



EFOP-2.2.0-16-2016-00002

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

VI. Alprojekt értékelés 2. részfeladat

A megyei programok kérdőíveinek összefoglaló elemzése (1. szakasz)

Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta, Dr. Oláh Róza, Dr. Gáll József, Dr. Szabó Éva,

Dr. Zombor Erika, Boris Péter

Debrecen, 2019. április 8.





Tartalom

1. Bevezetés	3
2. Az eredmények bemutatásának struktúrája	8
3. A szakmai kérdőívek elemzése	8
3.1. A minta összetétele	9
3.2. Közös gondozási esetmegbeszélések	14
3.3. Mentálhigiénés teamek, szakmai programok	17
3.4. A rendezvények hatása a résztvevők önértékelése alapján	20
3.5. Egyes szektorok közötti eltérések vizsgálata	29
3.5.1. Szektorok versus válaszok: a kérdőív néhány főbb kérdés csoportjának összevetése a szektorváltóval.....	29
3.6. Az utólagos kérdőívekben adott „visszajelzések” a programról szektoriális bontásban ..	33
4. A hozzátartozói (szülői) kérdőívek elemzése	35
4.1. A hozzátartozói minta legfontosabb jellemzői	35
4.2. Legfontosabb eredmények a hozzátartozói válaszok alapján	36
4.2.1. Egészséget befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos tudásszintre, attitűdökre vonatkozó kérdések.....	36
4.2.2. A nevelt gyermeknél a mentális egészséghez kapcsolódó probléma gyanúja vagy fennállása esetén az egyes ellátások igénybevételi hajlandóságára vonatkozó kérdések	39
4.2.3. Mennyire fontos, hogy a nevelt gyermek(ek) kortárs(ai) kezdetű kérdések	42
4.2.4. A jelenlegi egészségügyi alapellátás (azon belül is kiemelten az iskola-egészségügyi ellátás) megfelelőségével kapcsolatos kérdések	44
5. Összefoglaló megjegyzések	46
Hivatkozások	50
Mellékletek listája	51



1. Bevezetés

Az EFOP-2.2.0-16-2016-00002 azonosítószámú „Gyermek és ifjúságpszichiátriai addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” című kiemelt projekt nagy hangsúlyt fektetett a megvalósuló intervenciók (legyen az infrastruktúra fejlesztés vagy a szakembereket és lakosságot célzó megyei program) értékelésére. Az értékelés elsődleges célja, annak vizsgálata, hogy az adott intervenció milyen mértékben és milyen módon befolyásolja azt a problémát, melynek megoldása/csökkentése az adott intervenció eredeti célkitűzése volt. (eredményértékelés) Másodlagos célja, az adott beavatkozás megvalósítási folyamatainak vizsgálata, milyen tényezők és szereplők voltak hatással az intervenció kidolgozására és implementálásra, illetve hogy ezen, belső és külső befolyásoló tényezők elősegítették vagy gátolták a megvalósulást, illetve annak sikerességét. (folyamatértékelés)

A kiemelt projekt keretében megvalósuló intervenciók közül a megyei programok folyamat-és eredményértékelése a Debreceni Egyetem VI. alprojekthez tartozó feladata. Jelen összefoglaló tanulmány a folyamatértékelés első fázisának eredményeit mutatja be.

Mielőtt rátérnénk az eredmények értékelésére röviden bemutatjuk az értékeléssel érintett megyei programok eredeti célrendszerét, az értékelés módszertanát, valamint röviden kitérünk a programsorozat és az ahhoz kapcsolódó értékelési folyamatok kidolgozása során figyelembe vett hazai és nemzetközi szakirodalmi irányvonalak bemutatására is. (Utóbbi részletesen a külön eredménytermékként kidolgozásra került *A megyei programok hatását mérő eszközrendszer kidolgozása és alkalmazása* című eredményterméke tartalmazza)

A megyei programok célját és fő tevékenységét a kiemelt projekt Megvalósíthatósági Tanulmánya az alábbiakban határozza meg: „*A helyi/megyei projekt-elem hálózatépítést végez a mentálhigiénés ellátórendszerek és az egészségügyi és szociális alapellátás, valamint az érintett köznevelési szakemberek között*” Ezen felül a programsorozat magában foglal már közvetlenül a lakosságot célzó programokat is.

¹ Megvalósíthatósági Tanulmány a Gyermek és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése kiemelt projekt felhíváshoz, Állami Egészségügyi Ellátó Központ 2016 Budapest



Ezen programok célja a mentális egészséggel, illetve a mentális egészséghöz kapcsolódó ellátórendszerre vonatkozó adekvát információk könnyen érthető módon történő átadása, a lakosság és azon belül a kiemelt célcsoportok (18 éven aluli gyermekek, illetve a 18 éven aluli gyermeket nevelő szülők/gondviselők) számára.

A programsorozat célja röviden tehát a helyi inter-szektoriális és inter-professzionális együttműködések elősegítése, illetve a lakosság információs szintjének növelése.

Elsősorban a Nagy és tsai. (2018) által készített tanulmányt emeljük itt ki, melynek fontosabb megállapításából néhányat az alábbiakban összefoglalunk.

A szakirodalom alapján a hatásos, eredményes intervenció kapcsán mind a legfontosabb tünetek, mint például az agresszió, addikció, pszichosis, mind a folyamatban résztvevők - mint egészségügyi dolgozók, pedagógusok, szociális szakemberek - szempontjait figyelembe kell venni, de a mentális problémákkal érintett gyermekeknek, a fiataloknak és a szüleiknek, gondozóiknak bevonása is elengedhetetlen. Ehhez azonban a közös fogalmi rendszer és a teamszemléletű munkamódszer kialakítása nélkülözhetetlen.

A kollaboratív ellátás hatásosságát vizsgáló tanulmányok (Henderson és tsai (2017), Zatzik és tsai. (2014), Kolko és tsai. (2014), Carpenter (2007), Petch (2008), Bronstein (2002)) alapján mondhatjuk, hogy ez az ellátási forma számos kórkép esetén és akár már alapellátási szinten is eredményes lehet. Minden tanulmány hangsúlyozza, hogy a rendszerszintű intézkedések hatása csak hosszú idő után mutat érzékelhető változást, így jelen felmérésünkben magára a helyi együttműködések és a kollaboratív ellátások mérésére és értékelésére nem törekedtünk, „csupán” azt vizsgáltuk, hogy a megyei programok hozzájárulnak-e a helyi együttműködések kialakításához és fejlesztéséhez.

A célok elérésére szolgáló programsorozat megyénként 30 rendezvényből tevődik össze a teljes megvalósítási időszak alatt. Jelen tanulmány a vizsgálathoz kiválasztott három megyében (Fejér, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye), az első megvalósítási ütemben megvalósított programok értékelését tartalmazza.

Az első ütemben 3 rendezvénytípus került megvalósításra megyénként. Ebből kettő szakmai típusú rendezvény („Szakmaközi megbeszélés”, „Egészségfejlesztő Drogügyi Koordinátorok Klubja”), és egy pedig lakossági típusú (Hozzá tartozói csoport) rendezvény volt. Az egyes programok eredeti célrendszerét a következőkben, táblázatos formában röviden ismertetjük



Program elnevezése	Célkitűzés	Célcsoport	Résztevők száma
Egészségfejlesztők, drogügyi koordinátorok klubja I.	Találkozási és továbbképzési lehetőség az iskolákban dolgozó szakembereknek az alábbi kérdéskörök mentén: <ul style="list-style-type: none">• hol akad el az iskolai egészségfejlesztés?• A lelki egészség módszertana iskolákban.• Korai problémaészlelés a tanulók körében.• A stigmák meghaladása, és kezelésre motiválás	Köznevelési intézményekben dolgozó szakemberek (pedagógus, iskolaorvos, iskolavédőnő, iskolapszichológus, iskolai szociális munkás). Célcsoportok lehetnek azon típusú iskolákban dolgozó szakemberek, ahol gyakrabban fordul elő a szerhasználat, az agresszió (pl. néhány szakközépiskolában, ez napi szintű probléma).	10 fő/alkalom
Szakmaközi megbeszélések I.	Aktuális információk cseréje. A helyi ellátók közötti együttműködések facilitálása, az együttműködését elősegítő és gátló tényezők azonosítása, a lehetséges fejlesztési pontok azonosítása	elsősorban intézményvezetői szint az alábbi szervezetek részéről: Család- és Gyermekegészségügyi Központ, Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény, Megyei Oktató Kórház, Klebelsberg Központ, Tankerület, Megyei Kormányhivatal, Városi Rendőrkapitányság.	10 fő/alkalom
Hozzá tartozói csoport I.	Szenvedélybeteg gyermekek, fiatalok szüleinek önszorgozó csoportja szakember vezetésével	Szülők, hozzátartozók, nevelőszülők	20 fő/alkalom

1. táblázat: az értékelési folyamatban érintett, már megvalósult megyei programok

Fontos már itt is megjegyezni, hogy technikai és szervezési okok miatt a hozzátartozói csoport Fejér megyében nem tudott megvalósulni az eredeti ütemezésnek megfelelően, így jelen összefoglalóban is csak két hozzátartozói csoport eredményei találhatóak meg.

A fentebb bemutatott programok folyamatértékelése kérdőívek felvételével valósult meg. Külön kérdőív került kidolgozásra a szakmai programokra vonatkozóan és külön a lakosságot



célzó programra, illeszkedve a különböző programtípusok eltérő célrendszeréhez és szakmai tartalmához.

A szakmai programok esetében a kérdőíves vizsgálat célja, a résztvevők mentális egészséggel kapcsolatos tudásszintjében, illetve az inter-szektoriális együttműködésekre vonatkozó attitűdjében bekövetkező esetleges változások bekövetkezésének mérése volt, illeszkedve a teljes programsorozat célrendszeréhez.

A tudásszintben, illetve az attitűdben bekövetkező változások mérhetővé tétele érdekében az egyes szakmai programok elején és végén került felvételre a kérdőív. Természetesen tudjuk ennek az értékelési módszertannak a korlátait, miszerint egy 1,5-2 órás szakmai program következtében nem biztos, hogy változik a résztvevők attitűdje és tudásszintje, illetve hogy ezek az esetlegesen bekövetkező változások hosszú távon mennyire épülnek be az adott szakember mindennapi munkájába. Azonban annyi információt már ez az értékelési módszer is adhat, hogy információt szerezzünk arról, hogy egyáltalán támogatja-e (még ha csak rövidtávon is) a program a résztvevők szakmai munkájának ellátását, illetve, hogy tud-e egyáltalán hatást kifejteni a tudásszintre és az egyéni attitűdre a program.

A változások nyomon követése érdekében az egyes szakmai rendezvényeken résztvevők az adott program előtt és után is kitöltenek egy kérdőívet. Az „előzetes” és „utólagos” kérdőívek a szakmai kérdésekben megegyeznek, annyi különbséggel, hogy az előzetes kérdőív rákérdez bizonyos háttérváltozókra is (pl. legmagasabb iskolai végzettség, jelenlegi munkahely szektorbesorolása, stb.).

A szakmai kérdőívekben szereplő kérdések az alábbi dimenziók mentén csoportosíthatóak:

- A helyi együttműködések jelenlegi helyzete az együttműködést és a teamunkát elősegítő és gátló tényezők
- Az esetmegbeszélésekkel kapcsolatos tudásszint
- Az esetmegbeszélésekkel kapcsolatos attitűd
- Mentálhigiénés teamekkel kapcsolatos tudásszint
- Mentálhigiénés teamekkel kapcsolatos attitűd

3. fejezetében A lakossági (jelen esetben hozzátartozói) programok célrendszere természetesen eltért a szakmaembereket célzó programokétól. A lakosságot célzó közösségi programok célja elsősorban az egyes mentális egészséggel kapcsolódó szolgáltatások és ellátások bemutatása,



a kezelés iránti motiváció kialakítása, illetve ahol szükséges a korai kezelésbe vétel előmozdítása. Az értékelés során a cél a résztvevők tudásszintjében és attitűdjében bekövetkező változások detektálása. A szakmai kérdőívek esetében bemutatott módszertani korlátok sajnos itt is relevánsak, így az eredményértékelés ez esetben is csupán arra tud korlátozódni, hogy egyáltalán növeli-e (még ha csak rövidtávon is) a programban résztvevők mentális egészséggel, a mentális egészséggel kapcsolatos szolgáltatásokkal, ellátásokkal kapcsolatos tudásszintet.

A hozzátartozói csoportok esetében természetesen nem a szakmai kérdőívek kerületek felvételre. A célcsoportokhoz illesztve egy külön a szülőkre specifikált „szülői” kérdőív került kidolgozására és lekérdezésre. A szakmai kérdőívekhez hasonlóan a változások nyomon követése érdekében a hozzátartozói csoporton résztvevők az adott program előtt és után is kitöltöttek egy kérdőívet. Az „előzetes” és „utólagos” kérdőívekben a főbb vizsgálati dimenziókra vonatkozó kérdésekben megegyeznek, annyi különbséggel, hogy az előzetes kérdőív szintén rákérdez bizonyos demográfiai háttérváltozókra is (pl. legmagasabb iskolai végzettség, foglalkozás, életkor stb.).

A szülői kérdőívekben szereplő kérdések az alábbi fő dimenziók mentén csoportosíthatóak:

- egészséget befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos tudásszintre, attitűdökre vonatkozó kérdések;
- a nevelt gyermek mentális egészséghez kapcsolódó problémájának gyanúja vagy fennállása esetén az egyes ellátások igénybevételi hajlandóságára vonatkozó kérdések;
- a jelenlegi egészségügyi alapellátás (azon belül is kiemelten az iskola-egészségügyi ellátás) megfelelőségével kapcsolatos kérdések.

A szakmai kérdőívekhez hasonló módon, a teljes „előzetes” és „utólagos” szülői kérdőívek a 4. számú mellékletben találhatóak.

Mielőtt rátérnénk az eredmények részletes ismertetésére és elemzésére fontosnak tartjuk már a bevezetésben is jelezni, hogy a programok csak részben történő megvalósulása miatt, jelen tanulmányban meglehetősen alacsony mintaelemszámokkal dolgozunk, így egyes következtetések nagyobb mintán – pl. a teljes programsorozat lezajlása után - módosulhatnak.



2. Az eredmények bemutatásának struktúrája

A 3. fejezetében a szakmai programokon (Szakmaközi megbeszélés, Egészségfejlesztő Drogügyi Koordinátorok Klubja) felvételezett kérdőívek elemzését mutatjuk be, kezdve a vizsgált minta összetételével. Ezt követik a legfontosabb eredmények, megállapítások a szakmai kérdőívekre kapott válaszok alapján. Külön fejezetben térünk ki az „utólagos” kérdőívek válaszai alapján arra a kérdésre, hogy mennyire tekinthetőek a vizsgált szakmai események hatásosnak, eredményesnek. A fejezet zárásaként szektorális bontásban mutatjuk be az eredményeket, összevetve a köznevelési, egészségügyi és szociális vagy egyéb helyen dolgozó szakemberek véleményét. A tanulmány könnyebb olvashatósága kedvéért készítettünk kettő mellékletet, melyek 3. fejezetében hivatkozott megállapítás alapját képező statisztikákat tartalmazza. Az első melléklet az általános eredményeket, a második pedig a szektorális eredményeket tartalmazza.

A tanulmány 4. fejezetében pedig a hozzátartozók körében felvételezett kérdőívek alapján kapott eredményeket mutatjuk be, itt is a minta alapjellemezőivel kezdve. Ezt követi 5 kérdéscsoportra bontva a fontosabb eredmények bemutatása, kérdéscsoportonként kitérve egyrészt az előzetes válaszok alapján kiemelendő főbb tapasztalatainkra, másrészt tárgyalva az előzetes és utólagos válaszokban tapasztalt eltéréseket.

3. A szakmai kérdőívek elemzése

Ebben a részben a projekt során (2018 májusában és júniusában) a megyei szakmai rendezvényeken felvett „előzetes” és „utólagos” felvételezett kérdőívek alapján kapott legfontosabb eredményeket foglaljuk össze. Felhívjuk az érdeklődő olvasó figyelmét, hogy az ebben a részben hivatkozott statisztikákat részletesebben az 1. és 2. melléklet tartalmazza. Az alábbi helyszíneken és időpontokban történtek a felvételezések:

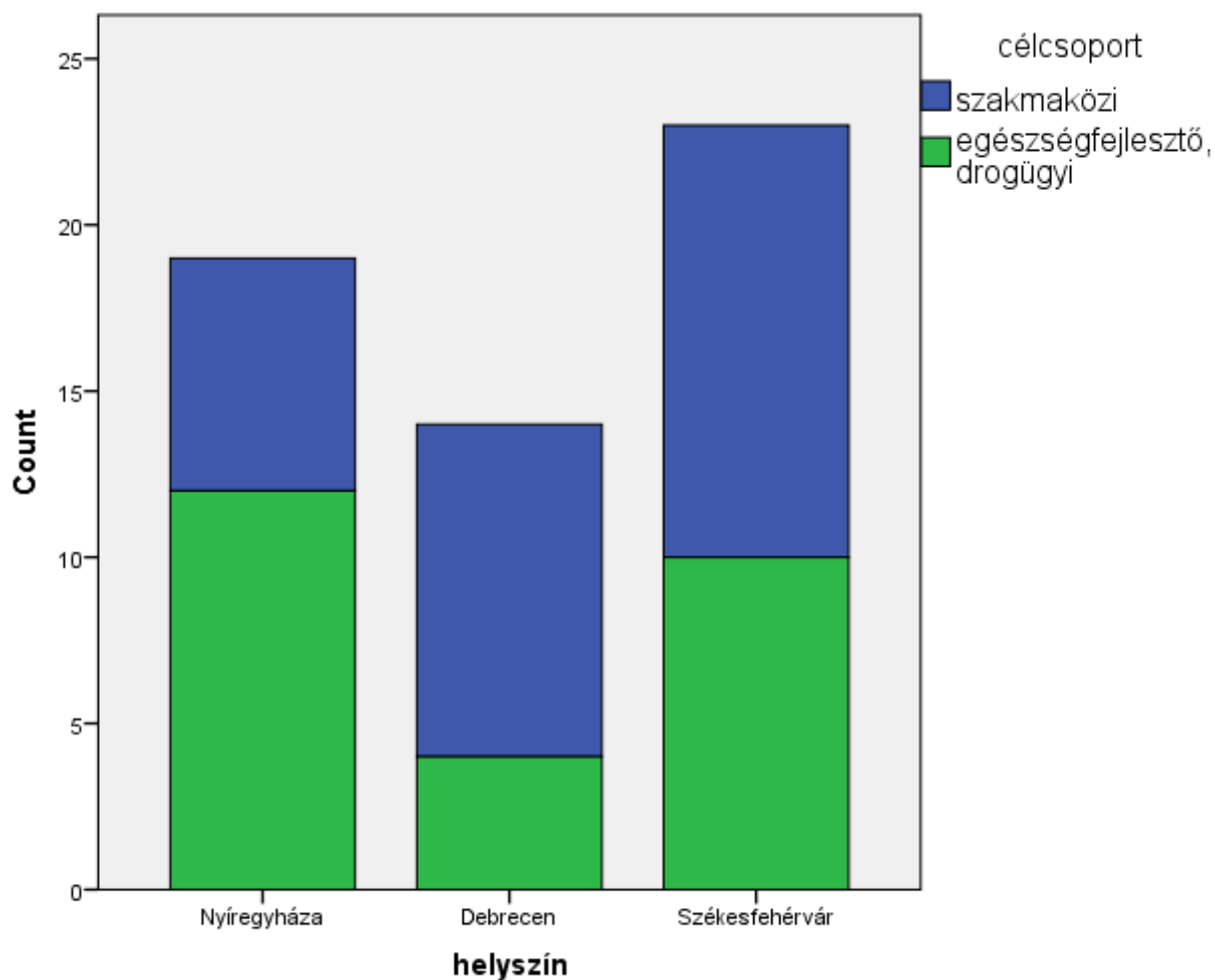
- Székesfehérvár, 2018.05.30., („egészségfejlesztő, drogügyi koordinátor”),
- Nyíregyháza, 2018.05.31., („egészségfejlesztő, drogügyi koordinátor”),
- Debrecen, 2018.05.31., („egészségfejlesztő, drogügyi koordinátor”),
- Nyíregyháza, 2018.06.19., („szakmaközi”),
- Székesfehérvár, 2018.06.20., („szakmaközi”),
- Debrecen, 2018.06.29., („szakmaközi”).



