

Doktori (PhD) értekezés tézisei

Roma egészség-mediátorok az alapellátásban: segéd-egészségőrök munkavégzésének és egészségi állapotának vizsgálata az Alapellátás- fejlesztési Modellprogramban

Katona Cintia

Témavezető: Prof. Dr. Kósa Karolina



DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
DEBRECEN
2021

**Roma egészség-mediátorok az alapellátásban: segéd-
egészségőrök munkavégzésének és egészségi
állapotának vizsgálata az Alapellátás-fejlesztési
Modellprogramban**

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében az
egészségtudományok tudományágban

Írta: Katona Cintia okleveles népegészségügyi szakember,
oklevés egészségfejlesztő, oklevés egészségpszichológus

Készült a Debreceni Egyetem
Egészségtudományok Doktori Iskola
Megelőző orvostan és népegészségtan programja keretében

Témavezető: Prof. Dr. Kósa Karolina

Az értekezés bírálói: Prof. Dr. Horváth Ildikó, az MTA doktora
Prof. Dr. Rurik Imre, az MTA doktora

A bírálóbizottság

elnöke: Prof. Dr. Balázs Margit, az MTA doktora

tagjai: Prof. Dr. Horváth Ildikó, az MTA doktora

Prof. Dr. Rurik Imre, az MTA doktora

Prof. Dr. Túry Ferenc, PhD

Dr. Barabás Katalin, PhD

Az értekezés védésének időpontja: 2021. június 11. 11:00.

A nyilvánosságot online módon biztosítjuk. Amennyiben a vitán részt kíván venni, úgy jelezze a somogyi.gergo@med.unideb.hu email címre küldött üzenettel a vitát megelőző nap (2021.06.10.) 12 óráig.

BEVEZETÉS

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram

„Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” (a továbbiakban: Modellprogram) a hazai egészségügyi alapellátás működésének átalakítását és szolgáltatásainak bővítését, valamint a magyar lakosság egészségi állapotának javítását és az egészségi egyenlőtlenségek csökkentését célzó eddigi legnagyobb szabású, öt évig működött program volt, melynek pénzügyi hátterét a Svájci-Magyar Együtműködési Program biztosította 13 millió svájci frank költségvetéssel.

A Program egy kilenc intézményes tagból álló konzorcium irányításával 2012-2017 közt zajlott, 2013 októberétől kínálva szolgáltatásokat. Berettyóújfalu, Borsodnádasd, Heves és Jászapáti hátrányos helyzetű kistérségeiben 14 település összesen 24 háziorvosi praxisa szerveződött négy praxisközösséggé, amelyek a többletfinanszírozásból egyéb egészségügyi szakembereket is alkalmaztak (praxisközösségenként egy népegészségügyi koordinátor, egy gyógytornász, egy dietetikus, egy népegészségügyi szakember, egy pszichológus, egy praxisközösségi nővér). Ezen szakemberek közreműködésével a hagyományosan nyújtott

akut betegellátás és krónikus gondozás mellett új szolgáltatásokat is kínáltak az ellátottaknak, úgymint 1) egészségi állapotfelmérés (EÁF), minden ellátott behívásával; 2) orvosi kockázatbecslés az EÁF adatai alapján; 3) életmód-tanácsadás; 4) közösségi egészségfejlesztési programok.

A praxisközösségek a szakemberek mellett 12 (összesen 48), többségében legfeljebb szakiskolai végzettséggel rendelkező ún. segéd-egészségőrt is alkalmazhattak féléllásban, akiket a helyi közösségekből toboroztak. A segéd-egészségőrök mediátori szerepet tölthettek be a Modellprogramban, vagyis a Program kiemelt célcsoportja, a hátrányos helyzetű, ezen belül is a roma lakosság körében segítették a praxisközösségek által kínált új szolgáltatások igénybevételét. Egyik fő feladatuk volt az EÁF-ra meghívást kapott, de azon meg nem jelent páciensek személyes felkeresése és meggyőzése a felmérésen való részvételre. Emellett közreműködtek minden közösségi program szervezésében; egészségnevelési tevékenységet is folytattak, és bármilyen egyéb feladatot végrehajtottak, amellyel a népegészségügyi koordinátor (közvetlen felettesük) megbízta őket. Az egészségügyi végzettséggel nem rendelkező, és a képzés feltételeit vállaló segéd-egészségőrök ápolási asszisztens szakképzettséget szereztek a Modellprogram keretében, munkaidőben szervezett képzés során.

