az információkról, mint a házi gyermekorvosok. Azokhoz, akikhez nem tartozik csatolt település szignifikánsan nagyobb eséllyel nyilatkozták, azt hogy teljes mértékben orvosi portálokról szerzik be a munkájukhoz szükséges információkat.

Tapasztalat cserére a legtöbb szakember a telefonos megbeszélést, az egyeztetett időben történő orvos-védőnő megbeszélést, esetmegbeszélést, team megbeszélést, levélváltást és egymás dokumentációjának áttekintését alkalmazza. Az 50 év feletti házi gyermekorvosok és a vidéki szakemberek igényelnék leginkább a team-megbeszéléseket. Esetmegbeszélésekre a 35-49 éves és az 50 év feletti korosztályban a házi gyermekorvosoknak lenne legnagyobb igénye. A 34 évnél fiatalabbak 54%-a a 35-49 éves szakemberek 45%-a és az 50 évnél idősebbek 57%-a mondta azt, hogy szüksége lenne csecsemőhalálozási értekezletre a munkája során, melyre jelenleg nincsen lehetőség. A vidéken dolgozók kevésbé igényelnék ezt. Az egyeztetett időben történő, orvos-védőnő közötti megbeszélésről a 34 évnél fiatalabbak 25%-a nyilatkozta azt, hogy igénye lenne rá, ugyanez az arány a 35-49 éves korcsoportban 15% volt. Az 50 évnél idősebb házi gyermekorvosok 10%-a a védőnők 18%-a mondta, hogy igénye lenne erre. Telefonos megbeszélésre a vegyes praxisú háziorvosoknak lenne inkább szüksége, különösen azoknak, akik több pácienssel, gondozottal rendelkeznek. A vegyes praxisú háziorvosoknak lenne leginkább szüksége levélváltásra az információcseréhez. Az 50 évnél idősebbek ötször nagyobb eséllyel mondták azt, hogy igényük lenne erre. A szakmai gyakorlat időtartama is negatívan befolyásolta ezt. A 35 évnél fiatalabb válaszadók 1/3-ának lett volna igénye egymás dokumentációjának áttekintésére. A 35-49 éves korcsportban ez az arány 52% volt, míg az 50 évnél idősebbek 41%-a nyilatkozta azt, hogy nincsen lehetősége,

és igényelné a másik szakember dokumentációjának áttekintését. Minél több gondozottal vagy ellátottal rendelkezett egy szakember az ellátási területén annál kisebb eséllyel érezte szükségesnek az egymás dokumentációjának átnézését.

8 A 0-7 ÉVES GYERMEKEK ELLÁTÁSÁBAN RÉSZTVEVŐ SZAKEMBEREK MUNKAFELTÉTELEINEK, MUNKA- KÖRÜLMÉNYEINEK, ÉS A MUNKÁJUKAT SEGÍTŐ MÓDSZERTANI ÉS EGYÉB TÁMOGATÓ SZOLGÁL-TATÁSOKKAL VALÓ ELÉGEDETTSÉGÉNEK VIZSGÁ-LATA

8.1. A szakemberek munkahelyét jellemző munkakörülmények és munkafeltételek

A választ adó szakemberek 83,2%-ának áll rendelkezésre a munkahelyén külön tanácsadó helyiség. A gyermekbarát váróhelyiségről a megkérdezett szakemberek 90,7%-a nyilatkozta azt, hogy rendelkezésre áll. Az orvosok és védőnők 96,7%-nak elérhető munkavégzése során látásszűrésre alkalmas eszköz. Hasonlóan magas arányban (93,6%) mondták azt a szakemberek, hogy hallásszűrésre alkalmas eszköz is rendelkezésre áll a 0-7 éves gyermekek ellátásában. A megkérdezettek 96,7%-nak rendelkezésére áll testi fejlődés mérésére alkalmas eszköz. A gyermek játéktevékenységének vizsgálatához szükséges eszközzel nem rendelkezik a szakemberek 22,1%-a. A szakemberek 62,3%-a mondta azt, hogy rendelkezésre áll személygépkocsi családlátogatáshoz, és mintegy 59,4%-uk nyilatkozott úgy, hogy van üzemanyag támogatásuk saját gépjármű használatához. Kerékpárt a családlátogatáshoz a megkérdezettek 52,8%-ának van lehetősége használni, és mintegy 55,0%-uk mondta azt, hogy biztosítva van számukra tömegközlekedési bérlet. A válaszadók 74,0%-ának szolgáltatnak munkaruházatot, illetve a szakemberek 96,5%-ának biztosítanak számítógépet a munkavégzéshez. Scannerrel a dolgozók 63,6%-a, míg nyomtatóval 95,2%-a rendelkezik. A szakemberek 91,4%-ának a munkáltató biztosít internet hozzáférési lehetőséget is. A szakmai folyóiratok már kicsivel alacsonyabb arányban (71,5%) állnak rendelkezésre, mint az internet vagy a számítógép. Hasonló arányban (76,4%) biztosít a dolgozóknak a munkáltató különböző szakkönyveket. Támogatott továbbképzésekre a szakdolgozók 75,5%-a tud elmenni, míg munkahely által fizetett mobiltelefonnal 70,9%-uk rendelkezik. (59.táblázat)

A házi gyermekorvosok, a vegyes praxisú háziorvosok és védőnők munkakörülményeit ellátási terület szerint is jellemeztük. A fővárosban, megyei jogú városban dolgozók 80,91%-

ának, a városban dolgozók 86,07%-ának és a községekben dolgozók 83,82%-ának állt rendelkezésre a munkavégzéséhez külön tanácsadó helyiség. A dolgozók közötti különbségeket nem sikerült szignifikánsnak kimutatnunk. Gyermekbarát váróhelyiség a fővárosban, megyei jogú városban dolgozók 90,00%-ának a városban dolgozók 94,26%-ának rendelkezésre áll, míg a községben dolgozók körében ez az arány 89,22% volt. A szakemberek között kimutatott különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak. A látásszűrésre alkalmas eszközről a városban dolgozó házi gyermekorvosok és védőnők 100%-a mondta azt, hogy rendelkezik, míg a vegyes praxisú háziorvosok 86,67%-a nyilatkozott így. A megfigyelhető különbség szignifikáns volt (p=0,011). A többi területen (község, főváros-megyejogú város) talált különbségek nem mutatkoztak szignifikánsnak. A fővárosban, megyei jogú városban dolgozó házi gyermekorvosok 76,92%-a mondta azt, hogy rendelkezik hallásszűrésre alkalmas eszközzel. A védőnők szignifikánsan (p<0,001) magasabb arányban rendelkeztek (97,62%) ilyen kellékkel. A városban dolgozó házi gyermekorvosok 96,30%-a mondta azt, hogy a munkavégzéshez rendelkezésre áll hallásszűrésre alkalmas eszköz, ugyanez az arány a védőnőknél 100% volt. A községben dolgozók válaszai között nem találtunk szignifikáns eltérést. Nem találtunk szignifikáns eltérést a szakemberek válaszai között arra a kérdésekre vonatkozóan, hogy „Rendelkezésre áll-e testi fejlődés mérésére alkalmas eszköz az Ön munkahelyén?” illetve „Rendelkezésre áll-e különböző játékok a gyermek játéktevékenységének vizsgálatához az Ön munkahelyén?”. A p-érték mind a két kérdés esetén nagyobb volt, mint 0,05. A fővárosban, megyei jogú városban dolgozóházi gyermekorvosok 86,54%-ának, és a védőnők 46,43%-ának állt rendelkezésre személygépkocsi a családlátogatásokhoz. A városban dolgozók esetében a házi gyermekorvosok 96,30%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 73,33%-a, a védőnők 57,50%-a számolt be az eszköz meglétéről. Községben dolgozók esetében azt tapasztaltuk, hogy a házi gyermekorvosok 77,78%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 83,33%-a, és a védőnők 54,47%-a tud használni személygépkocsit a munkavégzéshez. A szakemberek között tapasztalt különbségek szignifikánsnak bizonyultak (p<0,001).

Az üzemanyag támogatás esetében a községben ellátási területtel rendelkező szakemberek között sikerült csak a különbségeket szignifikánsnak kimutatnunk. A házi gyermekorvosok 55,56%-ának, a vegyes praxisú háziorvosok 58,33%-ának és a védőnők 73,98%-ának biztosított a munkáltató üzemanyag támogatást a saját személygépkocsi

használatához. A különbség szignifikánsnak bizonyult (p=0,046). A városban ellátási területtel bíró védőnők szignifikánsan nagyobb (p=0,035, 75,00%) arányban rendelkeztek kerékpárral, mint a házi gyermekorvosok (48,15%) vagy a vegyes praxisú háziorvosok (66,67%). Hasonló eredményt kaptunk a községek esetében is. Itt is kerékpárral a védőnők nagyobb arányban (68,29%) rendelkeztek, mint a házi gyermekorvosok (33,33%) vagy a vegyes praxisú háziorvosok (45,83%). Tömegközlekedési bérletet a munkáltató a házi gyermekorvosok 26,92%-ának, a védőnők 90,48%-ának biztosított a fővárosban, megyei jogú városban. A különbség szignifikáns volt (p<0,001).

Munkaruházat a községben dolgozó vegyes praxisú háziorvosok 80,56%-ának, a házi gyermekorvosok 55,65%-ának, és a védőnők 63,41%-ának áll rendelkezésre. A városban illetve fővárosban, megyei jogú városban tapasztalt különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak. Számítógéppel a felmérésben résztvevő városban dolgozó házi gyermekorvosok 100%-a rendelkezett. A vegyes praxisú háziorvosok alacsonyabb arányban (80,00%) rendelkeztek az eszközzel. A védőnők körében a számítógéppel rendelkezők aránya 98,75% volt. A különbségek csak ebben az egy strátumban bizonyultak szignifikánsnak. Scanner-rel a községben dolgozó házi gyermekorvosok 66,67%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 79,17%-a, és a védőnők 54,47%-a rendelkezett. A városban dolgozó szakemberek körében ezek az arányok magasabbak voltak. A házi gyermekorvosok 85,19%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 80,00%-a, a védőnők 58,75%-a számolt be az eszközről. A fővárosban, megyei jogú városban dolgozó szakemberek közötti különbségeket nem találtuk szignifikánsnak (p=0,056). Nyomtatóról a városban dolgozó házi gyermekorvosok 100%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 80,00%-a, és a védőnők 97,50%-a mondta azt, hogy a munkáltató biztosítja számára. A többi ellátási területen lévő különbségeket nem találtuk szignifikánsnak. Internetelérés a városban dolgozó házi gyermekorvosok 100%-ának, a vegyes praxisú háziorvosok 80,00%-ának, és a védőnők 95,00%-ának állt rendelkezésre. A fővárosban és megyejogú városban ellátási területtel rendelkező orvosok 92,31%-a rendelkezik szakmai folyóirattal, a védőnők körében ez az arány alacsonyabb 63,69% volt. A városban dolgozó házi gyermekorvosok 92,59%-ának, a vegyes praxisú háziorvosok 86,67%-ának, és a védőnők 56,25%-ának volt biztosított az internet. Ha a szakemberek ellátási területe községben volt, akkor a házi gyermekorvosok és a vegyes praxisú háziorvosok 88,89%-a, a védőnők 65,04%-a mondta azt, hogy rendelkezésre áll szakmai folyóirat a

munkahelyén. A tapasztalt különbségek mind a három ellátási terület esetében szignifikánsnak bizonyultak. Szakkönyvek esetében szignifikáns különbségeket tudtunk kimutatni a községben vagy fővárosban, megyei jogú városban dolgozók körében. A községben dolgozó szakemberek közül a házi gyermekorvosoknak állt legnagyobb arányban (100%) rendelkezésre szakkönyv, őket követték a vegyes praxisú háziorvosok (88,89%) és a védőnők (70,73%).

A munkáltató által fizetett mobiltelefon és továbbképzés esetében megfigyelhető különbségek csak a fővárosban, megyei jogú városban dolgozó szakemberek között bizonyultak szignifikánsnak. A védőnők nagyobb arányban (76,19%) tudtak munkáltató által finanszírozott továbbképzésen részt venni, mint a házi gyermekorvosok (61,54%). Ugyanezek az arányok figyelhetőek meg a munkáltató által fizetett mobiltelefon esetében is, a védőnők 77,38%-a rendelkezett vele, szemben a házi gyermekorvosok 59,62%-ával. (60.táblázat)

Többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgálatuk, hogy mely tényezők lehetnek befolyással a szakemberek munkakörülményeire, munkafeltételeire. A feltételezett befolyásoló tényezők a következők voltak:

1. Szakemberek ellátási területe.
2. Szakemberek korcsoportos életkora.
3. Szakemberek iskolai végzettsége.
4. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. Praxis jellemzői.
7. A szakemberek foglalkozása.
8. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. Ellát-e helyettesítést a szakember.
11. Szakmai tapasztalat.
12. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
14. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

A többváltozós logisztikus regressziós elemzés során azt tapasztaltuk, hogy azok a szakemberek, akikhez nem tartozott csatolt település, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,52, p=0,015) rendelkeztek tanácsadó helyiséggel, mint azok akiknek volt. Gyermekbarát váróhelyiség és rendelő vagy tanácsadó szignifikánsan nagyobb eséllyel volt elérhető a Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (EH=3,13, p=0,035) és Csongrád megyében (EH=9,94, p=0,028) dolgozó szakemberek számára, mint a Budapesten munkát végzőknek. A látásszűrésre alkalmas eszköz meglétére egyik befolyásoló tényező sem gyakorolt hatást. Hallásszűrésre alkalmas eszközzel a védőnők kilencszer nagyobb eséllyel rendelkeztek, mint a házi gyermekorvosok (EH=9,44, p<0,001).

