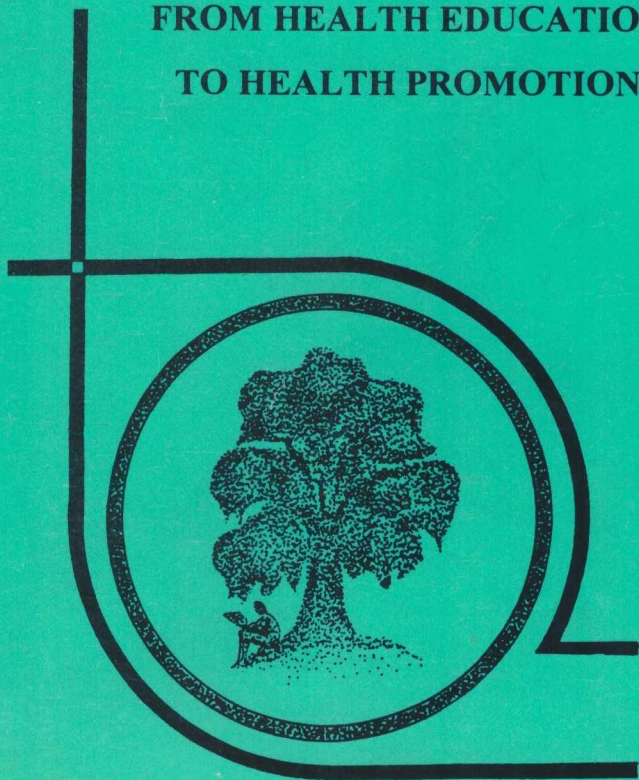


**AZ EGÉSZSÉGNEVELÉSTŐL  
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSIG**

**FROM HEALTH EDUCATION  
TO HEALTH PROMOTION**



**Juhász Gyula Tanárképző Főiskola  
Szeged**



**AZ EGÉSZSÉGNEVELÉSTŐL  
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSIG**

**FROM HEALTH EDUCATION  
TO HEALTH PROMOTION**

**SZERKESZTŐ**

**BENKŐ ZSUZSANNA**

**JGYTF Kiadó, Szeged, 1994.**

**Címlap**

**BONIFERT GÁBOR**

**Szerkesztő**

**BENKŐ ZSUZSANNA**

A kötet a PHARE ACCORD Program,  
a Német Népfőiskolai Szövetség  
és a Soros Alapítvány  
támogatásával készült.

ISBN 963 7171 38 x

Kiadja: Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Kiadó  
Felelős kiadó: Szalay István főigazgató  
Terjedelem: 9 fv (A5)  
Nyomdai és kötészeti munka:  
Officina Kft. 94-785

*"Te megbecsülsz azzal, hogy fölfeded,  
mi neked fölfedetett,  
a jót, a rosszat, az erényt, a bűnt -  
te bennünket növesztel, azzal,  
hogy mint egyenlőkkel beszélsz velünk."  
(Illyés Gyula)*

*"But you do not despise us, you revere  
our common nature, treat us as your peer  
when you lay bare all that to you is plain:  
the good, the vile, the saving act, the sin-  
As you respect our stature  
you grant us stature."  
(Gyula Illyés)  
(English version by Margaret Avison)*



# ELŐSZÓ

Az egészségneveléstől az egészségfejlesztésig címmel 1993. szeptember 17-19. között főiskolánk adott otthont annak a nemzetközi workshopnak, amelyen a szakemberek a multiprofessionális együttműködés szükségességét és esélyeit vitatták meg.

A Juhász Gyula Tanárképző Főiskolán - a SZOTE-val közösen indult útjára Magyarországon először egészségfejlesztő mentálhigiénés posztgraduális képzés amely mind tematikájában, mind értékeiben, mind módszertanában igyekszik a magyarországi viszonyokra alkalmazni az Európában már nagyobb történelmi hagyományokkal rendelkező hasonló képzéseket. Ezért szolgált örömünkre, hogy a britt, holland, német és osztrák kollégákat főiskolánkon köszönthettük. Posztgraduális képzésünket szervező szakemberek igyekeztek mind a nemzetközi, mind a hazai szakmai központokkal tartós munkakapcsolatot kiépíteni, mai a modell-kísérletként működő programunknak fontos háttere. Örömmel konstatálhattam, hogy az előbb felsorolt résztvevő intézményeken kívül a Német Népfőiskolai Szövetség, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet szakmai és anyagi támogatásával, valamint a PHARE ACCORD projekt és a Szegedi Önkormányzat anyagi támogatásával jöhetett létre ez a kétnapos nemzetközi workshop. Reméljük, hogy az angolul és magyarul megjelenő előadások szélesebb szakmai érdeklődésre is számot tarthatnak.

Dr. Szalay István  
a Juhász Gyula Tanárképző Főiskola  
főigazgatója





## MAKARA PÉTER

### EGÉSZSÉGVÉDELEM MAGYARORSZÁGON: A KIHÍVÁS TERMÉSZETE

Bőségesen elegendő tény bizonyítja, hogy Európa nyugati és keleti része között a halálozási trendek lényegesen eltértek a legutóbbi három évtizedben, miközben a főbb kedvezőtlen folyamatok lényegében azonosak voltak Közép-Kelet Európa országaiban. Ennek legtragikusabb jellemző vonása a születéskor várható élettartam csökkenése, a korszpecifikus halálozási ráták romlása a középkorú népesség - különösen pedig a férfiak - körében.

A térségben az utóbbi három évtizedben tapasztalt egészségromlás ellenszere csak egy olyan átfogó társadalompolitikába ágyazott egészségpolitika lehet, amely a trendek elemzésén, megértésén alapul. Mindaddig azonban nincs meggyőző és differenciált képünk az okokról, és az egyes szakmák nézőpontjai lényegesen eltérnek egymástól.

A fő problémák egyike az olyan átfogó elméleti keretek hiánya, melyek lehetővé tennék az egyes tényezők differenciált értelmezését. Úgy gondolom, az elmúlt három évtized halandósági és megbetegedési trendkülönbségei jól illusztrálják az egyén szintjén megrekedő hagyományos epidemiológiai megközelítés korlátait. Abszurdum lenne a kelet-európai trendek okait dohányzásra, táplálkozásra, vérnyomásra redukálni, anélkül, hogy látnánk, a kockázati tényezők legalább annyira a sajátos társadalmi helyzetünk következménye, mint amennyire okok. Eléggé magától értetődőnek látszik, hogy az okok vizsgálata nem korlátozható egyéni szintre. A hatalmas viszonyok, a makropolitikai elemek szerepét az egészségromlásban szintén tisztázni kell. Az életmód, az életminőség szociológiai fogalmai inkább segíthetik az értelmezést, mint az angolszász epidemiológia által használt "életstílus" fogalom, amely bizonyos magatartásformákat, mint dohányzás, alkoholfogyasztás, anélkül ír le, hogy ezeket szociológiai, társadalomlélektani összefüggésekbe ágyazzá. Többet kellene tudnunk azokról a közvetítő

mechanizmusokról, utakról is, amelyeken keresztül a makropolitikai hatások az egyéni egészséget befolyásolják. Kétségtelenül a stressz, a stresszkezelés, a problémamegoldó készség lényeges szerepet játszik ebben, továbbá a fogyasztás egyes elemei.

Bár ehelyütt nincs mód részletezni, Európa keleti és nyugati felének történelme nem a II. világháború vége óta vált el egymástól, hanem legalább a XVI. század óta. Az egészségromlás társadalmi okai mögött történeti hatások sora mutatható ki a feudális maradványoktól, paternalizmustól kezdve a viszonylagos fejletlenségen, szegénységen át táplálkozási szokásokig, alkoholfogyasztásig. Ezek gyökere a messzi múltba nyúlik és nem vezethető vissza a csupán az elmúlt negyven év politikai rendszerének történetére (bár ennek felelőssége kétségtelen).

## **1. Az ember, az emberi élet, az egészség alacsony értéke**

Az elmúlt negyven évben bizonytalanná vált, hogy a szocializmusban a legfőbb érték az ember. Bár az ideológia az ember mindenekfeletti értékét hirdette, a valóságban a munkaerő olcsósága, a deformált munkaerőpiac, a diktatorikus politikai viszonyok is az ember alapos leértékeléséhez vezettek. Ilyen feltételek között az egészség védelme mellett csak általános humanisztikus megfontolások szólnak. Az olcsó, viszonylag bővíben lévő szakképzetlen munkaerőre támaszkodva a féloldalas magyar modernizáció érdekei éppen az ellenkező irányba mutatnak.

## **2. A nyomott életszínvonal, az aspirációk és kielégítésük lehetősége közti szélsőséges feszültség az anómia**

Az ország gazdasági fejlettsége, az elosztási mechanizmusok nem teszik lehetővé a társadalom zöme számára azt az életszínvonalat, amely immár manifesztálódott igényként és mintaként megnyilvánul. Ez rányomja bélyegét a mindennapi élet szinte minden elemére, de a legkiugróbb jelentősége az e keretek közt nem részletezhető lakásproblémának van. Az igények és kielégítésük lehetősége közti erős feszültség legközvetlenebb következménye a jövedelempótlás céljából végzett mértéktelen, önkiszákmányoló többletmunka vállalása (a hajsza). Ezt az időmérlegvizsgálatok teljes mértékben alátámasztják: Nemzetközi összehasonlításban a munkára fordított napi időmennyiség Magyarországon kirívóan magas (amit nem ellensúlyoz a főállásban végzett munka esetenként alacsony

intenzitása). Ez a helyzet magától értetődően csökkenti a rekreációra fordított időt, de lazítja a valódi társadalmi kapcsolatokat, az emberi kötelességeket, gyakorta a sikertelenség, a kielégületlenség érzetét kelti, és általában tartós stresszforrás. A "halál előtti egyenlőtlenség" nagyon markánsan rajzolódik ki az adatokból, és a többlethalálozás fő kárvallottja a szakképzetlen fizikai dolgozó középkorú férfinépeség a magyar adatok alapján. A volt Szovjetunióban a kolhozok dolgozói a legrosszabb helyzetűek, míg Lengyelországban a keleti zónából a II. világháború után nyugatra települtek. A legfontosabb megbetegedések előfordulási gyakoriságai, a kockázati tényezők eloszlása szintén követi a társadalmi rétegződés hierarchikus egyenlőtlenségeit. Az alsóbb rétegek körében szorosan összefonódnak a szociális gondok és az egészség veszélyeztetettsége. A mai magyar társadalom szerkezetének jellegzetessége a tömegessé vált státusinkonzisztencia, amelynek - a nemzetközi szakirodalom alapján - valószínűleg szintén káros hatása van az egészségre.

### **3. A végzett munka jellege, a munkahelyi környezet negatív hatásai**

Az úgynevezett "szocialista iparosítás" bőséges olcsó szakképzetlen munkaerőn alapul. A fő munkaerőforrást a nők és a földjéről elűzött parasztság jelentették. A faluból városba áramló munkaerő adaptációs nehézségei máig hatnak. A szakszervezetek, a hagyományos üzemegészségügy keveset tett a dolgozók egészségvédelméért. Az ergonómiai elemek jelentették a beruházások "megtakarítható" részét.

### **4. A tényleges emberi közösségek, emberi kapcsolatok, a társadalmi támasz krónikus hiánya**

A II. világháború után Magyarországon a helyi társadalmak hagyományos közösségei szinte teljesen megsemmisültek. Szerepet játszott ebben az erőltetett urbanizáció, a gazdaság szerkezetének kezdeti gyors átalakulásával összefüggő erős mobilitás vagy a modern tömegkommunikáció térhódítása, közvetlen emberi kapcsolatokat korlátozó hatása. A szervezett hagyományos közösségek többsége ugyan kisebb-nagyobb mértékben kötődött a háború előtti politikai rendszerhez, felszámolásuk azonban döntően politikai erőszak útján történt: a sztálinizmustól alapvetően idegenek voltak a természetesen, alulról szerveződő közösségek. Az erőszakos regresszió-

ból fakadó lakossági bizalmatlanság mind a mai napig megnehezíti a társadalmi kapcsolatok, támaszok hálózatának újraéledését. A házasságok labilitása, a családbomlás is gyengíti az emberi kapcsolatok minőségét, fontos szerepét, ami az ellenállóképességben és a betegségek iránti fogékonyságban egyaránt megmutatkozik.

## **5. Az értékrendszer zavarai, az értéktudat kiforratlansága**

A magyar társadalomban általában a meglévő értékelemek nem állnak össze az emberi viselkedés és együttélés minden területét szabályozó egységes rendszerré. A gyenge belső kohéziójú értékek alacsony hatékonyságúak, ami a társadalmi tudat zavarodottságához is vezet. Ennek egészségkárosító hatása is sokrétű, megnehezíti az akut és a tartós feszültséghelyzetek kezelésének képességét.

Természetesen nem felejtkezhetünk meg a "hagyományos" értelemben vett kockázati tényezőkről sem. Ezeknek azonban maguknak is bonyolult történelmi, gazdasági, társadalmi, kulturális és pszichés meghatározottságuk van, kifejtteni e keretek közt nem lehetséges. Gondoljunk csak a táplálkozás, a szabadidős testedzés, vagy éppen a do-hányzás ilyen irányú összefüggéseire.

Számos szerző az alkoholfogyasztásban látja a kelet-európai halálozási trend meghatározó tényezőjét, hivatkozva a szív- és érrendszeri és dagasztos halálozásban betöltött szerepére. Az élelmiszerek minősége és a táplálkozási szokások szerepe is kiemelkedő a növekedő halálozásban. Számos közegészségügyi szakértő a környezetszennyezést tartja fontos tényezőnek az egészségromlásban.

A kilencvenes évek elején nem került sor Közép- és Kelet-Európában olyan politikai stratégiák, programok kialakítására, kezdeményezésére, amelyek szembeállhatnának a megbetegedési és halálozási tendenciákkal.

Az egészségi állapot hosszú távú javulásának gazdasági-társadalmi előfeltételei kétségtelenül nem adóttak. A GDP jelentős csökkenése, a recesszió következtében romló életszínvonal, a növekvő szegénység, depriváció, munkanélküliség, népességvándorlás kedvezőtlenül hatnak az egészségre. Válságos időben a megnövekedett stressz, a kezelés készségei nélkül a hirtelen változások okozta adaptációs kényszerek, és a folyamatok áldozatainak kudarcélménye sem segíti az egészséget.

Az egészségvédelem hosszú távú beruházás jellege és a négy éves kormányzati periódusokban gondolkodó politikai pártok érdekei közötti konfliktus élesebb, mint valaha. Ráadásul a gazdasági válságkezelés, a politikai átmenet nehézségei közepette nem csoda, hogy a kelet-európai új kormányok a népesség egészségét csak szavakban kezelik prioritásként.

Az új demokratikusabb körülmények persze esélyeket is hordoznak az egészségvédelem számára, mint a civil szervezetek, a helyi társadalomba ágyazódó közösségi akciók megnövekedett szerepe. Az európai jogrendszerrel való harmonizáció is jelenthet előrelépést. Ma lehetetlen lenne az adatokat, a tényeket elhallgatni, a tragikus helyzetet elleplezni. Ez mind azonban aligha elégséges.

Van-e esély Kelet-Európában az epidemiológiai kihívásra választ jelentő új egészségpolitikai stratégiák kialakítására? Úgy gondolom, erre a korábbiaknál jobb esély nyílhat. Persze, az egészségi állapot "válságára" nincs rövid távú "megoldás". Remélhetőleg a demokratikus kormányok "második generációjának" futja energiáiból, hogy a kilencvenes évek derekára e területen is stratégiákat dolgozzanak ki, és megkezdjék a megvalósítást is. Amennyiben ez megvalósul, a társadalmi-gazdasági stabilizáció körülményei közt a romló tendenciák megállíthatók, és a javulás feltételei kialakíthatók az ezredfordulót követően.

Mindannyiunk érdeke, hogy így legyen.

# GAYE HEATHCOTE

## POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI OKTATÁS ÉS AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS TERÉN AZ EGYESÜLT KIRÁLYSÁGBAN, ÉS EZEK MODELLJEI, VALAMINT STRATÉGIÁI

### Bevezetés

Az előadás célja, hogy felvázolja a brit egészségfejlesztésben (értve ezen a szociális szolgáltatásokat) történt fejlődést a század folyamán, és mindezt annak érdekében, hogy igazolja azokat a feltételezéseket, miszerint Nagy-Britannia jelenlegi posztgraduális képzése nagy mértékben a történelmi tényeken és tapasztalatokon alapszik.

Gyökeresen megváltoztak az elképzelések a betegségek eredetét és osztályozását, valamint az egészség és életstílussal kapcsolatos emberi jogokat illetően, ugyanúgy, ahogy átértékelődött az egészségnevelés lehetőségének és szerepének kérdése; csakúgy, mint az egészségfejlesztés fogalmának tartalma és folyamata, amivel kapcsolatban egy bizonyos idő elteltével három - egymással is összefüggő - tendencia kapott egyértelmű hangsúlyt.

Ezek:

- az egészségnevelésben részt vevő különböző típusú spektrumok összeegyeztetése, amik egymást kölcsönösen segítők - mindamelltt teljesen különböző - tevékenységeket és módszereket jelentenek;
- az egészségnevelés növekvő professzionalizációja, ami jelenti: a különböző tevékenységek egy külön munkakör köré való szervezését, a szakértővé válás lehetőségét és egy gyakorlatban felhasználható elméleti tudás megszerzését;

- az egészségnevelés elismerése, mint egy alapvetően fontos szociális tevékenység a többi brit szociális munka között, amit nagyban befolyásol a piacgazdaság politikai és gazdasági érdekeltisége, valamint a jelenlegi nevelési - ideológiai kutatások és becsléseik gyakorlata.

A történelmi analízis mintegy kiinduló pontként szolgál az Egyesült Királyság jelenlegi "state of art" politikájához, amit a későbbiekben a Manchester-i Metropolitan Egyetem egészségnevelő/fejlesztő posztgraduális képzésének programjára való utalás példáz, ahol én tanszékvezető és képzésvezető vagyok. Az előadás második része a képzés programjáról ad képet, rámutatva céljaira és eredményeire, és kísérletet tesz a program értékelésére, ami az egészségfejlesztés területén dolgozó más országokból jött kollegák segítségére lehet.

A program egy kétéves kutatás eredménye, ami olyan szakemberek igényeinek feltárására irányult, akik hivatásos egészségfejlesztők akartak válni. Ez a nemzeti kutatási és fejlesztés projekt, ami a posztgraduális képzés nemzeti programjáról számol be, tartalmazza a kísérleti módszereket és ezek értékelését, valamint az ezt követő elismeréseket, mint az egészségnevelő/fejlesztő posztgraduális képzés modellje, mely az Egészségnevelési Szervezetben (egy államilag fenntartott nemzeti egészségfejlesztő szervezet), valamint az Egészségnevelő és Fejlesztő Szakemberek Nemzeti Társaságában (nemrég alakult egy szakemberekből álló egyesület, mely a szakmába való bejutást kontrolálja) folyik.

Az esettanulmány leírásának és elemzésének célja, hogy bemutassa az Egyesült Királyságban folyó egészségfejlesztési posztgraduális képzés módszertanát, ami a társadalom összetételéhez, formájához, szervezéséhez és felépítéséhez igazodik. Az itt elhangzó program nem szükségszerű, hogy kötelezően követendő modell legyen más országok számára, habár az a tapasztalat, hogy más országokban nagy az érdeklődés a program iránt, amit megpróbálnak átvenni és beilleszteni saját társadalmuk politikai és gazdasági lehetőségeihez igazítva. Szem előtt kell tartani azt a tényt, hogy az Egyesült Királyság rendelkezik azzal az előnnyel, hogy legalább 100 év tudatos egészségfejlesztő tevékenység tapasztalatait élvezzi mind nemzeti, mind területi és helyi szinten, és így kézen fekvő, hogy hosszabb idő állt rendelkezésére a kísérletezésben, fejlesztésben és a változtatásban, mint más országoknak. Éppen ezért a történelem gyermekének tekinthető modell jelenleg képes rávilágítani egy egészséges társadalom jellemzőire és a benne uralkodó nézetekre, véleményekre.

## Történelmi háttér

A század folyamán az egészségfejlesztés különböző összetevői (amik ma már az egészségfejlesztés alapját alkotják) egy lassú folyamatban szeparáltan alakultak ki az Egyesült Királyságban. A XIX. század végén kialakuló, az egészségért folyó népmozgalom jött rá arra az összefüggésre, amely a szennyezett víz okozta betegségek és a higiéniával kapcsolatos tájékoztatás szükségessége között áll fenn. A kvéker munkáltatókkal azonosított filantróp mozgalom megalapozta a munkahely és az egészségügyi ellátás közti kapcsolat elveit, valamint a munkások és családjaik jólétével és biztonságával való törődést, a tudományos alapon készült gyógyszereknek sikerült a gyógyfűkereskedőket, boszorkányokat, vajjakosokat, csontkovácsokat legyőzni és háttérbe szorítani és végül kialakultak a jól megalapozott egészségügyi ismeretek és a velejáró szakemberi státusz. A kezdet kezdetén az egészségnevelés a rádióban szinte kizárólag az un. Rádió Doktorral folytatott beszélgetésben nyilvánult meg, a TV-ben pedig fontoskodó fehérköpenyes orvosok jelenlétét jelentette. Még a fesztiválokon, nagy lakomákon, ünnepélyeken és garden partykon megnyilvánuló nemzeti ünnepek alkalmával is egy orvosi szakember az éjszakai levegő, a rossz szellőztetés, az alváshiány, a túlzott italozás és a zsíros étrend veszélyeire figyelmeztetett.

A háború éveitől kezdve a népi egészségnevelés fokozottan folytatódott. Poszterek, rádióbeszélgetések, röplapok, városokba és falvakba járó szakemberek előadásai, női magazinok, mind-mind azt a nézetet közvetítették, hogy az egészséges életmód kibogozhatatlanul és változatlanul kapcsolatban van a nacionalizmussal, családi étellel, patriotizmussal és az egyénnel a saját egészsége iránt érzett felelősségével, és ezek az alapelvek mind hozzájárulnak ahhoz, hogy az egyes ember milyen hűen szolgálja hazáját.

A II. világháború után a tömegkommunikáció folytatta az egészséggel kapcsolatos üzenetek közvetítését (de mostanra már más formában és szélesebb kérdéskört érintve, pl. táplálkozásra, biztonságra, szülői feladatokra, szépségápolásra, alkohol visszaélésekre vonatkozólag is): ezek a programok azon a meggyőződésen alapultak, hogy a népesség nagy része általában teljes tudatlanságban szenvedett a tényeket illetően, és tájékoztatást, nevelést igényelt. Ha egyszer a tudásszintjük növekedne, szükségszerűen követné az egészséges életmód is. Ez a feltételezés igaztalannak bizonyult. Az emberek egészséggel kapcsolatos ismeretei



bővültek, de ennek ellenére sok ember kitartott egészségtelen életmódja, szokásai mellett. A rossz megközelítés ("rossz helyre lőtt injekció" néven lett ismert) kiábrándulást eredményezett, ugyanakkor rádöbentett arra, hogy a társadalom nagyon különféle társadalmi, kulturális és etnikai csoportokból áll össze, és mint olyan, sokkal kifinomultabb, óvatosabb, differenciáltabb stratégiát és módszert igényel. A fehérköpenyes orvosi szakértőt még mindig tisztelettel és udvariasan hallgatták meg, de tanácsait sokszor semmibe vették, helyettük az otthoni, családi anekdotákból, szomszédoktól és más közösségektől vett tanácsokra hallgattak. Mindenesetre 1946-ban a WHO egészségdefiníciójának hatására megerősödött az a nézet, miszerint az egészség egy nagyon összetett fogalom és az egészségnevelés (az erre vonatkozó tanácsok) valamint az egészségügyi ellátás nem törekedhet kizárólag arra, hogy az eddigi egészségügyi vívmányokat megőrizze. Más szakmában dolgozóknak, szociális munkásoknak, tanároknak, alkalmazottaknak, önkormányzati ügyintézőknek, paramedikusoknak is lényeges szerepük kell hogy legyen. Nem szakmabeli, vagy más önkéntes szervezetek is nagy sikereket érhetnek el az egészségfejlesztésben azzal, hogy áthidalják a tudással rendelkező szakember és a laikus közvélemény közötti kommunikációs szakadékot. A 70-es évek elején egy, az egészségnevelésért dolgozó nemzeti szervezet, az Egészségnevelési Tanács (ami akkor még egy független szervezet volt) kialakított egy, az egészségneveléssel foglalkozó posztgraduális képzést. Ez a szervezetet hivatalosan elismerte, az egészségneveléshez szervezen illeszkedő részként a különböző hivatások vagy félig szakmabeliek munkáját. Fogorvosok, más orvosok, fizioterápiával foglalkozó szakemberek, táplálkozástudósok, terapeuták, fogtechnikusok, szociális gondozók, környezetvédelemmel foglalkozó egészségügyi szakemberek, nők, védőnők, szülésznők - felsorolni is hosszú volna mindegyikőjüket - jelentkeztek a tanfolyamra. Tükrözték azt a meggyőződést, hogy nekik, akik az emberekkel nap mint nap érintkeznek - egészségük vagy éppen betegségeik vagy életmódbeli problémáik miatt - kötelességük határozottan és eredményesen az egészséggel kapcsolatos tényeket továbbadni, sőt mi több: ösztönözni az embereket, hogy saját, és hozzátartozóik egészsége érdekében értelmes és okos döntéseket hozzanak. Ennek a - Egészségnevelési Bizonyítványként lett ismert - minősítésnek nem az volt a célja, hogy egyfajta posztgraduális képzésen keresztül szakember-egészségnevelőket képezzen, hanem mintegy plusz tudásként hozzájáruljon azoknak a feltételezett problémáknak és sémáknak a megoldásához, amelyekben a széles

spektrumon mozgó orvosi, paramedikus és különböző szociális szervezetek osztoztak. Eredetileg a kurzust középfokú végzettséggel rendelkezőknek továbbképzésként biztosították, de mára a lehetőségek kibővültek, és további képzés ötven oktatási intézményben (többek között felsőoktatási intézményekben, főiskolákon, egyetemeken) is folyik. A képzést az Egészségnevelési Intézet hagyta jóvá.

A 80-as - 90-es években a Thacher-i és a Thachert követő konzervatívizmusnak és a tory elveknek köszönhetően nagyméretű alapváltoztatásoknak lehettünk tanúi.

Azok az alapelvek, amelyek a 40-es évektől a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat különböző létesítményeinek kialakulásához és sikeréhez vezettek, átértékelődtek vagy nem is váltak elismertté. Habár az egészség kérdése nagymértékben része volt a politikai színtereknek, a kórházakban a bizalmi elven alapuló egészségügyi szolgáltatás vált uralkodóvá, a gyógyszerárak növekedtek, a fokozatosan szaporodó szociális és jótékonyági szervezeteket privatizálták és a szociális szervezetekben létszámleépítés történt, sőt még az állami támogatást is csökkentették. Az önszegélyezés, a saját felelősségtudat, a minőségi szolgáltatások biztosítékának, a teljesítmény felmérhetőségének, a piac igényei diktálta versenynek és a megbízhatóságnak az ideológiáját beillesztették az Egyesült Királyság társadalompolitikai és szociális-gazdasági szerkezetébe, az egészség, az egészségvédelem és megnyilvánulásai, az egészségügyi dolgozók és az emberek közötti kapcsolat olyan mértékben átértékelődött, hogy az két évtizeddel ezelőtt elképzelhetetlen lett volna.

A beteget arra ösztönzik, hogy szabadon válogassanak, válasszanak, kérdezzenek, és még kritizálják is orvosait, gyógyítóikat. Tőlük, mint fogyasztóktól, vásárlóktól vagy kliensektől elvárják, hogy a rendelkezésükre álló, egymással is versenyben levő szolgáltatások között válasszanak, pontosan úgy, mint cipővásárláskor vagy egy új öltöny kiválasztásakor tennék. Az intézményesítés fogalma ma már nem örvend nagy népszerűségnek, olyan szellemi fogyatékos betegeket, akik hosszabb kezelést igényelnének, elbocsájtják a kórházakból, szervi operációknál (hála a modern technológiának, felszereléseknek) a minimumra csökkent a kórházban töltendő idő, és az árvaházak is teljesen lepusztultak. A jelenlegi mottó a régi hagyományos elv felújítása: "közösségi segítségnyújtás".

Ez a terminus az összetartás, a szerető család, a gondoskodó szomszédok, a jókarat, a jótékonyág: az önkéntes segítségnyújtás nosztalgikus emlékéért hivatott idézni, ezzel szemben a realitás, amivel mind tisztában

vagyunk, azoknak az embereknek az elkerülhetetlenül kialakuló mások iránt érzett közömbössége, akiknek életét megmérgezi a munkanélküliség stressze, a növekvő nyomor, az adósságok, a hajléktalanság, a rokoni segítségnyújtások hiánya, és mindezek után képtelenek az önzetlenségre és az empátiára. Pedig a közösségi segítségnyújtás - funkcionálisan és emocionálisan is - ezeken az érzéseken nyugszik.

## **A jelenlegi egészségfejlesztés és a képzés visszhangja**

Ez a különböző témákat befolyásoló tényezőket és ideológiai imperatívuszokat összefoglaló rövid vázlat, amely kitér arra is, hogy ezek a tényezők miként alakították ki a század folyamán az egészségfejlesztés tevékenységének legfontosabb elveit, egy szükséges szövegösszefüggésként funkcionál, hogy megértsük, hogyan vezetett a jelenlegi rendszerhez. Az empirikus tapasztalatokon alapuló kutatások, a kiábrándító tapasztalatok rávilágítanak azokra a problémákra, amelyek akkor keletkeztek, amikor az egészségnevelést úgy fogták fel, mint tények pusztá átadását és befogadását, vagy akkor, amikor az egészséggel kapcsolatos üzeneteket nem igazították az erősen differenciált társadalmi csoportok, rétegek nyelvéhez, kultúrájához, és szocializációjukból fakadó befogadó képességeikhez, vagy amikor az egészségfejlesztés "céltablái"-val az egészségfejlesztők nem találták meg a közös hangot, vagy éppen az üzenet lényegét nem sikerült közvetíteniük, vagy - és ezt is szükséges megemlíteni - az egészségfejlesztés pusztán a képzésre, a nevelési módszerekre épített célja elérésének érdekében működött.

