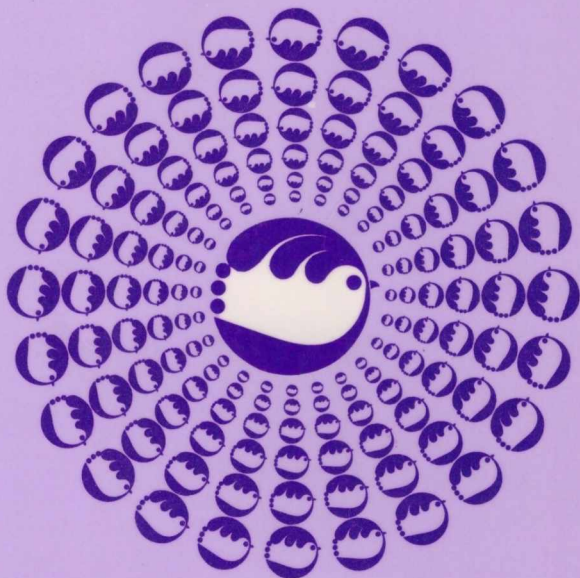


BENKŐ ZSUZSANNA
SZERK.

„Ne üljön lelkiünkön szenvedés”



EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS
MENTÁLHIGIÉNE
HÁLÓZATÉPÍTÉS

„Ne üljön lelkünkön szenvedés”

**EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS
MENTÁLHIGIÉNE
HÁLÓZATÉPÍTÉS**

SZERKESZTŐ

BENKŐ ZSUZSANNA

JGYTF Kladó, Szeged, 1995.

Szerkesztő

BENKŐ ZSUZSANNA

Címlap:

Csécsei Károly

**A kötet a Mentálhigiénés Programiroda és
a British Council
anyagi támogatásával készült.**

ISBN 963 7171 54 1

**Kiadja: Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Kiadó
Felelős kiadó: Varga István főigazgató
Terjedelem: 8,12 ív (A5)
Példányszám: 1000
Nyomdai és kötészeti munka:
Délmagyarország Nyomda Kft. Szeged**

TARTALOM

Előszó: dr. Veér András	5
Beköszöntő: dr. Makara Péter	7
Téka: a szerkesztő.....	16

„Formálok azt is, amivé ti válhattok”

Benkő Zsuzsanna - Vetró Ágnes: Egészségfejlesztés, mentálhigiéne, hálózatépítés Modellkísérlet Szegeden.....	21
Gaye Heathcote - Mary Issitt: Az egészségfejlesztés elméletének és gyakorlatának összehangolása munkatapasztalat segítségével	53
Benkő Zsuzsanna: Az egészségfejlesztő, egészségnevelő projekt készítéséről.....	73

„Mert életem millió gyökerű”

Gaye Heathcote: A hálózatépítés elmélete és gyakorlata az egészségfejlesztés területén (különös tekintettel Angliára és Magyarországra).....	89
Mary Issitt: A hálózatépítés tanfolyam alatti és a hatékony egészség- fejlesztésben a tanfolyam után alkalmazható modellje	103
Erdei Katalin: A hálózatépítés első lépései	115
Csík Vera - Barabás Katalin: Mentálhigiénés hallgatókkal végzett kiscsoportos munka tapasztalatai	119
Györgyné Kovács Erzsébet: Csoportmegbeszélés a hálózatépítésről	123

ELŐSZÓ

Korunk egyik legnagyobb kihívása a lelki egészség megőrzésének feladata. Minden olyan munka, tevékenység és szellemi alkotás, mely elősegítheti a korai szocializációt, a közoktatás és felsőoktatásban rejlő ilyen irányú lehetőségeket nemcsak támogatandó, de üdvözlendő is. Ezen belül az egészségfejlesztő munkák a mentálhigiéné alapját képezik. Benkő Zsuzsanna eddigi munkássága is korszakos jelentőségű, s feltehetően egyik, - ha nem az egyetlen - úttörő kezdeményezésnek számít. Épp ezért megtisztelő feladat előszót írni egy olyan műhöz, mely nemcsak gondolkodásában, de didaktikus és sok-sok saját élményen alapuló tapasztalatában is újszerű, s hazánkban első ilyen irányú kezdeményezés.

A mentálhigiéne egyik feladata - a sok között - az, hogy olyan művelt, széles látókörű, hatásos önismeretre támaszkodó fiatalok képzését vállalja, akik az egészséget mint értéket közvetíthessék az utánuk következő generáció felé. Tudott tény, hogy az egyetemre kerülő, s ott végző fiatalok számával arányosan nő a pszichológiai kulturáltság és csökken a különböző szenvedélybetegségek, neurózisok, pszichoszomatikus kórformák jelentkezése. A "kiművelt" ember megalapozza az egészséges nemzetet, megalakítja a polgári rendet, minőséget termel, önbecsülést teremt, identitást javít.

Az egészségfejlesztés persze csak egy része ennek a munkának, de elengedhetetlen szükséglete. Különösen most bír fontossággal a szerző(k) munkája, mikor átfogó mentálhigiénés program indult hazánkban, először a hazai történelemben, felismerve azt, hogy a mentálhigiénés mu-

tatók elborzasztó valósága olyan sürgető és hatékony összefogást sürget, ami nem tűr halasztást, félretesz minden kicsinyes rivalizálást és nemzeti együttműködést teremt. Kívánok az olvasónak, a résztvevőknek élményekben gazdag munkát, a szerzőknek munkájukhoz sok sikert.

Budapest, 1995. március

dr. Veér András

BEKÖSZÖNTŐ

A magyar népesség egészségének javítását, a betegségek megelőzését, az emberhez méltó élet meghosszabbítását csak az egész társadalom szervezett erőfeszítéseivel, anyagi szellemi erőforrásainak és egyéni kezdeményezéseinek mozgósításával és hatékony felhasználásával lehet elérni.

Nehéz körülmények között is van esély az egészség védelmére, megőrzésére, fejlesztésére. Ezt támasztják alá a nemzetközi és a hazai tapasztalatok. A hatékony megelőzés, egészségmegőrzés, fejlesztés azonban csak egy átfogó hosszú távú, megfelelő társadalompolitikai keretek közé illesztett egészségpolitikai stratégia alapján képzelhető el. E stratégia az Egészségügyi Világszervezet 1991-ben készített dokumentumára támaszkodhat, amely már figyelembe veszi a térségünkben végbement politikai változásokat és azok egészségügyi következményeit.

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójának 50 tagállama 1994 decemberében Koppenhágában az Európai Egészségpolitikai Konferencián nyilatkozatot fogadott el. Eszerint az egészségpolitikában

olyan stratégiai megközelítésre van szükségünk, amely megteremti a kényes egyensúlyt a hosszútávú célok és a rövid távú kivitelezhetőség között a mai pluralisztikus társadalmakban;

meg kell erősíteni a szolidaritás, egyenlőség és az emberi jogok alapértékeit, miközben elismerjük mind az egyén jogait a szabad vá-

lasztásra, részvételre és méltóságra, mind kötelezettségeit, hogy segítsen megerősíteni saját egészségét;

meg kell erősítsük a kormányzatok szerepét az egészség védelmében és fejlesztésében, törekedve az elérhető legmagasabb színvonalú egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének megerősítésére, még stagnáló vagy csökkenő nemzeti erőforrások esetében is."

Az egészségfejlesztés, az egészséget támogató társadalompolitika kiemelkedő eredményeket mutatott fel számos országban a hatvanas évek közepe óta. Az Amerikai Egyesült Államok szakértői szerint évente több mint egymillióval kevesebben halnak meg idő előtt az USA egészségfejlesztési stratégiájának köszönhetően. A finn hosszútávú egészségfejlesztési program igen jelentős sikereket ért el a szív- és érrendszeri megbetegedések, a kockázati tényezők csökkentésében. A dohányzás visszaszorulóban van a fejlett európai országokban, az alkoholfogyasztás elleni küzdelem különösen a mediterrán országokban volt sikeres. Ma már az európai fejlett országok legtöbbször hosszútávú stratégiával rendelkezik a lakosság egészségének javítása céljából. A Koppenhágai Deklaráció kimondja:

"A Régió tagállamai megerősítik egyéni és kollektív elkötelezettségüket, hogy megtesznek minden erőfeszítést abból a célból, hogy

megvalósítsák az európai "Egészséget mindenkinek" politikát az egyes országokban, biztosítva, hogy az egészségpolitikák és programok valóban betegségmegelőzés elvein és módszerein alapuljanak;

elősegítsék az életmód egészséges elemeit, az egészséget támogató környezetet és a minőség-központú költséghatékony és hozzáférhető egészségügyi ellátási rendszereket;

alakítsanak ki egészséget támogató ágazatközi politikát és stratégiát országos, regionális és helyi szinten, világosan megfogalmazott célokkal az egészségi állapot, a kockázati tényezők és az egészséget meghatározó körülmények vonatkozásában;

monitorozzák és értékeljék az előrehaladást e célok elérése érdekében, ezzel tudományos bázist biztosítva a politika folyamatos vizsgálatához és tökéletesítéséhez."

Eljött az idő tehát egy magyar hosszútávú egészséget támogató politikai célrendszer megfogalmazására és az elérésüket elősegítő eszközök meghatározására.

Alapelveink az egészségfejlesztésben, az egészséget támogató társadalompolitika kialakításánál:

- a megelőzés, az egészségfejlesztés hosszútávú állami, aktív felelősségvállalást igényel;
- az államigazgatásban meg kell teremteni az egészség fejlesztéséhez szükséges tárca- és ágazatközi koordináció hatékony formáit;
- a helyi társadalomba illeszkedő egészségvédelem fejlődését célszerű ösztönözni a bürokratikus hivatali megoldások helyett;

- újra kell gondolni az állami keretek között végzett egészségfejlesztés célját, szerepét, funkcióit, valamint együttműködését az önkormányzatokkal, civil szervezetekkel, önszervező csoportokkal;
- javítani kell az egészségesebb életmód választásának gazdasági és kulturális esélyeit, fokozni az állampolgárok érdekeltiségét egészségük érdekében;
- gyakorlatias, a tényleges életviszonyokhoz alkalmazkodó szolgáltatásokat kell kiépíteni, a lakosság érdekeit közvetlenül és nyilvánvalóan szolgáló akciókat sikerrel véghez vinni;
- fel kell támasztani az egészség irányában mutató piaci, gazdasági érdekeket;
- létre kell hozni az egészségfejlesztés, a megelőzés megfelelő pénzügyi forrásait, és biztosítani hatékony felhasználásukat;
- realizmusra, az erőforrások koncentrálására van szükség;
- megfelelő értékelési rendszerrel biztosítani kell a programok végrehajtásának ellenőrizhetőségét;
- ki kell alakítani az egészségmegőrzés szakemberképzésének és továbbképzésének rendszerét;
- az egészséget támogató társadalompolitika számára szövetségesként meg kell nyerni az orvostársadalmat, az egészségügyi dolgozókat,
- az egészségfejlesztéssel nem lehet a gyógyító szolgálat hiányait pótolni, jól működő egészségügyi rendszerre is szükség van.

Az egészségfejlesztés, a megelőzés öt kulcsterületre irányul:

- az egészséget támogató politikai gyakorlat, amely a legkülönbözőbb ágazati politikai döntések egészségre gyakorolt hatását is mérlegeli,
- az egészséget segítő természeti, gazdasági, társadalmi környezet kialakítása,
- a helyi közösségi akciók erősítése,
- a mindennapi élet alternatívái közül "az egészségesebb választására" való egyéni képességek fejlesztése,
- az egészségügyi szolgálat új hangsúlyainak kialakítása a megelőzés érdekében.

Az egészség nem az egészségügyben keletkezik és vész el. Társadalmi és gazdasági kölcsönhatások metszetében javul vagy romlik a népesség egészsége. Ezért az egészségmegőrzés talpköve az ágazatközi, az, hogy az egészség szempontjai épüljenek be a különböző ágazati politikákba (oktatás-, adó-, pénzügyi stb. politika) rendszerébe.

Az utóbbi két évtizedben a magyar lakosság egészségi állapota drámaian romlott. A világ legtöbb országában általános tendencia, hogy a születéskor várható átlagos élettartam folyamatosan nő. A fejlett ipari országokban az utóbbi évtizedekben az idős várható élettartama is meghosszabbodott. A fejlett országokban ma már az élet meghosszabbítása mellett a meghosszabbodott élet minősége egyre fontosabb kérdéssé válik. Magyarországon és a többi közép-kelet-európai országban ezzel ellentétes tendenciák érvényesülnek.

A magyarországi halandóság - nemzetközi összehasonlításban - a főbb életszakaszok (csecsemő-, gyermekkor, aktív és idős kor) mindegyikében kedvezőtlenül alakult. Az aktív korú (15-64 éves) lakosság halandósága kiugróan magassá vált, különösen pedig a férfi lakosság vált kiemelkedően veszélyeztetetté. Az 1990-es évek elejére a magyar aktív korú férfi lakosság halandósága kedvezőtlenebbé vált, mint amilyen az Magyarországon az 1930-as években volt és mint számos "fejlődő" ország aktív korú férfi lakosságának jelenlegi mortalitása.

A hazai egészségi állapotromlás sajátos voltára hívja fel a figyelmet a Magyarország és a szomszédos, illetve közös történelmi múlttal rendelkező országok, népek élettartam mutatóinak összehasonlítása. 1970-ben Magyarországon, Ausztriában, Finnországban és Csehszlovákiában azonos volt a férfiak születéskor várható átlagos élettartama (66,2-66,3 év). A következő két évtized folyamán Ausztriában és Finnországban jelentősen, több mint 5, illetve 6 évvel, Csehszlovákiában - bár jóval kisebb mértékben, alig több mint egy évvel - nőtt a születéskor várható átlagos élettartam. Ugyanezen idő alatt Magyarországon a megfelelő érték több mint egy évvel csökkent.

A halandóságban - mind az ország földrajzi területei szerint, mind a különböző társadalmi rétegek között - Magyarországon igen jelentősek a különbségek. A markáns egyenlőtlenségek fennállnak minden korcsoportban és minden fontosabb halálóki csoportban. A területi eltérések hátterében kimutathatók a súlyos társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek.

Az idő előtti és ezen belül az aktív korai halandóság halálóki struktúrájában Magyarországon - a fejlett ipari országokkal egyezően - a

nem fertőző, krónikus, betegségek, balesetek és önsértések okozta halálozások kerültek jelentős túlsúlyba. Az egészségi állapot kedvezőtlen alakulásában, a területi - társadalmi egyenlőtlenségek fokozódásában döntő szerepet játszott a társadalmi-gazdasági környezet, az ezzel szorosan összefüggő életmód (dohányzás, táplálkozás, alkohol fogyasztás, fizikai aktivitás hiánya, felelőtlen magatartás a közlekedésben, stb.), a környezeti ártalmak, az egyenlőtlenül fejlesztett, nem kellő hatékonysággal működő egészségügyi intézményrendszer, az élet megpróbáltatásaival való megbirkózás képességének hiánya, vagy elsorvadása. A népesség egészségének súlyos megromlásához vezető tényezőket tekintve Magyarország - sajátos, átmeneti helyzetben van. Hazánkban egyidejűleg jelen vannak a népesség egészségét veszélyeztető tradicionális, vagy klasszikus kockázati tényezők (higiénés-, táplálkozási, környezetszennyeződési problémák) és a modern, a társadalmi környezet szülte életmód elemeit képező kockázati tényezők (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, táplálkozás, stb.). Mindezekhez társul a nem kellő hatékonysággal működő kuratív egészségügyi szolgálat. Az egészséget károsan befolyásolják a gazdasági nehézségek közvetlen és közvetett emberi-társadalmi következményei is.

A gyors gazdasági-társadalmi változások, a létbizonytalanság, az adaptációs kényszerek megnövekedett stresszt jelentenek a lakossá számára, egy már korábban is súlyos mentális gondokkal küszködő társadalomban. Ha az egészségpolitika magukra a stresszhelyzetekre csak korlátozottan képes hatni (pl.: munkahelyi, iskolai egészségvédelem), annál többet tehet a lakosság konfliktusmegoldó képességének javításáért, a krízishelyzetben lévők lelki egészségéért. A lelki egészségvédelem, a korszerű mentálhigiéné - számos értékes kezdeményezés, működő hálózat

megléte ellenére - jelenleg nem rendelkezik megfelelő intézményes bázissal, szakembergárdával. Ennek létrehozása, az égetően hiányzó szolgáltatások kiépítése már régóta aktuális. A lakosság lelki egészségvédelmének fejlesztése a jelenlegi súlyos helyzetből való kilábalás egyik legfontosabb és kedvező eredménnyel kecsegtető útja.

A Koppenhágai Deklaráció kimondja, hogy az egészséget támogató társadalompolitika kiemelt figyelmet kell szenteljen a gyermekek, időskorúak, szegények, bevándorlók, menekülők, munkanélküliek és a társadalmilag hátrányos rétegek egészségi állapotának és élete minőségének. Ennek érdekében:

- "• Fokozni kell a közgondolkodás igényét olyan egészségpolitika és programok iránt, amelyek a különböző népességcsoportok egészségi állapota egyenlőtlenségének csökkentésére irányulnak;
- Biztosítani kell az egészségügyi szolgáltatások és az egészségvédelmi lehetőségek hozzáférési esélyegyenlőségét, vizsgálva, hogy az új finanszírozási és ellátási rendszerek ne hassanak hátrányosan e tekintetben;
- Amennyire lehet, információkkal kell rendelkezni az egészségi állapot egyenlőtlenségeiről;
- Ahol szükséges, ki kell alakítani a különböző politikai döntések egészségi állapotra gyakorolt hatásának értékelését."

Hazánkban az egészségi állapot jelzőszámai szerint a társadalmi egyenlőtlenségek igen nagyok, mind a halálozás és a megbetegedések, mind pedig a kockázati tényezők tekintetében. A közeljövőben az egyen-

lőtlenségek növekedésére számíthatunk. E téren elsődleges feladat a szociálpolitikával való együttműködés, az egészség- és szociálpolitika érintkezési pontjainak tudatos kimunkálása. A hagyományos egészségnevelés módszerei a magyar népesség "alsó" harmadában hatástalanok, a nemzetközi tapasztalatok kritikai elemzésére, módszertani kísérletezésre, tudományos kutatásra, képzésre, a megelőzés szempontjainak egyeztetésére és megfelelő szakembergárda kialakítására van szükség. E kérdéskör társadalmi hordereje nagy, a fenyegetést nem szemlélhetjük tétlenül, de gyors, látványos, kedvező változást e téren nem várhatunk. A hosszú távú célok korszerű képzettségű szakemberek sokaságát igénylik, továbbá az elemzés, tervezés, gyakorlati végrehajtása és értékelés tudományos megalapozottságát szolgáló kutatások fejlesztését kívánják meg.

Az egészséget támogató társadalompolitika, az egészségfejlesztés stratégiai elképzeléseibe kiválóan illeszkedik ez a tanulmánykötet is. A holnap feladataira ma kell felkészülnünk, hittel, illúziók nélkül.

Dr. Makara Péter

TÉKA

1990-ben, Szegeden, egy különféle szakemberekből álló kis csoport modern szemléletű egészségnevelési programot dolgozott ki tanár szakos hallgatóknak. A tervezet hamarosan valósággá: sikeresen oktatható tantárggyá vált. Ezután a pszichológusokból, orvosokból, szociológusokból álló team - a társadalom- és természettudomány más képviselőivel közösen - egyre nagyobb projektbe fogott, létrehozták a két éves *Egészségfejlesztő és mentálhigiénés* posztgraduális képzésüket. E folyamatos munka legfrissebb terméke e kötet, melynek tanulmányai, írásai két - a modellkísérlet fontos állomásának tekinthető - műhelytalálkozón (workshopon) hangzottak el.

1994 áprilisában az Egészségfejlesztő és mentálhigiénés szakember a társadalomban címmel konferenciát szerveztünk a képzésben résztvevő hallgatók munkáltatóinak és a képzés oktatóinak.

1994. novemberében került sor az Egészségfejlesztő és mentálhigiénés hálózatépítés című rendezvényre, melyen a képzés első diplomásaival és végzős hallgatóinkkal dolgoztunk együtt. A program egyik alapvető feladata a délmagyarországi egészségfejlesztő és mentálhigiénés hálózat megalapozása, kiépítése volt.

A kötet első tanulmánya a két éves szegedi egészségfejlesztő és mentálhigiénés posztgraduális képzés modelljét mutatja be. Ez a modellkísérlet remélhetőleg -mind tartalmában, mind metodikájában - számos ötletet adhat mindazoknak, akik bármely korosztálynak bármely módon a tanítást-képzést tekintik közvetítő formának. A tanulmányban a szerzők - Benkő Zsuzsanna, Vetrő Ágnes - nem csak képzési modelljüket vázolják

fel, hanem bemutatják a társadalmi integrálódás lehetőségeit és a hálózat-építést is.

Gaye Heathcote és Mary Issitt közös tanulmánya a Manchester Metropolitan Egyetem Alsageri Fakultásán megszervezett egészségfejlesztési oktatást és annak gyakorlati alkalmazhatóságát elemzi.

Benkő Zsuzsanna Az egészségfejlesztő, egészségnevelő projekt készítéséről szóló írása ahhoz nyújt segítséget, hogy a posztgraduális képzés hallgatóinak munkáltatói láthassák, milyen módszereket, szemléletet, nyelvezetet sajátítottak el beosztottjaik és így hatékonyabb lehessen közöttük a kommunikáció.