Azok a szakemberek, akik 6 vagy több orvossal/védőnővel álltak munkakapcsolatban négyszer nagyobb eséllyel (EH=4,52, p=0,025) rendelkeztek a testi fejlődés mérésére alkalmas eszközzel, mint azok a szakemberek akik maximum egy orvossal / védőnővel álltak kapcsolatban. Akiknek lehetőségük volt a rendelkezésre álló munkaidejüket rugalmasan kezelni, azok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,12, p=0,047) rendelkeztek a testi fejlődés mérésére alkalmas eszközzel, mint azok a szakemberek, akiknek nem volt lehetőségük a munkaidejüket rugalmasan kezelni. Az 50 évnél idősebbek kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,21, p=0,006) számoltak be a gyermek játéktevékenységségének vizsgálatához szükséges eszközök meglétéről, mint a 35 évnél fiatalabbak. (61.táblázat)

61. táblázat: A szakemberek munkakörülményeit, munkafeltételeit befolyásoló tényezők hatásának vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Az alábbi munkafeltételek és munkakörülmények közül, melyek elérhetőek az Ön munkahelyén		**Külön tanácsadó helységek**		**Gyermekbarát váróhelyiség**		**Látásszűrésre alkalmas eszköz**		**Hallásszűrésre alkalmas eszköz**		**Testi fejlődés mérésére alkalmas eszköz**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete (ellátási területe)!	Budapest			referencia		referencia					
	Baranya megye			0,188	2,05	0,417	0,53				
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye			0,035	3,13	0,225	4,28				
	Csongrád megye			0,028	9,94	0,328	3,29				
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye			0,856	1,08	0,367	2,91				
	Vas megye			0,265	0,60	0,465	2,42				
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1									referencia	
	2-3									0,078	6,95
	4-5									0,087	6,58
	6 vagy több									0,025	4,52
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34										
	35-49										
	>50										
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása										
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos					referencia		referencia			
	vegyes praxisú háziorvos					0,841	0,86	0,106	2,23		
	védőnő					0,078	3,47	<0,001	9,44		
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem									referencia	
	igen									0,047	0,12
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen	referencia									
	nem	0,015	0,52								
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen									referencia	
	nem									0,106	0,18
Saját területen ellátottak, gondozottak száma											
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma											
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?											
Nagelkerke R Square		0,022		0,083		0,124		0,140		0,160	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

Személygépkocsival a védőnők kisebb eséllyel rendelkeztek, mint a házi gyermekorvosok (EH=0,09, p<0,001). Azok a szakemberek, akik nem rendelkeztek csatolt településsel, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,53, p=0,003) rendelkeztek a családlátogatáshoz szükséges személygépkocsival, mint akiknek volt csatolt településük. A választ adók minél több szakmai gyakorlattal rendelkeztek annál nagyobb eséllyel rendelkeztek személygépkocsival (EH=1,003, p=0,003). A szakmai tapasztalat növelte az üzemanyag-támogatás meglétének esélylét is (EH=1,002, p=0,011). Ha a szakemberekhez nem tartozott csatolt település akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,55, p=0,005) kaptak üzemanyag támogatást, mint azok a szakemberek akiknek volt csatolt települése. Azok a szakemberek, akiknek városban volt az ellátási területük, szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,51, p=0,003) rendelkeztek kerékpárral, mint a fővárosban, megyei jogú városban ellátási területtel rendelkezők. Az 50 évnél idősebb dolgozók is nagyobb eséllyel (EH=2,71, p=0,001) számoltak be kerékpár meglétéről, mint a fiatalabb kollégáik. Ha az orvos vagy védőnő óvoda orvosi vagy óvoda védőnői feladatokat láttak el, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,35, p=0,009) rendelkeztek kerékpárral, mint azok, akik iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat is elláttak. A védőnők (EH=8,46, p<0,001) és a vegyes praxisú háziorvosok (EH=2,70, p=0,019) nagyobb eséllyel számoltak be kerékpár meglétéről, mint a házi gyermekorvosok. A helyettesítést el nem látók szignifikánsan kisebb eséllyel rendelkeztek az eszközzel, mint a helyettesítést végzők (EH=0,55, p=0,011). A városban (EH=0,42, p=0,011) és községben (EH=0,18, p<0,001) ellátási területtel rendelkező szakemberek szignifikánsan kisebb eséllyel rendelkeztek tömegközlekedési bérlettel, mint a fővárosban, megyei jogú városban ellátási területtel rendelkezők. A Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (EH=0,31, p=0,007), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (EH=0,39, p=0,36) vagy Vas megyében (EH=0,16, p<0,001) dolgozó szakemberek szignifikánsan kisebb eséllyel; rendelkeztek tömegközlekedési bérlettel, mint a fővárosban dolgozók. A vegyes praxisú háziorvosok nyolcszor (EH=8,36, p<0,001), a védőnők hétszer (EH =7,32, p<0,001) nagyobb eséllyel vettek igénybe tömegközlekedési eszközt, mint a házi gyermekorvosok. (62, 63. táblázat)

A községben dolgozók szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,60, p=0,032) rendelkeztek munkaruházattal, mint a fővárosban, megyei jogú városban dolgozók. A szakemberek minél több gondozottal rendelkeztek, annál nagyobb eséllyel (EH=1,001, p=0,043) volt munkahely

által biztosított munkaruhájuk. A számítógép meglétét egyik feltételezett tényező sem befolyásolta szignifikánsan. (63.táblázat)

62. táblázat: A szakemberek munkakörülményeit, munkafeltételeit befolyásoló tényezők hatásának vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Az alábbi munkafeltételek és munkakörülmények közül, melyek elérhetőek az Ön munkahelyén		**Különböző játékok a gyermek játéktevékenységének vizsgálatához**		**Személygépkocsi családlátogatáshoz**		**Üzemanyag-támogatás saját gépjármű használatához**		**Kerékpár családlátogatáshoz**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete (ellátási területe)!	Budapest	referencia							
	Baranya megye	0,198	1,84						
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,603	0,84						
	Csongrád megye	0,425	1,41						
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,096	0,56						
	Vas megye	0,307	0,65						
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1								
	2-3								
	4-5								
	6 vagy több			referencia					
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem			0,617	1,23				
	hároméves védőnőképzés			0,058	2,09				
	négyéves védőnőképzés			0,794	8,09				
	védőnő osztott képzés								
A dolgozó korcsoportos életkora	<34	referencia						referencia	
	35-49	0,155	1,48					0,182	1,41
	>50	0,006	2,21					0,001	2,71
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város							referencia	
	város							0,003	2,51
	község							0,951	1,02
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása					referencia		referencia	
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása					0,376	0,76	0,009	0,35
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása					0,074	1,75	0,364	0,73
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos			referencia				referencia	
	vegyes praxisú háziorvos			0,169	0,51			0,020	2,70
	védőnő			<0,001	0,09			<0,001	8,46
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem								
	igen								
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen	referencia		referencia		referencia			
	nem	0,082	0,64	0,003	0,53	0,005	0,55		
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen							referencia	
	nem							0,011	0,55
Saját területen ellátottak, gondozottak száma									
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma						0,071	0,997		
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma									
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?				0,003	1,003	0,011	1,002		
Nagelkerke R Square		0,074		0,204		0,109		0,200	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

63. táblázat: A szakemberek munkakörülményeit, munkafeltételeit befolyásoló tényezők hatásának vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Az alábbi munkafeltételek és munkakörülmények közül, melyek elérhetőek az Ön munkahelyén		**Bérlet tömegközlekedési eszközre**		**Munkaruházat**		**Számítógép**		**Scanner**		**Nyomtató**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete (ellátási területe)!	Budapest	referencia									
	Baranya megye	0,173	0,54								
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,007	0,31								
	Csongrád megye	0,132	0,50								
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,036	0,39								
	Vas megye	<0,001	0,16								
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem							referencia			
	hároméves védőnőképzés							0,001	0,44		
	négyéves védőnőképzés							<0,001	0,33		
	védőnő osztott képzés							<0,001	0,22		
A dolgozó korcsoportos életkora	<34			referencia							
	35-49			0,129	1,49						
	>50			0,055	1,73						
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város	referencia		referencia						referencia	
	város	0,011	0,42	0,514	1,21					0,371	0,43
	község	<0,001	0,18	0,032	0,60					0,007	0,12
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása										
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia				referencia					
	vegyes praxisú háziorvos	<0,001	8,36			0,996	0,001				
	védőnő	<0,001	7,73			0,996	0,001				
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem										
	igen										
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen										
	nem										
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen					referencia				referencia	
	nem					0,091	0,16			0,038	0,20
Saját területen ellátottak, gondozottak száma				0,043	1,001						
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma						0,087	0,99			0,063	0,995
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma											
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?		0,066	1,001								
Nagelkerke R Square		0,318		0,055		0,169		0,069		0,140	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

Szignifikánsan kisebb eséllyel rendelkeztek azok a védőnők scannerrel, akik hároméves, (EH=0,44, p=0,001) négyéves (EH=0,33, p<0,001) vagy osztott képzésen (EH=0,22, p<0,001) vettek részt, mint azok a szakemberek, akik orvosi egyetemet végeztek. A községben dolgozók szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,12, p=0,007) rendelkeztek nyomtatóval, mint a fővárosban, megyei jogú városban dolgozók. Azok az orvosok vagy védőnők, akik nem láttak el helyettesítést, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,20, p=0,38) rendelkeztek nyomtatóval, mint azok a szakemberek akik helyettesítést végeztek. Ha a szakemberek ellátási területe Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében volt, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,35, p=0,045) rendelkeztek internet elérési lehetőséggel, mint a Budapesten ellátási területtel rendelkezők. (63. táblázat)

A helyettesítést el nem látó szakemberek, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,28, p=0,005) mondták azt, hogy rendelkeznek interneteléréssel. A hároméves (EH=0,17, p<0,001), négyéves (EH=0,12 p<0,001) és osztott képzést (EH=0,08, p<0,001) elvégző védőnőknek szignifikánsan kisebb eséllyel állt rendelkezésre szakmai folyóirat, mint az orvosi egyetemet végzetteknek. Szakkönyvek esetében azt tapasztaltuk, hogy minél magasabb volt az ellátottak száma a gondozási területen, annál nagyobb eséllyel (EH=1,001, p=0,006) volt biztosítva a munkavégzéshez szükséges szakkönyv a szakemberek számára. A védőnői osztott képzéssel rendelkezők is szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,28, p=0,015) rendelkeztek vele, mint az orvosi egyetemet végzettek.

Továbbképzések esetében azt tapasztaltuk, hogy azok a szakemberek, akik a 35-49 évesek voltak szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,23, p=0,022) jutottak el munkáltató által finanszírozott továbbképzésre, mint a 35 évnél fiatalabbak. Az 50 évnél idősebbek körében is ugyanezt a tendenciát találtuk, kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,48, p=0,018) volt biztosítva munkáltató által támogatott továbbképzés, mint a 35 évnél fiatalabbak esetében. A hároméves és négyéves védőnői végzettséggel rendelkezők számára szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=3,49, p<0,001 és EH=2,67, p=0,009) tudtak részt venni munkáltató által támogatott továbbképzéseken, mint az orvosi egyetemet végzettek. Ha szakember nem látott el helyettesítést, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,48, p=0,008) volt munkáltató által finanszírozott továbbképzésen, mint a helyettesítést végzők. Munkahely által fizetett mobiltelefon meglétét egyik, általunk vizsgált tényező sem befolyásolta szignifikánsan. (64. táblázat)

64. táblázat: A szakemberek munkakörülményeit, munkafeltételeit befolyásoló tényezők hatásának vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Az alábbi munkafeltételek és munkakörülmények közül, melyek elérhetőek az Ön munkahelyén		**Internet elérési lehetőség a tanácsadó minden számítógépén**		**Szakmai folyóiratok**		**Szakkönyvek**		**Támogatott továbbképzések**		**Munkahely által fizetett mobiltelefon**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete (ellátási területe)!	Budapest	referencia									
	Baranya megye	0,209	0,46								
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,667	0,79								
	Csongrád megye	0,106	6,13								
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,045	0,35								
	Vas megye	0,315	3,08								
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1	referencia									
	2-3	0,530	0,74								
	4-5	0,171	2,44								
	6 vagy több	0,195	1,93								
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem			referencia		referencia		referencia			
	hároméves védőnőképzés			<0,001	0,17	0,751	0,87	<0,001	3,49		
	négyéves védőnőképzés			<0,001	0,12	0,363	0,66	0,009	2,67		
	védőnő osztott képzés			<0,001	0,08	0,015	0,29	0,217	1,77		
A dolgozó korcsoportos életkora	<34							referencia			
	35-49							0,022	2,23		
	>50							0,018	2,48		
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város							referencia			
	város							0,082	1,80		
	község							0,578	0,85		
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása					referencia					
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása					0,330	0,64				
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása					0,811	1,12				
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia									
	vegyes praxisú háziorvos	0,155	0,40								
	védőnő	0,879	1,09								
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem			referencia							
	igen			0,075	1,49						
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen										
	nem										
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen	referencia						referencia		referencia	
	nem	0,005	0,29					0,008	0,48	0,066	0,68
Saját területen ellátottak, gondozottak száma						0,006	1,001				
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma											
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?										0,087	1,001
Nagelkerke R Square		0,156		0,171		0,151		0,119		0,018	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

8.2. A szakemberek munkakörülményekkel, munkafeltételeikkel való elégedettségének vizsgálata

A tanácsadó helységekkel a megkérdezettek 56,9%-a nem teljesen elégedett. A megkérdezettek 61,6%-a nem elégedett a gyermekbarát váróhelységekkel/rendelőkkel. A rendelkezésre álló látásszűrésre alkalmas eszközökkel a válaszolók 56,7%-nem elégedett. Ugyanez az arány volt elmondható a hallásszűrésre alkalmas eszközök (56,7%) esetében is. A testi fejlődés mérésére alkalmas eszközzel a szakemberek 51,6%-a teljes mértékben elégedett volt.

A gyermekek játéktevékenységének vizsgálatához szükséges játékokkal a választ adók 15,4%-a volt csak teljes mértékben elégedett. A szakemberek 45,3%-a fejezte ki az elégedetlenségét a családlátogatásokhoz használt személygépkocsiról. Az üzemanyag támogatás esetében a megkérdezettek mintegy 7,3%- a vélekedett úgy, hogy teljes mértékben elégedett. A rendelkezésre álló kerékpárral teljes mértékben elégedett az egészségügyi dolgozók 10,6%-a volt. A tömegközlekedési bérlettel a szakemberek 32,2%-a volt elégedetlen. A rendelkezésre álló munkaruházattal szakemberek 16,5%-a teljes mértékben elégedett volt. A rendelkezésre álló számítógéppel a válaszadók 65,8%-a volt elégedetlen. A scannerrel a vizsgálatban részt vevők kicsivel kevesebb mint 19,2%-a, a nyomtatóval pedig 36,4%-a volt teljes mértékben elégedett. Az internet hozzáféréssel a szakemberek 40,2%-a teljes mértékben elégedett volt. A vizsgálatban részt vevő háziorvosok és védőnők 14,6%-a a szakfolyóiratokkal, 13,5%-a szakkönyvekkel volt teljes mértékben elégedett. Ha rendelkezésre állt munkáltató által finanszírozott továbbképzés, akkor azzal a választ adók 62,0%-a nem vagy kismértékben volt elégedett, a munkáltató által finanszírozott mobiltelefonnal a megkérdezettek 20,7%-a teljes mértékben elégedett volt. (65.táblázat)

A házi gyermekorvosok vegyes praxisú háziorvosok és védőnők munkakörülményekkel kapcsolatos véleményükét ellátási terület szerint is megvizsgáltuk. A különálló tanácsadó helység és a gyermekbarát váróhelyiség esetében nem találtunk szignifikáns összefüggést. A különböző ellátási területen dolgozó szakemberek véleménye között a kapott p-érték minden esetben magasabb volt, mint 0,05.

