

DEUTSCH KRISZTINA**A lépcsős képzés szintjei, céljai, feladatai a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán**

A Bologna Nyilatkozat az európai hallgatói mobilitás érdekében célul tűzte ki a felsőoktatásban az egységes kétciklusú képzési rendszer bevezetését, melyet a Berliini Nyilatkozat háromciklusúvá bővített, a doktori iskolák rendszerbe iktatásával. Magyarországon a 2005. évi CXXXIX. törvény teremtette meg a jogi kereteit a felsőoktatás szerkezeti és tartalmi átalakításának. Az új, háromlépcsős képzési struktúra bevezetése az alapszakok indításával 2006-ban az egészségtudomány képzési ágban is megtörtént. Írásunkban bemutatjuk, hogy a PTE Egészségtudományi Karán ennek a szerkezeti és tartalmi átalakulásnak milyen motiváló és gátló tényezői voltak és vannak ma is. Vizsgáljuk továbbá, hogy ugyanitt az egyes képzési szintek – különös tekintettel a gyakorlatban már 3 éve folyó alapképzésre – mennyire képesek betölteni a nyilatkozatokban deklarált célokat és feladatokat.

1. A háromlépcsős képzési struktúra bevezetésének tapasztalatai a PTE Egészségtudományi Karán (ETK)*1.1. Az egészségtudomány körébe tartozó képzések múltja és jelene*

Az egészségtudomány teljes vertikumának bemutatása a múlt vonatkozásában e pillanatban a beszámoló kereteit és céljait is meghaladja. Ugyanakkor a múlt és a jelen összefüggéseinek legalább a vázlatos feltárása azért szükséges, mert az egészségtudomány „fiatal kora” és összetett rendszerének megértése ezt szükségessé teszi. Tehát csak nagy vonalakban, a lényeges elemek kiemelésével, és változatlanul csak az ápolás és betegellátás, valamint az egészségügyi gondozás és prevenció területeire koncentrálnak tesszük ezt.

Az ápoló, valamint a dietetikus, a gyógytornász, a közegészségügyi-járványügyi felügyelő, a mentőtiszt és a védőnői hivatásra való felkészítés a '60-as, '70-es években középszintű szakosító jellegű képzések keretében történt. Ugyanezekben a szakmákban indultak az első főiskolai szintű, még hároméves képzések Budapesten az Orvos Továbbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karának keretében (Betlehem, 2008; Balogh, 2009). Az 1993/94-es tanév volt a kezdete a négyéves főiskolai képzéseknek. Természetesen időközben a képzések számával

párhuzamosan az egészségügyi főiskolai képzőhelyek száma is bővült. Budapest mellett Szegeden, Pécsen, Miskolcon és Nyíregyházán is indultak a diplomát és az egészségügyi szakképzettséget együttesen adó főiskolai képzések. Az igazán nagy léptékű és gyors ütemű változások azonban az egészségügyi felsőoktatásnak a nem orvosképzési területén az elmúlt 18 évben mentek végbe. Az ápolásnak az érettségit megkövetelő szintre történő emelésével párhuzamosan történt a főiskolai képzések szakjainak a bővülése és modernizációja (*Ujváriné, 2008; Betlehem, 2009*).

Mérföldkőnek számít az egészségtudománynak az orvostudománytól elkülönülő, önálló tudományként az MTA által történő hazai elfogadása is (Kormányrendelet, 169/2000). Az már az ezredforduló vívmánya, hogy 2000-től Magyarországon is – a világ fejlettebb részeitől időben jelentősen elmaradva – az egészségtudomány keretében a szakemberek saját szakmájukban egyetemi szintű végzettséget és szakképzettséget szerezhettek (egyetemi ápolóképzés – 2000, egyetemi védőnőképzés – 2004). „Alighogy valóra vált az egészségtudományi kétszintű képzések (főiskolai alapképzés és egyetemi kiegészítő alapképzés) rendszere a hazai egészségtudományi képzésben, máris az Egységes Európai felsőoktatási Térség kívánalmainak megfelelően kellett a rendszert átalakítani. Az új programok kidolgozására és létesítésére viszonylag rövid idő állt rendelkezésre (néhány hónap), így az egészségtudományi főiskolai és egyetemi képzést folytató hazai felsőoktatási intézmények az idő kényszerébe kerültek, azért, hogy a jövőben is biztosítani tudják a felsőfokú végzettségű egészségtudományi szakemberképzést” (*Betlehem, 2003; Betlehem 2005: 29; Buda, 2006; Kadocsa, 2002a, 2002b, 2002c*). Az *1. táblázat* mutatja, hogy az előkészítést követően a főiskolai alapszakokat 4 alapképzési program váltja fel a feltüntetett szakirányokkal, mint választható szakmai lehetőségekkel.

1. táblázat: Az orvos- és egészségtudományi képzési terület egészségtudományi képzési ág bachelor alapszakjai és szakirányai

Képzési ág	Alapszak	Szakirány
	Ápolás és betegellátás	- ápoló - dietetikus - gyógytornász - mentőtiszt - szülésznő
	Egészségügyi gondozás és prevenció	- népegészségügyi ellenőr - védőnő
	Egészségügyi szervezés	- egészségügyi ügyvitelszervező - egészségbiztosítás - egészség-turizmus szervező
	Orvosi laboratóriumi és képalkotó diagnosztikai analitikus	- orvosdiagnosztikai laboratóriumi analitikus - diagnosztikai képalkotó - orvosi kutatólaboratóriumi analitikus - optometrista

Forrás: Jogszabály: 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről.

Az új képzési program első 30 kreditje még olyan közös ismereteket takar, melyekkel e képzési ágban a hallgató szabadon mozoghat. A következő 60 kredit az adott képzési program alapozó ismereteit takarja, és csak ezt követően kerül sor a szakirányválasztásra. A hosszú, de szükséges gyakorlati idő miatt a közvetlen betegellátással kapcsolatos szakmák elsajátításához így 240 kreditet, a csak közvetve kapcsolódó szakmák esetén pedig 210 kreditet kell a hallgatóknak a sikeres befejezéshez teljesíteni.

A mesterképzés szintű egészségtudományi képzéseknek a Bolognai folyamaton kívül más, szakmai előhívó tényezői is voltak. Az egészségügy minden szereplőjének kihívást jelentettek a fejlett társadalmak új népbetegségei, az egészségügy szerkezetátalakítási igényei, a minőségszemlélet előretörése, a hazai morbiditási és mortalitási adatok, a születéskor várható élettartam elmaradása a fejlett országokhoz képest (Betlehem, 2008).

Az egészségtudományok népegészségügyi hasznát, valamint az autonóm tu-

dásbázis megteremtésének szerepét felismerve került sor az első Egészségtudományi Doktori Iskola megalapítására a PTE Egészségtudományi Karán, a 2005/2006-os tanévben.

1.2. A PTE ETK helye és szerepe a hazai egészség tudományi felsőoktatásban

Az 1989-es alapítást követően 1990-ben indult az első tanév a Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karaként Péccsett, valamint a pécsi képzéshez tartozó kaposvári, szombathelyi és zalaegerszegi kihelyezett tagozaton, 123 hallgatóval. Az induláskor a dietetikus, a gyógytornász, a védőnő és az általános szociális munkás képzés jelentette a képzési kínálatot. A kar képzései iránti igény látványosan az 1992/93-s tanévben változott meg jelentősen, amikor több mint kétszeres volt a túljelentkezés. 1996-ban került sor a POTE karaként az Egészségügyi Főiskolai Kar MAB általi akkreditációjára. Ezt követően a Janus Pannonius Tudományegyetem és a POTE presztízsharcai közepette történt meg a fejlesztési integrációs terv kidolgozása, majd 2000-ben a Pécsi Tudományegyetembe való integrálódás. 1999-ben a pécsi székhelyű képzések száma is bővült nappali és levelező tagozatos képzésekkel egyaránt. Ekkor az EFK a PTE már talán legdinamikusabban fejlődő karának számított. A 2001/2002-es tanévtől a 2005/2006-os tanévig összesen 3553 nappali és 3434 levelező tagozatos hallgató nyert felvételt a karra. Ugyanebben az időszakban a kiadott diplomák száma 3151 volt. Az EFK képzési kínálata jelentősen kiszélesedett. 2005-ben a következő képzések voltak: diplomás ápoló nappali képzés, okleveles ápoló (egyetemi) nappali és levelező, egészségtan tanár nappali és levelező, diagnosztikai képalkotó nappali és levelező, dietetikus nappali, egészségügyi szervező levelező, gyógytornász nappali, mentőtiszt nappali, védőnő nappali, okleveles védőnő nappali és levelező, egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakirányú továbbképzés.

Mindezek ellenére mégsem mondhatjuk, hogy a mennyiségi növekedés a minőségi fejlesztés rovására történt, hiszen már folyt az intenzív minőségi műhelymunka, amelynek a következtében akkreditálásra került hazánkban először az egyetemi szintű ápoló-, majd védőnőképzés (Buda, 2006). Ugyanakkor e két képzés esetében már a felsőoktatás 2006-ban induló reformját jóval megelőzve létrejött a szintek tekintetében a lineáris kétciklusú képzési rendszer, amely az Európai Kreditátviteli Rendszer segítségével az EU tagországok között elviekben átjárható is (mivel minden egészségügyi képzési programot ennek szellemében módosítottak). Azt gondoljuk, hogy a legnagyobb mértékű előrelépés az egészség tudományban mégis az Egészségtudományi Doktori Iskola létrehozása volt, amely szintén

a karunk innovációs tevékenységét jelzi. A 2005/2006-os tanévben kezdte meg a működését, amely ma is egyedülálló e tudományterületen hazánkban.

1.3. Az alapképzés és a felsőfokú szakképzések bevezetésének tapasztalatai a PTE ETK-n

Megállapításainkhoz felhasználjuk a dr. Betlehem József általános dékánhelyet-tessel készített interjú, a tantervelemzések, valamint az oktatóvédőnői feedback-kérdőívek elemzésének szempontjait. Bár az első lépcső valójában az alapszak, mégis a korábban már felsorolt indokok, valamint a képzések időrendje miatt az ETK felsőfokú szakképzéseinek áttekintésével kezdjük a tapasztalatok megosz-tását. Az áttekinthetőség kedvéért az 1. ábrán szemléltetjük az EFT elvárásait a hazai ápolóképzés szintjeinek és arányainak vonatkozásában.

1.ábra: A képzési szintek az Európai Felsőoktatási Térség elvárásai alapján a hazai egészségügyi képzési ágban az ápolóképzés szempontjából 2005-től



Forrás: Betlehem J. - Boncz I. - Kriszbacher I. - Illei Gy. - Tahin T. - Bódis J. : Az ápolóképzés változása hazánkban az Európai Felsőoktatási Térségben, 2008

Az egészségügy nem orvosi részét érintő közép- és felsőfokú képzések áttekintésekor célszerű a jelenlegi jogi háttérből kiindulni. Ezek alapján látható, hogy mind a középfokú és felsőfokú szakképzések, mind a felsőfokú végzettséget és szak-képzettséget eredményező egészségtudományi fokozatok (főiskola, egyetem) területe az elmúlt időszakban több alkalommal is újraszabályozásra került hazánkban (Koppenhágai folyamat, Bologna-folyamat). Ez azonban nem teremtette meg annak a lehetőségét, hogy a felsőoktatás elismerhessen korábbi, nem felsőfokon szerzett ismeretet és gyakorlatot. Ez továbbra is azt eredményezi, hogy a néhány (3) felsőfokú szakképzési szak kivételével a középfokon megszerzett szakmai ismeretek (OKJ 54 és alatta) nem jelentenek beszámítási alapot a felsőoktatásba, ami a szakképzés és a felsőoktatás rendszerének az összehangolását jelenthetné. A fent említett képzési szintek között a párbeszéd és egyeztetés hiánya nem követi az európai országok többségének gyakorlatát sem.

Az ápolóképzésben a jogi helyzet azt eredményezi, hogy az OKJ 54 szintű, érettségire épülő hároméves nappali tagozatos ápolóképzés kiüresedett. Ennek ellenére, hogy ez a képzés tartalmában szinte minden tekintetben megfelel az OKJ 55 szintű képzések tartalmi követelményeinek, sőt bizonyos tekintetben azon túl is lép (képzési idő), mégsem jelent kellő vonzerőt a szakmát választani kívánók számára. Az ápolóképzés – ebben az OKJ 54 formában – nem része a Bologna-folyamathoz illeszkedő képzéseknek. Az érettségivel rendelkező fiataloknak ilyen módon nem kínál karrierlehetőséget, továbbá az élethosszig tartó tanulás lehetőségét sem képes nyújtani vertikálisan. Az OKJ 54 képesítésű ápoló – felvételi vizsga után – gyakorlatilag 7 évnyi tanulás után szerezheti meg a BSc végzettséget és a szakképzettséget. A helyzetet rontja az is, hogy a nappali képzésben végzetek közül kevesen helyezkednek el az egészségügyben, főleg a fekvőbeteg-ellátásban, mert a pályának egyre kisebb a megtartó ereje ezen a szinten is.

A post secondary szintet a felsőoktatáshoz kapcsolódóan felsőfokú szakképzésnek (korábban akkreditált iskolai rendszerű felsőfokú szakképzés) OKJ 55-nek hívják, azonban a post secondary képzés lehet középfokú is, ami ugyancsak érettségit és legalább 18 éves kort követel meg belépési szintként, pl.: OKJ 54 ápoló (*Timárné-Tóth*, 2008). Ez a típusú képzés Európa egyes országaiban és – az egészségtudományt kivéve – hazánkban is elég elterjedt képzési forma, amelyben a megalapozott gyakorlati tudás mellett a 60–120 kredités képzésekben több elméleti ismeretet is kapnak a hallgatók, mint a rövidebb idejű szakképzésekben. A gyakorlati tudás azonnal hasznosítható, különösen a front desk manager jellegű szakmák esetében, ami gyors munkaerő-piaci alkalmazkodást tesz lehetővé a ver-

senyszférában. További haszna, hogy ha a végzettség birtokosa tovább kíván tanulni szakirányban, akkor maximálisan 60 kreditet beszámíthat a megelőző tanulmányokból. Ez a képzési típus tulajdonképpen egy jó adaptálódást jelent a globalizálódó és nagyobb szakértelmet igénylő munkaerőpiac számára.

Az egészségtudományi felsőoktatásban a korábbi AIFSZ, illetve most már FSZ képzések nem honosodtak meg, jóllehet az oktatási tárca a 90-es évek közepétől rendkívüli módon igyekezett előmozdítani ezt – a középfokú szakképzés és a főiskolai szint közötti – képzést. Viszonylag nagy források álltak rendelkezésre a munkaügyi, illetve az oktatási tárcánál ezekre, amit évente a be nem töltött felvételi keretszámok is mutatnak. Az egészségügyi kormányzat azonban csak nagyon szűk körben kívánt élni e jelentős lehetőséggel. Hosszas huzavona után négy felsőfokú szakképzés jött létre: a képi diagnosztikai és intervencióss asszisztens, az orvosdiagnosztikai laboratóriumi technológus, a szülésznő és a csecsemő- és kisgyermeknevelő-gondozó szakok (OM rendelet, 1/2006). Az egészségtudományi FSZ képzések kezdetben az országban kevés helyen indultak el, viszonylag kis létszámmal. A közel 100.000 főt számláló egészségügyi, nem orvos munkaerőpiacon a képzettségi összetétel rendkívül vegyes; döntő többségben az OKJ 54 szinten végzett ápolók vannak. A többi dolgozó viszonylag kis számban rendelkezik felsőfokú végzettséggel és elenyésző számban felsőfokú szakképzettséggel.

A karunkon a képi diagnosztikai és intervencióss asszisztens képzésben két évfolyamot indítottak a Zalaegerszegi és Pécsi Képzési Központban. Az ott végzettek gyakorlatilag azonnal tovább is mentek az időközben megalakuló diagnosztikai képző főiskolai alapszakra kreditbeszámítással. Az orvosdiagnosztikai laboratóriumi technológus szakon nappali és levelező munkarendben már többen végeztek az elmúlt évek alatt, akik közül számosan rögtön folytatták is a tanulmányaikat az orvosdiagnosztikai laboratóriumi analitikus főiskolai alapszakon a Kaposvári Képzési Központban. Az utóbbi években már nem minden felvételi időszakban sikerült feltölteni ezt az FSZ szakot sem. A legnagyobb népszerűségnek a szülésznő FSZ képzés örvendett mind az országban, mind a karunkon. Évente nappali és levelező munkarendben is sikerült ezt a képzést a Szombathelyi Képzési Központban indítani. A képzés 2009-től megszűnt, mivel az Ápolás és betegellátás szakon önálló szakirányként jelent meg, és ezért az egészségügyi tárca nem tartotta szerencsésnek az FSZ folytatását.

Összességében elmondható, hogy az egészségtudományban létező kevés FSZ képzés nem találta meg a munkaerő-piaci helyét, ami egyrészt a rendkívül merev

feudális egészségügyi hierarchiának, másrészt az egészségügyi tárca szűklátókörűségének, harmadrészt a szakmák önérvényesítő és kompetenciamegosztó tendenciája hiányának köszönhető.

A PTE ETK az alapszakok és szakirányok vonatkozásában rendelkezik egy kuriózzummal: az országban csak itt található meg az összes (mind a négy) választható alapszak és szakirány egy képzési helyen. Ez a karon belüli átjárhatóságot az alapszakok vonatkozásában mindenképp megkönnyítheti, és széles merítési bázist jelenthet a szakirányok esetén. A gyakorlatban azonban ez csak részben van így. Az átjárhatósággal kapcsolatban komoly problémát jelentenek az azonos vagy hasonló megnevezésű, de tartalmukban mégis eltérő tantárgyi programok és tananyag-tematikák. Ezeknek az összehangolása az összevethető és konvertálható tudás szempontjából egyaránt fontos. Hazánkban a Felsőoktatási törvény értelmében 75%-os tananyagegyezés esetén van mód a tantárgyakon keresztül megszerzett kreditek elfogadtatására. Ennek megfelelően megkezdődött a pedagógia, az egészségnevelés és az egészségfejlesztés körébe tartozó tantárgyak tartalmainak frissítése, fejlesztése és egységesítése karunkon.

A szakirány, és ezáltal a szakmaválasztás, a felsőoktatási tanulmányok megkezdéséhez képest valóban későbbre tolódik, de ismét a hosszú gyakorlati idő és a szakmára való felkészítés terjedelmes ideje miatt viszonylag korán, legkésőbb a 3. szemeszter végén megtörténik a következő metódus alapján. A hallgatók az első félév után előorientációs eljárásban vehetnek részt, ahol jelölni tudják a kívánt területet, majd a második félév végén on-line szakirány-választási eljárásban vesznek részt. Az egyes szakirányok közötti sorrend kialakítása a tanulmányi eredmények matematikai algoritmus alapján történő számításával alakul, melynek a végeredményét határozatlanban közlik a hallgatóval. Minden hallgató folytathatja a tanulmányait, de nem biztos, hogy az általa leginkább kívánt szakirányon. A kari tanács határozza meg a szakirányokra felvehető maximális hallgatói létszámokat, figyelembe véve a kar oktatási és infrastrukturális kapacitásait.

1.4. Az egészségügy munkaerő-piaci helye, a munkaerő-piaci igények követése

A munkaerő-igények meghatározása és tervezése elengedhetetlen része a humán erőforráshoz kapcsolódó probléma kezelésének. Ismereteink szerint jelenleg nem áll rendelkezésre olyan országos, a munkaerőigény prognosztizálásáról szóló tanulmány, amely figyelembe veszi az átalakuló egészségügy közép- és felsőfokú végzettségű szakemberigényét, figyelemmel az ágazatnak a nemzetgazdaságban és a társadalomban betöltött szerepére, valamint a szakmai minőség szavatolására.

Úgy tűnik, hogy napjainkban a szakmai prioritásokat (az ellátás standardjainak való megfelelést) az utolsó szempontok közé sorolják, vagy inkább sok helyütt gazdasági érdekekre való hivatkozással szem előtt sem tartják. Holott az igények meghatározásával párhuzamosan célszerű lenne figyelembe venni az ellátás szakmailag megfelelő megvalósításához szükséges képzettségi összetételt (skill-mix) és a prosperikus létszámgigényeket. Pazarló az a rendszer, amely túlkínálatot termel olyan szakemberekből, akik egyre kevésbé képesek a köz- és a magánszférában elhelyezkedni (pl. gyógytornász, dietetikus, stb.), és hosszú képzési idejű felsőfokú végzettséggel rendelkeznek (főiskola, egyetem). Az egészségügyi ellátás biztosításban továbbra is bőven maradtak állami feladatok, melyeknek az ellátását a közszférában működő egészségügyi intézményeknek kell megvalósítaniuk. Ez az ellátási rész soha nem lesz meg állami irányítás és finanszírozás nélkül, amiben az ápolásnak egyre nagyobb szerepe lesz más egészségügyi szakmák mellett. Ez a közjószág tehát teljes egészében nem helyezhető át a versenyszférába, ezért tudatos munkaerő-tervezést és képzési koncepciót igényel (*Betlehem*, 2008).

Karunk gondot fordít arra, hogy a nálunk végzett hallgatók munkaerő-piaci beválásáról visszajelzéseket kapjon. A végzett hallgatóink munkavégzésével kapcsolatos információkhoz egyrésztől a kar partnerintézményeinek (oktatókórházak, szociális és gyermekjóléti intézmények, közoktatási intézmények, hivatalok) írásos és szóbeli tájékoztatásai alapján jutunk, másrésztől igyekszünk a hallgatóinkat a Pécsi Diplomások Köréhez hasonló módon egy „öregdiák mozgalom” formájában is viszontlátni.

A karnak kiterjedt külső kapcsolati rendszere van, melyet igyekszik felhasználni a kari stratégia formálásában. A vizsgált időszakban a kar számos erőfeszítést tett annak érdekében, hogy formális és informális úton hatékony lobbitevékenységet fejtsen ki céljainak az elérésében és a küldetésnyilatkozatában megfogalmazott elveinek az érvényesítésében. Az elmúlt időszakban a kar fejlesztette az internet alapú tájékoztatási rendszerét, aminek az elsődleges alapja a kari honlap megújítása volt. Rendezvényeihez kapcsolódóan új kiadványokat jelentetett meg, és direkt marketingtevékenységet folytatott a felvételizők körében.

A kar oktatói és kutatói közül egyre többen különböző hazai és nemzetközi tudományos szervezetek tagjai, gyakran vezető tisztségviselői. A kialakuló szakmai műhelyek növekvő súllyal és mértékben vesznek részt hazai és nemzetközi kooperációkban.

A szakmai intézmények és az alapképzést folytató Egészségtudományi Kar Egészségügyi gondozás és prevenció védőnő szakirányának együttműködéséről

és a szakmai igények közvetlen képzésfejlesztő hatásáról számolunk be a következő sorokban két konkrét párbeszédteremtő módszer bemutatásával.

A szakmai párbeszédhez a következő módszereket alkalmaztuk:

- Oktató védőnői feedback-kérdőívek elemzése,
- Oktató védőnők körében végzett félig strukturált interjúk.

A feedback-kérdőívek kérdései a védőnőhallgatók szakmai kompetenciákra való elméleti felkészítésére, valamint az oktatott ismeretanyagok gyakorlatban történő alkalmazására, hasznosítására vonatkoznak. Ezeket az oktató védőnők a területi nagygyakorlatot követően töltik ki a következő szempontrendszer szerint:

- Nő-, várandós-, csecsemő-, kisdéd-, kisgyermekgondozással kapcsolatos elméleti felkészültség és gyakorlati teljesítmény.
- Óvodai/iskolai munkával, egészségfejlesztéssel kapcsolatos elméleti és módszertani felkészültség és gyakorlati teljesítmény.
- A hallgató szűrővizsgálatokkal, önálló munkavégzéssel kapcsolatos teljesítménye, kommunikációja.
- A gyakorlat során felmerülő hiányosságok, valamint az oktatás javítását célzó javaslatok, véleményük a képzésről.

A félig strukturált interjúra lehetőséget kínál a minden tavasszal megrendezésre kerülő Oktató Védőnői Konferencia, amely tapasztalatcsere és továbbképzési alkalom is egyben, és a jegyzőkönyvek adatainak az elemzése teljessé teszi a fejlesztendő készségek, képességek és ismeretek körét. Az ezzel a két módszerrel nyert visszajelzések is szerepet játszanak a curriculum- és tananyagfejlesztésben.

1.5. Az alapszakok képzési struktúrája

Az elmélet és a gyakorlat aránya a BSc-ben 50-50%. Az EU-identitással, a számítástechnikával, nyelvvel, illetve a kommunikációval kapcsolatos tantárgyak a képzési curriculumokban megtalálhatók, de nem feltétlenül modulárisan. EU-ismeretek vannak minden szakon, általában a menedzsment részeként vagy önálló tantárgyként. A 2006-ban indult BSc-képzéseink mindegyikében 2-4 kreditértékű kötelező EU-tanulmányok szerepelnek mind a nappali, mind a levelező oktatásunkban. A speciális szakmai ismeretek a minimumként előírt 30 kreditnél jóval nagyobb arányúak a képzésben. Például az Egészségügyi gondozás és prevenció alapszak védőnő és népegészségügyi ellenőr szakirányán 150 kredit értékű a dif-

ferenciált szakmai anyag.

Az uniós tantárgy és modulmegfeleltetésre való törekvés részben már fellelhető, de egyelőre inkább oktatófüggően és a teljesség igénye nélkül. Indokként szolgálhat, hogy a képzés kellő előkészítésére nem volt elegendő idő ebben a képzési ágban a már felsorolt okok miatt, és hogy jelenleg ennek az igénynek a kiértékelése jelentős többletterhet ró az amúgy is leterhelt oktatókra, elsősorban a tanársegédekre. Például a 2005 évi 36 EC direktíva alkalmazása megjelenik az ápoló és a szülésznő curriculumokban (*EK irányelv, 2005/36*).

1.6. A mesterképzések problematikája a PTE ETK-n

Az egészségügyi mesterképzések jelenleg a következők:

- egészségügyi szociális munka,
- népegészségügyi mesterképzési szak,
- táplálkozástudományi mesterképzési szak,
- komplex rehabilitáció mesterképzési szak,
- ápolás mesterképzési szak,
- klinikai laboratóriumi kutató mesterképzési szak,
- egészségügyi menedzser mesterképzési szak.

A két egyetemi kiegészítő alapképzést hazánkban a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar az ápolóképzésben alapította (2000), majd az Okleveles védőnőt két évvel később. Ezek a képzések a továbbélésüket tekintve viszontagságos úton mentek keresztül. Hosszas politikai csatározásokat követően 2008-ban sikerült az ápolás mesterképzési szakot újrалétesíteni, azonban a védőnő mesterképzés megszűnt. A fenti mesterképzések közül a PTE ETK az egészségügyi szociális munkás képzést folytatja a BTK-val közösen, valamint 2009-ben indult az Ápolás MSc képzés, majd 2010-ben a Népegészségügyi mesterképzés. A Táplálkozástudományi és Komplex rehabilitációs MSc létesítésének kari előkészületei jelenleg folynak. Az MSc-képzésben 60–40% az elmélet és gyakorlat képzési aránya.

1.7. A Doktori Iskola tapasztalatai a PTE ETK-n

A MAB 2005 őszen véglegesen jóváhagyta a PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola létesítését. Az 5 évvel ezelőtti akkreditációja óta az iskola az eredeti célkitűzések szerint, személyi összetételében és programjában/témájában jelentős változtatás nélkül folytatta munkáját.

Évente kétszer hirdet felvételt egyéni felkészülők részére (január és augusz-

tus). A felvételhez szükséges az egyetemi oklevél, középfokú nyelvvizsga, publikációk és egy kutatási terv, amelyek alapján a Doktori Tanács dönt a felvételtől. A fokozat megszerzéséhez szükséges idő egyéni és nappali képzésben felkészülőknél is 3 év.

Az Iskola külső korlátai egybeesnek az egészségtudományi-orvostudományi kutatások általános korlátaival, elsősorban a kutatás-finanszírozás nehézségeivel. A Doktori Iskolában folyó képzésben, a PhD fokozat megszerzése iránti érdeklődésben mindmáig fontos külső korlátozó tényező az, hogy az egyébként tehetséges, és már egyetemi hallgatói éveik alatt komoly tudományos teljesítményt is nyújtó potenciális PhD hallgatók karrier-perspektívája bizonytalan.

Az Iskola erősségét mindenekelőtt az mutatja, hogy a vázolt nehézségek ellenére az akkreditációja óta huszonötven szereztek PhD fokozatot és nevezettek a kutatási eredményeiket csaknem kizárólag rangos nemzetközi (IF-os) folyóiratokban publikálták. Az Iskola vonzereje elsősorban a dél-dunántúli régió, de számos hallgató van az ország más területeiről is. Az Iskola gyengeségét az jelenti, hogy a jelentős számú egyéni felkészülő képzéséhez, költségigényes kutatómunkájához finansziális támogatást nem tud nyújtani.

A Doktori Iskola működésének jelentős belső korlátai nincsenek. Az Iskola jövőbeni lehetőségei nagymértékben függenek a külső korlátok és gyengeségek között említett gondok megoldásától.

A Doktori Iskolába beiratkozott hallgatók összes létszáma az alapításától számítva 188 fő, jelenleg 11 fő nappali rendszerű PhD hallgatóval. A Kar munkatársai közül 28 fő kezdte meg PhD tanulmányát az Egészségtudományi Doktori Iskolában, más doktori iskolákban 12 fő, szolgálva azt a célt, hogy az oktatás mellett egyre magasabb színvonalú tudományos munka jelenjen meg a karon.

A Doktori Iskola személyi háttere: a törzstagok a kar oktatásában részt vevő 5 egyetemi tanár, akik közül 3 fő MTA doktora fokozattal rendelkezik, 1 fő az MTA tagja; 2 fő egyetemi docens. A meghívott előadók tudományos minősítéssel rendelkező oktatók, kutatók, akik között 4 fő akadémikus, 6 fő az MTA doktora, 8 fő habilitált oktató. A doktori iskola 5 meghirdetett programja, melyeken belül számos kutatási téma szerepel:

- Kardiovaszkularis egészségtudomány;
- Mozgásszervi egészségtudomány;
- Reprodukciós egészségtudomány;
- Onkológiai egészségtudomány;
- Egészségtudomány határterületei.

A doktori iskola népszerűségét mutatja a hallgatói létszám és a területi lefedettség is, hiszen az ország minden pontjáról nem csupán egészségtudományi szakemberek vesznek részt benne.

2. Következtetések és összegző gondolatok

A PTE ETK az alapszakok vonatkozásában jó helyzetben van, mivel sokoldalú oktatógárdája, infrastrukturális feltételei és a gyakorlati helyek széles spektruma lehetővé teszi számára minden alapszak és szakirány indítását. Ugyanakkor a teljes átjárhatóság kari szinten kreditakkumulációval főként a modulok tekintetében nem, de a tantárgyakhoz kötődő kreditátvitellel is csak részben megoldott. Legsürgősebb feladatot e téren országosan és helyileg is az általános és szakmai modulok harmonizációja és az uniós gyakorlatnak való megfeleltetése jelentené. Ugyanakkor pozitív tény, hogy ez az erőfeszítés az ETK-n már több tantárgycsoport esetében megkezdődött.

A hallgatóink előtt elviekben nyitva az út a külföldi egészség tudományi felsőoktatás intézményeibe, de a gyakorlat, azaz a többnyire 100%-os tananyag tartalom-egyezés elvárása az átjárhatóságot mégsem biztosítja. Ez a probléma egyébként a hazai azonos profilú intézmények esetében is fennáll, pedig a törvény által deklarált elvárás a 75%-ban megegyező tananyag tartalom lenne. A felsőfokú szakképzések az egészség tudományi palettán nem találták meg megfelelő helyüket, részben a merev kompetenciahatárokból vagy a görcsös kompetenciaféltésből adódóan. Ráadásul hazánkban él még az a régi beidegződés, hogy „ha már tanul az ember, akkor legalább diplomája legyen”.

Az ETK-n is hiányos az EU-ismeretek modul, bár az EU-ismeretek című tantárgy mindkét képzési szinten megtalálható. A munkaerő-piaci elvárások érvényesülése, a szakma és a képzés közötti együttműködés a PTE ETK-n mintaszerűen alakul, mint azt az ápoló és védő szakirány példái is jól érzékeltették. A gyakorlati államvizsgák is a kompetenciák prezentálásának, az elsajátított készségek bemutatásának, az élő szituációban való problémamegoldásnak az irányába mozdultak el, ezzel is erősítve a praktikus és alkalmazható tudás létjogosultságának bolognai elveit. Három mesterképzés elindult, s nem látni még pontosan, hogy megtalálják-e a megfelelő arányokat az alapképzés és a mesterképzés ismereteinek és kompetenciáinak a vonatkozásában. Ugyanakkor pozitívum lehet a jövőre nézve az a tapasztalathalmaz, amit a már lineáris kétciklusú képzési rendszerben az ETK az elmúlt nyolc évben felhalmozott. Negatívumként

említhető, hogy alapszakon elvárt hallgatói kutatási kompetenciák inkább a meszterképzés követelményeinek felelnek meg. Itt tehát érezhető némi diszkrepancia a két szint vonatkozásában a nevezett karon. Az Egészségtudományi Kar doktori képzésének létrehozása, annak elvárásai és professzionális kurzusai minden bizonnyal hozzásegítik az egészségtudomány friss doktoranduszait a kitűzött tudományos céljaiknak az elérésében, és e tudományterület hazai kvalifikációjában.

IRODALOM

- Balogh Zoltán–Betlehem József–Papp Katalin–Tulkán Ibolya–Kovácsné Tóth Ágnes (2009): Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. *Nővér*, 2009/1. szám. 3–12.
- Betlehem József - Kukla Anikó - Deutsch Krisztina - Marton-Simora József - Nagy Gábor (2009): The changing face of European healthcare education: The Hungarian experience. *Nurse Education Today*. 2009. 2. szám. 240-245.
- Betlehem József (2005): Átalakuló egészségtudományi felsőoktatás. *Nővér*. 2005. 4. szám. 27-31.
- Betlehem József - Boncz Imre - Kriszbacher Ildikó - Illei György - Tahin Tamás - Bódis József (2008): Az ápolóképzés változása hazánkban az Európai Felsőoktatási Térségben. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. 2008. 1. szám. 27-32.
- Betlehem József - Sütő-Németh Tímea - Goján Roberta (2003): Nemzetköziesedés az ápolóképzésben. *Magyar Felsőoktatás*. 2003. 9-10. szám. 18-21.
- Buda József (2006): Tizenöt éves a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kara. PTE ETK, Pécs.
- Kadocsa László (2002a): Trendek a felsőoktatásban I. *Magyar Felsőoktatás*. 2002. 7. szám. 26-29.
- Kadocsa László (2002b): Trendek a felsőoktatásban II. *Magyar Felsőoktatás*. 2002. 8. szám. 25-30.
- Kadocsa László (2002c): Trendek a felsőoktatásban III. *Magyar Felsőoktatás*. 2002. 9. szám. 26-30.
- Tímárné Szabó Márta - Tóth Zoltánné (2008): Az ápoló szakképesítés központi programja. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Pécs.
- Újváriné Siket Adrienn - Betlehem József (2008) Hungarian Nurse Education. *Nurse Education Today*. 2008. 7. szám. 880.
- 169/2000. (IX. 29.) Korm.rendelet az egyes tudományterületekhez tartozó tudom-

anyagok, valamint művészeti ágak felsorolásáról.

1/2006. (II. 17.) OM rendelet az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzékbe történő felvétel és törlés eljárási rendjéről.

15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről.

Az Európai Parlament és a Tanács 2005/36/EK IRÁNYELVE (2005. szeptember 7.) a szakmai képesítések elismeréséről.