Mára az Egyesült Királyságban - a maga társadalompolitikai és gazdasági világgépével - kialakult egy elfogadható konszenzus arra vonatkozólag, hogy mi szükséges az egészségfejlesztéshez, ahhoz, hogy sikeres legyen:

- egy olyan megközelítés, ami egyesíti is a különböző nevelési módszereket, a törvényhozást, egyéni és csoportos döntéseket, információt, a gyakorlottság felépítését és politikai közbenjárást (különös tekintettel a szociális háttér nyújtotta előnyökre, a lakáskérdésre, bölcsődei és óvodai létesítményekre és az ártámogatásokra),
- nem az intézményesítés keretein belül mozgó egészségfejlesztés, hanem egy olyan mozgalom, amely közösségi alapon szerveződik, ahol

szakemberek nyújtotta felszerelések és tanácsok segítségével egyének és csoportok a saját egészségügyi szükségleteik tükrében megpróbálhatnak azonosulni, igazodni és részt venni a programban. Természetesen a sikerhez a megfelelő pénzügyi alap és képzés elengedhetetlen,

- a hit, hogy az egészségfejlesztés, ha megfelelően van megszervezve, mind prevenció, mind intervenció formájában jobb befektetés, mint egy gyógyíthatatlan betegség hosszan elhúzódó kezelésének finanszírozása. Mindemellett, ha az embereket arra biztatjuk, hogy nagy felelősséggel tartoznak és nagy fontosságot tulajdonítsanak a saját egészségfejlesztő tevékenységeiknek, még ezek után is szükségük van motivációra, bizalomra, háttértudásra, és az egészséggel kapcsolatos kérdésekben való jártasság elsajátítására ahhoz, hogy sikeresek legyenek.
- az a meggyőződés, hogy az egészségfejlesztés túlságosan is fontos tevékenység ahhoz, hogy csak a szakemberek és az önkéntesekkel együttműködő közösségi alapon szerveződött egyének és csoportok vegyenek benne részt. Ezeken túl szükség van célorientált, magasfokú képzettséggel rendelkező szakemberekre, un. egészségfejlesztőkre. Ezeknek a frissen képzett szakembereknek ahhoz, hogy a posztgraduális képzésre jelentkezzenek, rendelkezniük kell egyetemi diplomával, és így joguk van elvárni nagyfokú gyakorlattal kombinált elméleti tudásanyag megismerésének lehetőségét, valamint kutatások által és empirikusan szerzett tapasztalatok elsajátítását; így majdan a szakmabeliek szervezetéhez tartozva beleszólhatnak azokba a kritériumokba, amelyek a minősítés elsajátításához kellenek.

Jelenleg legalább egy tucat egyetem repertoárjában szerepelnek különböző posztgraduális képzések ilyen mottóval, mint "egészségnevelés"; "egészségfejlesztés"; "egyénnre, társadalomra szabott egészségnevelés". Csak kis részletekben különbözik egyik a másiktól, talán másra helyezi egyik a hangsúlyt, vagy a téma megközelítésében vannak árnyalati eltérések - de a végeredmény, a cél szempontjából nagyon hasonló.

Az első kurzusok kb. a társadalomnak ugyanazon részét mozgósították, mint annak idején "az egészségnevelési bizonyítvány" megszerzések, azzal a különbséggel, hogy a felvételi kritériumok között egyetemi diploma is szerepelt. Hagyományosan programjukban szerepelt a pszichológia,

szociológia, filozófia, jogtudomány, etika, epidemiológia és demográfia egészségügyi alkalmazása és előírás volt a kutatási módszer ismerete is. A résztvevők nem kezdtek szükségszerűen rögtön a népegészségügyben, az egészségnevelés vagy egészségfejlesztés területén tevékenykedni, de a jövőben szeretnének ezeken a területeken dolgozni. A legfrissebben kialakított képzések kísérletet tettek a régebbi kurzusok során fellépő problémák orvoslására. A felvevő piac értékrendjét felmérve, közvetlenül avagy közvetve, a kurrikulumot egy kicsit átalakítva változtattak, újrafejlesztették a módszertant is. Ezeknek az újabb kurzusoknak a következők a főbb ismérvei:

- A kurrikulum tartalmazza különböző témákról, kérdésekről való tájékoztatást, kiegészítve a képzésben résztvevők személyes élményeivel. Másként megfogalmazva: a tananyag nem egy realitásoktól elvonatkoztatott alkalmazása a különböző tudományoknak és elméleteknek, hanem sokkal inkább a foglalkoztatottak közreműködésére alapozott tapasztalatokból építkező egészségügyi problémákkal foglalkozó anyag. Ez a tudásanyag ezért lehet, hogy nem egyezik a kormányzat, az egészségügyi hatóságok és más szociális szolgáltatásokat nyújtó intézmények által lefektetett hivatalos frázisokkal.
- A hatásos módszer alapja a "kliensekkel" való együttműködés, a közös munka. Értve ezen, hogy segítünk az embereknek megfogalmazni a szükségleteiket, a módszer magában foglalja a kollaborális tevékenységeket, az emberek motiválását és ösztönzését is. Fontos hangsúlyozni a szerepek és kapcsolatok átértékelődését, megváltozását, miszerint a korábban "szakembernek" nevezett személy megosztja szaktudásának köszönhetően hatalmát és helyzetét a kliensével, az emberek nagyobb motiváltsága és elkötelezettségének reményében. A koncepció lényege az önállóságra való nevelés, amelyben az ember öntudatának, önértékelésének, bizalmának, tudásának és rutinjának tudatosítása szerepel, és ezzel mintegy biztonságos egymást támogató milliőt teremtve, megadni a lehetőséget az embereknek, hogy egészségükkel kapcsolatosan autonóm döntéseket hozzanak, ami persze kihat életstílusura, életszínvonalukra is.

Az egészségfejlesztés ilyenfajta megközelítése gyökeresen ellentmond a múltban használt tekintélyvel alapuló nevelési módszereknek. Ilyen formán az egészségfejlesztő posztgraduális képzések programjai olyan piaci elveken alapszanak, mint: a fogyasztót támogató kapcsolat, a fogyasztás szuverenitása, választásának szabadsága, és a kliensbe vetett bizalom. Az önállóságra nevelés koncepciója (ld. empowerment) politikai értelemben is "helyesnek bizonyult" mind a baloldal, mind a jobboldal helyesli azt. Míg az előbbinek kollektívizmusa, az egyenlőségre, hatalom-megosztásra való törekvései tetszenek, addig a jobboldalnak az egyén felelősségébe és a szakemberek megbízhatóságába vetett hit, valamint az alternatívák között való szabad szelekció szimpatikus. Végül még egy érv, miszerint ezzel a programmal az elmélet és a gyakorlat csakúgy, mint a szakemberek és a laikusok között egy szorosabb kapcsolat építhető ki. A partnerviszony, az egyenlőségre való törekvés csökkenti a szakember és a hozzá nem értők között meglévő szakadékot, ezzel hozzájárulva az egészségfejlesztés hosszútávú sikeréhez, és ami a legfontosabb, az egyszerű ember mindannapi életében előforduló egészséggel kapcsolatos problémák megoldásához.

## **Egy egészségfejlesztő posztgraduális képzésen végzett esettanulmány**

Elérkeztünk a kurzus leírásához, ahol én a legotthonosabban mozgok, lévén a korábban említett három, egymással is összefüggő tervek kutatója, kurrikulumok kiépítője, koordinátora és konzultánsa. A képzés már megvalósításának negyedik évében (habár minden egyes tanulócsoporthoz értékelése folyamatosan finomítva van és úgy hiszem, hogy fejlesztve is).

A képzés általános célja, hogy a kurzuson résztvevők a szükséges tudásanyagot, módszereket, rutint elsajátítva saját munkahelyükön egészségfejlesztőként tevékenykedhessenek. A végső bizonyítvány eléréséhez különböző kisebb egységekre lebontott kurzusokat kell elvégezni. Az első két ilyen kurzus elvégzése után jár az ún. Posztgraduális Bizonyítvány, majd két további képzés után adható a Posztgraduális Diploma, amit a Magisteri fokozat követ. Ennek az utolsó fokozatnak eléréséhez minimum hat hónap, maximum három év plusz tanulmányi idő szükséges. Mivel ezen bizonyítványok kiadását egy nemzeti rendszer (névszerint Credit Accumulation and Transfer) szabályozza, a stúdium elvégzésének eredménye felcserélhető más, ezzel egyenértékű kurzus eredményeire is.

A kurzus sok újító aspektust tartalmaz, a kurrikulum rendszerére, módszertanára és az értékelés sémájára vonatkozólag. A következő tételekre bontva rendszerezhető:

- **kurrikulum:** ha azt mondom, "tananyagszerkezet", akkor még csak homályosan sikerült körülírni. Felépítő alapelvei és fő koncepciója: önállóságra való nevelés, képesség, önbizalom, tisztelet és autonómia biztosítása az embereknek, különböző képességek megszerzése (ilyenek: emberekkel való kommunikáció, tárgyalóképesség, mások értékelése, változások elfogadása, kényes témák kezelése), és hangsúlyozott témái; pl. egészség, egészségfejlesztés, elsődlegesen problematikus területen való tevékenység, az egészséggel kapcsolatos tudás, a szokásokon és a bizonytalanságon való változtatás, az egyén autonómiája és a csoportok/közösségek jogai; valamint a szakemberek és a laikus emberek előítéletei, véleménye közötti feszültség.
- **módszertan:** a résztvevőket arra ösztönzik, hogy egyéni és szakmai szükségleteikkel azonosulva; figyelembe véve "klienseik" egészségügyi szükségleteit, ezek tükrében alakítsák szakmai módszereiket. Leggyakoribb tanítási, tanulási módszerek a következők: csoportmunka egyenlő feladatvállalással, párban való tevékenykedés, beszélgetések, véleménycserét hangsúlyozó tanulás, kölcsönös segítés elve, gyakorlaton keresztül történő tanulás, kutatások alapján való értékelés, interaktív analízis, módszer és rutin tréning, és az egészséggel kapcsolatos tudásanyag folytonos korszerűsítése (lépést tartani a legmodernebb kutatásokkal).
- **értékelés.** Igazi vizsgák nem léteznek. Az értékelés nem a kurzus végén, hanem folyamatában történik: a képzés alatti aktivitást, kötelezettségek vállalását, esszék, referátumok, kisebb csoportok előtt tartott előadások előkészítését (a video és más szemléltető eszközök használatát is beleértve) tapasztalati és elméleti kutatásokat, a különböző eredményeket és önelemző beszélgetéseket figyelembe véve.

A képzés workshop-okon, önszorgató csoportfoglalkozásokon és párokban történő tevékenykedéseken, különböző szövegek megtanulásán (ami önértékelő kérdéseket és más tanuló programokat jelent) közösségi munkákon és gyakorlati munkán alapuló ténykedésen keresztül folyik.

A résztvevők a tanultakat vagy saját munkahelyükön, vagy munkaadójukkal való tárgyalás után valamely speciális területen hasznosítják. Ez a munka a képzésben résztvevő munkahelyén belül egyfajta egészségfejlesztő tevékenységet jelent - és feltételezi, hogy miután a munkaadó, a segítők és a kurzus résztvevője megegyeztek, a tevékenység megfelel majd a képzésben résztvevő egyéni és szakmai céljainak, megfelel mind a munkaadó elvárásainak, mind a kurzus várható eredményeinek. A közösségi alapon vett munka úgy értelmezhető, hogy a képzést végző személy egészségfejlesztéssel kapcsolatos tapasztalatai kiszélesítésének érdekében egy másik, már szakember egészségfejlesztő mindennapi tevékenységét figyelemmel kísérése, mintegy modellként. A szövegek megtanulása úgy karakterizálható, hogy a résztvevő az egészségfejlesztés elméletétől a gyakorlatáig eljutva különböző témákkal, tételekkel, elképzelésekkel foglalkozik és jelenkori modern eredményeket tanulmányoz. Ezen kívül a szövegekkel kapcsolatos feladatokkal az egészségfejlesztésben való gyakorlottság, jártasság megszerzését kísérik meg.

Végül, ezeken a ("szemtől-szembe") workshop-okon lehetőség nyílik az elképzelések és ötletek kölcsönös eszemecesterjére, amely elősegíti a gyakorlatban való jártasságot, fokozza a kommunikációs készségeket, az emberekre való hatás képességét, és ezeken kívül a workshopok értékelését, egyéni nevelődést és visszatekintést, rendszerezést is szolgálnak. A kurzuson a segítő (facilitátor) a résztvevők munkahelyére is ellátogat a kurzus gyakorlati munkán alapuló részének keretében és az eddigi eredményeik rendszerezésével segíti az előrehaladásukat.

## **Záró megjegyzések**

A fentiekben leírt kurzus nyilvánvalóan egy folyamatos fejlődésen alapuló képzés, amit nagyban meghatároz és egyénenként megváltoztat minden egyes résztvevő személyes törekvése, ami szakmai előmeneteléhez szükséges. Mivel ez a képzés annyira különböző szakmai területen dolgozó embereket hoz össze, lehetővé teszi a sokféle nézet, elképzelés nagyfokú eszemecesterjét (a képzés heterogén voltából következően), a részvétel és a tudásanyag átadásának rugalmasságát, a legkülönbözőbb területek bevonását, a folyamatos szakmai gyakorlat értékelését, és így a jelennel lépést tartó elméleti tudás megszerzését, a tapasztalatok és a meglévő tudás fejlesztése közötti kapcsolatot, és az egészség/egészségfejlesztés komplexitásának és problematikájának megértését. A kurzus tetszik a munka-



adóknak, mert látják az egészségfejlesztő programok valódi hasznát a saját munkahelyi szervezetükben, és természetesen a kurzuson résztvevőknek, akik aktívan résztvesznek egy megkülönböztető elméleti, tudományos anyag és szakmai gyakorlat kiépítésében, amit fokozottan elismernek az egyetemek, a munkaadó szociális és egyéb dolgozók, szakemberek, a kormányzat és nagyközönség. Az embereknek azért tetszik, mert látják, hogy az "intézmények" komolyan veszik és törődnek azokkal az egészséggel kapcsolatos témákkal, amik őket érdeklik. Az egyetemek pedig új egészséggel kapcsolatos tanszékeket, kutatóintézeti egységeket alapítanak, amelyekben már nemcsak orvosok vesznek részt. Az egészség az emberek életének központi problémája, gondolata, az volt és az is lesz, az egészségfejlesztés, a politikai vezetés központi témája és tevékenysége és az is marad, most hatalmasan kiterjedt alkalmazási területei, politikai töltése és gazdasági vonatkozása azzá teszik. S mi a jövőben is hozzájárulunk majd a magasfokú képzés, a professzionalizáció, az interszektoralis együttműködés és növekvő igényeihez, amelyek Európában egészségfejlesztő törekvésekként vannak és lesznek jelen.

*fordította: Szigeti Borbála*

**G. A. M. WIDDERSHOVEN  
M.H. STRIK**

**EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS  
OKTATÁSA A MAASTRICHT-I EGYETEMEN**

**Bevezetés**

A Holland Limburg Egyetem Maastrichtban az oktatásban a különböző újítások központja. Az oktatási elvek súlypontjai: aktív tanulás, interdiszciplinaritás, szakmai gyakorlat és gyakori tanári és hallgatói önértékelés.

A Limburgi Egyetem összes oktatási kurrikuluma a problémákra építő tanulási metodusban gyökerezik. Ez sokkal inkább tanítványcentrikus, mint tanárcentrikus megközelítés, mivel ennek keretében az önálló tanulásra ösztönzi és értékeli. Ez a program nem az előadásokra és a szeparált tudományágak külön kurrikulumaira alapszik, hanem tematikájában interdiszciplináris vonalat követ és a hallgatók közti együttműködést segítő kis csoportok nagy szerepet játszanak. A tananyag alapját nem előadások képezik, hanem a programukhoz kapcsolódó esettanulmányokból egy lényegretörő válogatás az alap, amihez a fontosabb szakirodalom ajánlása tartozik. Így tehát maguk a hallgatók határozzák meg, hogy mit tanuljanak a problémaelemzések célkitűzések, elméleti alkalmazások és problémamegoldások segítő folyamatán keresztül. Az egyetemen jelenleg öt kar működik: az orvoskar, a közgazdasági kar, a jogi fakultás, a bölcsészettudományi kar és az egészségtudományi kar. Mindegyik fakultás a problémákon alapuló tanulás elve szerint működik és alapjában véve hasonlóképpen van felépítve.

Célunk nem csak az, hogy az egészségtudományi kart részletesen bemutassuk, hanem az is, hogy szemléltessük, milyen elsődleges szerepet játszik tanítási rendszerünk az egészségügyi tudományok oktatásában. Éppen ezért először a fakultás és a Maastricht-i Népegészségtani Iskola (amely szintén az egészségtudományi karhoz tartozik) szerkezeti felépítését

mutatjuk be. Majd a megbeszélés tárgyát oktatási rendszerünk: a problémákon alapuló tanulás (Problem Based Learning - PBL) képezi majd.

## **1. Egészségtudományi Kar/Maastrichti Népegészségtani Intézet**

### **Az egészségtudományok alapelve**

Az egészségtudományok az egészséges állapottal és az ahhoz kapcsolódó kedvező és kedvezőtlen feltételekkel (egészségmeghatározó tények) foglalkozik, valamint a további egészséges állapothoz szükséges intervenciókat építi ki, egészséget fejleszt és az egészséget veszélyeztető tényezőket küszöböli ki. Ez a triád képezi az egészségtudományok tárgyát és a három elkülönülő dolog, három alapvető koncepcióhoz kapcsolható. Először hadd magyarázzam meg, mit is értünk ezen a három alapfogalmon: egészséges állapot, egészség és betegség .

Az Egészségtudományi Kar ötlete és alapkonceptiója az egészség alapfogalmával kezdődik. Szükséges annak ismerete, hogy mi is tulajdonképpen az egészség, hogyan definiálható a fogalom, mi tartozik hozzá, hogyan "működtethető" és értékelhető, milyen eszközök használhatók a különböző egészségügyi és betegségi szinteken és ezek hogyan tanulmányozhatók: (pl. egyéni és közösségi szinten) fontos annak felismerése, hogy mi nem a betegségmentes állapotot értjük az egészség fogalmán. Az egészség sokkal több ennél. Ezzel a WHO, az ENSZ egészségügyi szervezetének egészségmeghatározására céloztam.

### **Egészségmeghatározó tényezők**

Mind az egyén, mind a társadalom egészsége sok más tényező eredményének tekinthető. Ezek a tényezők különféle módon befolyásolják az egészséget és a betegséget. Védelmi és veszélyeztető szerepük egyaránt érzékelhető az egészségre nézve. Példák ezen tényezőkre:

- biológiailag (szervezet által) meghatározó tényezők: a vírusokkal szembeni ellenállás képessége, genetikai tényezők,
- pszichológiailag meghatározó tényezők: személyiség, önbecsülés, hozzáállás,

- külső környezet által befolyásolt biológiai tényezők: kóros betegségek,
- környezeti, fizikai, kémiai hatások: kemikáliák, a lakó ill. munkahelyen, táplálkozás, ivóvíz,
- társadalmi (kulturális környezet által befolyásolt faktorok - részben egyéni alapon): társadalmi rétegbe való tartozás, egyén anyagi helyzete, szociális háló (részben a társadalom által meghatározottan), lakóhely, munkahelyi feltételek, munkanélküliség,
- életstílus/életmód,
- más egyéni jellemző tényezők: iskolázottság, életkor, nem.

### **Egészségügyi intervenció**

A meghatározó tényezők ismeretében sokféle módon beavatkozhatunk. Egészségfejlesztés és betegség-megfékezés különböző mechanizmusokon keresztül érhető el: törvényeken keresztül, egészségügyi szolgáltatásokat létesítve, egészségnevelés útján, önkormányzati és állami szociálpolitika segítségével. Az egészségügyi intervenciók nagy hangsúlyt fektetnek mind az egészséges egyénre (elsődleges és másodlagos intervenció), mind a betegre (harmadlagos intervenció, azon felül az egyén környezetére, amiben él, a környezet specifikus meghatározó tényezőire, a különböző betegségek kórokozóira, okaira) vagy általánosan a környezetre: környezetvizsgálat.

### **Széles, átfogó perspektíva**

Fontos tisztázni, hogy az egészségtudományi kar területe nem egyezik meg az orvosutodományi kar szakterületével. Az egészségtudomány az egészség és betegség kérdésével egy sokkalta szélesebb perspektíván szeretne megbirkózni. Elsődleges annak felismerése, hogy az egészség és betegség hátterében sokféle különböző ok áll, és éppen ezért multidiszciplináris megközelítést igényel. Az orvostudománnyal ellentétben a hangsúly nem a gyógyításon, hanem az egészség-betegség kérdésével való törődésen van a különböző stúdiumokon. Ez, a több dologra kiterjedő

nézőpont (amit az Egészségtudományi Kar fejlesztett ki) meghatározza továbbá a következő tényezők elismerését:

- a társadalom érzéketlensége az egészség-betegség kérdésre,
- a emberi magatartásformák befolyása az egészség-betegség kérdésre,
- a megbetegedések számának megváltozása, ami sokkal inkább szükségessé teszi a törődést, mint a gyógyítást,
- a modern társadalom mentális betegsége és ezen problémák hangsúlyozása,
- változások az egészségügyi rendszerek kezelésében és finanszírozásában,
- az orvosi technika folyamatos fejlődése és ezen létesítmények, találmányok értékelésének szükségessége,
- az egészségvédelem folyamatos szakemberképzése,
- annak kérdése, hogy hol tartózkodjon a paciens a kezelés alatt: a beteg jogai, etikai problémák,
- az elméleti észrevételek szükségessége az egészség, az egészségügyi ellátás és a betegség kérdésében,
- társadalom egészségügyi ellátása.

### **Tudományágak/diszciplínák**

Az egészségtudomány elméleti hozzáállása miatt mind nevelési, mind kutatási programjaiban interdiszciplináris tervnek tekinthető. Éppen ezért az egészségtudomány sok tudományból tevődik össze: oktatásfejlesztés, epidemiológia, egészségügyi közgazdaságtan, orvosi etika és filozófia, egészségügyi jog, egészség rizikófaktorainak elemzése, anatómia, movement science, informatika, orvosi pszichológia, szociológia,

mentálhigiéne, betegápolással foglalkozó tudomány, politikatudomány, egészségfejlesztés, statisztika. Szerkezetileg ezek a területek egy mátrix-struktúrába (egy száalba) futnak össze, olvadnak egybe. Tanszékek képezik az elméleti tengelyt, oktatási és kutatási programok pedig a másik részt. A tanszékek természetesen hozzájárulnak ezekhez a programokhoz.

## **Oktatási program**

Minden egészségtudományi program hasonló jellemvonásokat mutat:

- tematikus tanítás,
- problémákon alapuló oktatás,
- a tanév 7, egyenként hathetes részre van osztva,
- a szakképzés párhuzamosan folyik a hathetes blokkokkal,
- statisztikával és kutatással párhuzamosan foglalkozunk,
- minden hathetes részképzés után teszt,
- ehhez hozzájön háromszor egy évben egy előmenetelt ellenőrző évközi teszt.

Az oktatási programba tartozik egy év általános képzés, amelyet egy szakosodás követ vagy a biológiai egészségtudományok, vagy a magatartástudományok, vagy a társadalomtudományok terén. Majd ezt követi egy további specializáció a hat tanév rész egyikében, amelyek a hármas felosztás részei. Végül a hallgatók, mielőtt saját kutatásaikat megkezdnék, ahhoz, hogy téziseiket (disszertációjukat) megírják, tantárgyat kell választaniuk. A fakultáció funkciója, hogy a hallgatónak szabad választása legyen abban, hogy merre szakosodik tovább, vagy hogyan szélesíti szakterületét. Több mint ötven fakultáció választható. Néhány közülük előre rendszerezett sorrend szerint van: nők és egészség, kutatási módszerek, finanszírozás/pénzügyek.

Ilyen formán, így épül fel az oktatási program az első évtől kezdve a negyedikig: első év: bevezetés az egészségtudományokba; egészséges állapot, intervenció, kedvező és hátrányos feltételek, második év: az alábbiakban felsorolt tantárgyakon van a hangsúly: differenciáció: biológia, etológia, társadalom, harmadik év: szakosodás "egy a hétből" és a fakultáció: specializáció, ill. szakterület kiszélesítése, negyedik év: kutatás és doktori disszertáció.

### **Differenciáció és specializáció**

Az "elkülönülés" kiindulási pontja a biológiai tudományok, vagyis az emberi szervezet különböző funkciói, mint a mozgás és alkalmazkodás. Ezen címszó alatt a biológiai folyamat könnyebben leírható a különböző szerveződési szinteken: a molekuláris, a sejt vagy a szerv szintjein. Így garantálható, hogy a különböző tudományágak hozzájárulnak a programhoz. A szakosodás az elkülönült biológiai tudományokon belül a következő:

- **biológiai egészségtudomány**; ez az a tudományág, amely azokat a biológiai aspektusokat vizsgálja, amelyek az ember egészséges életét befolyásolják, ahhoz kapcsolódnak. A program biomedikai kutatást és politikát tartalmaz. Az alaptudományok a következők: antropológia, pszichológia, molekuláris biológia és toxikológia.
- **mozgástudomány**: a mozgás problémái fokozottan vonzották mind a kutatók érdeklődését, mind az egészségnevelőket, vagy a paramedika területén tevékenykedő egészségügyi dolgozókat. A mozgáskultúra programja a mozgás problémájának területén kínál tudományos tréninget. Az alaptantárgyak a következők: anatómia, pszichológia, pathológia, fiziológia és szociológia.  
A magatartástudományok differenciációs programjának vezetősége alapelve az emberi viselkedés összetettsége. Ezen mi azokat a tényeket értjük, amelyek meghatározzák és befolyásolják az ember magatartásformáit. Ez az alapelv magatartásformákkal kapcsolatos elméletek széles körét érinti, különös hangsúlyt fektetve arra a kérdésre, hogy az emberi magatartásformák milyen szoros összefüggésbe hozhatók az "egészség és betegség" kérdésével. A magyarázat négy különböző

összetételű egységre bontható: magára a viselkedésre, a személyiségre, az ismeretekre és társadalmi, ill. kulturális aspektusokra. A magatartástudományok programján belül a további szakosodás:

- **egészségfejlesztés és egészségnevelés:** a betegségek megelőzése és egy egészségesebb életmód elősegítése fontos részeivé váltak a modern egészségügyi ellátásnak. A program a hallgatókat mind az egészségfejlesztés tudományos alapjaival, mind a megelőzés gyakorlati technikáival megismerteti. A legfontosabb tantárgyak: szociál-pszichológia, epidemiológia, kommunikációval és információátadással kapcsolatos tudományok,
- **mentális egészségtudományok:** ez a program a mentális egészség rendellenességeire koncentrálna. A maastrichti program nagy hangsúlyt fektet az emberi viselkedés biológiai gyökerére, a program egyik legfontosabb eleme a gyakorlati tréning. A programot elvégzettek alkalmasak pszichoterápiás posztgraduális programokban való részvételre. Elsődleges tantárgyak: klinikai pszichológia, szociálpszichológia, előmeneteli pszichológia, biológia és gyógyászat.

A társadalomtudományi blokk programjának elsődleges célja az egészség és az egészségügyi ellátások szociális létesítményekben megvalósuló koncepciójának magyarázata, és az egészség-betegség, egészségügyi ellátások és más szociális munkák közötti folyamatos kölcsönhatás tudatosítása. A társadalomtudományi blokk további felosztása:

- **egészségpolitika és megvalósítása;** az egészségügyi rendszer szervezésének, koordinációjának, politikájának kidolgozása olyan feladat, amely szakmai képzést igényel. Az egészségpolitika olyan programot biztosít, amely ezért a célért küzd. Az alapvető tudományágak: politikatudomány, egészségügyi gazdaságpolitika, egészségügyi jogtudomány, szociológia, szervezéssel foglalkozó pszichológia és epidemiológia,
- **a betegápolás:** az ápoláshoz, a gondozással kapcsolatos elméleti tantárgyak csakúgy hozzátartoznak, mint a pácienstel való személyes kapcsolat, valamint a szervezés és végrehajtási munkák.



- **Elméleti egészség tudomány:** az egészségügyi rendszer is része a tudományban és társadalomban végbemenő fejlődésének. Az elméleti egészség tudomány programja szerkezeti keretet kínál annak megértésére, hogy ezek a fejlődések miként hatottak, miként változtattak az egészségügyi rendszer arculatán. E célhoz azonban az egészség tudományok alapos ismerete szükséges. Biológia, pszichológia, szociológia, általános egészség-betegség elméletek, epidemiológia, filozófia és történelem az alaptantárgyai ennek a programnak.

Egy szakosodás, amely a "blokkprogramnak" nem része: a környezeti egészség tudomány. Ez az 1990-ben indult, az Egészség tudományi Kar és az Orvostudományi Kar együttes programja, ami a társadalmi környezet az egészségre gyakorolt rizikófaktorainak hatását vizsgálja. A program súlypontja a biomedikai nézőpontra van, de a társadalom tudományok is fontos részét képezik. A legfontosabb tantárgyak: közgazdaságtan, jogi tudományok, szociálpszichológia és politikatudományok.