Arra a kérdésre, hogy mennyire elégedett a munkahelyén rendelkezésre álló látásszűrésre alkalmas eszközökkel a községekben dolgozó házi gyermekorvosok 55,56%-a úgy nyilatkozott, hogy teljes mértékben elégedett, a vegyes praxisú háziorvosok 60,29%-a nyilatkozott hasonlóan. A védőnők 38,84%-a volt a községekben teljes mértékig elégedett a látásszűrésre alkalmas eszközökkel. A fővárosban ellátási területtel rendelkező házi gyermekorvosok szignifikánsan (p=0,011) nagyobb arányban (47,92%) voltak teljes mértékben elégedettek a látásszűrésre alkalmas eszközzel, mint a védőnők (28,22%).

A szakemberek véleménye között megfigyelhető különbségeket nem találtuk szignifikánsnak a hallásszűrésre alkalmas eszközök esetében, A p-érték minden ellátási terület esetében nagyobb volt, mint 0,05.

A fejlődés mérésére alkalmas eszközökkel a fővárosban, megyei jogú városban dolgozó házi gyermekorvosok 72,55%-a volt elégedett. Ugyanerről a kérdősről a védőnők 40,49%-a vélekedett csak így. A községben dolgozó szakemberek esetében azt tapasztaltuk, hogy a házi gyermekorvosok 88,89%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 67,16%-a, és a védőnők 46,67%-a volt teljes mértékben elégedett a testi fejlődés mérésére alkalmas eszközökkel. A rendelkezésre álló játékokkal a fővárosban, megyei jogú városban dolgozó házi gyermekorvosok nagyobb arányban (26,67%) voltak teljes mértékben elégedettek, mint a védőnők (12,31%). Ugyanez a tendencia volt megfigyelhető a városban lévő ellátási területtel rendelkezők esetében is. Itt is a védőnők kisebb (23,33%) arányban voltak teljes mértékben megelégedettek a gyermek játéktevékenységének vizsgálatához használt eszközökkel, mint a házi gyermekorvosok (40,00%).

Ha rendelkezésre állt személygépkocsi, akkor a fővárosban, megyei jogú városban dolgozó házi gyermekorvosok szignifikánsan nagyobb arányban (46,67%) érezték teljes mértékben kielégítőnek a személygépkocsit, mint a védőnők (5,13%). Hasonló tendencia volt felfedezhető a szakemberek között, ha az ellátási területük városban volt. Legnagyobb arányban a házi gyermekorvosok (53,85%) voltak teljes mértékben elégedettek, őket követték a vegyes praxisú háziorvosok (27,27%). Legalacsonyabb arány (21,74%) a védőnők esetében figyelhető meg. A községekben dolgozók esetében is a házi gyermekorvosok voltak legnagyobb arányban (57,14%) teljes mértékben elégedettek a rendelkezésre álló személygépkocsival. Őket követték a vegyes praxisú háziorvosok (50,00%) és a védőnők (10,45%). A szakemberek között kimutatott különbség mind a három ellátási terület

esetében szignifikáns volt. A következő kérdések esetében „Mennyire elégedett, ha rendelkezésre áll üzemanyag-támogatás saját gépjármű használatához az Ön munkahelyén?” és „Mennyire elégedett, ha rendelkezésre áll kerékpár családlátogatáshoz az Ön munkahelyén?” a szakemberek elégedettsége között nem sikerült szignifikáns különbségeket kimutatnunk egyik ellátási terület esetében sem, a kapott p-érték minden esetben nagyobb volt, mint 0,05. A tömegközlekedési bérlettel a városban, megyei jogú városban dolgozó védőnők nagyobb arányban (65,13%) voltak teljes mértékben elégedettek, mint a házi gyermekorvosok (35,71%). A város és község esetében a szakemberek között tapasztalt különbségeket nem találtuk szignifikánsnak.

A munkaruházat esetében a fővárosban, megyei jogú városban dolgozó védőnők szignifikánsan kisebb arányban (10,77%) mondták azt, hogy teljes mértékben elégedettek, mint a házi gyermekorvosok (35,90%). Azok a házi gyermekorvosok, akiknek ellátási területe községre lokalizálódott 40,00%-a nyilatkozta azt, hogy teljes mértékben elégedett a munkaruházattal. A védőnők körében ez az arány 15,38% volt. A számítógéppel a községben dolgozó védőnők 24,37%-a volt teljes mértékben elégedett, a vegyes praxisú háziorvosok körében ez az arány 64,18%, a házi gyermekorvosok körében 44,44% volt. A városban dolgozó házi gyermekorvosok 59,26%-a, a védőnők 26,58%-a és a vegyes praxisú háziorvosok kevesebb mint 10%-a mondta azt, hogy teljes mértékben elégedett a számítógéppel munkája során. A scennerről, amennyiben rendelkezésre állt a munkahelyen, a községben dolgozó házi gyermekorvosok 66,67%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 52,63%-a, és a védőnők 19,40%-a nyilatkozta azt, hogy teljes mértékben elégedett. Ugyanezek az arányok a városban, megyei jogú városban a következő képen alakultak: a házi gyermekorvosok 50,00%-a és a védőnők 11,22%-a volt teljes mértékben elégedett az eszközzel. Ha rendelkezésre állt nyomtató, akkor, mind a fővárosban, megye jogú városban és mind a községekben a házi gyermekorvosok szignifikánsan nagyobb arányban (54,00% a fővárosban és megye jogú városban, 44,44% a községekben) voltak teljes mértékben elégedettek, mint a védőnők (főváros, megye jogú város: 25,61% és község: 28,95%). A városban dolgozó vegyes praxisú háziorvosok mindössze 8,33%-a volt teljes mértékben elégedett a rendelkezésre álló nyomtatóval. A védőnők 41,03%-a és a házi gyermekorvosok 55,56%-a nyilatkozott hasonló módon a kérdésről. Az internetelérésszel a községben dolgozó házi gyermekorvosok 55,56%-a volt teljes mértékben elégedett. A vegyes praxisú háziorvosok nagyobb arányban (63,49%)

vélekedtek hasonlóan, míg a védőnők 41,23%-a tartotta teljes mértékben kielégítőnek az internetelérést. Szintén szignifikáns volt a szakemberek véleménye közötti különbség, a fővárosban illetve a megyei jogú városban dolgozóknál. A házi gyermekorvosok 68,89%-a, a védőnők 29,41%-a volt teljes mértékben elégedett az internetelréssel.

Azok a házi gyermekorvosok, akiknek ellátási területe a fővárosban volt szignifikánsan nagyobb arányban (37,50%) tartották teljes mértékben kielégítőnek a szakmai folyóiratokat, mint a védőnők (9,35%). A városokban dolgozó szakemberek közül a házi gyermekorvosok mondták legnagyobb arányban (56,00%), hogy teljes mértékben elégedettek a szakmai folyóiratokkal, őket követték a vegyes praxisú háziorvosok (23,08%) és a védőnők (8,89%). A községben dolgozó szakemberek közül a házi gyermekorvosok 25,00%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 31,25%-a és a védőnők 11,49%-a mondta azt, hogy teljes mértékben elégedett a szakmai folyóiratokkal. A szakkönyvekkel való elégedettség a következőképpen alakult: a fővárosban, megye jogú városban a házi gyermekorvosok 38,30%-a, a védőnők 6,78%-a volt teljes mértékben elégedett. Ha a szakemberek ellátási területe a városban volt, akkor a házi gyermekorvosok 47,83%-a, a vegyes praxisú háziorvosok 7,69%-a, és a védőnők 5,36%-a tartotta teljes mértékben megfelelőnek a szakkönyveket. A községben dolgozó vegyes praxisú háziorvosok nagyobb arányban (32,81%) nyilatkozták azt, hogy teljes mértékben elégedettek, mint a házi gyermekorvosok (22,22%), vagy a védőnők (11,49%).

„Mennyire elégedett, ha rendelkezésre áll munkáltató által támogatott továbbképzések az Ön munkahelyén?" kérdéssel kapcsolatosan csak a fővárosban, megyei jogú városban dolgozó szakemberek véleménye között sikerült szignifikáns különbséget találnunk. A házi gyermekorvosok 31,25%-a, a védőnők 10,94%-a volt teljes mértékben elégedett a munkáltató által támogatott továbbképzésekkel. A mobiltelefonnal való elégedettségek közötti különbséget egyik ellátási terület esetében sem találtuk szignifikánsnak. (66.táblázat)

Többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgálatuk, hogy mely tényezők lehetnek befolyással a szakemberek munkakörülményeiről, munkafeltételeiről alkotott véleményre. A feltételezett befolyásoló tényezők a következők voltak:

1. Szakemberek ellátási területe.
2. Szakemberek korcsoportos életkora.
3. Szakemberek iskolai végzettsége.

4. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. Praxis jellemzői.
7. A szakemberek foglalkozása.
8. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. Ellát-e helyettesítést a szakember.
11. Szakmai tapasztalat.
12. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
14. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

67. táblázat: A szakemberek munkakörülményeikkel, munkafeltételeikkel való elégedettséget befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Jellemezze elégedettségének mértékét az alábbi munkafeltételekkel és munkakörülményekkel kapcsolatosan		Külön tanácsadó helységek		Gyermekbarát váróhelyiség		Látásszűrésre alkalmas eszköz		Hallásszűrésre alkalmas eszköz		Testi fejlődés mérésére alkalmas eszköz	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete (ellátási területe)!	Budapest										
	Baranya megye										
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye										
	Csongrád megye										
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye										
	Vas megye										
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34							referencia			
	35-49							0,003	2,24		
	>50							0,009	2,02		
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város	referencia						referencia			
	város	0,048	1,77					<0,001	2,65		
	község	<0,001	2,66					0,033	1,63		
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása										
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos					referencia				referencia	
	vegyes praxisú háziorvos					0,497	1,26			0,153	0,59
	védőnő					0,003	0,45			<0,001	0,26
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem										
	igen										
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen										
	nem										
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen										
	nem										
Saját területen ellátottak, gondozottak száma											
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma											
Hány hónapos gyakorlattal rendlkezik?				0,099	1,001						
Nagelkerke R Square		0,052		0,009		0,057		0,072		0,078	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A községben (EH=2,66, p<0,001) vagy városban (EH=1,77, p=0,048) dolgozó szakemberek szignifikánsan nagyobb eséllyel voltak teljes mértékben elégedettek a különálló tanácsadó helységekkel, mint a fővárosban, megyei jogú városban ellátási területtel rendelkező szakemberek. A gyermekbarát váróhelyiséggel való elégedettséget az általunk vizsgált tényezők közül egyik sem befolyásolta szignifikáns mértékben.

A védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,45, p=0,003) voltak teljes mértékben elégedettek a látásszűrésre alkalmas eszköz minőségével, mint a házi gyermekorvosok. A hallásszűrésre alkalmas eszköz esetében azt tapasztaltuk, hogy azok a szakemberek, akiknek ellátási területük városban (EH=2,65, p<0,001) vagy községben (EH=1,63, p=0,033) található, szignifikánsan nagyobb eséllyel voltak teljes mértékben elégedettek a hallásszűrésre alkalmas eszközzel, mint azok, akik a fővárosban vagy megyei jogú városban végezték munkájukat. Ha a választ adók életkora a 35-49 éves korcsoportba tartozott, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,24, p=0,003) voltak elégedettek a hallásszűrésre alkalmas eszközzel, mint azok akik 35 évnél fiatalabbak voltak. Hasonló eredményt kaptunk az 50 évnél idősebbek körében is. A hallásszűrésre alkalmas eszközzel ők is szignifikánsan kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,02, p=0,009) voltak teljes mértékben elégedettek, mint a 35 évnél fiatalabb társaik. A testi fejlődés mérésére alkalmas eszközzel a védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,26, p<0,001) voltak teljes mértékben elégedettek, mint a házi gyermekorvosok. (67. táblázat)

Minél több szociálisan hátrányos gyermek tartozott a szakemberek praxisához, annál nagyobb eséllyel (EH=1,001, p=0,023) voltak a szakemberek teljes mértékben elégedettek a gyermekek játéktevékenységének vizsgálatához használt eszközökkel. A védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel mondták azt, hogy teljes mértékben elégedettek a személygépkocsival, mint a házi gyermekorvosok (EH=0,14, p<0,001). Az üzemanyag támogatásról a szakemberek szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,92, p=0,024) vélekedtek úgy, hogy teljes mértékben elégedettek, ha az ellátási területük városban volt. A községben dolgozó orvosok és védőnők esetében is hasonló eredményt kaptunk, nagyobb eséllyel (EH=3,74, p=0,021) voltak elégedettek, mint azok a szakemberek akiknek ellátási területük a fővárosra, megyei jogú városban volt. Azok a szakemberek, akiknek Baranya megyében (EH=5,71, p=0,035), Csongrád megyében (EH=8,15 p=0,009), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (EH=8,57, p=0,006), vagy Vas megyében (EH=11,25, p=0,004) volt az ellátási

területük, szignifikánsan nagyobb eséllyel voltak elégedettek a rendelkezésre álló kerékpárral, mint azok, akik Budapesten dolgoztak. (68. táblázat)

68. táblázat: A szakemberek munkakörülményeikkel, munkafeltételeikkel való elégedettséget befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Jellemezze elégedettségének mértékét az alábbi munkafeltételekkel és munkakörülményekkel kapcsolatosan		**Különböző játékok a gyermek játéktevékenységének vizsgálatához**		**Személygépkocsi családlátogatáshoz**		**Üzemanyag-támogatás saját gépjármű használatához**		**Kerékpár családlátogatáshoz**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete!	Budapest							referencia	
	Baranya megye							0,035	5,71
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye							0,259	2,55
	Csongrád megye							0,009	8,15
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye							0,006	8,57
	Vas megye							0,004	11,25
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1								
	2-3								
	4-5								
	6 vagy több								
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem								
	hároméves védőnőképzés								
	négyéves védőnőképzés								
	védőnő osztott képzés								
A dolgozó korcsoportos életkora	<34								
	35-49								
	>50								
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város					referencia			
	város					0,024	3,92		
	község					0,021	3,74		
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása								
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása								
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása								
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos			referencia					
	vegyes praxisú háziorvos			0,922	0,97				
	védőnő			<0,001	0,14				
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem								
	igen								
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen								
	nem								
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen								
	nem								
Saját területen ellátottak, gondozottak száma									
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma		0,023	1,001			0,105	1,00		
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma									
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?									
Nagelkerke R Square		0,021		0,224		0,068		0,115	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A városban dolgozó szakemberek szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,9, p<0,001) tartották megfelelőnek a tömegközlekedési bérletet, mint a fővárosban, megyei jogú városban dolgozók. Szintén kisebb eséllyel (EH=0,10, p<0,001) voltak teljes mértékben elégedettek a tömegközlekedési bérlettel azok a dolgozók, akiknek községben volt az ellátási területük. A védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,35, p=0,001) voltak teljes mértékben elégedettek a munkaruházattal, mint a házi gyermekorvosok.