CÉLKITÚZÉS

A jelen kutatás célja az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőrök (egészségügyi mediátorok) munkavégzésének értékelése, munkával kapcsolatos attitűdjeinek felmérése, működésük kapcsán szerzett tapasztalatok összegzése, és az egészségi állapotuk változásának vizsgálata volt.

Ennek megfelelően vizsgálok a modellprogramban dolgozó segéd-egészségőrök

1. alkalmazásának és munkavégzésének kvantitatív jellemzőit
 - a. a Program egészét tekintve;
 - b. praxisközösségenként;
2. munkavégzéssel kapcsolatos attitűdjeiknek jellemzőit interjú vizsgálat alapján;
3. egészségi állapotuk változását alkalmazásuk kezdetétől végéig, vagyis 2013 és 2017 közt.

MÓDSZEREK

1. Segéd-egészségőrök munkavégzése

A vizsgálat típusa és célcsoportja

Az elemzés a Modellprogram teljes futamideje során bármilyen időtartamban, 2013. július 1. – 2017. május 31. közt foglalkoztatott segéd-egészségőrök alkalmazásának és

munkavégzésének kvantitatív jellemzőit vette górcső alá, összesítve (Eredmények 1.A), valamint praxisközösségekre lebontva (Eredmények 1.B).

Adatgyűjtés

A segéd-egészségőrök alkalmazására és tevékenységeire vonatkozó adatok a Modellprogramot irányító Programirodához benyújtott adminisztratív jelentésekből (havi munkajelentésekből), valamint a roma közösségek speciális programjaiért felelős munkacsoport nyilvántartásaiból származtak. A segéd-egészségőrök alkalmazására vonatkozó adatok Excel-táblában voltak, amelyben minden, a programban 2013. július 1. és 2017. május 31. közt eltelt 47 hónap során alkalmazott segéd-egészségőr neve, alkalmazásának kezdete és esetleges vége, havi ledolgozott munkaóráinak száma, valamint távozás esetén annak oka is szerepelt. A leíró statisztikai elemzést és a Pearson-féle korrelációs elemzést MS Excel 2016 táblában végeztük.

2. Segéd-egészségőrök munkavégzéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata

A vizsgálat típusa

A Program eredetileg meghatározott befejezése (2016. június) előtt néhány hónappal kvalitatív, félig strukturált interjú

vizsgálatot terveztünk a segéd-egészségőrök munkatapasztalatainak és a Programban végzett munkával kapcsolatos attitűdjeiknek feltárására.

Az interjú struktúrája

Négy csoportba rendezve 12 kérdés képezte az interjú struktúráját. Az első kérdéscsoport 1) a segéd-egészségőrök programhoz való csatlakozásának okairól szolt; 2) milyen változásokat hozott a munkába állásuk az életükben, a családjukban és a helyi közösségben; 3) etnikai hovatartozásuk jelentősége változott-e a Programhoz való csatlakozásuk után. A második témakört a napi munkavégzéssel kapcsolatos kérdések alkották: 4) legfontosabb munkaköri feladataik, 5) a munkatársakkal és a páciensekkel kapcsolatos jellemző konfliktusok és stresszhelyzetek, és ezek megoldásai, 6) valamint saját egészségtudatosságuk és példamutatásuk jelentősége a munkavégzésben. A harmadik témakör kérdéseinek célja a Program egészéről való vélekedésük feltárása volt: 7) a Program erősségei és gyengeségei, 8) a praxisközösségi és a népegészségügyi koordinátorral, valamint a többi munkatárssal való együttműködés tapasztalatai. A negyedik kérdéscsoportot a jövőre vonatkozó kérdések alkották: 9) szeretnének-e tovább dolgozni ebben vagy hasonló programban, 10) mit gondolnak a továbbtanulásról, illetve 11)