## **Statisztikák**

Statisztikát és módszertant a differenciációs blokkprogrammal párhuzamosan a rendes oktatási programon belül tanítanak. A módszertani oktatás célja, hogy a tanítványok képesek legyenek publikációk értékelésére, statisztikák elkészítésére és kutatásokból levont következtetésekre. Ezen belül a hallgatók megtanulják: mikor, melyik szituációban kell bizonyos statisztikai eljárásokkal dolgozni és ezeket a technikákat a projekten keresztül végigvinni, elsajátítják továbbá azt is, hogy a felmérésekből származó anyagok hogyan értelmezhetők és ezekből milyen következtetések vonhatók le. A felmérések és a módszertani problémák megoldásához bizonyos kombinációs készség szükséges. Népegészségtani dolgozóknál szükségük van különböző adatgyűjtések készségeinek, képességének elsajátítására. Egyik oldalról ezek az adatok hagyományos kórházi adatok (halálzási arány, megbetegedések száma), de a másik oldalról olyan egészség meghatározó tényezők, mint: lakóhelyi körülmények, munkahelyi feltételek, életstílus, közvetlen környezet adta lehetőségek stb. Az ilyenfajta adatok birtokában a népegészségügyi dolgozóknak szükségük van arra a képességükre, hogy megfelelőképpen tudjanak szelektálni. Alapelv a statisztikai felmérések elkészítésének

oktatásában, hogy valódi kutatások elvégzése legyen a példa, sokkal inkább, mint az elmélet szisztematikus magyarázata, mivel ílymódon kikerülhetnek a kutatás során fellépő problémák is. Ilyenformán a példaadó "mintatanulmány" módszerét alkalmazzuk. A módszertanhoz és a statisztikai felmérésekhez szükséges számítógép-használatot a programmal párhuzamosan sajátíthatják el a hallgatók.

Népegészségtani Iskola: a Maastrichti Népegészségtani Iskola az Egészségtudományi Karra alapszik. Oktatási programja sok közös vonást mutat az Egészségtudomány Kar programjával. Tulajdonképpen az alapelvek egy az egyben a négyéves egészség tudományi képzésben alkalmazottak: a "blokkok", nagy része - amelyeket most a Népegészségtani Iskolában használnak - eredetileg az Egészségtudományi Kar kurrikulumban voltak kifejlesztve. Így itt is az interdiszciplinaritás - a tudományágak együttműködése - a kulcsszó. Az oktatási program kurrikulumának kidolgozását a népegészségügyi problémák többrétűségének, multidiszciplinaritásának, összetettségének természete és ennek felismerése vezette. A népegészség szakmai területéhez hozzátartoznak az orvosi/klinikai kérdéseken kívül eső témák is. A népegészségügy foglalkozik egészségvédelemmel, megelőzéssel, egészségfejlesztéssel és ezek előfeltételeivel is. Európa minden részén a népegészségügy és az egészség tudományok oktatásának nagyobb érdeklődést, figyelmet szentelnek, mint valaha. A legtöbb intézmény a fent említettekhez hasonló szinten van, olyan felsőfokú végzettséggel rendelkezőknek (orvosok, jogászok, közgazdászok) ajánlja a képzést, akik képességeiket, tudásukat továbbfejlesztve próbálnak hozzáigazodni az újfajta népegészségügyi követelményekhez. Az intézmények többsége orvoskarokon alapszik, így fennáll annak veszélye, hogy túlságosan orvosi szempontból vizsgálják az egészség kérdését. Az "egészséget mindenkinek" is megfogalmazza, milyen fontos a más - nem orvosi tudományágakkal foglalkozó intézmények közti szoros kapcsolat kiépítése, csakúgy, mint maguk a népegészségügyi létesítményeknek az orvosegyetemeken kívül való létrehozása.

A Népegészségügyi Iskola MPH és MPH/PhD programjának alapvető célja, hogy a népegészségügyért folytatott kutatásokra, nevelőmunkára, vagy bármely más területen végzett tevékenységre szakembereket és vezetőket képezzen. A népegészségügy elmélet és gyakorlat orientált feladat, az egészségfejlesztésnek, valamint a megelőzésnek szenteli magát oly módon, hogy felismerve a különböző társadalmi rétegekre ható tényezőket,

meghatározza, hogy változtatásokat eszközölve hogyan biztosíthatnánk az emberek maximális jólétét.

Ílymódon az intézmény helyesli és hozzájárul a WHO által kibocsátott egészségfejlesztési javaslatához: "az egészségfejlesztés egy olyan folyamat, amely elősegíti, hogy egyének, csoportok és közösségek az egészségüket meghatározó tényezőket befolyásolhassák és ílymódon egészségesebben élhessenek." Ahhoz, hogy ezt a célt elérhessük, szükség van a különböző tudományágakkal foglalkozó szakemberek együttműködésére és arra, hogy figyeljenek és értsék meg az egészség fenntartásában, valamint a betegségek elterjedésében közrejátszó biológiai, környezeti és társadalmi tényezőket. Az egészségpolitika, a népegészségügyi rendszer tanulmányozása, elemzése is első helyen szerepel. A kurrikulum egységekre bontható, hasonlóan a négyéves egészségtudományi képzéshez. Mindegyik kis egység hathetes részt jelent. Az első, valamint a másodév hét-hét részből áll. A fakultációt a Limburgi Nyári Egyetem biztosítja. Az első két egység népegészségügyi alapelvekbe és módszerekbe való általános bevezetést tartalmaz, valamint az egészségtudományi kutatások metódusaival, technikáival ismerteti meg a Limburgi Egyetem "problémákon alapuló" tanítási technikáján keresztül. A harmadik és negyedik egység valamelyik differenciációs programját tartalmazza a három (biológiai tudományok, magatartástudományok és társadalomtudományok) blokk közül. Ezek a blokkok bevezetésül szolgálnak az ezt követő hét szakosító egységhez. A specializációs képzésre a felvétel csak úgy lehetséges, ha a hozzá megfelelő "blokk" már kiválasztott. A másodév utolsó három egysége a kutatás/tanulmány vég-hezvitelére, valamint a doktori disszertáció (masters thesis) megírására van szentelve. Tulajdonképpen a Népegészségtani Iskola az Egészségtudományi Karhoz hasonlóan van felépítve. Az egyetlen fontos különbség, hogy amíg az Egészségtudományi Kar a holland egyetemistákkal foglalkozik, addig a Maastrichti Népegészségtani Iskolán inkább külföldi tanítványok vannak, akik már rendelkeznek valamilyen népegészségügyi, egészségvédelmi képzettséggel.

### **Az egészségtudományok oktatásának bemutatása**

Az egészségtudományok sokkal inkább gyakorlatban előforduló hibákkal foglalkoznak, minthogy egészségre és betegségekre vonatkozó elméletek gyűjteménye lenne. Éppen ezért az egészségtudományok jelszava: "megfigyelésen alapuló tudományos megközelítés". Az egészséget és be-

tegséget meghatározó tényezők elismerése igazolja az Egészségügyi Fakultás létezését. Mindebből következik, hogy az egészségtudományok a legkülönbözőbb tudományágakat fogja össze. Megkockáztatható, hogy ez a sokféle tudományág mégis egységben van, hiszen a három blokk, valamint a két további specializáció, mind a következő három fogalommal foglalkozik: "egészséges életmód", "előnyös és hátráltató feltételek", és a "megelőzés". Más kérdés, hogy a témák megközelítésében már különböznek. Ez a triád, ez a közös mag tartja össze tulajdonképpen a blokkokat. Ez az "egység a különbözőségben" jelszó problémákat is okoz. A feszültség a különböző tudományágakat és a az általános képzést oktató tanárok között általában akkor lép fel, amikor a blokkok felépülnek. Ezek az egységek tematikusan épülnek egymásra. Így magától értetődő, hogy a különböző tantárgyak a blokk tárgyához, tartalmához mind hozzájárulnak. Nyilvánvaló viszont, hogy az egyes tanárok nézőpontja az adott kérdéskörben eltérő és saját tantárgyaikat e szerint is fogják oktatni. Így, bár ezen blokkok eredendően tematikusak és éppen ezért elsősorban átfogóak és multidiszciplinárisak, mégis az oktatás során a különböző tudományágakból származó plusz információ a specializáció fele tendál. Így gyakran előfordul, hogy egy tantárgy nagyobb hangsúlyt kap az adott blokkon belül és így a blokk veszít a multidiszciplinaritásból eredő átfogó, de mégis széles spektrumából. Ez a probléma nemcsak az oktatásban, de a kutatásoknál is megfigyelhető. Hasonló gondok adódtak az előmenetelt ellenőrző évvégi tesztek elkészítésénél is. A témáról részletesebben szólunk a PBL-rendszer tárgyalásánál.

## **2. PBL-rendszer**

### **A problémákon alapuló tanulás értelme**

Az Egészségtudományi Kar oktatási megközelítése egészen újszerű. A problémákon alapuló tanulás kis tanulócsoportoknak bemutatott, gondosan felépített és összeállított problémakörök gyűjteményeként is felfogható. A problémák rendszerint különböző megfigyelt jelenségek, események leírását tartalmazzák, amelyek magyarázatra szorulnak. Ez az oktatási stratégia három kérdéskör egyidejű megoldását célozza:

- új tudásanyag elsajátítása, de oly módon, hogy az a későbbiekben is megmaradjon és a majdani szakmai gyakorlatban könnyebben felhasználható legyen,
- a tanítványok már meglévő tudásának továbbfejlesztése, és majdani foglalkozásukban ennek megtartása,
- parolémamegoldó készségfejlesztés, hangsúlyozva a különböző szakmai szituációkat.

A hallgatók számára ez a folyamat nem kismértékben "önkontrollós" tanulást jelent. A problémákon alapuló tanulást - mint oktatási módszert - nagyban befolyásolta a (megismerésen alapuló) kognitív pszichológia. A megismerésen keresztül megvalósított tanulás néhány alapelve elengedhetetlen ahhoz, hogy a problémákon alapuló tanulás legfontosabb mechanizmusait, szerkezetét megértsük.

1. Egy adott témában a háttértudás, az eddigi információk elsődlegesen fontosak és meghatározók az új információk mennyiségének és természetének megválasztásában.
2. A tárgyra vonatkozó korábbi tudás felhasználhatósága szükséges, de nem elegendő feltétel az új információ befogadásának és megértésének. A meglévő tudás felelevenítésére szükség van, mégpedig abban az összefüggésben és szöveggörnyezetben, amelyben az új információt sajátítják el.
3. A tudás beépítése az emlékezés egy bizonyos formája szerint van felépítve, mégpedig úgy, hogy az többé-kevésbé elérhető, használható legyen.
4. Az információra való emlékezés és annak újabb felhasználhatósága az egyén emlékezetéből jelentősen fejleszhető akkor, ha a téma részletes kidolgozása még a "tanulás-fázisban" történik.
5. Egy bizonyos tudásanyagra hosszú idő elteltével való visszaemlékezés és felhasználhatóságának mértéke a témától függ.

6. A tanulásra való mind külső, mind belső motiváció meghosszabbítja a tanulási időt és ez természetesen az elért eredményeket fokozza.

A hallgatók elé tárt problémák mind elméleti, mind gyakorlati profilúak. A PBL-rendszer nem csupán gyakorlaton alapuló oktatás, habár sokszor annak tekintik, nem téve különbségeket. A problémákon alapuló kurzus lényege a tematikus rendszerezés, ellentétben a tudományágakra alapulóval: mivel minden egyes egysége egy meghatározott tárgykörre, témára épül. A tematikus alap következménye a PBL multidiszciplináris volta. A kurzus két okból nevezhető tematikusnak, valamint interdisziplinárisnak. Az oktatás, nevelés témájával foglalkozó pszichológusok szerint a tananyag egymáshoz kapcsolódó részeinek oktatásánál (amelyek többé-kevésbé egységbe rendezetten tanítandók) elengedhetetlen, hogy egymással összefüggésben, egymásra épülően legyenek tanítva. Talán ez az elv segít annak eldöntésében, hogy milyen témák szerepeljenek mindenképpen a tervezett tananyagban. Így majd ezen témák mintegy keretet szolgáltatva segítenek hozzá ahhoz, hogy egyeztetés útján ezen elsőbbséget élvező alapelvek létrejöjjenek. A PBL-tanterv elkészítésénél a problémák felépítése a résztvevő tanárok nagymérvű kreativitását igényli. Szükséges a hallgatók alaptudásának ismerete, annak érdekében, hogy a születendő probléma sem túl könnyű, sem túl komplex ne legyen. A valóságban előforduló problémák felhasználását általában elkerülik. Ehelyett leegyszerűsített, idealizált valóságleírás kerül előtérbe. Ehhez szükséges, hogy a probléma:

- konkrét adatokkal foglalkozzon,
- rövid legyen,
- ne legyen benne túl sok zavaró tényező,
- csökkentett számú adatot tartalmazzon, de így közvetlenebb tanulásra ösztönözzön,
- csak olyan témák legyenek, amelyek az alaptudással együtt elméletek/feltételezések felállítására ösztönöznek,

- 16 óra külön kutatás/tanulás elegendő legyen a megértéséhez, befogadásához.

Sokszor megfigyelhetők olyan erőfeszítések, amelyek behatóbb kutatást, tanulmányozást igénylő problémák felállítását célozzák a jobb megértés érdekében. Noha a multidiszciplinaritás elve különálló problémák megoldásánál nélkülözhető. Természetesen, az egy előny, ha több tudományágot sikerül bevonni, de ha ez nem sikerül, akkor sincs ok a pánikra.

### **Nevelő/segítő csoportok**

Ezen segítő csoportok nagy hatással vannak mind a hallgató tanulásának mennyiségére, mind a minőségére. A segítő csoport a következőképpen jellemezhető:

- nyolc-tíz hallgató egy csoportban,
- a csoport összetétele véletlen,
- a vezető tanárokkal való találkozások/megbeszélések is többnyire spontának, rugalmasak,
- a hallgatók egy blokk időtartamára maradnak együtt,
- egy héten kétszer találkoznak kettő órára. Ezen két megbeszélés között legalább két nap szünetnek kell lennie, az egyéni tanulási idő biztosítása érdekében,
- a kapott feladatok képezik a segítő csoportok tanulási munkafolyamatának alapját,
- a csoportban valamilyen speciális módszert alkalmaznak (pl. a hét lépésben való problémamegoldás),
- minden hallgató egy blokk alatt legalább egyszer beszélgetés vezetője (elnöke) vagy titkára a csoportnak. Az elnök legfontosabb feladatköréhez tartozik a rendszerezett/szisztematikus lebonyolítás biztosítása és a csoportmunka megfigyelése, valamint felügyelése. A titkár funkciója a

foglalkozásokon elhangzottak rögzítése annak érdekében, hogy a fontosabb információ ne vesszen el. Ez a tábla használatával, vagy jegyzeteléssel egyszerűen megoldható. A probléma feldolgozása és az egész folyamat egy vezető tanár segítségével történik. A konzultációs tanár legfontosabb feladataihoz tartozik, hogy elősegítse a tanulási folyamatot, ellenőrizze, irányítsa a munkamódszereket és természetesen együttműködjön tanítványaival. A "segítő csoport" rendszer elsődleges funkciói:

- tanítványok probléma-analízis készségének fejlesztése,
- belső motiváció elősegítése,
- közvetlen/közvetett ellenőrzés biztosítása,
- hallgatók kommunikációs készségfejlesztése,
- hallgatók egymás közötti együttműködésének segítése,
- hatékonyabb/mélyrehatóbb tanulási módszer elsajátítása és ezzel együtt az adott témakörben egy biztosabb tudásanyag biztosítása.

A segítő csoport két további funkcióval is rendelkezik. Először is feltételezhető, hogy a csoport az egyes hallgatóra gyakorolt nyomással a hallgatót keményebb és rendszeresebb tanulásra ösztönzi. Másodszer a foglalkozásokon való folyamatos részvétel megtanítja a hallgatót különböző hasznos - társas érintkezést elősegítő - viselkedésre; mint pl., hogy hogyan kell egy csoportot koordinálni, vezetni, mások ismereteit meghallgatni, figyelembe venni, s a sajátunkat elmagyarázni, összefoglalni.

### **"Hét lépcsős megközelítés"**

A feladatokat a segítő csoportokban egy bizonyos hét lépcsős módszerrel keresztül viszik véghez. Ez a segítő csoportokra alkalmazott rendszer hatékonyan és eredményesen foglalkozik a feladatokkal. A módszer a következőképpen áll össze:



1. A feladat tisztázása: a csoport meghatározza és részletezi a "zavaros" fogalmakat, így a feladat egyértelművé válik és a témához tartozó információk sem kérdésesek.
2. A problémameghatározás: a csoportnak abban meg kell egyeznie, hogy milyen kölcsönös vonatkozású jelenségeket taglal. A feladat kisebb alproblémákra osztható, így ezzel a sorrend is könnyített. Ennek a lépésnek a célja a félrebeszéléseket, a fölösleges zsákutcákat kiiktatni.
3. Problémaelemzés: a csoport megkísérli feltérképezni, hogy a csoport tagjai mit gondolnak, mit tudnak és mi az, amit úgy gondolnak, hogy tudnak a problémát meghatározó folyamatokról, mechanizmusokról. Ezen szakasz feladata az előzetes tudásanyag felelevenítése, hogy a további viták, beszélgetések alapját képezhesse.
4. Lehetséges magyarázatok felsorolása: az előző fázisban előrevetített elképzelések részletezése, tanulmányozása, rendszerezése. Egymáshoz hasonló nézőpontú vélemények összegzése, csakúgy, mint az ellenkező pólus esetében. Lehetséges értelmezések elrendezése. Ezen lépcsőfok szerepe; tudás előmozdítása és a meglévő információk hiányosságára/elégtelenségére való figyelemfelkeltés. Röviden itt tisztázható, hogy mit kell még megtanulni.
5. Tanulmányozandó kérdéskörök felállítása: a problémaelemzés során felmerült kérdéseket meg kell válaszolni ahhoz, hogy a probléma jobban megérthetővé váljon. Így a tanulmányozandó témák folyamatos alapjául szolgálnak a következő fázisokban kivitelezendő/végrehajtandó tevékenységeknek. Röviden a funkció: a tanulási folyamat eligazítása.
6. A csoportfoglalkozáson kívül további információkhoz jutás: a kérdéskör alapjául a hallgatónak további plusz adatokat kell gyűjteni. A legkülönbözőbb források felhasználhatók, mint az audiovizuális eszközök és bibliográfia, amelyek a könyvtárakban megtalálhatók. Ezen lépcsőfok szerepe, hogy a hallgató pontos információkat gyűjtsön, és ily módon "beleássa" magát a témába.

7. A segítő csoportnak való jelentés: a kérdéskörhöz tartva magukat a hallgatók, egyéni kutatómunkájuk eredményét megvitatják. Ez az utolsó lépés három funkciót is takar: a beszélgetések során a különböző forrásokból még kiderülhetnek hiányosságok, rámutatni és megbeszélni a kutatások során felmerült kétértelműségeket, esetleges félreértelmezéseket, és elmélyíteni a hallgató eddigi tudását az aktív információ-cserével.

Probléma

kiscsoportos megbeszélés

célkitűzés

eredményellenőrzés

egyéni tanulás

Ez a táblázat azt példázza, hogy a problémán alapuló tanulás alapján véve egy ciklikus folyamat, ahol a segítő csoportokban tartott beszélgetések a tanuláshoz elindító és végső állomásai is. A megtanult dolgok ellenőrzése, összegzése és rendszerezése is itt folyik.

### **PBL-célkitűzések**

Természetesen, ennek a rendszernek is megvannak a hátrányai. Mivel ez a szisztéma meglehetősen új és még ismeretlen, várható, hogy a hallgatóknak szükségük van hozzáigazodáshoz, megismeréshez, befogadáshoz. Meg kell szokni azt a tényt, hogy egyszerre felelősek lettek a tanulás folyamatáért. A hozzáigazodás időszaka több, mint egy év is lehet. Így az első év többé-kevésbé csak egy gyakorlati tréning annak érdekében, hogy sikerüljön elfogadni az új rendszert. Egy másik probléma, hogy a tanárok szerepe is gyökeresen megváltozott ebben a rendszerben, összehasonlítva a hagyományos oktatási módszerekkel. Kisebb a beleszólásuk az oktatásba. A hagyományos oktatásban a tanár az, aki eldönti, mi a megtanulandó és milyen mértékben. Ez akkor okozhat problémát, ha a tanár nem hajlandó feladni a tanítványok tanulási folyamat fölötti elsődleges ellenőrzési jogát. A problémán alapuló módszerben a tanuló az, aki a végső döntést meghozza. A hallgató vezeti a csoportos beszélgetéseket és amint "otthonosan" mozognak a technikai/módszertani megközelítés terén, a hallgatók jobban

szeretnének a lehetséges mértékig függetlenül dolgozni. "Semmit sem csinálva" mellettük állni és nézni, hogy a hallgatók hogyan bírkóznak meg a nehézségekkel és milyen sok hibát/bakit ejtenek, miközben a tárgyhoz kapcsolódó alapelveket és elméleteket próbálják megérteni, nem pontosan ez az, ami konvencionálisan egy "jó tanár" ismervei közé tartozik. A problémákon alapuló tanulás során tapasztalat, hogy nagyon nehéz nem beavatkozni, hanem "tétlenül nézni", hogy a hallgatók a nehézségekkel küszködnek és a tantárggyal bírkóznak meg. A PBZ-rendszer másik velejáró problémája az értékelés: mivel a hallgatók tantárgykörei annyira különbözők, így a csoportok között tudáskülönbség lép fel, és még ehhez hozzájön külön ez egyes hallgatók között fellépő különbség is. A tény, hogy nem mindenki tanulja ugyanazt, ugyanabban időben, a problémán alapuló tanulás következménye, hogyha minden tanuló többé-kevésbé szabadon választhatja meg, hogy mit tanuljon, akkor nehéz a tudásukat ellenőrizni. Így itt a hagyományos tesztek nem működnek, mivel ezek csak részben adják vissza azt, amit a tanuló ténylegesen tett. A tanár feltételezése alapján - ki mennyit sajátított el - létrejött vizsgák viszont néhány tanulót előnyökhöz juttatnának, néhányuknak pedig kifejezetten hátrányos lenne. Ráadásul a várható teszt tartalma fokozottan befolyásolná a hallgató témaválasztását, előzetes megjelölését. Ez pedig a problémán alapuló tanulás szerint eredménytelen. Ezen okokból kifolyólag az előmenetelt mutató teszteket a Limburgi Egyetemen fejlesztették ki. Ez a teszt egy olyan 200-400 kérdést tartalmazó feladatlap, amely egy sokkal széleskörűbb témát ölel fel, a stúdium összes összetevőjére tekintettel. Megkísérli, hogy minden területet érintsen, és egy záróvizsgálathoz hasonlóan, alapjában véve minden témából kérdezhet. Az eljárás különleges voltát az adja, hogy a hallgatók nem tudnak külön készülni rá, hanem elméletileg csak akkor mutatkozhat haladás, pozitív eredmény a teszten, ha a hallgató keményen és rendszeresen tanult és dolgozott, így a tesztekre alapozott tanulás már elméletileg is ki van zárva. A teszt hibája viszont, hogy nem az egyénileg megkívánt tudásanyagot ellenőrzi. Valójában azt nézi meg, ami a különböző tudományágak szerint fontos, hogy egy hallgató ismeretanyagát képezze. Itt megjelenik az a hasonló probléma, amit már a fentiekben az oktatási pluszoknál megtárgyaltunk, miszerint a teszt csak a szakkérdések küszöbe, kezdeti stádiuma. A meglévő feszültségre a szakkérdések és az általános tudásanyag között, vagyis bizonyos tanárok "elsőbbségének" kérdésre folyamatos figyelmet kell szentelni. Habár a PBL sok problémával küszködik, meglehetősen sok előnye is van. Lehet, hogy a PBL rendszer szerint való tanulás először

csökkenti a tanulás mértékét, de több év távlatából elősegíti azt, hogy a megtanult ismeretek megmaradjanak. És ezen túl, mint ahogy ezt előzetes bizonyítások alátámasztják, a PBL-módszer fokozza az alapvető tudományos problémáknak a klinikai problémákkal való integrációját. A PBL növeli a problémában való érdekeltséget és elősegíti az autodidakta tanulást. Abba, hogy a Maastrichti Egyetem hallgatói általában hamarabb diplomáznak és kevesebben maradnak ki, valószínűleg a problémán alapuló oktatás tudományosabb megközelítése is belejátszik. Nem kis előnyt jelent, hogy a hallgatók szerint a PBL-iskolák egy stimulálóbb, emberibb környezetet biztosítanak, mint a hagyományos egyetemek.

*fordította: Szigeti Borbála*

# LOTTE KABA-SCHÖNSTEIN

## NEMZETKÖZI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS A MULTIPROFESSZIONÁLIS KÉPZÉS JÓL BEVÁLT MODELLJE

### Előszó

A workshop tematikájának megfelelően (a multiprofessionális együttműködés szükségessége és annak lehetősége) szeretném bemutatni Önöknek képzésünket, amely egy jól bevált, hosszú időn keresztül kipróbált, nemzetközi multiprofessionális egészségfejlesztő képzés. 1993. októberében kezdődött a 14. kurzus. A Német Szövetségi Köztársaság Kölni Egészségnevelési központja 1979-ben a WHO Koppenhágai Európai Regionális Irodájával együttműködve hozta létre egyéves posztgraduális egészségnevelő/egészségfejlesztő kurzusát. Ez a következő együttműködő partnerekkel bővült: 1986 óta a Lüneburg-i Észak-Kelet Szászországi Főiskola Egészségfejlesztési csoportjával, amely 1992-ben integrálódott az egyetem és főiskola újonnan alakult Alkalmazott Egészségtudományi Intézetébe. Azóta a nemzetközi egészségfejlesztési kurzus a következő három partner együttműködésén nyugszik: Alkalmazott Egészségtudományi Intézet Lüneburgi Egyetem és Észak-Kelet Szászországi Főiskola Lüneburg, Egészségnevelési Szövetségi Központ Köln, WHO Regionális Iroda Koppenhága.

Ez a képzés az egyetlen nemzetközi és multiprofessionális posztgraduális egészségfejlesztő képzés német nyelvterületen, amely az egészségügy, az oktatás, a szociálpolitika nemzeti, regionális területein kulcspozícióban lévő szakembereknek szól. Időben és tudományos színvonalában egy egyéves, munka mellett végzett, posztgraduális képzésnek felel meg. A nemzet-

közi egészségfejlesztő posztgraduális képzés a kulcspozícióban lévő szakemberek számára lehetőséget teremt, hogy megismerjék az egészségfejlesztés elméleteit, koncepcióit és stratégiáit. Ezeket az alapelveket saját cselekvési koncepcióikba integrálják, eszmét cserélhetnek más szakterületek, intézmények, földrajzi egységek szakembereivel, velük közös csoportmunkában vesznek részt, fejleszthetik problémamegoldó képességüket, és kollegáikkal közösen új koncepciót fejlesztenek ki, amely jól használható saját egészségfejlesztő munkájukban.

A kurzusnak az egészségfejlesztés területén igen jó a hírneve, magas a presztízse, a jelentkezők száma mindig háromszorosa-négyszerese a felvehető létszámnak. Az idén a felvehető húsz helyre száz jelentkező jutott. Mostanáig 301 résztvevő 20 országból képviseltette magát a kurzuson. Résztvevők külföldről (a 14. kurzust is magába foglalva)

<b>Ország</b>	<b>Résztvevők száma</b>
Svájc	21
Magyarország	10
Ausztria	9
Hollandia	8
Jugoszlávia (korábbi)	8
Szlovénia	4
Horvátország	3
Lengyelország	8
Norvégia	5
Luxemburg	3
Románia	3
Svédország	3
Csehország	3
Nagybritannia	2
Bulgária	2
Dánia	1
Finnország	1
Franciaország	1
Olaszország	1
Spanyolország	1
<b>Összesen:</b>	<b>90</b>

Ha áttekintjük a táblázatot láthatjuk, hogy a legtöbb külföldi résztvevő - nem meglepő módon - a német nyelvet beszélő szomszédos országból, Svájcból jött. Érdemes megjegyezni, itt a magyarországi workshop-unkon, hogy sem a nyelv, sem a politikai berendezkedés nem akadályozta Magyarországot abban, hogy a külföldi résztvevők második legnagyobb csoportja legyen, ezzel még a németül beszélő szomszédos Ausztriát is megelőzte. Mindenképpen megjegyzésre érdemes, hogy a "vasfüggöny" lehullása előtt már számos kelet-közép európai résztvevőnk volt. Ez abban az időben rendhagyónak számított és csak azért volt lehetséges, mert a képzés az Európai Regionális Iroda keretében valósult meg. Közép, Észak, Észak-Kelet és Kelet Európa relatíve túlréprezentált, összehasonlítva Nyugat és Észak Európával, ennek valószínű nyelvi és a nyelvvel összefüggő kulturális magyarázata lehet. Svájcban és Ausztriában (és persze Németországban) nem volt lehetőség alap és posztgraduális formában egészségfejlesztésből minősítést szerezni. Ez indokolja az ezekből az országokból érkező nagyszámú jelentkezőt. Magát a képzést, annak eredményességét a résztvevők maguk folyamatosan értékelik, a szervezők és a tanácsadó testület bevonásával. A nemzetközi posztgraduális képzési kurzus jelenlegi koncepciója a 13., azaz az előző kurzus tapasztalataira épít. A szervezők a multiprofessionális interszektoralis és nemzetközi megközelítés talaján állnak mind a célok, mind a tartalom és a módszertan vonatkozásában.

Előadásom következő részében a kurzus néhány jellemző jegyét szeretném bemutatni, kitétetett figyelmet szentelve a multiprofessionális együttműködés összefüggéseire.

A multiprofessionális és interszektoralis megközelítés az "Egészséget 2000-re mindeniknek" WHO programnak megfelelően, valamint az egészségnevelés, az életstílus koncepció és más, az egészségfejlesztésben jelentkező további elemzés szerint értelmezzük az egészséget: sok tényezőt, területet és diszciplínát magába foglaló fenoménnek tekintjük. Éppen ezért az egészségfejlesztés szükségképpen multiprofessionális feladat. Az egészségügy professzionális szereplőinek meg kell teremteniük a lehetőséget ahhoz, hogy megismerjék egymást, és kialakítsák multiprofessionális együttműködésüket a nevelés és a képzés minden szintjén.

Három kísérleti kurzus után (7-9-ig), amelyet csak korlátozott multiprofessionális célcsoportnak szántunk, (egészségi és szociális szolgálat és HIV-prevenció) visszatértünk a jelenlegi széles interszektoralis és interdiszciplináris megközelítéshez. Így magába foglaltatik az egészségügyi,

a szociális szolgálat, valamint az oktatás, anélkül, hogy más szektorból jelentkezőket kizárnánk, mint pl. közlekedés/szállítás. Képzésünk olyan szakembereket céloz meg, akik kulcspozícióban vannak a tervezés, döntés és a végrehajtás szintjein elsősorban regionális és nemzeti intézményekben a társadalom egészségi, szociális és oktatási szférájában. Ezeknek a kulcsembereknek, - akiknek gyakran lehetőségük, hatáskörük van befolyásolni, a pozíciójuk lehetővé teszi, hogy beavatkozzanak, kezdeményezzenek, messzeható változásokat indítsanak el nemcsak Németországban, hanem több szomszédos országban is - korábban nem volt lehetőségük sem graduális képzésben, sem posztgraduális formában formális minősítést szerezni egészségnevelés/egészségfejlesztésből. Ebben a situációban csak az otthoni autodidakta képzés maradt számukra. A kurzusok ügyintézőkhöz, orvosokhoz, nevelőkhöz, jogászokhoz, ápolókhoz, pszichológusokhoz, szociális munkásokhoz, társadalomtudósokhoz fordulnak az alábbi intézményekből:

- nemzeti és regionális kormányzati és nem állami egészségnevelési és egészségfejlesztési intézmények,
- a társadalombiztosítás nemzeti és regionális intézményei,
- nemzeti és regionális jótékonyági és önkéntes egészségügyi egyesületek,
- nemzeti és regionális önszervező csoportok,
- közhasznú egyesületek, regionális egészségügyi és szociális önkormányzatok,
- munkaadó és munkavállaló szervezetek, szakmai szervezetek,
- az egészségügy, oktatásügy és szociálpolitika központi alapfokú és posztgraduális képzést biztosító intézményei,
- az egészségügyi oktatási és szociális intézmények kutató intézetei.

Tapasztalataink alapján a résztvevőket az alábbi előfeltételek és kritériumok szerint válogatjuk ki:



- a célintézetben és az egészségfejlesztésben betöltött pozíciója,
- szakmai tapasztalatai (nem kezdők),
- nem korlátozott idejű munkaszerződéssel rendelkezők,
- akik számára a kurzus teljes idejére biztosított a részvétel,
- a német nyelv magasszintű ismerete.

### **Multiprofessionális képzési kurzus - szakmáknkénti megoszlása**

68	orvostudomány
56	szociális munka, szociálpedagógia
50	képzés-nevelés
34	ápolás
32	társadalomtudomány
22	pszichológia
9	biológia
8	közgazdaságtan
6	ügyintézés
5	táplálkozás (más, mint: újságírás, politikatudomány, stb.)

Kurzusok száma 1-14, 301 résztvevő, 19 országból.

Az elmúlt kurzusokon a résztvevők multiprofessionális hátterét mutatja a második áttekintés. Ez a tábla a szakmák széles skáláját reprezentálja. Ezen a területen gyakorta fordul elő, hogy a résztvevőknek dupla vagy tripla képzettsége van: pl. orvosi és szociológiai, vagy orvosi és pszichológiai, vagy ápolói és nevelői. A listát az orvosi szakma vezeti, azt követi a szociális munka és a pedagógia. Ezeknek a szakmáknak a gyakori előfordulását az indokolja, hogy a már említett képzésben erősen összefüggnek az egészségtudományos és a társadalomtudományok.

## **A kurrikulum célja és tartalmi jellemzői**

A kurzus jelenlegi céljait az alábbiak határozzák meg:

1. Amit a szervezők feltételeznek, hogy fontos a kulcsszakmáknak ahhoz, hogy az egészségfejlesztésben sikeresen működjenek.
2. Az érintett csoport határozott kívánsága és elvárásai.

**Ezek a célok:**

- egészségfejlesztési elméletek, koncepciók és stratégiák közvetítése és elemzése,
- az elméletek, koncepciók és stratégiák transzformálása a résztvevők különböző munkaterületeinek cselekvési koncepciójába, és a területükön meglévő szemlélet további fejlesztése,
- lehetőséget teremteni arra, hogy szert tehessenek általános, transzformálható, akcióképes és problémamegoldó képességre az egészségfejlesztés területén,
- tapasztalatszere nemzeti és interdiszciplináris szinten, valamint az egészségfejlesztés problémáinak megoldása együttműködés alapján és a résztvevők közötti kapcsolatok kiépítése.

Ezen célok alapján a kurzus programja tartalmazza:

- az egészségfejlesztés koncepciójának bemutatását, elmélyítését és elemzését
  - az egészségfejlesztés a szociál egészség-politikán, a társadalomtudományokon, a preventív medicinán, a pszichológián és a neveléstudományon alapszik,
  - egészségkoncepciók,
  - az egészségnevelés és egészségfejlesztés koncepcióinak történeti fejlődése,
  - a kurzus szervezőinek aktuális koncepciói és programjai.

- Egyes egészségfejlesztési programok és projektek megismerése és elemzése, amit a résztvevők mutatnak be, vagy látogatások és beszámolók alapján ismernek meg. A programokat az Ottawa Charta egészségfejlesztési elvei alapján, valamint a résztvevők igényei alapján szelektáljuk.
- Készségek elmélyítése és gyakorlása az ötletek gyakorlati felhasználásában és a problémák megoldásában. Olyan kulcskészségekben, mint a tervezés, értékelés, együttműködés, koordináció, kölcsönös információ, hálózatépítés, érdekérvényesítés, egyensúlyra törekvés, lehetőségek előteremtése.
- A speciális beavatkozási és a különleges szakmai területek irányított elemzése (a célok tisztázása, elvek és értékek, az etika és a legitimitáció kérdései, a szakmai és személyi erőforrások tisztázása, a résztvevők működésének köre és az interdiszciplináris kooperáció szempontjainak figyelembe vétele).
- A koncepciók és elvek, valamint a programok és projektek alkalmazása, mint a résztvevők saját működési területeinek példái. Problémamegoldó stratégiák fejlesztése és vitája, valamint a résztvevők speciális szükségleteinek és területének megfelelő beavatkozási koncepciók kidolgozása.

A tanulás több szintjét kombináljuk:

- elméleti szint,
- a mindenkori gyakorlat szintje, a résztvevők által reprezentált intézetek céljai és érdekei,
- a résztvevők saját érdekeinek és gyakorlatának szintje,
- a résztvevők személyes érintettségének szintje.

Ezeknek az átfogó és igényes céloknak a megvalósítása: interdiszciplináris kapcsolatok és hálózat kovácsolása nagyon időigényes. Jelenleg ennek realizálására 7 hét áll rendelkezésünkre. A nemzetközi kurzusnak

tehát 7 hét áll a rendelkezésére, háromszor kéthetes időre osztva: 2 hét ősszel, 2 hét télen, 2 hét tavasszal és 1 hét követéses kurzus, megközelítőleg egy évvel a 3x2 hetes kurzus után, aminek célja értékelni és megszilárdítani a kurzus eredményeit, valamint megerősíteni az együttműködést és a hálózatot az résztvevők között. Ez a négy részre történő felosztás a résztvevők számára megkönnyíti a munkahelyükről történő hiányzást. A közbeeső időszakot arra is felhasználhatják, hogy a kurzuson tanultakat munkájukba integrálhatják és tapasztalataikat pedig visszacsatolhatják a kurzus munkájába. A résztvevőknek lehetőségük van a kurzus további részét alakítani.

## **Oktatási módszerek**

Nemzetközi, interszektorális és multiprofessionális megközelítésünkben a felnőttképzés alábbi elveit alkalmazzuk:

- gyakorlat és problémaorientált megközelítés,
- egyensúlyozás a kurzus általános oktatási és a résztvevők speciális céljai között,
- egyensúlyozás a kurzus eredményei és folyamata között,
- a kurzus tartalma kapcsolódik a résztvevők fő területeinek aktivitásához, korábbi tapasztalataikhoz, és a kurzusba integrálódnak, mint saját területük szakértői,
- a kognitív, érzelmi és szociális tanulási forma, valamint a gyakorlat és kísérlet elemeinek integrálása,
- a kurzus olyan formában történő tervezése, ami magába foglalja a bentlakásos jelleget, olyan légkör megteremtésével, ami elősegíti a tanulást és a pozitív csoportképződési folyamatot.

Előnybe részesítjük a változást és kombináljuk a munka és a tanulás módszereit:

- individuális munka (esszék, dokumentáció, munkafüzet, vizualizáció),
- olvasás,
- csoportmunka,
- résztvevők közreműködése,
- plenáris vita,
- előadás (kérdések, vita)
- látogatás,
- workshop,
- szerepjáték,
- a jövőre vontkozó forgatókönyvek létrehozása.

Mivel a résztvevők Európa különböző országait, különböző szakmai területeket és szakmákat képviselnek, a kurzus lehetőséget teremt a tapasztalatcserére, a team-munkára az egészségfejlesztés problémáinak területén. Néhány olyan tanulási módszert és eszközt is kifejlesztettünk, amelyek a nemzetközi kurzus fontos elemei és szorosan kapcsolódnak a multiprofessionális képzési jelleghez és az együttműködés gyakorlását erősítik, segítik.

1. A speciális beavatkozási területek és a szakmai területek elemzése. (Egy, a résztvevőknek készült munkafüzet segítségével.)
  - a célok, elvek, értékek tisztázása, a legitimáció és az etika kérdései, a szakmai és személyes források tisztázása, figyelembe véve

a résztvevők sajátos működési területeit és az interdiszciplináris kooperációt,

- a beavatkozási terület struktúráinak, alapelveinek, céljainak és lehetőségeinek tisztázása, és végül
  - az alapvető problémák és akadályok meghatározása és egy problémamegoldó munkaterv választása, amelyet a résztvevők személyes munkájukban a kurzus alatt folyamatosan végeznek multiprofessionális csoportmunkában. Ezt a kurzus idején folyamatosan megvitatják.
2. A résztvevők közreműködése: Az elveiknek megfelelően a résztvevőket mint területük szakértőit tekintjük és a gyakorlat és problémaorientált megközelítésnek megfelelően motiváljuk őket, hogy maguk legyenek előadók, és mutassák be saját munkájukat és speciális problémáikat. Ez lehetőséget teremt számukra, hogy saját munkájukat bemutatva parablémáikat megfogalmazzák és - védett környezetben - gyakorolják az előadás technikáját, annak megjelenítését és az idővel való gazdálkodást. Az előadók informálják a többi résztvevőt problémáikról, és ezzel előmozdítják a multiprofessionális megoldásokat, az együttműködést munkacsoportokban a kurzuson belül és azon kívül is. Ez elindítja és fejleszti a nemzetközi, interszektoralis és multiprofessionális résztvevő csoportok szakértelmét, jártasságát.
3. Szerepjátékok: Hogy világos legyen az interszektoralis és interdiszciplináris együttműködés az egészségfejlesztésben, rendszerint egy 2-3 napos szerepjátékot iktatunk a kurzusba, mintegy kedves "tanuljunk a tevékenység közben módszert", ami a partnerek közötti együttműködést segíti. Ez a játék a résztvevőknek lehetőséget kínál, hogy:
- felcseréljék megszokott professzionális, hierarchikus szerepüket, és belebújjanak egy másik, talán "ellenkező", a másik oldal szerepbe, vagy
  - a saját szerepet játszva más helyzetben, más partnerekkel és visszajelzési lehetőségekkel.

## Záró megjegyzések, összefoglalás

Jól látható, hogy nem mindig könnyű úrrá lenni a professzionális, szektorális, nemzeti akadályokon, és a gyakorlatban megvalósítani és irányítani a multiprofessionális együttműködést egy olyan kurzusban, mint a mienk. Ez bizony egy kemény munka. Mindig új kihívás, soha nem unalmas és végül az erőfeszítés megéri, mert sikeres.

A nemzetközi kurzus számos résztvevője számára ez az első lehetőség, hogy egy ilyen csoportban vegyen részt, és néhányan igen kíváncsiak, sőt aggódnak és szkeptikusak a multiprofessionális megközelítés miatt. Később aztán a nagy többség nagyon elégedett, sőt lelkes, amint látja a maga nemében páratlan lehetőséget ebben a hosszú ideig tartó kísérletben, ami az intenzív interszektorális és interdiszciplináris valamint nemzetközi együttműködésünkben megvalósul.

A kurzus jó hírneve, a nagyszámú pályázó és meglepően alacsony lemorzsolódási ráta is igazolja a résztvevők elégedettségét. Érdekes, hogy a résztvevők beszámolója alapján (egy évvel a kurzus harmadik része után) a legértékesebb hosszútávú eredménynek a multiprofessionális jelleget és ezzel a perspektívák bővülését tekintik. Megjegyzendő, hogy számos kurzus résztvevői közös munkában vesznek részt és magánkapcsolatot tartanak fent, sőt nemzetközi együttműködési projekteket hoznak létre, és képesek voltak önállóan további találkozókát szervezni 2-3 évvel a kurzus befejezése után Ausztriában, Hollandiában, Magyarországon, Norvégiában.

Engedjék meg, hogy végezetül egy román résztvevőtől idézzek, ak a 12. kurzuson vett részt. "A kurzus legfontosabb eredményei a számomra az alábbiak voltak:

- a barátság csodálatos és meleg érzése az összes kollégával, ami egy stabil és folyamatos viszonyra fejlődött. Ebben az atmoszférában relaxálódtam, és jól éreztem magam, és ennek köszönhetően egyre jobban tudtam koncentrálni a témáinkra és a kurzus tartalmára.

- amit a továbbiakban még a kurzus eredményének ítélt: saját helyzetemet jobban át tudom tekinteni, jobban látom fő cselekvési lehetőségeimet.
- mint új tanulási módszereket fedeztem fel számomra: az individuális munkát és az önreflexiót, a kölcsönös problémamegoldást és a projekt tanácsadást. Az interdiszciplináris és nemzetközi tapasztalatok cseréje nagyon fontos és segít abban, hogy a túlzott specializációtól megóvjam magam, és abban, hogy saját társadalmi helyzetemben egészségfejlesztő tevékenységemet fokozzam. Úgy érzem, a kurzus minden szinten gazdagított, így elméleti, gyakorlati és személyes vonatkozásban egyaránt."

A résztvevőknek az elégedettsége és lelkesedése igen fontos motiváció számunkra a szervezőknek és az oktatóknak. Ez az alapja dolgozatom elején tett kijelentésemnek, hogy mi ezt a kurzust sikeres, kiértelt és biztató multiprofesszionális egészségfejlesztő modellnek tekintjük.

*fordította: Benkő Zsuzsanna*



## KLAUS SCALA

### A SZERVEZETI STRUKTÚRA FEJLESZTÉSÉVEL AZ EGÉSZSÉGNEVELÉSTŐL AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSIG

#### Bevezetés

Egy tanfolyamunk során egyszer felvetődött az egészségfejlesztés fogalmának meghatározása. Az egyes csoportok épp a korábbi találkozó óta végzett egészségfejlesztési kutatásairól adtak számot. A tanfolyam résztvevői a maguk által létrehozott csoportokban egészségfejlesztési projekteket látogattak meg, és a kiértékelési jelentéseket bemutatták egymásnak. A megbeszélést hirtelen félbeszakította egy spontán vita, mely az egészségfejlesztés fogalmát és jelentését próbálta tisztázni.

Az oktatók elősegíthették volna a vita lezárását az egészségfejlesztés fogalmának tisztázásával és a témára vonatkozó szakirodalom és dokumentumok megadásával. Ez valóban hasznos lett volna? A résztvevők mind az egészségfejlesztéshez kapcsolódó munkaterületen dolgoztak, vagy legalábbis jól ismerték az **Ottawa Charter**-t. A kérdéses szeminárium a tanfolyam negyedik konzultációja volt, tehát már történtek lépések az egészségfejlesztés fogalmának tisztázása érdekében.

Az oktatók úgy vélték, hogy a fogalom meghatározása értelmetlenné tenné a napirenden lévő kérdés megvitatását. A vitát egyébként sem a definíció hiánya okozta, de vajon miért fordult az egész csoport érdeklődése az egészségfejlesztés általános jelentése felé? A vita kirobbanásának közelebbi vizsgálata azonban megadta a választ.

Az egyik csoport épp arról beszélt, hogy milyen nehezen lehet megnyerni a biztosító társaságokat az egészségfejlesztési projektek támogatására. Ekkor kezdődött az a fogalmi vita, melynek a lezárásától többen a probléma megoldását várták. Az oktatók megállították a vitát, és abba az irányba terelték a kérdést, hogy vajon mi lehet az oka a biztosító cég vonakodásának, és hogyan lehetne ezt leküzdeni?

Hirtelen mindenki nagyon kreatív lett az okok feltárásában és kezelésében: a döntéshozók és az alkalmazottak esetleg nem ismerik

az egészségfejlesztést, hagyományos a gondolkodásuk orvosi-egészségügyi kérdésekben, a cég netán nem érdekelt az egészségfejlesztésben, mert az ide vonatkozó költségek robbanásszerű növekedésétől tart, stb. Az érintett csoport természetesen reagált a felvetésekre: az egészségfejlesztés fogalmát a biztosító cégek munkatársai jól ismerték, sőt még a költségvetésükben is megtalálható volt, mindez mégsem bizonyult elegendőnek ahhoz, hogy partnerként vegyenek részt az egészségfejlesztési projektekből.

Az oktatók azt javasolták, hogy a csoport együttesen próbálja meg feltárni az igazi okokat, és végül arra a következtetésre jutottak, hogy a legfőbb ok a cég szervezetén belül az egészségfejlesztésért felelős szakember hiánya volt. Ezáltal egészségfejlesztési célkitűzések sem születhettek meg. Erre a véggkövetkezésre csak akkor juthatunk el, ha egy adott szervezet tagjai azon a szinten vannak, hogy képesek megérteni az egészségfejlesztés és az ehhez hasonló súlyú kérdések jelentőségét, és egyúttal rendelkeznek a szükséges strukturális háttérrel is. Esetünkben a probléma nem a kérdés megértésének vagy a motivációnak a hiányából, hanem a szándékok szervezeti megvalósításának eredménytelenségéből fakadt.

Ez a szokványos példa két olyan fontos kérdést is fölvet, melyeket közelebbről is érdemes megvizsgálni:

## **1. Az egészségfejlesztés a szervezeti fejlesztés folyamata**

Több országban is megfigyelhető, hogy a sikeres egészségfejlesztés alkalmazása a társadalmi élet különböző szintjein (politika, adminisztráció, kutatás, oktatás) számos jó gyakorlatot alakított ki, és kitért a szervezeti lehetőségeket is. Új partnerek jelentek meg a színen: a városi adminisztráció vezetői, iskolaigazgatók, cégvezetők, vezető beosztásban lévő kórházi orvosok és nővérek.

Mindenki számára világos, hogy milyen fontos szerepet játszanak a szervezetek az egészségfejlesztésben: gondoljunk csak az egészségre gyakorolt hatásukra és arra tényre, hogy az egészségfejlesztés nem érhető el szervezeti változások nélkül. A nemzetközi vita középpontjába egyre inkább az egészségfejlesztési elvekhez és elképzelésekhez kapcsolódó és sikeresen megvalósítható szervezeti feltételek kerülnek. Az egészségfejlesztés a legjobb úton van affelé, hogy gerjessze a szervezeti átalakulást. Valójában tervezett szervezeti változásról beszélhetünk az egészségfejlesztés kapcsán. A WHO széles körben megvitatott álláspontja is kiáll eme elképzelés mellett. Ugyanakkor az emberek még mindig nincsenek egészen

tisztában az egészségfejlesztési stratégiákkal kapcsolatos következményekkel.

Az egészség minden társadalmi rendszer ügye. Bárhol is töltjük napi életünket, a családban, az iskolában, munkahelyen, vagy valamely közösségben, vagy javul, és megerősödik egészségünk, vagy stresszhelyzetbe kerülhetünk, és károsodás érhet. Mindegyik társadalmi rendszer hatással van egészségünkre. Mivel mindennapi életkörülményeink jelentik egészségünk előfeltételét, ezért az egészség nem lehet csak az egészségügyi rendszer felelőssége, hanem minden szervezetnek (iskolának, cégeknek), közösségnek, ahol döntések születnek a lakáskörülményekkel, a forgalommal és a várostervezéssel kapcsolatosan, foglalkoznia kell ezzel a kérdéssel.

Az egészségfejlesztés a társadalmi rendszerekbe történő beavatkozás. Mivel egészségünk elsősorban a szervezetek és az intézmények felépítésétől függ, az egészségfejlesztés a szervezeti átalakulás folyamatának tekinthető. Az egészségfejlesztés hatékony módja a társadalmi rendszerekbe való beavatkozás.

## **2. Az egészségfejlesztésben dolgozó szakemberek szakképzettségét és szerepét az egészségfejlesztési feladatokhoz kell igazítani**

Az egészségfejlesztés fejlődése elsősorban az érintett szakmai szerepek fejlődésétől függ. Ilyen jellegű szakképzettség ezidáig nem létezett. Az egészségfejlesztés alaposabb megvizsgálása nyomán kiderül, hogy pusztán egy új foglalkozás megteremtése nem jelenthet megoldást. Ahogy az egészséggel kapcsolatos kérdések bármely területen felvetődhetnek, úgy az egészségfejlesztési szakképzettség sem korlátozható egyetlen foglalkozási ágra, hanem nyitottnak kell lennie.

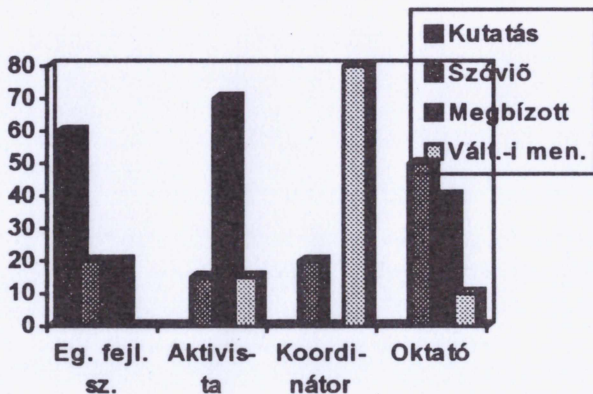
Ez a nyitottság azonban nem jelenti a szükséges szakmai hozzáértés elnagyolását. Az az elképzelés, hogy az egészségfejlesztési feladatokat bármely foglalkozásba be lehet vonni, nem jelenti a szabványok hiányát. Szabványok és szakképzettség nélkül az egészségfejlesztés sohasem kerülhet igazán befolyásos pozícióba a társadalomban. Az egészségfejlesztés hangsúlyozása érdekében ki kell alakítani a szükséges szerepeket és szakképzettséget.

	<u>Szakképzettség</u>	<u>Tevékenységek</u>
<b>Szakember:</b>	Tudományos ismeretek (epidemiológia, orvos-tudomány, táplálkozástan, stb.)	Kutatás, publikációk, egészségügyi jelentések és szakmai tanácsadás
<b>Szóvivő:</b>	Nyilvános beszédek, meggyőző-képesség, a média ismerete	Párbeszéd a nyilvánossággal, a vezetők meggyőzése
<b>Megbízott:</b>	Speciális orvosi ismeretek, oktatási készségek, pszichológiai hozzáértés és csoportvezetői képesség	Speciális egészségügyi továbbképzések (táplálkozás, testnevelés és alkalmazkodási készségek)
<b>Változási menedzser (facilitator):</b>	Kapcsolatteremtési készségek, csoportvezetői készségek, szervezési ismeretek, tervmenedzselés	Szervezetfejlesztési munka, a szektorok közötti együttműködés kialakítása, tárgyalás és az infrastruktúra megteremtése

Az egészségfejlesztési tevékenységek zöme négy fő szerepre utal. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy valaki csak egy szerephez kötődhet, hanem rámutat arra, hogy a különféle szerepekhez eltérő készségek szükségesek. Ez a négy szerep tartalmazza a kutatót, a szóvivőt, a megbízottat és a változási menedzsert, aki a szervezet fejlesztésén dolgozik. Mindegyik szerephez eltérő készségek kelleneek, és különböző tevékenységek jellemzik őket. A kutatók más és más tudományos területek képviselői lehetnek. Felméréseket készítenek, nyomon követik a változásokat az epidemiológiában, ellenőrzik a munkahelyeken jelentkező egészségügyi kockázatokat, tesztelik az ökológiai adatokat, megfigyelik, és kiértékelik a terveket, stb. A szóvivők ügyelnek a közvélemény tájékoztatására, a hátrányos helyzetben lévőkre felhívják a figyelmet, nyomást gyakorolnak a politikusokra és más vezető emberekre. A megbízottak felelősek az összes egészségfejlesztési tevékenységet átölelő tanfolyamokért, továbbképzésekért. A változási menedzser feladata a szervezet átalakítása, fejlesztése: a tervek és tervezés elindítása, kifejlesztése és menedzselése, a különböző szakmai területek közötti együttműködés kialakítása, stb.

Az egyes szerepekből fakadó eltérések figyelembevétele elkerülhetetlen a sikeres egészségfejlesztés érdekében. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy egy szakember csak egy meghatározott szinten dolgozhat: a különböző szerepek szempontjai integrálhatók. A tapasztalat mindenesetre azt mutatja, hogy egy terv során felmerülő feladatköröket más és más embereknek kell betölteni. A rossz munkakörülményeket bíráló szövívő valószínűleg nem a legmegfelelőbb személy arra, hogy az érintett cég vezetésével megtárgyalja egy esetleges egészségfejlesztési terv bevezetését. Mindkét szerep, a szövívő és a szaktanácsadó is egyaránt fontos, és csak együttműködéssel lehet eredményt elérni.

**A feladatkörök megoszlásának aránya az egészségfejlesztésben**



Mivel az egészségfejlesztés kapcsán leginkább a társadalmi rendszerekbe történő beavatkozásról esik szó, ezért a változási menedzser szerepére fordítunk fokozottabb figyelmet. Milyen készségekre van szüksége? Hogyan képezzük ki? A kérdések megválaszolása előtt tekintsük át röviden a főbb képzési tevékenységeket az egészségfejlesztésben, és nézzük meg, hogyan kapcsolódnak az eltérő szerepekhez.

### 3. Az eltérő feladatkörökre való felkészítése során különböző módszerekre van szükség

Az egészségfejlesztésben már egy ideje napirenden van az oktatás és képzés. Mindazonáltal az egészségfejlesztési feladatkörök és szerepek rövid elemzése után figyelembe kell vennünk ezeket a szerepeket és eltérő sajátosságait is a képzési alapelvek és filozófia kialakítása érdekében. Melyik szerepre irányuljon a képzés? Az eltérő szerepek és szakképzettség más és más képzést igényel tartalmi és módszertani szempontból egyaránt. A képzéssel kapcsolatban konstruktív vitához nagyban hozzájárult egy, a szakemberek által létrehozott laza csoport, az un. Európai Egészségfejlesztési Oktatási Csoport (EHPTG) is. Összegyűjtve a legfőbb európai egészségfejlesztési tapasztalatokat, a csoport arra a következtetésre jutott, hogy érdemes különbséget tenni az egyes szakképzési típusok között:

- a/ **Oktatás:** Konkrét tanrenddel rendelkező, elméleti jellegű tanfolyamok, diplomával (P. MS in Health Education and Health Promotion, University of Cardiff).
- b/ **Képzés:** Készségfejlesztési szemináriumok: csoportmunka, felmérések, információgyűjtés, szakterületek közötti együttműködés, projekt gyakorlatok, tevékenységek kiértékelése, stb.
- c/ **Konzultáció:** Rövid tanfolyamok (1-2 nap) azok számára, akik már részt vesznek egy projektben. A konzultáció mindig az adott szituációhoz igazodik, és figyelembe veszi a résztvevők körülményeit. A konzultációkra a projekt megvalósításának különböző szintjein is sor kerül.

A korábban tárgyalt négy szerepet figyelembe véve, kiderül, hogy a szakember számára az oktatási, pedagógiai szakképzettség, a szóvivő számára a beszéd-, és íráskészség, a médiával való kapcsolattartás ismerete, a megbízott számára pedig gyakorlati, pedagógiai és oktatási képzés a legmegfelelőbb. A változási menedzsernek elsősorban konzultációkra és némi kapcsolatteremtési készségfejlesztésre van szüksége. Ebben a cikkben a változási menedzser képzéséről lesz szó bővebben. A tervezett szervezeti átalakítás során leggyakrabban alkalmazott eszközt/módszert, az un. projekt-menedzselést (PM) vesszük közelebről szemügyre, majd megvizsgáljuk, hogy milyen szakképzettségre van szükség ehhez a munkához.

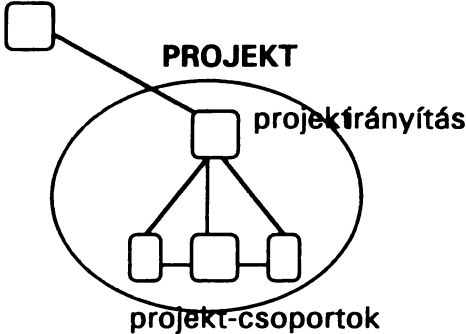
#### **4. A PM, mint a szervezeti átalakítás eszköze: az un. Feltételrendszer álláspont gyakorlati megvalósítása**

Az utóbbi években a sikeresen menedzselte projektek váltak a szervezeteken belüli és a szervezetek közötti kooperáció során felmerülő, igen bonyolult feladatok megvalósításának legkedveltebb eszközeivé. A különböző projektek manapság már az un. non-profit szervezetekben is megjelentek, hiszen a szervezeti fejlesztés hatékony eszközeinek bizonyultak. A nemzetközi egészségfejlesztési mozgalomban a projektek központi helyet foglalnak el a megvalósítási stratégiában. Nem mindegyik projekt felel meg azonban a projekt-menedzserek által használt definícióknak. A projektmenedzselés kiválóan alkalmas az egészségfejlesztésre az üzleti életben, az iskolákban és a kórházakban, és felhasználható az egészséges életmódot hirdető programok végrehajtására és ökológiai problémák megoldására. A projektek hasznosak a különböző szektorok és szakmai területek közötti együttműködés kialakítására, különösen akkor, ha szűk időkeret áll rendelkezésre. A WHO sikeres egészségfejlesztési projektjei, mint pl. az **Egészséges Városért**, vagy az újonnan létrehozott **Egészségfejlesztési Kórház-hálózat**, nemcsak a bonyolult társadalmi rendszerek fejlesztését célozza meg. Ezek a rendszerek bonyolult szervezetekké váltak, melyek szakképzett vezetést és társadalmi kreativitást igényelnek problémáik megoldásához. Az egészségfejlesztés, mint a társadalmi rendszerekbe történő beavatkozás, bevezeti a változási menedzser szerepét az egészségfejlesztési tevékenységek széles körébe. Az egészségügyi, oktatási és tudományos intézményekben dolgozókat az egyénnel vagy kis csoportokkal való foglalkozásra képezték ki. A szervezeti átalakulás folyamatoként azonban az egészségfejlesztés során meg kell ismerni és érteni a nagy társadalmi rendszerek működését, és megfelelő kapcsolatot kell kialakítani a kulcspozícióban lévő vezetőkkel.

Csak a megfelelően és körültekintően menedzselte projektek lehetnek hatékonyak. A különböző menedzselési eszközök segítenek a projektek felelőseinek a munkájuk során gyakran fellépő, nehéz helyzetek megoldásában. Az alapos projekt-menedzselés fokozza az egészségfejlesztési tevékenységek sikeres kiértékelését, és biztosítja azok magas színvonalát.

Mindezek a kérdések és elképzelések világossá teszik a projektek fontosságát, s egyben biztos hátteret nyújtanak az un. **IFF-WHO Képzés** projekt-fejlesztési elképzeléseihez.

**Kliens**



## **5. A képzési elképzeléseket érintő következmények: a képzés céljai**

Már korábban megindokoltuk, miért fordítunk fokozott figyelmet a változási menedzser szerepére, különös tekintettel a projekt-menedzselésre. Most vizsgáljuk meg közelebbről a sikeres projekt-menedzseléshez szükséges szakképzettséget és készségeket. A projektek valójában olyan újonnan létrehozott társadalmi rendszerek, melyek szorosan kapcsolódnak különböző szervezetekhez, emberekhez és kultúrákhoz. A projekt-menedzselésnek ezért egy rendkívül bonyolult társadalmi folyamatot kell közben tartania. A szaktudás (know-how) kétféle szintjét különböztethetjük meg:

- a/ A társadalmi rendszerek, eltérő logikájuk és a változással ill. fejlődéssel kapcsolatos feltételeik alapvető megismerése: A projekt elkezdése előtt meg kell határozni a szükséges feltételeket és a releváns szervezetekbe történő behatolási pontokat is. A változási menedzser (pl. az **egészséges városért** projekt koordinátora) készségei közé tartozik az egészségfejlesztésre nyitott szervezetek felismerése és a bonyolult társadalmi helyzetek gyakorlati felmérése egyaránt.



b/ A projektek folyamatainak és kezelésének ismerete (know-how): a projektnek van kezdete és vége, nem beszélve a számos közbülső állomásról. Minden lépésnek a megfelelő időpontban kell következnie, és minden fázisban a projekt-menedzser egy konkrét tevékenységére van szükség. Az egészségfejlesztési képzés céljai az alábbi készségekben, képességekben foglalhatók össze:

1. a feltételek meghatározása és megtervezése
2. szerződések előkészítése, kliensek megtalálása és kapcsolattartás.
3. a projektek tagjainak meghatározása,
4. a projektszervezet felállítása (feladatok, döntéshozási folyamatok, alcsoportok),
5. hálózat kiépítése, különböző szektorok, szakemberek, szervezeti kultúrák összehozása,
6. a keretek kialakítása: idő, források, célmeghatározás, szerepek tisztázása, kiértékelés, önmegfigyelés,
7. a projektek társadalmi fejlődésének támogatása, megfelelő módszerek alkalmazása,
8. a projekt-marketing megszervezése,
9. a projekt vezető funkcióinak ellátása és betöltése.

## **6. Az IFF álláspontja a tudástól a cselekvésig: képzési elképzelések**

A képzésnek összhangban kell lennie a projekt-menedzselés alapelveivel, ezért a sikeres képzésnek az alábbiakat kell tartalmaznia:

- a hallgatók aktív részvétele,

- a képzési program kialakításában való részvétel lehetősége a különböző szerepek gyakorlására (vezető, kliens, aktivista, stb.),
- tapasztalatok eltérő módszerekről és tanulási feltételekről,
- lehetőség a gyakorlatra és kísérletezésre,
- csoportos kérdéseken való munkálkodás, pl. csoportok kialakítása, szabványok és értékek (beleértve a csoportfolyamatokra való reflektálást a képzés során),
- új elméletek kialakítása a résztvevőkétől munkahelyi és képzési tapasztalataira alapozva és
- részvétel a képzés kiértékelésében,
- a projekt-menedzselési képzést a valóságos projektek mintájára lehet megtervezni.

## 7. Képzési tervek

Az IFF-nek az egészségfejlesztési tanfolyamokra vonatkozó álláspontja igyekszik eleget tenni az összes korábban tárgyalt szempontnak. A következőkben bemutatjuk az egyik legutóbbi egészségfejlesztési tanfolyam (Nemzetközi Projekt-Menedzselési Tanfolyam 1992/93) tervét. Mivel a résztvevők öt különböző országból érkeztek (Ausztria, Csehország, Magyarország, Németország, Szlovénia), ezért mindegyik ország részére egy-napos bevezető programot terveztünk, ahol majd döntés születik a résztvevők számáról és kiválasztásáról. Az egész tanfolyam 23 napos, melyet hét 2-5 napos blokkokra osztunk egy adott időszakon belül; a szeminárium napokon túl a kiscsoportok megszervezik saját kutatásukat a csoport által kiválasztott egészségfejlesztési projektekre vonatkozóan. A kutatásokról készült jelentéseket elhosszabbítják a tanfolyamra, és kiértékelik, ill. elemzik azokat.

## I. SZEMINÁRIUM

Az egészségfejlesztés különböző szakmabeliek együttműködését eredményezi  
5 nap

### VEZETÉSI CSOPORT I.

Párhuzamos csoportok (kb. 12 fő) és egy vezető találkozója  
2 nap

## II. SZEMINÁRIUM

Az egészségfejlesztés mint szervezeti fejlesztés  
3 nap

### CSOPORTMUNKA

Önálló munka egy meghatározott egészségfejlesztési projekten.

A résztvevők elkezdik az egészségfejlesztési projektek közelebbi megvizsgálását és kiértékelését. Meghatározzák a csoportok kialakításának kritériumait, majd kiválasztják a megvizsgálásra szánt projektet, és kidolgozzák a megfelelő stratégiát is. Mindegyik csoport munkatervet és ütemtervet készít, és meghatározzák a kutatás célját ill. az egyes tagok feladatait. Ez a folyamat jellemző a valóságos projektekre is, így a csoport tagjai a gyakorlatban is megtanulják a teendőket. Az egyes lépésekre meghatározott **"határidők"** elősegítik a tanulást.

**Csoportmunka:** A 2-5 fős csoportok meglátogatnak egészségfejlesztési projekteket a szervezeti struktúrára, a projekt folyamataira és várható eredményeire vonatkozó adatgyűjtés céljából. Az eredményeket összefoglalják, majd levonják a projekt-menedzselési következtetéseket. A munkát a csoport maga szervezi, és az eredményeket a következő szemináriumon mutatják be.

**III. szeminárium:** A csoportok bemutatják eredményeiket, és kidolgozzák a projekt-menedzselési következtetéseket. Ezáltal elsajátítják a projekt-menedzselés alapelveit. A különböző szinteket, a szükséges lépéseket, az esetleges buktatókat és elkerülésüket alaposan megvitatják. Elsajátítják a legfontosabb vezetési funkciókat a kapcsolódó készségekkel együtt: tervezés, csoportok kialakítása, az együttműkö-

dés szerkezeti keretének kialakítása, döntéshozás, célmeghatározás, kiértékelés, marketing, a releváns partnerekkel való kapcsolattartás, stb.

**Vezetési csoportok:** A vezetés, irányítás a képzett szakmai támogatást biztosítja egy konkrét szituációban a résztvevők számára. A megbeszélések (3x2 nap az egész tanfolyam során) folyamán a résztvevőket kb. 12 fős csoportokba osztják. A vitavezető irányításával a résztvevők előhozzák a munkahelyükön felmerülő problémákat, és reflektálnak a tervezett vagy folyamatban lévő projektekre. A vitavezetés ebben az esetben valójában szaktanácsadás. Minden résztvevő megosztja elképzeléseit, érzéseit, aggodalmait, stb. a többiekkel, s ezáltal kreatív, új megoldásokat találhatnak meglévő problémáikra.

**IV. Szeminárium:** A legfontosabb feladat hivatásos egészségfejlesztési szerep kialakítása. Kiértékelik a tanfolyam hatását az egyes résztvevők készségeinek fejlődése szempontjából, és levonják a kérdéses szerepkörre vonatkozó következtetéseket. A perspektívákat és a további szakképzési lépéseket egyénre szabottan állapítják meg. Megvitatják a szervezeti konzultáción keresztül történő külső támogatás és a projektek esélyeit. A tanfolyam kiértékelése zárja a programot.

*Fordította: Kis-Dózsai András*

# BENKŐ ZSUZSANNA - VETRÓ ÁGNES

## EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ ÉS MENTÁLHIGIÉNÉS POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS SZEGEDEN

A Juhász Gyula Tanárképző Főiskola (továbbiakban JGYTF) és a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem (továbbiakban SZOTE) együttműködése eredményeként 1992 szeptemberében "Egészségfejlesztő és "Egészségfejlesztő és mentálhigiénés" posztgraduális képzést indítottunk el.

Ma már a képzés szakmai módszertani előzményeként értékelhetjük azt a kísérletet, melyet "Egészségnevelés" címen 1991. szeptemberében a JGYTF graduális képzésében valósítottunk meg. A 30 órás "Egészségnevelés" kurzus az 1986-ban Ottawában elfogadott WHO Charta megállapításait igyekezett figyelembe venni, amennyiben az interdiszciplinaritásra és interszektoralitásra épült. Az előadásokat pszichológus, gyermekorvos, pszichiáter, filozófus, lelképásztor bevonásával tartottuk. A félétvet lezáró beszámoló után a hallgatók és a kurzust végighallgató gyakorló pedagógusok, valamint egy általános iskola összes diákja körében végzett hatásmechanizmus-vizsgálat alapján jutottunk arra a következtetésre, hogy pedagógusoknál a graduális képzés mellett egy önmagában megálló posztgraduális képzésre van szükség.

Külföldi tapasztalataink (3 éves TEMPUS JET grant Glasgow és Würzburg egyetemeivel, nemzetközi workshop Greifswaldban, Heidelbergben, nemzetközi továbbképzés Lüneburgban, a Német Népfőiskolai Szövetség Magyarországon szervezett szakmai programjai), valamint többéves sajtó megfigyeléseink is arra inspiráltak bennünket, hogy a pedagógusokon kívül mindazokat a szakembereket integrálnunk kell a képzésbe, akik munkájuk során direkt vagy indirekt módon társadalmi környezetüket befolyásolják.

Hosszú, alapos előkészítő munka után készült el a képzés kurrikuluma, amelyben hazai egészségi, szociális, társadalmi viszonyainkat, valamint a nagy múltú nyugat-európai hasonló képzések tapasztalatait vettük figyelembe.

A zömében a két felsőoktatási intézményből (JGYTF és SZOTE) összeállt oktatói gárda, amely mintegy 45-47 oktatót jelent, évente 25 résztvevő képzésére vállalkozik. A képzés költségeit részben a résztvevők által fizetett tandíjból, részben pályázatokon szerzett támogatásokból finanszírozzuk.

## 1. A KÉPZÉS CÉLJA

A magyar társadalom **testi-lelki és szociális egészségi állapota** a rendelkezésünkre álló adatok és elemzések alapján a nemzetközi összehasonlítások tükrében olyan helyzetet tár elénk, mely egyértelművé teszi, hogy a problémák kezelése nem oldható meg az egészségügy keretén belül, hanem széles társadalmi összefogást igényel. Ezen felismerésnek megfelelően hazánkban a rendszerváltást követően számos egyesület, önszerveződő csoport, népfőiskolai és klub-mozgalom alakult, melyek ezen a kedvezőtlen helyzeten saját eszközeikkel változtatni szeretnének, de ehhez megfelelő tudásuk hiányzik. Emellett a testi-lelki **egészség megőrzését és fejlesztését** valamint a **prevenációt és a rehabilitációt** céljait szolgáló ismereteket a legkülönbözőbb intézményekben dolgozó szakértelmiségiek is hasznosítani tudják.

Tehát alapvető célunk az, hogy az **interdiszciplinaritás és interszektoralitás** elveit figyelembe véve az oktatás-nevelés, az egészségügy, a szociálpolitika és a nagyrizikójú intézmények területén dolgozó szakemberek (pedagógusok, óvónők, népművelők, orvosok, rendőrök, jogászok, védőnők stb.) megismerjék, munkájukban alkalmazzák és **multiplikátorként** terjesszék a posztgraduális képzésben megszerzett komplex elméleti és gyakorlati ismeretanyagot, egyben biztosítva a szektorok közötti átjárhatóságot is. A képzés során a különböző előképzettességgű résztvevők igyekeznek egy **közös nyelvet** elsajátítani, és az első lépéseket megtenni a **hálószerű építkezés** elvei alapján az együttműködésre.

A célnak megfelelően a képzés **nem elsősorban önálló szakma** kialakítását szolgálja, hanem olyan kiegészítő ismereteket közvetít, melyeket a legkülönbözőbb szakterületeken dolgozók saját eredeti szakmai munkájukba integrálva nagy társadalmi haszonnal alkalmazhatnak. (Pl: a pedagógus a tantestületben eredeti szaktárgya oktatásába ágyazva, ill. amellett a diákokon, szülőkön keresztül, saját kollégáit is bevonva **egészségfejlesztő-egészségnevelő** programot valósíthat meg. Az egészségügy, szociálpolitika és oktatásügy államigazgatási, döntéshozói és dön-

téshozó intézményei - önkormányzatok, ANTSZ-ek - számára is nagy segítséget adhat ez a képzés koordinációs feladataik megvalósításában). A Dél-Alföldi Népfőiskola helyi szervezetei oktatási, képzési és egyéb klubprogramjaikban biztonsággal támaszkodhatnak azokra a résztvevőinkre, akik a posztgraduális képzésen szerzett ismereteiket ezen a területen kamatoztatják.

## A KÉPZÉS FORMÁJA

Két éven át szemeszterenként heti 10-12 órában (péntek délután és szombat délelőtt) blokkosított formában történik a képzés. A foglalkozások az ismeretközvetítést, a hagyományos előadást és az egyes témák kiscsoportban történő feldolgozását, tehát a problémafeltáró, elemző és megoldó technikát is magukba foglalják. Az egyes oktatott diszciplínákat, területeket a következő **öt blokkba** csoportosítottuk. Az egyes tantárgyakat jellegüknek megfelelő vizsga zárja le.

1. **Társadalmi és népegészségügyi ismeretek:** Az egészségfejlesztés szempontjából releváns társadalmi ismereteket közvetíti a szociológia, etika, szociálpolitika, management, népegészségügy, szociális munka alapismeretek szemszögéből.
2. **Lelki fejlődés és fejlesztés:** A tantárgycsoport felöleli a pszichológiát, a pszichoterápiát, a mentálhigiéniét és a gyógypedagógia alapjainak megismerését, valamint a résztvevők saját élmény szinten személyiségfejlesztő csoportban vesznek részt.
3. **Medicinális ismeretek:** A résztvevők a tantárgyblokk segítségével megismerkednek a gyermekgyógyászat és belgyógyászat krónikus betegségeinek szomatikus és mentálhigiéniés vetületével, valamint a pszichopatológia, felnőtt és gyermekpszichiátria releváns területeivel. Az alternatív medicina is e tantárgyblokkba került be.
4. **Készségfejlesztés:** Kiterjed a szociális készségfejlesztéstől a Bálint csoporton át a mozgás, zene és képzőművészeti ismeretek gyakorlati alkalmazásáig. A résztvevők a képzés során szerzett gyakorlati tapasztalataikat önálló klubfoglalkozások keretében adhatják át

környezetüknek (legyen az iskola, öregek otthona, fogyatékosok intézete, stb.).

5. **Terepgyakorlat:** Az elméleti és gyakorlati képzés mellett ez a harmadik legnagyobb pillér, melyen a képzés nyugszik. A résztvevők ennek keretében lehetőséget kapnak arra, hogy a megszerzett ismereteiket a legkülönbözőbb területeken alkalmazzák. Önálló egészségfejlesztő és mentálhigiénés programokat dolgoznak ki, ezeket végrehajtják, s a csoportos megbeszéléseken tanácsokkal segítik egymást.

### **A gyakorlólhelyeket a következőképpen csoportosítottuk:**

Egészségügyi intézmények, oktatási intézmények, államigazgatás, nagy rizikójú intézmények (rendőrség, katonaság, börtön, stb.). A terepgyakorlatoknál arra törekszünk, hogy a résztvevők legalább három intézménycsoportban szerezzenek tapasztalatokat.

A négy félévet lezáró hosszú gyakorlatot (2 hónap) a résztvevők saját munkahelyükön abszolválják. Ez a munka szolgál diplomamunkájuk alapjául is. Célja, hogy a hallgató a posztgraduális képzésben szerzett ismereteket, a korszerű tudományos eredményeket, saját munkájában alkalmazni megtanulja.

**Workshop:** A hallgatók a képzés negyedik szemeszterében felkészülnek és megrendeznek egy olyan workshopot, melyen a képzés során tanult munkahelyükön történő gyakorlati alkalmazását mutatják be egymásnak és vitatják meg egymás közt. Evvel a képzésben tanult elméleti és gyakorlati ismereteknek a mindennapi munkájukban történő alkalmazására készítjük fel őket. Ez egyben a workshop munkamódszer megismertetésére és a továbbiakban történő gyakorlati alkalmazására is képessé teszi őket.

### **Posztgraduális végzettséget kaphat, aki:**

az előírt vizsgákat sikeresen letette, a gyakorlati foglalkozásokon részt vett, a területi gyakorlatot teljesítette, ott szerzett tapasztalatait írásban rögzítette. Szakdolgozatát elkészítette és sikeres államvizsgát tett. Az államvizsga két részből áll. A hallgató szóban megvédi szakdolgozatát és számot ad a képzés során nyert ismereteiről.



A szakdolgozat tartalmazza a hallgató által választott szakterület hazai és/vagy nemzetközi tapasztalatainak összegzését. Mindez megkívánja az irodalomban történő eligazodás, szelektálás képességét. Gyakorlati ismereteit és választott módszerét (szociológiai, pszichológiai, epidemiológiai stb.) konkrét szakterületére konvertálja. A szakdolgozat megvédésére és a szóbeli vizsgára (mely az öt tantárgyblokkot öleli fel) 5 tagú bizottság előtt kerül sor. A vizsgabizottság elnöki tisztét a képzési programon kívüli, a mentálhigiéne területén nagy tekintéllyel bíró, nemzetközileg is elismert szakember tölti be.

### **Felvételi követelmény:**

Egyetemi vagy főiskolai végzettség. A felvételi elbeszélgetésen a jelölt eddigi ezirányú tevékenységére vagyunk kíváncsiak, továbbá arra, hogy munkahelyén vagy más csoportban (önsegítő csoport, népfőiskola, egyéb társadalmi tevékenység stb.) a képzés során megszerzendő ismereteket hogyan fogja alkalmazni. Mivel tisztában vagyunk azzal, hogy évente csak 25 személyt tudunk képezni, ezért nagyon fontosnak tartjuk, hogy a nálunk diplomát szerettek minél aktívabban, szervezettebben, célirányosabban, sokszínűbben jelenjenek meg a társadalmi palettán.

Ennek érdekében rendszeresen (a képzésbe történő jelentkezést megelőzően ill. a képzés során) kapcsolatot keresünk és tartunk a jelöltek és a résztvevők munkahelyével.

### **Kapcsolat a munkahelyekkel**

A már képzésben részt vevők munkahelyi vezetői számára workshopot szervezünk, melynek keretében megismertetjük őket a képzésen nyert ismeretek gyakorlati hasznosíthatóságával. A kiscsoportos beszélgetések alkalmával a hasonló jellegű munkahelyi vezetők egy-egy oktató koordinálásával megvitathatják a konkrétan felmerülő igényeket, esetleges nehézségeket. Így egyben visszajelzést is kapunk a képzésünk tartalmáról és gyakorlati konvertálhatóságáról. Ez lehetővé teszi, hogy a mindenkori társadalmi igényekre nyitottak és érzékenyek maradjunk.

A képzésünkbe még be nem kapcsolódott, de általunk fontosnak tartott intézményeket/területeket - a network képzés szempontjait is szem előtt tartva - képzési programunkat tartalmazó tájékoztatóval keressük meg. Erre azért van szükség, mert hazánkban a mentálhigiénes képzéseknek gyakran nincs professzionális intézményi háttere, s ezért igen fontos, hogy a kom-

plex egészségfejlesztő képzésünket milyen presztízzsel fogadja el és él vele a társadalom.

A **diploma megszerzése után** a végzett szakembereknek a további együttműködés, konzultáció és speciális továbbképzések biztosítása céljából országos bejegyzésű közhasznú egyesületet hoztunk létre "**Empátia Lelki Egészségvédő Egyesület**" néven. Az egyesület kezelésében lévő regiszter tartalmazza az évente végzők legfontosabb adatait, munkaterületét, érdeklődési körét, speciális ismereteit, ami a képzésben résztvevők számára egyfajta tutori segítség igénybevételét teszi lehetővé. Ezzel egyben a Dél-Alföld megyéiben (Csongrád, Békés, Bács-Kiskun, Szolnok) egy kialakulóban levő network centrumát teremtettük meg. Így az egyesület segítségével a mentálhigiénés ismeretek - mindig a legkorszerűbb szinten - juthatnak el az aprófalvas hátrányos helyzetű településekre is.

Az Empátia Lelki Egészségvédő Egyesület létrehoz egy **Felnőttképzési Alapítványt**, melynek a célja, hogy az anyagi feltételeket biztosítsa a képzés folyamatosságához.

Ezzel az Egészségfejlesztő és Mentálhigiénés Posztgraduális Képzés a modern társadalmakban elfogadott három pilléren nyugszik. A JGYTF és a SZOTE biztosítja azt az intézményi háttérrel, amely a képzés színvonalára garancia. Az **egyesület** lehetővé teszi, hogy a végzett résztvevők a tanulmányok befejezése után is együtt maradhassanak, a hálózatot működtessék, és megszerzett korszerű ismereteiket szinten tarthassák. Az **alapítvány** biztosítja, hogy a hálózat bővüljön, az évente felvételt nyertek képzése folyamatos legyen, s a későbbiek során a network működhesen.

## FOREWORD

Our college happened to be the host to an international workshop (September 17-19, 1993), titled **From Health Education to Health Promotion**, where the experts had the opportunity to discuss the change of a multiprofessional co-operation. Juhász Gyula Teacher Training College and Albert Szent-Györgyi Medical School have launched a joint postgraduate training in mental hygiene and health promotion that makes an attempt to apply the methodology and values of other well-known and respected courses in Europe. Thus, we warmly welcomed our British, Dutch, German and Austrian colleagues to that two-day meeting. Our experts organising our postgraduate training also tried to initiate and build permanent contacts and collaboration with both the international and Hungarian research centres, providing an essential background for our model experiment. A thousand thanks to the **Association of German Adult Training Colleges**, the **National Institute for Health Promotion**, the **PHARE ACCORD Project**, the **Soros Foundation** and the **Local Borough of the City of Szeged** for their financial contribution and support to this two-day, international workshop. Hopefully, the English and Hungarian publication of the papers presented will provoke a wide professional attention, too. I firmly believe that new value should be added to the traditional values of Hungarian teacher training and the topics of **mental hygiene** and **health promotion** will play an important role in our higher education.

Dr. István Szalay  
rector

Juhász Gyula Teacher Training College



## **PETER MAKARA**

### **HEALTH PROMOTION IN HUNGARY: THE CHALLENGE**

There is ample factual evidence to account for the fact that morbidity and mortality trends in the Western and the Eastern part of Europe have differed considerably during the past three decades, whereas the major unfavourable processes have been essentially the same in each of the Central European countries. In this respect, the most striking tragic feature is the decline of the population's average life expectancy at birth and the deterioration of age-specific mortality rates for the middle-age population, especially in men.

The health status deterioration, experienced by Central and Eastern Europe in the last three decades can only be faced by health policy integrated in general social policy (healthy public policy) that is based on an understanding and analysis of the observed trends. To this day we do not have a conclusive differentiated picture about the causes, and the perspective of the representatives of the various professions differs greatly in this topic.

One of the basic problems is the lack of a holistic theoretical framework, which could make possible the formulation of detailed arguments. I think that the mortality and morbidity trends of the last three decades illustrate very well the limits of the traditional epidemiological explanatory framework that cannot go behind the level of the individual. Without doubting the validity of positive factual results, I think it is absurd to reduce the Eastern European trends simply in smoking, nutrition and blood-pressure without even discussing the possibility that the risk factors are the results of our specific social situation just as much as they are casual agents. It must be evident that the casual agents cannot be examined purely on an individualistic level. The role that the power structure and macro political elements play in the decline of health status must also be analysed.

The sociological concepts of way of life and quality of life would further understanding better than the concept of "life-style" that is current

in Anglo-American epidemiological usage that appears without taking into account any sociological or social-psychological context, speaking simply about special forms of behaviour for example smoking drinking alcohol, etc. We also need to further our understanding about the mechanisms and paths in which macro political, structural influences affect the individual's health. Without doubt stress, stress-management, coping play significant roles and so do certain elements of consumption.

Though I cannot go into details now, the histories of Europe, Western and Eastern parts have been separated not since World war II but as far back as the 16. Century. It is possible to identify among the social factors of deterioration of health a series of historical elements ranging from the still surviving feudal remainance and paternalistic relationships through relative underdevelopment and poverty to nutritional habits and alcohol consumption that have their roots in the remote past and cannot be traced back solely to the political system if the past 40 years (although its responsibility is obvious).

Despite the above mentioned limitations, a number of often-related hypotheses might be risked concerning the causes of deterioration of health status that took place in Central and Eastern Europe.

## **1. Low value set on man and human life and health**

In the past 40 years there were some doubts about, as a Hungarian joke put it, whether in socialism man is the supreme value or the supreme man is the value. Although official ideology proclaimed the paramount values of man, in reality the unfavourable relative value of live and dead labour, the cheapness of labour, the distorted labour market, and totalitarian political relationships, too, lead to the drastic depreciation of man. Under these circumstances only general considerations spoke in favour of protection of health, whereas the interests of one-sided socialist modernisation relying on the relatively abundant labour-supply pointed in precisely opposite direction.

## **2. Extreme tensions between depressed living standards, aspirations and their gratification, anomie**

The level of economic development and mechanisms of distribution in Eastern European countries, especially in the past two decades, have not enabled the majority of society to have a standard of living that by now had become manifest as an aspiration and model. This leaves its mark on all elements of everyday life. The most direct consequence of the strong

tension that exists between aspiration and possibilities to gratify them is the engagement in excessive and self-exploiting network ("Rat race") As testified by time budget surveys, the length of time devoted daily to work in the countries of the region is strikingly great in international comparison (which is not counterbalanced by the occasionally low intensity of the full time job). Naturally this situation decreases the time spent on recreation, but it also weakens meaningful relationships and human bonds, creates a feeling of unsuccessfulness and lack of satisfaction and is generally a lasting source of stress.

### **3. Negative effects of the reproduction of the social structure**

The "inequality in the face of death" is clearly reflected in the East European data. The major loser to the higher mortality is the population of unskilled, middle-aged workers, on the basis of some Hungarian data. In the former Soviet Union the most affected group was the farm worker's and in Poland this group was the immigrants from the eastern rural areas, who after the World War II settled in the western part of the country. The incidence of the most common diseases and the distribution of the risk factors also follow the hierarchical inequality of social stratification. Among the lower groups social problems and health risks are closely correlated. A characteristic feature of the structure of societies in today's Eastern Europe is status inconsistency on a mass scale and absence of a middle-class, that most probably has harmful effects on health as described in the professional literature.

### **4. Job characteristics, negative effects of the work and worksite**

The so-called "socialist industrialisation "relied extensively on cheap, unskilled human labour. The main source of this type of labour force, consisted of women and peasants, driven-off their land. The rural labour force, flocking to the cities faces adaptation conflicts even today. Neither the trade unions nor the traditional occupational health services did anything to protect the health of the employees. In investing the ergonomic elements meant the sums that could be saved.

in Anglo-American epidemiological usage that appears without taking into account any sociological or social-psychological context, speaking simply about special forms of behaviour for example smoking drinking alcohol, etc. We also need to further our understanding about the mechanisms and paths in which macro political, structural influences affect the individual's health. Without doubt stress, stress-management, coping play significant roles and so do certain elements of consumption.

Though I cannot go into details now, the histories of Europe, Western and Eastern parts have been separated not since World war II but as far back as the 16. Century. It is possible to identify among the social factors of deterioration of health a series of historical elements ranging from the still surviving feudal remainance and paternalistic relationships through relative underdevelopment and poverty to nutritional habits and alcohol consumption that have their roots in the remote past and cannot be traced back solely to the political system if the past 40 years (although its responsibility is obvious).

Despite the above mentioned limitations, a number of often-related hypotheses might be risked concerning the causes of deterioration of health status that took place in Central and Eastern Europe.

## **1. Low value set on man and human life and health**

In the past 40 years there were some doubts about, as a Hungarian joke put it, whether in socialism man is the supreme value or the supreme man is the value. Although official ideology proclaimed the paramount values of man, in reality the unfavourable relative value of live and dead labour, the cheapness of labour, the distorted labour market, and totalitarian political relationships, too, lead to the drastic depreciation of man. Under these circumstances only general considerations spoke in favour of protection of health, whereas the interests of one-sided socialist modernisation relying on the relatively abundant labour-supply pointed in precisely opposite direction.

## **2. Extreme tensions between depressed living standards, aspirations and their gratification, anomie**

The level of economic development and mechanisms of distribution in Eastern European countries, especially in the past two decades, have not enabled the majority of society to have a standard of living that by now had become manifest as an aspiration and model. This leaves its mark on all elements of everyday life. The most direct consequence of the strong



tension that exists between aspiration and possibilities to gratify them is the engagement in excessive and self-exploiting network ("Rat race") As testified by time budget surveys, the length of time devoted daily to work in the countries of the region is strikingly great in international comparison (which is not counterbalanced by the occasionally low intensity of the full time job). Naturally this situation decreases the time spent on recreation, but it also weakens meaningful relationships and human bonds, creates a feeling of unsuccessfulness and lack of satisfaction and is generally a lasting source of stress.

### **3. Negative effects of the reproduction of the social structure**

The "inequality in the face of death" is clearly reflected in the East European data. The major loser to the higher mortality is the population of unskilled, middle-aged workers, on the basis of some Hungarian data. In the former Soviet Union the most affected group was the farm worker's and in Poland this group was the immigrants from the eastern rural areas, who after the World War II settled in the western part of the country. The incidence of the most common diseases and the distribution of the risk factors also follow the hierarchical inequality of social stratification. Among the lower groups social problems and health risks are closely correlated. A characteristic feature of the structure of societies in today's Eastern Europe is status inconsistency on a mass scale and absence of a middle-class, that most probably has harmful effects on health as described in the professional literature.

### **4. Job characteristics, negative effects of the work and worksite**

The so-called "socialist industrialisation" relied extensively on cheap, unskilled human labour. The main source of this type of labour force, consisted of women and peasants, driven-off their land. The rural labour force, flocking to the cities faces adaptation conflicts even today. Neither the trade unions nor the traditional occupational health services did anything to protect the health of the employees. In investing the ergonomic elements meant the sums that could be saved.

## **5. Chronic lack of genuine human communities, human relationships and social support**

Following World War II the traditional communities of local societies in the region were almost completely destroyed. Several factors had played part in this process, among them forced urbanisation, strong mobility related to the initially rapid transformation of the economic structure and a spread of modern mass media with its effects of limiting direct interpersonal relationships. On the other hand the majority of the formerly organised small communities were to a varying degree linked to the pre-war system. They were eliminated mostly by political force; the Stalinist model was fundamentally alien to spontaneous grass-root communities. The populations mistrust arising from forced repression impeded and still continuously impede the revival of the network of social relationship and support. Further the instability and the disintegration of marriage and family also contribute to weakening the quality of personal relationships, that is equally important in resistance and susceptibility to disease.

## **6. Disorders of the value scale, immaturity of consciousness of values**

In Eastern European society in general the existing value elements do not combine to form a coherent system that would regulate all spheres of human behaviour and coexistence. Values that have a weak internal cohesion are not efficient that might well lead to disturbances of society's consciousness. This, on the other hand, has manifold, health damaging effects, and impedes the capacity to handle acute and durable stressful situations.

Of course traditional risk factors must not be forgotten either; however they have complicated historical, economic, social, cultural and psychological determination. That cannot be elaborated within the given framework. It is sufficient to think of this type of relationship in the case of nutrition, physical activity in leisure time or smoking. Numerous authors see alcohol consumption as the dominant factors in Eastern European mortality trends or cite the role, played by in cardiovascular and cancer mortality. Food qualities and eating habits are another factor of outstanding importance explaining the mortality rises in Eastern Europe. A number of public health experts have indicated heavy environmental pollution as an important factor in health deterioration.

During the beginning of the nineties, in Eastern and Central Europe no all-around political strategies or programmes were initiated or launched that would combat the mortality and morbidity tendencies.

Surely the economic and social prerequisites of a long-term gradual improvement in the health status are missing. A significant drop in the GNP, worsening standard of living due to recession, growing deprivation, poverty, unemployment migrations are unfavourable to improvements in health. In a time of crisis growing stress without adequate skills of coping, forced adaptation associated with sudden changes and a failure experienced by the victims of these processes are of no help either.

The conflict between the long-term investment, like nature of health promotion and the short-term interests of the political-governmental parties, planning only for 4 years, is sharper than ever. In addition we are living in a period of economic crisis management and the difficulties embodied in political transition, it would not come as a surprise that for the new governments of Eastern Europe improving the health status of the population is only a priority in rhetoric.

On the other hand, the new more democratic conditions mean a number of chances for health promotion, such as the growing role of voluntary organisations and community based actions for local societies. Harmonisation with the European legal system is also a step forward. Today it would be impossible to keep the data and the figures in secret, and to ignore the tragic situation. Nevertheless it seems that all this is not enough.

Does Eastern Europe have a chance in the formulation and implementation of health policy strategies that could meet epidemiological challenges? In my opinion the chances to do these are much greater than they were before. Of course there are no short-term "solutions" to the health crisis. Hopefully the "second generation" of the democratic governments will have the energy in the mid-nineties to work out their strategies even in this field and to start implementing them. This is so, together with the economic-social stabilisation process, these deteriorating tendencies could be stopped and the conditions of improvement could be created by the years following the Millennium. It is our common interest that this will be so.

# **GAYE HEATHCOTE**

## **POSTGRADUATE TRAINING HEALTH EDUCATION AND HEALTH PROMOTION IN THE UNITED KINGDOM: MODELS AND STRATEGIES**

### **Introduction**

This paper aims to trace the development of health promotion as a public social service in Britain during this century in order to demonstrate that the content and dominant assumptions that underpin current British postgraduate training have been significantly shaped by historical factors. Changing ideas about the origins and distribution of disease and illness, about human rights in relation to health and life-style, about the role and potential of education for health, and about the appropriate content and processes of health promotion have, over time, highlighted three clear, inter-related trends:

- the legitimate involvement of a spectrum of different types of participants in health promotion involved in mutually supportive but nevertheless categorically different activities and methodologies;
- increasing professionalization of health promotion as a distinctive activity with its own career structure, rights of professional access, and body of practice-informed academic knowledge;
- the recognition of health promotion as an essentially social activity that is, in common with most social activities in Britain, powerfully influenced by the political and economic concerns of a market economy, by contemporary educational ideology, and by research - and evaluation led practice.

The historical analysis is offered here as a rationale for the current 'state of the art' in the United Kingdom in which this later is exemplified by reference to the postgraduate training programme in health

education/health promotion at the Manchester Metropolitan University (Crewe and Alsager Faculty), where I am Head of Department and Course Director. The second part of this paper describes this programme of training, reflects on its objectives and outcomes and attempts to offer an evaluation that will be helpful to colleagues working in other countries in the health promotion field. The programme is the result of two years of research that I conducted into the needs of professionals who wished to become professional health promoters. This national research and development project informed a national programme of postgraduate training involving a national 'pilot'/trial and evaluation and the subsequent recognition as a model for postgraduate training in health education/promotion by the Health Education Authority (the government sponsored national health promoting agency) and by the National Society of Health Education and Promotion Specialists (the newly formed professional association which controls access into the profession).

The description and analysis of this case-study seeks to demonstrate the rationale for the content, format, structure, target population and methodologies of postgraduate training in health promotion in the United Kingdom. It is not presented necessarily as a model to be adopted by other countries, although it is empirically the case that other European countries are very interested in this model and have adapted it to suit the cultural political and economic conditions that prevail in their own societies. It should be remembered that the United Kingdom has had the advantage of at least 100 years of planned health-promoting activity of various kinds at national, regional and local levels and has had longer than some countries to develop, change, experiment and adapt. The model therefore should be seen as a model of its time, as a child of its history and one which currently reflects prevailing views about the perceived characteristics of a healthy society.

## **Historical Background**

During this century, the different elements which now form parts of the health promotion jig-saw were slowly and separately established in the United Kingdom. The public health movement of the late nineteenth century had established the connection between water-borne disease and the need to control and educate the lay public in matters of personal and public hygiene; the philanthropic movement associated with Quaker employers had laid the foundations of work-related health care and a concern for the well-being and safety of loyal employees and their families; scientific medicine had successfully challenged the practices of herbalists, witches, bone-setters and holistic enthusiasts and had captured

the high ground of legitimate health knowledge and concomitant professional status. Health education in the early days of radio was almost exclusively delivered by means of a talk by the so-called Radio Doctor and, on television, by important-looking physicians in white coats. Even national holiday celebrations in the form of fairs, feasts, festivals and garden parties were often addressed by a medical "expert" warning of the dangers of night air, poor ventilation, lack of sleep, drunkenness or a diet low in fat!

During the war years, public education for health continued apace. Posters, radio talks, leaflets, visiting experts to town and village halls and women's magazines delivered the rhetoric of healthy living, invariably and inextricably associated with nationalism, family life patriotism and notions of individual responsibility towards one's health as the principle means of serving one's country. After the Second World War, the mass media continued to transmit health messages (now in different forms and formats concerning wider range of issues - diet, safety, parent craft, beauty care, alcohol abuse), premised on the belief that the general public was largely ignorant of the facts and needed informing. Once knowledge levels were increased, healthy behaviour would inevitably follow.

This assumption proved increasingly not to be the case. Levels of health knowledge were indeed improving but many people persisted with "bad" health habits. The "hypodermic needle" approach (as it came to be known) created disillusionment and with it a recognition that a society comprising a plurality of social, cultural and often ethnic groupings requires a more subtle, more careful, more differentiated range of strategies and methodologies. The medical expert in the white coat continued to be listened to with respect and politeness, but this advice was often ignored in the privacy of the home and challenged by counter-messages provided anecdotally through family, community and neighbourhood networks. In any case, the impact of the 1946 WHO definition of health was to reinforce the view that health is multidimensional and that health care, advice and education could not be solely the preserve of the medical establishment. Other professionals social workers, paramedics, teachers, civil servants, public administrators, nurses and even lawyers - had a part to play. Lay or voluntary organisations could also achieve success in health promotion by bridging the communication 'gap' which often existed between the knowledgeable 'expert' and the lay public. In the early 1970s, the national agency for health education, the Health Education Council (which, at that time, was an independent organisation) developed a post-training qualification in health education. This gave recognition to the health education component seen to be an integral part of a range of vocational, professional and semi-professional jobs. Dentists, doctors, physiotherapists,

dieticians, occupational therapists, dental technicians, social workers, environmental health officers, nurses, health visitors, midwives - the list of categories was long but exciting - were recruited to these courses. They reflected the conviction that all who interacted with the general public on matters concerning health, illness, disease or life-style issues, in the broader sense, have a responsibility to communicate health facts accurately and effectively and a duty to encourage people to make rational and sensible decisions about their own and their dependants' health. This qualification, known as the Certificate of Health Education, was not intended as a post-graduate training to become a professional health educator but as an in-service qualification which sought to build upon an assumed set of issues and concerns that are shared by practitioners across the spectrum of medical, paramedical and caring agencies/organisations. The qualification was initially offered in non advanced colleges of further education; today it continues to be widely available nationally in about 50 different educational establishments, some of which now include higher education colleges and universities. The qualification is endorsed by the Health Education Council.

The 1980s and 1990s have witnessed many profound changes resulting from the implementation of Thatcher and post-Thatcher Toryism. Many of the principles which inspired the establishment and consequent successes of the National Health Service from the mid-1940s have been lost or changed beyond recognition. Health has dominated the political agenda as hospitals move to Trust status, an increasingly large range of social, welfare and caring services become privatized, prescription charges rise and social support services suffer staffing and financial cuts. The ideology of self help, self responsibility, quality assurance, output measurement, market place competition and accountability has cut deeply into the socio-economic and socio-political fabric of the United Kingdom and has redefined health, health care practices and the role relationships between health care workers and the lay public in ways which would have been unthinkable two decades ago. Patients are now freely encouraged to choose, change, question and even criticise their healers and carers. They are now known as "consumers", "clients", or "customers" and are expected to select the services they require from a range of competitively-priced alternatives, in the same way as they might go to a shop to select a pair of shoes or to try on a new suit. Institutionalisation is now a disreputable word - long-term mental patients are being discharged from hospital, surgical operations, thanks to new technology, increasingly reduce the length of time in hospital and homes for orphan children are being run down. The current orthodoxy now is for 'care in the community'. This term invokes nostalgic memories, loving families, caring neighbourhood groups,

goodwill, beneficence, and joyfully undertaken volunteerism; the reality however, as we all know, is the unavoidable indifference of countless individuals whose own lives are so blighted by the stress of unemployment, increasing poverty, debt, enforced geographical mobility, homelessness and loss of kinship support that they are unable or incapable of the altruism and empathy upon which "care in the community" is emotionally and financially predicated.

## **Contemporary Health Promotion and Training resources**

This thumb-nail sketch of some of the issues, influences and ideological imperatives that have shaped the agenda of health concern over this century, and thus have patterned the underlying principles of health promotion activity, are a necessary context against which to proceed to a contemporary analysis. Empirical research and disappointing experience have demonstrated the problems which arise when health education is perceived as the emission and reception of sets of health 'facts', when the health 'message' is not tailored to the language, culture, socialisation or understandings of differentiated social groupings, when the recipients of health promotion are not able to identify interpersonally with the promoters or affectively with the content of their messages, and when, it has to be said, health promotion relies solely on educational means to achieve its objectives.

There is now reasonable consensus in the United Kingdom, given its current socio-economic and -political, those, that health promotion, to be successful, requires the following:

- An approach which combines educational strategies, legislation, individual and group decision-making, information, skills development and political intervention (particularly in relation to social security benefits, housing, child care facilities and price controls).
- A movement away from institutional care and institutionally-framed health promotion to community-based activities in which individuals and groups, facilitated, assisted and advised by professionals and volunteers, identify, articulate and act upon their own perceived health needs. For this to be successful, of course, adequate funding and training is essential.
- A belief that health promotion as intervention or prevention, if responsibly organised, is better value for money than long-term care of incurable ailments. However, if people are to be encouraged to



assume major responsibilities for their own health promotion activity, they need the confidence, motivation, knowledge and skills in health issues to succeed.

- Conviction that health promotion is therefore too important a job to be left solely to professional practitioners and volunteers working collaboratively with community-based individuals and groups. In addition, it demands high quality, highly professional, "purpose-built" health promoters. This new breed of professionals should be university trained, postgraduate entrants, who can lay claim to high status, a body of academic knowledge which is informed by a close relationship with practice, research and empirical experience, and who belong to a professional association which sets the rules of access and approves qualifications.

Currently, about a dozen universities offer post-graduate training in courses variously labelled "public health", "health education", "health promotion" or "personal, social and health education". Each may have a slightly different emphasis or approach but they are broadly similar in their intended outcomes. The first courses to be established recruited from the same target populations as the Certificate in Health Education, the difference being that students were obliged to possess at least graduate status. Conventionally they offered applications of psychology, sociology, philosophy, law and ethics to health issues, included epidemiology and demography and required an understanding and use of research techniques. Participants were not necessarily already working in the public health, health education or health promotion fields, but aspired to do so at some future date.

More recently-developed courses have attempted to improve upon some perceived shortcomings of 'older' courses, not least to reflect the extent to which the ideology of the market has, directly or indirectly, changed the nature of legitimate curricular content and led to the development of new, more appropriate methodologies. These newer courses may be characterised as follows:

- Curricular content is defined by reference to issues, themes and problems which, in the experience of the course participants, are those which pre-occupy the minds and lives of the individuals and communities which they serve. In other words, curricular content is not a possibly rather random collection of applications from established disciplines and theoretical areas, but arises from an agenda of health concern which is empirically established with the assistance

of the consumers. This body of knowledge may or may not entirely match that articulated through the official rhetoric of government, health authorities or social services departments.

- Effective methodologies reflect preferred ways of working with clients/consumers. They involve helping clients articulate their health needs, working collaboratively and non-directly with people, listening, acting as catalysts, motivating and encouraging. Importantly they involve the development of a changed set of role relationships, in which the former "expert" shares the status and power associated with his/her expertise for the promise of increased motivation and commitment on the part of the client. The key concept here is referred to as 'empowerment', involving a process of building the confidence, self-image, knowledge and skills of the clients and providing a secure, supportive environment in which they make health choices and exercise autonomy with respect to life-style and patterns of living. This approach reflects the strong back-lash of opinion against so called 'top-down' approaches to health promotion which featured strongly in earlier educational strategies.

Thus, the content and processes of postgraduate training programmes in health promotion reflect market place ideas such as consumer-provider relationship, consumer sovereignty, freedom of choice and self-reliance. The concept of empowerment is currently hailed as "politically correct" both by the Left which welcomes its notions of collectivism, power-sharing and equity, and by the Right which values self-responsibility, the accountability of professionals and the free-play of alternatives.

Finally, it is argued, a welcome and much closer relationship between theory and practice and between professional and lay person is achieved. Equal partnerships are forged which reduce the credibility gap between expert and non-expert, which increase the chances of health promotion succeeding over the long term, in behavioural terms and which, importantly, highlight the health worries and concerns of ordinary people in their everyday lives.

## **A case-study of one postgraduate training programme in health promotion**

We now move to a description of the course with which I am most familiar, having been the researcher, curriculum developer, director and consultant to the three interlocked funded projects which I mentioned

earlier. This course is now in its fourth year of implementation (although following evaluation of each student cohort, it is constantly being modified and, I believe, improved).

The overall aim of the course is to provide course participants with the necessary knowledge, skills and confidence to lead health promotion activity in their places of work. It is organised as a staged award offering modules, used as building blocks in a credit-award system. The completion of the first two achieves the award of a Postgraduate Certificate; the addition of two more modules offers a Postgraduate Diploma whilst further modules of study result in the award of a Masters Degree. The Masters requires a minimum of six months and a maximum of three years of part-time study. The modules are credited according to a national system of Credit Accumulation and Transfer and are therefore interchangeable with modules of an equivalent credit-status from and in other universities.

The course has a large number of innovative aspects that concern the choice and organisation of curricular content, the methodologies and the pattern of assessment. These may be summarised under these headings:

- Curricular Content: This is only broadly defined and presented as a 'curricular framework'. The organising principles are key concepts (empowerment, facilitation, self-image, autonomy, respect for persons, etc), the skills to be acquired (interpersonal communication, negotiation, valuing others, management of change, dealing with sensitive issues, etc) and underlying themes (eg. health and health promotion are essentially problematic areas of activity; health knowledge is subject to change, fashion and uncertainty; there is a tension between the autonomy of the individual and between the rights of groups/communities, or between 'experts', orthodox opinion and the beliefs of lay people, etc).
- Methodologies: Participants are encouraged to reflect on their own professional development as health promoters and, through reflexive techniques, actively participate in identifying their personal and professional needs as they intersect with the health and health promotion needs of their clients/customers. Favoured teaching/learning approaches are peer-led group work, paired work, discussions study sessions that emphasise exchange, sharing and mutual support, work-based learning and practice, research-led evaluation, interaction analysis, communication and interpersonal skills training and updating of contemporary health knowledge.

- **Assessment:** There are no formal examinations. Assessment is in-course and work based involving the use of learning contracts (employer, course participant, facilitator), essay, report-writing, group presentations (involving the use of video, visual aids and seminar papers), empirical and desk-study research, records of achievement and self-analytical discussions.

The course is presented through a mixture of face-to-face workshops, self-help groups or paired activity in local areas, open learning texts (which include learning activities and self-assessed questions), community-based activity and work-based activity. Participants carry out this latter either in their own place of work or through negotiation with an employer in a chosen specialist area. The work-based activity involves undertaking health-promotion work within the employing organisation and assumes a form and detailed content which are agreed between employer, facilitator and course participant and which are congruent with the personal and professional objectives of the participant, the intended outcomes of the course and the needs of the employing organisation. The community-based work involves the widening of professional health promoting experience in which the course participant samples the routines and daily professional activities of a different type of health promotion worker. The open learning texts relate to the theory and practice of health promotion and feature different topics, themes, issues of contemporary interest. They also seek to develop health-promoting skills through the different in-text activities.

Finally, the face-to-face workshops provide the opportunity for sharing ideas in interactive contexts for enhancing practical, communication and interpersonal skills, and for evaluation, feedback and individual tutorial purposes. The facilitator also visits the participants in their places of work and provides feedback on their progress with the work-based components of the course.

## **Concluding Comments**

The course which I have described is obviously a process-related course in which the outcomes are broadly defined and are individualised in terms of the particular aspirations and professional development needs of each course participant. As such, it enables a recruitment from a wide range of professional backgrounds, enables a sharing of views and a richness of exchange only possible from heterogeneity, flexibility of delivery and participation, a large catchment area, the valuing of on-going professional

practice, an updating of theoretical knowledge, a close relationship between empirical experience and the development of knowledge and skills, a widening of understanding of the complexities and problematic of health, health education and health-promotion. It is welcomed by the employers who see the genuine advantages of health-promoting activities in their own organisations; by course participants who are actively involved in the construction of a distinctive body of academic knowledge and professional practice that is increasingly recognised by universities, employers, health and welfare workers, professional bodies, the lay public and government as "health promotion" by the lay public who believe that the health-related issues that they are interested in are at least being heeded and taken seriously by "The Establishment"; and by universities which are increasingly developing Departments and Research Units devoted to health-related (as opposed to uniquely medical) study and training.

Health is and will continue to be the central concern of human experience; health-promotion will remain the focus of governmental preoccupation and activity, given its enormous hegemonic scope, its political content and its economic implications. We shall continue to observe and contribute to the increasingly demand for high quality training, professionalisation and intersectoral participation in the health promotion endeavour in Europe for some time to come.

**G. A. M. WIDDERSHOVEN  
M. H. STRIK**

**EDUCATION IN HEALTH SCIENCES AND HEALTH  
PROMOTION AT THE UNIVERSITY OF MAASTRICHT**

**Introduction**

The University of Limburg in Maastricht, The Netherlands, is a centre of educational innovation. Its educational philosophy stresses active learning, interdisciplinary, relevance to professional practice, and frequent professional- and self-assessment.

All educational curricula at the University of Limburg are rooted in the method of problem-based learning (PBL). This is a highly student-centred - rather than teacher-centred - approach in which independent learning is stimulated and rewarded. Instead of a lecture-based, disciplinary-driven curriculum, programmes are structured along thematic, interdisciplinary lines in which co-operation between students in small tutorial groups plays a major role. The basic material of study does not consist of lectures and readers, but of a concise collection of programmatic case studies accompanied by relevant literature suggestions. Students thus define their own learning objectives on a continuous base through a stimulating process of problem analysis, goal setting, theory application, and problem solving. The university presently has five faculties, a medical faculty, a faculty of economics, a faculty of law, a faculty of cultural sciences and a faculty of health sciences. All faculties use the same principle of problem based learning and are basically set up in similar ways.

Our aim is not only to describe the 'ins and outs' of the Faculty of Health Sciences, but also to describe the significant role of our particular education system in teaching Health Sciences. Therefore we will first discuss the organisational set-up of the faculty and the Maastricht School of Public Health, which is part of the Faculty of Health Sciences. We will then discuss the educational system which is used at our faculty: Problem Based Learning (PBL).

# **1. Faculty of health sciences / Maastricht School of Public Health**

## **The Health Sciences philosophy**

Health Science studies Healthy existence in its relation to favourable and unfavourable conditions for health (health determinants) and it develops interventions to further healthy existence, promote health or prevent threats to health. This triad represents the object of Health Sciences and the content of its three differentiations and seven specialisations can be linked to these three core concepts. First let us explain what we mean by those three core concepts:

### **Healthy existence: health and disease.**

The whole concept and idea of the Faculty of Health Sciences starts with the concept of health. It is necessary to 'know' what health is, how this concept is defined, what dimensions are part of the concept, how it can be operationalised and measured, which instruments are used and on which levels health and disease can be studied: sub individual, individual or on population level. It is important to realise that by health we do not mean the absence of disease. Health is understood as more than just that. This refers to the definition of health provided by the WHO.

### **Health determinants.**

Healthy existence of both the individual and the population are considered to be the result of many determinants. These determinants influence health and disease in different ways. They can be both protective and threatening to health. Examples of determinants are:

- Factors in the internal biological environment: e.g. resistance to micro organisms, genetic factors, etc.
- Factors in the internal psychological environment: e.g. personality, self esteem, attitude.
- Factors in the external biological environment: e.g. pathogenic micro organisms.

- Factors in the external physical-chemical environment: e.g. chemicals in the living and working environment, nutrition, water.
- Factors in the external social-cultural environment; Partially individual, e.g. social economical situation, social network, social support, live events; Partially defined by society: housing, working conditions, unemployment.
- Life styles.
- Other individual characteristics: e.g. education, age, gender.

### **Health interventions**

Knowing the determinants, we can intervene in various ways. Health promotion and disease control can be achieved through different mechanisms: e.g. law, creation of health facilities, health education, social policies by local and central governments. Health interventions focus on both the healthy individual (primary and secondary prevention) and the sick individual (tertiary prevention), on the environment in which the individual lives, on specific determinants in the environment, on vectors of the disease, or on the environment in general: environmental control.

### **Broad perspective**

It must be clear that the realm of the Faculty of Health Sciences is not similar to that of the Faculty of Medicine: Health Sciences tries to tackle health and disease in a much broader perspective. Important is the recognition that health and disease have a mullet-causal background and therefore need a multi-disciplinary approach. Emphasis is not only on cure, which is mainly the focus of Schools of Medicine, but also on care in the different stages of health and disease. This broad perspective which is promoted by the Faculty of Health Sciences is also determined by our acknowledgement of:

- the culturally imbedded perception of health and disease,
- the influence of human behaviour on health and disease,
- the change in morbidity patterns, which requires a shift from cure to care,



- the accent on problems of mental health in modern society,
- the changes in management and financing of the health care system,
- the ongoing production of medical technology and the need to evaluate these developments,
- the ongoing professionalisation of health care,
- questions regarding the place of the patient in the care process, patient rights, ethical problems,
- the need for philosophical reflection on health, disease and health care,
- the ongoing medicalisation of society.

### **Disciplines**

Because of its philosophical stance, Health Sciences programmes, both education and research programmes, are interdisciplinary projects. Therefore, Health Sciences has many disciplines: Educational Development, Epidemiology, Health Economics, Health Ethics and Philosophy, Health Law, Health Risk Analysis, Human Biology, Movement Sciences, Information Science, Medical Psychology, Medical Sociology, Mental Health Science, Nursing Science, Policy Science, Health Promotion, Statistics. Organisationally this is moulded into a Matrix structure. Departments form one axis, educational and research projects form the other axis. Departments contribute to a range of such projects.

### **Educational programme**

All Health Sciences programmes have the same general characteristics:

- teaching is thematic,
- teaching is problem based,
- year divided in 7 units (blocks) of 6 weeks each,
- skills training parallel to all units,
- statistics and research methods parallel to all units,

- tests at end of each unit,
- in addition there is a progress test three times each year.

The educational programme consists of one general first year, the propaedeuse, which is followed by a differentiation in either Biological Health Sciences, Behavioural Sciences or Social Sciences. This is then followed by a further specialisation in one of seven tracks (specialisations) which are part of the three differentiations. Finally, before the students start their own research in order to write their thesis, they have to choose electives. The function of the electives is to let the students determine their choice to specialise further, or broaden their specialisation. More than 50 different elective units are offered. Some are structured tracks of electives, e.g. women and health, research methods, finance. Thus the structure of the educational programme, from the first until the fourth year is:

- year 1: Basic introduction to Health Sciences, Health existence, interventions, favourable and unfavourable conditions
- year 2: Emphasis on underlying sciences differentiation: biology, behaviour, society
- year 3: Specialisation, one out of seven & electives: deeper or broader
- year 4: Research & Masters thesis

### **Differentiation programmes and specialisations**

Starting point for the differentiation programme Biological Sciences is the different functions of the human organism, like movement and adaptation. Using this entry it is possible to describe the biological processes on different levels of organisation: molecular, cells, organs. This guarantees that different disciplines contribute to the programme. The specialisations within the differentiation programme Biological Sciences are:

- **Biological Health Science**; Biological Health Science is the study of biological aspects related to a healthy human life. The program offers training for biomedical research and policy. Basic disciplines include human biology, physiology, molecular biology and toxicology.
- **Movement Science**; Problems of physical movement have increasingly demanded the attention of researchers, of health educators and of medical and paramedical health workers. The programme of movement science offers a scientific training in the field of problems

of movement. Basic disciplines are anatomy, physiology, pathology, psychology and sociology.

The guiding principle in the differentiation programme Behavioural Sciences is the 'multi causality' of human behaviour. With this we mean the set of factors that causes or influences human behaviour. This principle implicates a broad spectrum of behavioural theories, with emphasis on the question how and to what extend human behaviour can be explained in relation to health and disease. There are four levels of explanation: human behaviour itself, personality, cognitions and social societal and cultural aspects. The specialisations within the differentiation programme Behavioural Sciences are:

- **Health Promotion and Health Education;** Prevention of ailments and promotion of a healthy life style have become major parts of the modern health care system. The programme trains students in the scientific foundation of health promotion, as well as in practical prevention techniques. Central disciplines are social psychology, epidemiology, communication science and information science.
- **Mental Health Science;** This programme centres on disorders in mental health. The Maastricht programme puts a heavy emphasis on the biological roots of human behaviour. Practical skills training is a central component of the programme. Graduates in mental health science are eligible for postgraduate programs in psychotherapy. Major disciplines are clinical psychology, social psychology, developmental psychology, biology and pharmacology.

Core input for the differentiation programme Social Sciences is the explanation and understanding of the concepts health and health care as social constructions and the continuous interaction between the concepts of health, disease and health care and other social issues. The specialisations of the differentiation programme Social Sciences are:

- **Health Policy and Management;** Organisation, co-ordination, financing and policy making for the health care system have developed into tasks requiring professional training. Health Policy and Health Management provides a programme geared towards this goal. Fundamental disciplines are policy studies, health economics, health law, sociology, organisational psychology and epidemiology.

- **Nursing Science;** Nursing science is concerned with the scientific study of care, both at the level of patients as well as the level of the organisational and management aspects of nursing. Disciplines include anthropology, human biology, psychology, sociology, epidemiology and health-economics.
- **Theory of the Health Sciences;** The health care system is part of broader developments in science and society. The theory of Health Sciences programme offers a conceptual framework for understanding these developments and formulating implications for health care. For that purpose thorough knowledge of the health sciences is required. Biology, psychology, sociology, general theory of health and disease, epidemiology, philosophy and history are fundamental disciplines in the programme.

A specialisation which is not part of the three differentiations is Environmental Health Science. This is a joint programme, started in 1990, of the Faculty of Health Sciences and the Medical Faculty focusing on the relationship between environmental risk factors and health. The programme has a strong biomedical emphasis, but the social sciences also form an important part of it. The most important disciplines are economics, law, social psychology and policy studies.

## **Statistics**

Methodology and statistics is taught parallel to the regular education provided through the differentiation programmes. The objective of the methodology and statistics education is to train students in evaluating publications critically on statistical techniques and research conclusions. Also the students are taught to decide which statistical techniques need to be used in what situation, to implement these techniques, to interpret the data derived from it and to be able to report the results. Insight in potential statistical and methodological problems is needed.

Public health professionals need the knowledge and skills to collect data of various kinds. On the one hand these are traditional clinical epidemiological data (incidence, morbidity, mortality), and on the other data on determinants of health such as living arrangements, work conditions, lifestyles and reproductive behaviour, environmental conditions, etc. With these data at hand, public health professionals need the ability to distil information from them.

Guiding principle of statistical education is to use examples of real research practice and problems that occur in this practice, instead of

systematically explaining the theory of statistics. Therefore, exemplary research is used. The computer skills needed for statistics and methodology is taught while learning statistics.

### **School of Public Health**

The Maastricht School of Public Health is firmly based within the Faculty of Health Sciences. Its educational programme actually reveals many similarities with the educational Health Sciences programme. In fact, programmes have their fundament in the four year Health Sciences programme: Many of the blocks used in the School of Public Health were initially developed for the Health Sciences curriculum. So here too, interdisciplinary is the keyword. Throughout the educational curriculum the learning process is driven by the recognition of the multi-layered and multi-disciplinary nature of public health problems.

The professional realm of public health is concerned with health equity issues outside the clinical medical field. Public health deals with health protection, prevention and health promotion and its prerequisites. All over Europe, training in public health and 'Health Sciences' has acquired more attention than ever before, at the undergraduate, graduate and post-graduate level. Most facilities are presently at the latter level; they offer training to professionals like medical doctors, lawyers, economists, managers etc., who would like to increase and adjust their knowledge and skills to the requirements of the new public health. Most of these institutions are based in Schools of Medicine and therefore run the danger of an over-representation of the medical model for health. Where HFA aims to 'demedicalize public health' it seems important that these facilities establish strong links with other academic units, or that establishments for public health training are based outside medical schools.

The basic objective of the School of Public Health and its MPH and MPH/PhD programmes is to provide leadership and expertise in the fields of education, research, and service in all aspects of public health. Public health as an academic as well as a practice-oriented endeavour is devoted to the promotion of health and the prevention of disease through identification of the factors affecting the health of population groups and the determination of how best to bring about change to assure the maximum well-being of all people. The School thus endorses the broad orientation of health promotion suggested by WHO: 'Health promotion is the process of enabling individuals, groups and communities to increase control over the determinants of their health and thereby improve their health'.

Accomplishing the goals requires the joint efforts of professionals from many disciplines directing their attention toward understanding the biological, environmental, and social factors involved in the causation of disease and maintenance of health. Health policy, analysis and study of health care systems are also essential.

The curriculum is built up in modules, similar to the regular four-year Health Sciences curriculum. These modules last for six weeks each. The first and second year each contain seven modules. Electives are offered through the University of Limburg Summer University Programme. The first two modules contain a general introduction into methods and principles of public health, methods & techniques of Health Sciences research, and the University of Limburg educational system of problem-based learning. The third and fourth module introduce the student into one of three differentiations (Biological Sciences, Behavioural Sciences and Social Sciences). These differentiations are a prelude to the specialisations which take seven modules. Entry into one of the specializations is only possible when the appropriate differentiation model has been chosen. The final three modules of the second year are spent carrying out research and writing up results in a Master's thesis.

In fact, the school of Public Health is set up similar to the Faculty of Health Sciences. The only significant difference is that the Faculty of Health Sciences focuses on the Dutch undergraduate students, while the Maastricht School of Public Health aims at students, generally from abroad, who already have had education of some sort in public health / health care.

### **Discussion of the education in Health Sciences**

What makes Health Sciences 'tick' is a range of practical health(care) problems instead of theories on health and disease. Health Sciences therefore promotes a 'field scientific approach'. The acknowledgement of the many determinants of health and disease justifies the existence of the Faculty of Health Sciences. Consequently, Health Sciences is a very broad spectrum of sciences. We might say that there is unity in diversity: the three differentiations and 7 specialisations all cover aspects of the triad 'healthy existence', 'favourable and unfavourable conditions' and 'interventions', but vary in their approach. It is the common core, this triad, which keeps the differentiations together.

This 'unity in diversity' causes some problems. The tension between, normally, specialised educators in the various disciplines and the broad education becomes manifest when the educational blocks, discussed earlier, are developed. These blocks are thematical. This implies that

various disciplines contribute to the educational content of the block. The educators will obviously attribute to these blocks from their specialised point of view. So, while the blocks are meant to be thematical and hence primarily broad and multidisciplinary, the educational input from various disciplines tend to be specialised. Often one discipline has more influence in a block than others (it 'claims' more or less the block) and the block accordingly loses its multidisciplinary broad focus. It is not only in educational projects where this can be observed, but also in research projects. A similar problem arises while developing the 'progress test'. We will address this later on in the discussion on the PBL system.

## **2. PBL system**

### **Rationale for problem-based learning**

The faculty of Health Sciences, uses a non-traditional approach to education. Problem Based Learning (PBL) can be characterised as a collection of carefully constructed problems presented to small groups of students. The problems usually consist of, neutral, descriptions of sets of observable phenomena or events that need explanation. It is an educational strategy aiming at the simultaneous realisation of three objectives:

- Providing knowledge in such a way that it is retained better and applied more easily in later professional practice;
- Allowing students to extend their knowledge and keep it up to date in their future profession;
- Training problem-solving skills in particular professional situations.

For the student, this process is characterised to a large extent by self-regulated learning.

Problem-based learning as an instruction method has been strongly influenced by cognitive psychology. Some principles of cognitive learning are relevant for understanding the underlying 'mechanisms' of problem-based learning.:

1. The prior knowledge people have regarding a certain subject is the most important determinant of the nature and amount of new information that can be processed.

2. The availability of relevant prior knowledge is a necessary, yet not sufficient, condition for understanding and remembering new information. That prior knowledge also needs to be activated by signals in the context in which the information is being studied.
3. Knowledge is structured in a certain way within the memory. That structure makes it more or less accessible to be used.
4. Remembering information and recalling information from one's memory can be strongly improved when elaboration on the material takes place in the learning phase.
5. The ability to activate certain knowledge in the long-term memory and to make it available for use, depends on context.
6. To be intrinsically or extrinsically motivated to learn, prolongs the amount of study time and subsequently improves achievements.

The problems presented to students may both have a theoretical and a practical character. P.B.L is no practice-based education even though it is often considered to be the same. A problem-based course tends to be thematically organised rather than discipline-based: it is organised in units that each have one specific theme as a basis. The thematic basis implies that problem-based learning usually has a multidisciplinary character. The course is thematically and interdisciplinary for two reasons. It is believed by educational psychologists that it is essential that related elements of the material which should be used in a more or less integrated manner, have to be presented in connection with each other. Second, it may help in deciding which subject should definitely form a part of the curriculum. Themes offer a framework in which the discussion can be held and priorities can be established.

The construction of problems for a problem-based curriculum requires a great deal of creativity from the teachers involved. It requires insight in the kind of prior knowledge of the students for whom the problem has been written, for the problem should neither be too easy nor too complex. The use of problems extracted from real-life cases is usually avoided. Instead, simplified or idealised descriptions of reality are used. The problems should:

- be formulated in concrete terms;
- be quite short;



- not contain to many distractions;
- direct learning into a limited number of issues;
- not address issues that do not lend themselves for hypothesising based on prior knowledge;
- not take more than about 16 hours of independent study to acquire a fair understanding.

Often attempts are made to find problems where more fields of study may help to come to a better understanding. Though, multidisciplinary on the level of the singular problem is not a prerequisite. It is an advantage, but if multidisciplinary can not be achieved, there is no cause for alarm.

### **The tutorial group**

The tutorial group has an important effect on both the quantity and the quality of students' learning activities. Characteristic features of the tutorial group are:

- to 10 students per group,
- the composition of tutorial groups is random,
- the appointment of tutors for tutorial groups is random,
- the students in a tutorial group stay together for the duration of one block,
- the students in a tutorial group meet twice a week for two hours. Between these two meetings there is an interval of two days, used for individual study,
- tasks provide the basis for the learning process in tutorial groups,
- tutorial groups apply a particular method (for instance the seven-step approach),
- every student is discussion leader/chair person and/or minutes secretary at least once during a block.

The chair persons' main tasks are to ensure a systematic procedure and to monitor the group process. The function of the minutes secretary is to take down what is said in the group to avoid the loss of important information. This can be done by using a blackboard or a flipover. The process of problem-based learning is guided by a tutor. The major tasks of the tutor are to stimulate the learning process and supervise the group as regarding to methodical working and co-operation between the students.

The functions of a tutorial group are:

- training students in analysing problems,
- enhancing intrinsic motivation,
- providing informal supervision,
- training students in communicative skills,
- training students in co-operating with others,
- stimulating a more thorough manner of studying and consequently a better command of the subject matter.

Tutorial groups also have two other functions. Firstly it is assumed that the social pressure exerted by group members stimulates individual students to study hard and regularly. Secondly, the continuing participation causes the students to learn various useful social skills such as to chair a group, explain, summarise, listen and consider the interests and concerns of others.

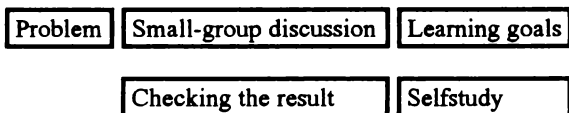
### **Seven-step approach**

The tasks in a tutorial group are dealt with through a seven-step approach ('seven-jump'). This is a systematic method for tutorial groups to deal with tasks in an efficient and effective way. The method consist of the seven steps:

1. Clarifying whatever is not clear in the task: The group defines and specifies terms and concepts which are not clear, so that the interpretation of the task is unequivocal and the information provided is clear.

2. **Defining the problem:** the group must reach agreement as to which interrelated phenomena must be explained. the problem can also be divided into sub problems which can then be discussed in a particular order. The function of this step is to guide the brainstorming process and the subsequent discussion.
3. **Analysing the problem:** the group tries to find out what the various members think, what they know or what they think they know about the processes and mechanisms underlying the problem. During this step the technique of brainstorming is applied. The function of this step is to activate prior knowledge and to provide the basis for the subsequent discussion.
4. **Listing possible explanation:** the ideas put forward in the previous phase are arranged and surveyed critically. Views that seem to belong together are considered as a whole; opposing opinions are indicated as such. Possible explanations are also sorted out. The function of this step is to activate knowledge and to draw attention to deficiencies in existing knowledge. In short: it becomes clear what still has to be studied.
5. **Formulating learning objectives:** questions which have come up during or as a result of the problem analysis must be answered in order to arrive at a better understanding of the problem. The learning objectives thus formulated constitute the basis of the learning activities to be carried out during the next phase. In short, the function of this step is to guide the learning process.
6. **Looking for additional information outside the group:** on the basis of the learning objectives the students have to gather specific information. They can use various sources of information, such as audio-visual material and literature available at the learning resources centre and the library. The function of this step is that students learn to gather relevant information and to master the subject matter.
7. **Reporting to the tutorial group:** On the basis of the learning objectives the students discuss the results of their self-study activities. this step has three different functions: to collect information from various sources allowing any deficiencies in knowledge to be made up; to point out and discuss ambiguities in the

subject matter studied; to deepen the students' knowledge by an active exchange of information.



This scheme shows that problem-based learning is basically a cyclic process in which the discussion in the tutorial group is both a starting point of new learning activities and an endpoint where control and integration of what is learned takes place.

### **Discussion PBL**

Of course the system of PBL also has some disadvantages. Because the system is rather new and unknown, problem-based learning expects students to go through a period of adjustment. They have to become familiar with the fact that they are suddenly responsible for the learning process. This period of adjustment can take more than a year. So the first year is more or less a practical training in adapting to the educational system.

Another problem is that teachers in this system have a completely different role compared to the standard education system. They have less control over the content of the education given. This can cause problems, because teachers might not like to give up their control over their students' learning process. In conventional education, it is the teacher who decides about what is learned and to what extent. In problem-based learning, it is the student who, finally, makes that decision. A student presides over the group discussion and students prefer, as soon as they are familiar with the approach, to work independently as much as possible. 'to stand by and do nothing' while students advance with difficulty and make a lot of mistakes while trying to understand the principles of his field of study, is not exactly what is considered to be a characteristic of a 'good' teacher. Experience with problem-based learning shows that it is very difficult to 'keep the hands off the steering wheel' when students encounter difficulties, trying to get a grip on subjects.

A problem that is inherent to the system of PBL is the problem of evaluation: because of the differentiation in students' learning objectives there will be differences in knowledge between groups of students and even between students individually. The fact that not everybody is studying

the same material at the same time is a consequence of problem-based learning: if all students are 'free' to learn what they want, it is difficult to test them on their knowledge. Conventional study tests therefore do not function well, because they only cover part of what students have actually done. To give students an exam on the basis of the teachers' assumption of what is learned, will give advantage to some students and will put others at a disadvantage. In addition, the contents of the expected test will have a steering effect on the choices students make. Proceeding from the philosophy of problem based learning, this is inefficient. For these reasons the progress test was developed at the University of Limburg.

The progress test is an instrument that consists of 200 to 400 questions derived from a much bigger series of questions with regard to all elements of the study. It pretends to fully cover the field and has the shape of a final exam in which all subjects can basically be questioned. The exceptional quality of this method is that students cannot specifically prepare themselves for the test. Theoretically being a student, you can only show study progress on this test by working hard and regularly; test-based learning has become completely impossible by definition.

A problem of the progress test is that it does not really test individually acquired knowledge. It actually tests what the various disciplines believe is important for the students to know. Here we see a problem similar to the one discussed earlier on the educational input of the various disciplines in the blocks: the test in fact is a threshold of very specialist questions. The tension between specific (specialised) knowledge and broad (holistic) knowledge and the role of the Faculty staff in producing the knowledge 'priorities' is one that needs continuous attention.

Although PBL has its problems it also has many advantages. Learning in a PBL format may initially reduce levels of learning but may foster, over periods up to several years, increased retention of knowledge. Also, some preliminary evidence suggests that PBL curricula may enhance both transfer of concepts to new problems and integration of basic science concepts into clinical problems. PBL enhances intrinsic interest in the subject matter and self-directed learning skills and this enhancement may be maintained.

Students at the University in Maastricht actually graduate faster and fewer students quit their study, probably because of the, rather scholarly, aspects of problem-based education. Not one of the least advantages is that students find the learning environment in PBL schools more stimulating and humane than do graduates of conventional schools.

**This paper is to a large extent based upon original papers, articles and brochures, written on PBL and the Faculty of Health Sciences. They are:**

- Brochure: University of Limburg, Faculty of Health Sciences, School of Public Health.
- Faculty of Health Sciences, School of Public Health Competencies, Examination rules and regulations, 1993.
- Study guide Faculty of Health Sciences 1993/1994 (in Dutch).
- Norman, G.R., Schmidt, G.(1992) The psychological basis of problem-based learning: A review of the evidence, *Academic Medicine*, vol. 67, nr. 9, 557-565.
- Paper: Towards a revitalised curriculum in 'Health Sciences' (in Dutch).
- Paper: Report on the Maastricht School of Public Health, 1993 (in Dutch).
- Paper: Schmidt, H.(1992). Theoretical and Empirical Bases of Problem-based Learning.
- Schmidt, H.G.(1990) Educational aspects of problem-based learning, English translation of: Schmidt, H.G.(1990). *Onderwijskundige aspecten van probleemgestuurd onderwijs*, in: Jochems, W.M.G. (ed.) *Aktiverend onderwijs*, Delft: Delftse Universitaire Pers.

# **LOTTE KABA-SCHÖNSCHTEIN**

## **THE INTERNATIONAL POSTGRADUATE TRAINING COURSES IN HEALTH PROMOTION A WELL-TRIED MODEL OF MULTIPROFESSIONAL TRAINING**

### **Introduction**

In the context of the theme of this workshop (- The necessity of Multiprofessional Co-operation and the Chances of it -) I would like to present to you the International Postgraduate Training Courses in Health Promotion as a well-trying, time-tested and encouraging model of international and multiprofessional training in health promotion. In October 1993 already the 14. Annual Course will begin.

As far back as 1979 the German Federal Centre for Health Education in Cologne in co-operation with the European Regional Office of the World Health Organisation in Copenhagen has been organising with changing partners an annual Postgraduate Training Course in Health Education and Health Promotion.

It is also an example of successful co-operation between the organisers: Since 1986 the Courses have been organised in co-operation with the Health Promotion Unit of the Polytechnic of North East Lower Saxony in Lüneburg. In 1992 this Health Promotion Unit was integrated in the newly built Centre for Applied Health Sciences of the University of Lüneburg and the Polytechnic of North East Lower Saxony.

Since then the International Courses in Health Promotion are a co-operative Project of the following three partners: Centre for Applied Health Sciences, University of Lüneburg and Polytechnic of North East Lower Saxony Health Promotion Unit, Lüneburg and the Federal Centre for Health Education, Cologne in co-operation with the World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen.

This course is the only international and multiprofessional postgraduate training course in health promotion offered in a German-speaking country for people holding key positions at regional and national planning and decision-making levels in the health and social services and in education. It

corresponds in length and level to a one year postgraduate academic course.

The International Postgraduate Training Course in Health Promotion offers people in key positions, what for them may be, a unique opportunity to take a look at all the theories, concepts and strategies of health promotion to reflect on the basic principles and aims of what they themselves are doing, exchange experiences with people from other professions, sectors and geographical regions and practise teamwork with them, enlarge their problem-solving skills and together with their colleagues develop new concepts and solutions for their own health promotion fields.

The course is well-reputed in the health Promotion Field and the number of applications usually exceeds the number of available places 3 or 4 times. This year we had 100 applications for 20 places.

Until now 301 participants from 20 countries have participated in the course:

<b>Country</b>	<b>The Number of Participants</b>
Switzerland	21
Hungary	10
Austria	9
Netherlands	8
(former) Yugoslavia	8
Slovene	4
Croatia	3
Poland	8
Norway	5
Luxembourg	3
Romania	3
Sweden	3
Czech Republic	3
Great Britain	2
Bulgaria	2
Denmark	1
Finland	1
France	1
Italy	1
Spain	1
	<b>90</b>



The overview shows that the largest number of participants from outside Germany came, not surprisingly, from the German-speaking neighbour country, Switzerland.

Remarkable in the concept of our workshop here in Hungary is that neither the language nor the foreigner political barriers prevented Hungarians from forming the second largest group of foreign participants, even ahead of the German-speaking neighbour country Austria.

Remarkable also, that already before the "Iron Curtain" fell we also had a number of participants from Middle and Eastern European (then socialist) countries. This was extraordinary at that time and only possible as the courses were held in the framework of the World Health Organisation European Region.

The overview shows a relative over representation of Middle, North, South East - and Eastern Europe compared to Western and Southern Europe, mainly due to the language and language linked cultural barrier.

In Switzerland and Austria (as well as in Germany) there has been no basic or postgraduate comparable qualification possibility in Health Promotion in the past, explaining the high number of participants from these countries.

The process and results of the courses are evaluated constantly by the participants themselves, by the organisers and with the help of a valuable Advisory Committee.

The present conception of the International Postgraduate Training Course is based on the experience of the thirteen previous courses. The organisers consider the multiprofessional, intersectoral and international approach, the aims, contents and didactical approach (as well as the organisational framework) as a mature training model. In the following parts of my presentation I will present to you some of the characteristics of the course in its present form with special attention to the aspects of multiprofessional co-operation.

## **Multiprofessional and intersectoral approach and target groups**

In accordance with the WHO-Programme Health For All 2000, the life-style concept of Health Education and the further development of the latter to the concept of Health Promotion, (which form our programmatic background and principles) we consider health as influenced by a multitude of factors, sectors and disciplines. Therefore Health Promotion is necessarily and principally a multiprofessional task and challenge. Health professionals should have the opportunity to get acquainted with and

practise multiprofessional co-operation on all levels of education and training.

After experimenting with three courses (7. To 9. Course) which only addressed a limited multiprofessional target group in special settings (health and social services and HIV prevention) we returned (from the 10 Course on) to the present broad intersectoral and interdisciplinary approach. This comprises the health, social services and education without excluding applicants from other sectors like transport etc., if they only would apply.

Our courses address persons holding key positions at the planning, decision-making and implementation levels in primarily regional and national institutions in the health, social and educational sector of society (Middle Management level).

Those key-persons have often a large sphere of influence, a position to initiate far-reaching change - yet in Germany as well as in many neighbouring countries - they have not had a previous chance to qualify in Health Education and Health Promotion in a basic academic course, nor have there been until today many postgraduates academic courses where to qualify for those positions and decisions. This situation left them to autodidactical and accidental lecture at home in their spare time.

The courses address administrators, doctors, educationalists' jurists, nursing staff, psychologists, social workers, social scientists etc., etc. in the following institutions:

- national and regional governmental and non-governmental health education and health promotion institutions
- National and regional social insurance institutions (pension schemes, health and accident insurance etc.)
- national and regional charities and voluntary health organisations
- national and regional self help organisations
- umbrella organisations of local communities and regional health and social services administration
- Employers' and employees' organisations and professional associations
- central training and further education institutions under the umbrella of the health and social services and the education system

- Research institution within the health and social services and the education system.

From experience we have found the following further prerequisites for participants and criteria for participant's selection:

- position in target institution and health promotion
- professional experience - no beginners
- unlimited working contract
- presence during all parts of the course
- very good active knowledge of German language

### **Multi-Professional Training Courses - Professional Background of participants**

68	Medicine
56	Social Work / social Education
50	Education and Training
34	Nursing (Care)
32	Social Sciences
22	Psychology
9	Biology
8	Economics
6	Administration
5	Nutrition (others like Journalism, Political Sciences etc.)

### **Courses 1 - 14, 301 participants from 19 countries.**

Overview 2 shows the multiprofessional background of the participants from the previous courses: This table shows the broad mixture of professions represented. Quite often and typical for this field, participants having double or even triple qualifications, for example, medicine and sociology or medicine and psychology or nursing and education.

The list is headed by participants from the medical profession and social work, followed by education as a professional background. This frequency is also influenced by the already mentioned courses with concentration on health and social sciences professionals.

## **AIMS and Curricular Content**

The present aims of the course derive from

1. what the organisers assume as a necessary set of key qualifications for good and successful Health Promotion Practice and
2. from the expressed needs and expectations of the target group.

Those aims are

- To present and analyse health promotion theories, concepts and strategies,
- to translate theories, concepts and strategies into intervention concepts for the different work areas of the participants and to further develop the existing approaches in their fields
- to give opportunities to acquire general, transferable action-related and problem-solving skills in the field of Health Promotion
- To exchange experiences at international and interdisciplinary levels plus the joint solving of health promotion problems and the forging of international and interdisciplinary links between the participants.

In consequence of these aims, the programme of the course consists of:

- Presenting, consolidating and analysing concepts of health promotion and their fundamental principles:
  - The principles of health promotion based on social and health policy, social science, preventive medicine, psychology and education etc.
  - health concepts
  - The historical development of health education and health promotion concepts
  - Current concept and programmes of the course organisers (the Federal Centre for Health Education and the World Health Organisation, Regional Office for Europe)
- Introduction and analysis of examples of health promotion programme and project utilising participants' contributions, visit and report.

The selection of the programmes and projects is based upon the spheres and principles of action, established in the Ottawa Charter for Health Promotion and is adapted to the particular group of participants (their fields of work and needs).

- Presentations, consolidation and practise of skills involved in the Practical application of ideas and the solving of problems in health promotion (in particular key skills such as planning, evaluation, co-operation, co-ordination, imparting information and networking, representing interests, equipping and enabling etc.)
- Guided analysis of specific intervention fields and particular professional fields (clarification of goals, principles and values, questions of ethics and legitimating, clarification of the professional and personal resources with respect to the participant's own particular sphere of activity and the interdisciplinary co-operation. Clarification of the structures, fundamentals, aims, principles and freedom of action in the field concerned).
- Application of the concepts and principles and of the programmes and projects used as examples for the participants' own sphere of activity. Development and discussion of problem-solving strategies and intervention concepts tailored to the specific needs and fields of the participants.

We combine several levels of learning:

- a theoretical level
- a level related to the practice, aims and interests of the various institutions represented by the participants
- a level related to the practice and interests of the participants themselves
- A level related to the personal involvement of the participants.

To realise these comprehensive and ambitious aims, especially the last one: to forge interdisciplinary links and networks, need's time. At present we have got 7 weeks to realise it. One International Course has a total duration of 7 weeks, divided into three two-week parts: 7 weeks divided into 3 two-week parts: 2 weeks in autumn, 2 weeks in winter, 2 weeks

in spring, 1 week Follow Up approximately one year after completion of the first three course parts to evaluate and consolidate the results of the course to strengthen the co-operation and network amongst the participants. This repatriation in 4 parts makes it easier for the participants to obtain leave of absence from their work. The intervening periods can be used to apply the course results and to bring back the experiences into the course work. The participants get an opportunity to influence the following parts of the course.

## **Teaching methods**

In the context of our international, intersectoral and multiprofessional approach we apply the following principles of adult education:

- Practice- and problem-oriented approach
- balance between concentration on the general learning goals of the course and the participants' specific goals
- Balance between the results and the process of the course
- Linking of the course content with the previous experience and main fields of activity of the participants, and their participation in the course as experts in their field
- integration of cognitive, emotional and social learning forms, and of elements of practice and experience
- Designing of the course. Including the residential aspects, to create a climate that is conducive to learning and allows positive group processes to develop.

We frequently change and combine the working and learning methods:

- Individual work (essays, documentation, work book, visualisation etc.)
- Reading (reader)
- Group (team) work

- Participants' contributions ( examples from their own experience)  
Plenary discussion
- Lectures (questions, discussion)
- Visits
- Workshops
- Simulation and role-playing games
- Construction of future scenarios etc.

Since the participants represent various European nationalities, sectors and professions, the course enables an exchange of experience and skills and the practice of teamwork in the solving of health promotion problems to take place between different countries and areas.

We have developed some (already briefly mentioned) learning methods and instruments that are important cornerstones of the International Course and of interest in the context of multiprofessional training and strengthening and practising of co-operation:

1. Guided analysis of the specific intervention fields and professional fields (by the means of a working book for the participants), combining the
  - clarification of goals, principles, values, the question of ethics and legitimating, the clarification of the professional and personal resources with respect to the participants own particular sphere of activity, and the interdisciplinary co-operation,
  - The clarification of the structures, fundamentals, aims and possibilities of action in the field concerned

and finally

- The identification of fundamental problems and barriers and the choice of a problem-solving, working project that will be continued throughout the course in individual work and (multiprofessional) counselling group work that includes the examination of relevance and transfer of the concepts presented and discussed in the course.

2. "Participants contributions": According to our principle: Consider the participants as experts in their field and to the principle of a practice- and problem-oriented approach we encourage participants to act as speakers themselves and to present their own work and special problems. This gives them a chance to reflect and present their work. Formulate their problems and to practise in a protected condition skill of presentation, visualisation, time-management etc. Those speeches inform the other participants about the specific backgrounds and problems and facilitate multiprofessional counselling finding, of solutions and co-operation in (multiprofessional) working groups inside and outside the course. This opens up and uses and develops the expertise and heterogeneous multitude of skills and talents of the international, intersectoral and multiprofessional participant's group.
3. Simulation game: To clarify the difficulties and possibilities of intersectoral and interdisciplinary co-operation in Health Promotion we usually integrate a simulation role-playing game of about 2-3 days in our course as a lively and learning-by-doing method to learn about co-operation between partners in health promotion. This play gives the participants an opportunity
  - to change their usual professional or hierarchical role and slip into another perhaps "adverse" role, "the other side" or
  - to play the own real role but with other constellations and partners and feed back possibilities.

## **Closing remarks - Summary**

It has to be seen realistically, that it is not always easy to overcome professional, sectoral and national barriers and heterogeneity and to practise and train multiprofessional co-operation in a training course, such as ours, for the participants and the trainers, this can be hard work. But it is always challenging, never boring and in the end, the effort is worth while and successful.

For many participants in the International Postgraduate Training Courses it is the first opportunity to be in such a group and some of them are curious and even anxious and sceptical about the multiprofessional approach. Afterwards the great majority is very satisfied and even enthusiastic and sees a unique chance in experiencing over such a long



period of time and in such an intensive process inter-disciplinary, inter-sectoral and inter-national co-operation and exchange.

The good reputations of the course, the high numbers of applications and the extremely low drop-out rate also document the participants' satisfaction.

It is interesting, that the participants report in the follow-up-meeting, (one year after the closing of the first three parts of the course), that one often he most valuable long-term effect of the course (which they can only value in its full effect over a longer period of time) is the profit of multiprofessional training and the broadening of perspectives.

It is remarkable that the participants of several courses managed to maintain working and private contacts, even international co-operation projects and were able to self organise their own fellow-up-meetings' two and more years after the course: in Austria, in the Netherlands, in Hungary and in Norway.

Let me close with a quotation of a Romanian participant from the 12. International Course "The most important results of the course for me were the following:

- A wonderful, warm feeling of friendship with all the colleagues, which led to a stable and continued relationship - in this atmosphere I could relax and feel well and as a result of this, concentrate even more on the themes and contents of the course.
- What I see furthermore as result and success of the course is
  - a better overview about my situation and activities and
  - about what is needed in the future where the weak points are,
  - how to improve them and my activities,
  - which principal action possibilities are at my disposition
- As new learning methods, I have discovered
  - individual work and self reflection and
  - mutual problem-solving and project-counselling

The interdisciplinary and international exchange of experience is important and helps to avoid supra-specialisation, to be adept health promotion activities to their social context and to stimulate creativity. I believe that this course has reached all levels: theory, practice and personal concern and development."

This satisfaction and enthusiasm of the participants is an important motivation and reward for us, the organisers and trainers. And it is the basis of my initial statement that we consider this course a successful, mature and encouraging model of multiprofessional training in Health Promotion.

# CLAUS SCALA

## **From Health Education to Health Promotion through Organisational Development**

### **Introduction**

In one of our training's suddenly a discussion arises about how health promotion could be defined. It was just during a session when groups reported about a small research it had done on a health promotion project since the last training. This was the job of all participants of the training who had organised themselves in small groups and had visited health promotion projects and were now reporting the evaluation of the projects to each other. But this fine presentation was suddenly interrupted by a spontaneous discussion about how health promotion should be defined, and what it really means.

The staff members could have supported this process helping to create a common understanding of health promotion and giving inputs referring to the literature and the documents available on this issue. But would that have been really helpful? The participants of the training were involved in health promotion related activities through their jobs, they all knew at least the Ottawa Charter. The particular workshop which was just going on was already the fourth one of the whole training course, so some work on the definition of health promotion had been done before.

The staff members were sure that clarifying and defining the term health promotion would really hit the issue which was on the agenda at this moment. The discussion was caused by another problem but the lack of a definition. But why had the group switched to a debate on the general meaning of health promotion? A closer look to what was going on at this moment, when the discussion suddenly had come up, gave the answer.

One of the groups had just reported about the difficulties to involve health insurance companies in a health promotion project. At this point the discussion about the meaning of health promotion had started - the discussing people hoping that an agreement on the level of definition would solve the problem. The staff stopped the debate and turned the focus back to the question: What might be the reasons that a health insurance

company cannot be linked with health promotion projects and how could they be overcome?

Now the whole group was very creative in finding possible reasons and how to handle them: The decision makers and the employees might not be familiar with health promotion, they might be used to the traditional medical way of thinking, the company might not be interested in health promotion, because it is afraid of an explosive increase of expenses for health promotion activities once the doors of the institution are open for them etc. The group that had reported gave feedback to some of the assumptions: The term health promotion was well known by the people of the insurance company and although the people appreciated health promotion so much that it was even included in the budget this seemed not to be sufficient that the organisation could act as a partner for health promotion projects.

The staff suggested to work on finding out the reasons together until the whole group finally agreed that the main reason was just the fact that there was no professional within the organisation responsible for health promotion and there were also no health promotion targets set up. These conclusions could only be made on a basic understanding between the knowledge and the consciousness of the members of the organisation and the capacity of the organisation to deal with certain matters such as health promotion. In this case the problem was not due to a lack of consciousness or motivation of the people concerned, but of the deficiency to transform the awareness and the willingness of the people to an organisational reality.

This usual and unspectacular example brings up two important issues which should be looked at more closely:

## **1. Health Promotion is a process of Organisational Development**

The successful implementation of health promotion at various levels of society (politics, administration, research, education, grassroots initiatives), we can observe in several countries has spawned numerous models of good practice and has opened up organisational options for health promotion. New partners for health have come up: leaders in cities' administration, heads of schools, managers in business companies, physicians and nurses in leading positions of a hospital.

There is a profound awareness of the importance of organisations for health promotion: Their impact on the conditions of health and the fact that health promotion cannot happen without organisational change. The organisational conditions for successfully implementing policies related to

the concept and principles of health promotion are increasingly becoming the focal point of international discussions. Health Promotion is on the way to become established at the level of generating organisations. Health promotion is in many cases implementing a process of planned organisational change. The widely discussed setting approach of WHO stands for this concept. Nevertheless there is a lack of consciousness about the consequences for health promotion strategies.

Health is a task of all social systems. Wherever we spend our daily life, in the family, in school, at the working place, in the community our health will be either promoted, supported, and strengthened, or we experience stress, risks, and harm. All social systems affect our health. Because the prerequisites for health are the circumstances of our daily life, the responsibility for health cannot be pushed to the health care system, it has to become an issue in all organisations, such as business companies, schools, in communities, wherever decisions on housing conditions, traffic policy, and city planning are made.

Health promotion is an intervention into social systems. As our health depends very much on the way our organisations and institutions are built, health promotion is a process of organisational change. Interventions into social systems is the way health promotion is put to action.

## **2. Roles and qualifications of health promotion professionals must be adapted to the broad task of health promotion**

The development of health promotion depends greatly on the development of the professional roles that can be considered typical for health promotion. So far a definite qualification profile for a promoter for health does not exist. Looking closely at the idea of health promotion, creating just one new profession might not be desirable. As action on health issues should take place in any sector, so health promotion qualifications should not be limited to one profession, but be open to many.

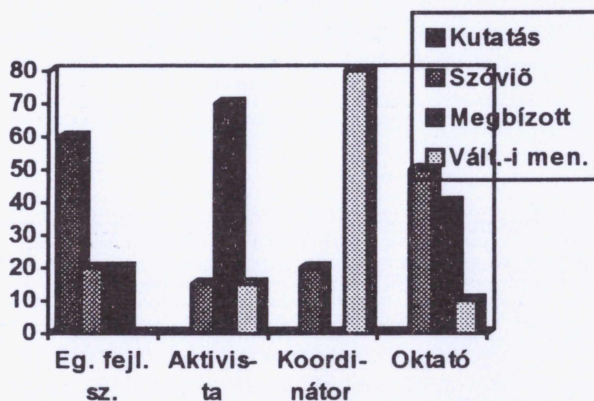
This openness should not, however, lead to a vague picture of the professional competencies needed. The idea that anyone can include health promotion activities in his other professional role should not prevent the setting of professional standards. Without standards and qualifications, health promotion will never have an influential position in society. To emphasise the importance of health promotion, roles and qualifications must be developed.

	Qualifications	Activities
Expert	Scientific know-how in various areas, such as epidemiology, medicine and nutrition	Research, publishing health reports and consulting
Advocate	Public speaking, skill to convince and motivate, and the ability to use the mass media	Addressing the public, convincing leaders and raising consciousness
Enabler	Special medical knowledge, education skills, psychological competence and group leadership	Training in specific health issues, such as nutrition, physical training and coping skills
Change facilitator	Social skills, group, leadership, organisational competencies, project management	Doing organisational development work, building intersectoral co-operation, negotiating and creating infrastructures

The wide range of health promotion activities points to four main roles. This does not mean that a person is bound to only one role, but that different roles require different skills. These roles include researcher, the advocate, the enabler and the change facilitator, who works on organisational development. Each role requires different qualifications and entails different activities. Researchers can be experts from different disciplines. They do surveys, keep track of developments in epidemiology, check health risks at workplaces, test ecological data, observe projects and evaluate them, etc. Advocates concentrate on informing people, raising consciousness of health issues, speaking out for the underprivileged, putting pressure on politicians and other people in leadership positions, working with the mass media, etc. Enablers support people by offering training in all sorts of health promoting activities, teaching coping skills, etc. As mentioned, the change facilitator is concerned with organisational development: starting, fostering and managing projects, building interdisciplinary co-operation, etc.

Considering the differences in roles is an important task for successful work in health promotion. This does not mean that a professional can work at only one level: everyone can integrate aspects of different roles. Experience with projects, however, suggests that the different roles in a project should be carried out by different people. The advocate who attacks a business company publicly for its noxious working conditions will not be the right person to consult the management in setting up a health promotion project. Both roles, the advocate and the organisational

consultant are important in this game and co-operation is the force that will help to achieve the project's goals.



As we are talking mainly about health promotion as an intervention into social systems we are focusing the role of the change facilitator. What Skills does he need? How has he to be trained? Before talking about those questions we should review briefly the main training activities which take place for health promotion and see how they fit to the differentiation of the roles.

### 3. Training's for different roles need different designs and methods

Training's are for quite some time on the agenda of health promotion. But after the short analysis of the different roles in health promotion we have to consider those roles and their differences for the philosophy and the concepts of trainings. For which role should be trained for. Different roles and qualifications need different trainings as far as the content, but also as the methods are concerned. The discussion about trainings has been also promoted by an international, loose coupled group of training experts, the so called European Health Promotion Training Group (EHPTG). Gathering the main health promotion training activities in Europe the group found a useful distinction between different types of qualification activities:

- a) **Education:** Courses with a certain Curriculum, knowledge based, mostly to be finished with a certificate (f.i. Master of Science in Health Education and Health Promotion at the University of Cardiff).
- b) **Training:** Skill training on seminars: group work, producing surveys, gathering information, multisectoral co-operation, practice of project activity, evaluating the own activities.
- c) **Consultation:** Short term workshops (1-2 days) for people, who are engaged in a project, in order to learn, how to do the next step. The consultation will be adapted to the specific situation and the specific circumstances of the client in the project. Consultation is given several times at different stages of the development of the project.

Considering the four different roles discussed above we can see that for the first role of the expert the education type of qualification will be the most appropriate, the advocate needs knowledge but also skills in speech, writing, building contact with the mass media, the enabler also needs knowledge based education as well as training in particular practice and in teaching techniques. The change facilitator is the one who especially needs the consultation type of support but also training for social skills. The training we are talking about in this article is aimed at qualifying the change facilitator. We will pick out one of the most used tools for the planned change of organisation, the project management (PM) and see what qualifications are needed to do this type of work.

#### **4. PM as tool to change organisations: Putting the Settings approach into practice**

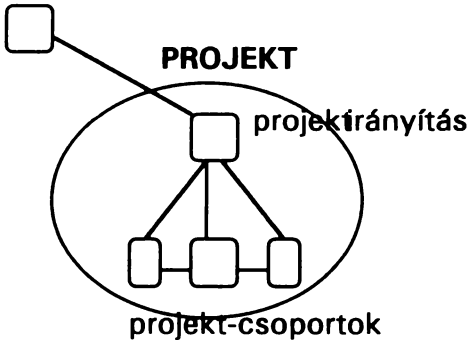
It has been the Projects and their successful management have become a favourite instrument in recent years for performing new and highly complex tasks in organisations or in the co-operation between organisations. At first primarily used by businesses, projects can now easily be found in non-profit organisations, too. They are powerful tools for organisational development. In the international health promotion movement, projects have become a central implementation strategy. But not everything that is called a project fits the definition that is commonly used by project management professionals. Project management is an appropriate tool for promoting health in businesses, schools and hospitals, as well as carrying out programmes on healthy lifestyles and ecological issues. Projects are a good way to organise multisectoral and

interdisciplinary collaboration limited in time to handle new tasks. Successful WHO health promotion projects, such as the Healthy Cities project and the newly created international network of Health Promoting Hospitals do more than aim at the development of complex social systems. They have become complex organisations that need highly skilled leadership and social creativity to solve the problems on their agendas. Health promotion, as an intervention in social systems, introduces the change facilitator's role into the range of health promoting activities. People working in institutions for health, education and science are trained and educated to deal with individuals or small groups. As a process of organisational development, health promotion, however, requires an understanding of how huge social systems work and calls for highly skilled management of the key people involved.

Projects are effective only when carefully and properly managed. Management tools can help the people in charge of projects to cheer up the confused situations that very often arise during this type of work. Thorough project management improves the chances for successful evaluation and high quality in health promotion activities.

All those issues reveal the attractions of projects and give therefore the background for the IF - WHO Trainings concepts on project development.

**Kliens**





## **5. Consequences for Training concept: Goals for Trainings**

The reasons for focusing on the role of the change facilitator and especially on project management have been stated. We can now concentrate on the qualifications and skills that are required for a successful project management. Projects are new created social systems with links to various types of organisations, people, cultures. Project management therefore has to handle a very complex social process. There can be figured out two main levels of know-how:

- a/ **Basic understanding of social systems, the different types of their logic, and the their conditions for change and development: Before starting a project there has to be defined an appropriate setting, entry points into relevant organisations have to be recognized. Awareness about the readiness of an organisation for health promotion activities and the ability to produce a practical diagnosis of complex social situations are very important Skills of a change facilitator, such as a healthy city project co-ordinator .**
  
- b/ **Know-how about the process of projects and handling it: A project has a beginning and an end and quite a few different stages in between. Each step has to be taken at the right time and each phase requires particular actions by the project manager. Goals for health promotion trainings according to this concept are the ability of**
  - **planing and defining a setting**
  - **clearing a contract, finding a client and keeping contact with the client**
  - **deciding the membership of projects**
  - **setting up a project organisation (tasks, decision-making procedures, subgroups)**
  - **networking, bringing together different sectors, professions, cultures of organisations**
  - **building up the framework: time, resources, target setting, clearing roles, evaluation, self-observation**

- supporting the social development of projects, using appropriate methods, moderating kick-off meetings and other sessions
- organising the marketing of a project
- performing necessary leadership functions within the project

## **6. The IFF-Approach - From Knowing to Acting: Concept of Trainings**

The design of trainings in project management must correspond to the principles of project management, which means that a successful training must comprise:

- an active part of the trainees;
- participation in the development of training programme;
- opportunities for taking different roles (leaders, clients, activists, etc.);
- experiences with different methods and settings of learning;
- chances for practice and experiments;
- working on group issues, such as team building, standards and values including the reflection of the group process in the training;
- evolving theories together utilising the participant's experiences from the workplace and the training; and participation in the reflection and evaluation of the training.
- Trainings in project management can be designed and practised like a project.

## **7. Design of Trainings**

The IFF approach to health promotion trainings tries to fulfil all aspects mentioned above. The following design is the one of the last training course - "health promotion International Training for Project Development 1992/93". As there are four different nations represented in the seminar group (Austria, Chekia, Germany, Hungary, Slovenia) there are one day-introductory workshops held for each country for preparing the decisions about the people and the number of people participating. The whole course covers 23 days divided into 7 blocks between 2 and 5 days within a period of year; in addition to the days on the seminars small groups organise themselves for a small research on a health promotion project chosen by

each group. The reports from this investigation are brought into the course and used as material to be analysed and evaluated, as we mentioned in the introduction already.

**Seminar I**  
Health promotion bringing various professions to work together  
5 days

**Supervisory group I**  
parallel groups of about 12 members and one supervisor meeting  
2 days

**Seminar II**  
health promotion as organisational development  
3 days

**group work**  
self-organised research on a health promotion project

presented and practised. The participants start preparing their group work of investigating and evaluating health promotion projects. Criteria for forming the different groups have to be found, projects that are to be investigated have to be selected by the groups and a strategy how to approach the projects has to be developed. Each group has to set up a working schedule and to decide what should be researched on and how the group members shall contribute. This process is very typical for working in projects so the people are learning by doing. "Quality time" for reflecting each step of this supports this learning a great deal.

**Group work:** The groups of 2 to 5 members visit a health promotion project for collecting data on the organisational structure, the process and the outcome of the project. The results are put into a summary with conclusions for project management strategies. The work is organised by the groups and the results are presented in the next seminar.

**Seminar III:** The results of the group work are presented and the conclusions for the project management are worked out. The key issues of professional project management are trained. The different stages, the necessary steps, the traps on the road and how to avoid them are

discussed thoroughly. Planning, contracting, team building, setting up structures for co-operation and decision-making, fostering group work, target setting, evaluating, marketing, keeping the contact to the relevant partners etc. are the important leadership functions with specific social skills to be trained.

**Supervisory groups:** Supervision is a qualified support for a special professional situation of a participant. For these sessions (3 x 2 days during the whole training course) the participants are split into steady groups of about 12 members. Guided by a supervisor the participants will have the opportunity to bring up problems they just face on their job and to reflect on projects to be performed or planned. Supervision is a counselling process in which each group member can get professional advice and emotional support from the others and the supervisor. The personal involvement of each individual is taken into account and how it affects the perspective. By sharing ideas, feelings, worries etc. the view of looking at a problem gets broader and new creative solutions can be found.

**Seminar IV:** The key issue of this final seminar is the development of the professional role toward health promotion. The effect of the training course on the growth and the development of one's personal skills is evaluated and conclusion for the role are drawn. Future perspectives and further steps of qualification are stated individually. Opportunities for projects and the chances of external support through organisational consultancy are discussed. The evaluation of the course completes the training programme.

## LITERATURE

- Baric, L., Promoting health. New Approaches and Developments, University of Salford, unpubl. paper, 199.
- Foerster, H. von, Observing Systems. Seaside, CA, 1981.
- Galbally, R., Community approaches to health promotion and disease prevention: The Victorian Health Promotion Foundation - A case study. Paper for the "Vienna Dialoge IV - Pioneering health promotion: Structures for new public health." European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna, 27-29 November 1989.
- Grossmann, R., Scala, K., Über die Schwierigkeit "Gesundheit" gesellschaftlich zu organisieren. In: Pellert, A., Ed., Vernetzung und Widerspruch. München, pp. 345:372 1991.

- Health promotion - Concepts and principles in action. A policy framework. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (document).
- Kickbusch, I., A strategy for health promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990 (document).
- Krajic, K., Pelikan, J. M., Tsouros, A., Improving the implementation and outcomes of health promoting hospitals: Project management and evaluation. Minutes of the first business meeting of the HPH in Dublin. Ludwig Boltzmann-Institute for the Sociology of Health and Medicine, WHO Regional Office for Europe, working paper, Vienna, February 1993.
- Lee, R. J. & Freedman, A.M., Eds. Consultation Skills Reading. Alexandria, VA, 1984.
- Luhmann, N., Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt, 1984.
- Luhmann, N., Ökologische Kommunikation. Opladen, 1986.
- Luhmann, N., The Differentiation of Society. New York, Columbia, 1982. Ottawa Charter for Health Promotion 14): iii-v, 1986.
- Pelikan, J.M., Krajic, K., Tsouros, A., Garcia-Barbero, M., Health promoting hospitals - Aim, concepts, strategies and possibilities for participation. Ludwig Boltzmann, Institute for the Sociology of Health and Medicine, WHO Regional Office for Europe, working paper, Vienna, April 1993.
- Pelikan, J.M., Grossmann, R., Dalheimer, V., "Neue Wege" der Organisationsberatung im Krankenhaus am Beispiel des WHO Projekts "Gesundheit und Krankenhaus". In: Wimmer, R. Ed., Organisationsberatung. Neue Wege und Konzepte. Wiesbaden, pp. 285:322, 1992.
- Pelikan, J.M. et al., Das Wiener WHO-Modellprojekt "Gesundheit und Krankenhaus" - Konzepte, Strategien, Erfahrungen. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K., Eds., Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Betrieben, Krankenhäusern und Schulen. Weinheim/München, 1993.
- Scala, K., The IFF-approach to health promotion training. In: Conrad, G. et al., Eds., Investment in Health, International Conference on Health Promotion, Bonn, 17-19. December. Education, Training and Research, Supplement No.2 to the conference proceedings, Tauerbischofsheim, pp. 47:52m 1992.
- Scala, K., Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Dokumentation zur "Gesunde Städte" Tagung 8-11. Oktober 1989, Wels.IFF, Linz, 1989.
- Senge, P.M., The fifth discipline. The art& practice of the learning organization. New York, 1995.
- Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. In: Supportive environments for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (document).
- Tsouros, A., World Health Organization Healthy Cities Project: A project becomes a movement. Review of Progress 1987-1990. Copenhagen, FADL, 1990.

**Willke, H., Systemtheorie entwickelter Gesellschaften. Weinheim/München, 1989.**

**Willke, H., Strategie der Intervention in soziale Systeme. In: Baecker, D. et al., Theorie als Passion. Frankfurt, pp. 333:361, 1987.**

**Wimmer, R., Die Steuerung komplexer Organisationen. In: Santner, K., Ed., Politische Prozesse in Unternehmungen. Berlin/Heidelberg, pp. 131:156, 1989.**

# ZSUZSANNA BENKŐ ÁGNES VETRÓ

## POSTGRADUATE TRAINING HEALTH PROMOTION AND MENTAL HYGIENE IN SZEGED

As a result of a co-operation between Juhász Gyula Teacher Training College (JGYTF) and Albert Szent-Györgyi Medical School (SZOTE), a postgraduate training in health promotion and mental hygiene was launched in September 1992.

Our experiment - named "Health Education" and started as a postgraduate training at JGYTF in September 1991 - might be considered as a professional and methodological prelude to the present training. The 30-hour course tried to follow the policies laid by the 1986 Ottawa Charter of WHO in terms of interdisciplinary and intersectoral approaches. Psychologists, paediatricians, psychiatrists, philosophers and preachers had been involved in lecturing. After closing the course and in the wake of a thorough review of the effects of the training upon the participants (undergraduates and teachers) and upon the pupils of an elementary school, we came to the conclusion that both graduate and postgraduate courses are indispensable.

On the basis of our wide experience (a 3-year TEMPUS JEP Grant with the universities of Glasgow and Würzburg; a workshop in Greiswald and in Heidelberg; an international course in Lüneburg; programs by the Association of German Teacher Training Colleges in Hungary) and observations, we are now convinced that not only teachers but also the experts - who may influence their social environment in the course of their work - should be integrated into this kind of training.

The curriculum has been developed following a decent and carefully long preparation. We considered both the Hungarians social and health conditions and the experiences of similar training courses in Western Europe.

A joint staff of 45-47 from JGYTF and SZOTE has been set up, and about 25 students can take part in the course. The costs of the training are covered partly by the tuition fees and partly by different grants.

## 1. THE PURPOSE OF THE COURSE

In the view of the international comparison of our data and analyses, the **physical-psychological and social-health conditions** of the Hungarian society calls for a wide and comprehensive social co-operation, because the problems simply cannot be solved by the health care system alone. In the wake of this revelation a lot of clubs, benefit groups and associations were formed, which have been trying to change the poor conditions ever since, though they still lack the expertise. Furthermore, the knowledge of health promotion, prevention and rehabilitation might also be used by experts working in various areas.

In the light of **interdisciplinary and intersectoral** principles, our main objective is to make the experts of education, medicine, pedagogy, social care and high-risk institutions understand, learn, apply and spread (as multipliers) the complex, theoretical-practical knowledge of the course. The participants, who are from different fields and have different qualifications, try to find a common language and make the first steps towards co-operation following the principles of building a network structure.

Thus the basic purpose of this training is not to develop a new job, but to provide supplementary knowledge that can be used by all kinds of experts with great benefits in their own work. (E.g. teachers can integrate a health promotion and education program into their subjects involving other colleagues, parents and students, as well. The administrative and policy-making institutions of health care, social care and education and the local boroughs might also benefit from this course and do a better job in their co-ordination tasks.) In their educational and training programs, the local organisations of Dél-Alföldi Népfőiskola (Regional Teacher Training School in Southern Hungary) can also rely on our graduates who work in these areas and therefore are able to make a good use of their knowledge in health promotion.

## THE FORM OF THE TRAINING

It is a two-year course with blocks of 10-12 classes per week (Friday afternoons and Saturday mornings). The training includes lectures and group sessions with problem-solving and analysis, too.

The disciplines are grouped in **five blocks** with a final exam each.



1. **Social and Public Health Studies:** relevant social information on sociology, ethics, social care, management, public health and social work
2. **Psychological Development and Improvement:** includes psychology, psychotherapy, mental hygiene and education of handicapped children; the delegates also participate in so-called self-development groups.
3. **Medical Studies:** Provide information on the somatic and mental hygienic aspects of chronic diseases in the areas of paediatrics and internal medicine and on the relevant areas of psycho pathology and psychiatry.
4. **Skill Development:** Covers the development of social skills, so-called Bálint-Groups, practical application of movements, music and arts. The participants can share their knowledge and practical experiences with others via club meetings and workshops held at schools, elderly and mental homes, etc.
5. **Field Trip:** The participants will have the opportunity to apply what they have learnt during the course. They have to develop and carry out individual programs on health promotion and mental hygiene, then they have group discussions in order to help each other with some practical advice.

The places for field trips have been grouped as follows: Institutions of health care, education, public administration, police, army, prison (so-called high-risk institutions), etc. Participants should visit at least three of these places.

The closings practical training (field trip) of two months should be taken at the participants own working places. This experience provides the background for their theses. The purpose of the training is to learn how to apply the new knowledge in their own work.

**Workshop:** During the fourth term the students prepare and organise a workshop on the practical application of the theories. Thus they are prepared to apply their theoretical and practical knowledge in their work. Besides, they are empowered to understand and use the so-called workshop method, as well.

**Postgraduate qualifications will be granted to those participants who...Have passed the exams, taken part in seminars and workshops, completed the field trip and recorded their experiences, completed their thesis and passed the final state examination, too.**

The state examination consists of two parts: defence of the thesis and proving a penetrating knowledge of the topics discussed during the course.

The thesis should include a summary of both international and national experiences on the related topic. It also requires a fair orientation and selection in the literature. The practical knowledge and methodology (sociological, psychological, epidemiological) are converted into a special field. The oral examination and the defence of the thesis should be performed before a board of examiners (with five members covering the five subject area blocks). The head of the board of examiners should be an outsider who is a well-known expert in mental hygiene.

### **Terms of admittance**

University or college degree. We would like to get some information about the applicants' previous work experiences and how they intend to apply what they will learn in the course. Since we can train not more than 25 people a year, we believe that it's crucial to enable our graduates to act in numerous and various social areas. In order to ensure this, we have to seek and keep permanent contacts with the applicants' employers before their admittance and during the whole course, as well.

### **Contacts with the employers**

For the applicant's employers' workshops are organised where they can understand the practical side and applicability of our training. The executives of similar areas can discuss their actual problems and difficulties in group sessions with the assistance of a health promoter. Thus we can get exact feedback on the contents and practical use of our course and we can also stay open to any social needs.

We send our brochures to those institutions that are considered as important ones (bearing network considerations in mind), but have not joined in our program yet. Since there is hardly any institutional background for mental hygienic training in Hungary, we must make our society accept and respect our complex health promotion course.

**After completing the course** a special, public organisation (Empathy Mental & Health Care Association, EMHCA) will be formed for our fresh graduates, so as to ensure further training, consultation and co-operation. The association's register contains the graduates professional and personal

data, their special fields of interest and qualifications thus providing a kind of tutorial assistance, too. It means that a developing network centre for the Southern region of Hungary has been created, so that even the most remote villages might get informed about mental hygiene.

EMHCA will set up an **Adult Education Foundation** that will provide a continuous financial background of our training.

Thus our postgraduate training in health promotion and mental hygiene has been based on three important factors: **JGYTF** and **SZOTE** provide the institutional background and guarantee the high level of the training. The association (EMHCA) gives an opportunity for the graduates to cooperate, set up a network and update their knowledge. The **foundation** is responsible for the extension and undisturbed operation of the network and for the continuity of the training, as well.

*fordította: Kis Dózsai András*



# TARTALOM

<b>Előszó</b>	<b>5</b>
<b>Makara Péter: Egészségvédelem Magyarországon: A kihívás természete</b>	<b>7</b>
<b>Gaye Heathcote: Posztgraduális képzés az egészségügyi oktatás és az egészségfejlesztés terén az Egyesült Királyságban és ezek modelljei, valamint stratégiái</b>	<b>12</b>
<b>G.A.M. Widdershoven - M.H. Strik: Egészségtudományok és egészségfejlesztés oktatása a Maastricht-i Egyetemen</b>	<b>24</b>
<b>Lotte Kaba-Schönstein: Nemzetközi egészségfejlesztő poszt- graduális képzés. A multiprofesszionális képzés jól bevált modellje.</b>	<b>43</b>
<b>Klaus Scala: A szervezeti struktúra fejlesztésével az Egészség- neveléstől az egészségfejlesztésig</b>	<b>55</b>
<b>Benkő Zsuzsanna - Vetró Ágnes: Egészségfejlesztő és mental- higiénés posztgraduális képzés Szegeden</b>	<b>67</b>



# CONTENT

<b>Foreward</b>	<b>73</b>
<b>Peter Makara: Health Promotion in Hungary: The Challenge</b>	<b>75</b>
<b>Gaye Heathcote: Postgraduate Training Health Education and Health Promotion in the United Kingdom: Models and Strategies</b>	<b>80</b>
<b>G.A.M. Widdershoven - M.H. Strik: Education in Health Sciences and Health Promotion at the University of Maastricht</b>	<b>90</b>
<b>Lotte Kaba-Schönschtein: The International Postgraduate Training Courses in Health Promotion a Well-tried Model of Multiprofessional Training</b>	<b>107</b>
<b>Claus Scala: From Health Education to Health Promotion through Organisational Development</b>	<b>118</b>
<b>Zsuzsanna Benkő - Ágnes Vetró: Postgraduate Training Health Promotion and Mental Hygiene in Szeged</b>	<b>131</b>





## A KÖTET SZERZŐI

**Benkő Zsuzsanna, szociológus**

Szeged, Társadalomtudományi Intézet  
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem,

**Gaye Heathcote, szociológus**

Humán és Alkalmazott Tudományok Intézet igazgatója  
Crewe+Alsager Kar, Manchester Metropolitan University

**Makara Péter, szociológus**

Nemzeti Egészségvédelm Intézet tudományos igazgatója  
Budapest

**Lotte Kaba-Schönstein, szociálpedagógus**

Alkalmazott Egészségtudományi Intézet  
Lüneburgi Egyetem és Főiskola

**Klaus Scala, filozófus**

Osztrák Egyetemek Interdiszciplináris Kutatási és  
Továbbképzési Intézete, Bécs

**M.H.Strik, filozófus**

Orvosi Etika és Filozófia Tanszék  
Egészségtudományi Kar, Maastrichti Egyetem

**Vetró Ágnes, gyermekpszichiáter**

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem  
Gyermecklinika, Gyermek és Ifjúság Pszichiátriai  
Osztály vezetője

**G.A.M. Widdershoven, filozófus**

Orvosi Etika és Filozófia Tanszék vezetője  
Egészségtudományi Kar, Maastrichti Egyetem



## AUTHORS

Zsuzsanna Benkő Ph.D., sociologist  
Department of Social Sciences  
Albert Szent-Györgyi Medical University

Gaye Heathcote Ph.D., sociologist  
Head of Department of Humanities and Applied Social Studies,  
Crewe+Alsager Faculty  
Manchester Metropolitan University

Péter Makara Ph.D., sociologist  
National Institute of Health Promotion, scientific manager  
Budapest

Lotte Kaba-Schönstein, Diplom-Sozialwirtin,  
Diplom-Sozialpädagogin  
Centre for Applied Health Sciences, University of Lüneburg and  
Polytechnic of Northh East Lower Saxony

Klaus Scala, philosopher  
IFF Wien, Department of Teacher Training of the University  
Graz

M.H. Strik, research assistant  
Department of Health Ethics and Philosophy, Faculty of Health  
Sciences, University of Maastricht

Ágnes Vetró, Ph.D. child psychiatrist  
Child and Adolescent Psychiatry Szent-Györgyi Albert  
Medical University Szeged

G.A.M. Widdershoven, associate professor  
Head of Department of Health Ethics and Philosophy  
Faculty of Health Sciences, University of Maastricht