Szignifikánsan nagyobb eséllyel voltak teljes mértékben elégedettek a számítógéppel azok a szakemberek, akiknek Baranya megyében (EH=2,87, p=0,007), Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (EH=2,33, p=0,021), Csongrád megyében (EH=3,89, p=0,001), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (EH=2,29, p=0,033) vagy Vas megyében (EH=3,86, p=0,001) volt az ellátási területük, a Budapesti orvosokhoz, vagy védőnőkhöz képest. A védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,24, p<0,001) voltak teljes mértékben elégedetek a számítógéppel, mint a házi gyermekorvosok. A scanner esetében is a védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,26 p<0,001) mondták azt, hogy teljes mértékben elégedettek, mint a házi gyermekorvosok. Ugyanez a mondható el a nyomtató esetében is (EH=0,41, p=0,001). Az internet elérési lehetőségekkel a Baranya megyében (EH=2,31, p=0,014) és Vas megyében (EH=3,82, p=0,001) ellátási területtel rendelkezők szignifikánsan nagyobb eséllyel tartották teljes mértékben megfelelőnek, mint a Budapesten dolgozók. A védőnők az internet elérési lehetőségekkel is szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,41, p=0,001) voltak elégedettek teljes mértékben, mint a házi gyermekorvosok. (69.táblázat)

A négyéves védőnőképzéssel, vagy hároméves védőnőképzéssel rendelkező szakemberek szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,17, p<0,001 és EH=0,14, p<0,001) voltak teljes mértékben elégedettek a szakmai folyóiratokkal, mint az orvosi egyetemet végzettek. A szakkönyvek esetében a védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,14, p<0,001) voltak teljes mértékben elégedettek, mint a házi gyermekorvosok. A szakemberek szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,73, p=0,002) voltak teljes mértékben elégedettek a munkáltató által támogatott továbbképzésekkel, ha a munkaidejüket rugalmasan tudták kezelni.

69. táblázat: A szakemberek munkakörülményeikkel, munkafeltételeikkel való elégedettséget befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Jellemezze elégedettségének mértékét az alábbi munkafeltételekkel és munkakörülményekkel kapcsolatosan		**Bérlet tömegközlekedési eszközre**		**Munkaruházat**		**Számítógép**		**Scanner**		**Nyomtató**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete	Budapest					referencia					
	Baranya megye					0,007	2,87				
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye					0,021	2,33				
	Csongrád megye					0,001	3,89				
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye					0,033	2,29				
	Vas megye					0,001	3,86				
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34										
	35-49										
	>50										
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város	referencia									
	város	<0,001	0,09								
	község	<0,001	0,10								
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása										
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos			referencia		referencia		referencia		referencia	
	vegyes praxisú háziorvos			0,492	1,30	0,89	0,95	0,929	0,97	0,212	1,53
	védőnő			0,001	0,35	<0,001	0,24	<0,001	0,26	0,001	0,41
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem										
	igen										
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen										
	nem										
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen										
	nem										
Saját területen ellátottak, gondozottak száma											
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma											
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?											
Nagelkerke R Square		0,317		0,088		0,201		0,123		0,084	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

70. táblázat: A szakemberek munkakörülményeikkel, munkafeltételeikkel való elégedettséget befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Jellemezze elégedettségének mértékét az alábbi munkafeltételekkel és munkakörülményekkel kapcsolatosan		**Internet elérési lehetőség a tanácsadó minden számítógépén**		**Szakmai folyóiratok**		**Szakkönyvek**		**Támogatott továbbképzések**		**Munkahely által fizetett mobiltelefon**	
		p	EH	p	EH	p	EH	p	EH	p	EH
Hol található az Ön körzete	Budapest	referencia								referencia	
	Baranya megye	0,014	2,31							0,383	1,51
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,430	1,28							0,810	0,91
	Csongrád megye	0,141	1,66							0,577	1,28
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,505	1,25							0,094	0,45
	Vas megye	0,001	3,82							0,050	2,57
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem			referencia							
	hároméves védőnőképzés			<0,001	0,14						
	négyéves védőnőképzés			<0,001	0,17						
	védőnő osztott képzés			0,561	0,74						
A dolgozó korcsoportos életkora	<34										
	35-49										
	>50										
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása									referencia	
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása									0,034	0,41
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása									0,012	0,38
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia				referencia					
	vegyes praxisú háziorvos	0,712	0,88			0,232	0,65				
	védőnő	0,001	0,41			<0,001	0,14				
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem							referencia			
	igen							0,002	2,73		
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen									referencia	
	nem									0,042	1,87
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen										
	nem										
Saját területen ellátottak, gondozottak száma											
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma											
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?											
Nagelkerke R Square		0,115		0,177		0,165		0,046		0,094	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

Ha a szakemberek óvoda orvosi vagy óvoda védőnői feladatokat is elláttak, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,41, p=0,034) voltak teljes mértékben elégedettek a munkahely által fizetett mobiltelefonnal, mint az iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat ellátó szakemberek. Ha a válasz adó szakemberek óvoda-, iskola orvosi, óvoda-, iskola védőnői feladatokat is elláttak, akkor szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,38, p=0,012) voltak teljes mértékben elégedettek a munkahely által fizetett mobiltelefonnal, mint azok a szakemberek akik alapfeladataik mellett iskola orvosi, iskola védőnői feladatokat is elláttak. Azok, akiknek az ellátási területéhez nem tartozott csatolt település, vagy tanya, szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=1,87, p=0,042) volt teljes mértékben elégedettek a munkahely által fizetett mobiltelefonnal, mint azok a szakemberek akiknek volt csatolt településük. (70. táblázat)

8.3. A szakemberek módszertani és egyéb támogató szolgáltatásokkal való elégedettségének vizsgálata

A vizsgálatban részt vevők 39,1%-a nagymértékben, 31,3%-a egyáltalán nem vagy kismértékben, 28,2%-a pedig teljes mértékben elégedett az e-mailben küldött szakmai irányelvekkel. A módszertani levelekkel a válaszolók 44,4%-a nagymértékben, 30,7%-a teljes mértékben, 24,1%-a pedig egyáltalán nem vagy csak kismértékben elégedett. Az elméleti továbbképzéseket illetően a nagymértékben elégedettek aránya 47,3%, az egyáltalán nem vagy kismértékben elégedettek aránya 24,1%, a teljes mértékben elégedetteké pedig 22,7% volt. A gyakorlati továbbképzésekkel a megkérdezettek 53,6%-a egyáltalán nem vagy csak kismértékben elégedett. A nagymértékben elégedettek aránya 28,0%, a teljes mértékben elégedetteké mindössze 17,0% volt. Az egészségügyi dolgozók 41,7%-a egyáltalán nem vagy kismértékben elégedett a szakmai folyóiratokkal, szakkönyvekkel. Nagymértékben elégedett a válaszolók 41,5%, teljes mértékben pedig 15,7%-a. (71. táblázat)

Az egészségügyi szakdolgozó ellátási területét figyelembe véve az e-mail-ben kiküldött szakmai irányelvekkel egyáltalán nem vagy csak kismértékben elégedett a fővárosban, megyeszékhelyen dolgozó házi gyermekorvosok 52,94%-a, a védőnők 29,09%-a. Ez a különbség szignifikáns (p=0,001) volt. A városban dolgozó vegyes praxisú háziorvosok 46,67%-a elégedett legkevésbé az e-mail-ben kiküldött irányelvekkel. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,001), mint a hasonló ellátási területen dolgozó házi gyermekorvosok

(44,44%) és a védőnők körében (15,19%) körében tapasztalt. A községekben ellátási körzettel bírók közül szintén a vegyes praxisú háziorvosok elégedettek legkevésbé. Ez szignifikánsan magasabb (p<0,001), mint amit a házi gyermekorvosok (33,33%) és a védőnők esetében (20,33%) megfigyelhetünk. A módszertani levelekkel a fővárosban, megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban ellátási területtel bíró házi gyermekorvosok 52,94%-a egyáltalán nem vagy csak kismértékben elégedett. Ez szignifikánsa nagyobb (p=0,001) arány, mint amit a védőnők körében (29,09%) megfigyelhetünk. A városban praktizáló vegyes praxisú háziorvosok 46,67%-a nyilatkozta ugyanezt. Ez az arány szintén szignifikánsa magasabb volt, mint a házi gyermekorvosoknál (44,44%) és a védőnőknél (15,19%) megfigyelt. A községben ellátási területtel rendelkező vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan nagyobb (p<0,001) arányban elégedetlenek a módszertani levelekkel (52,17%), mint a házi gyermekorvosok (33,33%) és a védőnők (20,33%).

Az elméleti és gyakorlati továbbképzésekkel kapcsolatosan az egyes ellátási területeken belül a szakemberek véleményei között nem találtunk szignifikáns különbségeket.

A szakmai folyóiratokkal, szakkönyvekkel a fővárosban, megyei jogú városban vagy megyeszékhelyen élők közül a védőnők 61,21%-a elégedetlen, vagy kismértékben elégedett. Ez szignifikánsan magasabbnak bizonyult (p<0,001), mint a házi gyermekorvosoknál tapasztalt, 17,65%-os arány. A városban dolgozók közül is szignifikánsan (p=0,012) elégedetlenebbek a védőnők (48,10%), szemben a házi gyermekorvosokkal (14,81%) és a vegyes praxisú háziorvosokkal (33,33%). Egyáltalán nem, vagy kismértékben elégedett a szakai folyóiratokkal, szakkönyvekkel a községben dolgozó védőnők 41,46%-a. Ez szignifikánsan magasabb (p=0.036), mint ami a házi gyermekorvosok (11,11%), és vegyes praxisú háziorvosok (25,35%) körében adódott. (72. táblázat)

Többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgálatuk, hogy mely tényezők lehetnek befolyással a szakemberek módszertani és egyéb támogató szolgáltatásokkal való elégedettségére. A feltételezett befolyásoló tényezők a következők voltak:

1. a szakemberek ellátási területe.
2. a szakemberek korcsoportos életkora.
3. a szakemberek iskolai végzettsége.

4. munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. a praxis jellemzői.
7. a szakemberek foglalkozása.
8. van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. az ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. ellát-e helyettesítést a szakember.
11. szakmai tapasztalat.
12. a saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
14. az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

Abban az esetben, ha valakinek az ellátási területe Baranya megyében volt, szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=3,05, p=0,006) volt elégedett az e-mail-ben kiküldött szakmai irányelvekkel, mint a Budapesten dolgozó társaik. Csongrád megyében ellátási területtel rendelkezők 3,6-szor nagyobb (EH=3,67, p=0,001), a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében dolgozók pedig több mint kétszer nagyobb eséllyel (EH:2,86, p=0,003) voltak elégedettek, mint a Budapesten munkát végzők.

Foglalkozásukat tekintve a védőnők szignifikánsan hatszor nagyobb (EH=6,21, p<0,001) eséllyel voltak elégedettek az e-mail-ben küldött szakmai irányelvekkel, mint a házi gyermekorvosok. Azok a dolgozók, akik ellátási területéhez nem tartozott csatolt település vagy településrész, szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=1,70, p=0,029) számoltak be nagyobb elégedettségükről, szemben azokkal, akikhez tartozott más település, tanya vagy külterület. Azok az egészségügyi dolgozók, akik a kérdőív felvételének alkalmával nem láttak el helyettesítést, szignifikánsan kisebb (EH=0,48; p=0,002) eséllyel voltak elégedettek az ilyen formában kapott irányelvekkel, szemben a helyettesítést végző társaikkal.

A módszertani levelekkel a vegyes praxisú háziorvosok közel háromszor (EH=2,71, p=0,015), a védőnők pedig több mint háromszor (EH=3,04, p=0,001) nagyobb eséllyel voltak elégedettek, mint a házi gyermekorvosok. Azok az egészségügyi dolgozók, akik ellátási területéhez nem tartozott más település vagy településrész, szignifikánsan nagyobb (EH=1,56; p=0,037) eséllyel elégedtek meg a módszertani levelekkel, mint azok, akiknek

ellátási területéhez tartozott. Azok a dolgozók, akik jelenleg nem láttak el helyettesítést, szignifikánsan kisebb valószínűséggel (EH=0,58, p=0,013) voltak elégedettek a módszertani levelekkel, szemben a helyettesítést ellátó társaikhoz.

Az az egészségügyi dolgozó, akinek városban van az ellátási körzete, szignifikánsan nagyobb (EH=2,04, p=0,011) eséllyel elégedett az elméleti továbbképzéssel, szemben a fővárosban, megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban ellátási körzettel bírókkal. Azok, akiknek lehetősége nyílik arra, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,59; p=0,018) elégedett a továbbképzés e formájával.

73. táblázat: A szakemberek módszertani és egyéb támogató szolgáltatásokkal való elégedettséget befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Mennyire elégedett az alábbi módszertani és egyéb támogató szolgáltatásokkal		**E-mail-ben küldött szakmai irányelvekkel.**		**A módszertani levelekkel.**		**Elméleti továbbképzésekkel?**		**Gyakorlati továbbképzésekkel?**		**Szakmai folyóiratok, szakkönyvekkel?**	
		P	EH	P	EH	P	EH	P	EH	P	EH
Hol található az Ön körzete	Budapest	referencia						referencia			
	Baranya megye	0,006	3,05					0,014	3,16		
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	0,146	1,66					0,102	2,11		
	Csongrád megye	0,001	3,67					0,027	2,89		
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	0,003	2,86					<0,001	4,97		
	Vas megye	0,073	2,20					0,366	1,67		
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem									referencia	
	hároméves védőnőképzés									<0,001	0,11
	négyéves védőnőképzés									0,001	0,28
	védőnő osztott képzés									0,045	0,35
A dolgozó korcsoportos életkora	<34										
	35-49										
	>50										
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város					referencia					
	város					0,011	2,04				
	község					0,175	1,42				
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása										
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia		referencia							
	vegyes praxisú háziorvos	0,191	1,89	0,015	2,71						
	védőnő	<0,001	6,21	0,001	3,04						
Van Önnek arra lehetősége, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje?	nem					referencia					
	igen					0,018	0,59				
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen	referencia		referencia							
	nem	0,029	1,70	0,037	1,56						
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen	referencia		referencia							
	nem	0,002	0,48	0,013	0,58						
Saját területen ellátottak, gondozottak száma										0,024	0,99
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma											
Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?											
Nagelkerke R Square		0,137		0,056		0,038		0,059		0,101	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

A gyakorlati továbbképzésekkel szignifikánsan nagyobb eséllyel elégedettek azok, akiknek ellátási körzete Baranya megyében (EH=3,16, p=0,014), Csongrád megyében (EH=2,89; p=0,027) vagy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (EH=4,97, p<0,001) található, szemben azokkal, akiknek az ellátási területe Budapesten volt.