milyen jövőképet alkottak maguknak. Ezt követően minden interjúalanyunknak lehetősége volt 12) bármilyen más véleményt vagy megjegyzést tenni, vagy olyan témát említeni, amelyet fontosnak tartottak, de amelyre a korábban feltett kérdések nem tértek ki.

Adatgyűjtés és- feldolgozás

Az interjúkra mind a negyven, akkor alkalmazásban állt segéd-egészségőr meghívást kapott, és abba mindegyikük beleegyezett. Az interjúk minden segéd-egészségőrrel külön egyeztetett időpontban történtek 2016. február és május között, az adott praxisközösség valamely helyiségében, és ezekről hangfelvétel is készült. Az interjúkat jómagam és három másik személy készítettük, mint akik személyesen ismertük a segéd-egészségőröket, de nem voltunk velük sem közvetlen munkakapcsolatban, sem alá-főlérendeltségi viszonyban.

Az interjúk során készített hangfelvételek szó szerint átírássá kerültek Word dokumentumba, és ezekkel történt meg a tartalomelemzés.

3. Segéd-egészségőrök mentális egészségének felmérése

A vizsgálat típusa, célcsoportja és indikátorai

A Modellprogramban 2013. július 1-től alkalmazott segéd-egészségőrök egészségi állapotának változását a Program

páratlan éveiben ismételt kérdőíves keresztmetszeti vizsgálattal követtük. Az első felmérés az akkoriban zajlott ápolási asszisztens képzésben résztvevők körében történt; a másik két felmérésre minden, akkor alkalmazásban állt mediátor meghívást kapott. Az általuk kitöltött kérdőívben demográfiai kérdések, a szubjektív egészségre és az egészségtudatosságra vonatkozó kérdések, valamint a mentális állapotra vonatkozó kérdések szerepeltek. A mentális állapot egyik jellemzőjeként a koherencia-érzést definiáltuk, amely globális orientáció, kifejezi, hogy az egyén milyen mértékben rendelkezik átfogó, tartós, dinamikus önbizalommal. A koherencia-érzés gyermekkori élmények hatása alatt formálódó attitűd, amelynek mérésére az Aaron Antonovsky által kidolgozott kérdőív rövidített, 13 kérdést tartalmazó, magyar nyelven validált változatát alkalmaztuk, amelynek összpontszáma értékelendő. A mentális állapot másik jellemzője a pszichés stressz, melynek mérésére a GHQ-12 kérdőív magyar nyelven validált változatát használtuk. Ez összesítés után bináris skálán értékelendő, megadva a kóros mértékben stresszelt és nem stresszelt személyek arányát.

Adatgyűjtés és -elemzés

Az adatgyűjtésre három alkalommal került sor (2013. 2015, 2017) a Debreceni Egyetemen tartott képzések alkalmával. A

felmérések során törekedtünk a részvételi hajlandóság maximalizálására. Az adatgyűjtés munkaidőben történt, a munkahelytől földrajzilag távol, munkatársaktól és felettesektől elkülönített helyen; a megjelenés nem járt anyagi áldozattal, de anyagi juttatást sem kaptak a részvételért. A felmérésekben való részvétel önkéntes és névtelen volt, és azok eredményéről a praxisközösségek nem kaptak tájékoztatást. Demográfiai adatok mellett a szubjektív egészség, egészségtudatosság, koherencia-érzés, kóros mértékű pszichés stressz és diszfunkcionális attitűdök szerepeltek a vizsgált jellemzők közt. Az eredményeket leíró statisztikai módszerekkel vizsgáltuk, a korrelációt Pearson's féle próbával teszteltük; az évek során történt változás elemzésére variancia-analízist alkalmaztunk. A kategorikus változókat keresztábrákkal elemeztük, a szignifikanciát Fisher-féle egzakt próbával vizsgáltuk. A faktorváltozók közti korreláció vizsgálatához Spearman-féle rangkorrelációs tesztet alkalmaztunk. A kóros mértékű pszichés stressz meghatározó tényezőit logisztikus regresszióval vizsgáltuk, amelyhez a kóros mértékű stresszt bináris kimeneti változóként definiáltuk.