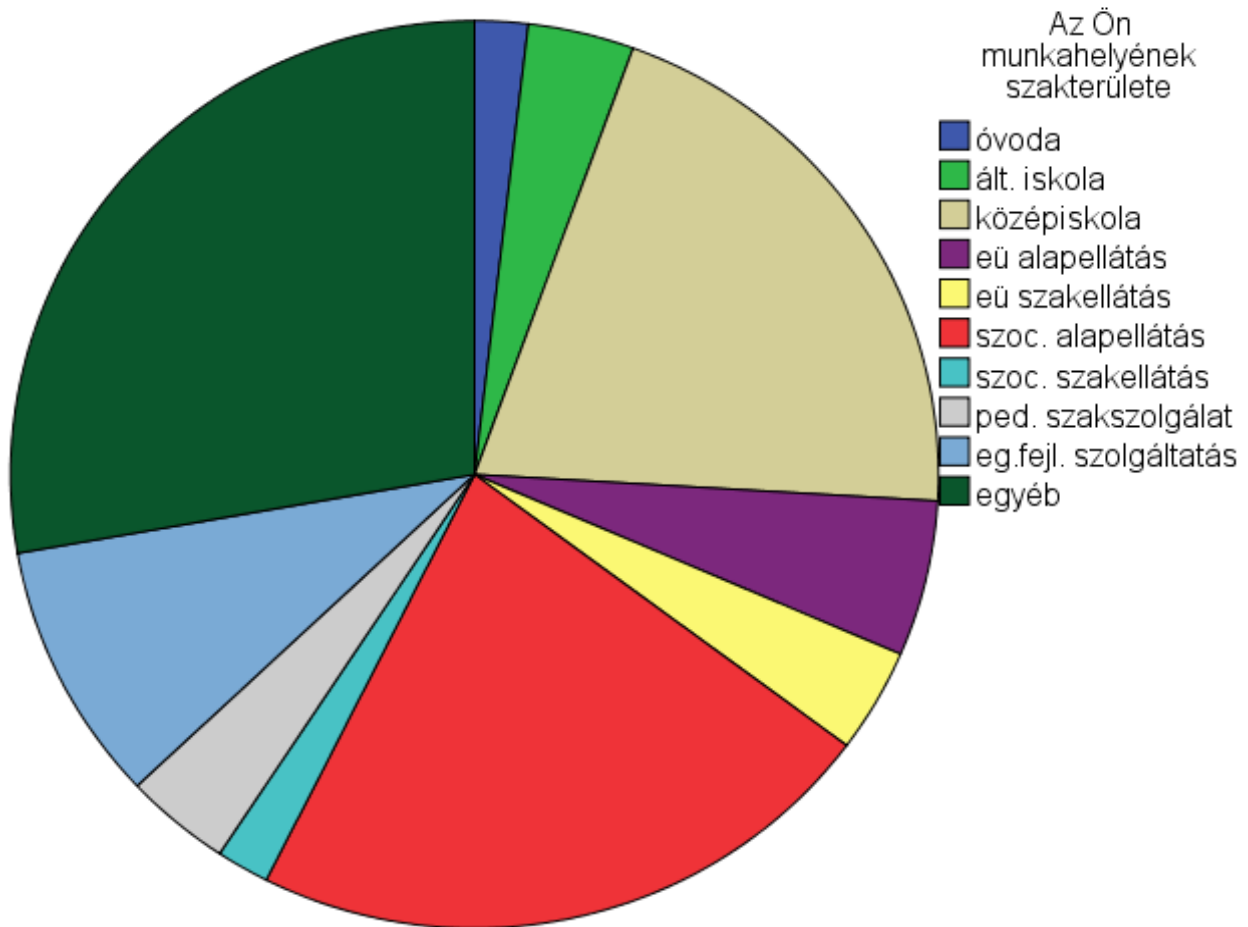
Jelölés: az alábbiakban az előzetes, ill. utólagos kérdőívek i -edik kérdésére rendre Q_i és U_Q_i jelöléssel hivatkozunk.

3.1. A minta összetétele

Összesen 56 fő került megkérdezésre. Az alábbiakban a minta eloszlását mutatjuk be néhány alapváltozóra vonatkozóan. A kérdőívek 3 városban, 6 helyszínen (eseményen) kerültek felvételezésre, az alábbi eloszlásban:



A megkérdezettek munkahelyének szakterülete alapján (Q3) az alábbi megoszlást kaptuk:



A fenti ábrán látható, hogy az egyes szakterületeket csak néhány fő képviselte a mintában, hiszen a teljes minta elemszám is csak 56 fő volt. Ennélfogva indokoltnak láttuk egy, a munkahelyi szakterületnél durvább skálán való bontását is a mintának a későbbi vizsgálatok céljából. Így képeztünk egy szektorális változót a megkérdezettek munkahelye (ld. Q3 és Q3_10_2, utóbbi az egyéb válaszokat tartalmazza) alapján, mely az alábbi csoportosítást (osztályozást) végzi:

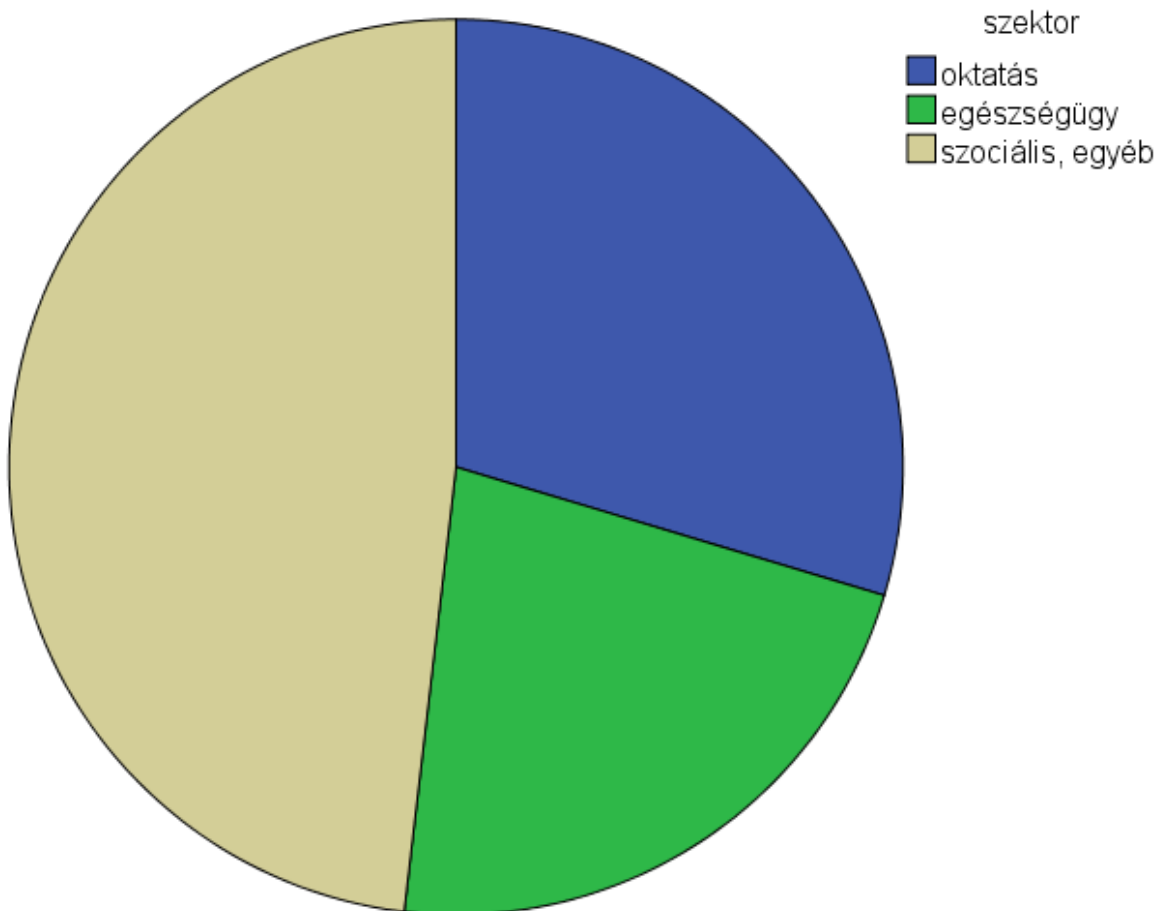
- köznevelés (16 fő): az óvoda, alap-és középfokú köznevelés ide tartozik, továbbá ide került a pedagógiai szakszolgálat,
- egészségügy (12 fő): benne egészségügyi alap- és szakellátás, egészségfejlesztési szolgáltatás (Az egészségfejlesztés olyan egészségjavító módszereket jelent, amelyek kívül esnek a kifejezetten gyógyító tevékenységeken, például az egészséges életmódra nevelés.), továbbá az egyéb munkahelyet bejelölők közül azok, akik prevenciót és



mentálhigiénét jelöltek meg (szintén az egészségfejlesztési szolgáltatásokhoz kapcsolódóan),

- szociális és egyéb (összesen 26 fő, ebből egyéb 12 fő): a szociális alap-és szakellátást foglalja egyrészt magába, másrészt az egyéb munkahelyet megjelölők többségét (Akik nem kerültek az előző pontban említésre.), utóbbiak zöme az alábbi kiegészítő információkat adta: 'gyámügy', 'gyermekvédelmi szakellátás', 'javítóintézeti ellátás', 'büntetés-végrehajtás' és 'bűnmegelőzés'.
- Ennél a kérdésnél a válaszok alapján (különösen az egyéb válaszok alapján, összesen 15 fő) megjegyezhetjük, hogy nem volt a megkérdezettek számára egyértelmű a megjelölt kategóriák értelmezése. Hasonló felvételezések esetén a jövőben erre érdemes figyelni. Szerencsésebb lett volna az elemzéseink szempontjából, ha alacsonyabb az egyéb kategória aránya, hiszen ez a szektoriális besorolást nehezítette.

Az alábbi kördiagram mutatja a szektoriális eloszlást.





A tárgyalt mintaméret miatt érdemes hangsúlyozni, hogy nagy becslési hibák adódhatnak, így a fontosabb következtetéseink levonásánál körültekintően kell eljárunk. Például egy egyszerű sokasági arány (pl. egy részcsoporthoz aránya vagy éppen egy adott választ adók aránya) esetén az átlagos becslési hiba akár 6,7% is lehet, míg a 95%-os intervallumbecsléshez tartozó hibahatár 13% is lehet (ezek a hibák függenek a konkrét esetektől). Az utólagosan kitöltött kérdőívek esetén pedig sajnos 43-ra csökkent a kitöltők száma, így itt még óvatosabban kell az eredményeket kiértékelnünk, illetve átfogó - a programsorozat egészére vonatkozó - következtetések is csak korlátozottan vonhatóak le.

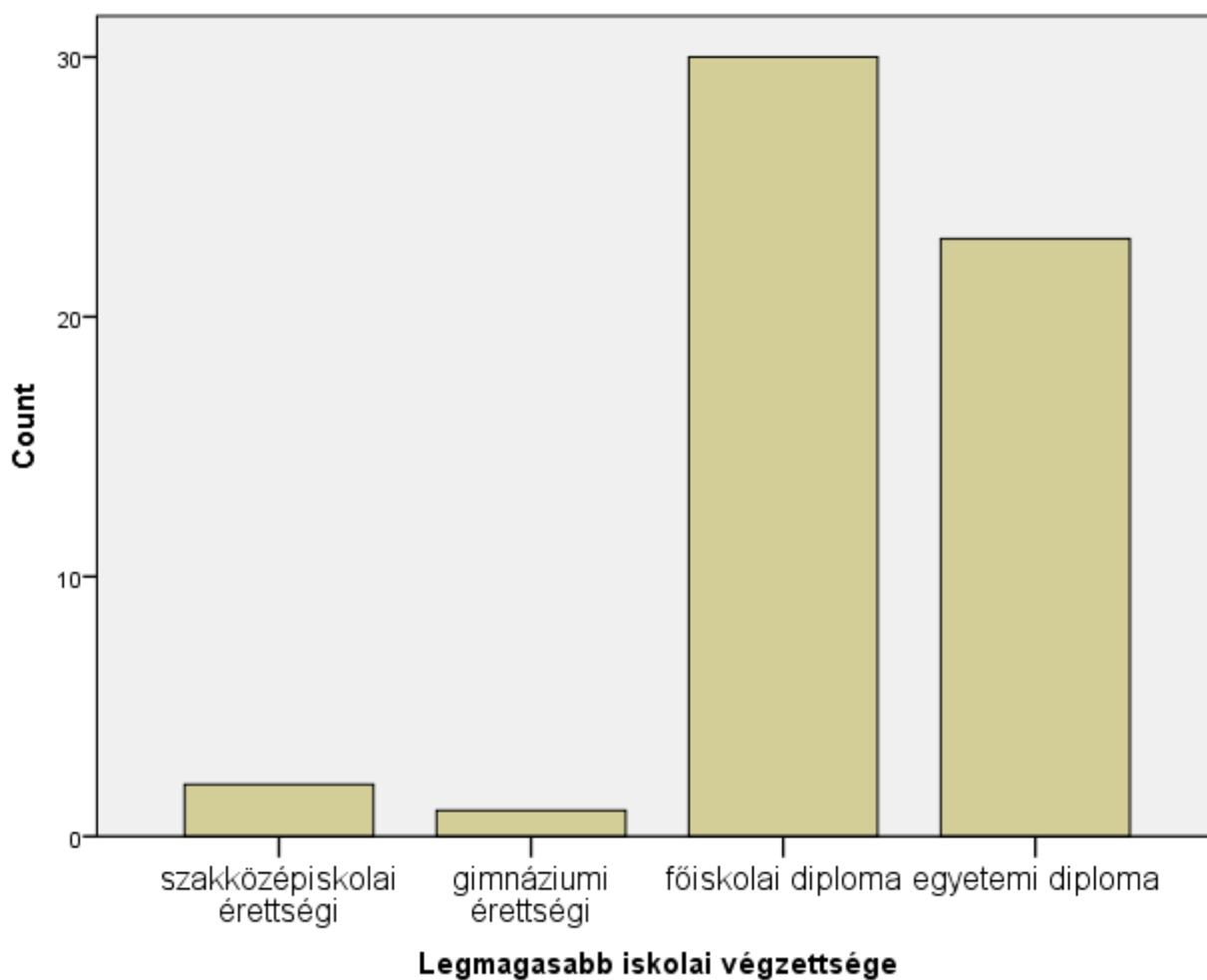
A minta helyszínek és szektorok szerinti együttes megoszlását mutatja az alábbi táblázat.

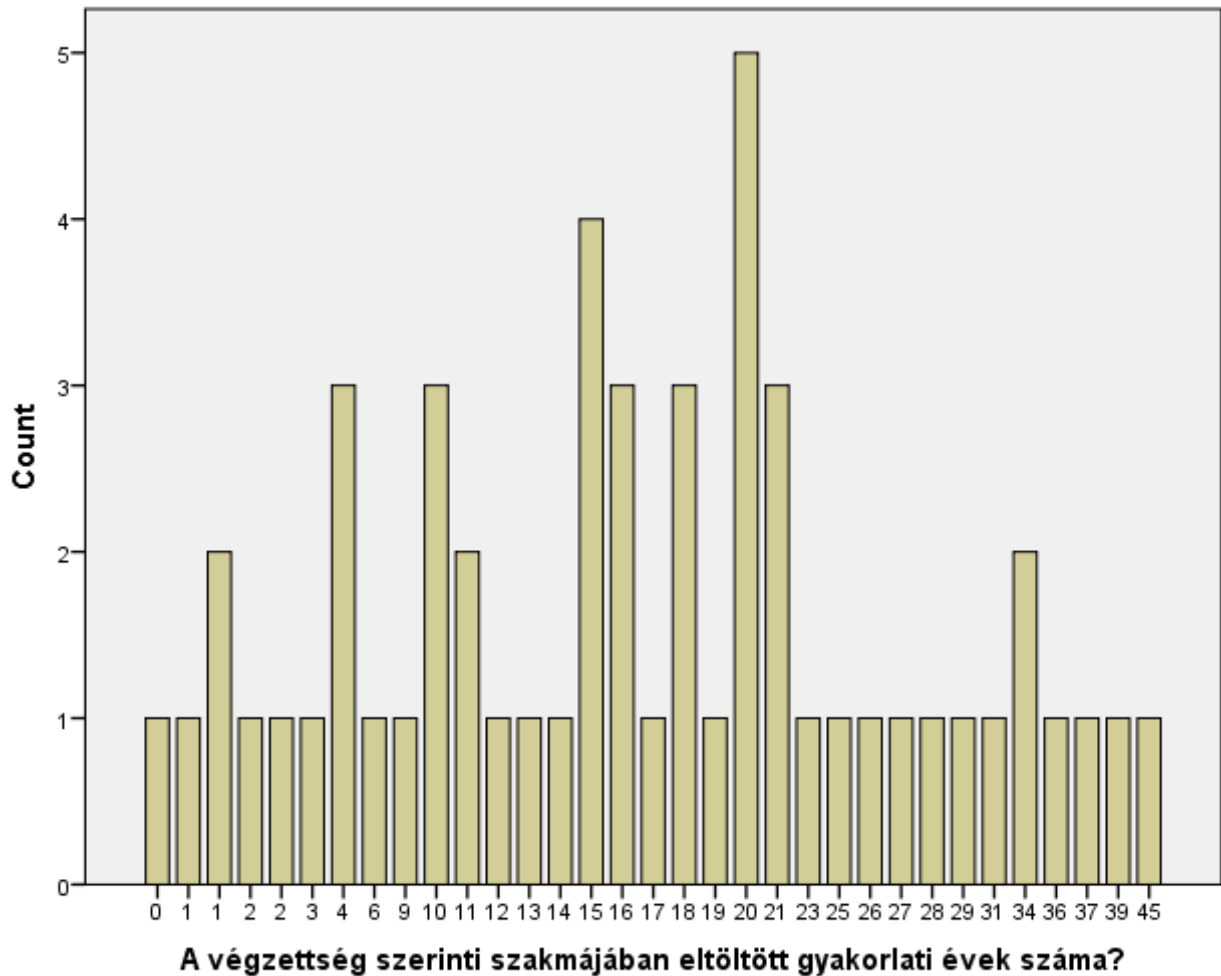
A minta helyszínek és szektorok szerint

% of Total

		szektor			Total
		oktatás	egészségügy	szociális, egyéb	
helyszín	Nyíregyháza	11,1%	3,7%	20,4%	35,2%
	Debrecen	7,4%	7,4%	9,3%	24,1%
	Székesfehérvár	11,1%	11,1%	18,5%	40,7%
Total		29,6%	22,2%	48,1%	100,0%

Végezetül megjegyezzük, hogy végzettség szerint a megkérdezettek túlnyomó többsége felsőfokú végzettségű (94%), míg a szakmában eltöltött idő szerint sokan rendelkeznek 15-21 év közötti tapasztalattal (36%), míg a többiek viszonylag egyenletes eloszlást mutatnak 0 és 40 év tapasztalattal. Átlagosan 17 év tapasztalattal rendelkeznek a végzettségük szerinti szakmában a megkérdezettek, a leggyakoribb érték pedig a 20 év tapasztalat (9%). Ezeket az alábbi ábrákon szemléltetjük.



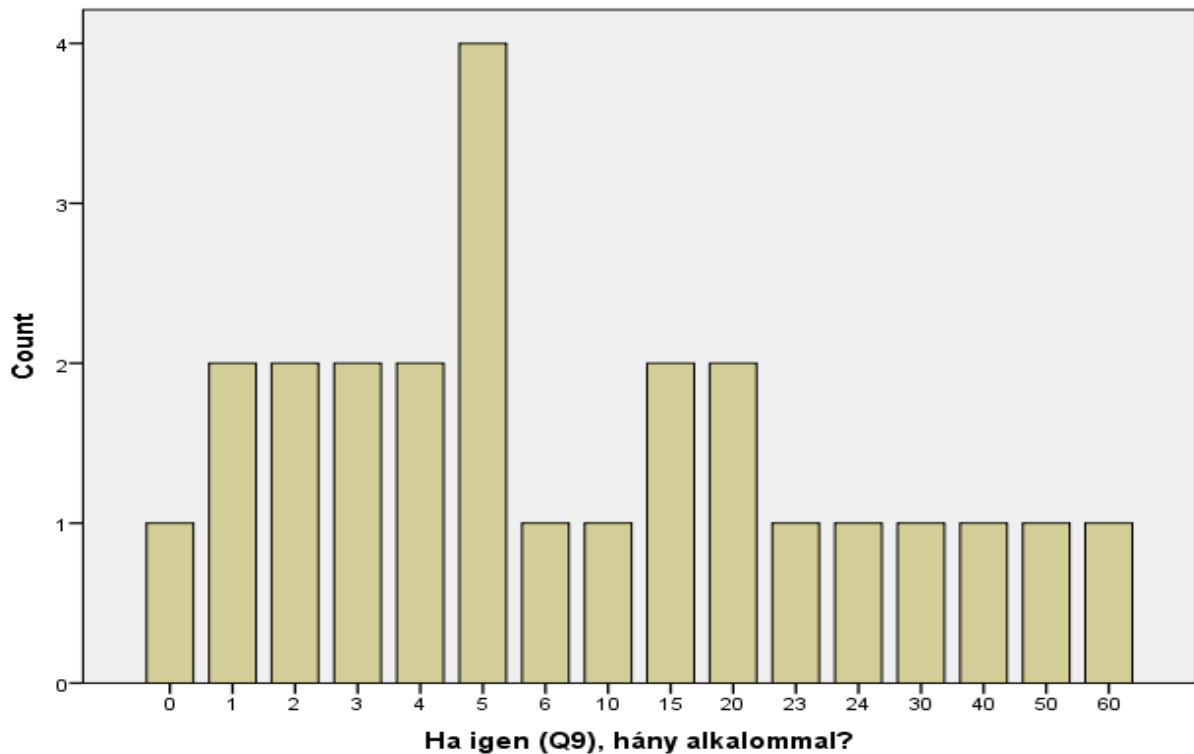


3.2. Közös gondozási esetmegbeszélések

Ebben a részben a előzetes kérdőív Q11-19 és az utólagos kérdőív U_Q1-U_Q7 kérdéseire adott válaszokat vizsgáljuk, hiszen azok vonatkoztak a közös gondozási esetmegbeszélésekre.

Először tekintsük az *előzetes* kérdőívekből leszűrhető legfontosabb tapasztalatokat.

Közel fele-fele arányban vettek már részt ilyen megbeszélésen a megkérdezettek (46,4% volt már), továbbá ezek számát tekintve nagy különbségek tapasztalhatóak:



A többség (54%) azt mondja, hogy részt venne ilyen közös gondozási megbeszéléseken az előzetes megkérdezés során, igaz, a válaszadók több mint 1/3-a nem adott erre a kérdésre választ. A válaszadók közül szinte mindenki igennel válaszolt. Amikor azokat a kérdéseket nézzük ugyanakkor, hogy mi akadályozza őket ebben, akkor a legtöbb szempontra (munkahelyi feltétel hiánya, nem hasznos szakmailag, stb.) rendre többségi nemleges válasz érkezett (több, mint a megkérdezettek 2/3-nál), azaz egy olyan ok sem jelölhető meg, mely a többség szerint jellemző. Ugyanakkor a legnagyobb arányban az alábbi okokat jelölték meg akadályként:

- protokoll hiánya, 30,4%,
- időhiány, 21,4%
- szakmai kapcsolatrendszer hiánya, 17,9%.

Egyéb okokat is megjelölhettek, itt 'új irodát', 'új munkahelyet' jelöltek meg általában (mellőzve a részletesebb indoklást).

Néhány eldöntendő kérdésre (Q14-19) a közös gondozási esetmegbeszélésekről az alábbi válaszokat kaptuk: lényegében minden állításnál a megkérdezettek túlnyomó többsége (80% felett) az „igen” választ jelölte meg, egy kérdésnél volt ugyanez 73% (ezt az alábbi felsorolásban jelöljük). Itt rendre az összes megkérdezett arányára hivatkozunk, de ez majdnem



megegyezik a választ adókon belüli aránnyal, hiszen 1-2 megkérdezett nem jelölt itt választ. Ezek a kérdések az alábbiak voltak:

- A közös gondozási esetmegbeszélés a kliensnél megjelenő problémát tárja fel.
- A közös gondozási esetmegbeszélés a gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaforma.
- A közös gondozási esetmegbeszélés az aktuális probléma megoldásában érintett minden szakember bevonásával zajlik. (Itt 73% volt az igenek aránya).
- A közös gondozási esetmegbeszélés fontos célja, hogy a szakemberek közösen definiálják a problémát.
- A közös gondozási esetmegbeszélés fontos célja, hogy a szakemberek közösen tisztázzák az esetvezetés során vállalt feladatokat.
- A közös gondozási esetmegbeszélés fontos célja, hogy a szakemberek közösen fogalmazzák meg és tervezzék meg a segítő folyamatot.

Tekintsük most az *utólagos* kérdőív válaszait és főként azt, hogy található-e érdemi változás a fentiekhez képest.

Az utólagos kérdőívek esetében a kitöltők már lényegesen kevesebben voltak és azok között is előfordult, hogy néhányan nem adtak választ. Az összes előzetes mintában részt vevők 68%, mely a választ adók 88%, azaz a megkérdezettek (56 fő) nagy többsége részt venne

- közös gondozási esetmegbeszélések (és
- közös gondozási esetmegbeszélések módszertani felkészítésével foglalkozó továbbképzési programban egyaránt.

Néhány eldöntendő kérdésre az utólagos kérdőívben (U_Q3-U_Q_7) - melyek az előzetes Q14-19 kérdések (ld. fent) megfelelői - a közös gondozási esetmegbeszélésekről az alábbi válaszokat kaptuk: lényegében minden állításnál a túlnyomó többség az „igen” választ jelölte meg, nevezetesen többnyire a válaszadók legalább 80%-a. Az ennél kisebb értékeket jelöljük (egy ilyen eset volt).

Az alábbi táblázat mutatja az „igen” válaszok arányát, ezúttal csak a választ adók százalékában mutatjuk az eredményeket, hiszen ez vethető érdemben össze (az utólagos kérdőívet nem kitöltők miatt):



kérdés	igenek aránya (%)	
	előzetes	utólagos
Ön szerint a közös gondozási esetmegbeszélés a kliensnél megjelenő problémát tárja fel.	80,4	77,5
Ön szerint a közös gondozási esetmegbeszélés a gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaforma.	83,6	95,3
Ön szerint a közös gondozási esetmegbeszélés az aktuális probléma megoldásában érintett minden szakember bevonásával zajlik.	75,9	83,7
Ön szerint a közös gondozási esetmegbeszélés fontos célja, hogy a szakemberek közösen definiálják a problémát.	90,9	88,4
Ön szerint a közös gondozási esetmegbeszélés fontos célja, hogy a szakemberek közösen tisztázzák az esetvezetés során vállalt feladatokat.	90,7	94,6

Ezen válaszok tehát hasonlóak az előzetes kérdőív-nél tapasztaltakkal, a korábban említett (standard) hiba nagysága miatt nem érdemes az eltéréseket elemezni, azokból megbízható további következtetés nem vonható le a szignifikáns véleményváltozásra vonatkozóan.

Az érdeklődő olvasó a fenti eredményekhez tartozó összes lényeges statisztikát megtalálhatja az 1. mellékletben.

3.3. Mentálhigiénés teamek, szakmai programok

A következő kérdéscsoport (Q20-Q36, ill. U_Q8-U_Q27) a címbeli területhez kapcsolódik.

Kitöltők közel 2/3-a hallott már a mentálhigiénés team munkáról, de csak 25% volt már ezzel kapcsolatos szakmai felkészítő programon.

Ami a részvételt illeti, szakmai programokban az alábbi válaszok születtek a különböző esetekben, azaz ekkora hányad vett részt:

- world café esetén 26,8% vett részt,
- szakmaközi megbeszélés, 42,9%,
- droginformációs rendezvény, 44,6%,
- workshop óvodásoknak, 7,1%,
- workshop oktatási intézményeknek, 19,6%,
- egészségfejlesztés, drogügyi koordinátorok klubja, 23,2%,
- tájékoztató nap, 32,1%,



- workshop szakembereknek, 21,4%.

A kérdések következő köre a mentálhigiénés teamre vonatkozó állításokat, azaz eldöntendő kérdéseket tartalmazott. Ezek mindegyikénél azt tapasztaltuk, hogy a túlnyomó többség ugyanazt a választ jelölte be az előzetes kérdőívekben, általában ez a többség meghaladta az összes megkérdezett 80%-át, 1-2 kérdésnél volt csak 2/3 körüli az érték, utóbbiakat alul a táblázatban jelöljük). Ugyanezen kérdések mindegyikénél azt tapasztaltuk, hogy a túlnyomó többség ugyanazt a választ jelölte be az utólagos kérdőíveken is, és a nemek, illetve az igenek aránya nem tért el érdemben az előzetesen adott válaszoktól. (Itt ismételtén megjegyezzük, hogy kevesebben töltötték ki az utólagos kérdőíveket.) Ennélfogva az alábbiakban összevetve közöljük az előzetes és utólagos eredményeket is.

Tekintsük először azon kérdések csoportját, ahol a többség az igen választ jelölte be, azaz egyetértett az alábbi táblázatbeli állításokkal. A táblázat az „igen” válaszok arányát mutatja, ezúttal csak a választ adók százalékában mutatjuk az eredményeket, hiszen ez vethető érdemben össze (az utólagos kérdőívet nem kitöltők miatt):

állítás	igenek aránya (%)	
	előzetes	utólagos
A mentálhigiénés team tagjai elsősorban az egészségügy, a köznevelés, a szociális (ideértve a gyermekjólét és gyermekvédelem területét is) ágazatok intézményei, szakemberei. (igenek: összes megkérdezett 75%-a)	80,8	90,5
A mentálhigiénés team vezetője nem felülről deklarált. (igenek: összes megkérdezett: 76,8%)	82,7	87,8
A mentálhigiénés team tagjai között nincs hierarchikus viszony.	87	90,5
A mentálhigiénés team működése a szakmai kompetenciák szerint munka- és felelősség-megosztáson alapul.	94,4	90,5
A mentálhigiénés team nem egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris szakmai csoport. (igenek: összes megkérdezett 73,2%)	78,8	79,1
A mentálhigiénés team tevékenységi körébe tartozhat a megelőzés, korai kezelésbevitelt és a gondozás területét érintő feladatok köre.	100	95,2
A mentálhigiénés team tevékenységi körébe tartozhat a kölcsönös tájékoztatás.	98,1	100
A mentálhigiénés team tevékenységi körébe tartozhat a közös gondolkodás.	100	97,7
A mentálhigiénés team tevékenységi körébe tartozhat a	100	97,7



közös tervezés és az ezekhez szükséges egyeztetések.		
A mentálhigiénés team tevékenységi körébe tartozhat szükség szerint célirányos, egyes konkrét esetekre vagy intézményekre, problémákra vonatkozó kooperáció előkészítése és megvalósítása.	94,1	83,7
A mentálhigiénés team munkájába a gyermek- és ifjúságpszichiátria, addiktológia területével szoros együttműködésben levő társszakmák/társágzatok szakemberei is bekapcsolódhatnak.	100	97,7

A többség a „nem” választ jelölte be, azaz nem értett egyet az alábbi állításokkal:

állítás	nemek aránya (%)	
	előzetes	utólagos
A mentálhigiénés team munka ugyanazt jelenti, mint a közös gondozási esetmegbeszélés.	84,9	71,8
A mentálhigiénés team egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris csoport. (nem válaszok: összes megkérdezett 62,5%-a)	68,6	69
A mentálhigiénés team tagjai elsősorban az egészségügyi intézmények szakemberei. (nem válaszok: összes megkérdezett 75%-a)	79,2	88,4
A mentálhigiénés team tagjai között szükségszerűen alá-fölérendeltségi viszony van.	87	88,4
A mentálhigiénés team működése nem igényli a munka- és felelősség-megosztást.	88,7	90,5

Mindkét kérdőívben szerepelt kérdés a mentálhigiénés team munkájában való részvételi szándékra vonatkozóan. Jelentős többség (78,6%, a választ megjelölők 81,5%) azt válaszolta előzetesen, hogy részt venne mentálhigiénés team munkában, a többiek főként bizonytalankodtak (16,1%), s alig volt elutasítás. A részvételi szándék az utólagos válaszok alapján sem változott érdemben, de még egyértelműbb lett: a választ megjelölők (csökkent számának) 86%-a részt venne ilyen rendezvényen.

Végezetül, a mentálhigiénés munka módszere elterjedéséről az utólagos kérdőívet kitöltők és egyben az adott kérdésre választ adók többsége (szinte mindenki, ld. 'Valid Percent' oszlop) azt mondta, hogy fontos (34,9%), vagy nagyon fontos (62,8%), hogy a módszer elterjedjen (ld. U_Q27). (Megjegyezzük, hogy a 'Percent' oszlop az összes eredetileg előzetes kérdőívet kitöltő százalékában mutatja a kapott válaszok eloszlását.)

**U_Q27 Mennyire tartja fontosnak, hogy a mentálhigiénés team-munka módszere széles körben elterjedjen?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	egyáltalán nem fontos	1	1,8	2,3	2,3
	fontos	15	26,8	34,9	37,2
	nagyon fontos	27	48,2	62,8	100,0
	Total	43	76,8	100,0	
Missing	System	13	23,2		
Total		56	100,0		

Az érdeklődő olvasó a fenti eredményekhez tartozó összes lényeges statisztikát megtalálhatja az 1. mellékletben.

3.4. A rendezvények hatása a résztvevők önértékelése alapján

Egy kérdéscsoport azt vizsgálta az utólagos kérdőívekben (U_Q28), hogy a program hatására mennyire változott a tudása a megkérdezettnek egyes témákban.

Itt szinte minden kérdés esetén erősen szóródott a válasz, melyet egy 5 elemű Likert skálán adhattak meg. A válaszokat eloszlása alapján a kérdéseket három jellegzetes csoportra bonthatjuk. Mindegyik esetén 1-1 példán szemléltetjük a válaszok eloszlásának jellegzetességét.