Szignifikánsan kisebb eséllyel elégedettek a szakmai folyóiratokkal, szakkönyvekkel azok az egészségügyi dolgozók, akik hároméves védőnőképzésen (EH=0,11, p<0,001), négyéves védőnőképzésen (EH=0,28, p=0,001), vagy osztott képzésen (EH=0,35; p=0,045) szerezték legmagasabb iskolai végzettségüket, szemben az orvosi egyetemet végzőkkel. Minél magasabb volt a válaszolók ellátási területén gondozottak száma, annál kisebb eséllyel (EH=0,99; p=0,024) válaszolták azt, hogy elégedettek a szakkönyvekkel, szakmai folyóiratokkal. (73. táblázat)

8.4. A szakemberek munkáját segítő módszertani és támogató szolgáltatások használhatósága

A vizsgálatban részt vevő egészségügyi dolgozók 60%-nak teljes mértékben, 34,6%-nak nagymértékben és 4,6%-nak egyáltalán nem vagy csak kismértékben segíti munkáját az egységes, szakmákon átívelő irányelvek alkalmazása. Az aktualizált, a GYEMSZI honlapjáról elérhető kódos online formátumú szakmai irányelvek a válaszolók 43,3%-át nagymértékben, 42,0%-át teljes mértékben és 12,8%-át egyáltalán nem vagy kismértékben segítené. A megkérdezettek 43,9%-a nyilatkozott úgy, hogy munkavégzését a szupervízió lehetősége nagymértékben segítené. Egyáltalán nem vagy kismértékben járulna hozzá a válaszadók 28,9%-ának, és teljes mértékben 25,2%-nak munkájához. A papír alapú módszertani levél az egészségügyi dolgozók 44,1%-nak nagymértékben, 31,1%-nak teljes mértékben, 23,6%-nak egyáltalán nem vagy kismértékben támogatná a munkáját. Arra a kérdésre, hogy milyen mértékben segítené munkáját a standardizált fejlődési táblázat, a válaszadók 51,6%-a nyilatkozta azt, hogy teljes mértékben, 38,0%-a nagymértékben, 9,5%-a pedig egyáltalán nem, vagy csak kismértékben véli segítségnek a munkája során. (74. táblázat)

A fővárosban, megyeszékhelyen, megyei jogú városban dolgozó házi gyermekorvosok 65,38%-a, a védőnők 61,08%-a nyilatkozta azt, hogy munkáját az egységes, szakmákon átívelő irányelvek teljes mértékben segítenék. A védőnők 61,08%-a vélekedett hasonlóan. A városban munkát végző védőnők 66,25%-a válaszolta ugyanezt. A házi gyermekorvosoknál ez

az arány 59,26%, a vegyes praxisú háziorvosoknál pedig 46,67% volt. E két ellátási terület esetében nem találtunk szignifikáns különbséget A községben dolgozó házi gyermekorvosok 100%-a érzi úgy, hogy ezen irányelvek teljes mértékben segítenék munkájukat. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,001) arány, mint a védőnők (64,75%) és a vegyes praxisú háziorvosok (41,43%) körében megfigyelt.

Az aktualizált, GYEMSZI honlapjáról elérhető kódos online formátumú szakmai irányelvekkel kapcsolatban a fővárosban, megyei jogú városban és a községekben ellátási területtel bíró szakemberek válaszai között nem találtunk szignifikáns különbségeket. A városban dolgozó házi gyermekorvosok és védőnők 50,00%-a vélekedett úgy hogy teljes mértékben segítené munkájukat a GYEMSZI honlapjáról elérhető kódos online formátumú szakmai irányelvek. Ez az arány szignifikánsan magasabb (p=0,041) volt, mint a vegyes praxisú háziorvosok esetében (13,33%).

Arra a kérdésre, hogy „Milyen mértékben segítené munkáját az szupervízió lehetősége?" a fővárosban, megyei jogú városban vagy megyeszékhelyen dolgozó védőnők 28,92%-a válaszolta azt, hogy teljes mértékben. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,016) volt, mint amit a házi gyermekorvosok körében megfigyelhetünk (15,69%). A városban és községben ellátási területtel rendelkező védőnők, házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok között megfigyelhető különbségek nem voltak szignifikánsak.

A vizsgálatban részt vevő, fővárosban, megyeszékhelyen, megyei jogú városban dolgozó házi gyermekorvosok 37,25%-nak teljes mértékben segítséget jelentene a papír alapú módszertani levél. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,02) arány annál, ahogy a védőnők vélekedtek erről (26,51%). A városban praktizáló házi gyermekorvosok, védőnők és vegyes praxisú háziorvosok nyilatkozatai között nem találtunk szignifikáns különbséget.

A fővárosban, megyeszékhelyen, megyei jogú városban ellátási területtel rendelkező házi gyermekorvosok 66,67%-a nyilatkozott úgy, hogy a standardizált fejlődési táblázat teljes mértékben segítené munkájukat. Ez szignifikánsan magasabb (p=0,008) arány volt, mint a védőnőknél tapasztalt (46,11%). A városban dolgozó védőnők 58,75%-a nyilatkozott hasonlóan. A házi gyermekorvosok 55,56%-a és a vegyes praxisú háziorvosok 33,33%-a gondolta ezt. Szignifikáns különbséget azonban nem találtunk. A községben munkát végző házi gyermekorvosok szignifikánsan nagyobb (p=0,041) arányban (85,71%) nyilatkozták ezt, szemben a védőnőkkel (56,91%) és a vegyes praxisú háziorvosokkal (38,03%). (75. táblázat)

Többváltozós logisztikus regressziós elemzéssel vizsgálatuk, hogy mely tényezők befolyásolják a szakemberek véleményét arra vonatkozóan, hogy a módszertani és egyéb támogató szolgáltatásokat mennyire tartják segítségnek a munkájuk során. A feltételezett befolyásoló tényezők a következők voltak:

1. Szakemberek ellátási területe.
2. Szakemberek korcsoportos életkora.
3. Szakemberek iskolai végzettsége.
4. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
5. Milyen településen található az orvosok és védőnők ellátási területe.
6. Praxis jellemzői.
7. A szakemberek foglalkozása.
8. Van e lehetősége az orvosnak, vagy védőnőnek rugalmasan kezelni a munkaidejét.
9. Ellátási területhez tartozik-e csatolt település.
10. Ellát-e helyettesítést a szakember.
11. Szakmai tapasztalat.
12. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
13. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
14. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.

A házi gyermekorvosokhoz képest a vegyes praxisú háziorvosok munkáját szignifikánsan kisebb mértékben segítené (EH=0,43; p=0,015) az egységes, szakmákon átívelő irányelvek alkalmazása. Ezen módszertan használata szignifikánsan nagyobb mértékben támogatná (EH=1,51; p=0,036) azok munkáját, akiknek nem tartozik ellátási területéhez csatolt település, tanya vagy külterület. A befolyásoló tényezők és a szakemberek véleménye között, hogy mennyire tartják segítségnek a munkavégzés során az aktualizált, a GYEMSZI honlapjáról elérhető online formátumú szakmai irányelvek alkalmazását nem találtunk szignifikáns kapcsolatot.

A szupervízió a védőnők munkáját szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,82; p=0,006) segítené, szemben a házi gyermekorvosokéval. A dolgozók ellátási területén élő, megkésett fejlődésű gyermekek számának növekedésével szignifikánsan nő az esélye (EH=1,009;

p=0,045) annak, hogy a szupervízió lehetősége hozzájárul az e területen dolgozók munkájához.

Azoknak, akiknek lehetősége van arra, hogy a hivatalosan előírt munkaidő keretét rugalmasan kezelje, szignifikánsan kisebb (EH=0,57; p=0,005) eséllyel nyilatkozzák azt, hogy a papír alapú módszertani levél segítené munkájukat.

A vegyes praxisú háziorvosok szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,32; p=0,001) gondolják úgy, hogy munkájukat segítené a standardizált fejlődési táblázat, szemben a házi gyermekorvosokkal. (76. táblázat)

76. táblázat: A szakemberek módszertani és egyéb szolgáltatásokról alkotott véleményét befolyásoló tényezők vizsgálata többváltozós logisztikus regressziós (forward:conditional) elemzéssel

Mennyire segítik munkáját az alábbi lehetőségek, tényezők		**Egységes, szakmákon átívelő irányelvek**		**GYEMSZI honlapjáról elérhető kódos online formátumú szakmai irányelvek**		**Szupervízió lehetősége**		**Papír alapú módszertani levél**		**Standardizált fejlődési táblázat**	
		P	EH	P	EH	P	EH	P	EH	P	EH
Hol található az Ön körzete (ellátási területe)!	Budapest										
	Baranya megye										
	Borsod-Abaúj-Zemplén megye										
	Csongrád megye										
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye										
	Vas megye										
Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0-1										
	2-3										
	4-5										
	6 vagy több										
Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?	orvosi egyetem										
	hároméves védőnőképzés										
	négyéves védőnőképzés										
	védőnő osztott képzés										
A dolgozó korcsoportos életkora	<34										
	35-49										
	>50										
Milyen típusú településen van az Ön körzete?	főváros, megye jogú város										
	város										
	község										
Orvosi és védőnői alapfeladatai mellett, mely ellátási feladatoknak tesz még eleget?	iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda orvosi, védőnői feladatainak ellátása										
	óvoda, iskola orvosi, védőnői feladatainak ellátásellátása										
Mi az Ön foglalkozása?	házi gyermekorvos	referencia				referencia				referencia	
	vegyes praxisú háziorvos	0,015	0,43			0,462	1,42			0,001	0,32
	védőnő	0,862	0,95			0,006	2,82			0,052	0,59
Van Önnek lehetősége, hogy a munkaidejét rugalmasan kezelje?	nem							referencia			
	igen							0,005	0,57		
Ellátási területéhez tartozik-e csatolt település vagy településrész	igen	referencia									
	nem	0,036	1,51								
Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?	igen										
	nem										
Saját területen ellátottak, gondozottak száma				0,116	1,001						
Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma											
Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma						0,045	1,01				
Hány hónapos gyakorlattal rendlkezik?											
Nagelkerke R Square		0,049		0,007		0,041		0,022		0,031	

p:szignifikancia szint, EH: esélyhányados, Nagelkerke R Square: a modell magyarázó ereje

8.5. Eredmények összefoglalása

Összefoglalva a szakemberek munkafeltételeit, a rendelkezésre álló eszközök meglétét az alábbi megállapításokat tehetjük. Az ellátáshoz szükséges önálló tanácsadóval rendelkezik a megkérdezettek közel 95%-a, még a tanácsadóban lévő eszközök közül a látás, hallásvizsgáló eszköz a szakemberek átlag 90%-ánál megtalálható, hasonlóan a számítógéphez, nyomtatóhoz. Kisebb negatív irányú eltérések a vegyes praxis ellátó orvosok körében figyelhetők meg. Ezzel szemben, amikor az elégedettségre kérdeztünk rá, akkor ott a következő eredményeket kaptuk. A tanácsadó helységekkel a megkérdezettek 56,9%-a nem teljesen elégedett. A megkérdezettek 61,6%-a nem elégedett a gyermekbarát váróhelységekkel/rendelőkkel. A rendelkezésre álló látásszűrésre alkalmas eszközökkel a válaszolók 56,7%-nem elégedett. Ugyanez az arány volt elmondható a hallásszűrésre alkalmas eszközök (56,7%) esetében is. A testi fejlődés mérésére alkalmas eszközzel a szakemberek 51,6%-a teljes mértékben elégedett volt.

A gyermekek játéktevékenységének vizsgálatához szükséges játékokkal a választ adók 15,4%-a volt csak teljes mértékben elégedett. A különböző ellátási területen dolgozó szakemberek véleménye között ezen a területen nem kapunk szignifikáns eredményt.

A védőnők szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,24, p<0,001) voltak teljes mértékben elégedetek a számítógéppel, mint a házi gyermekorvosok.

Általánosságban elmondható, hogy személygépkocsival a védőnők kisebb eséllyel rendelkeztek, mint a házi gyermekorvosok (EH=0,09, p<0,001). A védőnők közel 50%-a használja a tömegközlekedést, melyet a munkáltató nagymértékben támogat. A védőnők hétszer (EH =7,32, p<0,001) nagyobb eséllyel vettek igénybe tömegközlekedési eszközt, mint a házi gyermekorvosok.

Sokan közlekednek kerékpárral és gyalog is, főként a községekben. Azok a szakemberek, akik nem rendelkeztek csatolt településsel, szignifikánsan kisebb eséllyel (EH=0,52, p=0,003) rendelkeztek a családlátogatáshoz szükséges személygépkocsival, mint akiknek volt csatolt településük. Azonban szintén nagyon alacsony elégedettségi arányokat tapasztalhatunk a közlekedési eszközök tekintetében.

Szakkönyvek, folyóiratok meglétéről csak a védőnők kicsit több mint 50%-a számolt be, ez az arány az orvosok esetében magasabb, szemben a továbbképzési lehetőségekkel. A védőnők szakmai továbbképzésen való részvételét gyakrabban támogatja a munkáltató, mint az orvosok esetében. Továbbképzések esetében azt tapasztaltuk, hogy azok a szakemberek, akik a 35-49

évesek voltak szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,23, p=0,022) jutottak el munkáltató által finanszírozott továbbképzésre, mint a 35 évnél fiatalabbak. Az 50 évnél idősebbek körében is ugyanezt a tendenciát találtuk, kétszer nagyobb eséllyel (EH=2,48, p=0,018) volt biztosítva munkáltató által támogatott továbbképzés, mint a 35 évnél fiatalabbak esetében. A házi gyermekorvosok 31,25%-a, a védőnők 10,94%-a volt teljes mértékben elégedett a munkáltató által támogatott továbbképzésekkel.

A vizsgálatban részt vevők 39,1%-a nagymértékben, 31,3%-a egyáltalán nem vagy kismértékben, 28,2%-a pedig teljes mértékben elégedett az e-mailben küldött szakmai irányelvekkel. Foglalkozásukat tekintve a védőnők szignifikánsan hatszor nagyobb (EH=6,20; p<0,001) eséllyel voltak elégedettek az e-mail-ben küldött szakmai irányelvekkel, mint a házi gyermekorvosok.

A gyakorlati továbbképzésekkel a megkérdezettek 53,6%-a egyáltalán nem vagy csak kismértékben elégedett. A nagymértékben elégedettek aránya 28%, a teljes mértékben elégedetteké mindössze 17% volt.

A megkérdezettek 43,9%-a nyilatkozott úgy, hogy munkavégzését a szupervízió lehetősége nagymértékben segítené. A szupervízió a védőnők munkáját szignifikánsan nagyobb eséllyel (EH=2,82; p=0,006) segítené, szemben a házi gyermekorvosokéval.