EREDMÉNYEK

1.A. Segéd-egészségőrök munkavégzése a Modellprogramban

A segéd-egészségőrök munkaidejük jelentős részét a behívásos egészségi állapotfelmérésre történő toborzással töltötték. Egyénileg kellett felkeresniük azokat a klienseket, akik az írásbeli meghívó kiküldése után nem jelentek meg a felmérésen, és rá kellett beszélniük őket a megjelenésre. A segéd-egészségőrök másik fő feladata a közösségi egészségfejlesztési események szervezésének segítése volt. A háziorvosok, népegészségügyi koordinátorok és segéd-egészségőrök munkaidejét és a PK-khoz tartozó páciensek számát alapul véve összességében a segéd-egészségőröknek jutott a legtöbb munkaidejük egy páciensre. Az EÁF-on, valamint az egészségfejlesztési programokon résztvevők létszámára vetítve is ezt mutatták az adatok a népegészségügyi koordinátorokhoz viszonyítva (a háziorvosok ezen feladatokban nem vettek részt). A segéd-egészségőrök közt volt a legrövidebb az átlagos alkalmazási idő, és legmagasabb a futamidő alatt eltávozottak aránya. Ezt követően korrelációs elemzést végeztünk az EÁF-on résztvettek számára vetített segéd-egészségőr-munkaidő és az egészségi állapotfelmérésen való részvétel PK-k szerinti arányai között, amely pozitív összefüggést mutatott. A korrelációs elemzést a közösségi egészségfejlesztési

programokon résztvevők aránya és a segéd-egészségőr-munkaidő vonatkozásában is elvégeztük, amely ugyancsak magas pozitív korrelációs együtthatót eredményezett. A segéd-egészségőrök munkaideje és mind az EÁF-on, mind az egészségfejlesztési rendezvényeken résztvettek létszáma közötti pozitív összefüggés vélelmezhető, de statisztikailag nem bizonyítható.

1.B. Segéd-egészségőrök munkavégzése praxisközösségenként

A Modellprogram során alkalmazásban állt segéd-egészségőrök többsége fiatal-középkorú, átlagosan 2 gyermeket nevelő, többségében roma nő volt. A Program egészét tekintve a segéd-egészségőrök átlagos alkalmazási időtartama a futamidő alatt 33,5 hónap volt; közel kétharmaduk (36 fő, 62%) távozott a futamidő vége előtt. Minden betölthető segéd-egészségőri álláshely alapján összesen 45 120 munkaóra volt teljesíthető a Program 47 hónapja során minden praxisközösségben. A tényleges alkalmazási adatok alapján számított munkaórák száma a Berettyóújfalui PK kivételével ettől eltért. A lehetségesnél 10%-kal alacsonyabb volt a Hevesi, és azt 3%-kal meghaladó volt a Borsodnádasi PK esetében. A módszertani fejezetben leírtak szerint számítva, az egy ellátandó személyre jutó segéd-egészségőr munkapercek száma a Borsodnádasi PK-ban csaknem két és félszerese volt a Berettyóújfalui PK-

éhoz képest, ez volt a legnagyobb különbség. A Jászapáti PK-ban dolgozók munkaperceinek egy ellátottra vetített száma 1,52-szer, a Hevesiben dolgozóké 1,32-szer volt magasabb a Berettyóújfalui PK-ra számított mutatónál. E mutatók azt tükrözik, hogy a segéd-egészségőröknek fajlagosan a Berettyóújfalui PK-ban jutott a legkevesebb, és a Borsodnádasi PK-ban a legtöbb ideje az ellátandókra.

Tevékenységtípus szerint elemezve a segéd-egészségőrök munkáját, az EÁF-on összesen részt vettek számára vetítve az összes segéd-egészségőr munkaidőt, a legkevesebb idő a Berettyóújfalui PK-ban, míg a legtöbb, az előzőnél 1,8-szor hosszabb idő a Hevesi PK-ban fordítódott erre. A közösségi egészségfejlesztési rendezvényekkel kapcsolatos feladatokra – az azokon részt vettek számára vetítve – a Berettyóújfalui PK-ban jutott a legkevesebb (38 perc/résztevő), és a Hevesi PK-ban a legtöbb idő (63 perc/résztevő), az előzőnek több mint másfélszerese. A segéd-egészségőrök munkaidejéből természetesen nem különíthető el, hogy mely tevékenységgel mennyi időt töltöttek. A két viszonyszám mindössze azt fejezi ki, hogy a négy praxisközösségben dolgozók létszámát és munkaidejét e két új szolgáltatásban résztvevők számával összevetve hogyan viszonyultak egymáshoz a PK-k.

2. Segéd-egészségőrök munkavégzéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata

Az önkéntes részvétellel zajlott interjúra minden, 2016 elején alkalmazásban állt segéd-egészségőr meghívást kapott, és azon mindannyian részt is vettek. Így 40 interjú elkészítésére került sor, amelyeknek audiofájlokban rögzített átlagos időtartama 23 perc volt. A legrövidebb interjú 9, a leghosszabb 47 percet vett igénybe. A szöveges átiratok összesen 104 977 szó terjedelműek, 241 oldal terjedelműek. Az interjúk kódolását és a tartalomelemzést követően három fő témakört tudtunk azonosítani. Az első témakörbe tartoztak a mediátorok személyes jellemzői, a Programhoz való csatlakozás motivációi, a napi tevékenységeik, és az etnikai hovatartozás jelentősége. A második témakört a munkával kapcsolatos tapasztalataik és élményeik képezték: a munkatársakkal és kliensekkel tapasztalt viszony, a kiépített kapcsolatok, a munkában megtapasztalt felelőségek. A harmadik témakört a jövővel kapcsolatos elképzeléseik alkották: a Program jövőjére és a saját következő életükre vonatkozó elképzeléseik.

3. Segéd-egészségőrök mentális egészségi állapotának változása

Az első felmérés során, 2013-ban meghívottak 90%-a vállalta a kérdőív kitöltését, 2015-ben és 2017-ben 100% volt a

válaszadási arány (41 fő, illetve 32 fő). A válaszadók legalább 73%-a kielégítő vagy jobb egészségi állapotban volt minden évben; az egészségükért sokat vagy nagyon sokat tehetők aránya 2013-ban is magas volt (88%); mindkét indikátor, valamint a koherencia-érzés összpontszáma, a perfekcionizmus és dependencia mint diszfunkcionális attitűdök összpontszámai, valamint a kóros mértékű pszichés stresszel élők aránya javuló, bár nem szignifikáns trendet mutattak 2017-ig. A koherencia-érzés és a pszichés stressz alatt lévők aránya tekintetében figyelemre méltó eredmény, hogy a Program keretében szakképzettséget szerzett mediátorok körében a koherencia-érzés szignifikánsan emelkedett 2015-től 2017-re, a kóros mértékű stresszben szenvedők aránya nem változott; a képzettséget nem szerzettek körében viszont a kórosan stresszeltek aránya emelkedett szignifikánsan, a koherencia-érzés nem változott. Ez az eredmény azt bizonyítja, hogy a foglalkoztatás során szerzett szakképzettség nemcsak a szakmai tudást, hanem a saját mentális egészséget is javítja.

MEGBESZÉLÉS

A jelen kutatás keretét a magyar egészségügyi ellátórendszernek a praxisközösségek működésének modelljét megvalósított, 2013 és 2017 közt működött első hazai Alapellátás-fejlesztési Modellprogram adta. Ennek célja az egészségügyi alapellátás által kínált betegségmegelőző szolgáltatások jelentős bővítése és az azokhoz való hozzáférés javítása volt, kiemelten a hátrányos helyzetű, ezen belül is a roma népességszoportok körében. A kutatás keretében a segéd-egészségőrök munkavégzésének értékelését végeztük el, melyhez a Program adminisztratív adatainak felhasználásával új indikátorokat hoztunk létre. Az indikátorok megalkotásához figyelembe vettük azokat a feladatokat, amelyeket a segéd-egészségőrök a népegészségügyi koordinátorok felügyeletével, de viszonylag önállóan végeztek. Ide tartozott az egészségi állapotfelmérésben való részvétel növelése és a közösségi egészségfejlesztési programok szervezése és lebonyolítása. Az új indikátorok figyelembe vették a segéd-egészségőrök alkalmazási és munkaidejének változásait, lehetővé téve, hogy a képzett indikátorok praxisközösségenként összehasonlíthatók legyenek. Arra nem volt adat, hogy a mediátorok az egyes feladatok végrehajtására ténylegesen mennyi időt fordítottak, és arra sem, hogy ezeket milyen minőségben végezték, így az indikátorok

csak arra alkalmasak, hogy a segéd-egészségőröknek más munkatársakhoz viszonyított, páciensekre fordított idejét, illetve a segéd-egészségőröknek az egyes praxisközösségekben végzett, egymáshoz viszonyított munkáját hasonlítani lehessen. A segéd-egészségőrök munkájának fontosságát közvetett módon bizonyítja, hogy a Modellprogram keretében zajlott egészségi állapotfelmérésen a behívott páciensek 80 százaléka részt vett, amely 1,3-1,7-szer magasabb volt, mint az egyéb behívásos nemzeti szűrési programoké. Ezen magas részvételi arány elérésében az egészség-mediátoroknak bizonyíthatóan szerepük volt. A praxisközösségek közt feltárt munkaidő-ráfordítási különbségek bizonyosan számos tényező együttes hatását tükrözik, melyek egyike a népegészségügyi koordinátorok, tehát a segéd-egészségőrök munkáját közvetlenül felügyelő és irányító szakemberek eltérő szakmai tapasztalata. A segéd-egészségőrök munkaidő-hatékonysága abban a praxisközösségben volt a legnagyobb, amely a legjelentősebb tapasztalattal rendelkező népegészségügyi koordinátort alkalmazta.

A segéd-egészségőrök saját egészségi állapotának monitorozása kapcsán igazoltuk, hogy a foglalkoztatás során szerzett szakképzettséggel együtt a mentális egészség is javul.

A segéd-egészségőröknek a praxisközösségekben történt alkalmazása globálisan is példaértékű. Roma mediátorok

képzésére, és projektszerű, valamint civil szervezeteken keresztül történő alkalmazására számos példa volt korábban Európában és hazánkban is, de a Modellprogramban világviszonylatban elsőként történt meg, hogy az egészségügyi ellátásban hivatásszerűen, az ellátást végző csapat teljes jogú tagjaiként roma mediátorok (a Programban: segéd-egészségőrök) tartós alkalmazására került sor. A mediátorok fontos potenciális szereplői lehetnek az egészségügyi alapellátásnak, akiknek alkalmazása növelheti az alapellátási tevékenységek hatékonyságát, különösen a leghátrányosabb helyzetű településeken és népességcsoportokban.

ÚJ EREDMÉNYEK

1. *Új indikátorokat hoztunk létre az egészségügyi alapellátásban alkalmazott, szakképzettséggel nem rendelkező dolgozók munkavégzésének értékelésére*

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban egészségügyi szakképzettség nélkül alkalmazott segéd-egészségőrök munkavégzésének értékelésére folyamat-indikátorokat dolgoztunk ki. Ezek lehetővé tették, hogy a Modellprogramban részt vett praxisközösségek eltérő biztosított létszáma, és a futamidő alatt a segéd-egészségőrök személyében, létszámában, és munkavégzésük heti óraszámában történt változások ellenére a segéd-egészségőrök munkaideje értékelhető legyen. Az értékeléshez kiszámítottuk a segéd-egészségőri álláshelyek alapján az összes potenciális munkaórát, valamint a ténylegesen teljesített összes munkaórát. Az utóbbit felhasználva, három indikátort hoztunk létre: a segéd-egészségőri össz-munkaidőt a praxisközösségekhez tartozó páciensek létszámára, az egészségi állapotfelmérésen összesen részt vettek számára, illetve a közösségi egészségfejlesztési programokon összesen megjelentek számára vetítve.

2. *A Modellprogramban részt vett segéd-egészségőrök munkavégzése (munkaidő-kihasználása) az új indikátorok révén összehasonlítható a praxisközösségek között*

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram egyik fontos eredménye volt az egészségi állapotfelmérésen mért magas, 80%-os részvételi arány. A segéd-egészségőröknek kiemelt szerepük volt ezen magas arány elérésében, különösen azon lakosok körében, akik az orvosi behívásra nem jelentek meg. Az új indikátorok lehetővé tették a segéd-egészségőrök munkaidejének összevetését más munkatársakhoz képest, illetve a praxisközösségek közt.

Az egészségi állapotfelmérés magas részvételi arányának előállításában a segéd-egészségőrök – az erre fordított munkaidejüket más dolgozókhoz hasonlítva – jelentős szerepet játszottak. A mediátorok motiváló hatása a roma kisebbséghez tartozó páciensek bevonására az alapellátás új szolgáltatásaiba jelentős mértékűnek minősíthető.

3. *A segéd-egészségőri munka során kialakult a mediátorok munkatársi identitása és felelősségérzete a hátrányos helyzetű lakosságnak az egészségügyi alapellátási szolgáltatásokba történő bevonása iránt*

A segéd-egészségőrökkel készült interjúk vizsgálat eredményei is megerősítették, hogy ezek a munkatársak egyfajta híd-

szerepet betöltve segítették a felsőfokú végzettségű szakemberek és a kommunikáció szempontjából legnagyobb kihívást jelentő lakosságcsoportok közti kapcsolat kialakítását és javítását. A segéd-egészségőrök a Modellprogram során szakmailag és magabiztosságban is megerősödtek, csapattá váltak; egymással, a praxisközösség szakembereivel és a helyi lakossággal is jó kapcsolatot alakítottak ki, hatékonyan segítve a praxisközösségek munkáját. Munkájukra szükség van, leginkább annak érdekében, hogy a hátrányos helyzetű és/vagy sérülékeny társadalmi csoportok az egészségügyi ellátásba eljussanak és az elérhető szolgáltatásokat igénybe vegyék. A mediátorok alkalmazása hozzájárulhat ahhoz, hogy az ellátottak leginkább sérülékeny rétegei korábban és hatékonyabban elláthatók legyenek. A közösségekből toborzott roma egészség-mediátorok alkalmazása különösen fontos olyan területeken, ahol a hátrányos helyzetű lakosság aránya magas.

4. *Az egészségügyi szakképzettség megszerzése már középtávon javítja a mentális egészséget az alapellátásban dolgozó segéd-egészségőrök körében*

A segéd-egészségőrök 5 éves követése azt mutatta, hogy saját mentális egészségük a vizsgált mutatók alapján tendenciózusan javult. Legfontosabb eredményként kimutattuk, hogy a Program keretében szakképzettséget szerzett mediátorok körében a

koherencia-érzés szignifikánsan emelkedett 2015-től 2017-re, a kóros mértékű stresszben szenvedők aránya nem változott. A szakképzettséget nem szerzettek körében ugyanezen idő alatt viszont éppen ellenkező változás történt: a kóros mértékben stresszeltek aránya szignifikánsan emelkedett, a koherencia-érzés pedig nem változott. A mediátorok egészségi állapotát követő vizsgálatunkkal elsőként bizonyítottuk, hogy mediátorok körében a munkavégzés során szerzett szakképzettség nemcsak a szakmai tudást, hanem a saját mentális egészséget is javítja.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A legnagyobb hálával tartozom témavezetőmnek, Prof. Dr. Kósa Karolinának a kutatási terv elkészítéséhez és kivitelezéséhez nyújtott segítségéért, konstruktív tanácsaiért és javaslataiért, valamint belém helyezett bizalmáért.

Köszönöm Ádány Róza Professzor Asszonynak, hogy az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram tudományos főtanácsadójaként lehetővé tette csatlakozásomat a Modellprogramhoz; valamint hogy a Debreceni Egyetem

Egészségtudományok Doktori Iskola vezetőjeként lehetővé tette és segítette doktori tanulmányaim folytatását.

Köszönöm Dr. Papp Magornak, a Modellprogram szakmai vezetőjének támogatását és a kutatómunkámhoz nyújtott segítségét.

Köszönöm Dr. Fürjes Gergelynek, a Modellprogram szakmai vezetőhelyettesének támogatását és a kutatómunkámhoz nyújtott segítségét.

Ezúton mondok köszönetet Gutási Évának, Nagy-Belgyár Zsuzsának, Nagyné Farkas Anitának, Kiss Zsannának, valamint Bálint Amarillának és Chezan Júliának az adatgyűjtésben nyújtott segítségükért.

Ezúton is hálásan köszönöm a praxisközösségek népegészségügyi koordinátorainak: Szabóné Gombkötő Évának, Szabó Editnek, Elek Ágnesnek és Tóth Adrienn Csillának, a segéd-egészségőrök közvetlen feletteseinek nélkülözhetetlen segítségét és támogatását az adatok és információk szolgáltatásáért és kutatómunkám támogatásáért.

Hálás vagyok a Modellprogram praxisközösségi koordinátorainak: Dr. Cséki Jánosnak, Dr. Benkő Gábornak, Dr. Völgyi Istvánnak és Dr. Szabó Jánosnak a segéd-egészségőrök befogadásáért és kutatómunkám támogatásáért.

A praxisközösségi vezetők úttörő munkája és támogatása alapvetően és nagymértékben hozzájárult a segéd-egészségőröknek a praxisközösségekbe történt integrációjához.

TÁMOGATÁS

A kutatás a „Népegészségügyi fókuszú alapellátás szervezési Modellprogram virtuális egészség központtal” (SH/8/1) keretében zajlott. A Modellprogramot a Svájci Hozzájárulás Program (SH/8/1) finanszírozta, a magyar kormánnyal egyetértésben. A jelen tanulmány elkészítését a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatta, mely az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg.



Nyilvántartási szám: DEENK/100/2021.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Katona Cintia

Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Katona, C.**, Gutási, É., Papp, M., Varga, O., Kósa, K.: Facilitating equal access to primary care for all: work experiences of health mediators in a primary health care model programme in Hungary.
BMC Fam. Pract. 21 (1), 1-12, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-01281-z>
IF: 2.022 (2019)
2. Kósa, K., **Katona, C.**, Papp, M., Fűrjes, G., Sándor, J., Biró, K., Ádány, R.: Health mediators as members of multidisciplinary group practice: lessons learned from a primary health care model programme in Hungary.
BMC Fam. Pract. 21 (1), 1-9, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-1092-7>
IF: 2.022 (2019)

A közlő folyóiratok összesített impact faktora: 4,044

A közlő folyóiratok összesített impact faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre): 4,044

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

Debrecen, 2021.03.16.