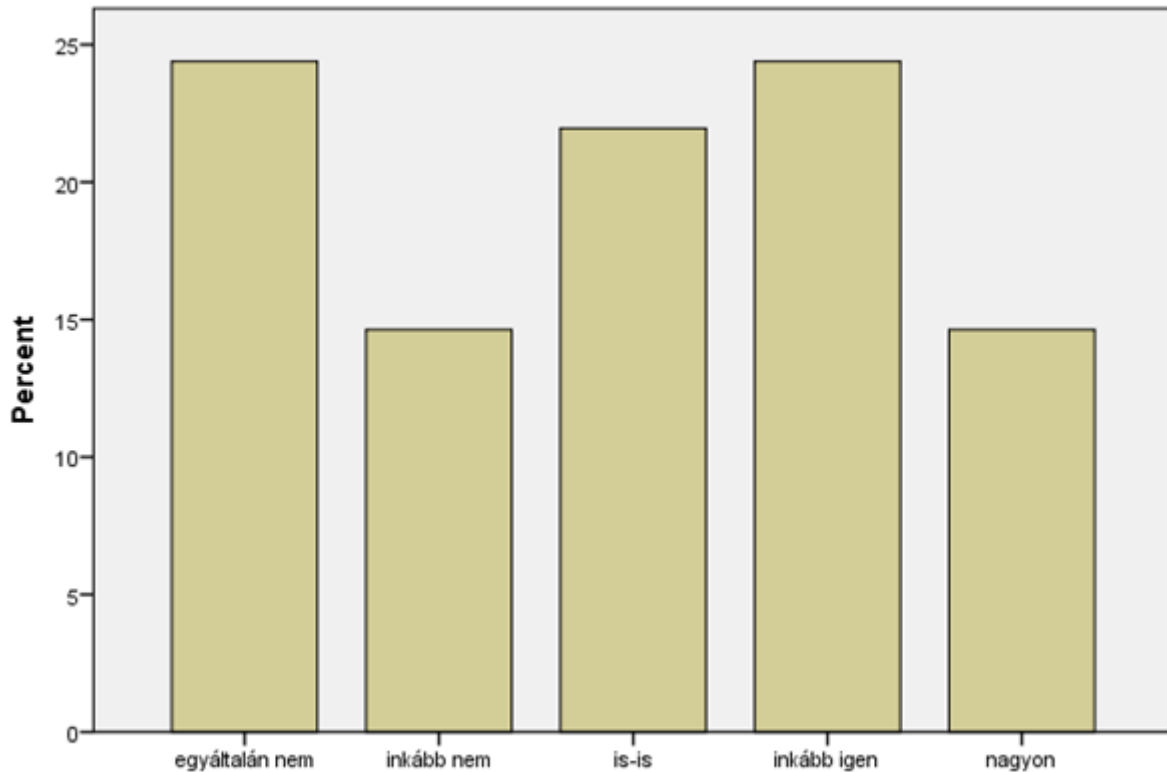
Ebben a csoportban olyan kérdések vannak, melyekre szinte egyenletesen jelöltek be különböző értékeket a skálán a megkérdezettek. Azaz ezekben nem rajzolódik ki akár az igenek vagy a nemek felé történő többségi elmozdulás, a megkérdezettek teljesen megosztottak. Ilyen témák voltak (zárójelben a válaszok átlaga):

- Fiatalok drogfogyasztása (2,86)
- Kommunikáció a családdal (3,31)
- Kommunikációs technikák a családdal és az érintettekkel (2,90)
- Addiktológiai ismeretek (2,64)

Egy esetben bemutatjuk a válaszok megoszlását példaként:



U_Q28_10 A program hatására mennyire változott a tudása: kommunikációs technikák családdal és érintettekkel



U_Q28_10 A program hatására mennyire változott a tudása: kommunikációs technikák családdal és érintettekkel

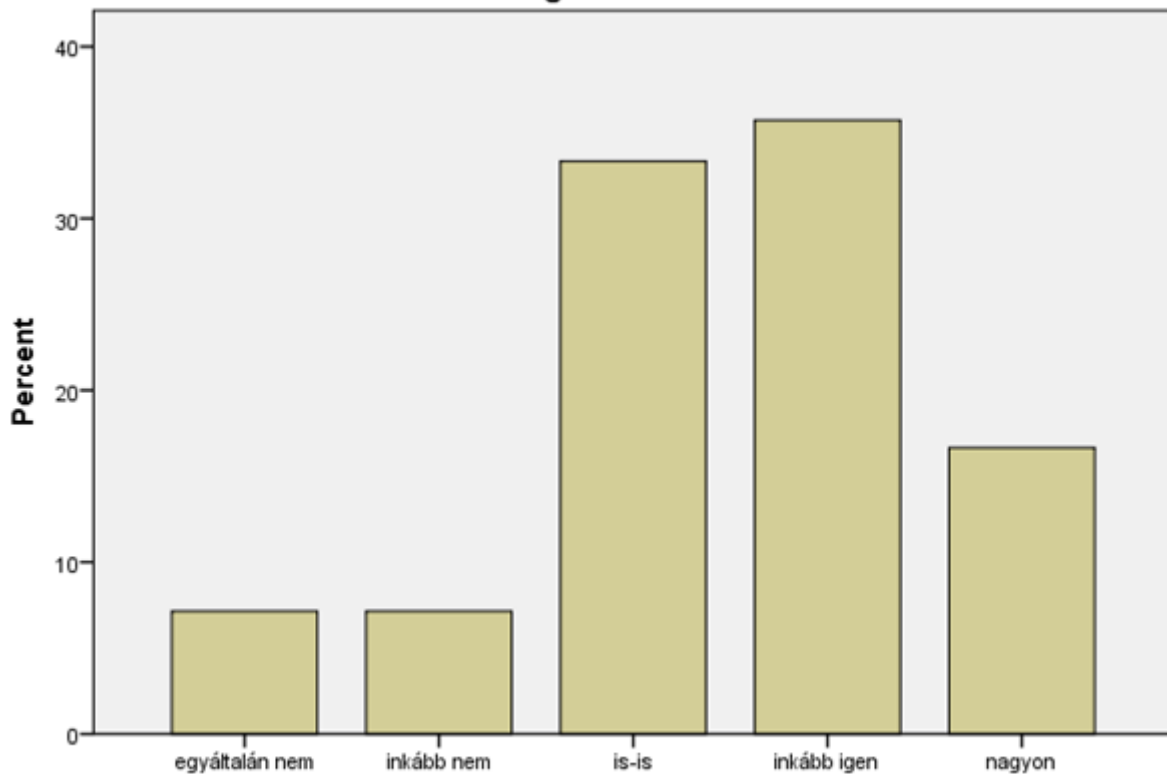
Ebben a csoportban sem jelentéktelen a szóródás, de a többség inkább az igen felé húzott (azaz inkább változott tudása) az alábbi témákban (zárójelben az átlagokkal):

- Egészségfejlesztés (3,17)
- Fiatalokkal végzett prevenció (3,26)
- Információközvetítés (3,93)
- Problémafelismerés (3,76)
- Konkrét ellátási lehetőségek és formák (3,48)

Értelemszerűen itt magasabb átlagokat kapunk. Az utolsó változó esetén bemutatjuk az eloszlás jellegzetes ferde alakját az igenek, inkább igenek dominanciájával:



U_Q28_14 A program hatására mennyire változott a tudása: konkrét ellátási lehetőségek és formák



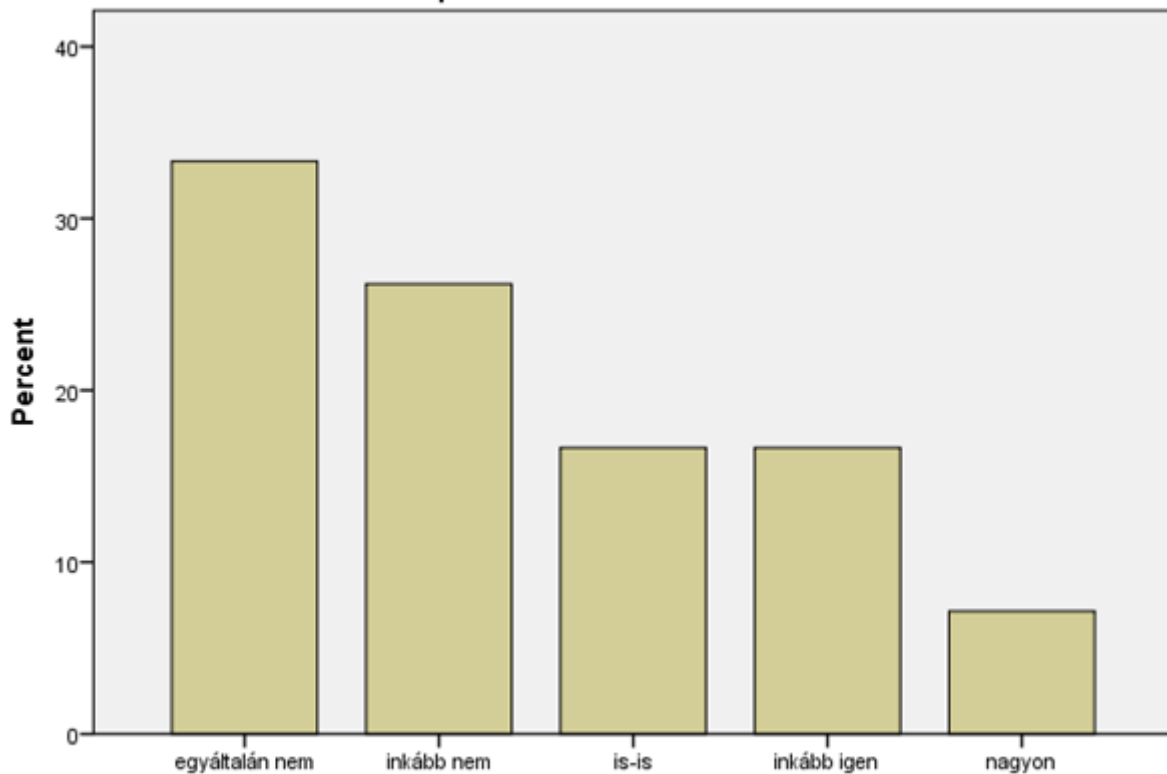
U_Q28_14 A program hatására mennyire változott a tudása: konkrét ellátási lehetőségek és formák

Ebben a csoportban a többség inkább a nem felé húzott (azaz inkább nem változott a tudása), bár jelentős szórás mellett. Ilyeneknek találtuk az alábbi témákat (zárójelben a válaszok átlaga):

- Agresszív iskolai viselkedés (2,52)
- Online függőség, internetes zaklatás (2,12)
- Designer drogokkal kapcsolatos információk (2,38)
- A családon belüli erőszak felismerése (2,33)
- Designer drogokkal kapcsolatos problémák kezelése (2,43)

Értelemszerűen itt alacsonyabb átlagokat kapunk. Itt is egy esetben bemutatjuk az eloszlás jellegzetes alakját, ahol inkább a nemek, inkább nem válaszok dominálnak:

U_Q28_6 A program hatására mennyire változott a tudása: designer drogokkal kapcsolatos információk



U_Q28_6 A program hatására mennyire változott a tudása: designer drogokkal kapcsolatos információk

Végezetül a rendezvény hasznosságát vizsgálta 3 kérdés (U_Q29-U_Q31) 3 szempontból, melyet szintén 5 elemű Likert skálán értékelték a megkérdezettek:

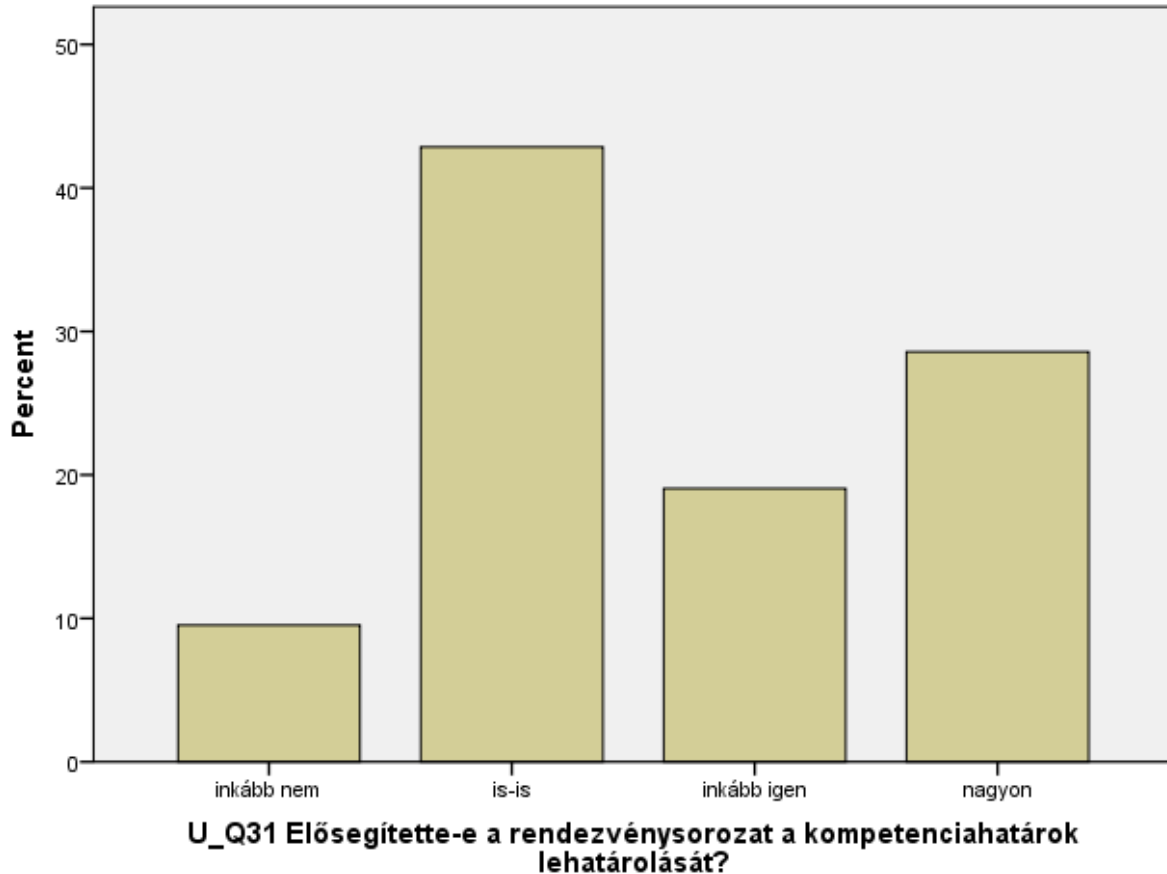
- mennyire volt hasznos a program a támogató technikák átadásában, különböző esetvitelekre vonatkozóan,
- mennyire volt hasznos a program a kommunikációs nehézségek áthidalására vonatkozó technikák átadásában,
- elősegítette-e a rendezvénysorozat a kompetenciahatárok lehatárolását?

A többségi vélemény azt támasztja alá, hogy „inkább hasznos” a rendezvény az első két pontban megjelölt technikák átadásában, hiszen a többség az „inkább igen” vagy „igen” válaszokat jelölte meg. A harmadik kérdésben viszont az „inkább igen” és „igen” válaszok aránya csak közel 40%, míg a legtöbben (42,9%) az „is-is” választ adták (ld. a lenti ábrán), tehát ebben a hatásban bizonytalanabbak a megkérdezettek. Továbbá a „nem” és „inkább nem” válaszok együttesen sem haladják meg a 17%-ot egyik fenti kérdés esetében sem. Összefoglalva

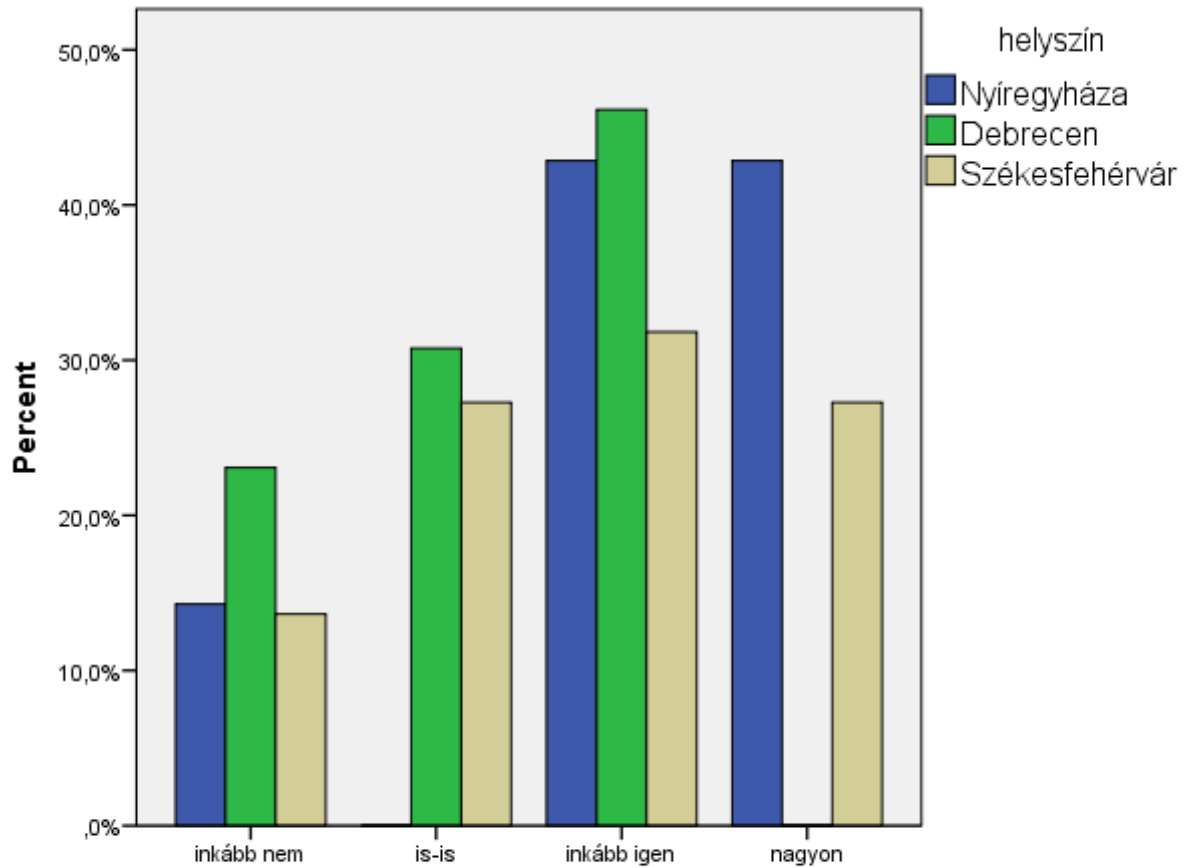


tehát megállapíthatjuk, hogy tapasztalható egy pozitív hatása a rendezvényeknek, igaz, a válaszok ezen kérdésekben nagy szórást mutatnak.

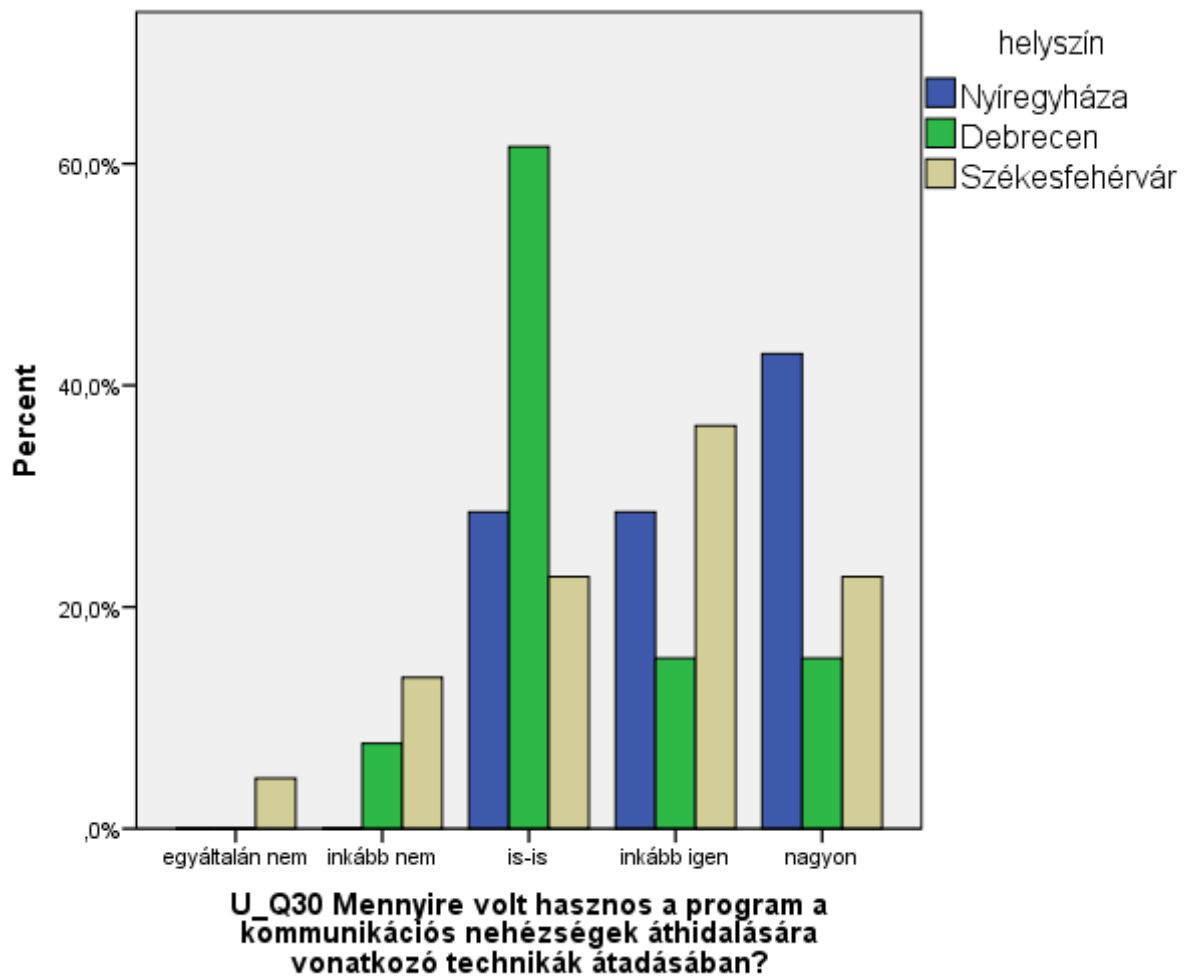
U_Q31 Elősegítette-e a rendezvénysorozat a kompetenciahatárok lehatárolását?

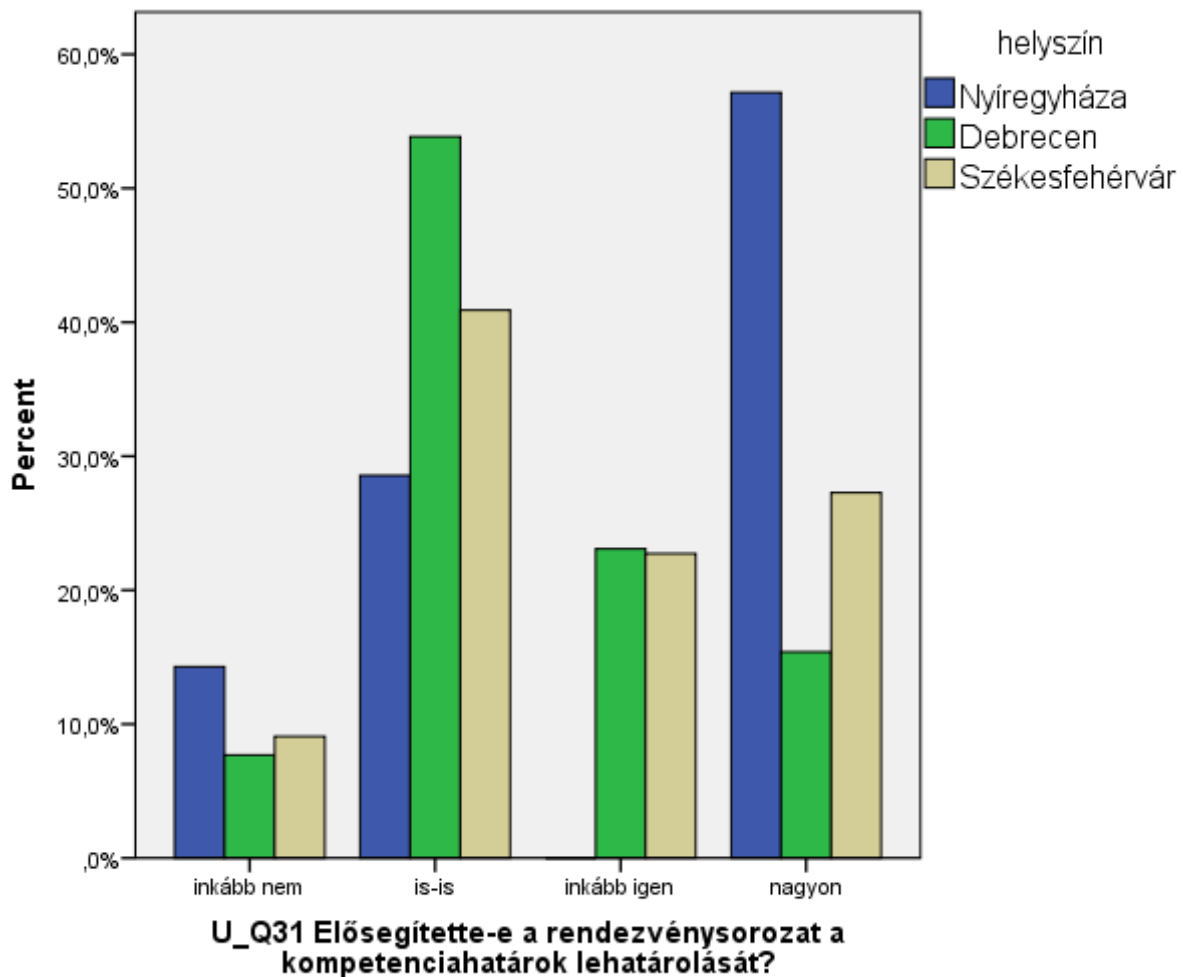


Ugyanezen kérdésekre kapott választ az alábbi két ábrán megyei bontásban is közöljük.



U_Q29 Mennyire volt hasznos a program a támogató technikák átadásában, különböző esetvitelekre vonatkozóan?





Mindhárom kérdésnél alapvetően azt láthatjuk, hogy a nyíregyházi rendezvények hatását hasznosabbnak ítélték meg a fenti kérdésekben. Jegyezzük meg, a különbség egyik oka egyszerűen a különböző 'szakmai' összetétele lehet a mintának (lásd a szektorális bontást korábban).

A fentiek kapcsán megemlítjük, hogy a 3 fő szektorban dolgozó szakemberek a képzések során graduális és posztgraduális ismereteiket már „hozták magukkal”, így akár a különböző területek eltérő curriculumai és képzési lehetőségei is okozhatják – részben – a fentiekben tárgyalt nagy szórást. Ennek vizsgálata jövőbeli kutatások lehetséges problémája lehet. Egyben felmerülhet – amennyiben megerősítést nyer ez a hipotézis – a kiküszöbölésre is alkalmas módszerekkel, például kiscsoportos technikával azokat az ismereteket átadni, amik az érintett résztvevők számára nem, vagy nehezebben elérhetők a továbbképzések keretében. Amennyiben a posztgraduális továbbképzések átjárhatóak, azaz mindhárom ágazat számára kötelezően tartalmazzanak a fenti területeket érintő tananyagot, akkor várható, hogy az azonos tudásszint,



egységes fogalomrendszer használata miatt kisebb szórás lesz a továbbképzések hatásának mérésekor. A bemeneti tudásszint különbségének kiegyenlítése azonban a graduális képzés során nem kis mértékben csökkenthető lenne, ha a projekt keretében elkészült oktatási anyag a curriculum részévé válna mindhárom szektorban.

A kompetenciahatárok kérdése annyira összetett, hogy itt valószínűen a szociális területen dolgozók képzését lehetne irányadónak venni. Például a jelentési kötelezettség jól szabályozott kérdés, de nincs összhangban sem a köznevelési, sem az egészségügyi gyakorlattal, ezért erről ennek a 2 szakterületnek a munkatársait sokkal bővebben kellene informálni, mint a szociális terület szakembereit.

A diagnosztika és terápia ugyanakkor az egészségügyben kötelezően ismert terület, ezért a szociális és főleg a pedagógiai szakterületen dolgozókat ezen terület rájuk is vonatkozó részéről, és az eredmények értelmezésének rájuk vonatkozó részéről kellene informálni. Nem kell ismernie a szakzsargont (DSM kategóriákat, tesztek, stb.) a pedagógusnak, de a vélemény részt egységesen lehetne értelmezni mindenkinek.

Ez tehát olyan terület, amire a központi szabályozás - egységes fogalmak használata - mindenképpen szükséges, ennek előkészítéséhez számos eredményt adhat ez a projekt.

Itt szeretnénk megjegyezni, hogy a világban ismert és a rehabilitációban már régóta alkalmazott módszer a magyarul is elérhető FNO (A Funkcióképesség, A Fogyatékoság És Az Egészség Nemzetközi Osztályozása), mely a funkcióképesség mellett a teljesítmény leírására is alkalmas, a minősítők használata pedig lehetővé teszi a súlyosság meghatározása mellett a segítő/akadályozó környezeti tényezők jelölését is. Egymást kizáró kategóriái, egyetemes használhatósága nem csak kutatási, de gyakorlati alkalmazásra is lehetőséget nyújtanak a vizsgált 3 szakterület mellett a döntés előkészítők/hozók számára is. Itt megjegyezzük az érdeklődő olvasó számára, hogy projektünk Módszertan 1 részében A gyermekek/fiatalkorúak lelki egészségének általános leírására alkalmas eszközökre, indikátorokra vonatkozó javaslatcsomag készített munkáinkban ezt a problémakört már tárgyaltuk.

Az érdeklődő olvasó a fenti eredményekhez tartozó összes részletező statisztikát megtalálhatja az 1. mellékletben.



3.5. Egyes szektorok közötti eltérések vizsgálata

3.5.1. Szektorok versus válaszok: a kérdőív néhány főbb kérdéscsoportjának összevetése a szektorváltozóval

Ebben a részben azt vizsgáljuk, hogy milyen különbségek mutatkoznak a három vizsgált szektor (köznevelés, egészségügy, szociális) között. Másképpen megközelítve a szektorváltozó és az egyes kérdések kapcsolatát vizsgáljuk.

Ehhez az alábbiakban számos főbb kérdés és kérdéscsoport esetén azonos módon jártunk el. Egyszerű kontingencia táblázatban vizsgáljuk a szektorváltozó kapcsolatát az adott kérdéssel (ld. 2. melléklet). Ahol nem találunk kapcsolatot, ott értelemszerűen nem található egyben érdemi különbség az egyes szektorok által adott válaszban (pontosabban azok megoszlásában). Míg más esetekben a kapcsolat léte azt jelenti egyben, hogy különbözik az egyes szektorok válaszainak megoszlása. Ezen különbségek keresése ennek a résznek a fő feladata. Rendre azt vizsgáljuk, hogy milyen kapcsolat van a szektoriális változó és egy vizsgált másik változó között, azaz különböznek-e a válaszok szektoriálisan. Ehhez kapcsolódóan tájékoztató jelleggel két segédeszközt is futtattunk: Khi-négyzet próbát függetlenségvizsgálatra és Cramer-féle asszociációs együtthatót az esetleges kapcsolat mérésére (ld. pl. Hunyadi-Vita (2008) is számoltunk minden esetben. Ugyanakkor a kis minta elemszám és a próba aszimptotikus tulajdonságai miatt fontos megjegyezni, hogy még ilyen kevés kategória (tipikusan 3x3) esetén is túl alacsonynak tekinthető a mintaelemszám, így a próbához kapcsolódó statisztikákat és főként a kapott P-értéket nagyon „óvatosan” kell kezelnünk, inkább tájékoztató adatként, mint megbízható eredményként. A 2. melléklet tartalmaz minden ilyen szektoriális vizsgálathoz tartozó részeredményt szektoriálisan.

A vizsgálatba az alábbi –már korábban elemzett és ismertetett-- kérdéscsoportokat (változókat) vontuk be:

- Q9, Q12 kérdések, ill. utóbbi megfelelője az utólagos kérdőívben U_Q1: *a közös gondozási esetmegbeszélések részvételével kapcsolatban,*
- Q14-19 kérdések és azok utólagos kérdőívbeli megfelelőit, azaz U_Q3-7: *a közös gondozási esetmegbeszélésekkel kapcsolatos szakmai állítások véleményezésével kapcsolatban,*



- Q20-22 és Q39 kérdések ill. utóbbi megfelelője az utólagos kérdőívben U_Q25: *a mentálhigiénés teamről való értesültségről és abban való részvételről,*
- Q23-38 kérdések és azok utólagos kérdőívbeli megfelelőit, azaz U_Q8-24: *a mentálhigiénés teammel kapcsolatos szakmai állítások szektorális véleményezéséről.*

Ezek a kérdések lényegében eldöntendőek, vagy ahhoz közeliek, rendre 3 lehetséges válasszal, pl. „igen”, „nem”, és „nem tudom”.

A fentiek alapján tekintsük át azon eseteket, ahol kisebb vagy jellemző függőség tapasztalható a szektorváltozó és az azzal összevetett másik változó (ld. fenti lista) között.

Gyengébb, de jellemző kapcsolat mutatkozik több esetben. Itt azokat az eseteket tekintettük, ahol egyrészt a Cramer-együtthatót 0.3 feletti, másrészt a P-érték rendre nem túl magas (mely a függetlenséget jelezné), azaz legfeljebb 5-10% közötti P értékkel párosulnak). Ezen kritérium alapján az alábbiakat emelhetjük ki:

- „Volt-e Ön résztvevője az utóbbi 12 hónapban közös gondozási esetmegbeszélésnek?” (Q9): Itt egyértelműen a szociális és egyéb szektorban sokkal nagyobb az „igenek” száma, sőt, egyedül ott többségi az igen válasz.
- „A közös gondozási esetmegbeszélés fontos célja, hogy a szakemberek közösen tisztázzák a vállalt feladatokat.” (Q18): Bár mindenhol erős többség ért egyet, az egészségügynél 25% ’nem tudja’ választ adott, a többiekénél szinte egyhangú az igen válasz.
- „Milyen szakmai programban vett már részt a projektben: eg.fejl., drogügyi koordinátorok klubja.” (Q22_6): Hasonló az előzővel a válasz jellege: itt túlnyomó többség részt vett ilyen eseményen az egészségügyi és szociális és egyéb kategóriában, de csak kisebb részük az oktatásnál.
- „A mentálhigiénés team nem egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris szakmai csoport.” (U_Q14): Bár az állítással mindhárom szektorban a többséget egyetértett, a szektorok közötti különbség az igenek többségi arányában mutatkozott meg: az oktatásban 100%, az egészségügyben 77,8%, addig a szociális és egyéb szektorban már 2/3 alatti az igenek aránya, míg 35% nem ért egyet az állítással.
- „Részt venne-e mentálhigiénés teammunka módszertani felkészítésével foglalkozó továbbképzési programban?” (U_Q26): Ennél az utólagos(!) kérdésnél túlnyomó



többség válaszolt igennel az oktatási és a szociális és egyéb szektorból (90% felett), míg csak 55,6% az egészségügyből azok aránya, akik hajlandóak lennének részt venni ilyen programban, a többiek ebben a szektorban vagy nem venne részt (22,2%) vagy nem tudja (22,2%). (Igaz, itt emlékeztetjük az olvasót a kis – felhasználható – minta elemszámra, mely ennél a kérdésnél 41).

A fenti Q9, Q18 és Q22_6 kérdések esetén nem meglepőek az eredmények, hiszen csak itt kötelező előírás a kliens ügyében végzett esetmegbeszélés a gondozási folyamatban. Az egészségügyben is vannak területek, pl. a drogambulancián, ahol több, eltérő végzettségű szakember dolgozik együtt, vagy a pszichiátriai osztályon, ahol a vizitek egy formája ilyen, csak nem nevezik így - ami jelzi a közös fogalomrendszer szükségességét. A pedagógusok közül a gyógypedagógusok dolgoznak együtt más területek szakemberével, valamint a pedagógiai szakszolgálat munkatársai, így ők értik, de az óvónők, általános és középiskolai tanárok alapképzésének curriculumuma nem ad elegendő ismeretet, így ők nem tudnak mit kezdeni ezzel. Az utóbbiak helyzetében felmerülő problémák nem, vagy nem úgy jelentkeznek a másik két területen dolgozó szakembereknél (pl. mit csináljon a tanár az osztályban 30 másik gyermek jelenlétében, amikor neki a tananyaggal kell haladnia azokkal a gyerekekkel, akik a szakrendelésen és a szociális ellátáson is teljesen más körülmények közt teljesítenek).

A Q14 kérdésnél –azaz „**A mentálhigiénés team nem egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris szakmai csoport.**”-- a fenti 35%-os eredmény (a 'nem' válaszok aránya a szociális és egyéb szektorban) oka értelmezési probléma is lehet. Hiszen az is egy lehetséges megoldás, hogy erre a célra külön intézmény jön létre, ahol az esetmenedzser főállásban végzi más területen főállással rendelkező szakemberekkel együtt a kliensek ügyének megoldását.

Az U_Q26 kérdésnél – azaz „Részt venne-e mentálhigiénés teammunka módszertani felkészítésével foglalkozó továbbképzési programban?” – az alacsony mintaszám mellett megint az előzőekben leírtakra hívnánk fel a figyelmet. Azaz itt ilyen eszköz csirájában létezik már, pl. drogambulanciák team munkamódszerrel dolgoznak, ahol az egészségügyi és szociális végzettségű szakemberek alkotják a teamet, de mivel nincs protokoll szerinti előírás a kompetenciahatárok egységes szemléletű kidolgozására, nincs fogadókészség az egészségügy többi területén (akut ellátó osztályok, alapellátás).

További néhány esetben ugyan a Cramer együttható 0.3 körüli vagy feletti, de magas a P-érték.

Korábban jeleztük, hogy a P-értéket csak „tájékoztató” adatnak tekintjük a kis minta elemszám



miatt. Ám ezen esetekben rendre az tapasztalható, hogy mindhárom szektornál nagyon hasonlóak a válaszok (azonos a többségi válasz), pusztán a többségi válasz arányában van apróbb eltérés. Ezek az esetek az alábbiak:

- „A közös gondozási esetmegbeszélés a kliensnél megjelenő problémát tárja fel.” (Q14): Bár többségben vannak az igenek, de az egészségügyben nem olyan magas, mint a másik két szektorban, azaz az egészségügyben több a nemleges vagy bizonytalan (nem tudom) válasz.
- „A közös gondozási esetmegbeszélés az aktuális probléma megoldásában érintett minden szakember bevonásával zajlik.” (Q16): Ugyanaz tapasztalható, mint a Q14 esetében, itt már csak 58% az igenek aránya az egészségügyben.
- „Ha lehetőség lenne rá, részt venne-e mentálhigiénés team munkában?” (U_Q25): Érdeemes megjegyezni, hogy az előzetes kérdőívben még magas volt az igenek aránya a részvételi szándékra vonatkozóan mindhárom szektorban, míg az utólagos esetben az egészségügyben csökkent az igen vagy 'inkább igen' válaszok aránya, 55,5% együttesen, míg az előzetesben 83% jelezte igennel részvételi hajlandóságát. Jegyezzük meg ugyanakkor, hogy ennél a kérdésnél az előzetes és utólagos válasz nem azonos skálán lett mérve, ez is okozhatott gondot.
- „Milyen szakmai programban vett már részt a projektben: droginf. rendezvény.” (Q22_3): Míg az egészségügy és szociális és egyéb kategóriában a többség vett részt ilyen rendezvényen, addig az oktatási szektorban pusztán 28,6%.
- „Milyen szakmai programban vett már részt a projektben: egészségfejlesztés, drogügyi koordinátorok klubja.” (Q22_6): Hasonló az előzővel a válasz jellege: itt túlnyomó többség részt vett ilyen eseményen az egészségügyi és szociális és egyéb kategóriában (73% fölött), de az oktatásnál ez jelentősen kevesebb, 53,8%.

A pedagógusok számára a képzésben is kevésbé hangsúlyos és továbbképzésben is kevesebb lehetőség van ilyen témában meghirdetett, számukra is akkreditált alkalmakra, míg a másik két szektorban ez könnyebben elérhető terület. Mivel mind a pedagógusoknak, mind az egészségügyi dolgozóknak olyan a munkarendje, hogy szinte csak akkreditált képzésekre tudnak eljutni, ez szintén fontos szempont lehet nem csak a projektben, de döntéshozói szempontból is.



Felhívjuk az érdeklődő olvasó figyelmét, hogy az összes kontingenciatáblázat és a kapcsolódó statisztikák megtalálhatóak a 2. mellékletben.

3.6. Az utólagos kérdőívekben adott „visszajelzések” a programról szektoriális bontásban

Ebben a részben az utólagos kérdőívek címben említett kérdéseivel foglalkozunk szektoriális bontásban, azaz az U_Q28-31 változókkal. Ezek rendre a program hasznosságáról és hatásáról kérdezték a résztvevőket. Ezek 1-5 skálán adott válaszok. Így pusztán az átlagokat hasonlítjuk össze. Mélyebb vizsgálatokra – pl. hipotézisvizsgálatra – a skála jellege és főként a mintaelemszám miatt nincs lehetőség. Így „szubjektív” módon vetjük össze a kapott átlagokat és kiemeljük azon eseteket, ahol lényegesebb különbségeket tapasztaltunk (azaz, ahol legalább 1 a szektorok közötti legnagyobb különbség).

Három változónál találtunk ilyen jelentősebb különbséget a szektoriális válaszokban, érdekes módon mindegyik esetben ugyanazt a „mintázatot” kaptuk a válaszokban, nevezetesen: rendre kiugró, azaz legmagasabb a köznevelésiszekciónál a válaszok átlaga (tehát ez a szektor jelzett legpozitívabban vissza a tudása növekedése kapcsán), míg legalacsonyabb rendre az egészségügynél. Ezek az esetek az alábbiak.

- „A program hatására mennyire változott a tudása: családon belüli erőszak felismerése.” (U_Q28_9)
- „A program hatására mennyire változott a tudása: problémafelismerés.” (U_Q28_12)
- „A program hatására mennyire változott a tudása: konkrét ellátási lehetőségek és formák.” (U_Q28_14)

További 3 változónál hasonló jelenséget tapasztaltunk, ám itt a legnagyobb szektorok közötti különbség valamivel alacsonyabb (de 0.8 fölötti). A mintázata a válaszoknak itt is megegyezik az előző csoporttal, azaz itt is a legalacsonyabb átlagot rendre az egészségügyben kaptuk, míg legmagasabbat az oktatásban, tehát itt is az oktatásban jeleztek leginkább pozitívan vissza. Ezek a kérdések az alábbiak voltak.

- „A program hatására mennyire változott a tudása: egészségfejlesztés.” (U_Q28_1)



- „A program hatására mennyire változott a tudása: kommunikáció a családdal?” (U_Q28_8)
- „Mennyire volt hasznos a program a támogató technikák átadásában, különböző esetvitelekre vonatkozóan?” (U_Q29)

A fenti eredmények is alátámasztják az előzőekben bemutatott különbségeket a „hozott ismeretanyagban”, azaz a korábban említett curriculumokban megjelenő szignifikáns különbségeket. Ez felveti azt a kérdést, hogy a programok lezajlását követően, a projekt zárása után is szükséges a mentálhigiénés teammunka eredményességéhez már az alapképzésben erre a területre nagyobb hangsúlyt fektetni, ill. a fenntarthatóság indoklása is tulajdonképpen ez lehet. A 3 szakterület egymás munkájának megismerésével, a közös nyelv használatával eredményesebb munkát tud végezni. Eredménynek számít az is, ha a szakemberek a saját területükön végzett munkájukban kevesebb kudarcot élnek meg, ha van olyan kapcsolati háló, amelyre biztosan számíthatnak, ha elakadnak, továbbá ha folyamatosan van lehetőségük ismereteik bővítésére ezen a területen is akkreditált továbbképzések keretében. A WHO előrejelzése szerint a mentális problémák előfordulása várhatóan növekedni fog, a nagyobb gyakorisággal jelentkező betegségek közt ez kiemelt területnek számít. Így az ezen a területen befektetett munka mindenképpen megtérül, ha rövid távon - mint pl. ezen projekt időkerete - ez nehezen mérhető is.

A 2. melléklet az összes változó esetén tartalmazza a kapott átlagokat.

A szakmai kérdőívek elemzésének zárásként megemlítjük, hogy mindenképp érdemes a mentálhigiénés team oktatására nagyobb figyelmet fordítani. Megfontolandó lehet a tervezett képzésekre az alapvégzettségtől függően eltérő curriculumot készíteni. Bár a szakmacsoporton belül az egészségügyi dolgozók rendre kilógtak az eredmények szerint, itt is fontos kiemelni, hogy az alapellátásban és az akut, nem pszichiátriai ellátásban dolgozók nem dolgoznak együtt a mindennapi rutinban más területen dolgozókkal (oktatás, szociális terület, államigazgatás), így számukra más képzés lehet szerencsésebb, mint a pszichiátriai gondozóknak, a drogambulancia munkatársainak, illetve a rehabilitációs munkatársaknak. És természetesen igaz lehet ez fordítva is, a drogambulancián dolgozó szociális munkás, a terapeuták ismerete is más, mint a gyereket/fiatalt tanító pedagógusnak. Ez mutatkozik meg az eddigi eredményekben.



A projekt eddigi eredményei alapján elmondható, hogy a tudásszint-változása pozitív irányú, az attitűdváltozás is mérhető volt, de igazán csak hosszútávon mutatkozik meg a gyakorlatban, azaz igazi teammunka alakulhat ki a továbbképzésben szerzett ismeretek és személyes ismeretségek alapján.

4. A hozzátartozói (szülői) kérdőívek elemzése

Ebben a részben a projekt során (2018 júniusában) hozzátartozók körében előzetesen” és „utólagosan” felvételezett kérdőívek alapján kapott legfontosabb eredményeket foglaljuk össze. A felvételezések helyét és idejét a 3. melléklet tartalmazza. Ebben a részben nyilvánvalóan támaszkodunk a korábbi elemzéseinkre, így felhasználjuk:

- az előzetes kérdőívekhez készített korábbi leíró statisztikáit tartalmazó elemzést,
- az utólagos kérdőívekhez készített korábbi leíró statisztikáit tartalmazó elemzést,
- az előzetes és utólagos válaszok összehasonlítására készített elemzést,

melyek tartalmazzák a szóban forgó felhasznált statisztikákat minden változóra vonatkozóan.

4.1. A hozzátartozói minta legfontosabb jellemzői

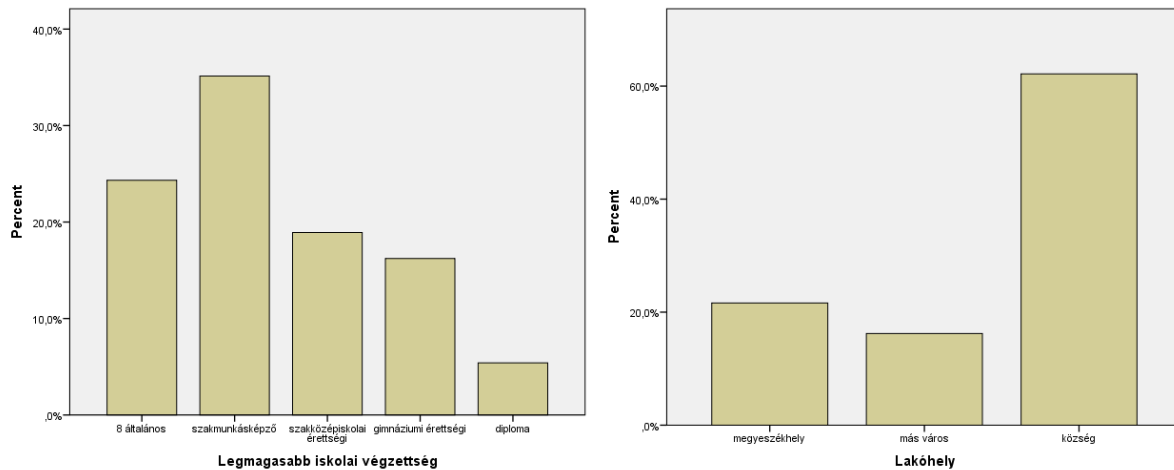
A 37 megkérdezett hozzátartozó kérdőíveinek felvételezése két helyszínen történt, ezek megoszlása a következő: 15 fő Nyíregyháza (40,5%), 22 fő Debrecen (59,5%).

Az alábbi legfontosabb (demográfiai) jellemzőket kaptuk.

- A megkérdezettek túlnyomó többsége nő.
- Életkor tekintetében viszonylag egyenletes az eloszlás 1956 és 1992-ben születettek között.
- Több mint 50% általános iskolai vagy szakmunkásképzőben szerzett legmagasabb iskolai végzettséggel bír.
- Kevesebb, mint 10% a diplomások aránya.
- 60% fölötti az alkalmazotti státuszban levők aránya.
- 60% fölötti a községben lakók aránya.



A végzettség és lakóhely tekintetében végezetül bemutatjuk az összes válasz alapján a gyakoriság eloszlást.



4.2. Legfontosabb eredmények a hozzátartozói válaszok alapján

Az alábbiakban tematikusan, kérdéscsoportonkénti bontásban mutatjuk be a legfontosabb megállapításainkat. Először rendre az előzetes válaszok alapján kapott eredményeket, majd az előzetes és utólagos válaszok összevetését.

4.2.1. Egészséget befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos tudásszintre, attitűdökre vonatkozó kérdések

Ebben a részben a hozzátartozói előzetes kérdőív Q7 és az annak megfelelő utólagos U_Q1 kérdéscsoportra adott válaszokat vizsgáljuk, melyek mind az egészséget befolyásoló tényezőkre vonatkoznak („Egyetért-e azzal, hogy a következők befolyásolják az egészséget?”).

Ehhez tekintettük át rendre a két kérdésre adott válasz különbségét. Mivel az eredeti kérdések egy háromértékű skálán mozogtak (értékek 1, 2 és 3), így a különbség -2 és 2 között vehet fel egészséértéket. Ezeket képezve vizsgáljuk a legfontosabb eredményeket.

Tekintsük most az igen válaszok arányát az egyes tényezőkről kapott válaszokban, azaz azt, hogy mennyire értett egyet a megkérdezett azzal, hogy az adott tényező egészséget befolyásoló:

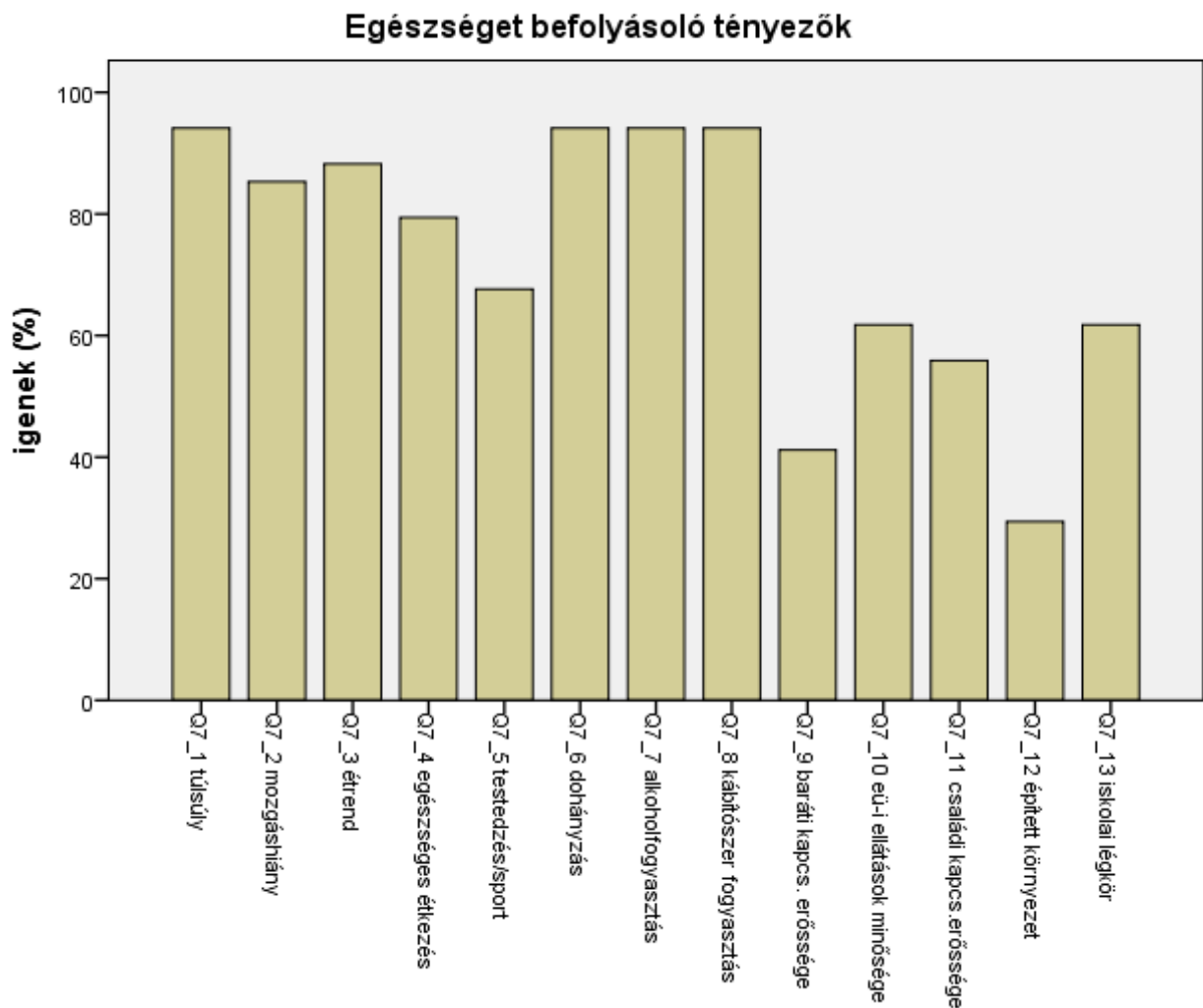
- *Mozgáshiány, túlsúly, étrend, dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószer fogyasztás és a munkahelyi/iskolai légkör* tényezők esetén pozitív (igen) választ jelölt a megkérdezettek több mint 80%, tehát ezen esetekben nagyon homogének a válaszok.
- Szintén magas, 60% fölötti az igenek aránya az *egészséges étkezés és a sport/testmozgás*



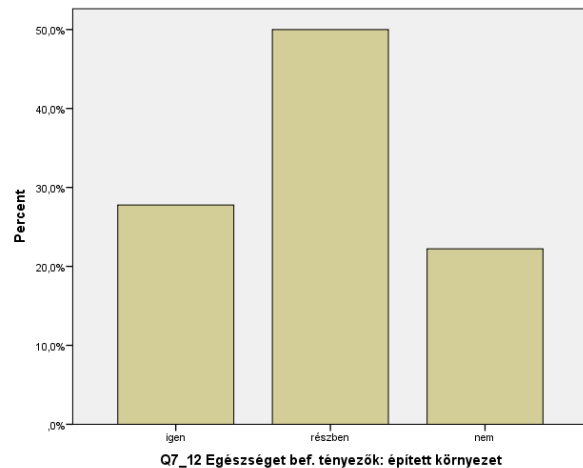
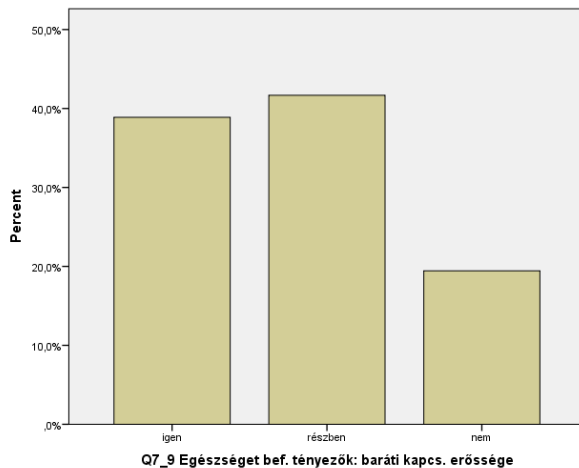
és egészségügyi ellátások minősége tényezők esetén, itt néhányan a „részben” választ jelölték.

- *Baráti kapcsolat erőssége és családi kapcsolat erőssége és az épített környezet* tényezők esetén nagyobb szórást mutatnak a válaszok, az előzőeknél jelentősebb a „részben” válaszok aránya.

Az alábbi ábra szemlélteti a fentiekben összefoglalt eredményeket:



Az utolsó pontban említett nagyobb szórású esetekből két változó esetén bemutatjuk a válaszok megoszlását az alábbi ábrákon.



Tekintsük most ezen kérdések esetében a válaszok változását az előzetes és utólagos kérdőívek összevetése alapján. Ehhez vizsgáltuk meg rendre a két kérdésre adott válasz különbségét. Mivel az eredeti kérdések egy háromértékű skálán mozogtak (értékek 1, 2 és 3), így a különbség -2 és 2 között vehet fel egészértéket. Ezeket képezve vizsgáljuk a legfontosabb eredményeket. Nyilván a különbség azt mutatja, hogy a skálán elmozdult-e a megkérdezett válasza, s ha igen, akkor milyen irányban: pozitív érték esetén inkább egyetért azzal, hogy az adott tényező befolyásolja az egészséget.

- Számos tényezőnél nincs érdemi változás, azaz a nem változott válaszok aránya legalább 80%.
- A *testedzés/sportolás* esetén esett a nem változott válaszok aránya 80% alá, többségében inkább az igen felé mozdultak el a válaszok. Tehát itt is a nagy többség nem változtatta korábbi választát, s akik változtatták, azok inkább tartják befolyásoló tényezőnek, mint korábban a szóban forgótényezőt.
- *Épített környezet, iskolai/munkahelyi légkör* esetén szintén 80% alatti a nem változott válaszok aránya, itt mindkét irányban történt apró változás, tehát a válaszokat módosítók nem egy irányban mozdultak el a kérdéses tényező megítélésében.

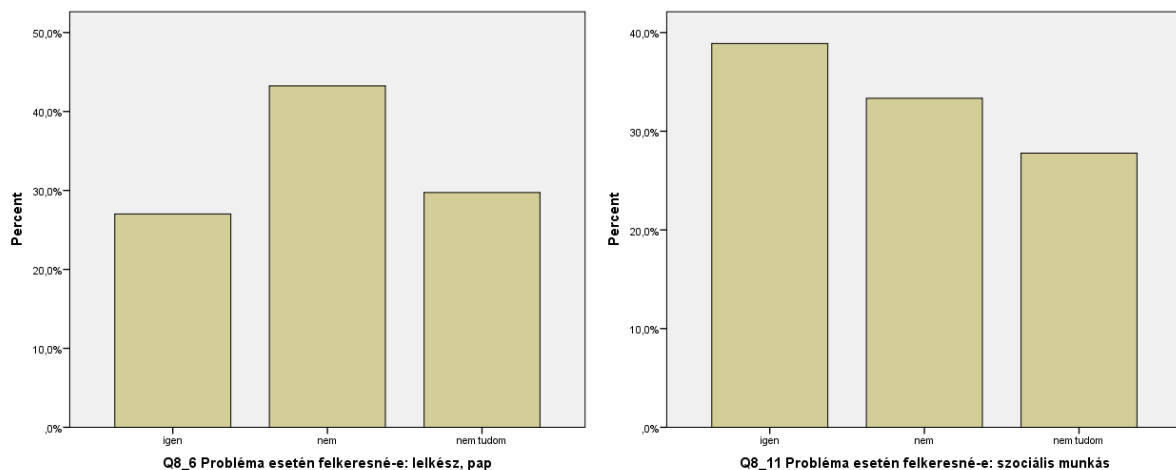
Ebben a kérdéskörben jól látható, hogy a nevelőszülő képzésben az egészségmagatartás és egészségtudatosság hangsúlyos terület, az ismeretekben alig volt változás a képzés hatására.

4.2.2. A nevelt gyermeknél a mentális egészséghez kapcsolódó probléma gyanúja vagy fennállása esetén az egyes ellátások igénybevételi hajlandóságára vonatkozó kérdések

Az előzetes Q8 versus utólagos U_Q2 kérdések tartoznak ide, melyek mind arra irányulnak, hogy probléma esetén kit keresne fel a megkérdezett. Ezen kérdéseknél 3 lehetséges válasz volt, igen, nem és nem tudom (ennél fogva ebben az esetben az eredeti skálák nem feltétlenül tekinthetőek ordinálisnak). A fontosabb tapasztalatok az egyes részkérdésekre kapott előzetes válaszoknál az alábbiak:

- 80% fölötti az igenek aránya több kérdésnél: háziorvos, pedagógiai szakszolgálat, pszichológus, iskolapszichológus, védőnő.
- Valamivel kevesebb az igenek száma, de 60% fölötti az alábbi esetekben: családsegítő, pszichiáter. Utóbbinál majdnem 80%, tehát minimális az eltérés az előző pontbeli csoportoktól.
- Erősen megosztottak a válaszok úgy, hogy a leggyakoribb válasz a „nem” az alábbi kérdéseknél: lelkész/pap, természetgyógyász, jós.
- Erősen megosztottak a válaszok úgy, hogy a leggyakoribb válasz az „igen” az alábbi kérdéseknél: szociális munkás.
- A többiek által megjelölt egyéb csoport a gyám volt.

Ebben az esetben is grafikusán szemléltetünk két esetet, ahol nagyobb volt a megosztottság, azaz a szórás a válaszokban.



Rátérve az előzetes és utólagos kérdésekben mutatkozó esetleges különbségekre az alábbiakat állapíthatjuk meg. Itt az előzetes és utólagos válaszokat vetettük össze kontingencia



táblázatokban: azt vizsgáltuk, a főátlón kívül van-e jelentős részcsoport, azaz vannak-e nagyobb számban olyanok, akik változtatták véleményüket. A részletes táblázatokat a korábbi elemzések tartalmazzák.

- Azt tapasztaltuk, hogy azon korábbi alkérdéseknél (Q8), ahol magas volt az „igenek” aránya, nem történt érdemi változás a válaszokban. Azaz azon kategóriák aránya, ahol változás lenne, rendre 10% alatti. Így ezen különbségeket nem emeljük ki. Tehát a bizalom azokkal szemben (pl. háziorvos, pszichológus, stb.), akiket a nagy többség felkeresett volna az előzetes válaszok alapján nem csökkent, nem változott.
- A *szociális munkásra* irányuló kérdéskörnél is hasonló megosztottság jellemző a válaszokban, mint az előzetes válaszokban.
- Változást inkább azon néhány kérdés esetén tapasztaltunk, ahol egyébként is megosztottabb volt a megkérdezettek köre, illetve ahol a „nem” válaszok aránya jelentős volt, például *jós, pap/lelkész, természetgyógyász* kérdések esetén.
- A *pap/lelkész, természetgyógyász* kérdések esetén a „nem” és a „nem tudom” válaszok között van jelentősebb (15-20%) átrendeződés. De az igenek aránya nem növekedett. Tehát itt sem lehet azt mondani, hogy érdemben növekedett volna a bizalom.

Az előző kérdéscsoport zárásaként írt megjegyzések itt is érvényesek, de itt más tényezők is szerepet játszhattak. Az ismereteket jobban befolyásolták a hallottak, de ez attitűdváltozást még nem eredményezhetett, mivel ez hosszabb időtávon mérhető változó.

Ebben a részben az előzetes Q9 és az annak megfelelő utólagos Q3 kérdéscsoportra adott válaszokat vizsgáljuk, melyek mind arra irányulnak, hogy probléma esetén kitől tudna segítséget kérni ("Ha az Ön által nevelt gyermekben valamilyen lelki problémát észlelt kitől tudna segítséget kérni saját megítélése szerint?")

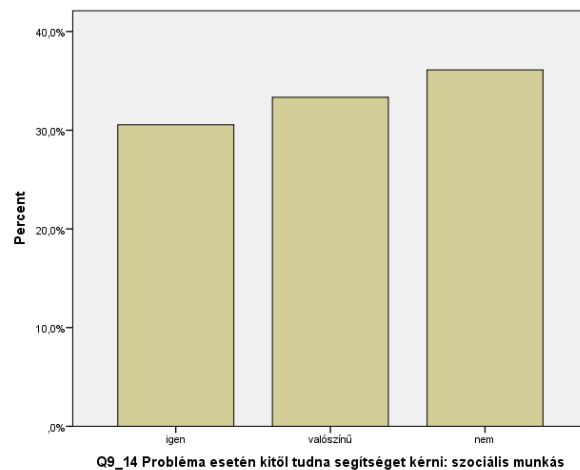
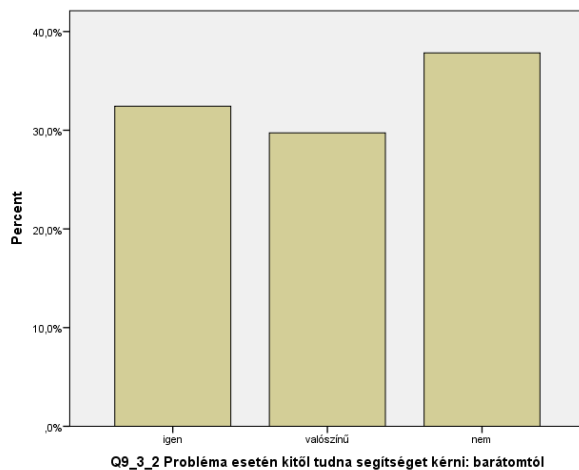
Korábbi elemzésünkben tekintettük a két kérdésre adott válasz különbségét. Mivel az eredeti kérdések egy háromértékű skálán mozogtak (értékek 1, 2 és 3), így a különbség -2 és 2 között vehet fel egészértéket.

Az alábbiakban kiemeljük az előzetes válaszok alapján azt, hogy 1-1 személy, szakember esetén mi a kapott válaszok eloszlásának jellegzetessége, különös tekintettel az igenekre, amelyek százaléka azt mutatja, hogy mekkora hányada tudna az adott személyhez fordulni. A legfontosabb megállapítások az alábbiak:



- 60% fölötti az igenek aránya több kérdésnél: *házastárs, szülő, védőnő, családsegítő* esetén, azaz a többség tudna hozzájuk fordulni.
- 80% fölötti vagy közel 80% az igenek aránya több kérdésnél: *pszichológus* (itt közel 100% az igenek aránya), *iskolapszichológus, pszichiáter, pedagógiai szakszolgálat, háziorvos*, tehát a nagy többség (szinte mindenki) ezen személyektől, szakemberektől tudna segítséget kérni megítélése szerint.
- Megosztottak ugyanakkor a válaszok: *más rokon* (ahol leggyakoribb a „nem” válasz), *barát, szociális munkás* (ahol leggyakoribb a „nem” válasz) esetén.
- A „nem” válaszok vannak többségben: *pap/lelkész, természetgyógyász, jós* esetén. Tehát ezen személyektől úgy érzi a többség, hogy nem tudna segítséget kérni.

A nagy szórást mutató válaszokból illusztrálunk kettőt ábrákkal is.

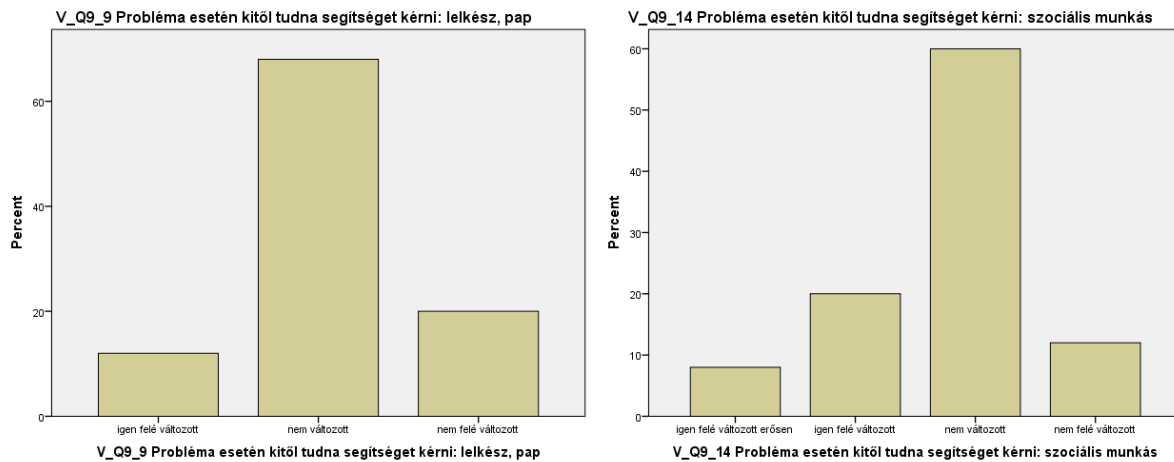


Ismét a válaszokban adódó különbségekre térve az előzetes és utólagos esetben az alábbiak tapasztalhatóak. Itt is tekintettük a két kérdésre adott válasz különbségét. Mivel az eredeti kérdések egy háromértékű skálán mozogtak (értékek 1, 2 és 3), így a különbség -2 és 2 között vehet fel egészértéket.

- Az az általános kép rajzolódik ki, hogy nincs érdemi változás az előzetes és utólagos válaszokban, azok aránya, akik nem változtatták korábbi válaszukat mindenhol eléri a 60%-ot, és sok válasz esetén 80% vagy a fölötti ezek aránya. Így csak apróbb különbségek rajzolódnak ki.
- Az előző megállapítás még azon esetekre is igaz, ahol nagyobb volt a megosztottság vagy az elutasítás az előzetes válaszokban.

- Külön így csak két esetet emelünk ki az alábbiakban, ahol apróbb változások megfigyelhetők: pap/lelkész (itt 10% fölötti mindkét irányú változás, különösen a válaszok „nem” felé eltolódása erősödött) és szociális munkás (itt pedig inkább az igen felé van kisebb eltolódás, 20% fölötti eltolódás).

Utóbbi két esetet ábrákon is szemléltetjük.



Ebben a kérdéskörben is jó alapismeretekkel rendelkeztek a megkérdezettek, de itt mutatkozik a képzésben a legnagyobb változás a szociális munkás szerepének megítélésében. A résztvevők előzetes tapasztalatai itt is befolyásoló tényezőként szerepelhetnek.

4.2.3. Mennyire fontos, hogy a nevelt gyermek(ek) kortárs(ai) kezdetű kérdések

A címbeli kérdéskörhöz az előzetes Q10 kérdésekre és az annak megfelelő utólagos U_Q4 kérdéscsoportra adott válaszokat vizsgáljuk („Ön szerint mennyire fontos, hogy az Ön által nevelt gyermekhez/gyermekéhez hasonló korú gyerek.”) Itt is tekintettük a két kérdésre adott válasz különbségét. Mivel az eredeti kérdések egy háromértékű skálán mozogtak (értékek 1, 2 és 3), így a különbség -2 és 2 között vehet fel egészértéket.

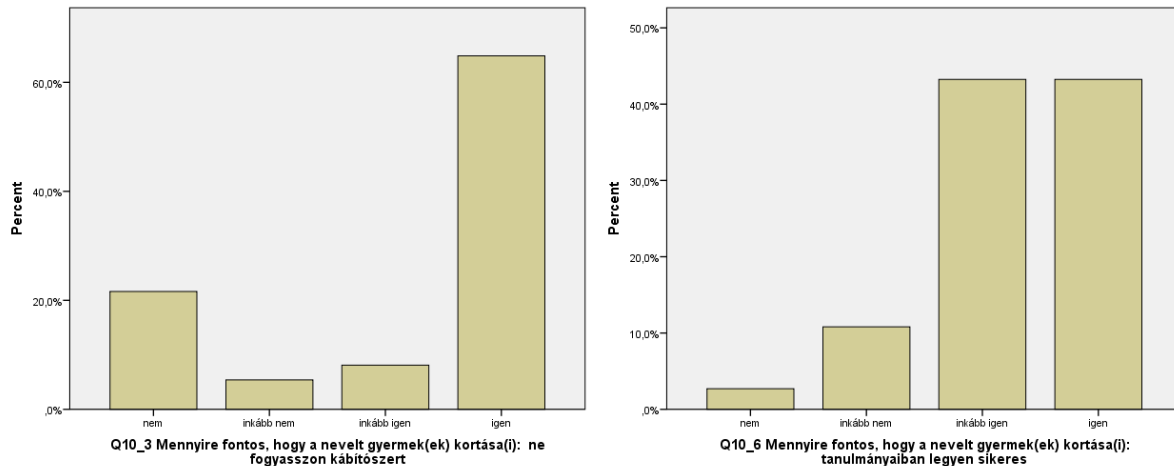
A fontosabb tapasztalatok az egyes részkérdésekre kapott válaszköznél az alábbiak.

- 80% fölötti vagy közel 80% az igen válaszok aránya az alábbi esetekben: *törődjön az egészségével, legyen őszinte, szüleivel jó legyen a kapcsolata, ismerje saját értékeit.*
- 60% fölötti vagy közel 60% az igen válaszok aránya az alábbi esetekben: *ne fogyasszon kábítószert, ne dohányozzon, ne igyon alkoholt* (ezeknél rendre 20% körüli a nem válaszok aránya), *barátai elfogadják* (a többi válasz is nagyrészt inkább igen itt),
- Igen és inkább igen válaszok döntően (együtt legalább 70%): *könnyen megoldja*



problémáit, tanulmányaiban legyen sikeres, ismerje saját hibáit, megoldja, ha szűgyellnie kell valamit, képes legyen befolyásolni egészségét, a szerelmi csalódást ne tekintse problémának.

Itt illusztrációként az utóbbi két kategóriában mutatunk be 1-1 esetet grafikusan.



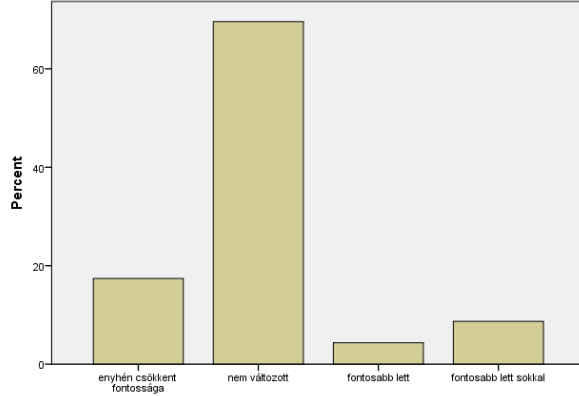
Ismét a válaszokban adódó különbségekre térve az előzetes és utólagos esetben az alábbiak tapasztalhatóak. Ahogy korábban, itt is tekintettük a két kérdésre adott válasz különbségét. (Mivel az eredeti kérdések egy háromértékű skálán mozogtak (értékek 1, 2 és 3), így a különbség -2 és 2 között vehet fel egészértéket.)

- Az az általános kép rajzolódik ki, hogy nincs jelentős változás az előzetes és utólagos válaszokban, azok aránya, akik nem változtatták korábbi válaszukat mindenhol eléri a 60%-ot vagy majdnem annyi, és sok válasz esetén 80% vagy a fölötti ezek aránya. Így csak apróbb különbségek rajzolódnak ki.
- Az előző megállapítás még azon esetekre is igaz, ahol nagyobb volt a megosztottság vagy az elutasítás az előzetes válaszokban.
- Apróbb változások esetén, ha tekintjük a változás irányát, egyes esetekben inkább „fontosabb lett” a szempont a számára, ilyen esetek: tanulmányaiban sikeres legyen, ismerje saját hibáit, a szerelmi csalódást ne tekintse problémának,

Külön pusztán két esetet illusztrálunk, mindkét esetben kissé megosztottabb a változás, így nem egyértelmű annak iránya, az első egyben az egyetlen olyan eset, ahol nem érte el a változatlan válaszok aránya a 60%-ot, bár itt is közel van hozzá (ld. fenti első pont).

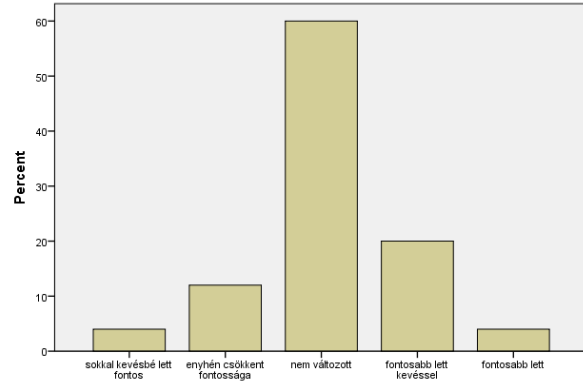


V_Q10_9 Mennyire fontos, ha a nevelt gyermek(ek) kortása(i): ne igyon alkoholt



V_Q10_9 Mennyire fontos, ha a nevelt gyermek(ek) kortása(i): ne igyon alkoholt

V_Q10_11 Mennyire fontos, ha a nevelt gyermek(ek) kortása(i): képes legyen befolyásolni egészségét



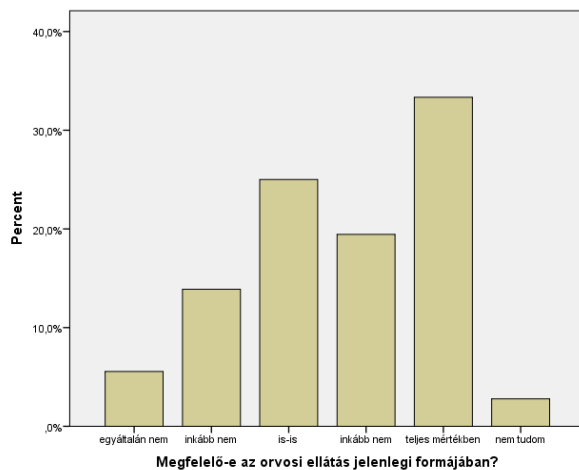
V_Q10_11 Mennyire fontos, ha a nevelt gyermek(ek) kortása(i): képes legyen befolyásolni egészségét

Jegyezzük meg zárásként, hogy a szülői/nevelőszülői elvárások a környezet által is befolyásolhatók, talán ez magyarázza az erősebb szórást a válasznál.

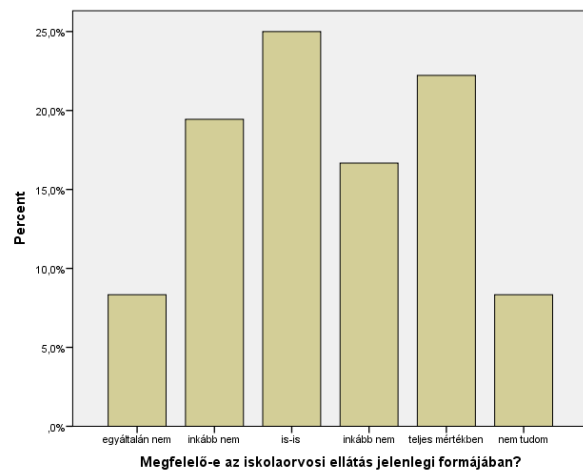
4.2.4. A jelenlegi egészségügyi alapellátás (azon belül is kiemelten az iskola-egészségügyi ellátás) megfelelőségével kapcsolatos kérdések

Végezetül bemutatjuk az iskola-egészségügyi és a házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátás megfelelőségére vonatkozó kérdésekre adott válaszokat (Q11 „Ön szerint az Ön gyermekével hasonló korú fiatalok egészségének megóvásában megfelelő-e a házi orvosi ellátás, jelenlegi formájában.”, Q12 „Ön szerint az Ön gyermekével hasonló korú fiatal egészségének megóvásában megfelelő-e az iskolaorvosi ellátás, jelenlegi formájában.”).

Itt 6 lehetséges válasz volt, egy 5 elemű Likert skála és a „nem tudom” válasz. Azaz a korábbi kérdéseknél bővebb volt a válaszlehetőségek köre, másrészt azok nem alkotnak sorrendi skálát, továbbá a válaszokban igen megosztott a megkérdezettek köre, így mindkét esetben bemutatjuk a válaszok százalékos megoszlását.



Megfelelő-e az orvosi ellátás jelenlegi formájában?



Megfelelő-e az iskolaorvosi ellátás jelenlegi formájában?



Jegyezzük meg, hogy a szülők nem sokszor kerülnek személyesen kapcsolatba az iskolaorvossal, de a háziorvossal, szakorvosokkal igen. Talán ennek tudható be, hogy magas az „is-is” válaszok aránya, és a „nem tudom” válaszoké is az iskolaorvosi ellátásra vonatkozóan. Bár ma csak nagyvárosokban van független iskolaorvosi hálózat, de a mintavételezés településein ilyen működik, így ezek a kérdések kis településen --ahol az iskolaorvos személyesen a háziorvosa is a gyerekeknek-- valószínűen nem válna el.

Zárásként ismételten fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy az alacsony mintaméret miatt a következtetések kellő óvatossággal általánosíthatók csak. Továbbá kiemelendő, hogy döntően nevelőszülői hálózatban szereplő szülők vettek részt a programon, akik előzetesen már számos képzésen vettek részt, ismerik a hivatalos utakat, van tapasztalatuk abban, hogyan kell a problémás esetekben eljárni. Ez a tapasztalat befolyásolta a válaszadást is, valószínűen ez a magyarázata annak, hogy az „előtte” versus „utána” válaszokban nem mutatkozott számottevő eltérés. A program hatása valószínűen ennél lényegesen eltérőbb eredményeket adna, ha például pedagógiai intézményekben --akár rendhagyó szülői értekezlet keretében-- zajlana.



5. Összefoglaló megjegyzések

Ebben a részben néhány fontosabb eredményt, következtetést emelünk ki röviden.

Elemzésünk a tanulmányban és a projekt egyéb anyagaiban részletezett szakmai és hozzátartozói körben 3 megyében felvételezett kérdőívekre támaszkodik. A megkérdezettek a kérdőíveket rendre egy-egy projekt eseményhez kapcsolódóan töltötték ki, így külön egy „előzetes” kérdőívet - mely értelemszerűen a rendezvény előtti véleményüket, ismereteiket mutatja -, továbbá egy „utólagos” kérdőívet. A két kérdőív egyes kérdéscsoportjai megegyeztek, melyek alapul szolgáltak a szóban forgó események hatásának mérésére. A minták mérete viszonylag kicsi, 56, illetve 37 fő volt a szakmai és a hozzátartozói esetekben. Ennélfogva magas a hibahatár egy részsokaság méretének (ún. sokasági arány) becslése esetén, s még nagyobb annak változásának becslésekor.

Megfogalmaztunk több állítást az ún. közös gondozási megbeszélések kapcsán, így például azt, hogy az a kliensnél megjelenő problémát tárja fel; hogy az egy gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaforma; hogy minden érintett szakember bevonásával zajlik, a szakemberek közösen definiálják a problémát, tisztáznak feladatokat és tervezik a segítő folyamatot. Minden kérdés esetén a megkérdezett szakemberek hatalmas többsége egyetértett ezen állításokkal és nem jelentkezett ehhez képest elmozdulás az utólagos válaszok esetében sem.

A fenti állításokkal való egyetértés a képzés előtti felvételben mutatja, hogy nagy az igény mindhárom szektorban a közös, szektorokon átívelő munkára, és a képzés ebben megerősítette a résztvevőket.

Hasonlóan vizsgáltuk a szakemberek mentálhigiénés teammal és a szakmai programokkal kapcsolatos véleményét. Minden kérdésre itt is egyértelmű állásfoglalást kaptunk, azaz nagy többséggel igen vagy nem válaszokat. Így egyetértettek azzal, hogy ezen csapatok nem egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris szakmai csoportok; tevékenységi körükbe tartozhat a megelőzés, korai kezelésbevitel és a gondozás területe egyaránt; a kölcsönös tájékoztatás, a közös gondolkodás, tervezés, szükség szerint egy célirányos kooperáció; és előfordulhat ezek keretében társszakmák/társágzatok szakembereinek bevonása. Ugyanakkor határozottan elutasításra került az az állítás, hogy a mentálhigiénés team munka ugyanazt jelenti, mint a közös gondozási esetmegbeszélés; hogy egyetlen intézményen belül valósulna



meg; tagjai elsősorban az egészségügyi intézmények szakemberei és közöttük szükségszerűen alá-fölrendeltségi viszony van. Utólagosan itt sem változtak a válaszok érdemben. Fontos továbbá megemlíteni, hogy jelentős többség részt kívánna venni ilyen team munkájában a jövőben.

A képzés itt is megerősítő hatású volt, ami azt jelenti, hogy a szakemberek attitűdje pozitív, és amennyiben a szabályozók is lehetővé teszik, várhatóan a gyakorlatban is jól működne.

Azt is vizsgáltuk, hogy a program hatására mennyire változott a megkérdezettek tudása egyes témákban. Az alábbi témákban tapasztaltunk nagyobb javulást a tudásban a megkérdezettek véleménye alapján: egészségfejlesztés, fiatalokkal végzett prevenció, információközvetítés, problémafelismerés, konkrét ellátási lehetőségek és formák. Míg úgy érezték, hogy más kérdésekben nem változott érdemben a tudásuk, ilyenek voltak az alábbiak: agresszív iskolai viselkedés, online függőség, internetes zaklatás, designer drogokkal kapcsolatos információk, a családon belüli erőszak felismerése, a designer drogokkal kapcsolatos problémák kezelése.

A részletes elemzésben is jeleztük, hogy a graduális és posztgraduális képzésekben szereplő témák célirányos tanfolyamokon, továbbképzéseken korszerű és megfelelő ismeretet adtak, amit a projekt korlátozott keretei között nem sikerült mélyíteni. Ugyanakkor vannak területek, amelyek kimaradtak a szakképzés során, így ezekben javult a résztvevők tudása.

Képeztünk egy szektorális osztályozást a részvevő szakemberek munkahelye alapján, 3 kategóriát elkülönítve: egészségügyi, szociális és köznevelési. Megvizsgáltuk, hogy mely válaszokban mutatkozik érdemi különbség a szektorok között. Azt tapasztaltuk, hogy a közös gondozási esetmegbeszéléseken a szociális és egyéb szektorban sokkal nagyobb arányban vettek már részt, hasonló kép rajzolódott ki egészségfejlesztő és drogtügyi koordinátorok klubja esetében. Jegyezzük meg, hogy a szociális szektorban dolgozók számára kötelező a gyakorlatban a gondozási megbeszélés, rendre meg is hívják a többi szektor (egészségügyi és köznevelési) érintett szakembereit is, akik azonban ritkán jutnak el ezekre. Továbbá hasonló volt az eredmény abban a kérdésben is, amelyben azt tisztáztuk az utólagos kérdőívben, hogy mentálhigiénés team munka módszertani felkészítésével foglalkozó továbbképzési programban részt venne-e. Bár többségében egyetértettek azzal, hogy a közös gondozási esetmegbeszélés fontos célja, hogy a szakemberek közösen tisztázzák a vállalt feladatokat, az egészségügyben egy jelentősebb kisebbség nem értett egyet ezzel az állítással, míg a többi szektorban egyhangú volt az egyetértés. A szociális szektor mutatott ugyanakkor kisebb többséggel egyetértést abban



a kérdésben, hogy a mentálhigiénés team nem egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris szakmai csoport.

Ezek az eredmények azt jelzik, hogy differenciált oktatással kellene a „szektorfüggő előzetes” ismereteket kiegyenlíteni, mielőtt a gyakorlati bevezetés megtörténik.

Az utólagos megkérdezéseknél vizsgáltuk a program hatását, itt három változónál találtunk jelentősebb különbséget a szektorális válaszokban, melyek arra vonatkoztak, hogy a program hatására mennyire változott a tudása a szakembernek. Rendre a szociális szektortól kaptuk a legpozitívabb választ és a legkevésbé az egészségügyből jött pozitív válasz az alábbi résztémákra vonatkozóan: családon belüli erőszak felismerése, problémafelismerés, konkrét ellátási lehetőségek és formák. Ennek háttérében is az eltérő bázistudás állhat, amely a differenciált oktatással könnyen kezelhető.

A projektben a szakemberek mellett lakossági programok keretében célzott ismeretátadásra is van lehetőség, amelyből eddig csak 2 rendezvény zajlott le. A nevelőszülők bevonásával végzett felmérésekből kapott eredmények azonban több szempontból is csak óvatos következtetések levonását engedik meg. Részben az alacsony mintaelemszám miatt, részben azért, mert az eredményeket hatással van, hogy a nevelőszülők komoly képzési rendszerben sokkal több, célzott ismerethez jutnak, míg a pszichiátriai ellátást igénylő gyerekek szülei nem képeznek ennyire homogén csoportot.

A hozzátartozói kérdőívekre kapott válaszok alapján az alábbiakat emeljük ki.

Egyrészt nem meglepő módon a mozgáshiányt, túlsúlyt, étrendet, dohányzást, alkohol-, kábítószer fogyasztást és a munkahelyi/iskolai légkört jelölték a leginkább egészséget befolyásoló tényezőként meg, míg legkevésbé a baráti kapcsolat erősségét, a családi kapcsolat erősségét és az épített környezetet.

Az itt kapott eredmény azt mutatja, hogy érdemes lenne a kortárs és családi kapcsolati háló védőszerpét jobban hangsúlyozni.

A nevelt gyermeknél a mentális egészséghez kapcsolódó probléma gyanúja vagy fennállása esetén az egyes ellátások igénybevételi hajlandóságára vonatkozó kérdéseknél leginkább a háziorvost, pedagógiai szakszolgálatot, pszichológust, iskolapszichológust, és védőnőt keresnék meg, míg legkevésbé a lelkeszt/papot, természetgyógyászt, jóst.



A projekt célkitűzésével ez teljesen összhangban van, ha sikerül az interszektoriális együttműködést elegendő szakember bevonásával működtetni, akkor a korai kezelésbevételre jó esély mutatkozik.

Végezetül megjegyezzük az iskola-egészségügyi és a házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátás megfelelőségére vonatkozó orvosi ellátást véleményező kérdésekre adott válaszok kapcsán, hogy („megfelelő-e a házi orvosi ellátás, jelenlegi formájában.”, „megfelelő-e az iskolaorvosi ellátás, jelenlegi formájában.”) a válaszokban meglehetősen megosztott volt a megkérdezettek köre. Ez így további kutatási kérdéseket vethet fel a jövőre vonatkozóan. Iskolaorvosi ellátást nagyvárosokban a házi gyermekorvosoktól független szakemberek nyújtanak, míg kis településeken a házi orvos feladata. Az előbbi esetben a szülővel való kommunikáció sokkal nehezebb. A szülő elvárása nem feltétlenül egyezik meg a szakma szempontjaival, nem ismeri sok esetben az előírásokat, jogszabályokat, így véleménye fontos, de nem minden esetben objektív.



Hivatkozások

Bronstein, L. R. (2002): *Index of interdisciplinary collaboration*, Social Work Research, 26, 2, 113–126, <https://doi.org/10.1093/swr/26.2.113>

Carpenter, J., Brown, S., Griffin, M. (2007): *Prevention in Integrated Children's Services: The Impact of Sure Start on Referrals to Social Services and Child Protection Registrations*, Child Abuse Review 16:1. <https://doi.org/10.1002/car.969>

Henderson, J. L., Brownlie, E. B., McMains, S., Chaim, G., Wolfe, D. A., Rush, B., Boritz, T., Bleitchman, J. H. (2017): *Enhancing prevention and intervention for youth concurrent mental health and substance use disorders: The Research and Action for Teens study*, Early Interv Psychiatry. 26. doi: 10.1111/eip.12458.

Hunyadi, L. és Vita, L.: Statisztika I-II., Aula, 2008.

Kolko, D. J., Campo, J., Kilbourne, A. M., Hart, J., Sakolsky, D., Wisniewski, S. (2014): *Collaborative care outcomes for pediatric behavioral health problems: A cluster randomized trial*, Pediatrics, 133(4), e981-e992. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2516>

Nagy Beáta Erika, Oláh Róza, Szabó Éva, Józsa Tamás, Murányi István, Kató Szabolcs, Szele Anna Szabina (2018): *A megyei programok hatását mérő eszközrendszer kidolgozása és alkalmazása*, EFOP-2.2.0-16-2016-00002 Gyermek és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése

Petch, A. (2008): *Health and social care: establishing a joint future*, Edinburgh: Dunedin Academic Press, pp 96.



Mellékletek listája

1. melléklet: Szakmai kérdőívek leíró statisztikái
2. melléklet: Szektoriális vizsgálatok statisztikái
3. melléklet: A felvételezések helye és ideje
4. melléklet: A használt kérdőívek