A papír alapú módszertani levél az egészségügyi dolgozók 44,1%-nak nagymértékben, 31,1%-nak teljes mértékben, 23,6%-nak egyáltalán nem vagy kismértékben támogatná a munkáját. Arra a kérdésre, hogy milyen mértékben segítené munkáját a standardizált fejlődési táblázat, a válaszadók 51,6%-a nyilatkozta azt, hogy teljes mértékben, 38,0%-a nagymértékben, 9,5%-a pedig egyáltalán nem, vagy csak kismértékben véli segítségnek ezt munkája során

9 AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK MOTIVÁCIÓJA

9.1. Az egészségügyi dolgozók motivációja, illetve a motivációs tényezőket befolyásoló faktorok hatásának vizsgálata

A munkával és képzettséggel arányos bérezés, az átlagos pontszámok alapján a védőnőket motiválja leginkább, 7,4 ponttal. A vegyes praxisú háziorvosok 6,82-re, a házi gyermekorvosok 6,62-re értékelték ezt. Ezek az értékek nem különböztek szignifikánsan. Az ösztönző jutalmazási rendszer motivációjának átlagos értéke szintén a védőnők esetében bizonyult a legmagasabbnak, 6,83 ponttal. Ez a vegyes praxisú háziorvosoknál 6,02, a házi gyermekorvosoknál 5,95 volt. Nem találtunk szignifikáns különbéget a szakemberek között. A társadalmi megbecsültségre a védőnők átlagosan 8,02, a házi gyermekorvosok 8,00, a vegyes praxisú háziorvosok pedig 7,77 pontot adtak. Szignifikáns különbséget itt sem tudtunk kimutatni. Arra a kérdésre, hogy „Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a megfelelő munkakörnyezet?” a védőnők átlagosan 8,2, a vegyes praxisú háziorvosok 8,19, a házi gyermekorvosok pedig 7,96 pontot adtak. Ez esetben sem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni. A megfelelő munkafeltételek megléte legkevésbé a házi gyermekorvosokat motiválja. Ők átlagosan 8,11 pontra értékelték ezt, szemben a vegyes praxisú háziorvosokkal (8,37) és a védőnőkkel (8,21). Az itt megfigyelhető különbségek sem voltak szignifikánsak. A munkahelyi légkör a legnagyobb mértékben a vegyes praxisú háziorvosokat motiválja (8,77 pont), a legkevésbé pedig a házi gyermekorvosokat (8,66 pont). Szignifikáns különbséget azonban nem találtunk. A munkabiztonságot a házi gyermekorvosok átlagosan 8,29 pontra, a vegyes praxisú háziorvosok 8,26-ra, a védőnők pedig 8,22-re értékelték. Szignifikánsan ezek nem különböztek egymástól. Munkájában

leginkább motiválja az elvárások tisztázottsága a védőnőket. Ők átlagosan 8,29 pontra értékelték ezt. A vegyes praxisú háziorvosok 8,14-re, a házi gyermekorvosok 8,12-re értékeltek. Nem volt szignifikáns különbség a dolgozók átlagos pontszámai között. A felelősségi körök tisztázottsága a házi gyermekorvosokat motiválja leginkább. Esetükben ez az érték 8,34, a védőnők esetében 8,29, a házi gyermekorvosoknál pedig 8,20 volt. Szignifikáns különbséget itt sem tudtunk kimutatni. A vegyes praxisú háziorvosok 6,32-re értékelték a megfelelő hatalmi egyensúly lehetőségét. A védőnők 5,98 pontra értékelték a motiváció e formáját, a házi gyermekorvosoknál ez az érték 5,33 volt. Ezen értékek nem különböztek szignifikánsan egymástól. A vegyes praxisú háziorvosokat motiválja leginkább a munkája során a munkakörnyezet feletti kontroll. Ők átlagosan 7,21 pontra értékelték ezt. A motiváció mértéke a védőnőnél 6,49, a vegyes praxisú háziorvosoknál 6,36 volt. Ez esetben sem találtunk szignifikáns különbséget a motiváció mértékei között. A következő kérdés a munkakörnyezet feletti ellenőrzés lehetőségére vonatkozott. A vegyes praxisú háziorvosok 7,10, a házi gyermekorvosok 6,49, a védőnők 6,44 pontra értékelték ezt. Szignifikáns különbséget azonban nem tudtunk kimutatni. A fejlődésre való lehetőség szintén a vegyes praxisú háziorvosokat motiválja leginkább. Ők 8,45 pontra értékelték ezt. A védőnők esetében figyelhetjük meg a legalacsonyabb értéket (8,08). Szignifikáns különbséget nem találtunk. A jó munkatársi kapcsolatot a mind a házi gyermekorvosok, mind a vegyes praxisú háziorvosok és mind a védőnők hasonlóan magas pontszámmal értékelték. Ez a vegyes praxisú háziorvosok esetében 8,99, a védőnőknél 8,98, a házi gyermekorvosoknál 8,91 pont volt. Szignifikáns különbséget nem tudtunk kimutatni ez esetben sem. Az előbbre jutási lehetőség a vegyes praxisú háziorvosokat (5,99) és a védőnőket (5,97) motiválja leginkább. A házi

gyermekorvosok 5,18 pontra értékelték ezt. Szignifikánsan ezen értékek sem különböztek. A döntésekben való részvétel lehetősége a vegyes praxisú háziorvosokat motiválja leginkább szignifikáns mértékben (8,11). A házi gyermekorvosokat (7,01) és a védőnők (7,17) között tapasztalt különbségek nem voltak szignifikánsak. A védőnők esetében tapasztaltuk szignifikánsan legnagyobb mértékben motiváló tényezőnek a közvetlen felettestől kapott visszajelzést. Ezt a védőnők 7,84 pontra, a vegyes praxisú háziorvosok 6,26-ra, a házi gyermekorvosok pedig 5,50 pontra értékelték. Az orvosok közötti különbséget statisztikailag nem tudtuk alátámasztani. A szülőktől kapott visszajelzés a védőnők esetében volt a leginkább motiváló tényező, átlagosan 9,05 pontra értékelték ezt. Ez nem volt szignifikánsan magasabb, mint a házi gyermekorvosok (8,76) korében regisztrált. A vegyes praxisú háziorvosokat (8,44) a védőnőkhöz képesteset szignifikánsan kevésbé motiválta a szülőktől kapott visszajelzés. A munka változatossága legnagyobb mértékben szintén a védőnőket motiválja, ők átlagosan 8,55 pontot adtak erre. A vegyes praxisú háziorvosok 7,85, a házi gyermekorvosok 7,84 pontra értékelték ezt. A védőnőket ez a faktor szignifikánsan nagyobb mértékben motiválja felmérésünk alapján, mint az orvosokat. Az orvosok közötti különbségeket nem találtuk szignifikánsnak. A munkafeladatok jelentőségét illetően a motiváció mértéke a védőnőknél átlagosan 8,59, a vegye praxisú háziorvosoknál 8,47, a házi gyermekorvosoknál 8,05 pontnak adódott. Ezek nem különböztek szignifikánsan. Az önálló munkavégzési lehetőség legnagyobb mértékben a védőnőket motiválja, átlagosan 9,18 pontra értékelték ezt. Ez nem volt szignifikánsan magasabb, mint a vegyes praxisú háziorvosok (8,82) esetében regisztrált, azonban szignifikánsan magasabb volt, mint a házi gyermekorvosok (8,67) esetében tapasztalt. A munkahelyi elismerést mint motivációs faktort a

védőnők 8,16, a vegyes praxisú háziorvosok 6,75, a házi gyermekorvosok 6,75 pontra értékelték. Ezt a faktort a védőnők szignifikánsan magasabb motivációs erőnek értékelték, az orvosok között regisztrált különbségek nem voltak szignifikánsak. A közvetlen felettessel való kapcsolat a védőnők esetében bizonyult legnagyobb mértékben szignifikáns motiváló tényezőnek. Ők ugyanis 8,36 pontra értékelték ezt, szemben a vegyes praxisú házorvosokkal, akik 6,00 és a házi gyermekorvosokkal, akik átlagosan 5,91-re pontozták ezt a motiváló tényezőt. Az orvosok közötti különbségek azonban már nem voltak szignifikánsak. A közvetlen felettes vezetési stílusa is a védőnők esetében bizonyult leginkább motiváló faktornak. Míg ők 8,12 pontra értékelték ezt, addig a vegyes praxisú háziorvosok értéke átlagosan 5,80, a házi gyermekorvosoké 5,51 volt. Az orvosok között nem találtunk szignifikáns eltérést, azonban a védőnők esetében regisztrált érték szignifikánsan magasabb volt az orvosokétól. A szülők pozitív visszajelzése esetében is a védőnőknél figyelhetjük meg a legmagasabb értéket (9,42). A házi gyermekorvosoknál ez 9,04, a vegyes praxisú háziorvosoknál pedig 8,66 volt. A védőnők körében regisztrált érték szignifikánsan különbözött a vegyes praxisú háziorvosok körében regisztrált értéktől. Az orvosok között valamint a védőnők és a gyermekorvosok között azonban már nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni. A munkatársak, az együttműködő szakemberek pozitív visszajelzését a védőnők 9,22 pontra értékelték. Ez sem volt szignifikánsan magasabb, mint a vegyes praxisú háziorvosok (9,01) és a házi gyermekorvosok (8,92) esetében tapasztalt. (77. ábra)

Többváltozós lineáris regressziós elemzéssel vizsgálatuk a házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok és védőnők a motivációját

befolyásoló tényezőket. Arra kerestük a választ, hogy mely faktorok hogyan befolyásolják a szakemberek motivációjára ható tényezőket.

A feltételezett befolyásoló tényezők között voltak az alábbi faktorok:

1. A szakemberek munkatapasztalati ideje.
2. Ellátott települések száma.
3. Saját területen ellátottak, gondozottak száma.
4. Saját ellátottakból 0-7 éves korú ellátottak gondozottak száma.
5. Helyettesített területen ellátottak, gondozottak száma.
6. A helyettesített területen a 0-7 éves korú ellátottak gondozottak száma.
7. Az ellátási, gondozási területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
8. A helyettesítési területen élő szociálisan hátrányos gyermekek száma.
9. Az ellátási, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.
10. A helyettesítési, gondozási területen élő megkésett fejlődésű gyermekek száma.
11. Munkájuk során a védőnők hány orvossal, illetve az orvosok hány védőnővel tartanak munkakapcsolatot.
12. Szakemberek életkora.
13. Szakemberek foglalkozása (1:orvos, 2:védőnő).

A többváltozós lineáris regressziós elemzés eredményeképpen azt tapasztaltuk, hogy a helyettesítési területen élő 0-7 éves korú gyermekek száma minél több volt annál inkább úgy érezték a szakemberek, hogy a munkával és a képzettséggel arányos bérezés nem motiválja őket (b=-0,17, p=0,001). Valamint a helyettesítet területén, praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma minél magasabb volt annál inkább úgy érezték a

szakemberek, hogy a munkával és a képzettséggel arányos bérezés pozitívan befolyásolja a motiváltságukat (b=0,11, p=0,032). Az ösztönző jutalmazási rendszer vizsgálatakor azt tapasztaltuk, hogy a védőnők körében nagyobb szerep jut az ösztönző jutalmazási rendszernek mint motivációs tényezőnek az orvosokhoz képest (b=0,11, p=0,009), vagyis a védőnők inkább nyilatkozták azt, hogy az ösztönző jutalmazási rendszer nagyban befolyásolja a motivációjukat. Minél több szakmai gyakorlattal rendelkezett egy szakember annál inkább úgy érezte, hogy a társadalmi megbecsültség nagyban befolyásolja a motivációját (b=0,07, p=0,033). A megfelelő munkakörnyezetre, megfelelő munkafeltételekre és a munkahelyi légkörre mint motivációs faktorra egyik befolyásoló tényező sem gyakorolt pozitív vagy negatív hatást a többváltozós lineáris regressziós elemzés eredményeképpen. Az összefüggés elemzés során valamennyi p-érték nagyobb volt, mint 0,05. A többváltozós lineáris regressziós elemzés eredményeképpen azt tapasztaltuk, hogy feltételezett befolyásoló tényezők egyike sem gyakorolt hatást az elvárások tisztázottságára és a felelősségi körök tisztázottsága, mint motivációs tényezőre.

Minél több szakmai gyakorlattal rendelkezett egy orvos vagy védőnő annál inkább úgy érezte, hogy motivációjukat nem befolyásolja a megfelelő hatalmi egyensúly lehetősége (b=-0,12, p=0,007). Minél idősebb volt a választ adó védőnő, vagy orvos annál inkább úgy érezték, hogy a munkájukban a kontroll lehetősége a munkakörnyezet felett kevésbé befolyásolja a munkamotivációjukat (b=-0,11, p=0,011). Ugyanakkor minél több ellátottal, gondozottal rendelkeztek a szakemberek annál inkább úgy érezték, hogy a munkájukban a kontroll lehetősége a munkakörnyezet felett nagymértékben befolyással van a motivációjukra (b=0,12, p=0,009). Ha az orvosok minél több védőnővel, ha a védőnők minél több orvossal tartottak munkakapcsolatot,

akkor szignifikánsan annál kisebb mértékben gondolták azt, hogy a munkájában az ellenőrzés lehetősége a munkakörnyezet felett nagy befolyással van a motivációjukra (b=-0,11, p=0,007). A feltételezett befolyásoló tényezők egyike sem gyakorolt szignifikáns hatást a szakemberek véleményére vonatkozóan, hogy a munkájukban a fejlődés lehetősége mennyire hat a motivációjukra. Minél magasabb volt a szakemberek ellátási területén a szociálisan hátrányos gyermekek száma annál kisebb mértékben vélekedtek úgy a választ adók, hogy a jó munkatársi kapcsolat nagymértékben hat a motivációjukra (b=-0,09, p=0,032). Az idősebb válaszadók inkább úgy vélekedtek a többváltozós lineáris regressziós elemzés során, hogy munkájukban a döntésekben való részvétel lehetősége nagymértékben befolyásolja őket, mint a fiatalabbak (b=0,34, p<0,001). A védőnők nagyobb mértékben gondolkodtak úgy hogy nagyon nagy mértékben hat a motivációjukra a szülőktől származó visszajelzés (b=0,16, p<0,001). A munka változatossága, mint motivációs tényező esetében is azt tapasztaltuk, hogy a védőnőket nagyobb mértékben motiválja a munka változatossága, mint az orvosokat (b=0,16, p<0,001). A munkafeladatok jelentősége (b=0,095, p=0,027), önálló munkavégzési lehetőségek (b=0,14, p=0,001) munkahelyi elismerés (b=0,22, p<0,001) és a közvetlen felettessel való kapcsolat minősége (b=,033, p<0,001), mint motivációs tényező nagyobb mértékben érvényesült a védőnők körében, mint az orvosok között.