Gaye Heathcote és Mary Issitt, brit kollégáink 1994. évi novemberi előadásai a hálózatépítés elméleti tudnivalóit, fogalmi tisztázását, létrehozásának módszereit ismertették meg a résztvevőkkel.

A kötet végén betekinthez az olvasó abba műhelymunkába, amely a hálózatépítési konferencián a kiscsoportokban folyt. Erdei Katalin, Csik Veronika, Barabás Katalin és Györgyné Kovács Erzsébet ennek a munkának a bemutató összegzésére vállalkozott.

A szerkesztő

„Formálom azt is, amivé ti válhattok”

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS, MENTÁLHIGIÉNE, HÁLÓZATÉPÍTÉS

Modellkísérlet Szegeden

Benkő Zsuzsanna - Vetró Ágnes

“Az egészségfejlesztés olyan folyamatot indít el, amely során minden ember egyre fokozottabb mértékben válik képessé saját erőforrásai hatékonyabb mozgósítására, s ezzel egészségi állapotát a lehető legmagasabb szintre emelheti” (Ottawa Charter for Health Promotion 1986).

Bár Magyarországon az egészségvédelem, egészségnevelés, egészségmegőrzés fogalma hagyományosan használatos, hosszas töprengés után gondolatvilágunkhoz, szemléletünkhöz, céljainkhoz mégis új fogalmat kerestünk. Olyan magyar kifejezést választottunk, mely az egyén saját aktivitását, az őt körülvevő és benne zajló folyamatok alakítását is képes visszaadni, tehát nem csupán körülötte és vele történnek a dolgok, hanem ő is aktív résztvevője a történéseknek. Így esett a választásunk az egészségfejlesztés kifejezésre, mely az Ottawa Charta koncepcióját, filozófiáját is hívebben adja vissza. A magyar népesség egészségi állapotát tükrözik azok a statisztikai adatok, melyek értelmében a születéskor várható életkor Európa országai közül hazánkban a legalacsonyabb. A halálokok között első helyen szerepelnek a szív és érrendszeri betegségek. Minden negyedik ember halála mögött az alkohol és a dohányzás húzódik

meg. Az már világszerte köztudott, hogy Magyarországon az öngyilkossági mutatók milyen magasak. (Az elmúlt négy évben ugyan 450-500-al csökkent a befejezett öngyilkosságok száma, de sajnos ez a tendencia megállt, és lassú emelkedés figyelhető meg.) A neurótikus és pszichoszomatikus kórformák száma az utóbbi 30-40 évben szintén megsokszorozódott. A krónikus betegek és a fiatalon lerokkantositott emberek számának gyors növekedése is gondolkodóba kellett hogy ejtse a szakembereket.

A szociális környezetet mérgező munkanélküliség közvetve vagy közvetlenül minden harmadik-negyedik családot érinti. Ez a helyzet nem lassú, folyamatos változás eredményeként következett be, mint a fejlett polgári társadalmakban, hanem a rendszerváltást követően szinte robbanásszerűen alakult ki, sokkolva a népeiséget. A magyar lakosság település és képzettség szerinti megoszlása, és a kialakult munkanélküliség között szoros az összefüggés és ebben gyors javulás nem várható.

A család modellszerkezetében bekövetkezett változások számos olyan új feladatot, helyzetet hoztak, melyek mind a szülőket, mind a gyerekeket felkészületlenül érték. A nők tömeges munkába állása az állami intézményekre hárította a korábban családi körben megoldott feladatokat. A gyerekek születése, nevelése, az idős emberek betegsége, a betegek gondozása, ápolása, halála mind professzionális szereplők kezébe került. A megélhetési gondok nem felszabadították a családokat, nem gazdagították érzelmi életüket, hanem a másodállások, félállások eredményeként az emberek 11,5 órát töltöttek munkavégzéssel. A 70-es 80-as évek viszonylagos gazdasági gyarapodásának lehetősége önként a végletekig sarkallta önkizsákmányolásra az embereket. A saját egészség, a lelki gazdagság, a baráti kapcsolatok, a megszerezhető földi javak mellett az értékek sorában

egyre jobban háttérbe szorultak. Az állami intézmények - oktatási, egészségügyi, szociális - azonban a rájuk háruló feladatokat teljes mértékben nem tudták ellátni. Ebben nemcsak az intézmények strukturális és anyagi nehézségei akadályozták őket, hanem az ott dolgozók felkészültsége sem felelt meg a sokirányú -elsősorban a humanisztikus - követelményeknek. Így mindkét oldalon hiány, bizonytalanság keletkezett.

A modern társadalmak dinamikáját az alábbi társadalmi alrendszerekkel írhatjuk le: a gazdaság, politika, adminisztráció, tudomány, oktatás, vallás, egészségügyi szolgáltatások, család. Hagyományosan az egészségügyi intézményrendszer a betegek ellátását szolgálja. Az egészségnek intézményes struktúrája, hálózata, önálló társadalmi alrendszere nincs, és ezért igyekszik belépni mindegyik alrendszerbe. Tehát, az egészség nem egy intézmény, nem egy társadalmi alrendszer, nem egy meghatározott professzionális szakma feladata, felelőssége, hanem a társadalom teljes intézményhálózatát átfogó feladat. (Ralf Grossmann, Claus Scala: Health Promotion and Organisational Development 1993)

A társadalmi helyzetelemzés, a társadalmi alrendszerek működéséről vallott felfogásunk, valamint saját szakmai és intézményi tapasztalataink, ismereteink, kompetenciánk arra készítetett bennünket, hogy az oktatás területén avatkozzunk be. Bár számunkra is világos volt, hogy a törvényalkotás, a politikai döntéshozatali szféra hasonló szemléletű beavatkozása nélkül kezdeményezésünk partikuláris maradna. Szerencsére a demokratikus intézményrendszer kialakulásával elképzeléseink legitim keretek között, a makropolitikai struktúrába ágyazottan valósulhattak

meg. Így döntésünk a képzés súlypontjainak, szakmai tartalmának, társadalmi illeszkedésének meghatározására korlátozódott.

A magyar problémákhoz hasonló gondokkal a fejlett ipari országok társadalma is küszködik. Megoldási kísérleteik több szinten bontakoznak ki. Minden országban jelen vannak a társadalmi alrendszerekben e problémák kezelésére a professzionalisták, valamint a laikusok. A professzionalisták vagy önálló, ezekre a feladatokra specializált intézményekben dolgoznak, mint hivatásos egészségnevelő, egészségfejlesztő szakemberek, vagy különböző intézményekben főállású egészségnevelőként, vagy alaptevékenységükbe ágyazottan látnak el egészségfejlesztő feladatokat. Ezeknek a megvalósulási formáknak különböző variációival találkoztunk. Az Egyesült Államokban főleg az első variáció a domináns, míg Nyugat-Európa legtöbb országában az utóbbi. A laikusok főleg önszerveződő csoportokat hoznak létre és tartanak fenn. Ezekben a csoportokban az egymás segítségét az érintettség és a megélt nehézségek jelentik. Így például a gyermeküket egyedül nevelő édesanyák, a szivinfarktuson átesett betegek, a gyógyult vagy gyógyulni szándékozó alkoholisták, stb. saját mintájukon keresztül jelentenek egymásnak támaszt. Azt is látnunk kell, hogy ezek az önszerveződő csoportok nem a semmiből keletkeznek. Kell egy olyan társadalmi környezet, mely az elesettséget észreveszi és elfogadja. Kell egy olyan helyi politikai, regionális háttér, amely az önszerveződő csoportok kialakulásához, fennmaradásához, az emberek egymás megtalálásához segítséget ad. Meggyőződésünk, hogy a professzionális és a laikus segítség nem egymás konkurensei, hanem kiegészítői. Bár már szép számmal működnek Magyarországon önszerveződő csoportok, az elmúlt évtizedek túlzott ellenőrzöttsége, korlátozásai úgy tűnik hosszú időre bénították az

önszerveződést. Ennek facilitálása, koordinálása elengedhetetlenül szükséges lenne. Erre a feladatra olyan sokoldalúan képzett szakemberekre van szükség, akik nem egy meghatározott szakmát testesítenek meg (orvos, pszichológus). Ilyen tudásanyag, készségrendszer azonban - mely felöleli a komplex testi, lelki és szociális egészség fejlesztését is - egy rövid kurzuson nem alakítható ki.

Nemzetközi háttér

Figyelmünk olyan nemzetközileg ismert kurzusok felé fordult, melyek az előbb felvázolt kívánalmak szerint épültek fel.

A Manchester Metropolitan Egyetemen hosszabb előzményekre visszatekintő egészségfejlesztő képzés egyike annak a brit egyetemeken működő posztgraduális képzéseknek, melyek célja olyan szakemberek képzése, akik a lakosság egészségminőségének emelését hivatottak szolgálni. A képzés célja, hogy a kurzuson résztvevők a szükséges tudásanyagot, módszereket elsajátítva, saját munkahelyükön egészségfejlesztőként tevékenykedhessenek. Kurrikuluma tartalmazza a különböző egészséggel kapcsolatos témákról, kérdésekről való tájékoztatást. Alapvetően a tudományok eredményeinek gyakorlati alkalmazására koncentrálnak. Céljuk a kliensekkel való együttműködés kialakítása. Magába foglalja a kollaboratív tevékenységet, az emberek motiválását, ösztönzését. A képzésben alkalmazott módszerek igen sokszínűek: workshopok, önszervező csoportfoglalkozások, párokban történő problémamegoldás, különböző szövegek megtanulása, stb. A koncepció lényege az emberek önállóságra nevelése, önértékelésük, önbizalmuk elmélyítése, hogy egészségükkel

kat, életszínvonalukat. Az egészségfejlesztés ilyen megközelítése alapvetően különbözik a múltban használt, tekintélyvel alapuló nevelési módszerektől. A brit egészségfejlesztő posztgraduális képzések programjai olyan piaci elveken alapulnak, mint : a fogyasztót támogató kapcsolat, a fogyasztás, választás szabadsága, és a kliensbe vetett bizalom. Az így kialakított partner viszony csökkenti a szakember és a hozzá nem értők közötti szakadékot, és ezzel hozzájárul az egészségfejlesztés sikeréhez, azaz a hétköznapi ember mindennapi életében előforduló egészséggel kapcsolatos problémák megoldásához (Gaye Heathcote 1994).

A Holland Limburg Egyetem Maastrichtban a felsőoktatásban a különböző újítások központjaként vált ismertté. Oktatási elveik súlypontjai az aktív tanulás, az interdiszciplinaritás, a szakmai gyakorlat, és a gyakori tanári és hallgatói önértékelés. A Limburgi Egyetem minden kurikuluma a problémákra építő tanulási módszerben gyökerezik. Ez sokkal inkább tanítvány, mint tanárcentrikus megközelítés, mivel az önálló tanulásra és értékelésre ösztönöz. A tananyag alapját nem az előadások képezik, hanem a programokhoz kapcsolódó esettanulmányok és a szakirodalom. Az egészségtudomány mind nevelési mind kutatási programjában alapvetően interdiszciplináris. A nemzetközileg ismertté vált problémaorientált tanulási módszerükben az ún. “ hét lépcsős” megközelítést alkalmazzák. Ez a feladat tisztázása, a probléma meghatározása, elemzés, a lehetséges magyarázatok felsorolása, a tanulmányozandó kérdéskörök felállítása, a csoportfoglalkozáson kívüli információszerzés, a csoportnak való jelentés.

a Lüneburgi Egyetem Egészségtudományi Intézete 1979 óta évente 1 éves nemzetközi egészségfejlesztési kurzust rendez. A képzés az egészségügy, az oktatás, a szociálpolitika területein kulcs-pozícióban dolgozó szakembereknek szól. Korábban ilyen jellegű formális képzés ezen szakemberek számára nem volt. A kurzusok orvosokhoz, nevelőkhöz, jogászokhoz, ápolókhoz, pszichológusokhoz, szociális munkásokhoz, társadalomtudósokhoz fordulnak. A képzés célja egészségfejlesztési elméletek, koncepciók közvetítése és elemzése, az elméletek transzformálása a résztvevők különböző munkaterületeire, - nemzetközi és interdiszciplináris szinten - a tapasztalatcsere megvalósítása. A tanulás elméleti és gyakorlati szinten folyik. Az individuális munka, a csoportmunka, a plenáris vita, az előadások, intézménylátogatások, workshopok, szerepjátékok széles skáláját alkalmazzák. Ezen a kurzuson eddig 10 magyar szakember képződött (Lotte Kaba Schönstein 1994).

A bécsi központú Egyetemközi Egészségtudományi Intézet szintén a WHO Koppenhágai Irodával való közös kollaborációban alakította ki nemzetközi részvételű posztgraduális programját. Abból a mindenki számára világos tényből indultak ki, hogy milyen fontos szerepet játszanak a szervezetek az egészségfejlesztésben. A nemzetközi vita középpontjában is egyre inkább az egészségfejlesztési elvekhez és elképzelésekhez kapcsolódó és sikeresen megvalósítható szervezeti feltételek kerülnek. Arra törekszenek, hogy az egészségfejlesztésben dolgozó szakemberek szakképzettségét és szerepét az egészségfejlesztési feladatokhoz igazítsák. Programjuk kidolgozása során az Európai Egészségfejlesztési Oktatási Csoport elméleti, módszertani eredményeire támaszkodtak. Ez a

bizottság az egészségfejlesztési szakképzési típusokat három csoportra osztotta: oktatás (diplomát adó formális képzés), képzés (kétségfejlesztési szemináriumok, project gyakorlatok), konzultáció (egy-két napos tanfolyamok már működő projectben részt vevők számára). Saját képzésükben a project management elsajátítását állították a központba. Ebben a nemzetközi képzésben eddig öt magyar szakember képződött ill. képződik (Claus Scala 1994).

Németországban Bielefelden jött létre elsőként Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, mely számos egyetemi, önkormányzati, egészségügyi és oktatási intézménnyel közösen alakította ki kurrikulumát. Az interdiszciplinaritás elveire épülő posztgraduális képzés nagy hangsúlyt fektet az egyes résztvevők individuális gyakorlati képzésére (Badura 1990).

Mindegyik általunk is megismert, és röviden bemutatott modell közös volt abban, hogy az egészséget komplex fogalomként kezeli, hisz mindannyian az Ottawa Chartából indulnak ki. Ennek megfelelően ez a felfogás megerősítette a mi koncepcióinkat is. Nevezetesen azt, hogy nem lehet a fizikai, lelki és szociális egészséget, jóllétet szétválasztani. Ezek szorosan összekapcsolódnak mindennapi megjelenésükben is, ezért a képzés sem lehet teljes értékű bármelyik elem elhagyásával, vagy háttérbe szorításával.

Az egyes modellek súlypontjai közötti különbségek, a módszertani sokszínűség nyilvánvalóan az egyes országok kulturájában, felsőoktatási struktúrájában, intézményrendszereinek változatosságában rejlik. Ezért valószínűleg változtatás nélküli átvételük nem működött volna jól a hazai viszonyaink között. Ez számunkra igazán akkor vált mérhetővé,

mikor több nemzetközi fórumon saját programunk ismertetése után a szlovák, cseh, lengyel, és román kollégák érdeklődését, átvételi igényét tapasztaltuk. Valószínű, hogy a fejlett ipari országok tradicionális demokratikus intézményhálózata, hosszú történelmi, viszonylag stabil értékrendje más társadalmi háttérrel testesít meg. Közép európai kollégáink ezt a különbséget, illetve hasonlóságot tapasztalták.

Hazai oktatási és kutatási előzmények

1991 szeptemberében megfelelő szakmai előkészítés után 30 órás Egészségnevelés tantárgyat hirdettünk meg a Juhász Gyula Tanárképző Főiskolán. A multidiszciplinaritás és interszektoralitás elveire épülő programot a főiskola III. éves hallgatói látogatták. Ezt a programot általános iskolai pedagógusok és a tisztiorvosi szolgálatnál dolgozó orvosok is végighallgatták. A foglalkozásokat pszichológus, gyermekorvos, pszichiáter, filozófus, szociológus, lelki pásztor bevonásával tartottuk. A félévet lezáró beszámoló után összegeztük a hallgatók véleményét, minősítését névtelen válaszaik alapján (Benkő Zs. Rékasi J. 1992). Az értékelés további munkára, kutatásra ösztönzött bennünket. 1993 elején a JGYTF 2. sz. gyakorló általános iskola összes tanulója egy szociológiai vizsgálat keretében egy kérdőívet töltött ki. Ebben a gyermekek testi, lelki egészségét, családi, szociális háttérét, baráti kapcsolatrendszerét, életmódbeli választásait vizsgáltuk (Benkő Zs., Bárány F., Rékasi J. 1994).

Saját hazai kutatásaink, nemzetközi és hazai tudományos társasági tapasztalataink (Benkő Zs., 1990; Benkő Zs. 1992) alapján jutottunk arra a következtetésre, hogy diplomások számára posztgraduális formában szervezzünk oktatást. Ezek egyben arra is ösztönöztek bennünket, hogy ezt a képzést project formájában indítsuk el. A projectkészítésnél a hatékony működéséhez szükséges feltételeket az alábbiak szerint összegeztük:

- **A pontosan meghatározott feladat**
- A döntéshozás megfelelő struktúrájának kialakítása
- A feladat megvalósítására alkalmas team létrehozása
- Szükséges források (idő, pénz, hely) előteremtése
- Az intézkedési terv részleteinek kidolgozása
- A terv végrehajtásához szükséges folyamatosság (lépcsőfokok beiktatása) megvalósítása
- Project marketing megtervezése
- Folyamatos önértékelés és beszámolás biztosítása
- Anyaszervezettel való harmonikus kapcsolattartás
- A projekt-vezetés kiépítése
- Külső segítség, training és szervezeti konzultáció megszervezése (Grossmann, C. Scala 1993).

A KÉPZÉSI PROGRAM ISMERTETÉSE

A KÉPZÉS CÉLJA

Alapvető célunk az volt, hogy az interszektoralitás és multidiszciplinaritás szempontjait figyelembe véve olyan képzést hozzunk létre, mely egyszerre képes egészségfejlesztő és mentálhigiénés ismereteket nyújtani különböző előképzettségű diplomások számára. A képzés felkészíti őket arra, hogy a megszerzett ismereteiket környezetüknek formális vagy informális módon multiplikátorként át tudják adni. Ehhez a tevékenységhez a két év során megfelelő készségek kialakítására kerül sor. A képzés során fontos feladatunknak tekintjük, hogy a résztvevők - pedagógusok, óvónők, védőnők, managerek, népművelők, lelkeszek, orvosok, jogászok, rendőrök, katonatisztek, stb. - egy közös nyelvet alakítsanak ki.

A képzés elsősorban nem önálló szakma létrehozását szolgálja, hanem olyan ismereteket közvetít, melyeket a legkülönbélebb szakterületeken dolgozók saját eredeti munkájukba integrálva, nagy társadalmi haszonnal alkalmazhatnak. Külföldi tapasztalataink alapján megjegyzendő azonban, hogy a miénkhez hasonló képzettségű pedagógusok oktatják az általános és középiskolákban az Egészségnevelés tantárgyat.

A KÉPZÉS FORMAI ISMÉRVEI

Ahhoz, hogy a Magyarországon viszonylag újnak tartott ismeretanyagot, megközelítési módot, alkalmazott módszert el tudjuk sajátítani a hallgatókkal, minimálisan 4 féléves oktatásban kellett gondolkodnunk. Az előbb említett szempontok figyelembevételével semmiképpen nem jöhetett szóba a levelező oktatási forma. Így nyilvánvalóvá vált számunkra, hogy célkitűzéseink megvalósításához olyan magasszintű képzést kell létrehoznunk, ami mind a képzésben oktató team, mind a képzésben résztvevők számára igen áldozatos munkát jelent. Ezért a kurrikulumban felsorolt foglalkozásokat blokkosított formában hétvégeken 14 órában tartjuk. Ehhez kapcsolódnak a szemesztereket lezáró terepgyakorlatok. A felsőoktatási struktúrához igazodó szemesztert vizsgaidőszak fejezi be. A vizsgák számának kialakításánál sikerült önmérséklettel elérni azt, hogy egy-egy diszciplinából - függetlenül az oktatott félév számától - csak egyszer vizsgázzik a résztvevő. Nem kis nehézséget jelentett önmagunk magas szintű felkészítése a posztgraduális felnőttképzésre, hisz ebben az oktatási formában diplomás, gyakorlati tapasztalattal rendelkező, a témára motivált, felelős munkahelyen dolgozó személyek vesznek részt. Az oktatás - egymásra kölcsönösen támaszkodó - elméleti és gyakorlati részre tagolódik.

Elméleti rész

Az oktatókkal szemben nem csak a magas szintű elméleti felkészültség és oktatási gyakorlat a követelmény, hanem az is, hogy az átadott elméleti ismereteket a résztvevők gyakorlati tapasztalataival összevessék és összhangba hozzák, mintegy ezeket az elméleti diszciplinákat alkalmazott tudományként építve be a képzésbe. A foglalkozások az ismeretközvetítést, és az egyes témák kiscsoportban történő feldolgozását, tehát a problémafeltáró, elemző és megoldó technikát is magukba foglalják.

Tantárgyblokkok

Az elméleti bevezetőben vázolt szemlélet alapján az egymáshoz közel álló és egymást szorosan kiegészítő diszciplinákból tantárgyi blokkokat hoztunk létre. Minden bloknak van egy vezetője, aki tartalmilag, módszertanilag koordinálja a blokkhoz tartozó oktatókat, az oktatott tananyagot és a szerzett tapasztalatokat - szakmailag és módszertanilag - időről időre megvitatja velük. A blokkvezetők havi rendszerességgel találkoznak egymással, és az így szerzett tapasztalatokat igyekeznek tartalmilag és módszertanilag a komplex oktatásba beépíteni. Ehhez a munkához jelentett számunkra nagy segítséget az a nemzetközi képzési hálózat, melynek mára már mi is integráns tagjai vagyunk.

Szakmai integráció

Mivel a képzésben oktatott egyetlen diszciplína sem rendelkezik kizárólagossággal a másik fölött, ezért az oktatóknak nagyon szorosan együtt kell működniük. Ennek a több éves szakmai együttműködésnek köszönhetően az elméleti képzésben az ún. integrációkat hoztuk létre. Ez azt jelenti, hogy a kurrikulum filozófiájának megfelelően több tantárgy esetében 2-3 kolléga együttesen dolgoz fel a csoporttal az egészségfejlesztés és mentálhigéne szempontjából határterületi kulcskérdéseket. Ezek a súlyponti kérdések aztán az integrált órák keretében kiscsoportos feldolgozásra kerülnek. (Az egyes integrációkat lásd részletesebben a tantárgyi felsorolásoknál).

Gyakorlati rész

A szorgalmi időszak folyamán szintén blokkosított formában személyiség és készségfejlesztő gyakorlatokra kerül sor. Ezeken a gyakorlatokon a 25-28 fős évfolyam két kisebb csoportra oszlik. Ezek a csoportfoglalkozások mind a négy szemeszteren végighúzódnak.

Három alkalommal kerül sor terepgyakorlatra. Az első 40 órás gyakorlatot egyénenként teljesítik a résztvevők, a második 40 órát 2-3 fős kisebb csoportokban abszolválják, szintén az általunk felkért intézmények egyikében. A harmadik alkalommal már saját munkahelyükön szakdolgozatuk témáján dolgoznak 120 órában.

Az egyes gyakorlatok után 1 óra egyéni szupervízióban részeseülnek, melynek alapjául a terepen készített írásbeli beszámoló szolgál. Ezt követi a szemináriumon történő csoportos terepgyakorlati referálás, értékelés.

A KÉPZÉS TARTALMI ISMERTETÉSE

A képzés tartalmának kialakításakor azt a szempontot tartottuk szem előtt, hogy itt elsősorban az egészséggel kapcsolatos társadalmi, lélektani, és szomatikus ismereteket közvetítsük. A medicinális ismeretekben belül a fő hangsúly azokra a területekre esik, amelyek ismerete szükséges ahhoz, hogy az egészségfejlesztés mellett a primer és secunder prevenció valamint a rehabilitáció folyamatába tudjon bekapcsolódni a jelölt.

Az egyes oktatott diszciplinákat a következő öt blokkba csoportosítottuk:

1. Társadalmi és népegészségtani ismeretek

Az egészségfejlesztés szempontjából releváns társadalmi ismereteket közvetíti a szociológia/egészségsszociológia, etika/orvosetika, szociálpolitika, management, népegészségtan, szociális munka alapismeretek szemszögéből.

Szociológia - Egészségyszociológia

45 órás két féléves szigorlattal záruló tantárgy. Az első részben a társadalmi egyenlőtlenségek, szegénység és depriváció, településstruktúra szociológiai jellemzőit tekinti át. Az életmód, az életstílus és az egészség-kultúra már az egészségyszociológiai témákba vezet át. A család-szociológiai ismeretek az empirikus szociológiai módszerek megismertetésével kapcsolódik össze. A társadalmi szerep a professzionális szerepviselkedés szociológiai elemeit tekinti át. Utolsó nagy egységet képez a devanciák szociológiája.

Etika - Orvosetika

20 órás egy féléves kollokviummal végződő tárgy. Oktatása két nagyobb részre tagolódik. Az általános etikát tárgyaló részben a legfontosabb etikai irányzatokról kapnak áttekintést a hallgatók, külön hangsúlyt fektetve a modern 20.századi elméletekre. Az etikai- és érték- kategóriák, erkölcsi normák illetve az erkölcsi gyakorlat tényleges működésének megbeszélése konkrét esetek és szituációk keretében történik. Az elméleti fejtegetésekhez szorosan kapcsolódik a speciális, orvos-etikai problémákkal foglalkozó rész (eutanázia,szervátültetés, abortusz, szenvedélybetegségek).

Szociálpolitika

A szociálpolitika 25 órás kollokviummal végződő tárgy. Ismer-teti a jóléti államok szociálpolitikai rendszereit, az európai szociális integ-ráció problémáit. Rövid áttekintést nyújt a magyar szociálpolitika törté-nelmi előzményeiről. Következő lépés a társadalombiztosítás jogi alapjainak, szervezeti felépítésének, ellátási formáinak a bemutatása. Külön fejezetet szentel a gyermek és ifjúságvédelem, a munkanélküliek, a különösen hátrányos helyzetben lévők, a legszegényebb rétegek szociális ellátásának kérdéseire. Tárgyalja az egyházak és felekezetek karitativ és szociális tevékenységét.

Pedagógia - Egészségnevelés/fejlesztés

40 órás, szigorlattal záruló tantárgy. Az első szemeszter 20 órás programja a nevelés két színterével foglalkozik: a családi és az iskolai nevelés minőségével a gyermek személyiségének alakulása szempontjá-ból. A második félévben az egészségnevelés/fejlesztés három fontos területét ismerik meg a hallgatók: az egészség természet-ökológiai háttérét, az ember és a társadalmi-tehnikai háttér kapcsolatát. Végül a hazai és nemzetközi egészségfejlesztési koncepciók bemutatására kerül sor.

Statisztikai ismeretek - Számítógépes alapismeretek

2 - szer 15 órás gyakorlati jeggyel záruló tantárgy. A cél a statisztikai módszerek alkalmazásának elsajátítása, hogy a hallgatók képesek legyenek saját tudományos munkájukban ezeket a módszereket felhasználni. A számítógépes alapismereteken belül - speciális kollégium formájában - egy szövegszerkesztő programmal ismerkednek meg a hallgatók.

Népegészségtan

4o órás két féléves szigorlattal záruló tantárgy. A bevezető foglalkozások a népegészségtan célját, feladatát taglalják. Ezt követik az epidemiológiai alapismeretek. A népesség egészségi állapotának megismerése, az azt befolyásoló tényezők ismertetése, a természeti és társadalmi környezetben, valamint az életmódban rejlő kockázati tényezők bemutatása következik. Kiemelt hangsúlyt kap az egészséges táplálkozás, a népesség preventív szükségleteinek ismertetése a terhesség, a csecsemőkor, a gyermekkor, a felnőtt- és időskor folyamán. Lényeges elem az egészségmegőrzés koncepciójának evolúciója, az Egészséget mindenkinek 2000-re program, és a magyarországi programok ismertetése.

Management

15 órás, gyakorlati jeggyel végződő tantárgy. A fő hangsúly az új szervezeti formák működésének megismertetése: project készítés, a project kapcsolata az institutionális szférával. A szervezetfejlesztés és az egészségfejlesztés összefüggése. Az interszektorális, multidiszciplináris team munka jellemzői. Végezetül az idő-management gyakorlatilag hasznosítható elemeit taglalja.

Szociális munka alapismeretel

15 órás, gyakorlati jeggyel záruló tantárgy. A szociális munka elméleteit taglaló fejezet után a szociális munka céljait fogalmazza meg. E témakör fontos pillére a szociális munkás eszközeinek rendszerbe foglalása. A következő nagyobb egység a szociális munka 3 fő típusát mutatja be: az individuális, a csoport és a közösségi szociális munkát. A szociális munka problémamegoldó modelljének fázisait is elsajátítják. Saját maguk készítetté esettanulmánnyal zárul.

2. Lelki fejlődés és fejlesztés blokk

A tantárgycsoport felöleli a pszichológia a fejlődéslélektan, a személyiségpszichológiát, a pszichoterápia, a mentálhigiéne és a gyógy-pedagógia alapjainak megismertetését, valamint a résztvevők saját élmény szinten személyiség és készségfejlesztő csoportokban vesznek részt.

Pszichológia - fejlődéslélektan, személyiségpszichológia,

40 órás, 2 szemeszteren át tartó szigorlattel záruló tantárgy. A fejlődéslélektan fejezetei után a segítő- segített kapcsolat lélektani elemeit vizsgálják. A személyiséglélektan körében a személyiségfejlődést meghatározó tényezők mellett a tipológiai, strukturális, dimenzionális megközelítésről kívánunk általános képet nyújtani. A rendszer bemutatásával a személyiség fejlődésének, elakadásának, korrekciójának lehetőségeit világítjuk meg, amelyek a gyakorlati feladatok végzése során az elméleti megalapozást szolgálják. Az intrapszichés és az interperszonális folyamatok megismerése előkészíti a deviáns személyiség sajátosságainak, fejlődéslélektani megközelítésének elsajátítását.

-

Pszichoterápiás alapismeretek

15 órás beszámolóval záruló tantárgy. A pszichoterápia fogalma, indikációja után a főbb pszichoterápiás irányzatok ismertetésére kerül sor. A hallgatók betekintést nyernek a humanisztikus, pszichodinamikus, a kognitív és behaviorista irányzatokba. A relaxációs módszerek közül az autogén training módszerével foglalkoznak behatóbban.

Mentálhigiéné alapjai

10 órás beszámolóval záruló tárgy. A tárgy a nemzetközileg és Magyarországon legáltalánosabban elfogadott megközelítési módokat, iskolákat mutatja be. Foglalkozik a lelki egészséget befolyásoló rövid- és hosszútávú tényezőkkel, a krízis (mint mentális egészség fordulópontja) fogalmával, fázisaival és a krízis-intervencióval. Tárgyalja a munkahelyi, az iskolai mentálhigiéné alapelveit, az önsegítés fogalmát és ennek gyakorlati vetületeit. Ismerteti a stressz, coping, az A - típusu személyiség fogalmát, végül a segítők kiégésének folyamatát és a védekező stratégiákat.

Gyógypedagógiai alapismeretek

10 órás, beszámolóval záruló tantárgy. A tantárgy keretében feldolgozásra kerülnek az értelmi és érzékszervi fogyatékoságok főbb jellemzői, súlyosági fokai és pedagógiai jellemzői. A beszédhibák és részképességszavarok is itt kerülnek megtárgyalásra.

Készségfejlesztés

Szociális készségfejlesztés 4 x15 óra kiscsoportos foglalkozás, a gyakorlati részvétel igazolásával zárul. A tanácsadás, a tanácsadó-kliens viszony, kommunikáció, interjú készítés stb. tartoznak tematikájába.

Képzőművészeti, test és mozgáskultúra, ének zenekultúra készség-fejlesztés.

3x15 óra kiscsoportos foglalkozás, a gyakorlati részvétel igazolásával zárul.

A képzőművészeti foglalkozások keretében saját élmény formájában ismerik meg az egyén és környezet, a tárgyak, a színek világát. A második részben a vizuális terápia alapfogalmai, alkalmazása kerül bemutatásra.

A test és mozgáskultúra kiindulópontja a pszichikum és fizikum összhangja. Csapatszervezés, csapatjáték, táborok, túrák szervezéséhez szükséges ismeretek elsajátítására kerül sor. Mindezeket a gyakorlatban is megtapasztalják.

Az ének zenekultúra keretében a zenei fejlődés életkortól függő sajátosságaival ismerkednek meg a hallgatók. A zenei élményhez az élménypedagógia eszközei nyújtanak segítséget. A zeneterápia alapjainak bemutatásával a zenében rejlő terápiás lehetőségekkel ismerkednek meg.

Személyiségfejlesztés - Bálint csoport alapismeretek

4x20 órás kiscsoportos foglalkozás, gyakorlati részvétel igazolásával zárul. Célja, hogy az egyén személyiségét alkalmassá tegye a mentélhigiénés munkára.

3. Medicinális ismeretek

A résztvevők a tantárgyblokk segítségével megismerkednek az ember egészséges testi fejlődésével, valamint sor kerül a krónikus testi lelki betegségek szomatikus és mentálhigiénés vetületeinek tárgyalására is.

Medicinális alapismeretek

15 órás, beszámolóval záruló tantárgy. Keretében feldolgozásra kerül az egészséges ember szervezeti felépítése és működése.

Gyermekgyógyászat

15 órás, beszámolóval záruló tantárgy. A krónikus gyermekbetegségek ismertetése és a prevenció és rehabilitáció lehetőségeinek bemutatása a cél.

Belgyógyászat

15 órás, beszámolóval záruló tárgy. A krónikus betegségek ismertetése és a prevenció és rehabilitáció lehetőségeinek bemutatására törekszik. A tananyag kiter az időskorúak speciális testi panaszaira, problémáira is.

Gyermek és ifjúságpszichiátria

20 órás kollokviummal záruló tantárgy. A gyermekek mentális betegségeinek okai, előfordulása, első tüneteinek jelentkezése. A gyermekkori pszichopatológia fejlődése. A gyermek és ifjúságpszichiátriai kórformák, prevenciójuk és rehabilitációjuk ismertetése.

Pszichopathológia, pszichiátria

A felnőttkori pszichopathológiai tünetek elemzése után rátér az egyes pszichiátriai betegségek ismertetésére. A tárgy keretében kerül sor a betegségek megelőzési lehetőségeinek taglalására és a rehabilitációs feladatokra is.

Természetgyógyászat

Az egész képzést átható holisztikus szemlélet értelmében a természetes élet és gyógymódszerek is szerves részét képezik az oktatásnak. Összevetik a negatív és pozitív gondolkodás fő karakterét, tárgyalják a fitoterápiát, a természetes életmódot, és a természetgyógyászati etika főbb kérdéseit.

Tantárgyi integrációk

A multidiszciplinaritás elvi és a team munka gyakorlati követelményeinek megfelelően a képzés szempontjából kiemelkedően fontos - alapvetően az egyes diszciplinákkal több ponton kapcsolódó - témákat blokkok közötti integráció formájában oktatjuk.

Eddig kialakított integrált témáink a következők:

- A család pedagógiai, pszichológiai, szociológiai megközelítése.
- A devianciák szociológiai, népegészségtani, pszichológiai megközelítése.
- A részképeszavarok gyógypedagógiai és gyermekpszichiátriai megközelítése.
- A pszichotikus kórképek - öngyilkosság ifjúságpszichiátriai és felnőtt pszichiátriai aspektusai.

Az integrációk általában 5 órás úgynevezett mini workshopok keretében valósulnak meg. Eddigi tapasztalataink arra ösztönöznek bennünket, hogy a jelenlegihez hasonló alapos szakmai, módszertani előkészítés után, további integrációkat hozzunk létre.

4. Terepgyakorlat

A résztvevők a gyakorlatok keretében lehetőséget kapnak arra, hogy az egészségfejlesztés legkülönbözőbb jövőbeli sztereit megismerjék, és a későbbiek folyamán ezekben egészségfejlesztő projekteket dolgozzanak ki. Ennek keretében lehetőségük nyílik arra is, hogy egy alkalommal egy komplex egészségfejlesztő projektben vegyenek részt.

A gyakorlólhelyeket az intézmények szektor szerinti megoszlásában csoportosítottuk:

Egészségügyi intézmények

Oktatási intézmények

Pénz és profitorientált intézmények

Államigazgatási intézmények

Nagy rizikójú intézmények (katonaság, rendőrség)

A gyakorlóhelyek kiválasztásánál figyelembe veendő szempont, hogy lehetőleg más jellegű intézményt válasszanak, mint amilyenben a résztvevő dolgozik. Amíg az első terepgyakorlaton egyéni megfigyelésre és feldolgozásra kerül sor, addig a másodikra igyekszünk két három fős csapatok kialakításához hozzásegíteni a hallgatókat, hogy a különböző foglalkozásúak között megvalósítható csoportmunkát gyakorolják.

A harmadik terepgyakorlat, melyre a résztvevők saját munkahelyén kerül sor, a szakdolgozatra való felkészülés jegyében telik el.

Minden gyakorlati periódust követően 1 órás szakmai konzultációra kerül sor. Az első terepgyakorlat után egyénenként dolgozzák fel a hallgatók tapasztalataikat az erre felkért konzulensek segítségével. A második alkalommal a 2-3 fős csapatok 2-3 - különböző képzettségű konzulens segítségével dolgozza fel gyakorló helyi tapasztalatát. Pl. egy családvoszból óvónőből és védőnőből álló csapat amely gyakorlatát a Gyermekklinikán teljesíti, mindezt egy gyermekpszichiáter, pszichológus, szociológus segítségével dolgozza fel. A feldolgozás mindkét esetben előzetesen megírt részletes napló alapján történik.

A napló alapján a Terepgyakorlatok szemináriumi feldolgozása tárgy keretében a hallgatók ismertetik egymással is tevékenységüket, és itt már az egyéni konzultáció eredményeit is hasznosítva mutatják be munkájukat. Ezzel a több szinten strukturált gyakorlati, beszámolási módszerrel mind az individuális munka, mind a csoportmunka elmélyítésére,

értékelésére kerül sor. A szemináriumi munka pedig lehetővé teszi, hogy mindenki minden gyakorlóhelyre "eljusson".

Államvizsga

Posztgraduális képzésünk - a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően - két fő részből áll. Minden résztvevő szakdolgozatot készít. A szakdolgozat tudományos és szakmai kritériumait mind az oktatók, mind a hallgatók pontosan ismerik. A hallgatóknak rendelkezésére áll egy széles témagyűjtemény, melyből választhatnak. Emellett szakmai érdeklődésük alapján más témát is választhatnak. Minden szakdolgozónak van egy témavezetője, konzulense, aki rendszeres időközönként segíti munkája elkészítésében. Az államvizsgát megelőzően minden dolgozatot egy szakember minősít.

Az államvizsga szóbeli része a szakdolgozat rövid ismertetésével kezdődik. A bizottság tagjai által feltett kérdésekre válaszolnia kell a jelöltnek. Az államvizsga második részében a három fő oktatási blokk (társadalmi, lélektani, medicinális) anyagából kap egy-egy elméleti kérdést a jelölt.

A diploma minősítése a szigorlati eredmények, a szakdolgozat (és védés), és a három elméleti kérdésre kapott osztályzat alapján kerül kiszámításra.

FELVÉTEL A KÉPZÉSBE, A VÉGZETTEK MUNKÁJÁNAK TOVÁBBI FIGYELEMMEL KÍSÉRÉSE

Felvétel a képzésbe

A felvételi követelmény egyetemi vagy főiskolai diploma (Jelentkezési lap, önéletrajz). A felvételi elbeszélgetésre kiscsoportos formában kerül sor. Először ismertetjük a jelentkezőkkel a képzés lényegét, várható előnyeit és felhasználhatóságát a különböző munkaterületeken, valamint azt az erőfeszítést, melyet 2 éven keresztül vállalniok kell, ha a képzésbe bekerülnek. A kiscsoportokban előre strukturált kérdések alapján kerül sor a beszélgetésre. A jelöltek elmondják, hogy mit várnak a képzéstől, és milyen területeken tudják/szeretnék alkalmazni. A résztvevők kiválasztásánál (25 fő) a 3-4-szeres túljelentkezés lehetővé teszi, hogy a lehető legszélesebb szakmai skálán dolgozó jelölteket válasszuk ki az interszektoralitást is figyelembe véve. További fontos szempontunk a települési megoszlás és a munkahelyi beosztás. Igyekszünk minél több falusi körzetben dolgozót felvenni, hisz az ő munkájukra - ismerve a falusi szakemberellátottsági mutatókat - igen nagy szükség van. A beosztásra vonatkozóan igyekszünk a vezetők és beosztottak egészséges arányát kialakítani, ugyanis a vezetők lényegesen szélesebb körben, kedvezőbb feltételek között tudják átadni a nálunk megszerzett ismereteket, míg a beosztottak a terepmunkában, a mindennapi tevékenységükbe építik be elsődlegesen tudásukat.

1992-ben Szegeden indítottuk útjára a képzést, s a folyamatos szegedi képzés mellett 1994-ben Orosházán kihelyezett tagozat is indult.

Kapcsolat a munkahelyekkel

Tapasztalataink azt mutatták, hogy az egészségfejlesztés, a mentálhigiénés munka lényege számos munkahelyen nem egészen világos a vezetők előtt. Jó szándékukról tanubizonyságot tettek, amikor hozzájárultak beosztottaik továbbtanulásához. Ennek ellenére hallgatóink gyakran észleltek munkahelyükön meg nem értést, idegenkedést, mikor munkájukban az új egészségfejlesztő és mentálhigiénés szemléletet alkalmazták volna. Először modellkísérletként - brit kollégáink segítségével - a munkahelyi vezetők számára workshopot szerveztünk. Ezen a találkozón először ismertettük velük képzési programunkat, kitérve arra, hogy véleményünk szerint miként tudják/tudnák az egyes intézmények és vezetők az intézmény érdekében hasznosítani a képzésben megszerzett tudást. Brit kollégáink bemutatták a saját modelljüket. Ezt követően néhány hazai munkaadó ismertette tapasztalatait a nálunk képződő hallgatójuk munkájáról. Ezután kiscsoportos beszélgetésre kerül sor, melyen a hasonló jellegű munkahelyi vezetők egy egy oktató koordinálásával megvitathatták a konkrétan felmerülő igényeket, esetleges nehézségeket. Így egyben visszajelzést is kaptunk a képzésünk tartalmáról, és gyakorlati konvertálhatóságáról. Modellkísérletünk olyan jól sikerült, hogy rendszeresítettük képzésünkben. Ez lehetővé teszi, hogy a mindenkori társadalmi igényekre - ezen a csatornán is - nyitottak és érzékenyek maradjunk. (Benkő Zs.1994.)

Hálózatépítés

A diploma megszerzése után a végzett szakembereknek a további együttműködés, konzultáció és speciális továbbképzések biztosítása céljából országos bejegyzésű közhasznú egyesületet és alapítványt hoztunk létre. Ennek az igénye a hallgatókban, szükségessége pedig az oktatókban fogalmazódott meg. Az alapítvány, és az egyesület kezelésében lévő regiszter tartalmazza az évente végzők legfontosabb adatait, munkaterületét, érdeklődési körét, speciális ismereteit. Ezzel egyben a Dél-Alföld megyéiben (Csongrád, Békés, Bács-Kiskun-Szolnok) egy kialakulóban lévő egészségfejlesztő és mentálhigiénés hálózat centrumát teremtettük meg. Így az alapítvány és az egyesület segítségével a mentálhigiénés ismeretek - mindig a legkorszerűbb szinten - juthatnak el az apró falvas hátrányos helyzetű településekre is. Végzett hallgatóink - a tutori rendszer kialakításával - lehetőséget kapnak arra is, hogy egy-egy témában az elméleti képzésbe is bekapcsolódjanak. Így a mindenkori hallgatóink és végzetteink között több szálon is szerves munkakapcsolat jön létre.

A hálózatépítési és fenntartási kapcsolatrendszer elméleti/gyakorlati és módszertani háttérét egyéves program keretében igyekszünk kialakítani, meghonosítani. A közel 100 végzett és jelenleg képzésben résztvevő hallgató szinte átszövi a Dél-Alföld városait, falvait. Így ez a modellkísérletünk is nagy felelősséget ró ránk. Ezt az egyéves - a teljes koncepcióhoz szorosan illeszkedő -programot országos konferenciával és nemzetközi workshoppal zárjuk.

Irodalom

1. Ottawa Charter for Health Promotion 1986 WHO
2. Ralf Grossmann, Klaus Scala: Health Promotion and Organizational Development Developing Settings for Health Vienna 1993
3. Gaye Heathcote: Posztgraduális képzés az egészségügyi oktatás és az egészségfejlesztés terén az Egyesült Királyságban, és ezek modelljei, valamint stratégiái. In Az Egészségneveléstől az Egészségfejlesztésig JGYTF Szeged, 1994. Szerkesztő: Benkő Zsuzsanna
4. G.M.B. Widdershoven - M. H. Strik : Egészségtudományok és egészségfejlesztés oktatása a Maastricht-i Egyetemen. In: Az Egészségneveléstől az Egészségfejlesztésig JGYTF Szeged, 1994.
5. Lotte Kaba-Schönstein: Nemzetközi egészségfejlesztő posztgraduális képzés. A pultiprofesszionális képzés jól bevált modellje. Az Egészségneveléstől az Egészségfejlesztésig JGYTF Szeged, 1994.
6. Klaus Scala: A szervezeti struktúra fejlesztésével az Egészségfejlesztéstől az Egészségnevelésig. Az Egészségneveléstől az Egészségfejlesztésig JGYTF Szeged, 1994.
7. Bernhard Badura: Zusatzstudiengang "Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung" an der Universität Bielefeld. In: Gesundheitsförderung Aus und Fort-bildung WHO-Seminar in Greifswald 17-20. November 1991.
8. Benkő Zsuzsanna - Rékasi János : Az Egészségnevelés, az egészségtámogatás tantárgyról. Oktatói reflexiók. A Tű II. évf. 1992/4.
9. Benkő Zsuzsanna - Bárány Ferenc - Rékasi János : The Health Culture and Social Situation of Children between 6-14 Years. European

Society of Medical Sociology 5th Biennial Conference. September 16-18 1994. Vienna .

10. Benkő Zsuzsanna: Egészségfejlesztés és Mentálhigiéne oktatása tanárszakos hallgatóknak. Gyermekek és Ifjúságpszichiátriai Társaság I. kongresszusa. 1990 Visegrad.
11. Benkő Zsuzsanna: A mentálhigiéne, az egészségnevelés és egészség-támogatás az alap és továbbképzésben. Népegészségügyi Tudományos Társaság első kongresszusa 1992. Budapest.
12. Az Egészségfejlesztő és mentálhigiénés szakember a társadalomban. Workshop munkaadóknak és a képzés résztvevőinek. Szerkesztő: Benkő Zsuzsanna 1994. Szeged JGYTF.

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ELMÉLETÉNEK ÉS GYAKORLATÁNAK ÖSSZEHAISONLÍTÁSA MUNKATAPASZTALAT SEGÍTSÉGÉVEL

Gaye Heathcote - Mary Issitt

Nagy-Britanniában több szakkifejezés is használatos azon tevékenységfajta megjelölésére, amely valamely egyén vagy csoport egészségi állapotának javítására irányul. (Ewles és Simnett, 1992). Az ilyen tevékenységek összefoglaló elnevezése az *egészségfejlesztés* (health promotion), amelynek meghatározása a következő:

"... az egészség fejlesztését és a korábbinál nagyobb mértékű kontrollálását elősegítő képességek fejlesztésére irányuló folyamat" (World Health Organisation, 1984).

Az egészség jelen esetben nem a betegségtől mentes állapotot, hanem tágabb értelemben vett testi, lelki és szellemi jól-létet jelenti. E definícióból is következik, hogy az egészségfejlesztésnek igen sok módja lehetséges. A leghatékonyabb egészségfejlesztő programok gyakran olyan környezetben mennek végbe, ahol nem elsődleges cél az egészségvédelem - pl. iskolákban, fiatalok önszerveződő csoportjaiban, nyugdíjas-egyesületekben, stb.

Az "egészségnevelés" terminus azokra a formális ill. informális programokra utal, amelyek lehetőséget biztosítanak az egészséggel kapcsolatos tudásanyag elsajátítására. Az egészségnevelés az egészségfejlesztés nélkülözhetetlen eleme.

Beattie (1982) mutat rá arra, hogy az egészségfejlesztésnek különböző jelentései és hatásai vannak attól függően, hogy ki és milyen hatalmi bázisról határozza meg és rangsorolja az egészséggel kapcsolatos szükségleteket. Az egészségfejlesztési tevékenység megindítható egyrészt "autoritativ" módon, politikai aktusokkal; így történt ez pl. Nagy-Britanniában 1992-ben, amikor a kormányzat meghirdette "A nemzet egészsége" elnevezésű programját. E program keretében minden egészségügyi szervnek a kormány által meghatározott célokra irányuló különleges részprogramokat kell elindítania. Másfelől lehetséges az is, hogy az egészségfejlesztés a létező igényekre való válaszként jelenik meg. A tevékenység mindkét esetben irányulhat egyénekre és csoportokra.

Az egészségvédő szakemberek a mindennapi gyakorlat során számos tevékenységtípust végeznek. Minden olyan programnak, amely az egészségfejlesztő szakemberek képzésére irányul, meg kell értetnie velük a tevékenység politikailag elkötelezett természetét. A hallgatóknak tudatosítaniuk kell, mi a saját értékrendjük ebben a vonatkozásban. Képesse kell válniuk arra, hogy meghatározzák, saját foglalkozási területükön melyek az egészségfejlesztés alkalmazási lehetőségei.

Ez a tanulmány egy brit egyetemen folytatott posztgraduális egészségvédelmi program tapasztalatait ismerteti. A program megindításának célja az volt, hogy feltárja az egészségoktatás és -védelem elméletének alapvető nehézségeit; a londoni Egészségvédelmi Hivatal által finanszírozott kezdeményezés célja volt az is, hogy ráirányítsa a figyelmet a témára és mint országos mintaprogram segítse az egészségvédelem széleskörű elterjedését.

A manchesteri Metropolitán Egyetemen folytatott szociális és egészségoktatási graduális és master-képzési program háttere

1988-ban a londoni Egészségvédelmi Hivatal azzal bízta meg e tanulmány egyik társszerzőjét (Gaye Heathcote-ot), hogy vizsgálja meg, milyen lehetősége van egy, az általános és középiskolákban, a továbbképzésben és a felsőoktatásban dolgozó tanárok **in-service** képzésére irányuló posztgraduális program beindításának. Az egész országra kiterjedő vizsgálat egy évig tartott. A cél az volt, hogy a kérdőívek és mélyinterjúk segítségével gyűjtött adatok segítségével kiderüljön, szükség van-e a tanárok számára indítandó posztgraduális programra, s ha szükség van, milyen legyen ez a program. Az oktatási rendszer valamennyi intézményében vizsgálták a tanárok véleményét, figyelembe vették munkaadóik, az irányítók, a helyi oktatásügyi hatóságok és egészségügyi intézmények álláspontját is. Az adatok elemzése után a következő megállapítások adódtak:

1. A tanárok igen nagy előnyként értékelték a multidiszciplináris képzés lehetőségét. Jelezték, hogy az egészségügyi és szociális területen, ill. a közösségi- és gondozóintézményekben dolgozó szakemberektől elkülönített képzés megfosztja őket tudásuk bővítésének számos lehetőségétől. Ilyen körülmények között nincs lehetőség arra, hogy a különböző szakterületeken dolgozók termékeny eszmecserét folytassanak.
2. A posztgraduális képzés beindítása elengedhetetlen feltétele annak, hogy a köztudatban megjelenjen az "egészségoktatás" és az "egészségfejlesztés", mint körülhatárolható tudásanyag. Ezt részint a

társadalomtudományból és az orvostudományból származó, részint kommunikációs és oktatási gyakorlati ismeretek jellemzik.

3. Az oktatási intézményeknek az egészségoktatásban- és nevelésben meghatározó szerepe van. Ezen intézmények feladata, hogy fokozzák az egyének, a csoportok ill. a szélesebb környezet egészségét. A tanárok felelőssége, hogy megismertessék diákjaikkal azokat a döntési helyzeteket, amelyek az egészséggel kapcsolatosak ill. átadják azt a tudásanyagot, amelynek alapján a diákok képesek kialakítani életstílusukat, az egészséggel kapcsolatos magatartásukat.
4. A tanárok és más szakemberek már meglévő tapasztalatokkal és szaktudással érkeznek az **in-service** programra. Ez a tudás megfelelő háttér ad a párbeszédre alapuló (interaktív) kurzushoz, a hagyományos tanulás modellje itt nem megfelelő. A kurzuson résztvevő tanároknak maguknak is tapasztalniuk kell azoknak az elveknek és módszereknek a hatását, amelyek az oktatás tárgyát képezik.

Egy 1990-es kísérleti kurzus néhány tanulsága a mai napig megőrizte jelentőségét. Ezek az alábbiak:

- Nem egy részleteiben meghatározott tanterv alakult, hanem tanmenetnek egyfajta váza ("frame of experience") . A részletek a hallgatók, munkaadók és (az egyetem képviselőjében) a kurzusvezető megbeszélése nyomán körvonalazódnak, s így a tanmenet alkalmazkodik az egyéni, szakmai ill. intézményi elvárásokhoz, célokhöz. A részletes tanmenetről minden kurzus indulásánál születik egy megállapodás, amelyet a felek szerződésben (learning contract) is rögzítenek.

- A hallgatókat fel kell készíteni arra, hogy munkahelyükön az egészségvédelmi program céljaival kapcsolatos változtatást tudjanak kezdeményezni. A kurzusnak tehát tartalmaznia kell a következőkre vonatkozó információkat:
 - az igények felmérése
 - az igényekre történő reakció különböző módozatai (vagyis egyéni, közösségi és intézményi szintű egészségfejlesztési tevékenység tervezése és kivitelezése)
 - kiértékelés
 - a visszacsatolás módjai.
- A program irányító jellegű ill. autoritárius módszerek helyett a facilitációra, megerősítésre, önségítésre, részvételre, a társak által végzett értékelésre, kölcsönös tapasztalatcserére épül.

A kurzus alapelvei és megközelítési módja a tanári szakmán kívül is érdeklődést kelt. Felmerült, hogy - mint azt a korábban említett vizsgálat során a tanárok jelezték is - igen hasznos lenne, ha a program multidiszciplináris jelleget kapna, azaz megnyílna az egészségügyi, népjóléti szakemberek és a hivatásszerűen ill. önkéntesen szociális tevékenységet végzők előtt. Mivel a kurzus során hangsúlyosak a hallgatók személyes ill. szakmai fejlődésére vonatkozó szükségletei, és a kliensek/páciensek valamint a munkahely igényei is, ezért a kurzussal megszerzhető minősítés nevének magában kell foglalnia a "személyi" és a "társadalmi nevelés" szót is. Amikor az oktatás 1992-ben ténylegesen beindult, "személyi, szociális és egészségnevelés" (PSHE) lett a kurzus címe. Az elnevezés jelzi, hogy az egészségoktatás/nevelés definíciója

viszonylag tág, másrészt utal a kurzus céljának kettősségére, az egyéni és a szociális összetevőre.

A kurzus céljai

Az 1994-es kurzusra különböző szakmai területekről érkeztek a hallgatók. A programban részt vesznek a munkáltatók, valamint egyéb érdekelt intézmények és csoportok is. A célok a az alábbiak:

1. Lehetőséget adni arra, hogy azok is elsajátíthassák az egészségvédelmi és -fejlesztési ismerteket, akik munkahelyükön eddig elsősorban nem az egészségfejlesztéssel foglalkoztak.
2. Lehetővé tenni a résztvevők számára, hogy szélesítsék, elmélyítsék az egészségfejlesztéssel és -oktatással kapcsolatos ismereteiket, oly módon, hogy ezt a tudást munkahelyükön is alkalmazni tudják.
3. A hallgatókat bevonni egy olyan tanulási folyamatba, amely:
 - a különböző foglalkozásúakból összeálló csoportot mint a tanulás eszközét és forrását használja föl
 - lehetővé teszi a hallgatók számára, hogy a saját tanulmányaik során tapasztalják meg az egészségvédelem módszereit és folyamatait
 - lehetővé teszi a hallgatók számára, hogy a sok szakma képviselőit felvonultató környezetben próbáljanak ki bizonyos stratégiákat és technikákat.

A program elsődleges célja az, hogy az egészségvédelem és -oktatás elméletét és gyakorlatát integráló modell segítségével növelje a résztvevők szakértelmét és önbizalmát.

Ebben az összefüggésben a szakértelem összetevői a következők:

1. **tudás** - releváns, fontos információk az egészségről, a hozzá kapcsolódó szolgáltatásokról, stb.
2. interperszonális **képességek** személyek és csoportok vonatkozásában, technikák, szóbeli és írásbeli kommunikáció
3. **attitűdök** - a másság elfogadása, a változás esetleges szükségének felismerése mellett az egyén vagy a csoport elismerése
4. **értékek** - amelyek szerint inkább le kell győzni az egészségre károsan ható egyenlőtlenségeket, mint állandósítani azokat

Ezen összetevők felvázolása mellett meg kell jegyezni, hogy a szakértelmet mint holisztikus, egyénközpontú kategóriát fogjuk fel, amelyben nagy az integrált tapasztalat súlya. Ez a tapasztalat szükséges ahhoz, hogy "gondolkodó gyógyítókat" képezzünk (Schon 1987), akik kreatívak, kerülnek a mechanikus cselekvést. A tudásnak ezt az integrációját azáltal érzük el, hogy partnereknek tekintjük magát a hallgatót, munkaadót és az egyetemet: mindhárman a szakértelem növelésének részesei. Ez a hárompólusú viszony, mely egy szerződésben (learning contract) testesül meg (lásd alább), különbözőképpen alakul a kurzus különböző szakaszaiban. Ezt úgy tudjuk a legjobban megvilágítani, ha felvázoljuk a kurzus strukturáját és a különböző szakaszok során végbemenő folyamatokat.

A kurzus struktúrája

A kurzus öt modulból épül fel, és egyaránt használja a műhelymunkát (melyekben a résztvevők párokban vagy csoportokban dolgoznak együtt, egy csoportvezető [facilitator/tutor] segítségével), a távtanítás eszközeit (interaktív gyakorlatok, önértékelő feladatok), a telefonos konzultációt (telephone tutorials), a párban tanulást, az önsegítő csoportokat (melyek a hallgatók lakó- vagy munkahelyi közösségére épülnek) és a hálózatot.

Az első modul arra ösztönzi a hallgatókat, hogy az egészségvédelem területén bátran támaszkodjanak saját tapasztalataikra, és jelöljék ki azokat a célokat, amelyek elősegítik egyéni és szakmai fejlődésüket. E modul során kell világossá tenni azt is, hogy az egészségfejlesztés számos különböző formát ölthet, számos különböző kontextusban jelenhet meg, különböző emberek, különböző módon végezhetik. E szempont alapján öt modellt írhatunk le:

1. táblázat. Az egészségvédelem különböző megközelítései és a hozzájuk tartozó tevékenységek

MEGKÖZELÍTÉS	TEVÉKENYSÉGEK
orvosi	megelőzésre irányuló tevékenység tanácsadás, oktatás médiával kapcsolatos tevékenység kampányok/posztterek/bemutatók
viselkedésváltoztatási	médiával kapcsolatos tevékenység személyre szabott oktatás írott információ tanácsadás posztterek/bemutatók/kampányok
oktatási	egészségoktatással kapcsolatos be- szélgetések, kurzusok személyre szabott oktatás képességfejlesztés bemutatók/kiállítások/posztterek írott információ csoportos oktatás
hallgatóközpontú	az értékek és vélekedések tisztázása asszertív tréning egyéni és csoportos tanácsadás döntéshozatali gyakorlatok csoportmunka tapasztalati tanulás a társas képességek fejlesztése közösségi munka önsegítő csoportok
társadalmi szintű változások	kampányok, lobbizás politikai akciók nyomásgyakorló csoportok hátrányos helyzetű csoportokat segítő akciók gazdasági és szabályozó tevékenység egészségpolitika a gyakorlatra vonatkozó útmutatások törvényhozással kapcsolatos munka közösségfejlesztés egészségvédő szolgáltatások

A csoport különböző szakmákat képviselő tagjainak változatos tudásanyaga úgy érvényesülhet, hogy a kurzus különböző szakaszaiban meghatározott megközelítések és tevékenységek kerülnek előtérbe.

A bevezető szakaszban a hallgatók megismerkedhetnek a később következő modulokkal, hogy rendelkezésükre álljon egy váz, amely alapján megérthetik a kurzus felépítését. A bevezető modul fő feladata az, hogy szélesítse a hallgatóknak az egészségvédelemre/megőrzésre vonatkozó elméleti elképzeléseit, és az, hogy a hallgatók meghatározzák, a fent leírt vázon belül milyen pontos célt tűznek ki maguk elé. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az adott hallgató olyan egészségfejlesztő tevékenység(ek)ben vállal részt, amely tevékenység kívül esik mindennapi szakmai rutinján. A családorvos pl. a környezetvédelmi szakember munkáját figyelve tölt el egy napot, a rendőr a belgyógyászati intenzív osztályon, a tanár a kerületi nővért kíséri el beteglátogató útján. Mindez azért is hasznos, mert megmutatkoznak azok az előnyök, amelyekkel a hallgatótársak értékes tapasztalata és szakmai tudása jár, és a hallgatótársak megismerhetik egymás egészségfejlesztő munkáját.

A második modul, amelynek elnevezése "szakmai fejlődés/növekedés", a hallgatók már meglévő tudására és tapasztalatára alapoz. Teoretikus modellvázakat, koncepciókat ad, amelyek új összefüggésbe helyezik a gyakorlatban megszerzett tudásanyagot. Az e modul során érintett témák a következők: az egészséggel kapcsolatos értékek, nézetek, a különféle viselkedésformák és életstílusok eredete, az egészségfejlesztés és védelem egyéni és közösségi megközelítési módjai, az egészségfejlesztő tevékenység változatai a közösségen belül, interperszonális kapcsolatok, kommunikációs és döntéshozatali képesség, érzékeny

problémák kezelésének képessége. A modul központi elemét azonban azok a viták és megbeszélések adják, amelyek aktuális egészségügyi témákról, az egészségfejlesztést segítő változtatások lehetőségéről szólnak. Ez utóbbi téma magában foglalja a szükségletek és a megfelelő válaszlépések elemzését, a válaszlépések operacionalizálását a tervezési folyamat hagyományos szakaszaira (tervezés, kivitelezés, ellenőrzés [monitoring], értékelés [evaluation] való tekintettel. Nagy hangsúly kerül a kutatásnak ezen folyamatokban játszott szerepére, a hallgatók elsajátítják a módszerek és a módszertan alapjait.

Meg kell jegyezni, hogy e második modul tartalma kezdetben igen tágan meghatározott, és később, a hallgatók és munkáltatóik igényét is kielégítő módon lehet meghatározni a részleteket. (Mint már jeleztük korábban, a tartalmi kérdéseket a kurzus első műhelyében újratárgyalják és tovább részletezik, háromoldalú megállapodásba öntik szerződés formájában) mely a kurzusvezető által képviselt egyetem, a hallgató és a munkáltató között jön létre, és a munkáltató igényeit, céljait is tükrözi. Ily módon a kurzus ezen moduljának tartalma minden évben, a hallgatóktól függően más- és másképpen alakul.

A harmadik és a negyedik modul a résztvevők munkahelyére épül. A hallgató olyan munkahelyi programot ajánl a munkáltató figyelmébe, amely a többi munkatárs és/vagy a munkahelyi környezet egészségi helyzetének javítását célozza. A munkáltatónak igen aktív a szerepe e kezdeményezés formájának és tartalmának megbeszélése során. Ő biztosítja a kezdeményezés anyagi és személyi feltételeit, ő tehet a legtöbbet azért, hogy a projekt támogatást kapjon, fontosnak ismerjék el. A modul során végzett tevékenység azokra az ismeretekre épül, amelyeket a hall-

gató a kurzus során az egészségfejlesztés- és védelem tervezésére és kivitelezésére, az ezzel járó folyamatok menedzselésére vonatkozóan már megszerzett. A következő - negyedik - modul tárgya, hogy a változások miképp válhatnak széleskörűbbé, a folyamatba hogyan is kapcsolódhatnak be mások is. Így e szakasz központjában azok a stratégiák állnak, amelyek segítségével a többi munkahelyi kolléga magáévá teszi ezeket a kezdeményezéseket és idővel lavinaszerűen kiterjeszti hatókörüket. Ennek a modulnak egy további célja, hogy amikor a hallgatók visszatérnek a munkahelyükre, a környezetük érzékelje, hogy megszerzett tudásuk a munkahely számára hasznosítható. (A résztvevők ugyanis gyakran kénytelenek visszatérésük után bizonyos problémákkal szembesülni. Előfordul, hogy nehéz a gyakorlatban érvényesíteni a megszerzett képességeket bizonyos strukturális kényszerek vagy a kollégákkal való viszony megváltozásával kapcsolatos pszichológiai jellegű gátlások miatt. Gyakori, hogy a hallgató vonakodik magát mint a változás közvetítőjét az előtérbe helyezni. Sokszor be kell hozniuk a munkában azt az elmaradást, amit a tanfolyamon való részvétel okozott. Az is előfordul, hogy hiányzik nekik az a nagyfokú támogatás, amit a kurzus mint háttér biztosított. Ezek mind olyan problémák, amelyeket a munkahelyi főnök segítségével át lehet hidalni. Ebből ismét kiderül, milyen fontos szerepe van a tanulmányi szerződésnek és annak, hogy a munkáltatót korán bevonjuk a kurzus céljainak kijelölésébe és a végrehajtásba.)

Az utolsó, ötödik modul során a feladat egy 20.000 szó terjedelmű dolgozat készítése, amely az eddigi modulok során kitűzött célok megvalósítására épít és megadja a hallgató számára azt a lehetőséget,

hogyan a kutatás egy fontos részét önállóan végezze. E kutatásnak a következő követelményeknek kell megfelelnie:

- a gyakorlati munkára alapuljon
- elméletileg megalapozott legyen
- jó kiindulási alapot nyújtson az egészségfejlesztés/védelem terén a jövőben követendő stratégiának
- a célokat, a módszereket és a vizsgálat körét egyértelműen jelölje ki, akadémikus szigorúsággal, alaposággal készüljön

A kurzus meghatározó vonásai a következők:

- a korábban megszerzett tudást és képességeket a kurzus hasznosítja
- lehetőségeket teremt a közösségben végzett egészségfejlesztés szakmai gyakorlatának megértésére
- lehetőségeket teremt a résztvevők számára, hogy szakmai és személyes vonatkozásokban is jobban érvényesítsék az empátiát, az érzékenységet, jobban megérthessék a másságot
- elősegíti a facilitáció elméletének és gyakorlatának megértését, amely a hatékony PSHE-tevékenység fő módszere
- nagyon fontos, hogy az egészséggel kapcsolatos kérdéseket úgy mutassuk be, mint amelyek igen összetettek, mint amelyek vita és reflexió tárgyai lehetnek (az egészségvédelmi tevékenység politikai jellegét már kiemeltük a dolgozat elején).

Honnan érkeznek a résztvevők?

A program kísérleti szakaszában a résztvevők mind tanárok voltak, az oktatási rendszer különböző területeiről. Egyre erősebben jelentkezett az igény, hogy a részvétel lehetősége megadassék más foglalkozásúaknak is, dolgozzanak azok akár hivatásszerűen, akár önkéntesen valamely területen. A kurzus potenciális résztvevői a következők: az egészségügyi, a paramedikális dolgozók, a helyi közösségekkel, időskorúakkal, fogyatékosokkal vagy hátrányos helyzetűekkel foglalkozók, szociális munkások, börtönökben, a rendőrségnél, professzionális vagy önkéntes segélyszervezeteknél dolgozók, vagyis mindazok, akik tevékenységük során az egészséget érintő oktatási vagy kommunikatív szerepben lépnek fel. Mivel a hallgatók ilyen sok területről érkeznek, a csoportok összetétele igen heterogén. A kurzus tartalmának előzetes meghatározatlansága (tehát az, hogy csak a váz, a "framework of experience" adott), az a gyakorlat, hogy megbeszélések során alakítják ki a kurzus tartalmát, mely összhangba hozza az elméletet és a gyakorlatot, és végül az az alapelv, mely szerint a kurzus és a hallgatók közötti információáramlás nem egy-, hanem kétirányú (tehát a kurzust meghatározzák a hallgatók ismeretei), lehetővé teszi, hogy a kurzus minden résztvevő számára eredményeket hozzon. Igen kedvezőek a tapasztalataink ezzel a sokszínűséggel kapcsolatosan: a hallgatók igen sokat tanulnak egymástól, jobban megismerik önmagukat is.

A résztvevők jellemzői

A program eddigi történetének négy éve alatt számos különböző háttérrel rendelkező személy volt hallgatónk. Életkoruk szerint a legfiatalabbak huszonéves koruk végén, a legidősebbek ötven fölött jártak. A hallgatók nagy része nő volt. A legnagyobb arányban képviselt szakmai csoport a tanároké, akik az alap- és középfokú oktatás ill. a továbbképzés vagy a speciális képzés területéről érkeztek. (Ez a tény a kurzus első két éve során követett gyakorlatból következik, amely a tanárokat tekintette potenciális hallgatói rétegnek.) Az utóbbi két évben részt vett a kurzuson általános és pszichiátriai nővér, nővéroktató, fiatalokkal foglalkozó szakember, közösségi oktató, egészségfejlesztő szakember, közösségek egészségével foglalkozó szakember ill. egy börtönben dolgozó oktató is. Valamennyien elkötelezetten érkeztek a kurzusra és igen értékes segítséget kaptak munkáltatójuktól a foglalkozásuk körében végzett, s egyben a tanuláshoz is eszközként szolgáló tevékenységekhez.

Az alábbiakban egy példát mutatunk be, amely megvilágítja, hogy egy adott hallgató esetében hogyan mutatkoznak meg a kurzus - már ismertetett - fő jellemvonásai.

Az elmélet és gyakorlat hatékony összekapcsolása - esettanulmány

B. vezető egészségfejlesztési szakemberként (**senior health promotion officer**) dolgozik, munkahelye az egyetemtől 200 kilométernyire helyezkedik el. Feladata egészségfejlesztési programok kidolgozása és kivitelezése, az ezzel foglalkozó munkacsoport irányítása. Már 9 hó-

napja jár a tanfolyamra, s jelenleg a harmadik modulnál tart. A kurzus fő vonásait B. példáján a következő módon szemléltethetjük:

Reflektív gyakorlat

Fejleszti önelemző képességét, s használja is ezt a képességet, amikor egészségfejlesztőként dolgozik. Egyre jobban megérti, hogy milyen értékek és az egészségnevelési igényekről alkotott feltevések határozzák meg munkavégzését. Egy hosszútávú feladatán keresztül vizsgálja az egészségfejlesztés értékbázisához kapcsolódó teóriát és módszertant.

Közösségben szerzett gyakorlatát az első modulban arra használta, hogy a közösségben jobban megismerje azokat, akikkel munkája során kapcsolatba kerül, átvegye nézőpontjukat, és ne csak mint a közegészségügyi hivatal képviselője lépjen föl. A tanulásnak a kurzus során megismert módja olyan nagy hatással volt rá, hogy a tapasztalati tanulás egy hasonló módját vezette be a rábízott csoporton belül. Véleménye szerint ez igen hatékony módja az egészségfejlesztési igények felmérésének és a kisközösségi csoportok által követendő program kidolgozásának.

Kapcsolatok kialakítása (hálózat)

Igen hatékony módszernek találta hálózat kialakítását azokkal, akik tőle távol dolgoznak. Hatékony támogató, segítségnyújtó rendszert épített ki egy olyan hallgatótársával együtt, aki 450 kilométeres távolságra lakik tőle. Egy helyi támogatót is talált, aki mint "érdeklődő" ajánlott fel segítséget.

Interdiszciplinaritás

A többi - különböző munkahelyekről érkezett - résztvevő tapasztalatai alapján B. igyekezett meghatározni az egészségvédelem megközelítései, "filozófiái" közötti azonosságokat és eltéréseket. Az így adódó következtetéseket saját környezetében is felhasználhatja majd.

A munkáltatónál jelentkező eredmények

A fentiekben leírtakból származó előnyök a kurzus kezdete óta hatnak. Emellett B. a harmadik modul során a munkahelyén alkalmazható új stratégián dolgozik. A negyedik modulban majd ezt a rendszert ismereti másokkal egyrészt írásbeli beszámoló, másrészt a képzésre irányuló összejövetelek szervezése útján.

Következtetések

Az Egyesült Királyságban, mint ahogy Európa többi részén is, az egyénekre, közösségekre és társaságokra irányuló egészségfejlesztés a huszadik század egyik legfontosabb témájává vált. Az egészségfejlesztés problematikája elválaszthatatlan a politikától, kettős értelemben is: egyrészt a hatalmi különbségek közvetlenül kihatnak az "egészségi státuszra", másrészt a mindenkori kormányzat az egészséggel kapcsolatos területeken is saját ideológiájának megfelelően befolyásolja az erőforrások elosztását és felhasználását. Az egészségfejlesztés maga is ellentmondások-

kal teli tevékenység. Miután az egészség a jól-léttel, az életstílussal és a társadalmi körülményekkel szoros kapcsolatban van, az egészségfejlesztés hangsúlya hol az emberi élet strukturális feltételeinek vizsgálatára, hol az egészséggel kapcsolatos viselkedés keretében hozott egyéni választások elemzésére kerül. Az egészség mindent magában foglaló definíciója ahhoz vezet, hogy különböző érdekszervezetek és érdekképviselők jelennek meg, amelyek esetenként versengenek is egymással és maguknak igénylik a jogot, hogy eldöntsék, mi tartozik az egészségvédelem körébe és mi nem; a viták ilyenkor már nem a lényegi kérdésekről szólnak.

Az itt ismertetett posztgraduális program arra a felismerésre épül, hogy az egészségfejlesztés problematikus tevékenység, de igen jól ki tudja használni a nézőpontoknak, látásmódoknak azt a sokféleségét, amely a hallgatói kör heterogenitásából adódik. A program szerint mind az egyéneket, mind az intézményeket be kell vonni az egészségi státusz javítására irányuló aktivitásokba. Fontos a téma lényegét átfogó tudásanyag, a lelkesedés, az ügyek tisztázására való képesség, a problémamegoldó, a döntéshozatali és kommunikációs képesség, valamint az önbizalom és a mások támogatására való képesség. Hasonlóképpen igen lényeges az oktatás, a törvényalkotás, az erőforrások feltárása, a morális viszonyulás.

A munkahelynek főszerep jut az egészségfejlesztés terén: ez a megvalósítás fontos fóruma. A fentiekben leírt program nagy jelentőséget tulajdonít azoknak a lehetőségeknek, amelyek a munkahelyen állnak az egyén rendelkezésére. Megállapítottuk, hogy a munkáltatókba fektetett energia többszörösen megtérül, mert a szervezeti hierarchiában elfoglalt pozíciójuk miatt ösztönözni tudják beosztottaik egészségfejlesztésre irá-

nyuló tevékenységét, ami javítja a munka hatékonyságát, növeli a beosztottak komfortérzetét. Az egészségfejlesztő oktatás és a képzés tervezése során a munkáltató nézőpontjainak és céljainak megértése és számításba vétele alapvetően fontos szempont.

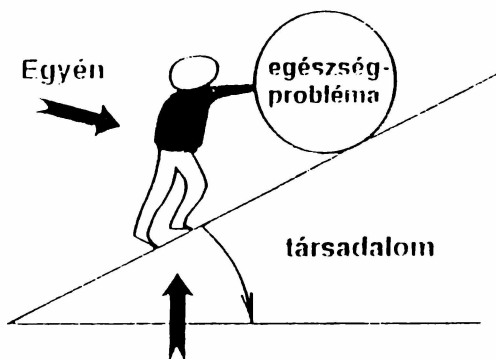
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ, EGÉSZSÉGNEVELŐ PROJEKT KÉSZÍTÉSÉRŐL

Benkő Zsuzsanna

1986-ban az egészségfejlesztés szempontjából igazán fontos dokumentum született. A WHO Ottawa Chartája nemcsak az egészségfejlesztés új irányait, forrásait jelölte ki: béke, megfelelő lakáskörülmények, oktatás, képzés, táplálkozás, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, a meglévő természeti erőforrások gondos felhasználása, szociális igazságosság és esélyegyenlőség, hanem a szervezeti fejlődés szempontjából is alapvető jelentőségű.

Az egészség javára vagy kárára lehetnek a politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, ökológiai, viselkedési, biológiai tényezők. Éppen ezért az egészségfejlesztés célja, hogy mindezeket a feltételeket kedvezőbbé tegye az egészség érdekében: fejleszteni kell az egyéni és társadalmi képességeket. Ennek a legjobban elterjedt eszköze a projekt.

Mielőtt a projektkészítés néhány lehetséges megközelítését megismernénk, idézzük két svájci tudós 10 pontos ajánlását, amit a projektkészítés általános összefoglalásának is tekinthetünk. Peter Fischli és David Weiss mindezeket egy új irodaház falára írták Zürichben.

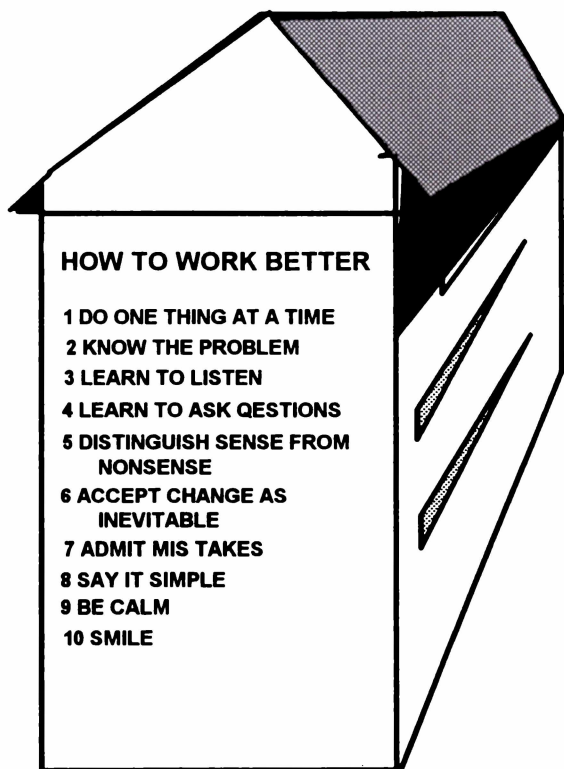


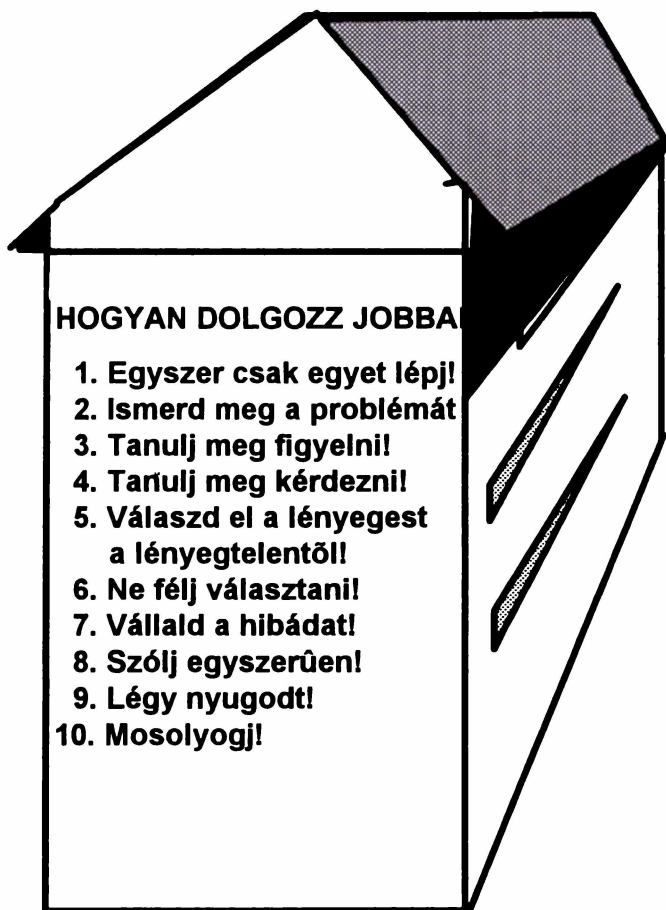
E. Ziglio: Health Promotion and the Ottawa Charter. 1993. okt. 18.
Előadás. Lüneburg.

A nemzetközi egészségfejlesztésben a projekt centrális szerepet játszik: a WHO egészséges város, iskola, kórház, munkahely projektjei, amelyek a team munka szellemét sugallják.

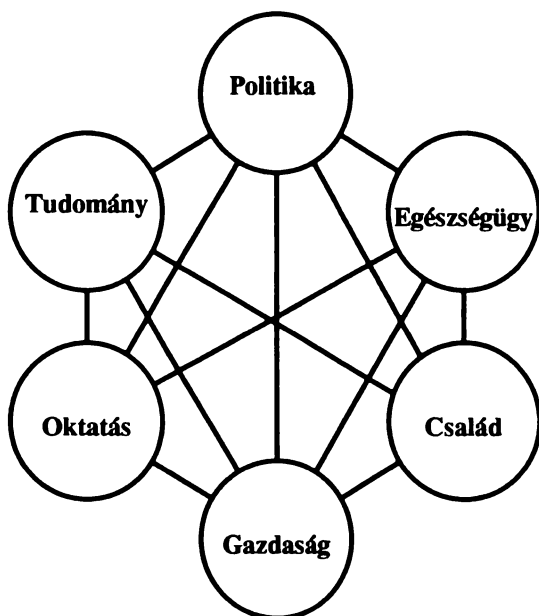


E. Ziglio: Health Promotion and the Ottawa Charter. 1993. okt. 18.
Előadás. Lüneburg.





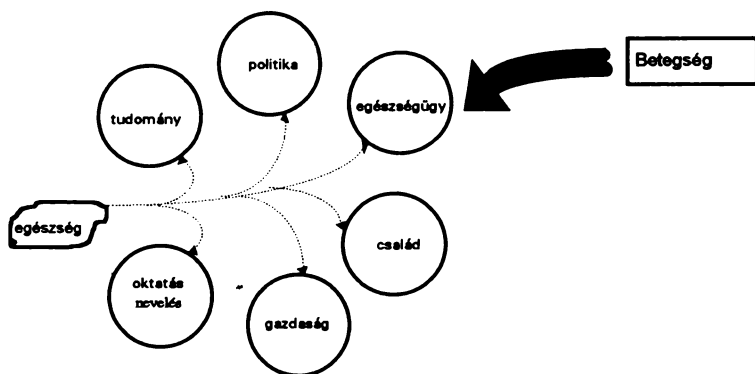
A modern társadalmak dinamikáját az alábbi társadalmi alrendszerekkel írhatjuk le: gazdaság, politika, adminisztráció, tudomány, oktatás, vallás, egészségügyi szolgáltatások, család, stb.



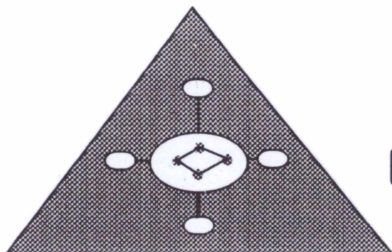
A társadalmi rendszer alrendszeireiben nincs önálló helye az egészségnek.*

* Health Promotion and Organizational Development. Developing Settings for Health. Ralf Grossmann - Klaus Scala. European Health Promotion Series No 2. Vienna 1993.

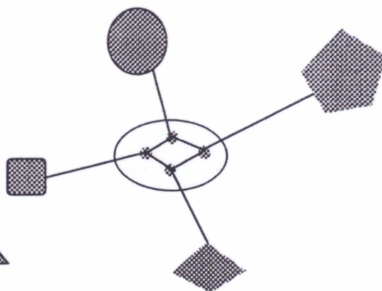
Mivel az egészségnek nincs önálló társadalmi alrendszere, ezért igyekszik belépni mindegyik alrendszerbe.



A projekt létrehozása egy új alrendszer létrehozását jelenti, amely az együttműködésnek, információcserének új innovatív formája. Új szociális alrendszerek fejlesztése alternatív módszerek alkalmazását jelenti. A projektet autonóm szervezetnek kell tekinteni akkor is, ha feladatát időben meghatározott terjedelemben valósítja meg. Olyan szervezet, amely vagy a szervezeten belül jön létre, vagy különböző szociális alrendszerek között jön létre:



Egy szervezeten belül létrejött projekt



különböző szociális alrendszerek közt létrejött projekt.

A projekt csak akkor töltheti be innovatív funkcióját, ha egyrészt autonóm tevékenységet fejthet ki, másrészt pedig fenntartja és hasznosítja kapcsolatait az anyaintézettel. Ennek szükségességét sokszor alábecsülik.

A projekt fő jellemzői:

- a szervezetnek olyan megnyilvánulási formája, amelynek funkciója, hogy megbirkózzon új, komplex, nagy rizikó tényezőjű, összetett feladatokkal a szervezetek között és a szervezeten belül, továbbá eszköz tervezett szervezeti változások végrehajtására,
- feladatokra mobilizálja egy vagy több alrendszer forrásait,

- lehetőséget biztosít arra, hogy kialakíthatók és ellenőrizhetők legyenek azok az erőfeszítések, amelyek a szervezetek és intézmények közti együttműködést szolgálják,
- olyan intézményesült "laboratórium", mely előkészíti egy szervezet jövőbeli modelljét, megalapozza kereteit,
- lehetővé teszi a résztvevőknek és az érintetteknek, hogy olyan ismeretekre és készségekre tegyenek szert, amelyek a mindennapi munkájukban felhasználhatók lesznek,
- nemcsak a kitűzött cél megvalósítása a fontos, hanem a megvalósítás során a különböző szervezetekkel való kapcsolat.

Egy projekt hatékony működéséhez szükséges:

- pontosan meghatározott szerződés és feladat,
- a döntéshozás megfelelő struktúrája,
- olyan csapat, amely megfelelő a feladatra,
- idő és hely a munkához (szükséges források),
- kooperációk létrehozása,
- a terv végrehajtásának folyamatossága,
- a megvalósításhoz, lépcsőfokok létrehozása,
- projekt marketing,
- önértékelés és beszámoló,
- anyaszervezettel való kapcsolattartás,
- a tapasztalatok és az eredmények cseréje,
- vezetés kiépítése,
- külső segítség: tréning és szervezeti konzultáció.

Az előbbi jellemzők közül néhányat értelmezzünk kicsit!

Meghatározni, tervezni: A végrehajtandó feladatokat korlátozni kell, különösen igaz ez az egészségfejlesztésre. Ellenkező esetben megnehezítené sikeres szervezésünket. A folyamatnak nyitottnak és változtathatónak kell lennie, mégis pontosan meghatározott célokkal. Ez a kíváncsi paradox: minél nyitottabb a feladat, annál határozottabbnak kell lenniük a céloknak.

Pontos szerződés: A szerződés képezi a projekt alapját. Fontos funkciója, hogy összeköti a résztvevő és az anyaservezetet. Ez keretként szolgál, és legitimé teszi az együttműködésüket.

Maga a szerződés kommunikációs eszköz, amely hozzásegít az ötletek és érdekek egyesítéséhez a konkrét tevékenységen keresztül.

A projektben résztvevők: A csapat kiválasztása meghatározza a projekt eredményességét. A résztvevők kiválasztásakor nagyon körültekintőnek kell lenni. A projekt céljait és feladatait alaposan figyelembe kell venni. A team tagjai kiválasztásánál ügyelni kell arra, hogy legyenek a teamben:

- olyan szakemberek, akik problémamegoldó készséggel és ötletekkel rendelkeznek,
- döntéshozók, akik politikai intézményekben, szervezetekben gyakorlatot szereztek, hogy gyorsan tudjanak dönteni,
- olyan kulcsemberek, akik ismertek, így nagy befolyással rendelkeznek.

A projekt szervezeti felépítése

A projekt két szintből áll: a döntéshozókból és végrehajtókból. Mindkét szintnek fontos helye van a projekt szervezeti rendszerében. A működés jelentős feltétele az együttműködésük demokratikus alapon történő megvalósítása. A döntéshozók feladatköre: a projekt csapat és az érintettek szervezetei közötti kapcsolat felvétele és a kapcsolattartás. További feladat a résztvevőket kiscsoportokba szervezni és ezen kiscsoportokat a közös cél érdekében koordinálni.

A WHO Koppenhágai Európai Regionális Iroda és a Lüneburgi Egyetem közös szervezésében létrehozott Egészségfejlesztő Nemzetközi Továbbképzésen az egészségfejlesztő projektkészítés lépéseit az alábbiak szerint taglalták*:

A tervezés lépései:

- A kiindulási helyzet elemzése. A probléma meghatározása. Az érintettek és a résztvevők igényeinek és érdekeinek tisztázása. (A tervezésben való érdekeltiségről és részvételről való töprengés.)
- A célok meghatározása. A lehetséges célok összegyűjtése. A célok definiálása: a távlati célok, a közvetlen célok, a részcélok, az egyes célok.
- A források tisztázása, felderítése.

* Internationaler Fortbildungslehrgang und Gesundheitsförderung. Universität
Lüneburg BzGA Köln, Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.
1993. Betzendorf.

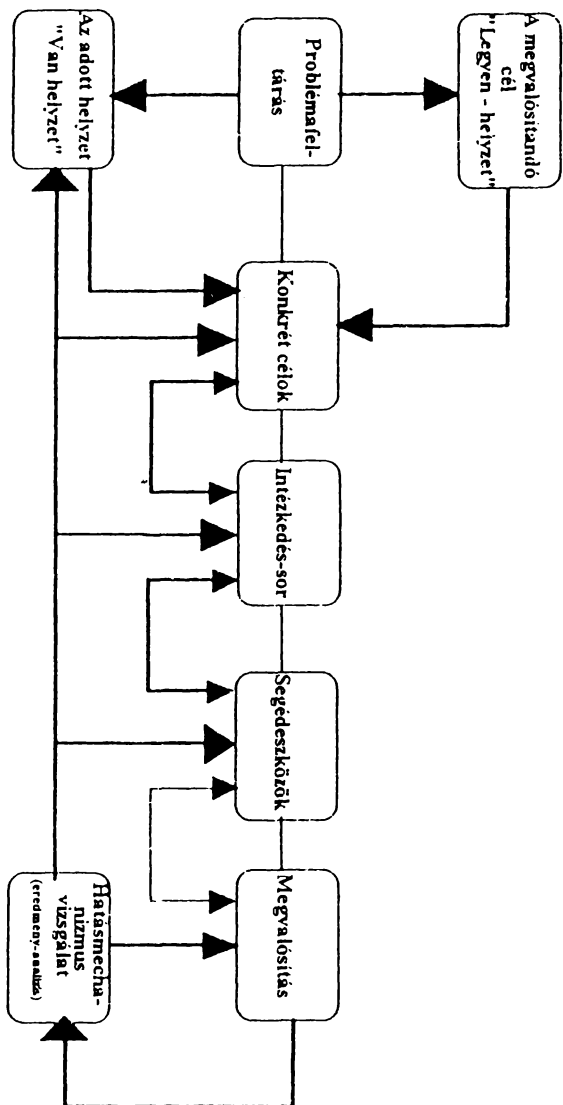
- Az intézkedési terv részletei (célok, tartalom, módszerek, erőforrások: személyi, anyagi, helyiségek, médiák stb., idő, együttműködés, eredmények értékelése).
- Az intézkedés-sor megvalósítása.
- Értékelés.

A tervezés lépéseinek tudnivalói:

- Saját mozgástér, erőforrások, saját erősségek, gyengék figyelembe vétele.
- Rendszerek és (szervezeti) struktúrák megfontolása.
- A résztvevők és érintettek érdekeinek tisztázása. Erőviszonyok elemzése.
- Veszélyforrások, ellentmondások és a gyenge pontok feltárása.
- Konfliktusok, késlekedések, kompromisszumok számításba vétele.
- Együttműködő és szövetséges társak keresése (interdiszciplináris, interszektoralis, esetleg interregionális).

A projektkészítés folyamatát és az egyes lépések előre és visszakapcsolását jól érzékelteti az a modell, amelyet egy müncheni nemzetközi szemináriumon használtak a résztvevők.*

* Internationale Seminar "Ansätze der Suchtprävention-Konzepte, Möglichkeiten und Erfahrungen" 10-16. Oktober 1993. München.



A WHO egészségfejlesztő projektjei közül ismerkedjünk meg az egészségfejlesztő iskola modelljével.

TRADICIONÁLIS EGÉSZSÉGNEVELÉS

1. Az egészségnevelést korlátozott fogalomként tekinti (osztályterem)
2. A személyi higiéniét hangsúlyozza és a testi egészséget, mellőzve az egészség átfogó értelmezését.
3. Az egészség oktatására szorítkozik, valamint tények megtanulására.
4. Hiányzik egy összefüggő, koordináló megközelítési mód, amely a diákokra gyakorolt **más hatásokat** is figyelembe venné (család, TV stb.)

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ ISKOLA

1. Átfogó szemléletmódja van. Az iskolai élet minden aspektusát beleérti és a gyerekek közösséghez való viszonyát hangsúlyozza. Az iskola mint **gondoskodó** közösség jelenik meg.
2. Olyan egészségmodellen alapszik, amely a **testi, lelki, szociális és környezeti** aspektusok közötti kapcsolatot figyelembe veszi.
3. A módszerek széles skálájával a diákok **aktív közreműködését** állítja a középpontba.
4. Összetevők széles skáláját ismeri fel, amely a diákok egészségét befolyásolja. Megkísérli a diákok **értékelt**, beállítódását, nézetét figyelembe venni.

5. Afele tendál, hogy a problémák sorát vagy a kríziseket egymástól elkülönítve kezelje.
6. A pszichoszociális faktorokra az egészséggel összefüggésben kevés figyelmet szentel.
7. Az iskola fontosságát csak korlátozottan ismeri fel (a tanár mintha táadására nem épít).
8. Nem törődik a pedagógusok egészségével és azzal sem, hogy ők jól érezzék magukat.
9. **Nem elég** aktívan vonja be a szülőket az egészségnevelési programba.
10. Az iskolai egészségszolgálat szerepét csak meghatározott időre vonatkoztatva, mint az egészség őrzését tekinti, és mint prevenciót gyakorolja.
5. Felismeri, hogy minden egészségi kérdéshez készségekre és folyamatokra van szükség és hogy ezt mint az egyes oktatási tervek részét kell tekinteni (pl. testnevelés, biológia, földrajz).
6. Egy **pozitív énkép és az önállóság** kifejtését maga az egészségfejlesztés fontos elemnek tekinti.
7. Felismeri, hogy iskola be- rendezése a diákokra és a pedagógusokra fontos hatással van.
8. Az egészségnevelés a tanárookra is érvényes. **A tanárok szerepét modellként ismeri el.**
9. A **szülők** támogatását és a velük való együttműködést **igen fontosnak** tekinti.
10. Az iskolai egészségszolgálatot átfogóan szemléli, a betegség elleni prevenciót és vizsgálatot magába foglalja, de azt is megkísérli, hogy az **aktív egészségnevelési** programot integrálja, és segít a diákoknak, hogy a **lehetőségeket** tudatosabban használják.

„Mert életem millió gyökerű”

A HÁLÓZATÉPÍTÉS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS TERÜLETÉN

(különös figyelemmel Angliára és Magyarországra)

Gaye Heathcote

Bevezetés

Ennek a tanulmánynak az a célja, hogy a "hálózat" és "hálózatépítés" szavakat az oktatás és az egészségfejlesztés szempontjából definiálja. Segít elhelyezni az egészségfejlesztési hálózatépítés módjait és modelljeit, és számos, a szakmai hálózatépítés körébe tartozó professzionális készséget és folyamatot azonosít. Megállapítható, hogy ezek a készségek és folyamatok mind az ügyfél/beteg/fogyasztó életstílusának és egészségügyi választásainak megváltoztatása, mind a szükséges politikai támogatás megszerzése szempontjából összefüggenek az egészségfejlesztés hatásával és hatékonyságával (utóbbi a változások strukturáltabb szintjén jelentkezik). Empirikus adatok segítségével rávilágítanak az egészségfejlesztők által a tanulás során szerzett képességek, folyamatok átültetésében és elterjesztésében felismert problémákra, valamint a hálózatépítés demonstrálható értékére ezen problémáknak megoldásában. Végül rövid összefoglalás olvasható a hálózatépítés "művészetének" jelenlegi állásáról, ami segítséget nyújthat a folyamatos szakmai továbbképzésben, valamint a szerkezeti problémák gazdasági, szociális és kulturális szintű vizs-

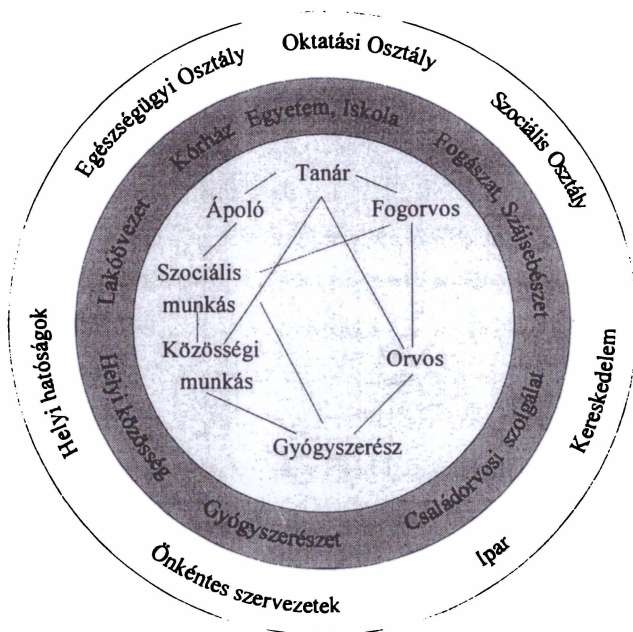
gálatában. Anglia és Magyarország jelenlegi hálózatépítését összehasonlítva. Angliában a hangsúly a szociális nélkülözés ellensúlyozására a multiprofesszionális erő megszilárdítására irányul, míg Magyarországon a meglévő infrastruktúra felhasználásával közösségek, munkahelyek és szolgálati egységek összekapcsolása zajlik. Itt olyan stratégiák kifejlesztése a cél, melyek képesek az átmeneti strukturális változásokhoz jól alkalmazkodni.

Definíciók: a "hálózat" és "hálózatépítés" szavak mostanában több jelentést kaptak. Eredetileg a számítástechnika és a telekommunikációs technológia területén alkalmazták őket. A "hálózatépítés" szó tengerentúli használatban szociális interakciók és szokások bizonyos csoportját jelenti. A "hálózat" szó szociális egységet is jelenthet, a "közösség", "környezet" vagy "szomszédsági csoport" szavak szinonimájaként.

Az általunk használt értelemben 2, 3 vagy több egyén jellemzésére szolgál, akik érdeklődésük vagy szakmai céljaik miatt ugyanabba a közösségbe kerülnek. Az újonnan megalakult csoport kialakítja saját identitását, mely nemcsak szakmai, de más - szociális, morális, intellektuális, problémamegoldó, politikai-célokat is szolgálhat. A csoport ereje nemcsak a résztvevők egyéni hozzájárulásából áll össze, hanem ide tartozik mindaz a támogatás és kapcsolat is, melyet a résztvevők más hálózati csoportokból hoznak, ahová tartoznak. Az angliai egészségfejlesztés keretein belül pl. ezt jelentik az egészségfejlesztés munkatársai és azok az összekapcsolódó hálózatok, melyek az egészségfejlesztés színtereit kialakító egyének csoportjait kötik össze az ilyen aktivitások finanszírozóival.

Ebben a tanulmányban a hálózatépítést olyan szakmai fejlődési folyamatként definiáljuk, ami az egyéneket és csoportokat a hatalom, a befolyás, a lehetőségek és az erőforrások birtokosaival kapcsolja össze.

Az egészségfejlesztés helye:



- ☐ Az egészségfejlesztés anyagi támogatói
- ☒ Az egészségfejlesztés helye
- ☐ Az egészségfejlesztők

1. ábra

Az egészségfejlesztés összekapcsolódó hálózata

Modellek

Az egészségfejlesztők szakmai képzésében kétféle hálózatiépítési formát lehet elkülöníteni. Ezek a következők:

1. Tanfolyam alatti hálózatiépítés - a tanfolyam résztvevőinek aktivitása, mely támogatja és továbbfejleszti a kurrikulum hivatalos képzésének folyamatait és anyagát.
2. Tanfolyam utáni hálózatiépítés - olyan aktivitások, melyeknek célja, hogy az egyént képessé tegyék a tanfolyam alatt elsajátított készségek és ismeretanyag alkalmazására és továbbadására. A tanfolyam alatti és utáni hálózatiépítés hasznosan alkalmazható a képzés minden szintjén, a szakképzés előtt, a graduális képzésben és posztgraduálisan is. Az itt bemutatott modellt alátámasztó empirikus kutatás a graduális, tanfolyam utáni hálózatiépítéssel kapcsolatos; de a publikáció utáni 5 éves periódusban végzett vizsgálat azt mutatta, hogy az eredmények érvényesek és használhatóak különböző szinteken, különböző céllal kialakított hálózatok esetében is. Bár a cikk fő témája a tanfolyam utáni hálózatiépítés, röviden tárgyaljuk a hálózatok szervezésének bizonyos elméleti alapelveit is, az angliai egészségfejlesztő képzési tanfolyamok tapasztalata alapján.

Az egészségfejlesztők számára szervezett graduális tanfolyamok Angliában már a 70-es évek elejétől léteztek. A résztvevők közegészségügyi, jóléti, szociális, gyógyító és paramedikális szakmákból jönnek - orvosok, nővérek, gyógytornászok, szociális munkások, fogorvosok, egészségügygel kapcsolatos közösségi munkások, környezetvédelmi tisztviselők, tanárok - hogy csak a legjellemzőbb szakmákat említsük. Minden tanfolyam alatt szoros munkakapcsolat alakul ki a

munkáltatókkal. A résztvevőket csoportos feladatok végzésére és a tanfolyamon kívüli találkozásra biztatják, amikor egészségfejlesztéssel kapcsolatos témák feldolgozásra biztatják a résztvevőket. Később, a 80-as évek elején az egyetemek posztgraduális képzéseket hirdettek meg, és ahogy az érdeklődés nőtt, megnőtt az oktatókra nehezedő nyomás is, hogy a tanfolyam költségeit tartsák alacsony szinten. Ezt a fejlődési lépést az ún. "hatásfok növelés" viszonylatában kell vizsgálni, amit az állami oktatás finanszírozási rendszere várt el az egyetemektől az akkor újnak számító minőségbiztosítási mozgalomban. A nagyobb osztálylétszám és a megnövekedett felelősség, kombinálva a költségek alacsonyan tartására való törekvéssel, az oktatás szétzilálódásához, valamint a tanulók és tanárok közötti kapcsolat meggyengüléséhez vezetett. A távoktatás, a munkára alapuló projektek szélesebb körű alkalmazása, valamint az egészséggel kapcsolatos tevékenységekbe bevont különböző képzettségű szakemberek számának növekedése két következménnyel jár: 1. az oktató programokban elkülönültek azok a tananyag részek, melyek követlen tanár-diák kapcsolatot, interaktív és "vezetett" oktatást igényelnek, és azok, amelyek nem. 2. megjelent a tanulók igénye az önálló tanulás segítésére. Ez önsegítő stratégiák kialakítását teszi szükségessé, melyek kitágítják és megnövelik a formális tanfolyami anyagot.

Ezek az önsegítő stratégiák nagyon előnyösek a képzés folyamatot igénylő céljainak elérésében, így pl. a kommunikációs képességek javításában, a személyközi kapcsolatok, az empátia, az autonómia, a döntésképesség, a probléma-megoldás fejlesztésében, stb.

A tanfolyam-alatti hálózatépítés számos olyan jellegzetessége alakult ki, melyeket a tanulók, a tanfolyam szervezői, a munkaadók és a

szponzorok (noha valószínűleg más-más okból) egyaránt lényegesnek és értékesnek tartanak. Számos tanfolyam nyújt lehetőséget manapság pl. a páros tanulásra, a tanulótársak által vezetett feladatvégzésre, a csoportos munkára, a haladás önálló nyilvántartására - tulajdonképpen számos olyan diákközpontú feladathelyzetre és tanulási módszerre, melyek használatához önszorgú stratégiákra van szükség, egyéni és csoportos szinten is. Ezekben az esetekben a hálózatiépítés feltétlenül szükséges a vállalkozás sikeréhez. A hálózatiépítés az az áthidaló oktatási módszer, melynek segítségével önszorgú stratégiák alkalmazhatók. Legyen szó az egyetemi tanfolyamokról, a munkahelyekről, ahol a szakmai gyakorlat folyik, vagy a diákok tanfolyamon kívüli találkozóhelyeiről, ahol elképzeléseiket beszélget meg, illetve együtt tanulnak - a tanfolyam alatti hálózatiépítés lehetőséget teremt arra, hogy a diákok a tanárok által irányított feladatok során szerzett tapasztalataikat és képességeiket bővítsék, növeljék és megszilárdítsák. A hálózatiépítés ezért szükséges kiegészítő aktivitás, ami lehetőséget ad a diákoknak a tanulás egyénivé tételére, inkább diáktársaikra, mint tanáraikra támaszkodva. A több szakághoz és szakmához kapcsolódó hálózatiépítés speciális előnyöket jelent: az ötletek megtermékenyítik egymást, az egészségfejlesztésben résztvevő izolált csoportok összekapcsolódnak, a szakmai rivalizálás és a változásokkal szembeni intézményi ellenállás csökken.

A tanfolyam alatti és utáni hálózatiépítésben közös, hogy a hangsúly az önszorgútan, a szakmák közti kölcsönös támogatáson és egy sor olyan folyamaton van, melyek az eredeti tanfolyamot bővítik és továbbfejlesztik. A tanfolyam utáni hálózatiépítésre jellemző, hogy a hangsúly a tanultak tanfolyam utáni használatán, valamint a tanulócsoporthoz tartozó

tásának és szolidaritásának megtartásán van. Ez szükséges a folyamatos szakmai továbbfejlődéséhez. A csoport által nyújtott támogatás igen erőteljesen ellensúlyozza azokat az intézményi akadályokat, amelyek a változtatási folyamatok esetén megjelennek. A következő fejezet ezekről a problémákról szól, valamint bemutatja a tanfolyam utáni hálózatépítés jobb megértését szolgáló empirikus kutatást.

Posztgraduális hálózatépítés: tapasztalati eredmények

Laubli tanulmánya (1983) mutatott rá először arra, hogy a kiképzett egészségfejlesztők jelentős hányada munkája során nem gyakorolhatja a képzés alatt megszerzett készségeit. Ezt megerősítette egy későbbi vizsgálat is (Kiely, 1988), ami ennek az okával is foglalkozott. Számos olyan kényszerítő körülményt tárt fel, ami felelős azért, hogy az egészségfejlesztők nem tudnak olyan intenzitással és hatékonysággal dolgozni, mint szeretnének. Ezeket a problémákat súlyosbította az izoláció érzése és az erkölcsi és szakmai támogatás hiánya, ami esetenként a tanfolyam utáni szakmai továbbképzések leállításáig is elment. Ezek a vizsgálatok felhívták a figyelmet az olyan támogató rendszerek jelentőségére, melyekben a kiképzett egészségfejlesztők a tanfolyam után részt vehetnek, és arra, hogy a probléma egyik megoldási módja a **szakmai hálózatépítés**. Később azt is felismerték, hogy az ilyen hálózatokban a hatékony működéshez olyan elkötelezett egészségfejlesztők jelentléte szükséges, akiknek ez a munkakörük

integráns része, vagy éppen ez a szakmájuk (ilyenek a helyi hivatalok egészségügyi oktatási/fejlesztési tisztviselői Angliában).

1989-1990-ben e cikk írója 6 működő hálózatot vizsgált, és az alábbi dimenziókban hasonlította össze:

1. a szerveződés alapja
2. a tagsági mintázatok
3. elvek és funkciók
4. a tagsággal kapcsolatos problémák és nehézségek
5. a hálózatépítés tartalma és szervezete
6. a hálózaton belüli kapcsolati formák
7. a hálózaton belüli szereposztás

Az angol Egészségügyi/Oktatási Hivatal által finanszírozott munkát Heathcote (1991) kutatási beszámolóként publikálta. Fő következtetései az alábbiak:

1. A tanfolyam utáni hálózatépítés segítséget nyújt azok összegyűjtésében, akik elkötelezettek az egészségfejlesztés iránt. A támogatás kiterjed a készségek átadására, a probléma-megoldásra, a korszerű egészségügyi információk valamint az egészségfejlesztési tapasztalatok és szaktudás megosztására. Szociális dimenziója is van, mivel kapcsolatot tart fenn egyének és csoportok között, erkölcsi támogatást, érzelmi támaszt nyújt, valamint megfelelő szakmai légkört terem a szakágak közti interakciókhoz.
2. A hálózatépítés sikere a következőktől függ:
 - a) a hálózat vezetőjének illetve szervezőjének képességei

- b) hatásos kommunikációs csatornák (pl. találkozók, telefo-hálózat, hírvírság, konferenciák)
 - c) a csoport, mint egység részvétele a döntéshozatalban és a vezetésben
 - d) megfelelő támogatás (idő, anyagi javak, tapasztalat, csoport-motiváció, szakértelem)
 - e) a vezetők/munkaadók támogatása (főleg politikai támogatás, "a vezetés lehetővé tétele")
 - f) a változó szükségletek iránti érzékenység (országos és helyi kerekék között)
3. A hálózatok sokféle szerkezetet és szerveződést mutathatnak. Lehet a hálózat létrehozója pl. egy tanfolyam vezetője, egy kívülről, pl. a helyi hivatal tisztviselője, vagy egy munkaadó, egy volt diák, esetleg a tanfolyam résztvevőinek egy újonnan alakult csoportja. Tarthatnak hagyományos, rendszeres találkozókat, vagy alkothatnak olyan informális önszervező csoportokat, melyek rendszertelenül találkoznak. A hálózatok lehetnek országosak, regionálisak, vagy helyiek, ugyanazzal a vezetővel/facilitátorral vagy cserélődő szervező és résztvevő szerepkörökkel. A tagság két fajta lehet, belső tag illetve "perifériás" tag vagy folyamatosan változó a változó szerkezeti igényeknek megfelelően. A hálózatok formáját a külső hatások, a belső dinamika, valamint a tagok kapcsolatai befolyásolják. A működési forma folyamatosan felülvizsgálható, és az új tagsági formák, feltételek és szükségletek alapján megváltoztatható. A fejlődés és gyarapodás feltétele a szükségszerű folyamatosság és az ésszerű változtatások közti megfelelő egyensúlyozás.

4. *A multidiszciplináris hálózatok (amelyek összetétele megfelel a legtöbb egészségfejlesztő tanfolyaménak) képesek a kiképző tanfolyamok elveit és étoszát átvinni a hálózatok működésbe. Az egészségfejlesztő tanfolyamot végzett hallgatók tapasztalatai központi szerepet játszanak a hálózatok munkájában és lehetővé teszik, hogy a tanfolyam által megindított szakmai fejlődés folyamatos legyen. Az ilyen hálózatok igen hatékonyak a tanfolyamokon kifejlesztett tudás, elképzelések és készségek működtetésében, és az együttműködő szervezetek közötti egészségfejlesztésben.*
5. *A nem multidiszciplináris hálózatok egy-egy speciális szakma (pl. ápolás vagy orvostudomány) egészségfejlesztésének meghatározásában játszanak szerepet, megmutatják az egészségfejlesztés lehetőségeit az adott szakma keretei között. Az ilyen egy szakmára koncentráló hálózatok veszélye, hogy túlságosan beszűkült, szakmaspecifikus egészségfejlesztési formát fejleszthetnek ki. Az azonos szakmai területen dolgozó tagokból álló hálózatokból hiányozhat a multidiszciplináris csoportok lendülete és változatossága.*
6. *A hálózati tagok különböznek abban, hogy mit várnak a hálózattól (ami attól függ, hogyan értelmezik saját szükségleteiket). Személyes szabadságra és inspiráló környezetre van szükségük ahhoz, hogy felismerjék a hálózat tevékenységében való részvételüknek azt a szintjét, ami számukra megfelelő.*
7. *Egy hálózat felállításánál az alábbiakat ajánlatos figyelembe venni:*
 - a) *a gyűjtő terület jellemzői (lokalizált? kiterjedt?)*

- b) a facilitátor kiválasztása (milyen tulajdonságok szükségesek egy hatásosan működő hálózat vezetéséhez?)
 - c) a szóba jövő hálózati tagok szakmai, személyes és otthoni nehézségei (amelyek befolyásolják képességeiket, lehetőségeiket a hálózatban való működésnél)
 - d) a hálózat természete, céljai és szervezete (a csoport egyetértése és csoportos döntés alapján jelölendő ki)
8. A hálózatban ki kell építeni az önvizsgálat és önértékelés megfelelő mechanizmusát. Létrejötté után a hálózat megfelelő önbizalmat ad a visszajelzések konstruktív használatához, legyenek azok pozitívak vagy negatívak. A változásokhoz való alkalmazkodás céljából készen kell állni a hálózat természetének és jellemző folyamatainak megváltoztatására. A hálózaton belüli szerepek cseréje (különösen a facilitátoré) alkalmas módszer a változások elviselésére, az egyes tagok és a hálózat megerősítésére, valamint a hatalom és befolyás hálózaton belüli egyenlő elosztásának biztosítására.

A jelenkori helyzet: Anglia és Magyarország

A fenti összefoglalt kutatás publikálása óta eltelt négy év alatt a hálózatok jelentősége az egészségfejlesztésben egyre lényegesebbé vált. Jelenleg már széles körben ismert, hogy a szakmai hálózatok egyéneket és csoportokat kapcsolnak össze a hatalommal és befolyással rendelkező nagyobb egységekkel. A hálózatépítés a képzés elején olyan tanfolyamok szervezésével kezdődik, amelyek nem kizárólag az egészségügyi témák

ismeretanyagát tanítják, hanem a sikeres egészségfejlesztés alapját képező készségeket is fejlesztik.

A viselkedésbeli és attitűd változások, az egészségfejlesztés elsődleges céljai erősen függenek az interperszonális kapcsolatoktól, az empátiától, a rapport kialakításától, az anyagi nélkülözés hatásainak megértésétől, a hatásos kommunikációtól, a kulturális, faji és vallási különbségek előnyeinek elismerésétől, valamint az olyan készségek kifejlődésétől, mint a döntéshozatal, a választás, az információátadás, a megerősítés és a pozitív önértékelés.

Még a legjobban megszervezett tanfolyam sem képes azonban sikert elérni intézményi vagy makro szinten. Az egészségfejlesztési folyamat megváltoztatásához erő, lendület és szervezés szükséges, amihez vagy egy olyan motivált személy kell, aki mögött erőforrásokat mozgósítani képes hálózat áll, vagy ideális esetben a közösség egészének aktivitása. Angliában azok a szakmai támogató hálózatok, melyek a tanfolyamok elején szerveződnek és a tanfolyam befejezése után is megmaradnak, egy "kaszád" jellegű terjedési fázisba, majd a tanulás és állandó alkalmazkodás fázisába mennek át, így válnak mind szervezettebbé és hatékonyabbá. A tanfolyam alatti (akár a tanfolyam előtti) és utáni hálózatépítés ma már alapjaiban összekapcsolt folyamatnak fogjuk fel, ami elősegíti a multidiszciplináris aktivitást, ledönti az előítéleteket és a politikában is teret nyer. A változásokban érdekelt multiprofesszionális testületek megjelenése lehetőséget ad az egészségügyben gyökerező, életstílust és lehetőségeket beszűkítő egyenlőtlenségekkel való szembeszállásra.

Magyarországon a tanfolyam alatti és utáni hálózati aktivitás folyamata, ami a mentálhygiénés és egészségfejlesztő posztgraduális képzés része, képes valódi kapcsolatokat létrehozni az egészségfejlesztők, a munkáltatók és azon érintett területek között, ahol egészségfejlesztés létrejön vagy jöhet. Ilyen kapcsolatok kialakításával, az erőforrások tulajdonosainak valamint a döntéshozóknak a megnyerésével az egészségfejlesztési képzés egyrészt identifikálja az egészségfejlesztés már létező lehetőségeit, másrészt fontos kapcsolatokat hoz létre Magyarország egészségügyében, jóléti és szociális gondoskodási infrastruktúrájában. Jelenleg igen sikeres abban, hogy az Angliában elért körnél szélesebb szakmai területről gyűjti össze az érdeklődő személyeket és a mentálhygiéne fogalmának hangsúlyosabbá tételével valamint egyéb stratégiákkal megpróbál küzdeni azon masszív strukturális problémák ellen, amelyek elkerülhetetlenek a piacgazdaságra való áttérés idején. Az egészségfejlesztés országos hálózatának megalakulása (alapszabályzattal, a tagok szabályos regisztrációjával, valamint a megfelelő politikai háttérrel) sokat tehet az egészségfejlesztés elismeréséért és önálló szakmává fejlődéséért.

Napjainkban még igen sok a teendőnk azon a területen, hogy a hálózatok segítségével közösségi szinten, közösségi akciók modelleket használva főleg a középkorú és idősebb egyéneket a saját egészségüket érintő döntéseikben felelősebbé és hatékonyabbá tegyük.

Irodalom

Heathcote, G (1991) Networks: Their role in the professional development and support of health educators, London, Health Education Authority

Kelly, M (1988) A Study of the Impact of Certificate in Health Education Courses, (PhD thesis). Department of Education, University of Keele

Laubll, M (1983) Evaluating of Health Education Certificate Courses: a follow-up study of past participants, course years 1979/80 to 1980/81, London, Health Education Council

A HÁLÓZATÉPÍTÉS TANFOLYAM ALATTI ÉS A HATÉKONY EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN A TANFOLYAM UTÁN ALKALMAZHATÓ MODELLJE

Mary Issitt

Bármilyen tanulmányok végzése során a diákok összejönnek, barátságok, támogató, segítségnyújtó hálózatok alakulnak ki. Ezek a rendszerek véletlenszerűen jönnek létre, és nem biztos, hogy a kurzus minden tagja bekerül egy ilyen rendszerbe. A Manchester Metropolitan Egyetem 'PSHE' (Personal Social Health Education) kurzusán a hálózatépítést a diákok tapasztalatszerzésének központi elemeként beépítették a tanfolyamba.

Ennek két oka van:

1. Az egészségfejlesztés hatékony gyakorlatában a hálózatépítés kulcsfontosságú, ezért szükséges, hogy a hallgatók elméletileg és gyakorlatilag is megfelelő alapokat szerezzenek. (l. Heathcote hálózatépítésről írott fejezetét). A hálózatépítés kifejezés egyszerűen hangzik, és sok egészségnevelő 'józan ésszel' elképzei, hogy ez mit is jelenthet. Az egészségfejlesztésben sikeres hálózatok alakulhatnak ki különösebb előkészítés és analízis nélkül is. Azonban ilyenkor sok a sikertelen hálózat is, senki nem érti, miért, és így az egészségfejlesztők számára értékes erőforrások veszhetnek el. (Heathcote, 1990)

A hálózatépítés előnyeit az egészségügyi és szociális szolgáltatások nyújtásának alapkérdéseivel foglalkozó szakemberek néhány éve egyre jobban látják. (Doll, 1992)

2. A hálózatépítés a felnőttképzésben is hasznos módszer. A hatékony felnőttképzés a múltbeli és jelen tapasztalatok elemzésén, az önrányításon és a társakkal való együttműködésen alapul.

Az itt leírt modellben lehetőség van a kapcsolatok támogatására, valamint az elmélet és a gyakorlat összekapcsolására.

A kurzus oktatói számára kulcskérdés volt a tananyag kialakítása mellett a tanfolyam alatti támogató rendszer létrehozása, amivel felkészítik a hallgatókat az olyan problémákra, amilyenekkel a tanfolyam után találkozhatnak majd. Ilyen pl. az a lehetőség, hogy a hallgatók képtelenek a megszerzett tudás és készségek alkalmazására a régi, esetenként elutasító munkahelyi környezetben. (Heathcote, 1990)

A kurzus alatti hálózatépítés módszere az egyike azoknak a stratégiáknak, amelyeket ezeknek a problémáknak a kezelésére kifejlesztettek. [2] Ez a modell igyekszik megőrizni azokat a jellegzetességeket, amelyeket az eddigi hálózatépítési kutatások sikeresnek találtak. Ezek a következők :

- a hálózat tagjai közötti együttműködés, a hatalom és a felelősség megosztása

- nyílt és tiszta kommunikáció

- más hálózati tagok hasznos forrásként való elismerése

- más hálózati tagok egyéniségének és szükségleteinek, az azonosságoknak és különbségeknek a felismerése

az egyéni és szakmai szükségletek változására való érzékenység
(megjelenési formája a hálózat működésének időszakos felülvizsgálata)

[A jellegzetességeket Heathcote 1990 munkája alapján ismertettük.]

A tanfolyam alapgondolata, hogy a hatékony tanuláshoz az szükséges, hogy a hallgatók aktív részesei legyenek a tanulás folyamatának.

A kurzus alatt a tanulás több szinten zajlik:

1. egyéni:

a távtanulási segédanyagok egyéni tanulmányozása
az egyén munkahelyén
konzultációkon

2. tanulópárok, hármások (akik egymásnak visszajelzéseket és segítséget biztosítanak)

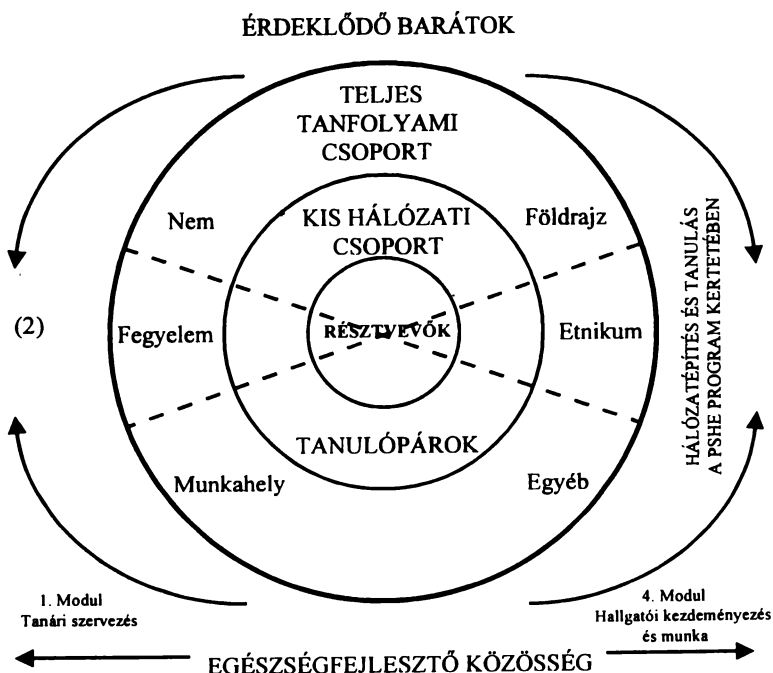
3. kiscsoportok

4. a tanfolyam egész csoportja (maximum 15-20 ember)

(A diploma megszerzésének 18 hónapja alatt csak 9 alkalommal találkozunk az egész csoport.)

A kurzus 4 modulja (tanfolyami egysége) alatt a hallgatók a nagyobb önállóság elérésére a tanfolyam alatti hálózatépítést használják, így ellenőrzik a majdani reális viszonyokra való felkészültségüket. A hálózatépítés nemcsak kiegészítője a tanulásnak, hanem fő jellemzője. Elvárás, hogy a hallgatók idejük mintegy tizedrészét ezzel töltsék. Olyan ez, mint a cement, összeköti a tanulás különböző szintjeit és képessé teszi a

hallgatókat arra, hogy a kurzus folyamatát holisztikusan tapasztalják meg. A diploma megszerzéséig elvégzett 4 modul során a főleg az oktató által vezetett folyamatoktól a nagyrészt a hallgatók által kezdeményezett és fenntartott folyamatokig jutnak el. Az ilyenkor kialakuló hálózatok a Master fokozat megszerzéséért továbbtanulók informális támogató rendszerei lehetnek, ők ugyanis már nagyrészt egyéni kutatási területeiken dolgoznak.



1. ábra

A modell alapja az a feltevés, hogy a tanfolyam, mint egész, lényegénél fogva hálózatként működik. Az egyes tagokon, jelenlegi vagy múltbeli hallgatókból álló csoportokon keresztül más hálózatokkal van összeköttetésben. A modell a korábban meghatározott hálózati alapelvek szerint működik, és segítséget nyújt a hallgatóknak a hálózatépítési folyamatok tanulmányozásához.

Amint az 1. ábrán látható, a kialakuló hálózatok hidat alkotnak az egyén és a tanfolyami csoport egésze között, a csoport támogató környezetében (akik pl. az érdeklődő barátok, néhányan a tanfolyam előző résztvevői közül, illetve a tágabb egészségfejlesztő közösség). Potenciálisan minden résztvevő több tanfolyamon belüli hálózat tagja, amelyek közül sok összekapcsolódik. Ez a szakmai élet valóságát képezi le, és a tanfolyam alatti élmények képessé teszik a hallgatókat arra, hogy aktivitásukat különböző hálózati csoportokban fejtsék ki.

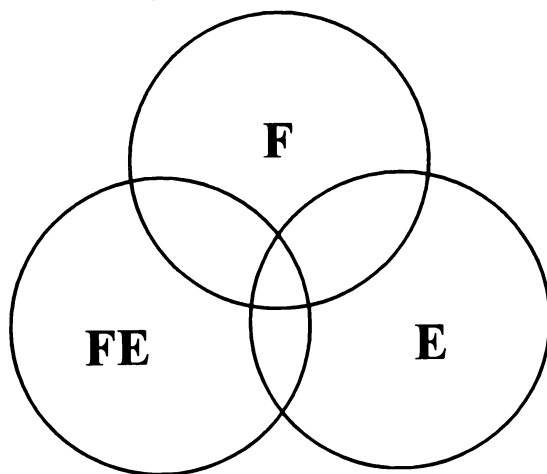
A hálózatépítés fontos kapcsolatokat biztosít a tanulópárokon, a hármasokon és a társak által vezetett kiscsoportokon át az egyén és az egész tanulócsoport között. Az így kialakuló hálózatok a tanulás segítésén kívül alapvető fontosságúak a tanfolyam céljának elérésében is, vagyis abban, hogy a hallgatók önállókká, aktívvá váljanak, akik képesek újszerű egészségfejlesztő programokat kidolgozni, gyakran munkahelyi támogatás nélkül is.

Hogyan is működik tulajdonképpen a hálózati modell?

A tanfolyam hallgatói gyakorlott szakemberek, akik számára a csoportmunka szakmai munkájuk integráns része. A tanfolyam a már meglevő tudásra és készségekre épül, és képessé teszi a hallgatókat arra, hogy a csoportmunka elméletét és gyakorlatát a tanfolyam alatti hálózat-építésnél alkalmazzák. Így a hallgatók jobban megismerik a csoportmunka alatt tanúsított viselkedésüket és új stratégiákat fejleszthetnek ki a csoportmunka elemzésére és fejlesztésére.

Az együttes munkálkodást vizsgáló elméletek alapján a tanfolyam során "3 egymással kapcsolatban lévő" szükségletet kell egyensúlyban tartani" (Inskipp, 1993, 32.o.)

Ezeket a következőképpen ábrázolhatjuk:



2. ábra

Inskipp a következő definíciókat alkalmazza:

- F** feladat szükséglet : a felszínen ez a legfeltűnőbb. A csoporttagoknak tisztában kell lenniük a céllal ("miért vagyunk itt ") és ismerniük kell az eléréséhez szükséges technikákat.
- EF** fenntartó szükséglet : a feladat végrehajtása érdekében a tagok közötti jó munkakapcsolat és a pozitív légkör kialakításának szükséglete
- E** egyéni szükséglet: minden tag hozza magával (pl. a valahova tartozás, az elismerés, a hozzájárulás szükséglete)

Ezen szükségletek felismeréséhez tudatosság, kielégítésükhöz készségek szükségesek. A vezetéseleméletek egyike szerint egy adott pillanatban az a csoport vezetője, aki a szükségleteit kielégíti.

A csoportmunka elméletének alkalmazását a tanfolyam alatti hálózatépítésben a feminista mozgalom tapasztalatai is segítik. A 70 s évek elején Nagy Britanniában és az Egyesült Államokban a nőmozgalom olyan csoportokat hozott létre, amelyeket nem hagyományosan, hierarchikusan szerveztek egy vezető köré, hanem minden résztvevő nő egyenrangú volt.

Ez a munkastílus Nagy Britanniában nagy hatással volt az oktatási és egészségügyi munkára, mind az így kifejlődő tudásanyag, mind az együttes munkavégzés módszereit illetően. A mozgalom fejlődése során a feministák felhívták a figyelmet az ún. "informális elit" kialakulására, ami a csoportüléseken kívül működik, gyakran nem is tudatosan, és a csoport többi tagjának bevonása nélkül hoz döntéseket (Freeman, 1984 [3]). Bármilyen hálózathoz védekeznünk kell ez ellen a jelenség ellen az alapelvek lefektetésével, bármilyen akció iránti nyitottsággal, stb.

A PSHE program során meg kell őriznünk az egyensúlyt a feladat, a fenntartási és az egyéni szükségletek között, a tanfolyam egészének csoportjában, a résztvevők kisebb csoportjaiban és a konzultációs (tutorális) tanulás során is. A cél az, hogy olyan kiscsoportok jöjjenek létre, amelyek inkább kooperatív, mint hierarchikus elvek alapján működnek. Fontos, hogy védekezzünk az informális elit kialakulása ellen, ami csökkentheti a hálózat, valamint a hallgatók tapasztalatszerzésének és tanulásának a hatékonyságát. Mivel a tanfolyam valamenyi résztvevője csak 9 alkalommal találkozik az egész kurzus alatt, a kiscsoportokban van lehetőség a hálózatépítéssel kapcsolatos csoportfolyamatok megbeszélésére.

Az első egész tanfolyamot érintő műhely alkalmával a tanárok javasolnak egy lehetséges hálózati szerkezetet, és a hallgatókat, általában földrajzi közelség szerint csoportokba osztják. A műhely megkezdése előtt a hallgatók felkészítő anyagokat olvasnak el, amelyek segítséget adnak a kis és nagycsoportokban történő tanulási szükségletek felismeréséhez. Megkérlik őket arra, becsüljék meg, hogy várhatóan milyen mértékben vesznek majd részt a tanfolyam munkájában.

A műhelyben kis és nagycsoportokban dolgoznak, hogy a hallgatók megismerhessék egymást. Az idő egy részét a földrajzi közelségi alapon létrehozott csoportban töltik és felállítják az alapszabályokat, meghatározzák a kulcsfeladatokat és a fenntartó szükségleteket. A további hálózati szintek kialakítása céljából megállapodnak tanulópárok és hármasok létrehozásában.

Az első és második modul alatt elvégzendő feladatok a következők :

1. Egymás segítése a távoktatási anyagok feldolgozásában, és azon kérdések kijelölésében, amelyeket oktatóval vagy a tanfolyam egész csoportjában kell megbeszélni
2. Egymás támogatása a gyakorlatból való tanulásban
3. A csoportmunka elemzése

A **fenntartási** szempontok a csoport kooperatív munkájára összpontosulnak, a korábban felvázoltak figyelembevételével. Ezért minden alkalommal időt kell szentelni a csoportmunka elemzésének. Ide tartozik annak megfigyelése, hogy milyen a vezetés, megoszlik-e a vezetés felelőssége. Hogyan kezelik az egyéni és csoportszükségletek közötti feszültséget? Biztosítják-e, hogy mindenki résztvegyen a munkában és senki ne érezze magát kizártnak? Hatékonyan kommunikálnak-e?

Ebben a közösségben kell megbeszélni azt is, mennyi az a minimális idő, amit együtt akarnak tölteni és mennyit a tanfolyamon kialakulóban levő más hálózatokban. Amikor a hallgatók a 3. és 4. modulba lépnek át, a tanulás még szorosabban kapcsolódik a gyakorlathoz és sor kerülhet a szabályok újratárgyalására is. Valamennyi hálózat a földrajzi alapon szervezethez hasonló elvek alapján működik. Mindez hasonlít a valódi munkahelyi körülményekre, ahol a résztvevőknek újra és újra át kell vizsgálniuk a hálózatok működését és hasznosságát, új szervezési módszereket kell alkalmazni, új tagokat kell bevonni.

Az **egyéneket** arra bátorítják, hogy vezessenek tanulási naplót, amiben feljegyzik a tanfolyam alatti jelentős eseményeket. Ez tartalmazni fogja a kiscsoportban történeteket, különösen saját szereplésüket és intervencióikat. A tanulási napló segít a hálózati csoportban megjelenő saját

szükségletek és kommunikáció megismerésében, a csoporttagként való működésre megjelenő önreflexió fejlődésében (és ezek a tapasztalatok a más helyzetekben való működésre is átvihetők majd).

Oktatójával megbeszélve minden hálózati kiscsoport eldöntheti, hogy ezen kívül is hozzájárul-e a nagycsoport működéséhez, például felelősséget vállal-e a tananyag valamelyik részéért.

A hálózatépítés vizsgálata és a feedback a teljes tanfolyami műhely programja, ahol a tapasztalatokat megosztják.

Az oktató szerepe a hálózatépítésben

Az oktatók lényegében a hálózatépítés facilitátorai, feladatuk, hogy nyílt kommunikációt alakítsanak ki egymás között, a résztvevőkkel és a kiscsoportokban. Mivel a hallgatók már jelentős csoport-tapasztalatokkal jönnek a tanfolyámra, az oktató támogatja a csoportot, de normális körülmények között az üléseken nem vesz részt. Elérhető és segít a csoportmunkával kapcsolatos bármilyen feladat vagy a légkört meghatározó jelenség kapcsán, és az egész csoport hálózatépítő folyamatainak áttekintésében is.

Mindez imitálja a tanfolyam utáni hálózatépítés körülményeit.

Az oktatók feladata, hogy bevezessék a résztvevőket a tanfolyam alatti és utáni hálózatépítés elméletébe és kezdeményezzék a hálózatépítést. Ehhez vezérfonalak és egyéb segédanyag készítése szükséges [4]. Olyan csoportkultúrát kell kialakítaniuk, amiben a résztvevők multidiszciplináris csoport tagjainak érzik magukat, ahol mindenki tanul, és értékes segítséget tud nyújtani a többiek tanulásához. Ez a folyamat már az interjú fázisban megkezdődik, ahol a jelöltek kiscsoportokban találkoznak,

kéri őket, hogy osszák meg eddigi tapasztalataikat és beszéljenek a tanfolyammal kapcsolatos elképzeléseikről (emellett természetesen egyéni interjúknak is részt vesznek). Az oktatóknak fel kell készülniük a hallgatók önállósítására, képessé kell tenni őket arra, hogy egyre többet kezdeményezzenek.

Megfigyelések és következtetések

Az itt bemutatott modell célja, hogy elősegítse a hálózatok alkalmazását a tanfolyam alatti tanulásban és a hallgatók hatékonyabb egészségfejlesztőkké való felkészítésében. A PSHE program igyekszik egyensúlyt teremteni a hálózatépítésben a kurzus által elvártak és a szakemberek önkéntes aktivitása között. A hálózatépítési megközelítést a hallgatók visszajelzései és tapasztalata folyamatosan finomítja.

Mary Issit, M.Soc. Sci., Dip. Soc. Work, Dipl. Soc. Admin..

Megjegyzések

1. Az " in-course " kifejezés a tanfolyam alatti hálózatépítést jelöli, míg a tanfolyam utáni " post-course " kifejezés a végzett szakemberként való munkára vonatkozik. A gyakorlatban a kettőt nem lehet élesen elválasztani.
2. Heathcote és Issit egyéb munkáit, amelyekben részletesen írnak a tanfolyam utáni munkát segítő stratégiákról
3. Issit (1988) írta le részletesen a feminista hálózat és az egészségügy kapcsolatát.

Ezek nagyrészt a fontos könyvek (pl. az alább felsoroltak) kivonatai.

BIBLIOGRÁFIA

Department of Health (1992) The Health of the Nation. London : HMSO

**Freeman J, (1984) The Tyranny of Structurelessness, reprinted in
"Untying the knot", Dark Star Press and Rebel Press**

**Heahcote G, (1990) Networks: Their Role in the Professional
Development and Support of Health Educators. London: Health
Education Authority.**

**Inskipp F, (1993) Counseling Training Handbook. Cambridge : National
Extension College Trust.**

**Issitt M, (1988) Organising Womens Health Days: a Feminist Approach
to Community Education in Coventry, Journal of Community
Education, Vol 6, No 4.**

**Jelfs M, (1982) Manula for Action: Techniques to enable groups engaged
in action for change to increase their effectiveness. London:
Action Resources Group.**

A HÁLÓZATÉPÍTÉS ELSŐ LÉPÉSEI

Erdei Katalin

1994. november 3-án Egészségfejlesztő és Mentálhigiénés Hálózatépítési Nemzetközi Workshop keretében találkoztunk első diplomás egészségfejlesztő és mentálhigiénés szakembereinkkel és utolsóéves hallgatóinkkal. A program egyik alapvető feladata a délmagyarországi egészségfejlesztő hálózat megalapozása, kiépítésének megkezdése volt. A találkozó első részében a hálózatépítés elméleti tudnivalóit, fogalmi tisztázását, létrehozásának módszereit ismertettük meg a külföldi tapasztalatok tükrében. [Gaye Heathcote, Mary Issit]

Az elméleti tájékozódást követően a hálózatépítés megszervezését tűztük célul. Módszertanilag kiscsoportos (13-16 fős), spontaneitásra épülő team-munkát terveztünk.

Meggondolásunk abból eredt, hogy

segítséget nyújtunk az **öntevékeny** munkaforma megindulásához,

információt gyűjtünk a hálózat leendő tagjainak elképzeléséről, szándékairól, terveiről,

valamint a hálózat működéséhez, működtetéséhez modell-értékű módszert mutassunk be, miközben lehetőségünk nyílik az öntevékeny módszerben való felkészültség, jártasság szintjének bemérésére is.

E feladatok megvalósítása során a kiscsoportok vezetői facilitátorként működtek közre, segítve a csoport tagjait a helykeresésben (ki lehetek én a hálózatban?, hol lehet az én helyem?) és a közös munkában való részvétel érdekeltiségének kialakításában (személyes és közös motívumok egyeztetése).

A tematikus csoport-munka keretét kérdőív szolgálta, amelyet - a csoportok döntése alapján - az egyéni (saját gondolat rendezés, helyzet-felmérés, ötletek) és a közös munka fonalaként alkalmaztak.

A 1. számú csoport (16 fő) - belső irányítás nélkül - klasszikus helyzet-értelmezéssel indult. A rendelkezésre álló idő negyedrészt öndefiníálással töltötte. (Kik vagyunk?, mit akarunk?, hogyan hangolhatjuk teendőinket a társadalmi környezettel?)

A csoport-szóvivő kiválasztása (csoportvezető) egyhangú volt, és a közös munka során nem lépett be informális vezető. A szóvivő kiegyensúlyozott, határozott igényt szabott a csoport számára.

Tekintsük át az összegyűjtött információs anyagot a kérdőív egyes kérdései alapján:

1. Mivel tudnál hozzájárulni a hálózat működéséhez.
 - a) aktív részvétel felkínálása; szakigazgatásban, pedagógiai, orvosi munkával, szervezési feladatok ellátásával, idősek, családok segítségével ...,
 - b) a hálózati kapcsolatok ápolása, "életben tartása", a működtetés feltételeinek biztosítása,
 - c) "segítők segítése", a hálózat mentálhigiénés gondozása.
2. Hogyan képzeled el a hálózat struktúráját?

Adatbank, bázis létrehozása, amely különböző struktúrák (piramis, körforma, láncszerű ...) segítségével szervezi a területileg vagy munkakör szerint tagolódó egységeket. A többféle struktúra működési alapelvében a csoport teljesen egyetértett; a **nyitottság**, mások bekapcsolódási esélyének garantálása, valamint a hálózat országos méretekre való kiterjesztése. Érdekvédelem biztosítása.

Javaslatok a kapcsolattartás módjára; közös tanácskozások szervezése. "Hírmondó" létrehozása, a hallgatók aktív bekapcsolása.

A képzési központ szerepét meghatározónak tartják a hálózat életben maradására; a tagok személyiségének érzékenyítésében és a szakmai felkészültség folyamatos megújításában.

3. Melyek az elvárásaid a hálózat vezetőivel szemben?

Ez a kérdés volt leginkább vitát keltő - legyen állandó vezető vagy változzanak az irányítók?, oktatók v. hálózati tagok?, formális vagy informális vezető tud hatékonyan irányítani. (Az 1. számú csoport ezt a kérdést a vezető személyiségének tisztázására, az alkalmasság kritériumainak meghatározására használta.)

Az élénk vita végén megszületett konszenzus: a mindenkori "vezetők ne hagyják elaludni a lángot!"

A csoport aktivitása magasintű volt, a két facilitátor szerepe minimálisra csökkent. A "szóvivő" hatékonyan alkalmazta a kiscsoport-módszert, támaszkodott a tagok öntevékenységre, megszólalásaival buzdított erre. A csoport jó választását igazolta a csoportvezető információt összegző munkája, valamint a rendezvény tagjai előtt történő bemutatása, csoportunk menedzselése is.

MAENTÁLHYGIÉNÉS HALLGATÓKKAL VÉGZETT KISCSOPORTOS MUNKA TAPASZTALATAI

Csík Vera - Barabás Katalin

A 45 perces ülésen a 2. csoportban 12 fő vett részt - 10 mentálhygiénés hallgató és 2 fő a kurzus oktatói közül. Valamennyien együtt léptek a terembe, ahol a padok egymás mögött, hagyományos oktatási órai szükséglet szerint álltak. A csoporttagok helyet foglaltak a padokban, a két oktató a terem sarkában székeken helyezkedett el. A hallgatók azonnal dolgozni kezdtek a kiosztott papírlapokon. Néhány perc után többen elkészültek, ekkor halk beszélgetés kezdődött meg a szomszédok között. Újabb néhány perc elteltével a hallgatókban világossá vált, hogy az oktatók nem veszik át a vezetést, nem adnak instrukciókat. Ekkor valaki megkérdezte: "Beszéljük meg?" - és a munka elindult.

Első feladatuk **szóvivő választása** volt. Önként senki nem jelentkezett, az ajánlott személyek nem vállalták. A vita afelé terelődött, nő legyen-e vagy férfi. Nem volt, aki döntsön, a kérdés nyitva maradt. Egy hallgató (E) azonban jegyzetelni kezdte a továbbiakban elhangzottakat. Egy hallgató (Zs) szembe fordult a többiekkel és felhívta őket a **terem átrendezésére**. Kör alakítottak ki, így a továbbiakban mindenki látta mindenki arcát. Az elrendezés az oktatókat is a körbe fogta, kissé elkülönülve a hallgatóktól.

Zs. ismét megszólalt: "csináljuk!", Rövid megbeszélés következett arról, hogy nem ismerik igazán egymást, de nem mutatkoztak be egymásnak.

L. hallgató adott mintát a **célszerű munkavégzésre**: a kiosztott kérdőív első kérdését felolvasva saját válaszát ismertette. A többiek csatlakoztak hozzá, külön megbeszélés nélkül ülési sorrendben dolgoztak az első kérdésen. Megvitaták egymás véleményét és ehhez az előadáson elhangzottakat is alkalmazták.

A második kérdés nehezebbnek tűnt. Először a kérdés értelmezésével foglalkoztak, mert nem találták egyértelműnek. Újra felmerült a vezetés kérdése, valaki hiányolta a biztosabb kereteket ("be sem mutatkozunk.."), vitát indítottak a vezető szerepéről (kell? nem kell? vezető? szervező?)

Megoldás: "gyerünk tovább..." - mondja valaki.

A 3.-4.-5. kérdés megtárgyalása könnyebb, ismér célszerűen, az idővel gazdálkodva folyt a munka. L., E . időnként Zs. és K. hallgatónő felváltva játszották a vezető szerepét. A csoport a feladattal időben végzett. Nem dolgozta ki, mit vigyen a szóvivő a plenáris ülésre.

A csoport végén az oktatók **visszajelzést** adtak a végzett munkáról. Egyikük a csoportmunkáról való dícsérő szavak után a csoportban betöltött szerepekről beszélt, másikat a passzív résztvevőként megélt érzéseit fogalmazta meg. A hallgatók a visszajelzést szívesen vették. Az egyik oktató felkérésére E. vállalta a szóvivő szerepét.

Összefoglalva: a csoport képes volt a megadott keretek között feladatát elvégezni. A vezetésben 3-4 fő vett részt, de a munkából senki

nem maradt ki. A kooperáció megfelelő volt, a légkör barátságos, a kialakuló kisebb feszültségeket a hallgatók kezelni tudták.

CSOPORTMEGBESZÉLÉS A NETWORK ÉPÍTÉSÉRŐL

Györgyné Kovács Erzsébet

Helye: Juhász Gyula Tanárképző Főiskola

Ideje: 1994. november 3.

Résztevők: 9 fő, a már végzett ill. jelenleg másodéves hallgatók közül

Csoportvezető: Dr. Vetró Ágnes

Megfigyelő: Györgyné Kovács Erzsébet

A megbeszélés szóvivő választással indul, a csoport egyetlen férfi tagját válaasztják meg. Bemutatkozás után - a csoportvezető kérésére - áttekintik a feldolgozandó kérdéseket. Rövid vita alakul ki arról, hogy a kérdéseket szóban vagy írásban válaszolják-e meg. Végül a szóbeli válaszadás mellett döntenek, azzal, hogy a legjellemzőbbeket a szóvivő írásban rögzíti.

Milyen témák kerültek megtárgyalásra és melyek a legjellemzőbb válaszok?

1. A Network elindításának módja

- első találkozásukkor a földrajzi elhelyezkedésnek megfelelően terület felosztás - kisebb csoportok képzése céljából
- egy-egy konkrét eset megbeszélése képezte a network indulását

- napi aktualitások, megoldási javaslatok köré csoportosítani egy kisebb közösséget (pl. szoc. pol.-ok felkészítése a kilakoltatásokkal kapcsolatos tudnivalókra)
- mikrohálót létesíteni egy-egy meghatározott tevékenység köré (pl. iskolai egészségnevelő programok)

2. Továbbképzés formája

Szakmai szempontok alapján alakítanának kiscsoportokat. A továbbképzésen kiemelt jelentőségű legyen a készségfejlesztés, személyiségfejlesztés. Új előadókat szeretnének meghívni, eddig át nem vett témák szakértőit. Tematikus előadássorozatot szeretnének.

A network rendelkezzen egy központi könyvtárral, benne a legújabb szakirodalommal, melyből rendszeresen referátumokat lehet tartani.

3. A hálózat struktúrája

A csoport elsősorban szakmabeliekkel kíván találkozni, ugyanakkor más szakmák működésébe is szeretne bele látni.

A hálózat nagyságát nem óhajtják korlátozni, kivéve a szakmaorientált csoportokat, itt limitet állítanának fel. Speciális esetekben legyenek speciálisan szerveződött kiscsoportok.

A hálózat élére vezetőt képzelnek el, aki célt fogalmaz meg, tervet készít, összefogja a szervezési teendőket. A vezető mellett egy-egy városból szervezőket választanának a helyi feladatok elvégzésére.

4. Kapcsolattartás: Személyes kontaktus, telefon, levél.

5. Mivel tudna hozzájárulni a hálózat működéséhez

Helyiség biztosítása: kiscsoport esetén - lakásán, nagyobb társaságnak intézményében. Vendégeket is tudnak fogadni.

Szervezési teendőket segítenék: A csoport tagjainak összehívásával, plénumon döntenének arról, mi legyen a következő téma, amely köré mikroháló építhető.

A megbeszélés a csoportvezető és a szóvivő összegzésével zárult.

A csoport elfogadta az írásban rögzített véleményeket.

A KÖTET SZERZŐI

Barabás Katalin, orvos

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem,
Szeged

Benkő Zsuzsanna, szociológus

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem,
Szeged

Csik Vera, pszichiáter

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem,
Szeged

Erdei Katalin, klinikai pszichológus

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem,
Szeged

Györgyné Kovács Erzsébet, gyógyszerész

Csongrád-megyei ÁNTSZ,
Szeged

Gaye Heathcote, szociológus

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

Mary Issit, szociális munkás

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

Makara Péter, szociológus

Nemzeti Egészségvédelmi Intézet tudományos igazgatója
Budapest

Vér András, pszichiáter

Országos Neurológiai és Pszichiátriai Intézet főigazgatója
a Népjóléti Minisztérium mentálhigiénés miniszteri biztosa

Vetrő Ágnes, gyermekpszichiáter

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem,
Szeged