A közvetlen felettes vezetési stílusa a védőnők körében inkább rendelkezett motivációs erővel, mint az orvosok esetében (b=0,33, p<0,001), valamint minél idősebb volt a szakember annál kevésbé (b=-0,14, p=0,002) érezték közvetlen felettes vezetési stílusát motivációs erőnek munkájuk során. A szülők visszajelzéséhez hasonlóan a szülők pozitív visszajelzését is inkább a védőnők tartották motivációs tényezőnek (b=0,18, p<0,001). A munkatársak és az

együttműködő szakemberek pozitív visszajelzése a védőnők körében nagyobb mértékben fejtett ki motivációs erőt, mint az orvosok esetében, valamint minél magasabb volt a 0-7 éves korú ellátottak száma, annál fontosabb motivációs erőnek jelentették a munkatársak, az együttműködő szakemberek pozitív visszajelzését. (65.táblázat)

65. táblázat

		b	p
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a munkával és a képzettséggel arányos bérezés?	Helyettesített területen 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma	-0,178	0,001
	Ellátási helyettesítet területén/praxisában élő eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek száma az adatfelvétel idején?	0,113	0,032
	R^2	0,021	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában az ösztönző jutalmazási rendszer?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos,védőnő/	0,113	0,010
	R^2	0,013	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a társadalmi megbecsültség?		b	p
	Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?	0,073	0,033
	R^2	0,005	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a megfelelő munkakörnyezet?		b	p
	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,074	0,088
	R^2	0,005	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a megfelelő munkafeltételek?		b	p
	Amennyiben Ön több települést vagy település részt is ellát, írja be a négyzetbe az ellátott települések számát!	0,043	0,316
	R^2	0,002	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a munkahelyi légkör?		b	p
	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	0,069	0,122
	Amennyiben Ön több települést vagy település részt is ellát, írja be a négyzetbe az ellátott települések számát!	0,056	0,206
	R^2	0,006	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a munkabiztonság?		b	p
	Helyettesített területen ellátottak/gondozottak száma	-0,095	0,027
	R^2	0,009	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a elvárások tisztázottsága?		b	p
	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	-0,059	0,175
	R^2	0,003	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a felelősségi körök tisztázottsága?		b	p
	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	-0,084	0,051
	R^2	0,007	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a megfelelő hatalmi egyensúly lehetősége?		b	p
	Hány hónapos gyakorlattal rendelkezik?	-0,12	0,007
	R^2	0,014	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a kontroll lehetősége a munkakörnyezet felett?		b	p
	Hány éves Ön?	-0,118	0,011
	Saját területen ellátottak/gondozottak száma.	0,12	0,009
	R^2	0,018	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában az ellenőrzés lehetősége a munkakörnyezet felett?		b	p
	Munkája során orvosként hány védőnővel, illetve védőnőként hány orvossal áll munkakapcsolatban?	-0,116	0,007
	R^2	0,014	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a lehetőség a fejlődésre?		b	p
	Saját területen ellátottak/gondozottak száma.	0,079	0,067
	R^2	0,006	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a jó munkatársi kapcsolatok?		b	p
	Ellátási saját területén/praxisában élő szociálisan hátrányos gyermekek száma az adatfelvétel idején?	-0,092	0,032

	R^2	0,009	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában az előbbre jutási lehetőség?		b	p
	Hány éves Ön?	-0,218	<0,001
	R^2	0,048	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a döntésekben való részvétel lehetősége?		b	p
	Saját területen ellátottak/gondozottak száma.	0,115	0,008
	R^2	0,013	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a visszajelzés a közvetlen felettestől?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,343	<0,001
	R^2	0,118	

p:szignifikancia szint, b: lineáris regressziós koefficiens, R^2: a modell magyarázó ereje

Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a visszajelzés a szülőktől?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,138	0,001
	R^2	0,019	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a munka változatossága?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,161	<0,001
	R^2	0,026	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a munkafeladatok jelentősége?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,095	0,027
	R^2	0,009	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a önálló munkavégzési lehetőség?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,144	0,001
	R^2	0,021	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a munkahelyi elismerés?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,226	<0,001
	R^2	0,051	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a közvetlen felettessel való kapcsolat minősége?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,422	<0,001
	R^2	0,178	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a közvetlen felettes vezetési stílusa?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,337	<0,001
	Hány éves Ön?	-0,144	0,002
	R^2	0,182	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a szülők pozitív visszajelzése?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,181	<0,001
	R^2	0,033	
Milyen mértékben motiválja Önt munkájában a munkatársak, az együttműködő szakemberek pozitív visszajelzése?		b	p
	Mi a ön foglalkozása /orvos_védőnő/	0,097	0,03
	Helyettesített területen 0-7 éves korú ellátottak/gondozottak száma	0,091	0,041
	R^2	0,013	

p:szignifikancia szint, b: lineáris regressziós koefficiens, R^2: a modell magyarázó ereje

9.2. Eredmények összefoglalása

A szakemberek motivációját különböző területeken, 10-es skálán értékelve átlag score-okat számoltunk, és határoztuk meg a befolyásoló tényező mértékét. Minden esetben a legkardinálisabb kérdés a bérezést, amely véleményünk szerint minden csoportban igaz meghatározó, és ezt a kapott eredmények is alátámasztották. A munkával és képzettséggel arányos bérezés, az átlagos pontszámok alapján a védőnőket motiválja leginkább, 7,4 ponttal. A vegyes praxisú háziorvosok 6,82-re, a házi gyermekorvosok 6,62-re értékelték ezt. Ennél azonban fontosabbnak ítélték a társadalmi megbecsülést. A társadalmi megbecsültségre a védőnők átlagosan 8,02, a házi gyermekorvosok 8,00, a vegyes praxisú háziorvosok pedig 7,77 pontot adtak. Ennél is meghatározóbbnak ítélték a megfelelő munkakörnyezetet a védőnők átlagosan 8,2, a vegyes praxisú háziorvosok 8,19, a házi gyermekorvosok pedig 7,96 pontot adtak. A munkahelyi légkör a legnagyobb mértékben a vegyes praxisú háziorvosokat motiválja (8,77 pont), a legkevésbé pedig a házi gyermekorvosokat (8,66 pont). A fejlődésre való lehetőség szintén a vegyes praxisú háziorvosokat motiválja leginkább. Ők 8,45 pontra értékelték ezt. A védőnők esetében figyelhetjük meg a legalacsonyabb értéket (8,08). A szülőktől kapott visszajelzés a védőnők esetében volt a leginkább motiváló tényező, átlagosan 9,05 pontra értékelték ezt.

A munka változatossága legnagyobb mértékben szintén a védőnőket motiválja, ők átlagosan 8,55 pontot adtak erre.

A védőnőket ez a faktor szignifikánsan nagyobb mértékben motiválja felmérésünk alapján, mint az orvosokat.

A közvetlen felettessel való kapcsolat a védőnők esetében bizonyult legnagyobb mértékben szignifikáns motiváló tényezőnek. Ők ugyanis 8,36

pontra értékelték ezt, szemben a vegyes praxisú házorvosokkal, akik 6,00 és a házi gyermekorvosokkal, akik átlagosan 5,91-re pontozták ezt a motiváló tényezőt. Ennek legfőbb oka, hogy a védőnők körében működik a szakmai felügyelet, amely segíti a szakmai munkát, még ez az orvosoknál az elmúlt időszakban felbomlott a szakfelügyeleti rendszer.

10 Eredményekhez kapcsolódó országos becslések

Az eredmények részletes bemutatását követően azon tényezők kapcsán, készítettünk országos becsléseket, melyek a későbbiekben megfogalmazásra kerülő indikátorokhoz kapcsolódnak. A becsléseket a védőnői mintára vonatkoztatva, település típusonként mutatjuk be.

A szűrővizsgálati eszközök működésével való elégedettség kapcsán az érzékszervi vizsgálathoz szükséges eszközökre, valamit a számítógép és internet lehetőségre készültek becslések.

66. táblázat A védőnők teljes mértékű elégedettsége a látásvizsgáló eszközökkel

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	130,48	28,2%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	176,32	28,3%
város	1217	547,65	45%
község	1452	564	38,8%

67. táblázat A védőnők teljes mértékű elégedettsége a hallásvizsgáló eszközökkel

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	143,1091	30,9%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	173,0556	27,7%
város	1217	623,7125	51,2%
község	1452	521,2308	35,9%

68 táblázat A védőnők teljes mértékű elégedettsége a munkavégzéshez használt számítógéppel

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	54,71818	11,8%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	147,2545	23,6%
város	1217	323,5063	26,6%
község	1452	353,8487	24,3%

69. táblázat A védőnők teljes mértékű elégedettsége a munkavégzéshez használt internettel

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	136,6952	29,5%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	181,7083	29,1%
város	1217	512,4211	42%
község	1452	598,6316	41,2%

A továbbképzéseken való részvételt a védőnők esetében nagymértékben befolyásolja, hogy az a munkáltató által támogatott-e. Az alábbi táblázatban a nagyon alacsony támogatottsági arányt láthatjuk.

70. táblázat A védőnők teljes mértékű elégedettsége a munkáltató által támogatott továbbképzésekkel

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	43,57647	9,4%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	86,93023	13,9%
város	1217	274,2535	22,5%
község	1452	329,3196	22,6%

A védőnők munkával való elégedettségét befolyásolja a szupervízió, az alábbiakban az látható, hogy milyen arányban segíti a szupervízió lehetőségének felajánlása.

71. táblázat A szupervízió lehetősége a védőnői munkát teljes mértékben segítené

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	104,2793	22,5%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	260,5273	41,8%
város	1217	349,8875	28,7%
község	1452	464,1639	31,9%

Az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek együttműködésére, kommunikációjára vonatkozó adatok az alábbiak szerint alakulnak.

72. táblázat A védőnők házi gyermekorvossal való együttműködésére vonatkozó elégedettségi mutató

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	450,5982	97,3%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	589,625	94,6%
város	1217	1156,15	95%
község	1452	1357,561	93,5%

73. táblázat A védőnők védőnővel való együttműködésére vonatkozó elégedettségi mutató

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	266,9059	57,6%

megyeszékhely, megyei jogú város	623	365,6739	58,6%
város	1217	837,9344	68,8%
község	1452	968	66,6%

74. táblázat A védőnők házi gyermekorvossal való kommunikációra vonatkozó elégedettségi mutató

Település típusa	**Országos megoszlás (fő)**	**Országos becslés (fő)**	**Becslési %**
főváros	463	257,2222	55,5%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	458,434	73,5%
város	1217	713,9733	58,6%
község	1452	959,5826	66,1%

75. táblázat A védőnők védőnővel való kommunikációra vonatkozó elégedettségi mutató

Település típusa	**Országos megoszlás (fő)**	**Országos becslés (fő)**	**Becslési %**
főváros	463	283,5875	61,2%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	460,4783	73,9%
város	1217	818,7091	67,3%
község	1452	1042,024	71,7%

A védőnőktől a szülői együttműködésre vonatkozóan több területre is rákérdeztünk, ezek közül a gyermek fejlődésében nyújtott segítségére készült becslés.

76. táblázat Védőnői elégedettség a szülői aktivitással, azzal, ahogyan a szülők segítik gyermekük átlagos fejlődését

Település típusa	**Országos megoszlás (fő)**	**Országos becslés (fő)**	**Becslési %**

főváros	463	325,3514	70,2%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	407,7818	65,4%
város	1217	801,0633	65,8%
község	1452	880,7213	60,6%

A védőnői dokumentációt, információáramlást szintén több tényező segítené, de ezek közül a későbbi indikátorokban megfogalmazott elektronikus adatgyűjtésre készült országos becslés.

77. táblázat A dokumentáció és információáramlás területén a munkát eredményesebbé tenné a gyermekkel kapcsolatban elektronikusan megőrzendő információk egységesítése

Település típusa	**Országos megoszlás (fő)**	**Országos becslés (fő)**	**Becslési %**
főváros	463	421,2883	90,9%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	599,9259	96,3%
város	1217	1124,57	92,4%
község	1452	1344,885	92,6%

A továbbképzések területe szintén hangsúlyt kap az indikátorképzés során. A kérdőívben több fejlődési területet is megjelöltünk a továbbképzési igények kapcsán, melyek közül a becslések során csak hármat emeltünk ki. Ezen belül az látható, hogy a védőnők milyen mértékben tartanák fontosnak az alábbi területeken a gyanújelek felismerésére vonatkozó képzések szervezését. A védőnő legfőbb feladata az első jelen korai felismerése, és a szakemberhez fordulás támogatása.

78. táblázat Mozgásfejlődés területén a gyanújelek felismerését célzó továbbképzésre vonatkozó igény

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	297,6429	64,3%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	255,875	41%
város	1217	638,925	52,5%
község	1452	661,0732	45,5%

79. táblázat Értelmi fejlődés területén a gyanújelek felismerését célzó továbbképzésre vonatkozó igény

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	310,0446	66,9%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	300,375	48,2%
város	1217	714,9875	58,7%
község	1452	755,5122	52%

80. táblázat Pszicho-motoros fejlődés területén a gyanújelek felismerését célzó továbbképzésre vonatkozó igény

Település típusa	Országos megoszlás (fő)	Országos becslés (fő)	Becslési %
főváros	463	281,1071	60,7%
megyeszékhely, megyei jogú város	623	222,5	35,7%
város	1217	608,5	50%
község	1452	661,0732	45,5%

11 Megbeszélés

A következőkben a vizsgálati eredményeket kívánjuk összefoglalni, rávilágítva ezzel az alapellátásban dolgozó szakemberek számára szükséges indikátorrendszer megalapozottságára.

A gyermekek optimális fejlődésének biztosítását különböző részterületek megvalósulására vonatkoztatva vizsgáltuk.

A fókuszcsoportos interjú alapján a feladat komplexitása hangsúlyozódott ki. A védőnők zömmel azt a szemléletet vallják, hogy nem emelhetünk ki egy – egy globális célt, személyre szabottan kell a legtöbbet kihozni a gyermek fejlődéséből, a családi környezet ismeretében. A gyermekgyógyászok, vegyes praxisú háziorvosok hasonló véleményt fogalmaztak meg, a nevelés szerepét hangsúlyozva.

A kérdőívek feldolgozása során azt tapasztaltuk, hogy a különböző szakmacsoportok különböző részterületeket tartanak hangsúlyosnak. Jellemzően a középkorú (35-49 év) védőnők azok, akik a leginkább figyelnek pl. az érzék és mozgásszervi fejlődésre, a táplálkozásra, a fejlődést akadályozó tényezők felismerésére, kiszűrésére, megfelelő szakemberhez való irányításra. A diagnózis felállítását, a fejlődési rizikóval élő gyermek nyomon követését pedig a házi gyermekorvosok érzik leginkább magukénak. A családi anamnézis feltérképezése különösen hangsúlyos a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei szakemberek körében. Szintén BAZ megyében, továbbá Csongrád megyében érzik leginkább feladatuknak a szakemberek az eltérő fejlődésű gyermekek szakemberhez irányítását. Egyes esetekben a több háziorvossal, védőnővel való munkakapcsolat fokozza a figyelmet, más területen éppen ott a legjobb a hatékonyság, ahol egy orvos – egy védőnő dolgozik együtt. A kiszűrt megkésett fejlődésű gyermekek nyomon követése a legkevésbé a vegyes praxisú

háziorvosok körében valósul meg. A segítségnyújtás ebben a témakörben a védőnők között, főleg a középkorú védőnők körében jellemző. A fentiek alapján elmondható, hogy első hipotézisünk igazolódott, miszerint az alapellátásban dolgozó szakemberek elérendő célnak tartják a gyermekek testi, pszichés fejlődésének támogatását.

Feltételezésünk, hogy azokat a fejlődési területeket kísérik fokozott figyelemmel a szakemberek, melyek megítélésük szerint kiemelt fejlődési célok, részben igazolódott. Vizsgáltuk, hogy mely területeket követik inkább az orvosok, védőnők csecsemő, kisgyermek és óvodás korban. A fókuszcsoportos interjún elhangzottak a kérdőíves felméréssel egybehangzóan arra mutatnak, hogy csecsemőkorban a testi fejlődés a leginkább hangsúlyos, de a tápláltsági állapot, a mozgásszervi, érzékszervi, értelmi, kommunikációs fejlődés is nagy figyelmet kap. A középkorú védőnők és a 35 év alatti házi gyermekorvosok közül válaszoltak legtöbben úgy, hogy ezek a területeket kiemelt figyelemmel kísérik. Legkevésbé a vegyes praxisú háziorvosok tudnak ezekkel a kérdésekkel foglalkozni gondozottaik körében. A vizsgálat megerősítette azt az előfeltevést, hogy helyettesítés esetén, illetve ha több védőnővel, orvossal való együttműködésben zajlik a munka, akkor kevesebb figyelem jut ezekre a szempontokra. Előny lehet azonban, ha a védőnő, orvos nem csak területi feladatokat lát el, hanem óvoda, illetve óvoda-iskolaegészségügyi feladatokat is, illetve egyes részterületekre inkább odafigyelnek azok, akik csatolt településeket látnak el, továbbá ha az ellátási terület a fővároson kívül helyezkedik el.

Célunk lenne azt elérni, hogy minden szakember számára ugyanolyan fontos legyen az egészséges gyermekek fejlődésének követése, mint a betegségek ellátása.

A családok segítésében való kompetencia határokat több tényező együttesen határozza meg. Az orvosok és a védőnők szerint sem elég pontosak a törvényi szabályozások, módszertani irányelvek, így nem elkülöníthetők a feladatok. Bár a szociálisan hátrányos helyzetű körzetek kivételével jellemzően elégedettek a szakemberek (leginkább a középkorú védőnők) a szülők együttműködési hajlandóságával, tájékozottságával, aktivitásával, mégis a családok elvárásai is hozzájárulnak a kompetencia határok elmosásához. Elmondható, hogy részben igazolódott azon hipotézisünk, melyben azt állítottuk, hogy a védőnők gyakrabban észlelik a kompetencia határok tisztázatlanságát. A fókuszcsoportban elhangzottak ezt elvetik, még a kérdőív adataiból azt látjuk, hogy 29,7% észleli a kompetencia problémát.

Igazolódott feltételezésünk, miszerint a megkérdezettek jelentős része elégedetlen a munkakörülményekkel, munkafeltételekkel, eszközökkel. Az eredményekből azt láttuk, hogy a szakemberek legalább 90%-ának megvannak a munkafeltételei, az eszközei, azonban ezzel 60%-uk elégedetlen. A nyitott kérdésekben megfogalmazódott, hogy az érzékszervek vizsgálatához szükséges látás és hallásszűrő, valamint csecsemőmérleg, és a játékfejlődés megítéléséhez szükséges eszközök hiányoznak.

A praxis jellemzői hatással vannak az együttműködő szakemberek kapcsolattartására, valamint a kommunikációra. A vizsgálatba bevont házi-gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok, védőnők társszakmákkal való együtt működését vizsgálva elmondható, hogy a kapcsolati háló szerteágazó. Az orvosok nagyobb valószínűséggel tartanak kapcsolatot szakorvosokkal, még a védőnők elsősorban a nevelést-oktatást végző szakemberekkel, és a szociális ágazat képviselőivel. Az elemzés során azt tapasztaltuk, hogy a védőnők nagyobb eséllyel (EH=34,89, $p<0,001$) dolgoztak együtt házi gyermekorvosokkal

vagy háziorvosokkal, mint a házi gyermekorvosok kollegájukkal. A védőnők együttműködése a gyermeket ellátó orvosokkal rendszeresnek és folyamatosnak mondható (96%), még az orvosok saját kollégáikkal sokkal alacsonyobb arányban (33%, 26%) működnek együtt. Az orvosok védőnőkkel való kapcsolattartása az eltérő fejlődést mutató gyermekek vonatkozásában már sokkal jobb (84%). Ezt számunkra azt mutatja, hogy a gyermekek fejlődését nyomon követő, alapellátást végző szakemberek rendszeres kapcsolatot tartanak egymással, ami elősegíti az eltérő fejlődést mutató gyermekek folyamatos ellátását.

A társágazati szereplők körében zajló fókuszcsoportos interjúk alapján is elmondható, meg nincs rendszeres kapcsolat az egészségügyi alapellátás szereplői és a társágazatok között. A védőnők,/orvosok ritkán járnak a nevelési oktatási intézményekbe, és ekkor sincs lehetőség a gyermekek fejlődésének megítélésére. A szociális ágazat szereplői is hiányolják a kétirányú, és azonnali jelzéseket. A korai fejlesztők is hiányolják a védőnői jelzéseket, a jól használható anamnéziseket, valamint a fejlesztés támogatását. Az új diagnosztizálásra vonatkozó jogszabályokkal a megkérdezettek még nem voltak tisztában, kivéve a szakértői bizottság tagjai. A társágazatok szereplői elmondták, hogy az orvok igénylik, hogy ők mindenkitől kapjanak jelzést, de ők „nem tudják”, hogy a jelzőrendszer tagjai.

A megkérdezett szakemberek családokkal szembeni elvárásai különbözőek, de 60-80%-ban elégedettek a kérdőívben feltüntetett tényezőkkel. Legkevésbé azokkal az információs forrásokkal elégedettek, amelyekből a szülők tájékozódnak gyermekük gondozásával, fejlődésével kapcsolatosan. Elmondható, hogy a szülői hozzáállással a védőnők elégedettebbek, mint az

orvosok. Minél több a szociálisan veszélyeztetett szülő, annál kevésbé elégedettek a szülők kapcsolattartási hajlandóságával, és a szülői aktivitással.

Az orvosi/védőnői dokumentációt vizsgálva minden terület szükségesnek tartja a dokumentációs rendszer változtatását. A kérdőíves felmérés adataiból kiderül, hogy a változtatást azonos mértékben tartják fontosnak minden terület képviselői. Az egységes elektronikus rendszer kiépítését nagyobb arányban a házi gyermekorvosok igényelnék (71%), kisebb mértékben a védőnők (68%). Adatvédelmi garanciák mellett az adatbázisok összehangolását is elsősorban (69%) a házi gyermekorvosok, és csak 60%-ban támogatják teljes mértékben a védőnők. A szoftver ellátottság növelését a vegyes praxisú háziorvosok 79%-a, a házi gyermekorvosok 77%-a, még a védőnők 74%-a támogatná. Ezzel ellentétben nem tartja szükségesnek a megkérdezettek 15-20%-a, a hiányos adatközlés szankcionálását. A dokumentációra vonatkozó adatok egyik esetben sem mutatnak szoros, szignifikáns összefüggést.

A szakemberek felkészültségét vizsgálva elmondható, hogy minden területen közel azonos mértékben érzik magukat felkészültnek a fejlődési területek megítélésében. A kompetenciahatároknak megfelelően a vegyes praxisú háziorvosok érzik magukat a legfelkészültebbek a 0-7 éves korú gyermekek testi, pszichés és szociális fejlődésének felmérésére használt módszereket, szempontrendszerek és eszközök ismeretét illetően. A védőnők érzik magukat a legkevésbé tájékozottnak, de a három szakembercsoport között nincs jelentős eltérés.

A házi gyermekorvosok és a védőnők esetében, ha a saját területükön ellátottak száma magas volt, az negatívan befolyásolta a felkészültségüket a gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak és az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismeretében. Ez azonban pozitívan befolyásolja a

gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete terén érzett felkészültségüket. Abban az esetben, ha az orvosok több védőnővel tartottak munkakapcsolatot annál kevésbé érezték magukat felkészültnek a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretében. A védőnők minél több orvossal tartottak kapcsolatot annál kevésbé érezték magukat felkészültnek az eltérő vagy megkésett fejlődési ütem gyanújeleinek, korai tüneteinek ismerésében.

A továbbképzésen való részvétel fontos részét képezi a szakmai előrehaladásnak. Amíg az orvosok elsősorban szakkönyvekből, szakmai folyóiratokból nyerik a korszerű ismereteket, addig a védőnők a továbbképzéseken való részvételt emelték ki a kutatásunkban. A továbbképzési aktivitást elsősorban az új ismeretek szerzése, „pontszerzés" motiválja. A továbbképzésen való részvételt a megkérdezettek körében akadályozza, hogy nem támogatja a költségeket a munkáltató, valamint az utazással járó magas költségek, és a nem megfelelő időpont. A vizsgálat során rákérdeztünk, hogy milyen elvárásaik lennének az időpontra és a képzés időtartamára vonatkozóan. Az orvosok elsősorban a hétvégi és a munkaidőn túli időszakban szervezett továbbképzéseken vennének részt, mert a helyettesítés biztosítása többlet költséget jelent számukra. Ez jelenthet akár többnapos, vagy csupán 1-2 órás alkalmakat is. Ezzel szemben a védőnők a hétközben, munkaidőben szervezett, egy napos képzésen vennének részt szívesen.

A munkavégzésre ható motiváló tényezőket rangsorolva két ponton találtunk eltérést az orvosok és a védőnő között. Az egyik a szülőktől kapott visszajelzés, ami nagymértékben befolyásolja a védőnők munkamotivációját, a másik pedig a közvetlen felettessel való kapcsolat, amely az orvosoknál sok esetben nem értelmezhető. Az alábbi rangsor született a védőnőknél;

elsődleges motiváló faktor a szülőktől kapott visszajelzés (9,05), a munka változatossága (8,5), majd a munkahelyi légkör (8,7), a megfelelő munkakörnyezet (8,2), a társadalmi megbecsültség (8,02), valamint legkevésbé befolyásoló tényező a képzettséggel arányos bérezés (7,4).

A házi gyermekorvosokat leginkább motiválja a munkahelyi légkör (8,6), a társadalmi megbecsültség (8,0), a megfelelő munkakörnyezet (7,9), majd a képzettséggel arányos bérezés (6,6), és legkevésbé motiváló hatása a közvetlen felettessel való kapcsolatnak van (5,9).

Összegzésként elmondható, hogy a szakirodalom, és gyakorlati tapasztalataink szerint felállított hipotéziseink megválaszolást nyertek, és ezek alapján megtörténhet a közbeszerzési eljárásban előírt indikátorrendszer felállítása.

12 FELHASZNÁLT IRODALOM

1. *Kiemelt program a koragyermekkori fejlesztésért* http://www.esza.hu/hir/kiemelt-program-a-koragyermekkori-fejlesztesert-_1928 (Letöltés dátuma: 2013.04.28.)
2. *Terítéken a Koragyermekkori program* http://www.hgye.hu/wp-content/uploads/TAMOP-18-19.pdf (Letöltés dátuma: 2013.04.28.)
3. *Értékelemzési zárójelentés a korai fejlesztés koncepciójának kialakításáról* (2005): ISzCsM, Fogyatékosügyi Főosztály
4. Kereki, J., Lannert, J. (szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai mûködése. Kutatási zárójelentés. Kézirat*. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest http://www.fszk.hu/opi/szolgaltatas/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanulmany_KORINT.pdf (Letöltés dátuma: 2013.04.28.)
5. European Agency for Development in Special Needs Education, 2010. *Korai fejlesztés – Előrelépés és eredmények 2005–2010,* Odense, Dánia: European Agency for Development in Special Needs Education - Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért: Korai fejlesztés – Az európai helyzet elemzése (Kulcstényezők és ajánlások) https://www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention/eci_hu.pdf (Letöltés dátuma: 2013.04.28.)
6. Czeizel, B. (2009): *A koragyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője* Gyógypedagógiai Szemle 2009/2-3. http://prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=24&jaid=316 (Letöltés dátuma: 2013.04.28.)
7. Fazekas, J. Köllő, J. Varga J. (2008): *Zöld könyv – A magyar közoktatás megújításért.* ECOSTAT, Budapest
8. Kereki, J. Lannert, J. (2009): *A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése,* Fogyatékosság és társadalom, 2., 69–87.o.
9. Kereki, J. (2010): *A koragyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata*. Gyógypedagógiai Szemle, 1., 32–45.o.
10. Kereki, J. (szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárótanulmány.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest.

http://www.educatio.hu/download/eselyegyenloseg/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf (Letöltés dátuma: 2013. 04. 28.)

11. Balázs, I. (szerk): *A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások* Biztos Kezdet Kötetek II. Budapest, 2011 Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (korábban Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet) - Gyerekesély project www.biztoskezdet.eu (Letöltés dátuma: 2013. 04. 29.)
12. Rosta, K. (2005): *Add a kezed! - A mentális fejlődés segítése sajátos nevelési igényű gyermekeknél a korai fejlesztés és speciális óvodai nevelés programja*. Logopédia Kiadó, Budapest
13. *Kisgyermekek napközbeni gondozása* - KSH 2012. november http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/kisgyermnapkozbeni.pdf (Letöltés dátuma: 2013. 04. 30.)
14. *Oktatási adatok*, 2012/2013. Statisztikai tükör. VII. évfolyam 32. szám http://www.ksh.hu/oktatas (Letöltés dátuma: 2013. 04. 30.)
15. Herczogh, M.: *Koragyermekkori fejlesztés* http://fejlesztok.hu/szekciok/fejlesztopedagogusoknak/79-koragyermekkori-fejlesztes.html (Letöltés dátuma: 2013. 04. 28.)
16. Odor, A. (2007): *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása* http://www.oktatasikerekasztal.hu/hattertanulmanyok/01/odor_andrea_vedonoi_rendszer.pdf 2007. november (Letöltés dátuma: 2013. 04. 30.)
17. *A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban* (Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2004.) https://www.antsz.hu/data/cms26771/ (Letöltés dátuma: 2013. 04. 30.)
18. *A házi gyermekorvos kompetencia listájáról* – EÜM szakmai protokoll http://gyermekorvostarsasag.hu/protokollok.aspx (Letöltés dátuma: 2013. 04. 28.)
19. Odor, A. (2011): *Összefoglaló az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködésére kiadott "Szakfelügyeleti Ajánlás" megvalósulásának védőnői tapasztalatairól. Kézirat*. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály, Budapest
20. Kálmán, M. (2002): *A gyermekorvos és a védőnő együttműködése. Hírvivő* http://www.hgye.hu/iranyelvek/a-gyermekorvos-es-a-vedono-egyuttmukodese/ (Letöltés dátuma: 2013. 04. 29.)

21. Kereki, J. (2013): *A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei* 2013/1 Gyógypedagógiai Szemle 23-38.o.

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE