

Az orvos-segédképzéstől a népegészségügyi ellenőr képzésig a
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar és szakmai jog-
előd intézményeiben

Doktori értekezés

Sinka Magdolna

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Domján Gyula, CSc., egyetemi tanár
Hivatalos bírálók: Dr. habil Paulik Edit, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Kanizsai Péter László, Ph.D., egyetemi docens
Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Forgács Iván, CSc., professzor emeritus
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Nagyné Dr. Baji Ildikó, Ph.D., főiskolai
docens
Dr. Jurányi Zsolt, Ph.D., mb. osztályvezető

Budapest

2017

Tartalomjegyzék

1. Rövidítések jegyzéke	3
2. Bevezetés	6
2.1. Témaválasztás indoklása.....	7
2.2. Az Európai Unió felsőoktatási reformja	8
2.2.1. Bolognai folyamat első szakasza, eredmények.....	8
2.2.2. Bolognai folyamat második szakasza, feladatok	10
2.2.3. Európai Képesítési Keretrendszer (EKKR).....	11
2.2.4. Nemzeti képesítési keretrendszer. Magyar Képesítési Keretrendszer	14
2.2.5. Kreditrendszer és kialakulása	15
2.2.6. Kreditrendszer kialakulása Magyarországon.....	16
2.3. Magyar egészségügyi közigazgatás 1770-1945 között.....	17
3. Célkitűzések	22
4. Módszerek	24
4.1. Közegészségügyi szakemberképzés történetének vizsgálata.....	24
4.1.1. A vizsgálat fázisai	24
4.2. Népegészségügyi ellenőr hallgatói kérdőív vizsgálat.....	24
4.2.1. Elemzési módszerek	25
4.3. Vizsgálati anyagok ismertetése	26
4.3.1. Szovjet anyag.....	26
4.3.2. Német Demokratikus Köztársaság kormányának anyaga	28
5. Eredmények	30
5.1. Közegészségügyi szakemberképzés az SE-ETK keretében és a jogelőd intézményekben.....	30
5.1.1. Orvos-segédképzés indítás indokoltsága.....	30
5.1.2. Orvos-segéd elnevezés	31
5.1.3. Orvos-segédképzés indítása elsőként, egyetlen helyszínen, Budapesten.....	32
5.1.4. Az orvos-segédképzés célja és feladata, orvos-segéd jogosultsága.....	33
5.1.5. Orvos-segédképzés felvételi követelménye, követelmény rendszere	37
5.1.6. Orvos-segéd oklevelek, orvos-segéd illetménye.....	39
5.1.7. Mindennapok az orvos-segédok oktatásában.....	42

5.2. Kétéves közegészségügyi-járványügyi ellenőrképzés	43
5.2.1. Képzés indításának indokai	43
5.2.2. Oktatás indítása, annak jogszabályi háttere	43
5.2.3. Követelmények, felvételi kritériumok, végzettek jogosultsága	44
5.2.4. Oktatás követelmény rendszere	45
5.3. Főiskolai szintű képzés az SE – ETK-n és jogelőd intézményeiben	49
5.3.1. Képzésindításának indokoltsága, célja, jogszabályi háttere	49
5.3.2. Kezdeti évek, hároméves képzés	52
5.3.3. Négyéves képzés bevezetése, képzés az ezredfordulóig	58
5.3.4. Képzés az ezredfordulót követő évektől napjainkig.	60
5.3.4.1. Kredit alapú képzés	60
5.3.4.2. Többciklusú képzés és az alapképzés napjainkig	63
5.3.4.3. Többciklusú képzés - Mesterképzés (MSc), PhD képzés	74
5.3.4.4. Szakirányú képzés	75
5.4. A közegészségügyi szakemberek kompetencia szintje és munkavégzési lehetőségeik elemzése	75
5.4.1. „Orvos-segédék” illetve „felcserek” helyzete	75
5.4.2. Szakiskolai végzettségű közegészségügyi-járványügyi ellenőrök helyzete ..	76
5.4.3. Főiskolai végzettségűek kompetenciái és munkalehetőségei	77
5.5. Az SE-ETK népegészségügyi ellenőrhallgatóinak véleménye a továbbtanulásról és a munkavállalásról a tanult szakmájukat illetően	85
6. Megbeszélés	99
6.1. Közegészségügyi szakemberképzés az SE-ETK-n és jogelőd intézményeiben ..	99
6.2. Változások a kompetenciában és a munkalehetőségekben	108
6.3. Az SE-ETK népegészségügyi ellenőrhallgatók elképzelései a továbbtanulásról és a munkavállalásról a tanult szakmájukat illetően	111
7. Következtetések	117
7.1. A dolgozat új megállapításai	123
8. Összefoglalás	125
9. Summary	126
10. Irodalomjegyzék	128
11. Saját publikációk jegyzéke	145
12. Köszönetnyilvánítás	146

1. Rövidítések jegyzéke

ARACIS	Agentia Romana de Asigurare a Calitatii in Invatamantul Superior Román Felsőoktatási Minőségbiztosítási Ügynökség
ÁKF	Állami Közegészségügyi Felügyelet
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
BA/BSc	Bachelor of Science, Felsőszintű alapképzés
CV	Curriculum Vitae, önéletrajz
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System Európai Kreditátviteli Rendszer
EFK	Egészségügyi Főiskolai Kar
EFT	Európai Felsőoktatási Térség
EFT-KKR	Európai Felsőoktatási Térség Képesítéseinek Keretrendszere
EFTR	Egységes Felsőoktatási Tanulmányi Rendszer
EKKR	European Qualifications Framework Európai Képesítési Keretrendszer
ERASMUS	European Action Schemefor the Mobility of University Students az Európai Unió felsőoktatási hallgatóinak csereprogramja
ETR	Egységes Tanulmányi Rendszer
EU	Európai Unió
EURES	European Employment Services az EU foglalkoztatási szolgálata
KJK	Közegészségügyi-járványügyi Állomás járási, megyei, városi kerületi, üzemi, hajózási, repülőtéri Közegészségügyi-járványügyi Kirendeltségei keretében működő kirendeltségi felügyelőségek
KJSZ	Városi, fővárosi kerületi Közegészségügyi-járványügyi Szolgálat keretében működő városi felügyelőségek
KKK	Képzési és Kimeneti Követelmények
KÖJÁL	Közegészségügyi-járványügyi Állomás
MA	Mesterképzési szint (második szint) Master
MAB	Magyar Felsőoktatási Akkreditációs Bizottság
MKKR	Magyar Képesítési Keretrendszer
MSc	Mesterképzési szint (második szint) Master of Science

MT	Minisztertanács, illetve minisztertanácsi
NBB	Nemzeti Bolognai Bizottság
NDK	Német Demokratikus Köztársaság
NEPTUN	Felsőoktatási Tanulmányi Rendszer
NEPTUN	Egységes Felsőoktatási Tanulmányi Rendszer
EFTR	
NÉBIH	Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatal
NSzSz	Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv
LLL	Egész életen át tartó tanulás Lifelong Learning
OÉTI	Országos Élelmezés és Táplálkozás Tudományi Intézet
OKI	Országos Közegészségügyi Intézet
OKKR	Országos Képesítési Keretrendszer
OMÜI	Országos Munka- és Üzem egészségügyi Intézet
OSSKI	Országos „Frédéric Joliot-Curie” Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Igazgatóság
PhD	„Philosophiae Doctor” (A filozófia doktora) Tudományos fokozat (harmadik szint)
SE-ETK	Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences – statisztikai programcsomag társadalomtudományi használatra

Mellékletek

1. melléklet. Népegészségügyi ellenőr hallgatói kérdőív
2. melléklet. Levelező orvossegéd oklevél
3. melléklet. Egységesített „Orvosfelcseri oklevél”
4. melléklet. „Három éves orvosfelcser-képzés tantervezete” valamint az „Egy éves rövidített orvosfelcserképzés tanterve”
5. melléklet. Közegészségügyi-járványügyi ellenőr tanfolyam „ESKÜOKMÁNY” az 1960-as években
6. melléklet. Szakmai tárgyak körében történt fejlődés a kredit alapú képzés bevezetéséig

7. melléklet. 15/2006.(IV.3.) OM rendelet alapján az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakon elvárt közös kompetenciák (népegészségügyi ellenőr és védőnők)
8. melléklet. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet alapján az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakon elvárt közös kompetenciák (népegészségügyi ellenőr és védőnők)

2. Bevezetés

Több kutatási eredmény is beszámol a világ és Magyarország történelmében megélt, az elégtelen közegészségügyi, járványügyi helyzettel összefüggő megbetegedésekről, ezek megelőzéséről, az egészségmegőrzés, a népegészségügy kialakulásáról, az elért eredményekről. Ezek részleteiben ismertetik meg a korábbi időszakok azon jelentősebb közegészséget befolyásoló eseményeit, melyek az adott kor elhivatott orvosait és állami vezetőit cselekvésre készítették a közegészségügyi helyzet javítása érdekében. Eredményeikben feltárják a közegészségüggyel foglalkozó, szakmailag és szervezetenként hozzá kapcsolódó egyesületek, szervezetek, szövetségek céljait és feladatait, megközelítve a témát a közegészségügy jelentősebb orvosképviselői, tisztiorvosai oldaláról. Ezekből vált ismertté, hogy a külföldi példák és tapasztalatok milyen hatással voltak a magyarországi gyakorlatra, esetleg hogyan befolyásolták a meghozott döntéseket a bevezetett szakmai intézkedéseket. Magyarországon az orvosi diplomával nem rendelkező közegészségügyi szakemberek képzése több mint 60 éves múltra tekint vissza. Kevés szó található viszont ezen közegészségügyi szakemberekről, – a szakma születésének körülményeiről, e szakemberek oktatásáról, a képzésük fejlődéséről, a végzett szakemberek kompetenciáinak változásáról – akik nagy elméleti és gyakorlati felkészültséggel támogatták a közegészségügyi orvosok munkáját, vitathatatlanul hozzájárulva és ezzel részeseivé válva a magyar közegészségügyben elért eredményeknek. A korábban közegészségügyi-járványügyi ellenőr, később, mint közegészségügyi-járványügyi felügyelő, napjainkban pedig mint népegészségügyi ellenőr szakma, 1975-től vált felső fokú képzéssé, elnyervén ezzel méltó helyét az egészségügyi szakképzések rangsorában.

Doktori értekezésemben a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar (SE-ETK, ETK, illetve Kar a továbbiakban) és jogelőd Intézményeiben kezdődött közegészségügyi szakemberek képzésének történetét dolgozom fel és foglalom össze napjainkig, ismertetve, elemezve:

- a körülményeket, amelyek „egy szakma születését” eredményezték,
- a szakma képzési követelményeiben bekövetkezett változásokat, azok okait,
- a különböző oktatási szakaszok fejlődését, bővülését, és azok eredményeit.

- Elemzem és értékelem továbbá a Képzés Kimeneti Követelményeket (KKK) és azok átalakítását a közegészségügyi-járványügyi feladatokat meghatározó jogszabályok és azok változásai alapján.
- Kutatásom, kiterjed a Kar népegészségügyi képzésében, 2012/2013 tanév II. félévében részt vett hallgatók tanulmányaikat követő továbbtanulással kapcsolatos elképzeléseire, és elhelyezkedésükkel kapcsolatos szándékaikra.

2.1. Témaválasztás indoklása

Kutatásom témakörét a közegészségügy területén eltöltött évek, ismeretek, tapasztalatok jelölték ki. A középfokú, később diplomás közegészségügyi szakemberképzés fejlődéstörténetének feldolgozása hiánypótlásnak tekinthető, mert a képzés folyamatának, fejlődésének összefoglalása még nem történt meg. Az elemzés, egyben az oktatáson keresztül egy szakma születését, a szakmával szemben támasztott elvárások változásait is bemutatja. A képzés elődje az orvos-segédképzés Magyarországon az SE-ETK jogelőd Intézményeiben kezdődött több mint hatvan évvel ezelőtt, és hosszú éveken át egyetlen képzőhelyként működött. Úgy gondoltam, hogy a közegészségügyi szakember képzés fejlődését, történetét bemutatni, elemezni, összefoglalni az ETK feladata. A közegészségüggyel foglalkozó orvosok képzéséről, a hatósági orvoslás jogtörténeti aspektusból való vizsgálatáról számos összefoglaló, elemző publikáció lelhető fel, azonban a gyakorlati közegészségügyi feladatokat végrehajtó szakemberek képzéséről nem, vagy csak csekély számú szakirodalmi anyag áll rendelkezésre. Személyes indíttatás, hogy 1991-ben végeztem közegészségügyi-járványügyi ellenőrként. Éppen akkor, amikor a magyar közegészségügyi hatósági feladatokat ellátó szervezet struktúrájában alapvető változás történt – kialakult az ÁNTSZ szervezetrendszere –, amelyben 15 éven át dolgoztam. További két szervezet váltás történt 2007-2015 között, amelyek közül a 2007. évi érintette a közegészségügyi feladatok két jelentős területének hatásköri elvonását is (élelmezés-higiéné, munka és üzem egészségügy). Ezért úgy véltem, mindenképpen vizsgálni szükséges, hogy ez a két átszervezés eredményezett-e (szükségszerűen?) bármilyen változást a szakemberek képzésében, illetve kompetenciájában. Mindezek vajon befolyásolják-e a végzetteknek a képzés befejezését követően a munkahely választását? Végül, de nem utolsó sorban, kapcsolódva a jelenlegi oktatói tevékenységemhez, azt is vizsgálat tárgyává tettem, hogy a felsőoktatásban bekövetkezett változások – kredit típusú képzés, több ciklusú képzés – milyen módosításokat tettek szükségessé a szakemberek

képzésében, illetve ezek eredményeiből fakadó lehetőségekkel tudnak-e, és hogyan tudnak élni napjainkban a Karon végzett nepegészségügyi ellenőrhallgatók.

2.2. Az Európai Unió felsőoktatási reformja

2.2.1. Bolognai folyamat első szakasza, eredmények

Magyarországon a felsőoktatás történetében alapvető változást eredményezett csatlakozásunk a bolognai folyamatnak nevezett európai felsőoktatási reformhoz. A folyamat 1999-ben kezdődött, többek között azzal a céllal, hogy összehangolja az európai országok felsőoktatási rendszerét a tanulók és az intézmények számára, és elősegítse a végzetek munkaerő piaci mobilitását. Megfogalmazott hosszú távú célkitűzés – többek között – az ekkor már felismert előregedő társadalom miatt jelentkező problémák ellensúlyozása volt, továbbá az európai gazdaság versenyképességének fenntartása és növelése. A reformtörekvések elvárt eredményként jelölték meg az Európai Felsőoktatási Térség (EFT) létrehozását és a duális képzésről a lineáris – többciklusú – (alap-, mester-, doktori) képzésre történő átállást (1-2). A 29 ország kormányzati képviselője által 1999-ben ratifikált Bolognai Nyilatkozat eredeti céljainak megvalósítási határidejét 2010-re tűzték ki, a következők szerint:

- Az egyes fokozatok a képzési rendszerben összehasonlíthatóak és könnyen érthetőek legyenek.
- Az Egységes Európai Kredit Átviteli Rendszer (European Credit Transfer System: ECTS) bevezetése. (Kreditrendszer fejlesztését a két évente tartott miniszteri találkozók minden alkalommal megerősítik.)
- Két fő cikluson alapuló képzési rendszert kell kialakítani, amelyben a második ciklus egyetemi vagy doktori fokozatot eredményez.
- Oktatói és hallgatói mobilitás.
- A minőségbiztosítás területén összehasonlítható módszereken és kritériumokon alapuljon az együttműködés.

Egységes Felsőoktatási Térség mellett az Egységes Kutatási Térség is jöjjön létre (1) (3-4). Magyarország az elsők között, 1999-ben csatlakozott a bolognai folyamathoz. A gyakorlati megvalósításhoz a jogszabályi háttér kialakításának munkálatai 2000. évtől kezdődtek (5).

Hazai felsőoktatás történetében a 2004-es év mérföldkönek tekinthető, mert ebben az évben egy-egy felsőoktatási intézményben, – igaz kísérleti jelleggel – de e szellemiségnek megfelelően kezdődhetett meg az oktatás. Két év tapasztalatát követően, 2006. évtől felmenő rendszerben vált általánossá az oktatás valamennyi magyar felsőoktatási intézményben a bolognai rendszer alapján (6). Magyarországon a bolognai folyamattal kapcsolatos valamennyi tevékenység koordinálását a Nemzeti Bolognai Bizottság (NBB) végezte. Az NBB feladatai közé tartozott még e témával kapcsolatos nemzetközi tevékenység koordinálása, a folyamatban érintett szervezetek és intézmények közötti kommunikáció biztosítása is (7).

A résztvevő országok kétévente, a miniszteri konferenciák keretein belül tanácskoztak, vitatták meg a folyamat eredményeit, jelöltek meg további feladatokat, célokat, fogalmaztak meg ajánlásokat. Ekkor hoztak döntést a csatlakozni kívánó országok befogadásáról is. Berlinben, 2003-ban tartott konferencián határoztak többek között a felsőoktatási reformfolyamat felgyorsításáról, így az eredetileg meghatározott 2010-es időpontot 2005 évre módosították (1) (5).

A csatlakozott országokban megvalósult a többciklusú képzési szerkezet, kétségtelenül nem egységes módon és a képzések időtartama is eltérő volt. A felsőoktatás *tömegessé válása* miatt, a képzésre jelentkező diákok különböző előképzettsége, az általános műveltség sokfélesége, különbözősége megoldandó kérdést jelentett (és jelent napjainkban is) a felsőoktatás számára. Szabályozások szintjén javultak a hallgatói mobilitás lehetőségei, a gyakorlatban azonban – látszólag ellentmondóan – ez csökkent. A probléma kezelésére készített megoldási javaslatok megvalósíthatóságában pénzügyi kérdések is szerephez jutottak (1). A felsőoktatás reformtörekvéseiben a minőségbiztosítás kulcsfontosságú kérdés volt, azonban a rendszerek nemzetenként eltérő szintet képviseltek. Számos kérdésben (végzettségek kölcsönös elismerése, hallgatói mobilitás, stb.) elemi igényként jelentkezett a „megfelelő minőségű diploma, tanulmány” egységesítése és ily módon annak elfogadhatósága. Az eltérő nemzeti minőségbiztosítási rendszerek kezelése céljából 2008-ban jött létre az Európai Minőségbiztosítási Ügynökségek Regisztere, amely „azokat az ügynökségeket sorolja fel, amelyek ítéletét elvileg minden ország elfogadja”(1). Ezt a nyilvántartást a nemzeti minőségbiztosítási ügynökségek nehezen ismerték el. 2010-ben 17 minőségbiztosítási ügynökség szerepelt a nevezett Regiszterben (1) (5).

A bolognai folyamat első 10 évét értékelő záró konferenciát Bécs-Budapest közösen rendezte 2010-ben. A résztvevő országok miniszterei közös nyilatkozatot adtak ki. Ez a többi között tartalmazta az Európai Felsőoktatási Térség (EFT) létrehozását (Budapest-bécsi Deklaráció az Európai Felsőoktatási Térségről) (5) (8-9).

Két évvel később, 2012. április 26-27.-én Bukarestben megrendezett miniszteri találkozó egyik legfontosabb üzenete az volt, hogy a felsőoktatási reform segítséget jelenthet az európai gazdasági folyamatokban, a fenntartható növekedésben és a munkahelyteremtésben. A tanácskozáson három fő cél fogalmazódott meg: több diák részvétele a minőségi felsőoktatásban, jobb felkészítés az alkalmazható készségek eléréséhez, valamint a hallgatói mobilitás növelése (10).

2.2.2. Bolognai folyamat második szakasza, feladatok

A szakasz legfontosabb feladataként fogalmazódott meg a bolognai folyamat tartalmi elemeinek részletes ismertetése és bemutatása a folyamatban leginkább érintettek számára (diákoknak, szülőknek, oktatóknak). Ennek az volt az oka, hogy több országban még annak a meghatározása is hiányzott, hogy az új típusú képzés során megszerzett diplomákkal, fokozatokkal milyen álláshelyeket lehet betölteni. Ennek elősegítése érdekében került elfogadásra 2005-ben Bergenben az Európai Felsőoktatási Térség Képesítéseinak Keretrendszere (EFT-KKR) más néven: Bolognai Keretrendszer. Gyakorlatilag ez a dokumentum határozta meg képzési szintenként a tanulási eredményeken és kompetenciákon alapuló általános leírásokat (1). Az EFT-KKR a felsőoktatási szakképzés (rövid ciklus) és a három felsőoktatási ciklus eredményét írja le (11).

A bolognai-folyamat tehát olyan felsőoktatási rendszer működését képzelel el többek között, amely a tanulás eredményére irányul és kimenet szemléletű. Megvalósításában, a tudásközvetítés módja alapvetően más megközelítést igényel az eddig folytatott gyakorlathoz képest. Az ismeretek előadóteremben történő átadásának módját fel kell, hogy váltsa más olyan oktatás-filozófiai gondolkodásmód, amelyben a tanulás, a tanulási folyamat válik hangsúlyossá. Ebben a megközelítésben a tanulás eredménye hallgató központú, az ismeret átadás módja nem egyedül az előadóterem, abban lényeges szerepet kap a hallgatói aktivitás és a hallgató központú oktatási módszerek alkalmazása is. A tanulás eredménye, a tudás – amely nemcsak ismeretet jelent – az hogyan használható majd a gyakorlatban is (12).

A tanulási eredmények átfogóbb, komplex és többszintű rendszerbe szervezésének magvalósítási folyamatában meg kell említeni a felsőoktatási kutatási mozgalmak közül a 2000-ben indított Tuning oktatási struktúrák Európában elnevezésű projektet. A projekt célja volt: a képzési programok elkészítéséhez módszertan kidolgozása a program tervezésétől a végrehajtás folyamatáig, illetve a visszajelzésig. Tuning, a tanulmányi programok kialakításában a tanulási eredményt és a kompetenciákat hangsúlyozta. Azaz, a tanulmányi program felépítése és benne a tudástartalom olyan legyen, hogy a hallgató (és oktató is) egy tanulási folyamaton menjen keresztül. Fontosnak ítélte azt is, hogy a tanterv tartalmazza az abban meghatározott célok eléréséhez szükséges befektetett munka mennyiségét, típusát valamint a tanulási eredmény és befektetett munka együttes értékelését. Úgy vélte a kredit értékét úgy kell meghatározni, hogy az informatív legyen a tudásanyag elsajátításához befektetett munka mennyiségéről és milyenségéről, segítve ezzel a hallgatói életpálya tudatos és felelős tervezését. Tuning javaslatokat tett a hallgatók teljesítményének értékelésére is, kettős feladattal meghatározva: egyrészt mit nem sajátított el a hallgató más részt pedig mit kell máshogyan oktatni vagy átgondolni a képzésben. A tanulmányok eredményét, (kompetenciákat) Tuning két nagy csoportba osztotta: generikus (általános) és szakma specifikus kompetenciákra. Az általános kompetencia azokat a tanulási eredményeket tartalmazta, amely a szakterülettől független. A szakma specifikus kompetenciák meghatározása 9 szakterületen történt. A Berliini Nyilatkozat 2003-ban már a Tuning projekt által kidolgozott fogalmakat alkalmazta, egyértelművé téve, hogy képzési program, a képzési szint, a tanulás eredménye, a kompetencia, a hallgatói munkaterhelés és a profil meghatározásának hiányában nem lehetséges (12-13).

2.2.3. Európai Képesítési Keretrendszer (EKKR)

Az Európai Parlament és a Tanács, ajánlást dolgozott ki az „Az egész életen át tartó tanulás Európai Képesítési Keretrendszerének létrehozásáról” (Life Long Learning, továbbiakban: LLL) címmel, amely 2008 februárjában került elfogadásra, az év április 23.-án pedig hatályba is lépett (14). Az EKKR (European Qualifications Framework) referencia rendszer kidolgozása 2004-ben kezdődött, azzal az egyik legfontosabb céllal, hogy átláthatóbbá tegye a képesítések és a kompetenciák rendszerét. Az elkészült EKKR az országok képesítési rendszereit és ágazati szintű keretrendszereit hangolja össze, ily módon segítséget nyújt az országok eltérő képzési, oktatási rendszereinek ér-

telmeztetéséhez, (összehasonlíthatóság, egymásnak megfeleltetés). Ezek alapvető szempontok az egységes európai munkaerőpiac létrehozásához. Az EKKR elkészítésének további motivációja az LLL megkönnyítése és motiválása, továbbá az országok közötti hallgatói és munkavállalói mobilitás támogatása a képesítések külföldi elismerése révén. Az EKKR is a tanulás eredményét hangsúlyozza, és nem a tanulmányok időtartamát. Feladatai között fogalmazódott meg többek között még az oktatás és képzés valamint a minőségbiztosítás fejlesztése is közös referenciákra alapozva. Az EKKR valamennyi képzési forma (közoktatástól a felsőoktatásig) képesítését tartalmazza, amelyeket egymásra épülően (meta-keretrendszer) nyolc szinten rendez. Minden szint külön-külön meghatározza, és ezáltal meg is különbözteti, hogy az alany „mit tud?”, mit képes elvégezni”. Tehát az „adott szintű képesítésekre vonatkozó tanulási eredményt” mutatja valamennyi képesítési rendszerben (tanulás eredményén alapuló megközelítése a képesítésnek). Az EKKR rendszert 2017-ben 25 ország használja (11) (15-16).

A szintek jellemzői (tanulás eredményeinek leírására szolgálnak):

- **Kompetencia:** „Az EKKR a kompetenciát a felelősség és az autonómia szempontjából írja le” (17). „A tudás, készségek és személyes, szociális és / vagy módszertani képességek használatának bizonyított képessége munkahelyi vagy tanulási helyzetekben a szakmai és személyes fejlődés érdekében”(18).
- **Tudás:** „Az információk tanulással történő feldolgozásának eredménye. A tudás egy munkaterülethez vagy tanulmányi területhez kapcsolódó tények, elvek, elméletek és gyakorlatok összessége”. Az Európai Képesítési Keretrendszer a tudást elméleti és/vagy tárgyi (faktuális) szempontból írja le” (19).
- **Készség:** Az EKKR - ben a készségeket kognitív (logikai, intuitív és kreatív gondolkodás használata) és gyakorlati (kézügyesség valamint módszerek, anyagok, eszközök és műszerek használata) szempontból írja le” (16).

Az EKKR segíti az ERASMUS+ program megvalósítását is. Az ERASMUS-t (European Action Scheme for the Mobility of University Students) eredetileg az EU saját felsőoktatási hallgatóinak csereprogramjaként, 1987-ben hozta létre. Az ERASMUS+ az Európai Parlament és a Tanács 1288/2013/EU rendelete az uniós oktatási, képzési, ifjúsági és sportprogram létrehozásáról.

E program, a már korábban létező 7 EU programot kötött egybe, illetve azokat kiegészítette a sport támogatásával is. Az EKKR segíti továbbá az European Employment Services (EURES) vagyis az Európai Foglalkoztatási Szolgálat és az Europass kezdeményezést is. Az Európai Parlament és a Tanács 2241/2004/EK határozata a képesítések és a szakmai alkalmasság átláthatóságának egységes közösségi keretéről (Europass) hozta létre az Europass – t. Az Europass egyben az LLL-hez kapcsolódó, mobilitást támogató eszközöknek is tekinthetőek. Az Europass öt dokumentumból álló elektronikus mappa, amelyek segítségével az uniós polgárnak egyszerűbben, átláthatóbban van lehetősége a tanulmányi eredményeik, képesítéseik, munkatapasztalataik, készségeik valamint a szakmai alkalmasságuk bemutatására. A képesítések átláthatóságát segítő dokumentumokat tartalmazó elektronikus mappa elemei:

- **Europass CV:** önéletrajz, amely röviden, világosan mutatja be a végzettségeket és készségeket.
- **Europass mobilitási igazolvány:** azoknak a munkatapasztalatait, képességeit, illetve ismereteit tartja nyilván, akik kortól vagy iskolai végzettségtől függetlenül az EU különböző tagállamaiban dolgoznak, illetve tanulnak.
- **Europass oklevélmelléklet:** a közhiteles diploma/oklevél tartalmának részletesebb ismertetése, bemutatása, annak érdekében, hogy annak tartalma a kibocsátó országon kívül egyéb országokban is jobban értelmezhető legyen.
- **Europass bizonyítvány-kiegészítő:** a bizonyítvány adatainak kiegészítése a szakképzési bizonyítvánnyal rendelkezők esetében. Ugyanakkor nem helyettesíti az eredeti bizonyítványt és a végzettség automatikus elismerését sem jelenti.
- **Europass nyelvi útlevél:** tulajdonképpen egy eszköz a nyelvi készségek, végzettségek önértékelésére.
- **Európai készségútlevél:** ez valójában egy elektronikus mappa, amelyben minden olyan adat megtalálható, amely az egyén képességeit, készségeit támasztja alá. pl. bizonyítvány másolat (20- 23).

Az Európai Unió Egész életen át tartó tanulás programjának koordinációját Magyarországon a Tempus Közalapítvány végzi, az oktatás valamennyi szintjén kínálva nemzetközi együttműködéshez ösztöndíj lehetőségeket, támogatásokat, pályázati lehetőségeket (pl. Comenius, Erasmus) (24).

2.2.4. Nemzeti képesítési keretrendszer. Magyar Képesítési Keretrendszer

Nemzeti képesítési keretrendszer: „a képesítések osztályozásának eszköze az elért tanulási szint meghatározására szolgáló kritériumok szerint. Célja, hogy integrálja és összehangolja a nemzeti képesítési alrendszereket, továbbá a munkaerőpiac és a civil társadalom felé növelje a képesítések átláthatóságát, hozzáférhetőségét, egymásra épülését és minőségét” (25). A nemzeti képesítési keretrendszerek megalkotásának határideje 2010 volt, ezek azonban nem készültek el a jelzett határidőig, ezért a második szakasz egyik legfontosabb feladatává vált (1).

A Magyar Kormány az Európai Képesítési Keretrendszerhez való csatlakozásról és az Országos Képesítési Keretrendszer létrehozásáról szóló 2069/2008. (VI.6) Kormányhatározatban tette közzé Magyarország, Európai Képesítési Keretrendszerhez való csatlakozási szándékát. Döntött az EKKR elveivel és szerkezetével kompatibilis Országos Képesítési Keretrendszer (OKKR) létrehozásáról, annak 2013-tól történő egységes bevezetéséről (26). A Kormány az Országos Képesítési Keretrendszer létrehozásáról és bevezetéséről szóló 1004/2011. (I.14.) Kormányhatározatban az EKKR-hez történő csatlakozás jogi, szakmapolitikai és költségvetési feltételeinek megteremtéséről az előterjesztés benyújtásának új határidejét 2011.május 13-ban határozta meg (27). A Magyar Képesítési Keretrendszer bevezetéséhez kapcsolódó feladatokról, valamint az Országos Képzési Keretrendszer létrehozásáról és bevezetéséről szóló 1004/2011. (I.14.) Korm. határozat módosításáról szóló 1229/2012. (VII.6.) Kormányhatározat az OKKR elnevezés helyett a Magyar Képesítési Keretrendszer (továbbiakban: MKKR) elnevezést vezette be. Az MKKR struktúrája az EKKR-hez hasonlóan, nyolc referencia (kimeneti) szintből áll, az alapfokú oktatástól (1-es szint) a doktori képzésig (8-as szint) bezárólag. A felsőoktatási 1. ciklus (Alapfokozat BA/BSc) a 6-os szint. A kormányhatározatban megfogalmazott referencia szintjellemzők (deskriptorok, tanulás eredményének kifejezése) valamint azok értelmezése az alábbiak (28-29).

- **Tudás.** A Magyar Értelmező Kéziszótár megfogalmazása szerint: „Az a tény, hogy valamit tudnak. 2. A szerzett ismeretek összessége, rendszere” (30). Más megközelítésben: „A tudás az ismeretek olyan rendszerének birtoklása, amelyben az egyes ismeretek egymásra épülnek, összefüggnek és meghatározott kapcsolatban állnak egymással. A tudás legfontosabb kritériuma, hogy ismereteinket ne csak reprodukálni, hanem alkalmazni is tudjuk” az elméletben és gyakorlatban egyaránt (31).

- **Képességek:** „Vmely teljesítményre, tevékenységre való testi-lelki adottság, rátermettség” (32). Más megfogalmazásban: a cselekvésekben megnyilvánuló motoros és kognitív készségek összessége (33).
- **Attitűdök:** Értékelő viszonyulás valamilyen konkrét vagy elvont dologhoz. Az attitűd a tanulásra, a munkára, saját cselekvésre vonatkozik, kapcsolatokra, együttműködésre irányul. Érzelmi, gondolati és viselkedésbeli összetevőkből áll (33).
- **Autonómia és felelősség.** Milyen fokú önállósággal és milyen mértékű felelősségvállalással tudja végrehajtani a tevékenységet a személy (33).

Az EKKR elveivel és szerkezetével kompatibilis, a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról a 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet elkészült, 2017.01.01.-től hatályos. A rendelet 3. melléklete tartalmazza képzési területenként, a felsőoktatási alapképzési szakok képzési és kimeneti követelményeit a fent ismertetett deskriptorokat használva (34).

2.2.5. Kreditrendszer és kialakulása

A kredit az egyes tanulmányi követelmények teljesítését (az elvárt tanulási eredmények eléréséhez szükséges átlagos idő) jelző munka mennyiségének mérési eszköze. Azt a becsült időt fejezi ki, amely a különböző tantárgyak követelményeinek teljesítéséhez szükséges. Egy kredit 30 tanulmányi munkaórát jelent. A szükséges kredit mennyiség megszerzésének időtartama nem rögzített, a képzés időtartamánál hosszabb vagy rövidebb idő alatt teljesíthető, az országok között is szabadon „hozható-vihető”(35). A kredit először a XIX. században, az Egyesült Államok közoktatási rendszerében jelent meg, az ugyanazon tárgyból az egy hét különböző napjain megtartott órák összességének mérése céljából. A XX. században azonban a fogalom újabb értelmezést kapott, mert egyre több olyan diák került az egyetemi oktatásba, akik már valamiféle szakmai képzésben is részesültek. A rendszer egyre szélesebb körű terjedése az 1950-es évektől kezdődött. Az európai országok közül, először az Egyesült Királyságban vezették be a kreditrendszert, de intézményenként eltérő alapokon, ezért az 1990-es években annak összehangolására volt szükség.

A kontinentális Európában az 1980-as évek végén kezdték bevezetni az – Amerikai rendszertől eltérő rendszerű – kredit transzfer programot (36-37). Az ERASMUS programon belül, kísérleti jelleggel indult projekt 1988-1995-ig tartott az Európai Unió és az EFTA - országok 145 felsőoktatási intézmény egy-egy kar és tanszék bevonásával, öt szakterületen. Ebben az időszakban legfontosabb célja volt a tagországok és intézmények közötti hallgatói mobilitás valamint az elvégzett tanulmányok kölcsönös elismerésének támogatása. A kreditrendszer fejlesztése a hallgatói mobilitás támogatása érdekében, a bolognai-folyamat részévé vált, mert mindezt a Bolognai nyilatkozat 1998-ban megerősítette. Az ECTS kumulatív rendszerré fejlesztésére, a tanulmányok összehasonlíthatósága érdekében, 2002-ben a Tuning program is tett javaslatot, amely az ECTS filozófiáját napjainkban is meghatározza (38). A Program javaslata szerint, a hallgatói munkaórára épülő ECTS kreditek és a kompetenciák összekapcsolásának eredményeként, a rendszer már a tanulási eredményekhez kötött értékekkel tud dolgozni (39). Az Európai Bizottság 2005-ben a kredit kumulatív jellemzőit is tartalmazó ECTS használati útmutatót adott ki, amit 2009-ben, később pedig 2015-ben Jerevánban tartott miniszteri találkozón ismét megújítottak (38).

2.2.6. Kreditrendszer kialakulása Magyarországon

A folyamat kezdete Magyarországon az 1990-es évek első éveire tehető. Ekkor több felsőoktatási intézményben kísérleti jelleggel kezdődött meg a kreditrendszer bevezetése, elsősorban az intézmény saját belső kezdeményezésére, intézményi reformok keretében (pl. Budapesti Műszaki Egyetem 1993, stb.). Magyarországon általános bevezetésre vonatkozó állami elkötelezettség első jogforrása a Magyar Országgyűlés a felsőoktatás fejlesztésének irányelveiről szóló 107/1995. (XI.4.) számú határozata. A felsőoktatási tanulmányi pontrendszer (kreditrendszer) bevezetéséről és az intézményi tanulmányi pontrendszerek egységes nyilvántartásáról szóló 90/1998. (V.8.) Kormányrendelet 2002-től minden felsőoktatási intézmény számára előírta a kreditrendszer bevezetését. E rendeletet hatályon kívül helyezte a felsőoktatási tanulmányi pontrendszer (kreditrendszer) bevezetéséről és az intézményi kreditrendszerek egységes nyilvántartásáról szóló 200/2000. (XI.29.) Kormányrendelet, amelynek 1§ (4) bekezdése azt tartalmazza – az ECTS elveivel összhangban – hogy egy kredit 30 hallgatói tanulmányi munkaóra elvégzésével, egy tanév teljesítése pedig átlagosan 60 kredittel egyenértékű.

A 3§ (1) bekezdése értelmében főiskolai szintű végzettség esetén legalább 180, egyetemi szintű végzettség esetén pedig legalább 240 kredit a teljesítési kötelezettség. A Kormányrendelet értelmében, az egyes oklevelek megszerzéséhez szükséges kreditek számát a képesítési követelményekben kellett meghatározni, a közzétételének határidejét a jogalkotó 2001. december 31-re, a kreditrendszernek megfelelő tantervek tervezetét és más kapcsolódó dokumentációk elkészítését pedig 2001. november 1-re tűzte ki. A 77/2002.(IV.13.) Kormányrendelet a felsőoktatási alapképzési szakok képesítési követelményeinek kredit rendszerű képzéséhez illeszkedő kiegészítését írta elő. Az egészségügyi szakcsoport vonatkozásában az oklevél megszerzéséhez szükséges kredit mennyiség meghatározását a rendelet 3. számú melléklete tartalmazta. E szerint főiskolai szintű szakokon a 8 féléves képzés során az összes előírt kreditszám 240. A melléklet ezt követően részleteiben taglalja a főbb tanulmányi területek kredit értékeit, illetve azok %-os arányát az összesített értékhez viszonyítva. Mindezen előzmények eredményeként Magyarországon 2003 szeptemberétől valamennyi felsőoktatási intézmény nappali tagozata felmenő rendszerben kezdte meg a kreditrendszer bevezetését (36-37), (40-42). A felsőoktatásban bevezetett reformok folyamatában elengedhetetlen feltétel volt a megnövekedett adat és információ kezelés megbízható és egységes informatikai hátterének biztosítása. Napjainkban ezt a célt szolgálja a NEPTUN (Felsőoktatási Tanulmányi Rendszer) és az Egységes Tanulmányi Rendszer (ETR) egyesítésének eredménye a NEPTUN EFTR rendszer.

2.3. Magyar egészségügyi közigazgatás 1770-1945 között

Magyarországon, a mai értelmezéseknek megfelelő egészségügyi közigazgatás a XVIII. században nem volt. Kialakulásában meghatározó szerepet jelentett Mária Terézia uralkodása idején Hodosi Skollanics József Ferenc (1720-1785) latinul írt, 1770-ben kiadott *Generale Normativum in Re Sanitatis*. Szó szerinti fordításban „Általános Egészségügyi Szabályzat”, rövidítve „Egészségügyi Főszabályzat”, mely utóbbi megnevezés megfelel a német szöveg eredeti szóhasználatának és a „forráshűségnek” is, ezért a továbbiakban ez a megnevezés szerepel (43). Az Egészségügyi Főszabályzat a bevezetőt követően két részre tagolódik, az első részben az egészségügyi szolgáltatók működésének szabályait taglalja, a második rész pedig a közegészségügyi szolgálatra vonatkozó, elsősorban járványügyi szabályozást ismerteti.

Az első rész, négy egészségügyi szolgáltató működésére vonatkozóan tartalmaz szabályokat, köztük a sebészmesterekre is viszonylag röviden, ezért az 1773. évi kiegészítés már részletesebben rendelkezik az ő működésükkel kapcsolatban (43).

A sebészmestereket nem orvosoknak, hanem paramedikális szakembereknek tekintették az antikvitás korához hasonlóan abban a korban is (44). Tevékenységük engedélyezésének feltétele külön vizsgáláshoz volt kötve olyan egyetemeken, ahol orvosi kar is működött. A szabályozás értelmében a sebészmester orvos engedélye nélkül belső szereket nem alkalmazhatott, az orvosnak tett tájékoztatást követően azonban az orvos utasításának megfelelően eljárhatott. Belső kezelésre alkalmas orvosságokkal, azok készítésével ugyancsak nem foglalkozhatott. Ugyanakkor a szabályozás szerint azokban a településekben ahol orvos nem volt (physicus doktor), lehetséges volt, hogy a „sebészmester közismerten gyógyhatású enyhébb szereket adjon a betegnek” (43) és az általa legmegfelelőbbnek ítélt gyógymódot alkalmazhatta. A sebészmester tevékenysége ugyanakkor nem csak a betegek kezelésére korlátozódott, mert az Egészségügyi Főszabályzat második részében, ahol a közegészségügy érdekében szükséges intézkedések találhatóak meg, a veszteg intézetekben sebészmester jelenlétét is előírta (veszteg intézetek/vesztegzár: az ország határainál kialakított létesítmények, feladatuk és céljuk szigorú szabályok betartásával a fertőző betegségek terjedésének megakadályozása). Feladatuk volt többek között a veszteg intézetbe érkezők és távozók járványügyi szempontból végzett vizsgálata, beszámolási kötelezettség az igazgató és physicus orvos számára, megbetegedettek gyógyítása (43). Az egészségügyet átfogóan szabályozó rendelet a megyéket és a szabad királyi városokat egészségügyi bizottságok létrehozására kötelezte. Az 1787-ben megjelent kiegészítő utasítás (latinul: *Instructio Officiosa pro Physicus et Chirurgis comitatensibus*) a megyei tisztiorvosokat megelőző tevékenység végzésre is kötelezte, egy másik kiegészítő szabályzat a megyei és megyei jogú városok physicus doktorok szakmai felügyelete céljából 1786-ban létrehozta az országos főorvosi állást (latinul: *Protomedicus Regni Hungarie*). Az Egészségügyi Főszabályzat a közfeladatokat ellátó orvosokat két csoportra osztotta. A hatóság mellé kinevezett tisztviselő orvos a physicus orvos, a magánygyakorlatot végző pedig a medicus orvos volt. A physicus – a kor megnevezése szerint – a hatóság szakközege, tisztviselő volt, nem önálló szakhatóság. A szabályzat megerősítette tehát a megyei physicus rendszert, a hatósági orvosi kart pedig központi szakmai vezetésnek rendelte alá.

A magyar egészségügyi igazgatás 1849-ig az Egészségügyi Főszabályzat és a kiegészítő rendelkezéseken alapult (45-49).

Az abszolútizmus korában a magyar közegészségügy helyzete ismét romlott, a rendezésére az 1860-as évektől több kezdeményezés is történt. A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók szövetsége készített egy reformjavaslatot, azt a tagság 1865-ben fogadta el. Ugyanakkor Markusovszky Lajos, Balassa János, Korányi Frigyes, Jendrassik Ernő neveivel jelzett csoport is készített egy tervezetet a kormányzat számára. Ebben az időszakban a belügyminiszter Wenckheim Béla volt, aki 1868-ban létrehozta az Országos Közegészségügyi Tanácsot. A Tanács feladata volt a közegészségügyi állapotok javítására javaslattevéssel valamint a közegészségügy rendezésére törvényjavaslat előkészítése. A fenti előzményeket követően az Országgyűlés 1876-ban fogadta el az első közegészségügyi törvényt, az 1876. évi XIV. tv. a közegészségügy rendezéséről. A törvény nemzetközi viszonylatban is korszerű volt, mert a közegészségügy és járványügy területeken kívül az egészségügy különböző ágazatait is egységbe foglalta (44) (48). A törvény a közegészségügy vezetését, irányítását és a végrehajtást is az állam feladatai közé sorolta. Megszűnt az országos főorvosi státusz, a feladat a Belügyminisztérium hatáskörébe került, ahol a szakterület munkájának irányítását, egy új osztály a Közegészségügyi, később a Közegészségügyi Osztály végezte (46). A törvény tehát a közegészségügy ellenőrzését és az intézkedések megtételét is az állam feladatai közé sorolta, a hatósági orvos rendszer szerkezet tehát megváltozott. Alapfokon a községi, több községre kiterjedő joggal a körorvosok láttak el hatósági feladatokat a gyógyító munka mellett. Hatósági munkájuk felügyeletét a járási, városi tisztiorvosok (Budapesten: kerületi tisztiorvos) végezték, akik e fő tevékenységük mellett praxist is folytathattak. Az elsőfokú hatósági jogkört a községekben a szolgabíró, a „rendezett tanácsú városokban” a polgármester, törvényhatósági városokban a rendőrkapitány, a fővárosban a kerületi előljáróság vezetője látta el. A másodfokú közegészségügyi hatóság szakközege a megyei, illetve a városi tiszti főorvos volt, eljárni a vármegye nevében az alispán, a törvényhatósági város és a főváros esetében pedig a városi tanács járt el. Harmadfokú hatóságként a belügyminiszter járt el (45) (48). A közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvény cikk 143.§. alapján azonban orvos hiányában „Ezentúl községi orvosokul oly okleveles sebészek is megválaszthatók, kik három évi folytonos sebészi gyakorlatot képesek kimutatni”(50). A sebészmeisteri illetve polgári sebészi képzés, a Királyi Magyar Egyetemen (1861-től Magyar Királyi Tudományegyetem) történt két év időtartamban, nem-

zeti nyelveken, magyarul, szlovákul és németül. A sebészmesteri képzés 1850-től fokozatosan szűnt meg, a céhet 1872-ben szüntették meg (51).

A törvény feltehetően azért tette lehetővé a sebészmester községi orvosi állás betöltését, mert akkor még feltehetően számos végzett és aktív szakember állt rendelkezésre. A törvény korszerűségét nem vitatva, annak három hiányossága évtizedekig meghatározta a közegészségügyi-járványügyi munkát (nem volt egységes tisztiorvosi szolgálat, a hatósági orvosok nem rendelkeztek hatósági jogkörrel és nem volt biztos laboratóriumi háttér sem). A közegészségügy fejlődése az I. világháború miatt megtorpant. A háborút követő évek rendkívül rossz közegészségügyi és járványügyi helyzet megoldását nehezítette a hatáskör, illetékesség minisztériumok közötti gyakori változtatása. Mindezek ellenére a Rockefeller-alap támogatásával elkészült Országos Közegészségügyi Intézet, (OKI) kezdetben 7 osztállyal és 6 fiókteleppel, működését 1927-ben kezdte, az igazgatója 1935-ig Johan Béla volt. Az Intézet kialakítása és működése óriási előrelépést jelentett közegészségügy területén, hiszen az 1876. évi. tv. egyik nagy hiányossága, a biztos laboratóriumi háttér elkészült. A belügyminiszteri államtitkár, egyben a magyar közegészségügy irányítója 1935-től Johan Béla, aki rendkívül fontosnak tekintette az 1876. évi tv. másik nagy hiányosságának, a tisztiorvos rendszer szétagoltságának megszüntetését. A hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények és egyéb rendelkezéseinek módosításáról szóló 1936. évi IX. tv. ezt a hiányosságot csak részben tudta megoldani. A tisztiorvos szakmai felettese a továbbiakban a tisztifőorvos lett, aki közvetlen utasítást is kiadhatott. A tisztifőorvos szakmai felettese a belügyminiszter – államtitkára – lett a továbbiakban, aki szintén közvetlen utasítást adhatott ki valamint kinevezési jogot kapott (52). A tisztiorvos és tiszti főorvos tehát továbbra is egészségügyi szakközeg volt, így önálló, közhatalmi jogosítványokkal továbbra sem rendelkeztek. Ugyanakkor a törvény a magyar egészségügyi igazgatás területen először választotta el a hatósági orvoslást és a gyógyító orvosi tevékenységet, mert megtiltotta a tiszti orvosok, tiszti főorvosok számára a magánpraxis végzését. A tiszti orvosok és tiszti főorvosok állami tisztviselői rangját deklarálta (53). Ebben az évben készült el az a rendelet is, amelyben a „magyar királyi közegészségügyi felügyelő” megnevezést és a feladataikat tartalmazta (a közegészségügy ágaiban a tisztiorvosok munkájának felügyelete és segítése). A zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálatról szóló 1000/1940 BM rendelet megjelenését követően a tisztiorvosi szolgálat egészségügyi rendészeti funkciói bővültek.

Az 1876. évi tv. harmadik hiányosságaként emlegetett kérdés, a hatósági jogkör hiánya azonban a II. világháború miatt már nem oldódott meg.

A II. világháború az élet minden területén óriási pusztítást, károkat hagyott maga után. Az egészségügy, a közegészségügy területén az addig elért eredmények ellenére, gyakorlatilag előről kellett kezdeni mindent (52).

3. Célkitűzések

Kutatásom alapvető célkitűzése feldolgozni és összefoglalni a középfokú, később felsőfokúvá vált közegészségügyi szakemberek képzésének történetét a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán és a jogelőd intézményekben a képzés kezdetétől napjainkig.

Foglalkozom azokkal a körülményekkel, amelyek indokoltá tették a képzés változtatását, valamint azzal, hogy ezek a változások hogyan feleltek meg a vonatkozó időszakokban elvárt szakmai igényeknek.

További célkitűzésem volt megvizsgálni a 2012/2013 tanévben népegészségügyi ellenőrképzésben részt vett hallgatók tanulmányaik befejezését követő elképzeléseit tanult szakmájukat illetően.

E feladat eléréséhez célul tűztem ki:

1. megvizsgálni a képzési követelményekben, tantervekben bekövetkezett változások feldolgozását, elemzését, következtetések levonását, tekintettel a különböző időszakokban a vonatkozó jogkörnyezetben bekövetkezett változásokra, hogy ezek eredményeként egyértelművé váljanak mindazon indokok, amelyek a képzés tartalmi és időbeli átalakítását eredményezték. Annak érdekében, hogy a változások eredményei mennyiben felelnek meg a jelen szakmai elvárásoknak, vizsgáltam:
 - a) a tanulmányok megkezdésének felvételi kritériumait,
 - b) a tantervek strukturális felépítésének változásait,
 - c) az oktatott tantárgyak és azok körében bekövetkezett módosításokat,
 - d) az elméleti és gyakorlati óraszámok arányaiban bekövetkezett változásokat,
 - e) az ismeretek számonkérésének formáiban és arányaiban bekövetkezett változásokat,
2. megvizsgálni a közegészségügyi feladatokat meghatározó jogszabályi változások tükrében a Képzés Kimeneti Kompetencia változását a képzés folyamatában,

3. megvizsgálni, elemezni, következtetéseket levonni, hogy a jogszabályban foglalt feladatok ellátása és a végzett szakemberek kompetenciája összhangban áll-e a mindenkori követelményekkel, illetve a képzés mennyire szolgálja a szakma elvárásait,
4. felmérni, elemezni, következtetéseket levonni, hogy az SE-ETK népegészségügyi ellenőrképzésben a 2012/2013 tanévben részt vett hallgatók tanulmányaik befejezését követően mit gondolnak a továbbtanulásról, illetve milyenek a szándékaik munkába állásról.

4. Módszerek

4.1. Közegészségügyi szakemberképzés történetének vizsgálata

A múlt eseményeinek feltárását, célkitűzéseim alapvető megvalósítását, másodlagos anyaggyűjtési módszerrel, kvalitatív adatelemzéssel – szakirodalmi adatok gyűjtése, rendszerezése, tárgyi és összehasonlító elemzése – végeztem. Szakirodalmi forrásnak tekintetem a könyvtárak, levéltár (kötetek, folyóiratok) anyagain túlmenően az SE-ETK jogelőd Intézményeinek archív anyagait, a képzési tanterveket, a képzés kimeneti kompetenciáit meghatározó jogszabályokat, a magyar felsőoktatásról szóló törvényt és annak végrehajtásáról szóló kormányrendeletet, a Bolognai deklarációban megfogalmazottakat valamint minden egyéb, a témakörhöz kapcsolódó joganyagokat.

4.1.1. A vizsgálat fázisai

- Anyaggyűjtés.
- Szakirodalom vizsgálata, rendszerezése, feldolgozása.
- Információk és adatok elemzése, értékelése.
- Ismeretek összefoglalása a következtetések megfogalmazása.

Értekezésemben „orvos-segédképző”, „orvos-segédképző iskola” neveket használom a hivatalos iskolai bélyegző felirat, valamint a hivatalos „Tanulmányi értesítő” című dokumentum alapján, és mindezek mintájára használom az „orvos-segéd/ek” megnevezést is. A *hygiénikus* és *hygiénés* szavak írásmódja a forrásanyagokban található, eredeti írásmódot követi. A Magyar Nemzeti Múzeum – Semmelweis Múzeum Orvostörténeti Könyvtár és Levéltár anyagának döntő része középszinten rendezett.

4.2. Népegészségügyi ellenőr hallgatói kérdőív vizsgálat

Az elsődleges adatgyűjtés kérdőíves módszerrel történt (1. sz. melléklet). A vizsgálat kiterjedt a 2012/2013 tanév II. félévben, az SE-ETK Népegészségügyi ellenőr képzésben résztvevő aktív jogviszonyú, valamennyi hallgatóra. Az önkéntesen kitöltött kérdőív adatai anonim módon kerültek kezelésre és feldolgozásra, ezért a kérdőív nem tartalmazott a kitöltő azonosításra alkalmas jelzést, utalást. Kérdőív teljes egészében saját fejlesztésű, összesen 35 kérdést tartalmazott a következőstruktúrában:

- Általános kérdések csoport – amelyben a szociodemográfiai adatokra vonatkozó kérdések szerepeltek.

- Tanulmánnyal kapcsolatos kérdések csoportban megfogalmazott kérdések: jelenlegi iskolai végzettségre vonatkozó kérdések, „népegészségügyi ellenőr” végzettséggel rendelkező családtag meglétére történő kérdés valamint annak befolyásoló szerepére a szakra történő jelentkezésben. E kérdéscsoportban szerepeltek továbbá a „Népegészségügyi ellenőr” képzés jelentkezésére történő motivációs tényezőikkel, a hallgatók tanulási körülményeikkel, a hallgatók által preferált ismeret elsajátítási formákkal, a párhuzamos tanulmányok végzésére, valamint a továbbtanulási elképzelésekkel kapcsolatos kérdések (ez utóbbi kérdéssel kapcsolatban: a továbbtanulás tervezett területe, helyszíne, továbbtanulás módja és a továbbtanulás tervezett szintjére vonatkoztak.)
- Tanulmányok befejezését követő elképzelésekkel kapcsolatos kérdések csoportban, konkrétan a tanulmányok befejezését követő elképzelésekre, a tervezett munkavégzés helyszínére vonatkozó kérdéseket tartalmaz.

Kérdések típusai döntő többsége zárt kérdés típus volt, néhány kérdés esetében több válasz is megadható volt. Ez utóbbi kérdés típusok esetében, a kérdés mellett ez az információ fel volt tüntetve.

4.2.1. Elemzési módszerek

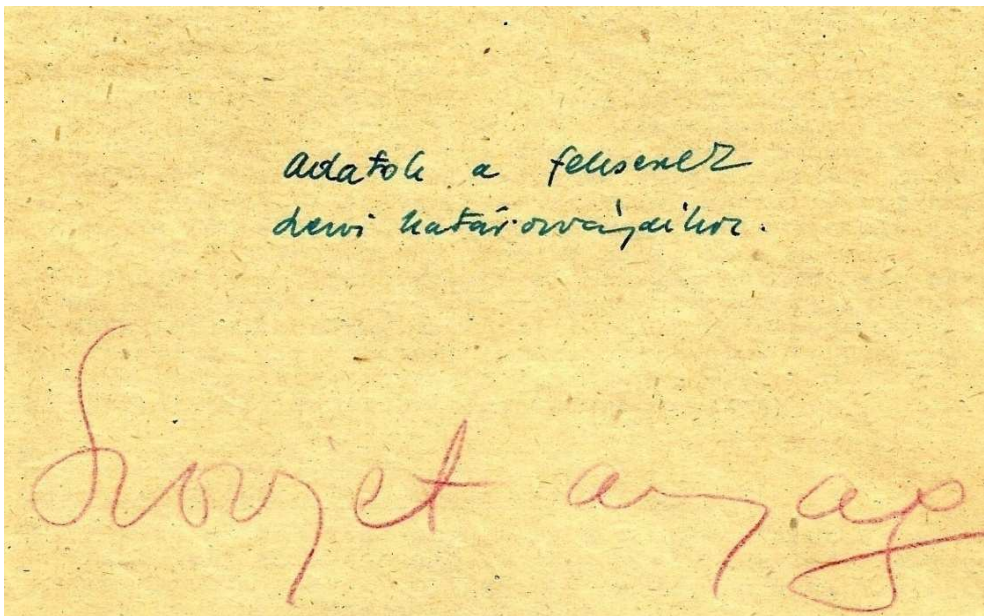
Az adatok elemzése leíró statisztikai módszerek és a kapcsolatok kimutatására alkalmas statisztikai próbák alkalmazásával történt. Kategorikus változók esetén az esetszám (N) és gyakoriság (%) került megnevezésre. Folytonos változók esetén az elemszámot, az átlagot, a szórást, a 95%-os konfidencia intervallumot, és a minimum-maximum értéket használtam. A vizsgálati hipotézisek szignifikanciaszintjét 2x2-es keresztábrák esetén a Fischer-féle egzakt próbával, ennél nagyobb elemszámú táblák esetén pedig khi-négyzet próbával ellenőriztem. Abban az esetben, ha egy összefüggés vizsgálata során a keresztábra bármely cellája esetén N=5 alá csökken a várható elemszám, a változókat kevesebb kategóriába vontam össze, mindaddig, amíg a várható elemszám minden cellában legalább 5 fő, vagy a keresztábra nem nagyobb, mint 2x2. Statisztikai elemzésekhez az IBM-SPSS v. 19.0 programcsomagot alkalmaztam. Az ábrák Microsoft Office Excel 2007 program segítségével készültek.

Forrásmegjelölést külön nem jelző táblázatok és ábrák saját készítésűek.

4.3. Vizsgálati anyagok ismertetése

Az orvos-segédképzés megkezdésében két dokumentum alapvetőnek, meghatározónak tekinthető.

Az egyik a szovjet tanulmányutakon szerzett tapasztalatokhoz köthető és egyik meghatározó elemnek tekinthető az „Adatok a felcserek szervei határozványaihoz”, (54) (későbbiekben a megnevezés: szovjet anyag) című dokumentum, amelyben „A falusi felcser és szülészeti felcser segélyhelyek szervei határozványa” címmel, azok feladatai, jogai és kötelezettségei kerültek összefoglalásra (1. fénykép). A másik pedig a Német Demokratikus Köztársaság (továbbiakban a megnevezés: NDK anyag) kormányának egészségügyi minisztériumi államtitkára által 1952. június 20.-i döntését követően összeállított „Utasítás orvos-segédék kiképzésére” című anyag (55-56).



1. fénykép. A „szovjet anyag” fedőlapja. Forrás: (54)

4.3.1. Szovjet anyag

A dokumentum **három fő témakör** köré csoportosítva foglalja össze a falusi felcser és szülészeti felcser szolgálat működésével és fenntartásával kapcsolatos kívánalmakat, a felcserek feladatait, „jogait és „kötelmeit”.

Az első rész rögzíti a felcser, szülészeti felcser segélyhelyek – mai szóhasználattal élve – jogállását. Az „Általános határozványok” rész szerint a segélyhely saját bélyegzővel rendelkezett, és a munkavégzés a körzeti vezető orvos szakmai irányítása alatt történt, ugyanakkor a segélyhely vezetését a járási egészségügyi osztály által kinevezett közép-fokú, egészségügyi végzettségű felcser végezte. A felcser a munkavégzéséről a körzeti

orvosnak számolt be. A segélyhely ellátási körzetét egy vagy két község jelentette, amelyek kijelölésére a járási egészségügyi osztály jóváhagyása is szükséges volt. E döntéshozatalnál feltétel volt, hogy a segélyhely közel legyen például mezőgazdasági vagy egyéb tevékenységet folytató üzemhez. A feladatok ellátása a körzeti orvos által jóváhagyott munkaterv alapján történt, amely a saját munkatervének is részét képezte. A segélyhely finanszírozása az adott település éves költségvetéséből történt. A hatékony területi ellátás érdekében a felcser számára gépjárművet biztosítottak.

A falusi felcser, szülészeti felcser helyek feladatainak részletes ismertetését a *második rész* tartalmazta három témakör köré csoportosítva.

1.) Gyógyítás-megelőzés területén megfogalmazott elvárások a teljesség igénye nélkül: ingyenes segítségnyújtás az ellátási és a nem ellátási területhez tartozó betegek számára, orvosi beavatkozást igénylő-, valamint azon betegeknél, akiknél a diagnózist a felcser nem tudja egyértelműen megállapítani a páciensek továbbküldése a megfelelő ellátás érdekében, elsősegélynyújtás heveny és sürgős esetekben illetve orvos hívása. Tbc, nemi-, trachomás betegek kezelésének ellenőrzése, a „határozványban” szereplő kisebb sebészeti beavatkozások végzése, ambuláns rendelés végzése, szülés levezetésében segítségnyújtás (szülésznővel azonos jogkörben), „gyógyszerkönyvben” meghatározott gyógyszerek felírása, gyermekintézményekben időszakos vizsgálatok végzése, bizonyos esetekben kórházi beutalók adása, oltásokról, szülésekről, halálesetekről valamint a terhes anyák könnyebb munkakörben történő elhelyezéséről bizonyítvány kiadása.

2.) A járványvédelmi-higiéné területén megfogalmazott elvárások a teljesség igénye nélkül: fertőző-, lázas betegek felderítése, nyilvántartása, regisztrálása és jelentése a megtett intézkedésekkel együtt. Járványügyi vizsgálatok végzése, fertőző góccok fertőtlenítése, körzeti orvos ellenőrzése mellett védőoltások beadása, malária elleni intézkedések végrehajtása. Higiénés ellenőrzések végzése pl. élelmiszerüzletekben, termelő szövetkezetek étkezési helyein, a mai értelemben vett munkásszállásokon, ivóvíz kutaknál, fürdőkben, iskolákban, bölcsődékben. A nem megfelelő higiénés állapot jegyzőkönyvben került rögzítésre az észlelték megszüntetéséhez szükséges feladatokkal együtt.

3.) Az egészségügyi felvilágosító tevékenység szervezése, koordinálása, végzése témakörben: úgynevezett „társadalmi aktivisták” bevonása egy, már jóváhagyott terv alapján történő higiénés és gyógyító-megelőző tevékenységbe, az aktivisták irányítása, munká-

juk szervezése. A lakosság számára kidolgozott különböző egészségügyi felvilágosító tevékenység végzése a segélyhely vezetése mellett.

A szovjet anyag *harmadik fő tartalmi eleme* „A felcser jogai és kötelmei” című rész foglalta össze egyrészt a felcserekkel, szülészfelcserekkel szemben elvárt szakmai és tanulmányi kritériumokat. Alapvető kívánalom volt a felcser bizonyítvány, illetve a „rövidített tanfolyam sikeres” elvégzése. Másrészt az anyag részletesen, tételesen felsorolta a felcserek által végezhető és nem végezhető feladatokat, jogosultságokat és kötelmeket, az adott feltételek meglétéhez kötött feladatok esetében pedig az elvárásokat is. Itt került meghatározásra a kötelezettség/jogosultság megszegése esetén annak következménye is. Mindenképpen megemlíendő és kiemelendő a felcserek továbbképzésével kapcsolatos intézkedés, amely szerint a dolgozó 5 éves munkavégzést követően két hónapos tanfolyamra mehetett a fizetésének folyósítása mellett (54) (56).

4.3.2. Német Demokratikus Köztársaság kormányának anyaga

Az NDK anyagban az orvos-segédképzés megkezdésének indoklásaként elsősorban a kellő számú orvos képzésének hiányát és a fennálló orvoshiányt jelölték meg. Az „Utasítás orvos-segédek kiképzésére” című anyagban nyolc fő témakör tartalmazza az orvos-segédek képzésével kapcsolatos elhatározásokat és elképzeléseket. Az „Általában” című rész kimondta, hogy „az orvos-segéd hivatása középfokú orvosi hivatás”, orvosi, fogorvosi és gyógyszerészeti tanulmányok végzésére feljogosító érettségi bizonyítványt jelentett. A képzésre való jelentkezés feltétele volt, a „betegápoló-nővéri, betegápolói, vagy csecsemő- és gyermekgondozónővéri állami jogosítvány” valamint legalább két-éves gyakorlat igazolása, és egy egészségügyi intézmény által adott javaslat. A felvételi döntési jogköre, maga a képzés és a képzés engedélyezése az NDK Egészségügyi Minisztériuma hatáskörébe tartozott.

A dokumentum meghatározta még a tanulmányokat folytatni kívánók megnyerésében, szervezésében résztvevő állami-, és nem állami szervezeteket. Az utasítás rögzítette a képzés helyét, a képzés időtartamát, – amelyet egy évben határozott meg – a képzés folyamatát, valamint 100 főben szabta határt az egy tanfolyamon résztvevők számát illetően. A döntés szerint a képzés díjmentes volt. A képzés vezetője, aki a minisztériumtól kapta a megbízást, annak az egészségügyi intézménynek az egyik orvosa volt, ahol a képzés történt. Lényeges elem, hogy a képzésben résztvevők számára az állam ösztöndíjat biztosított.

Az utasítás rendelkezett továbbá a jelentkezés benyújtásához szükséges dokumentumok köréről a jelentkezés módjáról, a felvételi bizottság összetételéről, a képzés lezárásának formájáról, a vizsgabizonyítványról. Ez utóbbi tartalmazta az „orvos-segéd megjelölés viselésére szóló jogosítást és az orvosi, fogorvosi és gyógyszerészi főiskolai tanulmányok végzésére jogosító érettségiről szóló megjegyzést”. Az „orvos-segédi állami elismerés”- t kizárólag egyéves sikeres gyakorlatot követően lehetett elnyerni. A dokumentum ismertette továbbá az orvos-segédnek elméleti-, és gyakorlati tudásanyagát valamint magát a tantervet is (55-56).

E fenti előzmények szolgáltatták az alpanyagot a hazai orvos-segédképzés megkezdéséhez.

5. Eredmények

5.1. Közegészségügyi szakemberképzés az SE-ETK keretében és a jogelőd intézményekben

5.1.1. Orvos-segédképzés indítás indokoltsága

Magyarországon a II. világháborút követő években az ország vezetői számára az egyik legnagyobb feladatot a lakosság egészségügyi ellátásának biztosítása, a járványok kialakulásának megakadályozása, a közegészségügyi állapotok javítása, későbbiekben pedig annak folyamatos fejlesztése jelentette. Az 1947-ben ismertetett hároméves egészségpolitikai terv alapvetően az egészségügyi ellátás és egészségvédelem kiterjesztését tartalmazta az ország lakosságának egészére vonatkoztatva. E terv részleteiben tartalmazta többek között a tisztiorvosok hatósági jogkörében, a munkásegészségügyben, a bábaszolgálatban, valamint az egészségvédelem területén tervezett fejlesztéseket (57). A közegészségügyi-járványügyi tevékenység ezekben az években a világháborút megelőzően létrehozott szervezeti struktúrában folytatódott, a megyei, városi, járási tisztiorvosok valamint a községi-, és körorvosok irányításával és munkájával (58). Feladatuk rendkívül sokrétű volt, mert az elsődlegesnek tekinthető közegészségügyi-járványügyi teendők ellátása mellett megelőző, gyógyító, anya- csecsemő-gyermekvédelmi, ellenőrző, ügyintézői munkát is végeztek. A közigazgatás átalakítása következtében (tanácsi rendszer megszervezése) feladataik és jogkörük tovább bővült, ami viszont a közegészségügyi-járványügy területén végzett tevékenységük csökkenését eredményezte. Az országos egészségpolitikáért felelős vezetői viszonylag rövid idő alatt azzal a ténnyel szembesültek, hogy a szocialista egészségügy egyik alapelveinek számító prevenció, érdemben nem végezhető a közegészségügyi-járványügyi feladatok területi végrehajtásának hiányában (59). A megelőző szemléletű és irányítású közegészségügyi-járványügyi munka bevezetésében óriási előrelépést jelentett az Egészségügyi Minisztérium, majd a minisztériumon belül a közegészségügyi-járványügyi főosztály létrehozása. Ugyancsak e szemlélet gyakorlati megvalósulását támogatta a járványügyi feladatok ellátására alapított megyei epidemiológus hálózat, valamint a közegészségügyi ellenőrzési feladatok végzésére hatósági jogkörrel ellátott Állami Közegészségügyi Felügyelet (továbbiakban: ÁKF) 1951-ben történt létrehozása (59-60).

Az egészségügyi osztály keretében létrehozott epidemiológus hálózatban képzett orvosok dolgoztak, de más egyéb, a szakmához nem tartozó feladatokat is elláttak. Az ÁKF-ben orvosi diplomával rendelkező állami közegészségügyi felügyelők dolgoztak. A gyakorlatban azonban problémát jelentett a higiénikus és epidemiológus szakszemélyzet alacsony létszáma (58). További megoldandó kérdést jelentett, hogy higiénikusok és epidemiológusok (akkori szóhasználat szerint: középáderek) hiányában az orvosok számos olyan előkészítő feladatot is kénytelenek voltak elvégezni, amelyek orvosi képzettséget nem igényeltek (61).

A kérdés megoldása – mint akkoriban oly sok más terület esetében is – a Szovjetunióban tett tanulmányutak tapasztalatainak eredményeként történt. Számos beszámoló ismertette a Szovjetunió közegészségügyének szervezeti és működési felépítését. Ezek egyike szerint a közegészségügyi-járványügyi állomásokon higiénikusok és epidemiológusok mellett, „egészségügyi középáder, felcser (magyarul orvos-segéd) működik” (61). Az egészségügyi középáder, az orvos-segéd iránti igény megfogalmazásán túlmenően meghatározták a gyakorlati munkavégzéshez szükséges létszámot is. Egy forrásanyag több száz (500-600) orvos-segédképzését tartotta szükségesnek (61). Fontos megjegyezni, hogy a közegészségügyi-járványügyi állomások (továbbiakban: KÖJÁL) hálózatának 1954-ben megkezdődött kiépítéséhez ugyancsak e tanulmányutak szolgálták mintául, és a hálózat kiépítése is ezeknek megfelelően kezdődött a fővárosban, a megyeszékhelyeken, később pedig a megyei jogú városokban. Ily módon tehát az orvos-segédképzés szükségessége megfogalmazódott, a képzésük ezért volt indokolt.

5.1.2. Orvos-segéd elnevezés

A magyarországi orvos-segédképzés vonatkozásában a képzés célját, a végzettek feladatát, kötelezettségét és jogosultságát tekintve az alapnak tekinthető dokumentumok és az általános elnevezés is az „orvos-segéd” vagy „felcser”nevet használja.

A Magyar Értelmező Kéziszótár alapján, a „felcser” szó jelentése: gyógyítással is foglalkozó borbély, szaknyelvi megfogalmazásban tábori orvos, sebész. A Kárpát medencében orvos-segéd (62). Az „Orvos|segéd” szó jelentése: „Szakiskolát végzett, közegészségügyi munkát végző személy” (63). Gyakran párhuzamosan történt, sőt napjainkban is szinonimaként történik a használatuk. Ugyanakkor a képzésre vonatkozó, végső soron hivatalosnak tekinthető jogforrásokban, az „orvos-felcserképző iskola” illetve

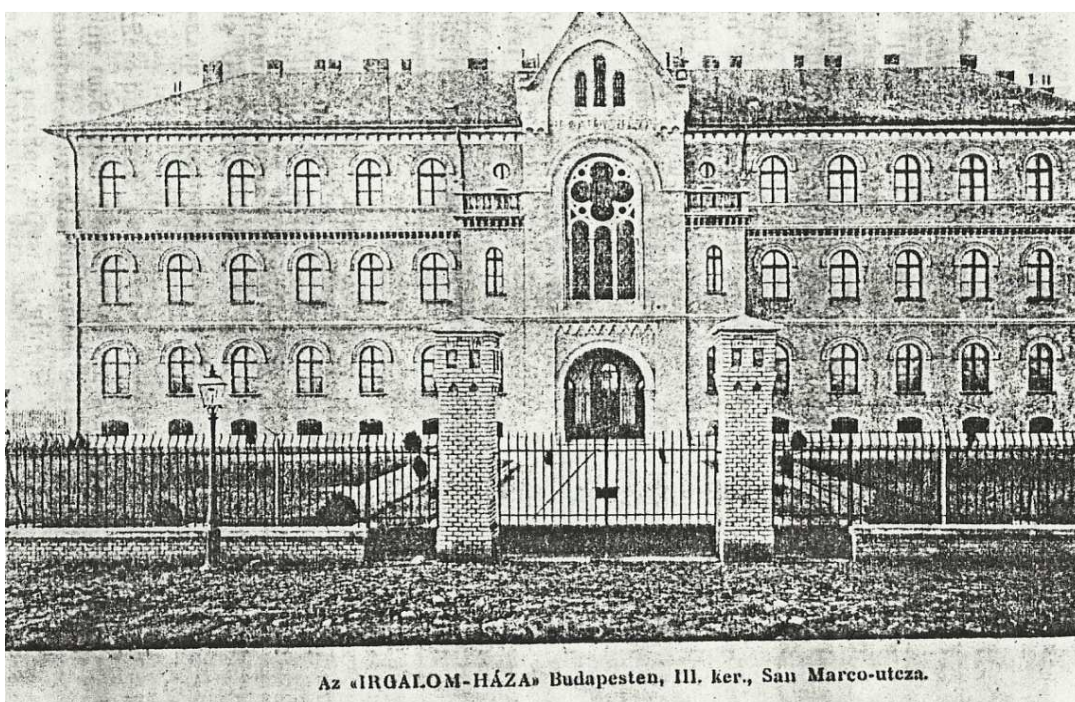
„orvosfelelős-képzés” megnevezések (a kettő elnevezés összevonása) fordulnak elő, amelyek jól tükrözték a képzés indításának eredeti szándékát (64-65).

5.1.3. Orvos-segédképzés indítása elsőként, egyetlen helyszínen, Budapesten

A Magyar Népköztársaság Minisztertanácsa 506/16/1953 M.T.sz határozata alapján kezdte meg működését Magyarországon a három éves képzést nyújtó, a hivatalos elnevezés szerinti Orvos-segédképző Iskola, mint „bentlakásos” intézet (az iskolát általában „OSI”-ként vagy „felcserképző iskola”-elnevezéssel említették). Az iskola befogadására a Budapest III. kerület San Marco utca 48. szám alatti épület együttes került kijelölésre (66).

Az oktatás céljára kijelölt épület 1900-tól 1950-ig „Irgalom-Háza” elnevezéssel, az idült, gyógyíthatatlan betegek számára biztosított ellátást (2. fénykép). Az épületet San Marco hercegné született Nagyszentmiklósi Nákó Miléva (1838-1926) alapította jótékonyági céllal, férje Capece Zurló Gyula nápolyi kamarás, San Marco hercege 1888-ban történt elhunytát követően. A ház kézzel írott alapítványi okiratát az alapító 1900.június 21.-én írta alá. Vaszary Kolos hercegprímás (1893-1912) 1900. június 27.-én hagyta jóvá, majd az épület zárókövében helyezték el 1901. október 30.-án. A hercegné az alapítványt szülei, férje emlékére, a „keresztény egyház 1900 éves” valamint a „magyar katolikus egyház 900 éves” fennállásának emlékére hozta létre. Az épületben négy betegosztály kezdte meg működését, először 100, majd a későbbiekben további 20 ágygal. Az épület központi részében egy kápolnát alakítottak ki, amelynek ablakait mindkét szinten nyithatóvá tették az épület oldalszárnyai felé, így a fekvő betegek számára is lehetőséget adva a szertartásba történő bekapcsolódáshoz. A működéshez úgynevezett „ágyalapítvánnyal” további személyek is hozzájárultak, akik a „helyekre kijelölési jogot gyakorolhattak”. Figyelemre méltó, hogy e személyek között Ferenc József császár és király is fellelhető. 1909-ben az eredeti alapító okirathoz „kiegészítő pontokat” csatoltak, majd 1910. február 08.-án egy „Módosító alapszabályt” fogadtak el. Ebben pontosították az ápolattal kapcsolatos eljárási feltételeket. Az intézmény gyakorlati működtetését és az orvosok kiválasztását egy öt főből álló „Igazgatósági Bizottság” végezte. Az elhelyezett betegek ápolását a Páli Szent Vincéről elnevezett Szeretet leányai apácák, az Irgalmas Nővérek 12-20 fős létszámban végezték, egy-két fő „világi” kísérettel. Az Irgalmas nővérek a betegek ápolásán túlmenően az épület környezetében kertészkedtek és állatokat is tartottak, ezzel is segítve az intézmény működését.

A Népjóléti Minisztérium Kórházi Osztálya 1949-ben kezdeményezte a Gyógyíthatatlan Betegek Menedékhelyének fővárosi kezelésbe vételét. A rend működési engedélyét, más rendekkel együtt, 1950. augusztus 30-án vonta be az Elnöki Tanács 1950:34. törvényerejű rendelete. A még ápolott betegek létszáma ekkor 150 fő volt, akik közül többet más kórházakba helyeztek el. Az ott maradtakat világi személyzet ápolta tovább, de 1953-ban ez a tevékenység is végleg megszűnt, amikor is az épületben megkezdődött az orvos-segédképzés (67-68).



2. fénykép. Az „Irgalom-Háza”. Budapest III. kerület San Marco utca 48. Forrás: (68)

5.1.4. Az orvos-segédképzés célja és feladata, orvos-segéd jogosultsága

A képzés indításkor – feltételezhetően első feladatként – az illetékesek elkészítettek egy tervezetet, sajnos keltezés nélkül „Tervezet az Orvos-segédképző Iskola rendtartásához” címmel, amelyben gyakorlatilag az iskola szervezetét és működését rögzítették. A dokumentum első mondatai leszögezik az iskola célját valamint egy új szakma születését. (az iskola fogja képezni a „nagy szakmai képzettséggel rendelkező egészségügyi dolgozók új típusát”). Célként az orvos-segéd szakmai végzettség bevezetése fogalmazódik meg. Az irat továbbiakban részletesen ismerteti a képzéssel összefüggésben az alábbiakat:

- Az „Orvos-segédképző Iskola” vezetésének feladatai és felelőssége. E témakör tárgyalja – a teljesség igénye nélkül – az igazgató személyes felelősségét, a

munkájával kapcsolatos elvárásokat általában és az iskola területén, az „oktató-nevelő munka irányítása” és a „tantestület nevelése” terén. „Mint elsőfokú tanügyigazgatási hatóság” államigazgatási jogkörökkel is rendelkezik.

- A „Tanulmányi vezető” feladatai, felelőssége.
- Az „Osztályfőnök” feladatai és felelőssége.
- A „Tanárok” feladatai és felelőssége.
- A „Tantestület” mint az „iskola legfőbb közösségi szerve”, annak tagjai, működése, feladata és működési rendje.
- A tanulókra vonatkozó, tanulmányi „szabályzat”.
- Az iskolai dolgozókkal kapcsolatos elvárások, feladataik (gondnok, könyvelő, irodakezelő, hivatalsegéd, házfelügyelő, szakmunkás, kapus).
- A „Tanszéki laboráns”, a „Kollégiumi igazgató” feladatai.
- A „Gazdasági hivatal” működése.
- Az „Iroda kezelő”, „Kapus”, „Házfelügyelő”, „Hivatalsegéd”, „Takarító”, „Mosónő” stb. dolgozók feladatai (69).

A képzés meghirdetésére 1953 nyarán került sor, amikor a továbbtanulási szándékkal rendelkezők túlnyomó többségét már más oktatási intézménybe felvették. Az először felvett 120 fő esetében felvételi vizsga nem történt, sőt az érettségi bizonyítvány sem volt követelmény. A képzés megkezdésének időpontjában az épület átalakítási munkálatai még nem fejeződtek be, így azzal párhuzamosan, 1953. december 07.-én kezdődött meg az oktatás. Az átalakítási munkálatokból fakadó, így az oktatásban is jelentkező nehézségek miatt azonban az iskola vezetése december 19.-től oktatási szünetet rendelt el 1954. január 20.-ig. A magyar orvos-segédképzés tehát ténylegesen – 9 iskolai nevelőtanárral – 1954. január 20.-án indult, Dr. Kiss Bálint igazgató vezetésével. A képzést 112 fő kezdte meg, és még januárban további 9 főt vettek fel. A hallgatók életkora 15-16 év volt, általános iskolai végzettséggel rendelkeztek és döntően munkás és paraszt családból származtak. Az első tanév végére a tanulói létszám jelentősen csökkent, júliusban már csak 85 fő volt. A 29,8%-os tanulói létszám csökkenésnek legfőbb okát a felvételi vizsga hiányában látta az iskola vezetése, ezért a következő tanévre történő beiskolázás már csak sikeres felvételi vizsgával volt lehetséges (56) (66) (70).

A képzés célja volt többek között a közismereti tárgyak elsajátítása, biztosítva az általános műveltség és az orvos-segédi munka ismereteit is, azzal a céllal, hogy az orvos-segédi bizonyítvány „egyenértékű” legyen az „általános gimnáziumi érettségivel”, fel-

jogosítva ezzel tulajdonosát az orvosképzésre történő felvételre is. Nem titkolt cél volt, hogy ez úton egy „orvosi egyetemre előkészítő egészségügyi gimnázium” jöjjön létre. Ily módon, az elképzelések az egészségügyi középiskolai végzettségen alapuló orvosképzést is előirányozták (56) (71). Az oktatás feladatai között további célként fogalmazódott meg a magas fokú általános műveltség a kiváló elméleti és gyakorlati szakmai tudáson túlmenően:

- Az orvosok „tehermentesítését” eredményező orvosi képzettséghez nem kötött feladatok átvétele.
- Orvossal nem rendelkező területeken az egészségügyi feladatok elvégzése az orvos felügyeletével.
- Közegészségügyi és Járványügyi állomások, a járási hivatalok egészségügyi csoportjai és a megyei egészségügyi osztályok tevékenységében való részvétel, az ott folyó munka segítése (72).

Az oktatott tantárgyak között közismereti és szakmai tartalom szerepelt. A képzés indításakor az alábbiakat határozták meg.

1. *Az orvos-segéddek jogai és kötelezettségei.* E szerint a képesítés feltétele az orvos-segédképző iskola vagy a tanfolyamok egyikének eredményes elvégzése és ennek közhiteles bizonyítása (72).
2. *Általánosságban a képzett orvos-segéddek feladatai:* „orvosi segítségnyújtás járó és fekvőbeteg rendeléseken, közegészségügyi és járványvédelmi munka, valamint egészségügyi adminisztráció és egészségügyi propaganda” (56) (73). A forrásanyag szerint „az orvos-segéd csak az orvos ellenőrzése és irányítása mellett dolgozhatott. Kivételes esetekben, legalább 3 éves gyakorlattal rendelkező orvos-segéd helyettesíthette az orvost akkor, ha más orvossal a helyettesítés kérdése nem oldható meg” (73).
3. *Orvos-segéddek által végezhető beavatkozások,* mint például orvos jelenlétében végezhető feladatok, receptírási jogosultság köre, a használható bélyegző formája, az egyáltalán nem végezhető beavatkozások köre, „igazolvány” kiállításának lehetősége egyes eseményekről (pl. szülés), a jogosulatlan munkavégzés következményei, fizetés biztosítása mellett a továbbképzéseken való részvétel lehetősége (74).
4. *A „hygiénikus” orvos-segéd feladatai,* részletezve a közegészségügyi és járványügyi tevékenység a települések, az élelmezés, a munkavédelem, az iskola egész-

ségügy, és a járványvédelem vonatkozásában. Néhányat ezekből pontosan idézek, mert körvonalazzák a későbbi közegészségügyi-járványügyi ellenőr/felügyelői munkavégzés feladatkörét: „*Településeken*: Építkezések higiénés ellenőrzése, építőmunkások higiénés ellenőrzése (Személyi, szállás, élelm. és vízellátás, hulladék.), Laboratóriumi vizsgálatok (víz, levegőszennyeződések) mintavétele. *Élelmézéseknél*: Konyha és környezetének higiénés vizsgálata, konyhaszemélyzet higiénés ellenőrzése, szűrővizsgálatok ellenőrzése. Étrend összeállításának ellenőrzése (kalória, vitamin, változatosság). Élelmiszer beszerzés, szállítás, feldolgozás ellenőrzése. Ételminta vétele. Egyszerű labor. vizsgálatok. *Munkavédelem*: Üzemhygiéne ellenőrzése, környezet higiénés ellenőrzése. Ipari ártalmak, foglalkozási megbetegedések megelőzése. Balesetelhárítási munka, elsősegélynyújtás. Munkavédelmi eszközök és berendezések ellenőrzése. *Iskolaegészségügy*: Iskola, napköziotthon, bölcsőde és környezetének higiénés ellenőrzése. Tanítók szűrővizsgálatának ellenőrzése. Tanulók személyi higiénéjének ellenőrzése. Vízellátás, hulladék elhelyezés ellenőrzése. Konyhaellenőrzés: lásd Élelmézéseknél. *Járványvédelem*: Fertőző betegek aktív felderítése, nyilvántartása, bejelentése. Az elkülönítő rendszabályok betartásának ellenőrzése. Folyamatos és záró-fertőtlenítés végrehajtása. Járványügyi vizsgálatok, mintavételek elvégzése, bacillusgazda kutatóvizsgálatok. Segédkezés a védőoltásoknál a népbetegségek elleni küzdelemben, szűrővizsgálatoknál” (75) (56). Az ellenőrzésről az orvos-segéd kötelezően jegyzőkönyvet vett fel, amelyet hiányossági tartalom esetén a vezetői számára is meg kellett küldeni. Az orvos-segéd önálló intézkedési jogkörrel nem rendelkezett.

5. *Üzemi orvos-segéd*, valamint az eredeti dokumentum szerint *mentő orvos-segédi feladatok*, de az utóbbit a kéziratban áthúzták és *Körzeti orvos-segédre*. javították (74).

Az Egészségügyi Minisztérium Szakoktatási Osztályának eredeti szándéka szerint háromféle orvos-segéd képzését tervezték: higiénikus, üzemi, és mentő (56)(66).

A képzéssel foglalkozó alakuló értekezlet feljegyzésében négyféle képzettség található: üzemi, higiénikus, mentős, valamint körzeti orvos-segéd (76).

5.1.5. Orvos-segédképzés felvételi követelménye, követelmény rendszere

Az első oktatási évet követően, 1954-ben a képzésre jelentkezők kötelező felvételi vizsgát tettek. Hatszáz jelentkezőből 190 főt hívtak be és 106 főt vettek fel (70). *Felvételi követelmények:* 15-20 éves életkor, az általános iskola 8. osztály kitűnő, jeles, vagy jó eredménnyel zárása, valamint a felvételi vizsgán legalább a jó eredmény elérése. Az adott történelmi korra jellemzően a „munkás és paraszt származás” a döntés meghozatalánál előnyt jelentett (a vezetés részéről szándék, hogy a tanulók 80%-a ilyen származású legyen). *A felvételi eljárás módja:* az általános iskolaigazgatók felmérést végeztek azon diákok körében, akiket érdekelt az orvos-segédképzés. Az érdeklődők által kitöltött „Jelentkezési lap” bírálatát az Orvossegéd-képző Iskolabizottsága végezte. A bizottság által kiválasztottakat április hónapban hívták be az írásbeli és szóbeli részből álló felvételi vizsgára. *Felvételi tantárgyak:* magyar, orosz, matematika, fizika, kémia valamint egészségügy. A képzésre felvehető létszámot az Egészségügyi Minisztérium határozta meg (72). Az 1954/55 tanévfelvételi vizsgáját 1954. 04.29.-én tartották. Az erről szóló feljegyzés három éves képzést jelölt meg. Itt olvasható először, hogy a képzés teljesen ingyenes, kezdetben a diákok havonta 120 forint – későbbiekben a tanulmányi eredménytől függő – ösztöndíjat kaptak valamint részükre a felvételi vizsgára történő utazás díját is megtérítették (76).

Mindeközben az alacsony gyakorlati óraszám, az oktatott anyag mennyisége, valamint a tanulók életkora miatt az iskola vezetése kezdeményezte a képzési idő 4-évre történő emelését és mindezzel párhuzamosan kérvényezték a „képzés technikai jellegének engedélyezését” is. Az engedély megszerzése után a négy éves képzés is megkezdődött, amelyre változatlanul általános iskolai végzettséggel lehetett jelentkezni. Minisztériumi döntés alapján azonban erre a típusú képzésre 1955-ben már nem vettek fel tanulókat (66). A négy éves képzésre vonatkozóan, három eltérő tantárgy és óra elosztás tervezet volt fellelhető az iratanyagokban, de az összes óraszámot (elmélet és gyakorlat) közel azonos mértékben határozták meg.

Egy 1954 februárjában készült feljegyzésben található először arra utalás, hogy levelező formában is tervezték a három éves képzés indítását. Ebben több kritikai hangvételű gondolat fogalmazódott meg. A feljegyzés készítője például e képzési formát az Egészségügyi Minisztérium vagy a Vöröskereszt dolgozói számára látta indokoltnak a hatékonyabb, magasabb színvonalú munkavégzés érdekében.

Ugyanakkor, ebben a körben az „általános érvényű bizonyítvány kiadását” már aggályosnak vélte. Hatékonyság szempontjából szintén így nyilatkozott a havonta egy hét oktatási időtartamról is a nyolc osztályos általános iskolát végzettek esetében. A féléves szakmai gyakorlat időtartamát kevésnek ítélte és az volt a véleménye, hogy e képzési forma a „profilozásra nem képes”. A levelező képzés indításának „nehézségei”-t hét pont foglalta össze (76). Mindezek ellenére még ebben az évben, 1954-ben elindították az 1 éves képzést, márciusban pedig a 3 éves levelező képzést (56) (70). Utóbbi tanfolyam indítása a 847/0/16/1954.II/1. EÜ. M. rendelet alapján történt (76). A levelező képzésben munkavégzés mellett havonta 4-5 alkalommal volt oktatás. A tanfolyam anyaga megegyezett a technikumi tanfolyam anyagával, azonban nem tartalmazta a közismereti tárgyak oktatását és gyakorlati képzést. A tanfolyam diákjai elsősorban az egészségüghöz kötődő dolgozók közül kerültek ki, például egészségügyi osztályvezetők az Egészségügyi Minisztériumból, de voltak olyanok is, akik semmilyen egészségügyi előképzéssel nem rendelkeztek.

1955-ben a három éves képzés jelentkezési feltételei között többek között már egyik kriteriumként szerepelt a középiskolai érettségi bizonyítvány, így szeptemberben 50 fő érettségivel rendelkező diák kezdte meg tanulmányait. A rendelkezésre álló írott források feldolgozását és elemzését követően megállapítottam, hogy 1955-ben, alig két évvel a képzés indítását követően többféle formában történt az oktatás:

- 4 éves technikumi típus, általános iskolai végzettségre alapozva. II. évfolyam 112 fő és III. évfolyam 62 fő.
- 3 éves, középiskolai érettségihez kötött képzés, 50 fő.
- 3 éves levelező képzés, 43 fő (56) (66) (70).

Az orvos-segédek működési szabályzatának készítése 1954 nyarának elején kezdődött, és a feljegyzésekben a 7.§-ig követhető nyomon. Nyár végén, szeptember eleji bejegyzés szerint nem készült még el, ezért „Sürgős!” jellel szerepelt az elvégzendő feladatok között (70).

Érettségi képesítő vizsgákról: a dokumentumok áttekintését, rendszerezését követően megállapítottam, hogy az két részből állt.

- Érettségi rész. Írásbeli vizsga, matematika és magyar irodalom tantárgyakból. Szóbeli vizsga: magyar nyelv és irodalom, történelem, és matematika tantárgyakból.

- Képesítő vizsga rész. Szóbeli: közegészségtan, („T. M. É” betűjelek: település-, munka-, és élelmezés egészségtan) járványtan („Á. R” betűjelek: általános és részletes járványtan), parazitológia-fertőtlenítés tantárgyak.

Az eredményesen vizsgázók „orvos-felcseri esküt” tettek (77).

5.1.6. Orvos-segéd oklevelek, orvos-segéd illetménye

A 3-éves képzésre érettségi végzettséggel felvett diákok hygiénikus-, üzemi-, és mentős orvos-segéd oklevelet kaptak, tehát „mindhárom orvos-segédi állás betöltésére képesítő, úgynevezett általános orvos-segédi oklevelet kaptak” (56) (66). A tervezet szerint a 3-éves levelező képzésben résztvevő tanfolyam tanulói „hygiénikus és üzemi orvos-segédi” állás betöltésére szereztek jogosultságot. Ennek oka, a 3-éves levelező képzési formában a gyakorlati képzés hiánya volt, ezért az oklevél csak „hygiénikus-, illetve üzemi orvos-segéd, tehát megelőző orvos-segéd” munkavégzésre adott lehetőséget (56). Ezt a döntést a levelező képzésben részt vett egyes hallgatók sérelmezték. Többen aláírták azt a levelet, amelyet az akkori egészségügyi miniszterhez küldtek annak érdekében, hogy a végzettségük mindhárom területre vonatkozzon, vagyis általános orvos-segéd legyen a minősítésük. Mivel az iskolai iratok között az eredeti példány volt fellelhető, valószínűsíthető, hogy elküldésére a hallgatók nem kaptak engedélyt (78). Később, amikor e képzési formát felülvizsgálták, a minisztérium a megszüntetés mellett döntött. A 4-éves technikai képzésben résztvevő diákok oklevele a tervek alapján „hygiénikus és üzemi orvos-segédi” állás betöltésére jelentett jogosultságot. A „mentős- orvos-segédi” képesítés elnyeréséhez azonban még további fél éves mentőszolgálati gyakorlat és kiegészítő vizsga követelmény volt előírva, azonban mindezek teljesítését követően „általános orvos-segéd”-i képesítést kaptak, hasonlóan az érettségivel rendelkező évfolyamokhoz (56) (66).

Az orvos-segédképzés rövid időtartama alatt a képzés formájában, képzés megkezdés követelményeiben és a végzettségben történt változások időrendjét az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. Az orvos-segédok képzésénekformájában, képzés megkezdés követelményeiben és a végzettségben történt változások időrendje 1953-1955 között.

Változás területei	Képzési évek		
	1953	1954	1955
Felvételi vizsga	8 osztály	8 osztály valamint felvételi vizsga: írásban és szóban	középiskolai érettségi
Képzés időtartam	3 év	3 és 4 év	
Képesítés	<p><u>Minisztérium tervezte szerint:</u> „hygiénikus-, üzemi-, és mentő orvos-segéd”</p> <p><u>Az alakuló ülés szerint:</u> „üzemi, hygiénikus, mentős, valamint körzeti orvos-segéd”</p>	<p>3 éves levelező és 4 éves képzés esetén: hygiénikus-, és üzemi orvos-segéd az-az megelőző orvos-segéd csak</p> <p>Mentő-orvossegédi képesítés eléréséhez: tanulmányokat követően további 6 hónap gyakorlat és kiegészítő vizsga kritérium. Mindezek megléte esetén pedig általános orvos-segédképesítés.</p>	Hygiénikus-, üzemi-, és mentős orvos-segéd oklevél, az-az általános orvos-segéd
Képzési forma	nappali	<p>Indítják:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 éves levelező képzés • 1 éves képzés • technikai képzés kérelem 	

A 2. melléklet, levelező orvos-segédképzés oklevelet mutat be (79).

Egyes forrásanyagok szerint 1956. január 31.-től, más források szerint már 1955-től dr. Temesi Jenő orvos alezredest nevezték ki az iskola igazgatójának. Feladata volt a képzés átalakítása valamint a honvédfelcserek képzése is a vezetése alatt történt. Az iskola neve 1957-től Fodor József Egészségügyi Szakiskola lett, amely az érettségit követően kétéves képzést adott, és ily módon a közegészségügyi-járványügyi ellenőrképzés megkezdését jelentette (56) (66) (68).

A fentiek alapján megállapítottam, hogy alig két évvel az oktatás megkezdését követően az orvos-segédok képzésére több program állt rendelkezésre. Talán e sokszínűség rendezésére, 1957-ben az egészségügyi miniszter a 23/1957. (EÜ. K.11.) Eü. M. számú, „az orvos-felcserképző iskola tanulmányi idejének, valamint a képesítő vizsga anyagának és rendjének megállapítása tárgyában” kiadott utasításában rendelkezett a képzés időtartamáról és a képesítésről. Ennek értelmében az „Orvos-felcserképző Iskola” képzési ideje 1957. június hó 1.-től, (az 1956/57. iskolai évtől kezdődően) az érettséggel rendelkezők számára három év, az érettséggel nem rendelkezők számára pedig négy év volt.

A „képesítő oklevél orvos-felcseri állás betöltésére, továbbá az orvostudományi egyetem orvosi, fogorvosi és gyógyszerészi karán folytatandó tanulmányokra képesített”.

Az utasítás melléklete tartalmazta az „ORVOSFELCSERI OKLEVÉL” mintáját, így a korábbi oklevelek eltérő formáit is egységesítette (56) (64). A 3. melléklet az egységesített orvos-felcseri oklevelet mutatja be (77). Az egészségügyi miniszter 23/1957. (EÜ. K.11.) Eü. M. számú utasításban foglaltak alapján, különös az Egészségügyi Minisztérium 1957. évről készült statisztikai jelentése. A jelentés szerint az 1956/1957. tanévben orvos-segédképzésre nem vettek fel diákokat, az egészségügyi szakiskolák közötti felsorolásban pedig megjelent a „Közeg. járványügyi ellenőrképző” elnevezés, amelyre az 1956/57. tanévben 67 diákokat vettek fel. Az 1958. évi statisztikai adatok alapján pedig 1958 végén az „Orvos-segédképző iskola” a szakiskolák közötti felsorolásban már törlésre került, jelezvén, hogy ez az iskola és az orvos-segédképzés megszűnt. A 2. táblázat mutatja az 1957-1958 naptári években az orvos-segédképzésre és a közegészségügyi járványügyi ellenőrképzésre felvett hallgatók létszámának alakulását, és a képzési helyekben történt változást (56) (80-81).

2. táblázat. Az orvos-segédképzésben résztvevő és végzett diákok létszáma 1957-1958-ban, jelezve már a közegészségügyi-járványügyi ellenőrképzés indulását is.

Szakiskola megnevezés	Szakiskolák száma		Diákok száma						
	1957 év végén	1958 év végén	Felvett		Összes			Végzett	
			1957 év folyamán	1958 év folyamán	1957 év végén	1958 év végén	1959 év végén	1957 év folyamán	1958 év folyamán
Orvos-segéd képző	1	-	-	-	96	-	-	21	101
Közegészségügyi -járványügyi ellenőrképző	1	1	67	86	67	142	114	-	-

Az Orvos-segéd képzés rövid időtartama alatt összesen 181 tanuló szerzett oklevelet. 1955-ben 55, 1956-ban 0, 1957-ben 21, 1958-ban 101 fő (82).

Az orvos-segédék fizetését kulcsszámok alapján, a 3100-3/1954.(Eü. K. ápr.rk.) „Eü. M. számú utasítás az egészségügyi dolgozók fizetésrendezéséről szóló 524/8/1954. számú minisztertanácsi határozat végrehajtása tárgyában” című jogszabály tartalmazta.

Ennek II. számú melléklete szerint (a szakképzett egészségügyi munkakörökre vonatkoztatva) E205 kulcsszám besorolásban az orvos-segéd, 2 év gyakorlaton felüli „bértétele” 1100-1400 Ft, „költésgvetési alapbére” 1250 Ft volt. Az E206 kulcsszám alatt besorolt orvos-segédnek 2 év gyakorlat megszerzéséig a „bértétele” 1000-1300Ft, „költésgvetési alapbére” 1150 Ft volt. Viszonyításként, hogy az adott korszakban mit jelentett ez a fizetés, például a közegészségügyi (higiénikus) orvos városban, városi kerületben „bértétel”-ként 1800-2000 Ft-os besorolásban volt (83). A 4. sz. melléklet a három éves képzés, valamint az egy éves rövidített képzés 1952. november 17.-én készült tantervezetet tartalmazza (84).

5.1.7. Mindennapok az orvos-segédek oktatásában

A képzés megkezdéséhez, és ezzel párhuzamosan egy új iskola működésének elindításához, a szükséges alapvető infrastruktúra és a személyi állomány biztosítása komoly, napi szinten jelentkező, kezelést igénylő problémát jelentett a vezetés számára. A korabeli iskola bentlakásos intézményként működött, ily módon a diákok számára kollégiumi elhelyezést, rendszeres étkezést is kellett biztosítani. Kezdetben az étkeztetést a Margit kórház konyhájáról oldották meg, a későbbiekben saját, önálló konyhát létesítettek. A kollégium működtetése külön személyzetet igényelt, mely alatt nem csupán a nevelő tanárokat kellett érteni, hanem a karbantartást, fűtést végző dolgozókat is. Mind ezen kérdések kezelése, például a kollégiumvezető vagy a nevelők hiánya, gyakran okozott nehézségeket a működésben. Elviekben minden diák számára bentlakásos volt a képzés, legalábbis a feljegyzésekből nem lehetett arra következtetni, hogy a képzés kezdetén erre vonatkozólag bármilyen kizáró szempontot alkalmaztak volna. Található azonban egy 1954. szeptember eleji bejegyzés, amely arra utal, hogy a budapestiek számára bentlakást nem biztosítottak. Ugyanakkor a bejárók étkezéséről, számukra szekrényről az iskola igyekezett gondoskodni. Számos feljegyzés utal arra, hogy az elegendő oktatói létszámfenntartása – főleg az előadó orvosok tekintetében – szintén rendszeresen megoldandó feladatot jelentett az iskola vezetésének. Az oktatáshoz nélkülözhetetlen szemléltető és egyéb oktatási eszközök, továbbá a hiányos laboratórium felszereltségből adódó gyakorlati nehézségek kezelése ugyancsak a napi problémák körébe tartozott. Mivel a képzésre kijelölt hely nem oktatási célépület volt, ezért az épület átalakítása és az állagának megőrzését jelentő karbantartás is a napi szintű megoldandó

feladatok körét gyarapította (70). A jövőre vonatkozó korabeli tervek között egy 400 fős orvos-segédképző iskola építése is szerepelt, amely soha nem készült el (76).

5.2. Kétéves közegészségügyi-járványügyi ellenőrképzés

5.2.1. Képzés indításának indokai

Az orvos-segédképző iskola átalakításának okai között az is szerepet játszott, hogy Magyarországon az orvos-segéd szakma szervesen nem illeszkedett az egészségügy rendszeréhez. Mindaz, ami a Szovjetunióban ezt a szakmát szükségessé tette – részben a nagymértékű orvoshiány és ezzel összefüggésben a nagy földrajzi távolságok miatt az időben történő orvosi segítségnyújtás nehézségei illetve gyakorlati lehetetlensége – Magyarországon nem állt fenn. Időközben az is kiderült, hogy az orvos-segéd szakma jogosultságát a magyarországi egészségügyi viszonyok (pl. az orvos-segéd feladatai, jogosítványai) egyáltalán nem indokolták. A képzést tehát át kellett szervezni közegészségügyi-járványügyi ellenőrképző iskolává (56) (85). A szovjet típusú képzésmegszüntetésének másik oka az volt, hogy a korábban megszerzett képzettség orvos-segédi megnevezése nem fejezte ki kellőképpen a közegészségügyi-járványügyi munka valódi tartalmát. Az egészségügyi igazgatási gyakorlatban egyre erősödött az orvos irányítása mellett végzendő közegészségügyi, megelőző tevékenység, amely kellő alapot adott az éppen akkor átalakulás alatt lévő közegészségügyi szervezet Közegészségügyi-járványügyi Állomásaiban (KÖJÁL) a személyi feltételek biztosításához. A KÖJÁL hálózat kiépítése a közegészségügyi-járványügyi csoportok létrehozásával 1955-ben megyei szinten, illetve 1957-ben fővárosi, kerületi, járási és városi szinten kezdődött meg. Ezeket a csoportokat az állami közegészségügyi felügyelő vezette, és a csoport munkatársai között a higiénikus orvos mellett, közegészségügyi-járványügyi ellenőr megnevezés is szerepelt (56) (60). Valószínűsíthetően a fentiekben megfogalmazottakra vezethető vissza, hogy az orvos-segéd szakma számára a működési szabályzat soha nem készült el, annak ellenére, hogy bizonyítható utalások történtek az elkészítés folyamatára és a kiadás sürgetésére (66) (70).

5.2.2. Oktatás indítása, annak jogszabályi háttere

A fentiekben megfogalmazott előzményeket követően, az orvos-segédképzés átszerveve, az 1956/57. évi tanévben, 67 fő felvett tanulóval kezdődött Magyarországon a közegészségügyi-járványügyi ellenőrök képzése (86).

Helyszín nem változott, az iskola továbbra is Budapesten a III. kerület San Marco utca 48. sz. alatt működött, elnevezése időközben Fodor József Állami Egészségügyi Szakiskolára változott (68).

Az orvos-segédek képzésének átalakítását közegészségügyi-járványügyi ellenőrképzésé „Az egészségügyi miniszter 43/1960. (Eü. K.24.) Eü. M. számú utasítása az orvosfelcserek nyilvántartásba vételéről” tartalmazta, amely egyben hatályon kívül helyezte a korábbi utasítást: „Az egészségügyi miniszter 23/1957.(Eü. K.11.) Eü. M. számú utasítása az orvos-felcserképző iskola tanulmányi idejének, valamint a képesítő vizsga anyagának és rendjének megállapítása tárgyában”. A 43/1960. (Eü. K. 24.) Eü. M. számú utasítás első mondata leszögezte az orvosfelcser-képzés megszűnését, és a jövőre nézve meghirdette a közegészségügyi-járványügyi ellenőrök képzését. A 2.§. (2) bekezdés szerint az orvosfelcserképző iskolában megszerzett képesítő oklevelek – a mentőfelcseri oklevél kivételével – közegészségügyi-járványügyi ellenőri állás betöltésére képesítenek. Az utasítás a fentiekén túl rendelkezett még a „különböző orvosfelcser-képzésben résztvevők „egységes” nyilvántartásba vételéről, annak feltételeiről és a kérelem benyújtásának határidejéről is (65).

5.2.3. Követelmények, felvételi kritériumok, végzetek jogosultsága

A közegészségügyi-járványügyi ellenőrök képzésével kapcsolatos követelményeket az egészségügyi miniszter 42/1960. (Eü. K.24.) Eü. M. számú utasítása tartalmazta „A közegészségügyi-járványügyi ellenőrök szakképesítéséről”. A képzés idejét a jogszabály nappali képzésben 2 évben, munkamelletti képzési formában 3 évben határozta meg. A képzés és a vizsga is a diákok számára térítésmentes volt. A felvételi kritériumokat az 5.§. tartalmazta:

- betöltött 18. év, legfeljebb a 32. év betöltése előtti életkorig,
- érettségi bizonyítvány vagy azzal egyenértékű képesítés,
- a munkakör betöltésére a testi, szellemi alkalmasságot tanúsító 3 hónapnál nem régebbi orvosi alkalmassági igazolás,
- a munkamelletti képzésre jelentkezőnek minimum 3 hónap közegészségügyi gyakorlatról igazolás,
- büntetlen előélet.

A felsorolt kritériumok alól az Egészségügyi Minisztérium felmentést adhatott. A felvételt 3 tagú bizottság előtt történő felvételi vizsgához volt kötve, de ezt megelőzően felvételi kérelmet kellett beadni, az alábbi mellékletekkel:

- születési anyakönyvi kivonat,
- érettségi bizonyítvány,
- hatósági orvosi bizonyítvány,
- saját kézzel írt részletes önéletrajz,
- az eltartó vagy a szülő kereseti kimutatása,
- munkahelyi vagy iskolai ajánlás.

A tanulmányok befejezését követően az alábbi tantárgyakból kellett vizsgázni:

- közegészségtan,
- mikrobiológia, járványtan,
- parazitológia, fertőtlenítéstan, valamint
- természet- és társadalomtudomány.

Eredményes vizsga után a hallgatók „okleveles közegészségügyi-járványügyi ellenőr” megnevezés használatára váltak jogosulttá. A jogszabály szerint a vizsgát kötelező eskütétel követte a vizsgabizottság előtt (87). Az 5. melléklet a közegészségügyi-járványügyi ellenőr tanfolyam „ESKÜOKMÁNY”-t mutatja az 1960-as évekből (88). A jogszabály részletezte a vizsga eljárási rendjét, a bizottság összetételét, az eredménytelen vizsgát követő javító vizsga szabályait, az elméleti-, és gyakorlati órák hiányzásai-val kapcsolatos eljárásrendet, és a fegyelmi eljárás megindításának feltételeit. A nevezett utasítás rendelkezése szerint „közegészségügyi-járványügyi ellenőr” munkakör betöltésének alapfeltétele, az Országos Nyilvántartásba történő bejegyzés, a megfelelő feltételek teljesítése alapján (87).

5.2.4. Oktatás követelmény rendszere

Az 1959-ben készült közegészségügyi-járványügyi ellenőr tanfolyam oktatási tematikája a következő tárgyakat tartalmazta: anatómia, élettan, kórtan, mikrobiológia, elsősegélynyújtás, egészségügyi szervezés, település-egészségügy, élelmezés-egészségügy, munkaegészségügy, parazitológia, fertőtlenítés, általános járványtan, részletes járványtan, orvos történelem, államigazgatási és jogi ismeretek, egészségügyi szervezés, felvilágosítás, gépírás, valamint település-, munka-, élelmezés-egészségügyi gyakorlatok. A képzés teljes időtartama 104 hét volt.

Egy-egy tanévben az oktatás két részből állt, „Elméleti szak” és „Gyakorlati szak” megnevezéssel. Az „Elméleti szak” lényegében megfelelt az iskolában, a tanóra keretein belüli elméleti és gyakorlati oktatásnak. A „Gyakorlati szak” az iskolai oktatását követő, különböző szakmai területeken történő gyakorlati képzést jelentette (89). A teljes oktatási idő bemutatását a 3. táblázat foglalja össze hetekben illetve óraszámban (89).

3. táblázat. Az 1959-ben készült kétéves közegészségügyi-járványügyi ellenőr képzési idejének megoszlása hetekben.

Képzés időpontja	A képzés tartalmi formája és időtartama			
	„Elméleti szak” hét			„Gyakorlati szak” hét
	Elméleti óra	Gyakorlati óra	Összes óra	
I.év. (I. + II. félév)	25 hét			16 hét KÖJÁL: 10 hét Parazitológia: 2 hét Víz kémia és mikrob. 2 hét Fertőtlenítés: 2 hét
	465	306	771	
II. év. (III. félév)	23 hét			24 hét Élelmezés: 6 hét KÖJÁL: 8 hét Vegyipari 4 hét Gépipari 4 hét Textilipari: 1 hét Bányaipari: 1 hét
	366	292	658	
I.és II. év összesen	831	598	1429	
Képesítővizsga				
Előkészítő	3 hét			
Képesítővizsga	1 hét			
Egyéb				
Tanulmányi szünet	12 hét			

A képesítő vizsga tantárgyai, az orvos-segédképzéssel ellentétben, 1959-benkizárólag a szakmai tárgyakat tartalmazták:

- település- és iskola egészségtan
- munkaegészségtan
- élelmezés egészségtan
- mikrobiológia és járványtan
- fertőtlenítés és parazitológia.

Az 1969/70. tanévre jóváhagyott tanterv feldolgozását és elemzését követően megállapítottam, hogy az oktatott tantárgyak közé több olyan önálló tantárgyat is felvettek, amely

a 10 évvel korábbi tantervben még nem szerepelt. Így például egyértelműen szakmai tárgy volt az iskola egészségtan, az egészségügyi műszaki ismeretek, a személyi higiéné és az egészségügyi statisztika. Egyéb tárgyak között szerepelt az ügyviteli ismeretek, honvédelmi ismeretek, munkavédelem, testnevelés, és ideológiai tárgyként a marxizmus.

Oktatási szünetre vonatkozó részletes adat a vizsgált időszakban nem volt fellelhető (90). A 4. táblázat az 1969/70. tanévre jóváhagyott tanterv képzési időtartamát foglalja össze, részletezve az elméleti, gyakorlati óraszám megoszlását (90).

4. táblázat. Az 1969/70 tanévre jóváhagyott oktatási tanterv képzési időtartamának felbontása.

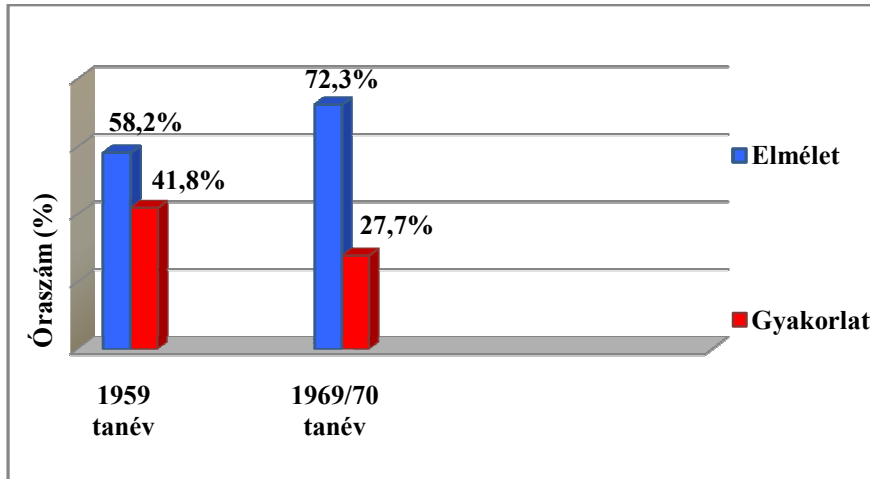
Képzés időpontja	A képzés tartalmi formája és időtartama			
	Oktatás			Gyakorlatok/hét
	Elméleti óra	Gyakorlati óra	Összes óra	
I.év. (I. +II. félév)	656	230	886	II. félévet követően 8. hét: KÖJÁL Labor: 3 hét DDD:2 hét Járványügy: 2 hét KÖJÁL szervezet és működés: 1 hét
II.év. (III. félév)	578	242	820	III. félévet követően 15 hét: KÖJÁL Élelmezés egészségügy: 3 hét Település egészségügy: 4 hét Járványügy: 4 hét Munkaegészségügy: 4 hét
I. és II. év összesen	1234	472	1706	

A képesítő vizsga tantárgyairól az 1966-68-as évfolyam iratanyaga állt rendelkezésre. E szerint, a képzés megkezdése után 10 évvel a marxizmus is megjelent, tehát a szakmai tárgyakhoz ideológiai tárgy is társult. A képesítő vizsga tárgyai az alábbiak voltak:

- Marxizmus,
- közegészségtan,
- járványtan,
- fertőtlenítéstan,
- rovar-és rágcsáló irtás.

Az 1966-68-as képesítő vizsga jegyzőkönyve alapján, munka mellett 3 éves képzés is történt (91).

Az 1. ábra az 1959-es és a tíz évvel későbbi, 1969/70-es tanévre jóváhagyott tanterv elméleti és gyakorlati óraszámainak megoszlását mutatja %-os értékben a területi gyakorlati óraszámok kivételével (89-90).



1. ábra. A közegészségügyi-járványügyi ellenőrképzés elméleti és gyakorlati óraszámok %-os megoszlása az 1959 és 1969/70-es tanévekben a területi gyakorlat kivételével.

(Forrás: saját készítés)

Az 1959-es tantervben az összes óraszám 1429, az 1969/70-es tantervben 1706, tehát az óraszám 277-el növekedett. A növekmény az ábra alapján, az elméleti képzésben jelent meg, amelynek oka feltehetőleg a fentiekben már említett emelkedés volt tantárgyak számában. Egyidejűleg a gyakorlati óraszám 14,1%-al csökkent. Ugyancsak jelentősen, közel 50%-al csökkent a képzés indítását követő 10 év múlva a II. és III. félévet követő („területi”) gyakorlat időtartama is. Hátterében a gyakorlati helyeken történt egyfajta átrendeződés zajlott. Ez a változás a III. félévet követően a KÖJÁL szervezetén kívüli, más, különböző iparágaknál töltött gyakorlat megszüntetését jelezte (vegyipar, gépipar, textil ipar, bányai ipar, összesen 10 hét). A Fodor József Állami Egészségügyi Szakiskola nappali képzésre, utoljára 1974-ben vett fel hallgatókat. A képzés ideje alatt nappali tagozaton 1529 fő, munka melletti képzési formában pedig 213 fő szerzett közegészségügyi-járványügyi ellenőr oklevelet. A munkamelletti képzésben résztvevők utoljára 1969-ben vehették át okleveleiket (82).

5.3. Főiskolai szintű képzés az SE - ETK-n és jogelőd intézményeiben

5.3.1. Képzésindításának indokoltsága, célja, jogszabályi háttere

A magyar egészségügyi szakemberek főiskolai szintű képzésének indokoltsága több tényezőhöz, illetve azok időbeni egybeeséséhez volt köthető.

Óhatatlanul összefüggött az orvosok továbbképzésének kérdéskörével, amelynek gyökerei az 1950-es évek második feléig nyúltak vissza.

Magyarországon az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek továbbképzése hosszú éveken keresztül intézményesített keretek nélkül történt. Az orvostovábbképzés szervezetéről kiadott Magyar Népköztársaság Minisztertanácsának 1.013/1956.(II.9.) számú határozata alapján, az Orvostovábbképző Intézet 1956. január 1.-én kezdte meg a működését Budapesten a Szabolcs utcai Állami Kórházban. Az egészségügyi miniszter rendelkezésére, 1961-től országosan 21 tanszéket hoztak létre. Jelentős változást hozott az Intézet működésében egyrészt, a 38/1970 egészségügyi miniszteri utasítás, amelynek értelmében az Orvostovábbképző Intézet oktatóira a továbbiakban a felsőoktatási intézményekben használt elnevezések vonatkoznak. Másrészt pedig a Magyar Népköztársaság Elnöki Tanácsának 1973. évi 32. számú törvényerejű rendelete az Orvostovábbképző Intézetéről, amely az Intézetet az egészségügyi miniszter felügyelete alatt működő felsőoktatási, „egyetemi rangú” intézménnyé „nyilvánította” (92). E törvényerejű rendelet 3.§ c) bekezdése mondta ki, hogy az Intézet végzi az egészségügy néhány területén a dolgozók főiskolai szintű képzését is. A törvény alapján az Orvostovábbképző Intézet keretében működő karokról kiadott Minisztertanácsi 1046/1973. (XII.29.) számú határozat értelmében az Orvostovábbképző Intézet két Karra, Orvostovábbképző és Egészségügyi Főiskolai Karra tagozódott. E határozat tekinthető tehát annak a jogforrásnak, amely először nevezte meg az Egészségügyi Főiskolai Kart (továbbiakban: EFK) mint a mai Egészségtudományi Kar (a továbbiakban: Kar) elődjét, valamint tisztázta jogállását, státuszát, feladatait és jogosultságait. A határozat mindkét Kar feladatát ismertette. Az EFK feladatát az alábbiakban fogalmazta meg: „egészségügyi szakellátás igényeinek megfelelő számban magas fokú általános és szakműveltségű főiskolai, illetve felsőfokú intézeti végzettségű egészségügyi szakemberek képzése” (93). Az egészségügy területén, a főiskolai szintű oktatás megkezdése több évtizedes társadalmi igényt is kielégített, és nem állt példa nélkül a világban (94). Azonban a hazánkban kiválasztásra került szakterületek valamint a képzés szervezeti formája is eltért a világ más országaiban

folytatott gyakorlattól. Joggal vetődhet fel a kérdés, hogy a kor politikai vezetése, az egészségügy széles palettáját tekintve, miért egyes kijelölt területeket és ezek között is a közegészségügyi-járványügyi ellenőri szakmát emelték ki felsőfokú képzésre?

A forrásokban fellelhető egyik magyarázat szerint *olyan szakemberekre volt szükség, akik munkájukat az orvos irányítása mellett végezték, de önállóan, olykor földrajzilag is távol az őt irányító orvostól* (98) (95).

A Minisztertanács 1046/1973. (XII.29.) számú határozata szerint „azokon a szakokon, szakterületeken kell a főiskolai képzést bevezetni, amelyeken az orvos irányítása és ellenőrzése mellett végzendő munkafolyamat meghatározott önállóságot, és önálló szakmai ismeretkört, önálló munkavégzést követel az adott dolgozóktól.” (96). Az egészségügyi szakember szükségleti igénynek megfelelően a közegészségügyi-járványügyi ellenőrök képzése az első helyet foglalta el a szakterületek szerinti felsorolásban (93). Ugyancsak a fent nevezett határozat szerint, a nevezett Minisztertanácsi határozat összesen hét szakterületet nevezett meg, ahol megkezdődhetett a főiskolai szintű képzés: közegészségügyi-járványügyi ellenőr, gyógytornász, diétás nővér, egészségügyi védőnő, egészségügyi szakoktató, mentőtiszt, intézetvezető. Ezeken a szakterületeken eltérő képzési formát kellett bevezetni. Nappali tagozaton a közegészségügyi-járványügyi ellenőr, gyógytornász, diétás nővér, egészségügyi védőnő szakterületeket, 3 éves képzési időtartamban, míg levelező képzési formában az egészségügyi szakoktató, mentőtiszt, intézetvezető szakterületeket, 2 éves képzési időtartamban. A határozat azt is rögzítette, hogy a közegészségügyi-járványügyi ellenőr, gyógytornász, diétás nővér, valamint az egészségügyi védőnő szakokon a sikeres államvizsgát követően a végzettek főiskolai oklevelet, míg az egészségügyi szakoktatói szakon végzettek felsőfokú intézeti egészségügyi szakoktatói oklevelet, az intézeti vezető és a mentőtiszt szakon végzettek pedig a szakiránynak megfelelő felsőfokú intézeti szakoklevelet kapnak. Továbbá az is lehetővé vált, hogy a korábban középfokú végzettséget adó szakterületeken végzett szakdolgozók – gyógytornász, diétás nővér, közegészségügyi-járványügyi ellenőr, egészségügyi védőnő –, kiegészítő képzést követően, az egészségügyi-, és művelődésügyi miniszterek által meghatározott feltételek mellett, főiskolai oklevelet szerezhessenek. A határozat értelmében az EFK-n a képzés 1975 szeptemberében kezdődhetett (93). Nem sokkal később a Minisztertanács a fenti döntését némileg módosította azzal, hogy eredményes államvizsgát követően valamennyi szakon egyértelműen főiskolai végzettséget nevezett meg a végzett szakirány feltüntetésével (97-98).

A főiskolai szintű képzés célja általában az volt, hogy a leendő szakemberek „a közegészségügyi-járványügyi (elsősorban rutin jellegű) szakfeladatok jelentős hányadát önállóan végezzék.

Ismerjék az ellátás irányításához szükséges alapvető tudnivalókat: legyenek alkalmasak a közegészségügyi-járványügyi felügyelők és a higiénikus orvosok munkatársaként, azok irányítása alatt, önálló munkát végezni” (95) (98). Az EFK főigazgatói feladatainak ellátására Dr. Károlyi György főiskolai tanár, az orvostudomány kandidátusa kapott megbízást, majd munkáját 1983-tól Dr. Vámos László egyetemi tanár, az orvostudomány kandidátusa vette át, aki a munkakört 1989-ig töltötte be. 1989-1995 között Dr. Mészáros Judit főiskolai tanár, a neveléstudomány kandidátusa a főigazgató. Az Egészségügyi Főiskolai Kar megbízott főigazgatója 1995-1996 között Dr. Szél Éva főiskolai tanár. 1996-tól kezdetben, mint főigazgató, a későbbiekben, pedig mint az EFK, később az ETK dékánja Dr. Mészáros Judit főiskolai tanár, a neveléstudomány kandidátusa vezette az egészségügyi szakemberek főiskolai szintű képzését. Az ETK jelenlegi dékánja 2013-tól Dr. Nagy Zoltán Zsolt egyetemi tanár (99). Miután az Orvostovábbképző Intézet „egyetemi jellegű felsőoktatási intézmény” lett, 1976-ban fogadta el Szervezeti és Működési Szabályzatát (92) (100).

A korábban egészségügyi szakiskolai végzettséget szerzők kiegészítő képzésének szabályzata 1976-ban készült el. A jogszabály tételesen felsorolta azon szakoklevél illetve szaktanfolyam igazolással rendelkezőket – közöttük a közegészségügyi-járványügyi ellenőröket is –, akik miután az EFK-n eredményes levelező képzésben vettek részt, főiskolai képesítést szerezhettek. A rendelet értelmében a végzettség igazolása mellett a felvétel kritériuma volt a három éves szakmai gyakorlat és a végzettségnek megfelelő munkakörben történő munkavégzés. A felvételi követelményeken túl a jogszabály meghatározta a létszámot, a képzés tandíját, időtartamát valamint a tantervi követelményeket. A kiegészítő képzést a rendelet hatálybalépéstől számított hét éven belül lehetett megkezdeni, mely időtől való eltérést az egészségügyi miniszter további, legfeljebb három évben engedélyezhette (98) (101).

Ilyen előzményeket követően 1975 szeptemberében, egyetlen képzési helyen, 125 fő hallgató felvételével kezdődött meg Magyarországon a főiskolai szintű közegészségügyi-járványügyi szakemberek képzése (102). Az Intézet „tényleges egyetemmé válása” 1985-ben történt, az Orvostovábbképző Egyetem megalapításával, amely a Semmelweis

Egyetem részévé vált 2000 szeptemberétől. Így a képzőhely elnevezése 1985-től az alábbiak szerint változott:

- 1985-1992 között: Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar,
- 1993-1999 között Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar,
- 2000 szeptemberétől Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar,
- 2007-től Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar (98) (100).

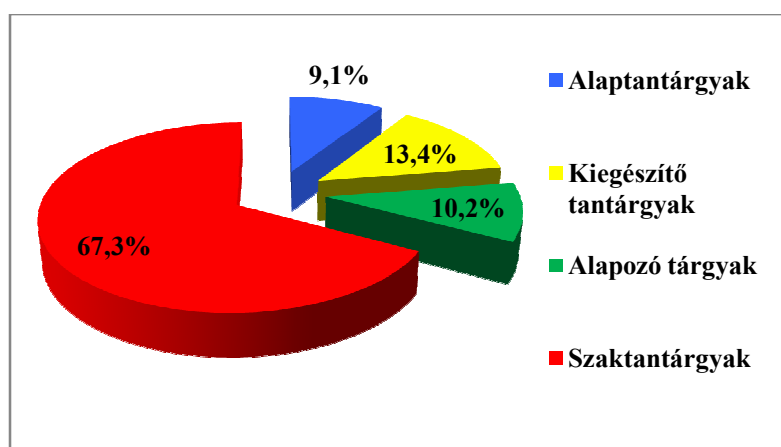
5.3.2. Kezdeti évek, hároméves képzés

A Szak vezetője 1982-ig Dr. Rudnai Otto főiskolai tanár volt, az OKI Járványügyi főosztályának vezetője, nevéhez fűződik az első tanterv készítése és jóváhagyása. Az „operatív irányítás” feladatait Dr. Jurányi Róbert főiskolai docens látta el. A kezdeti években az oktatást részben 10 főfoglalkozású tanár, részben 41 úgynevezett külső óradó (Országos Intézetek, Fővárosi KÖJÁL munkatársai) végezte. A képzés helye a Szak vonatkozásában nem változott, az továbbra is a San Marco utcai épület maradt, így egy évig párhuzamosan folyt az oktatás a középfokú képzésben résztvevő diákokkal együtt. Kezdetben óriási feladatot jelentett a közegészségügyi-járványügyi ellenőr szakirány tantervének elkészítése. Ehhez jelentős segítséget nyújtottak a különböző szakmai Országos Intézetek, így az akkori elnevezésű OKI, OÉTI, OSSKI, OMÜI a Fővárosi László Kórház, valamint a közegészségügy-járványügy akkori szakemberi (98) (102). A Közegészségügyi-járványügyi Ellenőr Szak tantervi irányelvei, „Tanterv az Oktatási Minisztérium 53.389/1975. (X. számú) egyetértésével 1979. augusztus 31-ig érvényes” hatállyal kerültek kiadásra. Ebben az első tantervben részletesen is megfogalmazódtak a *Közegészségügyi-járványügyi Ellenőrképző Szak képzési céljai*.

- „Főiskolai színvonalú elméleti egészségügyi szakismeretekkel, korszerű gyakorlati felkészültséggel és általános műveltséggel” rendelkezzenek,
- „önálló munkavégzésre és munkaszervezésre, továbbá beosztottaik munkájának irányítására képesek,” legyenek,
- „egyetemi végzettségű szakemberek által ellátott egyes feladatok átvételére és végrehajtására alkalmasak”, legyenek,
- ismeretek készség szintű, szakszerű alkalmazása, „megfelelő jártasság határterületi kérdésekben is”,
- a végzettek az „önképzés igényével és képességével rendelkeznek”, stb. (103).

A *képzés feladatát* a Tanterv röviden így foglalta össze: a végzettek a közegészségügy-járványügy területén a szakfeladatok jelentős hányadát önállóan tudják végezni, illetve legyenek alkalmasak, a „szakfeladatok ellátásának irányítására” is (103).

A Tanterv a többi között meghatározta a képzésre történő felvétel rendjét, az oktatás időtartamát, a külön rendelkezés alapján oktatott tárgyakkal kapcsolatos szabályokat valamint a vizsgakövetelményeket. Oktatott tárgyak tekintetében mind az orvos-segéd, mind a kétéves képzéshez viszonyítva új elem volt azok csoportosítása és a tantárgycsoportok arányainak %-os meghatározása. A 2. ábra szerint a szaktantárgyak %-os aránya az üzemi gyakorlati óraszámával együtt értendő (103).



2. ábra. Az 1975/76. évi Tanterv tantárgyainak csoportjai, azok %-os aránya.

(Forrás: saját készítés)

Mindenképpen említésre méltó, hogy az *alaptantárgyak körében* a filozófia, etika, társadalom-orvostan alapjai mellett az ideológiai nevelést szolgáló tantárgyak pl. politikai gazdaságtan, tudományos szocializmus (Marxizmus-Leninizmus) is megtalálhatóak voltak. Az *alapozó tárgyak körében* az anatómia- élettan-kórélettan, fizika, biológia, kémia, toxikológia-, míg a kiegészítő tárgyak között az idegen nyelvek (latin és orosz), honvédelmi ismeretek, elsősegélynyújtás valamint a testnevelés szerepeltek. Oktatott *szaktantárgyak*: mikrobiológia-járványtan, település egészségügy, munkavédelmi ismeretek, ételmezés egészségügy, munkaegészségügy, társadalom-orvostan, egészségügyi szervezés közegészségügy-járványügyi ellenőrök részére, jogi és igazgatási ismeretek, gyermek és ifjúság egészségügy, sugáregészségügy, közegészségügyi, műszaki-orvostechnikai és technológiai ismeretek, egészségnevelés valamint az üzemi gyakorlat tantárgyai. Az első tanterv szerint a képzési időtartam három éve alatt az elméleti és gyakorlati órák összesített száma 2796 volt: 1200 óra elmélet (43,0%) és 1596 óra gya-

korlat, az üzemi gyakorlattal együtt (57,0%). Ilyen időkeret állt rendelkezésre az anyag elsajátítására (8. ábra).

A tanórákon kívüli (üzemi) gyakorlata II. és IV. félévet követően 4-4-hét, míg a VI. félévben 13 hét volt (98) (103).

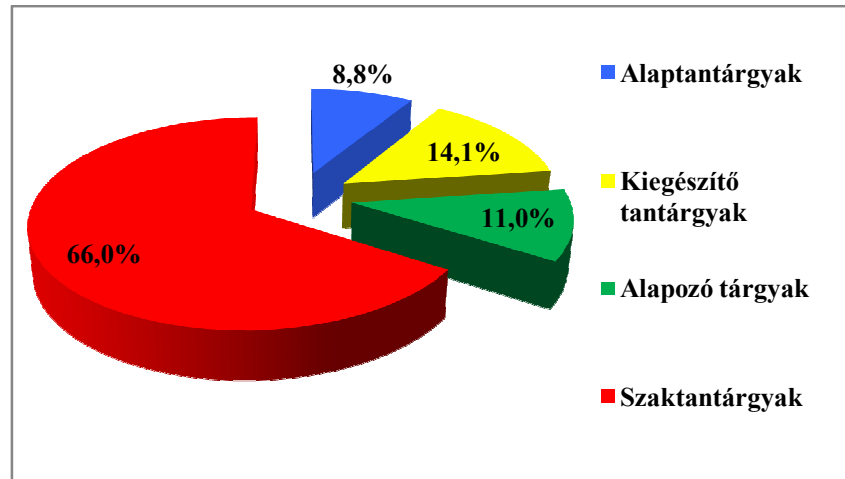
Ugyancsak változást jelentett az addigi oktatási gyakorlathoz képest, hogy az ismeretek számon kérésének formái, a tanulmányokat lezáró vizsga megnevezése, annak megkezdésének feltétele a felsőoktatás gyakorlatához igazodott. A lista első négy elemét a Tanterv tartalmazta.

- Beszámoló a kötelezett tantárgyakból (a félév igazolása ettől függött). Az eredmény beszámított a tanulmányi átlagba.
- Gyakorlati jegy megszerzése a kötelezett tantárgyakból: eredménye a tanulmányi átlagba ugyancsak beszámított.
- Kollokvium, a kötelezett tárgyak félévenkénti megjelölésével.
- Szigorlat a kötelezett tárgyakból.
- Szakdolgozat: elfogadása az államvizsga megkezdéséhez.
- Államvizsga. A tanulmányok lezárásának vizsga formája. Megkezdésének feltétele az elfogadott szakdolgozat, kötelező vizsgák „eredményes” igazolása. Komplex elemei: közegészségtan, járványtan, társadalom-orvostan és egészségügyi szervezés elmélet és gyakorlati módszerei (103).

1977-től kezdődött az úgynevezett *kiegészítő képzés*, amelynek keretében 1995. júniusig *1211 fő szerzett főiskolai oklevelet*. Ez azt jelentette, hogy többek között azok a közegészségügyi-járványügyi ellenőrök, akik a két éves képzés során szereztek középfokú végzettséget, az oktatási miniszter által meghatározott feltételek teljesítését követően – az úgynevezett kiegészítő képzés eredményes teljesítése esetén – főiskolai végzettséget szerezhettek (98) (102).

Az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Karának – feltehetően első – „Tanulmányi és vizsgaszabályzata” 1978. - ban került kiadásra, Dr. Endrőczy Elemér rektor aláírásával (104). Az első tanterv sikeres összeállítását hét év változatlan formában való alkalmazása igazolta. Módosítása a Művelődésügyi Minisztérium 12986/1982. számú egyetértésével, az 1982/83-as tanévtől volt hatályban. Ekkor a képzési idő változatlansága mellett az összes óraszám 2980 órára növekedett. Ebből 1168 óra elmélet (39,2%) és 1812 óra (60,8%) gyakorlat (az üzemi gyakorlattal együtt) volt, így az utóbbi száma, ha kismértékben is, de növekedett (8. ábra). Ez a tanterv – az 1975-től alkal-

mazotthoz képest pontosabban tagolta azokat a szakmai területeket/tevékenységeket, amelyekben a végzetteknek ismeretekkel kell rendelkezni a tanulmányaik befejezését követően (98) (102) (105). Az államvizsga követelményei, tárgyai nem változtak. Változtak viszont a tantárgycsoportok %-os arányai (3. ábra) (105).

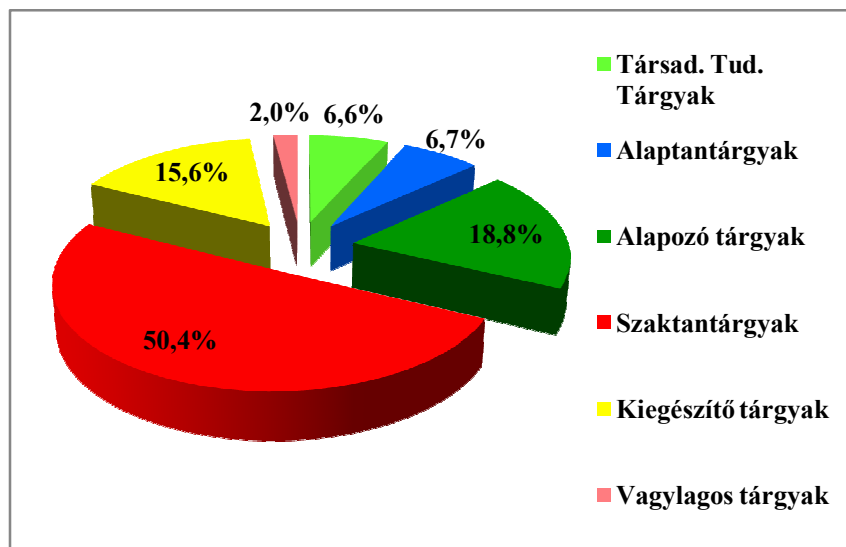


3. ábra. Az 1982/83. évi Tanterv tantárgyainak csoportjai, azok %-os aránya.

(Forrás: saját készítés)

Említésre méltó módosítás, hogy a szaktantárgyak köréből az alapozó tárgyak körébe kerültek a közegészségügyi- műszaki-orvostechikai és technológiai ismeretek című tárgyak. Alapvetően azonban a tantárgycsoportokon belül, valamint annak értékeiben egyéb változtatás nem történt. Az ismeretanyag számonkérését tekintve a kollokviumok és a gyakorlatokra adott jegyek száma az első Tantervben foglaltakhoz viszonyítva kissé emelkedett, a szigorlatok száma viszont nem változott (5. ábra).

A képzés korszerűsítése tovább folytatódott, ugyanis tanterv 1994-ig további két alkalommal módosult (102). Mindezek részben a működési tapasztalatok, valamint az egészségügyi felsőoktatás fejlesztésére egy 1984-ben megjelent irányelv miatt váltak szükségessé. Az első módosítást a Kari Tanács 1987. február hónapban fogadta el, bevezetésére pedig az Egészségügyi Minisztérium engedélyét követően az 1988/89-es tanévtől került sor. A korszerűsítést követően megváltozott a tantárgyak csoportosítása és bevezetésre került a gyakorlati államvizsga (98) (100). A tantervszerkezeti változásának eredményeként a korábbi négyes tagolódást a hatos váltotta fel, amely a 4. ábrán látható, a %-os értékekkel (106).



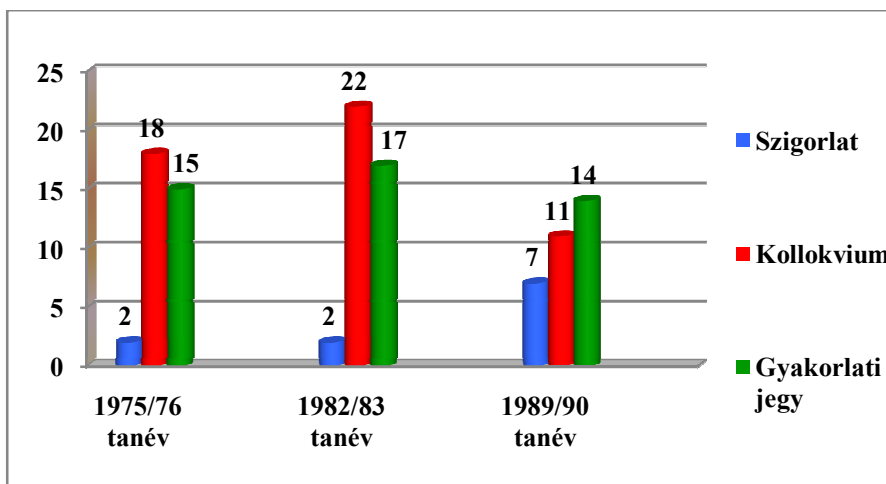
4. ábra. Az 1989/90. évi Tanterv tárgyainak csoportosítása, azok %-os aránya.

(Forrás: saját készítés)

Az alapozó tárgyak köre tovább bővült, a főbb elemeket említve a pszichológia-, pedagógia-, egészségnevelés-, a belgyógyászat-alkalmazott gyógyszer-tan tárgyakkal. A korábbi struktúra szerint az alaptantárgyak körében volt a filozófia, politikai gazdaságtan, etika, stb., amelyek átkerültek a társadalomtudományi tantárgyak körébe, a közgazdaság elmélet, politika elmélet stb. tárgyak mellé. A szaktantárgyak alapvetően nem változtak. A „vagylagos” tárgyak körébe a tanterv alapján a „Vagylagosan előírt/alternatív/ tárgyak tartoztak, amelyek feltételezhetően a választható tantárgyakat jelentette (106). A *korszerűsítési törekvések nyomán tovább növekedett* a gyakorlati (1831 az üzemi gyakorlattal együtt), az elméleti (1223), és így módon az összes órák (3054) száma (100) (106). A korabeli felsőoktatási rendszerben kötelezően előírt idegen nyelv volt az orosz, de már kiegészült az angol, illetve a német nyelv választható oktatásával. Az 1989-es rendszerváltozás előtti ideológiai tárgyakat más társadalomtudományi tárgyak váltották fel (100).

Az 1990/91. évi tanévtől érvényes tanterv szerkezetileg alapvető egyezést mutatott az egy évvel, korábbi tantervvel. Az összesített óraszám csekély (51 óra) növekedése mellett az elméleti óraszámcsökkent, a gyakorlati viszont növekedett. Az 1975/76, 1982/83 valamint az 1989/90 tanévek nappali tagozatán az elmélet és gyakorlati órák %-os megoszlásának változását a 8. ábra tartalmazza. Az 5. ábra az 1975/76, 1982/83 valamint az 1989/90 tanévek nappali tagozatán az ismeretek számonkérésének formáit, az abban bekövetkezett változásokat szemlélteti (103) (105-106).

Megállapítható, hogy a szigorlatok számában a képzés megkezdését követően 15 évig változás nem történt, majd az 1980-as évek végére ugrásszerűen háromszorosára növekedett. A kollokviumok száma viszont a 15 év alatt, a kezdeti növekedést követően, jelentősen csökkent. A gyakorlati jegy megszerzése, számonkérési forma a vizsgált időszakban jelentősen nem változott.



5. ábra. Az 1975/76-1989/90 tanévek között az ismeretek számonkérésének formái, annak változásai a nappali tagozaton. (Forrás: saját készítés)

A főiskolai szintű közegészségügyi szakemberképzés iratanyagának feldolgozása és elemzése során mindenképpen említést kell tenni *egy speciális képzésről*. A Honvédelmi Minisztérium kérése alapján az 1990/91-es tanévben, 20 fő részvételével 4 éves „Katonai Higiénikus” levelező képzés kezdődött. Új évfolyam indítására 1994-ben is sor került (98) (102) (107). A képzésre külön elkészített Tantervet a Kari Tanács 1989-ben fogadta el, és az 1990-91 tanévtől volt érvényben. A tantárgyak öt csoporthoz tartoztak: társadalomtudományi-, alap-, alapozó-, szak-, és kiegészítő tantárgyak. Az elméleti és gyakorlati órák %-os arányát tekintve, a levelező képzési forma miatt, az elmélet került túlsúlyba 60,8%-ban, míg a gyakorlati órák aránya 39,2% volt (108).

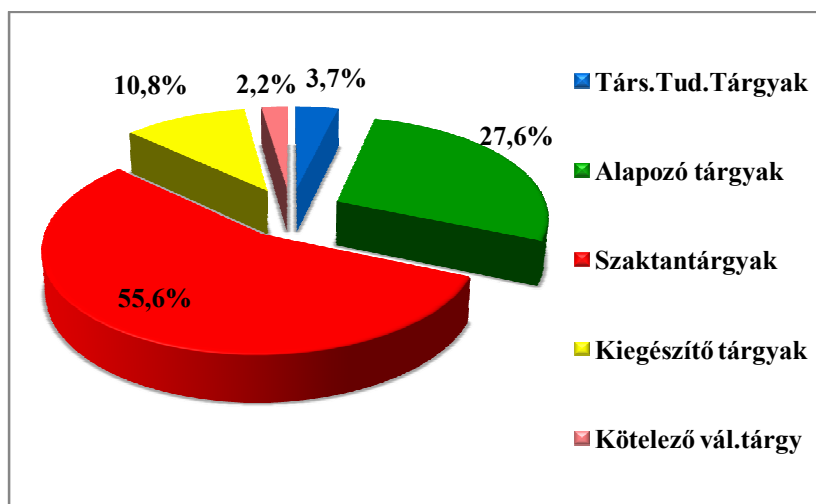
Az 1990-es évek első és egyik leglényegesebb változása a közegészségügy szakma területén, amely az oktatás területére is hatást gyakorolt, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szervezetéről és működéséről szóló 7/1991. (IV.26.) NM rendelet megjelenése volt (109-110).

A törvény és a rendelet hatályba lépése az oktatás területén jelentkezett az egyik leglátványosabb formában: módosult a végzetek diplomájának megnevezése, így a korábbi

„közegészségügyi-járványügyi ellenőr”- ről „közegészségügyi-járványügyi felügyelő”re változott (102) (107).

5.3.3. Négyéves képzés bevezetése, képzés az ezredfordulóig

1993 tavaszán a Kari Tanács, a nappali alapképzések tanterveit négyévesre módosította, és ezt a rendszert vezette be a közegészségügyi-járványügyi felügyelőképzésben az 1993/94-es tanévtől (98) (100) (102) (107). Az új tantervben az összes óraszám a korábbi 3054-ről 4015-re növekedett, ami további lehetőséget biztosított a hallgatók gyakorlati felkészültségének javítására. Így került a tantervbe a VI. félév végén is az üzemi gyakorlat, amely a szakmai gyakorlati időt 160 órával növelte, következésképpen gyakorlati képzés aránya 61,5%-ra változott, az elméleti órák 38,5%-os arányával szemben. Hangsúlyosabbakká váltak az általános- és szakmai műveltséget adó tárgyak, lehetőség nyílt új, addig még nem oktatott, de a gyakorlati munkavégzéshez nélkülözhetetlen ismereteket nyújtó tantárgyak pl. egészségvédelem, informatika, népegészségtan bevezetésére (98) (102) (107) (111). A tantárgyak csoportosítása is változott, a 6. ábra ötös felosztása szerint, amely mind csoportosításában, mind a %-os arányokban, illetve a tantárgyi csoportok tartalmi elemeiben is eltért a hároméves képzés időszak utolsó (1989/90) tantervében foglaltaktól (111). Az államvizsga tárgyai az új rendszerben: közegészségtan-járványtan, illetve egészségvédelem és igazgatás-szervezés (112).



6. ábra. Az 1993/94. évi Tanterv tárgyainak csoportosítása, azok %-os aránya.

(Forrás: saját készítés)

A tantárgyi csoportokon belüli tartalmi változásokat elemezve megállapítható, hogy az alap-, és alapozó tárgycsoportok összevonása megszüntette az alaptantárgy kategóriáját.

A négyéves képzés (összevont) alapozó tantárgyainak óraszámja jelentősen meghaladta a három éves képzés szintjét. Az összevonást követően, főbb szakmai szempontok alapján értékelve a tanterv az alábbiak szerint változott.

- Az alapozó tantárgyak csoportjában a többi között új elem a népegészségtan három félévben oktatva, a szaktantárgyak körében pedig az egészségvédelem két félévben oktatva.
- Növekedett a szaktantárgyak óraszámja.
- A közegészségügyi-jogi igazgatási ismeretek tantárgy a szaktantárgyak közé került a korábbi kiegészítő tantárgycsoportból.

Az ismeretek számonkérési formája nem változott, azonban a szigorlatok, kollokviumok, és gyakorlati jeggyel lezárt tárgyak száma is jelentősen növekedett (9. ábra). (szigorlat: 7-ről 11-re, kollokvium:11-ről 19-re, gyakorlati jegy: 14-ről 21-re.) (111). Párhuzamosan történt a gyakorlati államvizsga, valamint a szakdolgozatok védésének bevezetése is (102). 1993-ban a Közegészségtani-járványtani Intézet egyedi tantervet készített a levelező képzés részére, a Népjóléti Minisztérium jóváhagyásával. Ez a képzés azoknak nyújtott lehetőséget a főiskolai végzettség megszerzésére, akik kimaradtak az úgynevezett „kiegészítő képzésből” (98) (102) (107).

Az első, négyéves képzési idő tantervét – hasonlóan az 1975/76. évi tantervhez – ugyancsak körültekintően, megalapozottan kellett összeállítani. Jól szolgálta a felsőfokú szakemberképzést, mert a 2000/2001 tanévtől érvényes tanterv vizsgálata egyértelműen igazolta, hogy a tantárgyak csoportosítási módjában, valamint azok tartalmi elemeiben változtatás nem történt. Az óraszámok a gyakorlati képzésben kismértékben növekedtek, és az elméleti és gyakorlat képzés aránya is csak kismértékben változott. A vizsgált időszakban az elméleti órák aránya 36,8%, a gyakorlati óráké 63,2% volt (8. ábra). Számonkérésben a szigorlatok száma nem változott, a kollokviumoké 1-gyel növekedett, a gyakorlati vizsgáké viszont 3-mal csökkent (9. ábra) (113). A négyéves képzésre való áttérés időszakának meghatározó eseménye volt a felsőoktatásról szóló 1993. évi törvény hatályba lépése, amely a felsőoktatási intézményeket eredményes akkreditációra kötelezte (98) (100) (114). Előzmények és tapasztalatok hiányában kezdődött meg a minősítésre történő felkészülés a Kar vezetése és dolgozói részéről. Az elvégzett munka alapján az Országos Akkreditációs Bizottság 1995-ös határozata szerint „a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskola Kara megfelelt a felsőoktatási tör-

vény, vonatkozó előírásainak, illetve a főiskolai karok számára előírt követelményeknek” (98) (100).

5.3.4. Képzés az ezredfordulót követő évektől napjainkig.

5.3.4.1. Kredit alapú képzés

Az ezredforduló első évei további, és a képzés korszerűsítését eredményező változásokat hoztak a Kar és az akkori Közegészségtani-járványtani Intézet oktatási tevékenységében. 2002/2003. tanévtől felmenő rendszerben kezdődött meg a kredit alapú képzés, és ezzel párhuzamosan az Egységes Felsőoktatási Tanulmányi Rendszer NEPTUN EFTR alkalmazása is (98) (100). Az új szemlélet elsajátításához legfontosabb feladatot a kapcsolatos fogalmak elsajátítása, értelmezése, helyes alkalmazása jelentette. Az új tanterv kidolgozásához a legfőbb iránymutatást a többszörösen módosított Felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény 124/D.§. b) pontja alapján megalkotott, 200/2000. Kormányrendelet jelentette, amely részletesen taglalta a felsőoktatási intézményekben a kredit rendszerű képzés bevezetéséhez kapcsolódó ismereteket és szabályokat (40) (114). Mindezek figyelembevételével, az elkészített tanterv elméleti és gyakorlati óraszámainak meghatározási módja teljes mértékben eltért a korábbi gyakorlattól. A „kredit” értékek „– a hazai és nemzetközi tapasztalatok figyelembevételével kialakított becslés alapján megállapított – (összes) hallgatói tanulmányi munkaidőn alapulnak, amely egy átlagos képességű hallgatótól a tanulmányok teljesítése érdekében elvárható. A kreditekkel elismert összes hallgatói tanulmányi munkaidő a tanórákat (kontaktórákat) és az egyéni hallgatói tanulmányi munkaórákat is tartalmazza” (40). Ennek megfelelően tehát egy adott tantárgy összesített óra igénye két részből tevődött össze: „kontaktóra” + „egyéni óra”. A tanóra, (kontaktóra) meghatározása szerint: „a tantervben szereplő tanulmányi kötelezettségek ellenőrzött körülmények között, oktató közreműködését igénylő foglalkozásain való részvétel ideje.” (40). Ennek egyéni változata: „a hallgatói tanulmányi munka azon része munkaórákban kifejezve, melyet a hallgató átlagosan a tanórán (kontaktórán) kívül önállóan végez a tananyag elsajátítása és a követelmények teljesítése érdekében (beleértve a vizsgaidőszakban a tanulásra fordított időt)” (40). A nemzetközi előírásoknak megfelelően, 1 kredit 30 munkaórát jelentett. A kreditpont értéke független a hallgatói teljesítménytől (érdemjegytől) (115).

A Kari Tanács 2002. május 9-én tartott ülésén fogadta el a közegészségügyi-járványügyi felügyelő nappali-, és levelező alapképzés kredit alapú tantervét.

Nappali alapképzésben az óraszámok a következőképpen alakultak: kontaktóra (elmélet és gyakorlati óraszám együttesen): 3795, egyéni óraszám: 3405, összesen 7200 óra, amely 240 kredit értéket jelentett. Az elméleti órák aránya 42,3%-ra, a gyakorlati óráké 57,7%-ra változott (8. ábra). Levelező alapképzésben a kontaktóra szám: 684, egyéni óraszám: 6516, a nappali képzéssel megegyező összesített kredit értékkel. Az új tanterv nem csupán az óraszámok összetételében és mennyiségében, hanem tartalmilag is változott, elsősorban a kreditrendszer, az Európai Kreditátviteli Rendszer (ECTS) szellemiségét követve, valamint a szakma által megkövetelt új és hangsúlyosabbá vált szakmai ismeretek beépítésével. Ezért több, eddig nem oktatott tantárgy jelent meg.

- Addiktológia, egészségügyi menedzsment, orvosi és egészségügyi szociológia.
- Jogi ismeretek alapjai, egészségügyi jogi ismeretek (bevezetésével megerősödött, a szakmailag nélkülözhetetlen, közegészségügy-jogi és igazgatási ismeretek szaktárgy megalapozottsága).
- Általános és alkalmazott lélektan, személyiség és kommunikációfejlesztés.
- Nem fertőző betegségek járványtana.
- Idegen szaknyelv.
- Élelmiszerbiztonság valamint kémiai biztonság tárgyak – az Európai Unióhoz (továbbiakban: EU) történő csatlakozás jogharmonizációs kívánalmai alapján.
- A választható tárgyak köre is jelentősen bővült (116).

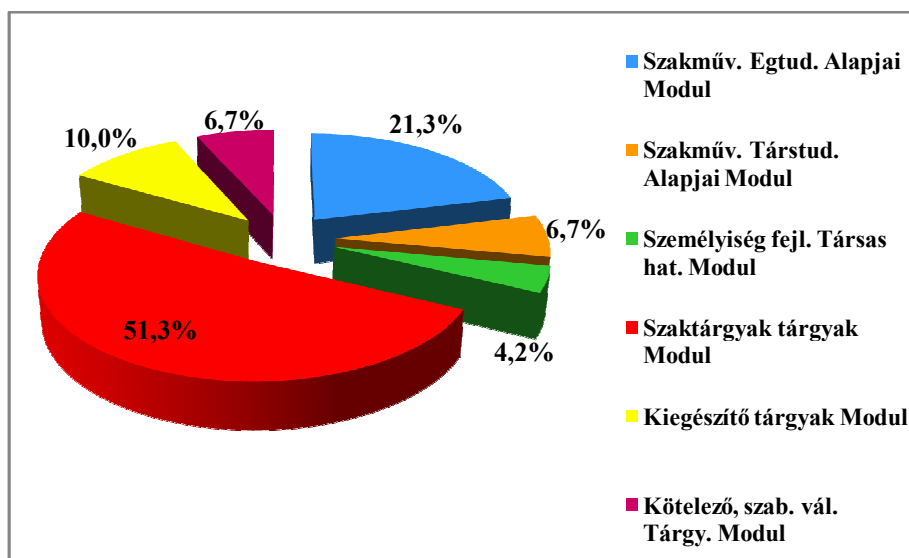
Az oktatott tanterv struktúrájában a „modul” is újdonságot jelentett. (Meghatározása: „a szak tantervének megfelelő tantervi egység, amely olyan tantárgyakat foglal magában, amelyek tematikailag a szak, képzési célját illetően vagy valamilyen specializáció céljából rokon ismereteket, vagy több szak közös ismeretanyagát foglalják össze: a modulok lehetnek egymásra épülők, egymást helyettesítők”) (40). A tanterv strukturális felépítését tehát a „modul” szemléletű, szélesebb spektrumú csoportosítás váltotta fel, amely a csoportok megnevezésének változását is eredményezte az alábbi modulok szerint:

- Szakműveltség egészségtudományi alapjai
 - Szakműveltség társadalomtudományi alapjai
 - Személyiség fejlesztése, társas hatékonyság
 - Járványtan-járványügy szaktárgyi
 - Közegészségtan-közegészségügy 1.
 - Közegészségtan-közegészségügy 2.
 - Kiegészítő tantárgyak
 - Tanórán kívüli szakmai gyakorlatok
 - Kötelezően választandó tantárgyak
 - Szabadon választható tantárgyak
- } kötelező tantárgyak

A modulok tehát tartalmazták a kötelező, kötelezően választható-, valamint szabadon választható tantárgyakat. Az EFK 2002-ben készített vizsgaszabályzata pontosan meghatározta e tantárgyi nevek jelentését valamint a teljesítésükkel megszerzhető kredit értékeket.

- Kötelező tantárgyak teljesítése, feltétele a képzettség megszerzésének, és más tárgyakkal nem helyettesíthetők. Kötelezően választható tantárgyak közül „a tantervben megadott kreditpontnyi tantárgy felvétele és teljesítése a képzettség megszerzésének feltétele,...” (117).
- E tárgyakból a szak összes kredit pontjainak legfeljebb 25-30%-a szerzhető meg (117).
- Szabadon választható tantárgyak a tanterv által konkrétan nem meghatározott, azonban a Semmelweis Egyetem karainak vagy más egyetemi (főiskolai) képzésben szerepelhettek, és a Kar ezeket a vizsgaszabályzatban foglalt szabályok mentén befogadta. Ez utóbbi tárgyak által adott kredit pontok száma, nem haladhatja meg a szak összes kredit pontjának 5%-át (117).

A kredit alapú képzés tanterv moduljainak mennyiségi megoszlását a 7. ábra. foglalja össze (116).



7. ábra. Tantárgyi modulok %-os megoszlása a kredit alapú képzés kezdetén (2002/2003 tanév).
(Forrás: saját készítés)

5.3.4.2. Többciklusú képzés és az alapképzés napjainkig

A 2006/2007. tanévtől megkezdődött a kétciklusú, a bolognai rendszernek megfelelő oktatás, párhuzamosan a *kifutó hagyományos főiskolai alapképzés* mellett. A kétciklusú képzésben, a felsőfokú alapképzési szint megnevezése: Bachelor of Science (továbbiakban: BSc). Az új képzési rendszerben megjelentek az alapszakok és azokon belül a képzési szakirányok. Közegészségügyi-járványügyi szakemberek oktatásának területén ez azt változást eredményezte, hogy felmenő rendszerben az Egészségügyi Gondozás és Prevenció alapszak, Népegészségügyi ellenőr szakirányon (alapképzés/alapfokozat) kezdődött meg a képzés (98) (118). A tanterv e szellemiséget követve készült, a Kari Tanács 2005. március 3.-án fogadta el. Felépítése alapvetően eltért a kredit alapú képzés bevezetése alkalmával megismertektől. Két „fő” modulra tagozódott, amelyek alatt további „almodulok” helyezkedtek el (5. táblázat) (119).

5. táblázat. A népegészségügyi ellenőr szakirány képzés „első Bolognai tanterv” struktúrája.

Alapozó modul	Szakmai törzsmodulok
Társadalomtudományi alapok (I., II. félévek)	Szaktémakörök egészségügyi alapjai (I., II., III. félévek)
Alapkészségek (I., II., III. félévek. Kivéve az <i>Idegen nyelv</i> , amely V. és VI. félévek)	Személyiségfejlesztés, társas hatékonyság (I., II., III. félévek)
	Közegészségtani-járványtani szakismereteket alapozó modul (III., IV., V., VI. félévek)
	Járványtan-járványügy modul (III., IV., V., VI., VII. félévek)
	Közegészségtan-közegészségügy modul (IV., V., VI., VII. félévek)
	Tanórán kívüli szakmai gyakorlatok modul (IV., VI., VIII. félévek)

Eredmények a többciklusú képzés megkezdése után

Nappali alapképzésben az óraszámok következőképpen alakultak: kontaktóra (elméleti és gyakorlati együttesen) 3765, egyéni óra 3435, összesen 7200 óra, amely 240 kredit értéket jelentett, vagyis a kredit alapú képzés értékei nem változtak. Az elméleti órák aránya 44,4%-ra, a gyakorlati óráké 55,6%-ra változott (8. ábra). Az elméleti óraszám némi növekedését több, korábban nem oktatott tantárgy bevezetése indokolta, például, tudományos kutatás alapjai, gyógyszer-tan, táplálkozási alapismeretek, életkorok pszichológiája, szociálpszichológia, a betegember lélektana. Szakmai tantárgyakban alapvető változás nem történt, de módosultak modulok közötti elhelyezésük vagy például a bontásuk, a kétciklusú képzésnek való megfelelés érdekében.

Példa a tantárgyi bontásra:

- mikrobiológia-immunitástan parazitológia tantárgy oktatása a kredit alapú képzés bevezetése időpontjában az I., II., III. félévben történt összesen 11 kredit értékkel, de a tárgy a „bolognai” tantervben már bontásra került részben a „szaktémakörök egészségügyi alapjai” modulba áthelyezve, az I. félévben oktatva 3 kredit értékkel, és a „járványtan-járványügy” modulba áthelyezve a III. félévben 4 kredit értékkel.

- a járványtan-járványügy modulban pedig önálló tantárgyként különült el a trópusi betegségek járványtana.

Az ismeretek számonkérésében a 4 szigorlat száma nem változott, a kollokviumok száma kettővel növekedett 43-ra, a gyakorlati vizsgák száma pedig négyvel csökkent, 33-ra (9. ábra) (119). A bolognai rendszerben készített első tanterv az elmúlt csaknem 10 év alatt többször is módosításra került. Érdemi változást az „első Bolognai tanterv” életbe lépését követő három év múltán a 2009-ben végzett felülvizsgálat eredményezett. Ennek főbb indokai az alábbiak voltak:

- a felhalmozódott oktatási tapasztalatok kritikus értékelése,
- a nemzetközi-, és a hazai oktatási módszertan összevetésének eredményei alapján indokoltá vált korszerűsítés.

A 2009-es tantervi reform során – a kredit számok érintetlenül hagyása mellett – az alábbi célkitűzések fogalmazódtak meg:

- az oktatott tantárgyak racionálisabb csoportosítása (az összetartozó ismeretanyagok integrálása),
- a kontaktórák számának csökkentése,
- a vizsga terhelés csökkentése,
- folytatólagos megfelelés a hatályos jogszabály Képzés és Kimeneti Kompetenciáiban (továbbiakban: KKK) foglaltaknak.

A felülvizsgálat valamennyi tantárgyi curriculumot (alap és differenciált képzés) érintette. A nem integrálható tantárgyak megjelölését követően a lehetséges tantárgyi integrációk, majd új tantárgynevek kerültek meghatározásra. Az integrált tárgyak csoportosítását, és főbb témaköreinek meghatározását követően készült el a tantervbe helyezésük. Végül, de nem utolsó sorban az új, módosított tantárgyleírások is elkészültek (120).





2009. évi tanterv reform eredménye

A Népegészségtani Intézet (2006-ig Közegészségtani- Járványtani Intézet) által, az alapképzésben oktatott tantárgyak vonatkozásában egy módosítás történt, Védőnő szakirányon a KKK-ban foglaltak figyelembe vételével megjelent a Népegészségtan tantárgy, 2 kredit értékben. A differenciált szakmai tananyagban, a tantárgyi integráció eredményét a 6. táblázat, a „Közegészségtani-járványtani szakismereteket alapozó” modulban végrehajtott változásokat a 7. táblázat foglalja össze (119-120).

6. táblázat. A 2009.-es tantervreform alkalmával a differenciált szakmai tananyag tantárgyak integrációjának eredménye.

Járványtan-járványügy modul	
„Első Bolognai tanterv”	A 2009-es tanterv reform eredménye
Mikrobiológia immunitástan-parazitológia III. félév. 4 kredit értékkel	 Részletes mikrobiológia III. félév. 4 kredit értékkel
Fertőző betegségek általános járványtana IV. félév 2 kredit értékkel Fertőző betegségek részletes járványtana V. félév 4 kredit értékkel Nosocomiális fertőző betegségek VI. félév 3 kredit értékkel Nem fertőző betegségek járványtana VII. félév 1 kredit értékkel Trópusi betegségek járványtana VII. félév 1 kredit értékkel	 Fertőző, nosocomiális és nem fertőző betegségek általános és részletes járványtana IV., V., VI., VII. félévek 11 kredit értékkel
Fertőtlenítéstan IV. félév 3 kredit értékkel Egészségre káros rovarok és rágcsálók elleni védekezés IV. félév 3 kredit értékkel	 Fertőző betegségek megelőzése IV. félév 6 kredit értékkel
Közegészségtan-közegészségügy modul	
Település és környezet – egészségtan IV-VII. félévek 15 kredit értékkel	 Környezet egészségtan IV-VII. félévek 14 kredit értékkel
Munka- és foglalkozás-egészségtan IV-VII. félévek 13 kredit értékkel Sugár egészségtan V. félév 4 kredit értékkel Kémiai biztonság VII. félév 1 kredit értékkel	 Munka- és sugáregészségtan-kémiai biztonság IV-VII. félévek 17 kredit értékkel
Táplálkozás- és élelmezés-egészségtan IV-VII. félévek 13 kredit értékkel Élelmiszerbiztonság VII. félév 1 kredit értékkel	 Élelmezéshigiéné-élelmiszerbiztonság IV-VII. félévek 14 kredit értékkel
Közegészségügyi jogi és igazgatási alapismeretek VI. félév 4 kredit értékkel	 Egészségügyi igazgatás VI. félév 4 kredit értékkel
Egészségvédelem VII. félév 2 kredit értékkel	 Népegészségügyi medicina és egészségvédelmi stratégiák VI. félév (5 Népegészségtan II. tantárgy +2 kredit értékkel)
Gyermek-és ifjúság-egészségtan VII. félév 3 kredit értékkel	 Egészségpedagógia tárgyba kerül VII. félév 3 kredit értékkel
Szakdolgozat V., VII., VIII. félévek 20 kredit értékkel	 Szakdolgozat-módszertan IV-VI- félévek 6 kredit értékkel Szakdolgozat VII-VIII félévek 14 kredit értékkel

7. táblázat. A „Közegészségtani-járványtani szakismereteket alapozó” modulban történt változások a 2009. évben végrehajtott tantervreform alkalmával.

„Első Bolognai tanterv”	2009. évi tanterv reform eredménye
Alkalmazott kémia III. félév. 5 kredit érték	 Változatlan formában III. félév. 5 kredit érték
Közegészségügyi műszaki alapismeretek III. és IV félév.6 kredit érték.	 Változatlan formában III- és IV. félév. 6 kredit érték
Általános toxikológia IV félév. 2. kredit érték	 Új név: Toxikológia IV. félév. 2 kredit érték
Népegészségtan II. IV. és V. félév 5. kredit érték	 Új név: Népegészségügyi medicina és egészségvédelmi stratégiák tantárgyba beépült változatlan kredit értékkel. V. félév 5 kredit + ide került: Egészségvédelem a VI. félévbe 2 kredit értékkel

A népegészségügyi ellenőr szakirány szakmai moduljaiban a tantárgyak számának csökkenését részletesen a 8. táblázat mutatja (119-120).

8. táblázat. A népegészségügyi ellenőr szakirány szakmai moduljaiban a tantárgyak számának csökkenése.

Szakmai modul megnevezés	„Első Bolognai tanterv”	2009-es tantervreform tanterv
Járványtan-járványügy modul	8	3
Közegészségtan-közegészségügy modul	9*	5
Összesen	17	8

* (a gyermek és ifjúság egészségtan áthelyezésre került az egészségpedagógia tantárgyba, előzetes egyeztetés alapján, változatlan óra és kreditszámmal a VII. félévben)

A vizsgák számában, elsősorban a kollokviumok számában bekövetkezett csökkenést a 9. táblázat foglalja össze és szemlélteti (119-120).

9. táblázat. A 2009-es tantervreformot követően a vizsgák számának változása.

Számonkérés formája	„Első Bolognai tanterv”		A 2009-es tantervreform tanterv	
	I.félév	II.félév	I.félév	II.félév
Gyakorlati jegy	7	5	6	8
Kollokvium	8	13	7	7
			+ 3 kredit választható tárgy	+ 2 kredit választható tárgy

2009. évi tantervi reform további eredményei

- Óraszámok változása: kontaktóra (elmélet és gyakorlati óraszám együttesen) 2968, egyéni óraszám 4232, összesen 7200 óra, 240 kredit értékben. Az elméleti órák aránya 46,7%-ra, a gyakorlati óráké 53,3-ra változott (8. ábra.)
- Az ismeretek számonkérésében alapvető változásként megszűnt a szigorlat. A kollokviumok száma eggyel 44-re növekedett, gyakorlati jegyek száma pedig tizenhárommal 46-ra (9. ábra).
- Oktatási hetek megosztása: a szorgalmi időszak 7. és 14. hetében egységesen bevezetésre került az ismeretek számonkérése (120).
- A hallgatók minimálisan, regisztrálva, 2 konzultációs alkalommal kötelező megjelenése.

A 2009-es tantervreformot követően hatályba helyezett tanterv *működését* az oktatók folyamatosan vizsgálták, elemezték. Tapasztalataikról, eredményeikről a Kar vezetését folyamatosan tájékoztatták, így 2011-ben kisebb, majd 2013-ban további tantervmódosítások történtek.

A 2011-ben elfogadott módosítás másik oka, a 20/2009.(VI.18.) EüM rendelet volt, az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimum feltételeiről és felügyeletéről szóló jogszabály megjelenése alapján. A jogszabály a közegészségügyi-járványügyi ellenőr-, a közegészségügyi-járványügyi felügyelő, valamint a népegészségügyi ellenőr végzettséget, az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséhez létesített munkakör személyi feltételei között jelölte meg (121-122). E jogszabály alapján a leghangsúlyosabb módosítás eredményeként 2011-ben a tanterv része lett az Infektológia alapjai című tantárgy a IV. félévben, 2 kredit értékkel. (az V. félévében a Fertőző nosocomiális és nem fertőző betegségek általános és részletes járványtana című tantárgy óraszám és így kredit értéke is 2-vel csökkent).

A Fertőző betegségek megelőzése című tantárgyat a 2009-es tantervreform a IV. félévbe helyezte át, de 2011-ben a módosítás két félévre (III. és IV.) bontotta, változatlan óraszám és kredit értékben (123).

Az Egészségpedagógia című tantárgy új neve Prevenció és egészségnevelés lett, változatlanul a VI. és a VII. félévben, változatlan óraszámában és kredit értékben.

A Környezet egészségtan korábbi IV. félévben történt elméleti oktatása helyett a gyakorlati óra is megjelent, de nem változott a félév összes óraszám és kredit értéke.

E módosítások következtében az elméleti órák aránya 46,3%-ra, a gyakorlati óráké 53,7%-ra változott (8. ábra). Az I. és II. félévben az ismeretek számonkérésének mennyiségében módosítás nem történt, ugyanakkor a teljes képzési időben mind a kollokviumok száma, mind pedig a gyakorlati vizsgák száma eggyel növekedett (9. ábra) (123).

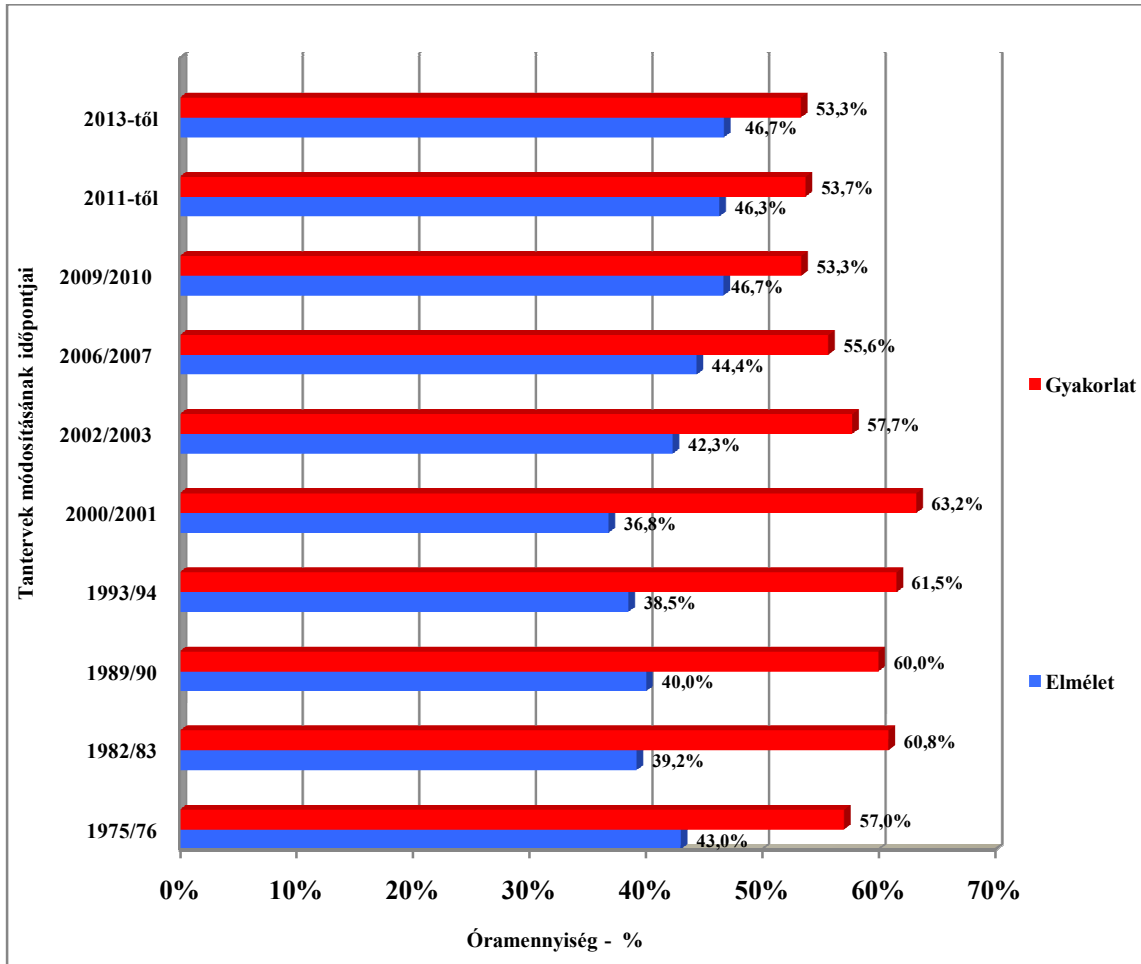
A csoportos konzultációs rendszer a gyakorlatban a nagyméretű tanteremhiány, illetve a regisztrálás miatt gyakran nehézségekbe ütközött. Sajnálatosan, a hallgatók időarányos felkészültségének hiányában a konzultációk alkalmával érdemi kérdések nem vagy csak nagyon ritkán merültek fel, ezért a konzultációnak ez a formája megszűnt. 2013-ban elfogadott tanterv módosítás tananyagban történt változás eredményét a 10. táblázat foglalja össze a 2009-es tantervreform adataihoz viszonyítva (120) (124).

10. táblázat. 2013-ban elfogadott tanterv módosítás eredménye.

A 2009-es tanterv reform	2013-ban elfogadott tanterv, jelenleg érvényes felmenő rendszerben
Járványtan-járványügy modul	
Fertőző, nosocomiális és nem fertőző betegségek általános és részletes járványtana IV., V., VI., VII. félévek 11 kredit értékkel (megjegyzés: a tárgy kredit értéke változott a 2011-ben elfogadott tanterv – 9 kredit értékre)	Fertőző betegségek járványtana IV., V., VI. félévek 8 kredit értékkel Nem fertőző betegségek járványtana VII. félévben 1 kredit értékkel
Közegészségtan-közegészségügy modul	
Munka- és sugáregészségtan-kémiai biztonság IV-VII. félévek 17 kredit értékkel	Munkahigiéné-kémiai biztonság IV., V., VI., VII. félévek 15 kredit értékkel Sugáregészségtan V. félév 2 kredit értékkel
Egészségpedagógia tárgyból a Gyermek-és ifjúság-egészségtan VII. félév 3 kredit értékkel	Gyermek - és ifjúság-egészségtan önálló tárgy lett VII. félév 3 kredit értékkel
Szimulációs esettanulmányok VII. félév 1 kredit értékkel	Ápolási esettanulmányok VII. félév 1 kredit értékkel
Szakedolgozat-módszertan IV-VI- félévek 6 kredit értékkel Szakedolgozat VII-VIII félévek 14 kredit értékkel	Szakedolgozat-módszertan VI-VII. félévek 5 kredit értékkel Szakedolgozat VII-VIII félévek 15 kredit értékkel

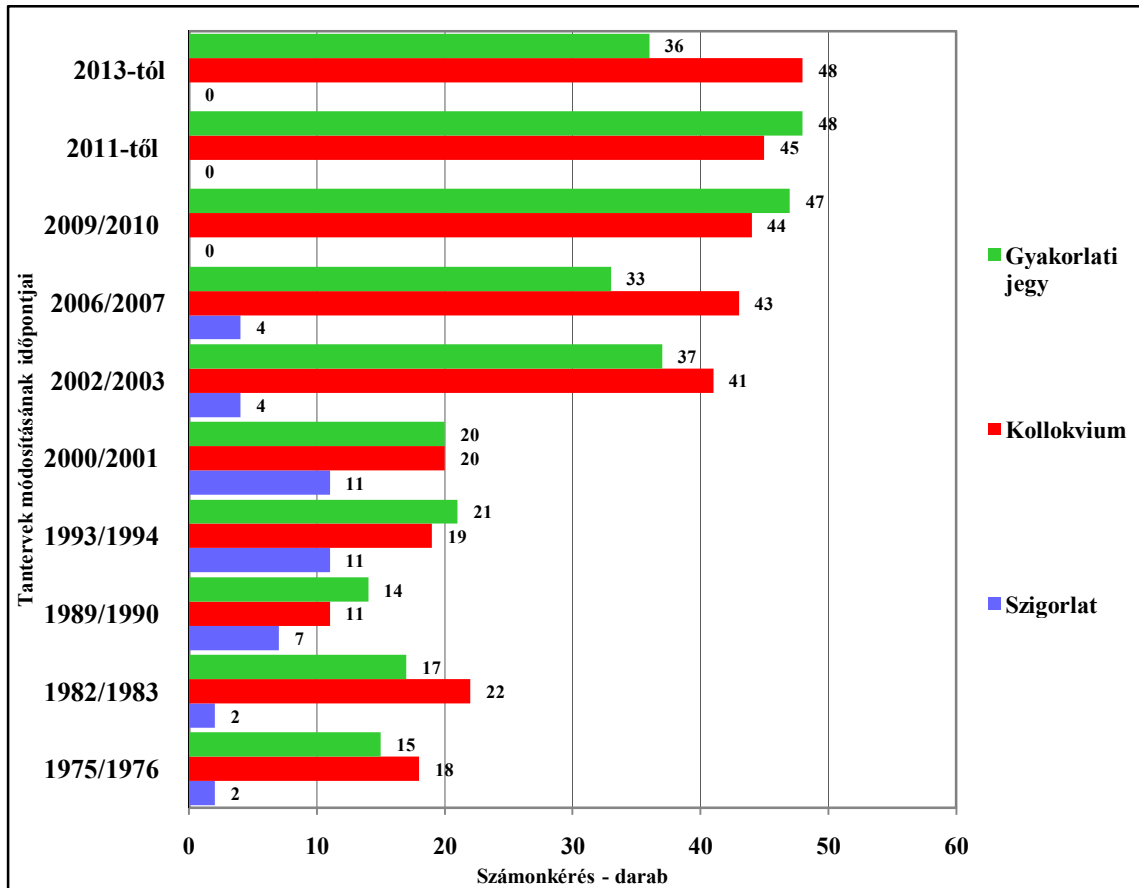
Az összes kontaktóraszám 2956-ra, az egyéni órák száma 4244-re változott. Az elméleti órák aránya 46,7%-ra, a gyakorlati óráké 53,3%-ra módosult (8. ábra) (124). Az ismeretek számonkérésében a kollokviumok száma 48 lett, a gyakorlati vizsgák száma pedig 36 (9. ábra) (124).

Gyakorlat orientált alapszak előírásinak megfelelően, a 8. ábra mutatja, hogy a főiskolai képzés ideje alatt, valamennyi tantervmódosítást követően a gyakorlati óraszám maradt nagyobb arányban (103) (105-106) (111) (113) (116) (119-120) (123-124).



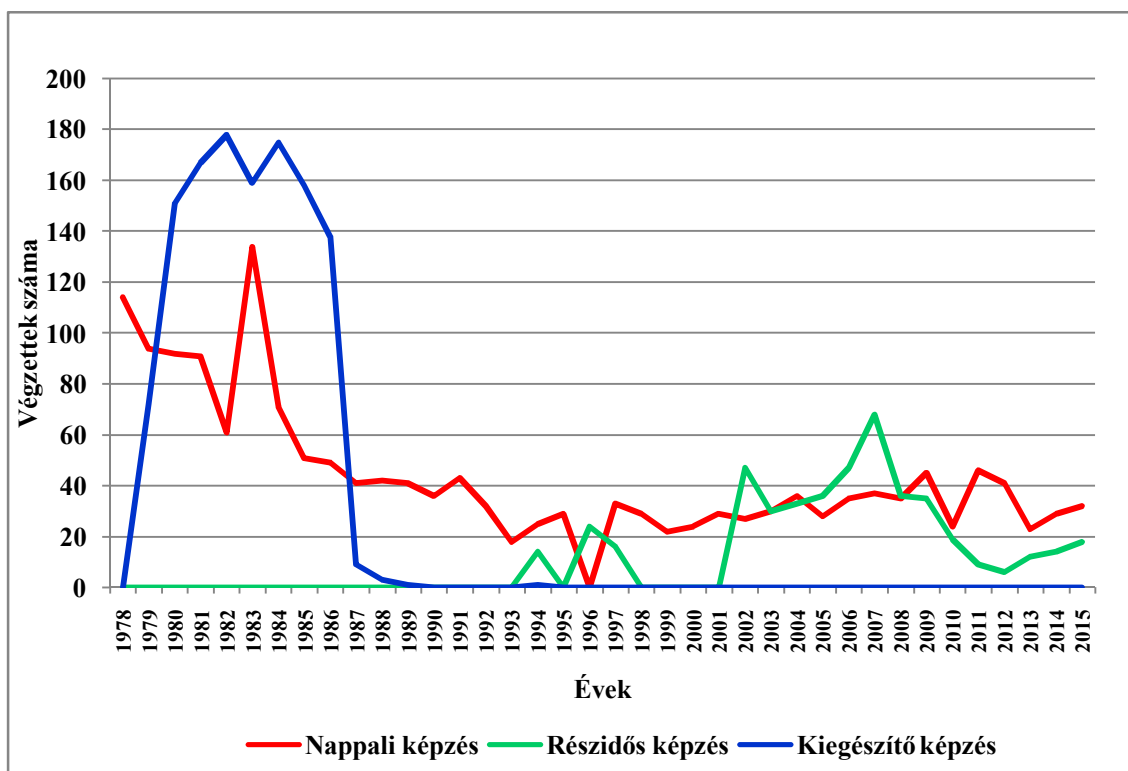
8. ábra. Az elméleti és gyakorlati óraszám %-os megoszlása a nappali tagozaton 1975/76-2014/15. tanévek között. (Forrás: saját készítés)

A főiskolai képzés időtartama alatt az ismeretek számonkérési formáiban történt változások összefoglalását a 9. ábra mutatja (103) (105-106) (111) (113) (116) (119-120) (123-124).



9. ábra. Az ismeretek számonkérésének formái, annak változásai nappali tagozaton 1975/65-2014/15 tanévek között. (Forrás: saját készítés)

A főiskolai szintű képzés 40 éves időtartama alatt (2015 évig) összesen 3252 hallgató kapott diplomát (1608 fő nappali, 432 fő részüdős, 1212 fő kiegészítő képzésben). A végzett hallgatók létszámának alakulását évenként ábrázolva a 10. ábra foglalja össze (125).



10. ábra. A végzett hallgatók létszáma 1975-2013. között. (Forrás: saját készítés)

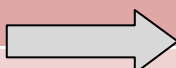

A közegészségügyi szakemberképzés folyamat bemutatását, annak idősor ábrázolását a különböző képzések átfedésével, valamint a főiskolai szintű képzés alatt történt főbb változásokat együtt a 11. táblázat mutatja.

11. táblázat. Közegészségügyi szakember képzés folyamat időrendi ábrázolása.

Képzés	1953-1957		
Orvos-segédképzés	„Hygiénikus. üzemi-, mentőorvossegéd és Általános érettségi. 3 év. 1954-től 4 év is.		
Közegészségügyi-járványügyi ellen-őrképzés 2 éves	<p style="text-align: center;">→ 1957-1975 Közegészségügyi-járványügyi ellenőr. Középfokú képzés. 2 év.</p>		
Főiskolai képzés	<p style="text-align: center;">→ 1975 -napjaink</p> <p>1975:Közegészségügyi-járványügyi ellenőr. Főiskolai szintű képzés. 3 év.</p>		
	<p style="text-align: center;">1991 Megnevezés változás. Közegészségügyi-járványügyi felügyelő. Főiskolai szint. 3 év.</p>	<p style="text-align: center;">1993/94 Képzés időtartama 4 évre növekedett. Közegészségügyi-járványügyi felügyelő.</p>	<p style="text-align: center;">2006/2007 Többciklusú képzés Népegészségügyi ellenőr. BSc szint. 4 év.</p>

A képzés teljes folyamatában a területi gyakorlatok időtartam változásának összehasonlító ismertetését, az eltérő képzési formák vonatkozásában a 12. táblázat tartalmazza (89-90) (103) (105-106) (111) (116) (119).

12. táblázat. Területi gyakorlatok időtartam változása az eltérő képzési formák esetében.

Képzés	1953-1957					
Orvos-segédképzés	Nincs pontos adat					
Közegészség- ügyi-járványügyi ellenőr	<div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">1957-1975 1959/1960 tanév 40 hét</p> <p>1969/1970 tanév 23 hét</p> <div style="text-align: right;">  </div> <p style="text-align: right;">1975- napjaink</p>					
Főiskolai szintű képzés	1975/76	1982/83	1989/90	1993/94*	2002/ 2003**	2006/ 2007*** - napjaink
	546 óra	560 óra	735 óra	1000 óra	840 óra	810 óra

*Négyéves képzés kezdete. **Kredit alapú képzés kezdete. ***Többciklusú képzés kezdete

Az orvos-segéd képzés megkezdésétől a főiskolai szintű kredit alapú képzés bevezetéséig, a tanterveket megvizsgálva és elemezve megállapítható, hogy a tantervekben az oktatott tárgyak köre folyamatosan követi a tudomány fejlődését, a szakma által elvárt ismeretek bővülését. A szakemberképzés folyamatban, kizárólag a képzés céljára vonatkoztatott szakmai tárgyak körében történt fejlődést a különböző képzési formák vonatkozásában a kredit alapú képzés bevezetéséig a 6. melléklet foglalja össze.

5.3.4.3. Többciklusú képzés - Mesterképzés (MSc), PhD képzés

Az SE-ETK a Bolognai rendszer szerinti különböző mesterképzésre (második felsőfokú végzettség szint) is lehetőséget ad a hallgatónak. Ennek keretében mesterfokozat, természettudományos képzésben Master of Science (MSc) szakképzettség szerezhető, amely a jogszabályban meghatározottak szerinti munkakör betöltésére jogosítja fel a végzett személyt (126). Az SE-ETK mesterképzése az alábbi szakokon történik: ápoló, fizioterápia, táplálkozástudomány (127). Részben a Kar MSc szintű képzési lehetőségek bővítése, részben pedig a közegészségügy területén végzett és vagy dolgozó szakemberek számára a Kar két alkalommal is kezdeményezte a népegészségügyi mesterképzés indítását.

Legutóbb kórházhigiéne és infékcióntróll mesterszak létesítésének tervét nyújtotta be, de a Magyar Felsőoktatási Akkreditációs Bizottság (MAB) ezt is elutasította (122). Jelenleg tehát a közegészségügyi szakemberképzés bölcsőjének is tekinthető jogutód Intézményben nincs lehetőség a közegészségügy, vagy az epidemiológia tárgykörében az alapképzés folytatására. Ugyanakkor a Kar lehetőséget ad a képzési követelményeknek megfelelő végzettségű és nem csak közegészségügyi szakemberek számára az élethosszig tartó tanulmányok (LLL) keretében a PhD szintű képzésben való részvételre. Az Egyetemi Doktori Tanács EDT 21/2008.(05.13.) sz. határozata jóváhagyta az „Egészségtudományok c.” programterv elkészítését. A Programot a Patológiai Tudományok Doktori Iskola fogadta be (128). 2008-2014 között a program vezetője Dr. Szabolcs István egyetemi tanár. A Program vezetője jelenleg: Prof. Dr. Domján Gyula egyetemi tanár.

5.3.4.4. Szakirányú képzés

A MAB ismételt elutasító határozatát követően a kifogásolt anyag átdolgozása után –, amelyben a klinikai ismeretek oktatása vált hangsúlyosabbá – klinikai epidemiológus szakirányú továbbképzés indítása történt a 2012/2013. tanév második félévtől. A képzés kifejezetten az infékcióntróll tevékenység végzésére illetve annak irányítására tervezte az orvosok és egészségügyi alapképzetttségű szakemberek oktatását (98) (122). Jelenleg (2016-ban) ez a képzés nincs meghirdetve.

5.4. A közegészségügyi szakemberek kompetencia szintje és munkavégzési lehetőségeik elemzése

5.4.1. „Orvos-segédek” illetve „felcserek” helyzete

Magyar Népköztársaság Minisztertanácsa 506/15/1953 Mt. sz. határozata alapján, 1953. decemberben kezdődött az orvos-segédek (felcserek) oktatása (66) (130).

Az orvos-segédek feladatait így határozták meg: „orvosi segítségnyújtás járó és fekvő-beteg rendeléseken, közegészségügyi és járványvédelmi munka, valamint egészségügyi adminisztráció és egészségügyi propaganda” (73). A képzési terv nem rögzítette a végzettek mai értelemben vett kompetenciáit, vagyis a „képzési és kimeneti követelményeket” (34) (129). A képzés céljai és az orvos-segédek feladatai ennek ellenére pontosan és jól körülhatárolhatóak voltak az alábbi tevékenységek alapján:

1. Orvosi végzettséget nem igénylő munka elvégzése, ezáltal az orvosok tehermentesítése: "azokban a községekben, ahol nem volt orvos, azon területek egészségügyi ellátását átveszik, és orvosi ellenőrzés mellett végzik".
2. Aktív részvétel „a Közegészségügyi és Járványügyi Állomások, a járási hivatalok egészségügyi csoportjai és a megyei egészségügyi osztályok tevékenységében” (72).

Az elkészített tematika a tantárgyak alapján mindazon ismereteket tartalmazta, amelyekkel a végzettek alkalmassá váltak a feladatok ellátására a képzés céljának megfelelően (130). Már az oktatás indításakor láthatóvá vált az orvos-segéd megnevezés „szakosodása”, mert az egészségpolitikai elképzelések hármassá tagozódás, nevezetesen „hygiénikus, üzemi és mentőorvos-segédi” irányába mutattak (66). A képzés időtartama alatt folyamatosan változtak a bemeneti követelmények (pl. általános iskolai végzettség, három éves középiskolai érettségi) (70) (72). A képzés megkezdésének változó kritériumait a 23/1957. (Eü. K.11.) Eü. M. számú utasítás szüntette meg, mert az 1956/57 tanévtől kezdődően egyértelműen rögzítette az érettségivel rendelkezők és érettségivel nem rendelkezők képzés idejét. Az utasítás meghatározta továbbá, hogy a képesítő oklevél, (szó szerint: „Orvosfelcseri oklevél”) milyen állás („orvos-felcseri”) betöltésére, és milyen tovább tanulásra („orvostudományi egyetem orvosi, fogorvosi és gyógyszerészi” karon) ad jogosultságot (64) (130).

A tanulmányok befejezését követően a munkavégzés elsősorban a közegészségügy területén történt, kivéve azokat, akik mentőorvos-felcseri oklevelet szereztek. Gyakorlatilag az iskola a közegészségügy kiépülő személyi állománya számára képezte a szakembereket. A kor szakemberei a közegészségügyi-járványügyi és az egészségmegőrzés/egészségügyi felvilágosító tevékenység szükségessége miatt fontosnak ítélték az orvos-segédok képzését, szükséges létszámot több száz főre becsülték (61) (130).

5.4.2. Szakiskolai végzettségű közegészségügyi-járványügyi ellenőrök helyzete

Az orvos-segéd képzés folytatásaként kezdődött 1957-ben a „közegészségügyi-járványügyi ellenőrök” oktatása, változatlan helyszínen, de a képzőhely új nevével, a Fodor József Állami Egészségügyi Szakiskolában (66) (130). A tanulmányok befejezését követően az ellenőrök olyan gyakorlati feladatokat láthattak el, amelyekhez nem volt szükség orvosi diplomára (pl. ellenőrzés), így az orvos végzettségűeket tehermentesíthették (60) (130).

A 42/1960. (Eü. K. 24.) Eü. M. számú utasítása közegészségügyi-járványügyi ellenőrök szakképesítéséről, nem tartalmazta a képzés célját, feladatát, nem határozta meg a kompetenciákat sem, de a végzettség megnevezése – „okleveles közegészségügyi-járványügyi ellenőr” – pontosan utalt a betölthető munkakörre (87) (130). Az eltérő megnevezésű orvos-segédképzésben részt vettek közegészségügyi-járványügyi ellenőri állás betöltésének jogosultságát az orvosfelcserék nyilvántartásbavételéről szóló 43/1960.(Eü. K.24) Eü. M. számú utasítás tisztázta (65) (130). A közegészségügyi-járványügyi állomások szervezeti felépítése, feladata, hatósági jogkörének rögzítése, a közegészségügyi-járványügyi állomások szervezésére, valamint az állomások és az állami közegészségügyi felügyelet együttműködésének szabályozása tárgyban kiadott 8200-12/1954. Eü. M. számú utasításban történt. Elkészült a szervezeti és működési szabályzat is, amely tartalmazta az állomások hatósági jogkörét, jogállását és feladatait. A működési szabályzatban foglaltak alapján a középfokú végzettségű közegészségügyi-járványügyi ellenőr önálló hatósági jogkörrel nem rendelkezett, operatív közegészségügyi, járványügyi, egészségmegőrző munkát végzett. A középfokú közegészségügyi-járványügyi ellenőrképzés tehát továbbra is az időközben több szervezeti átalakításon átesett közegészségügyi hatóság részére képezte a szakembereket (130-131).

5.4.3. Főiskolai végzettségűek kompetenciái és munkalehetőségei

A főiskolai szintű képzés megkezdésekor a célok mellett az ismeretek és az alkalmasság elvárt szintje is megfogalmazódott. Ily módon a végzetteknek ismerni kell az ellátás irányításához szükséges alapvető tudnivalókat: „legyenek alkalmasak a közegészségügyi-járványügyi felügyelők és a higiénikus orvosok munkatársaként, azok irányítása alatt, önálló munkát végezni” (95). A végzettek kompetenciái, a „képzési és kimeneti követelmények”, – ugyan nem a mai szóhasználat szerint – első ízben az Oktatási Minisztérium egyetértésével kiadott 53.389/1975.(X. számú) Tantervben jelentek meg. A dokumentumban, a képzés feladatainak meghatározása között fogalmazódott meg, hogy a szakember milyen tevékenység ellátására lesz alkalmas. A vizsgázó hallgatóval szemben elvárt „ismeret”, „készség” illetve a „jártasság”a tartalmi elemekkel együtt a vizsga illetve államvizsga követelmények között szerepeltek (103) (130).

A közegészségügyi-járványügyi ellenőr általános-, közegészségügyi-, és járványügyi feladatait a 8021/1983.(Eü. K.23.) EüM tájékoztató „az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán végzettek munkaköri feladatairól” tartalmazta (132).

A végzett szakemberek széles tudásanyaggal rendelkeztek, bár ez csak a szakma számára volt ismert. Nem, vagy alig merült fel kérdésként, hogy ez az összetett tudásanyag a KÖJÁL, az egészségügyi intézmények, vagy egyéb állami területen kívül hogyan hasznosítható. Az 1975-1991 közötti időszakban döntően a közegészségügyi hatósági feladatokat végző KÖJÁL, KJK-k, KJSZ-k szervezeti egységeiben, és kórházakban alkalmazták a vizsgázott szakembereket (130).

Az 1989. évi rendszerváltozást követő években több változás is történt a magyar közegészségügy területén. Az egyik az oktatást is alapvetően érintette. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) szervezetéről és működéséről szóló 7/1991. (IV.26.) NM rendelet a *közegészségügyi felügyelő* megnevezést használta, ezért a végzetek diplomájának a megnevezése ennek megfelelően változott (102) (130).

Másik, az 1991. évi XI. törvény az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a közegészségügyi, járványügyi és egészségvédelmi, vagyis összegezve a népegészségügyi tevékenység irányítását és felügyeletét, valamint az egészségügyi ellátás felügyeletét, mint állami feladatot a Tisztiorvosi Szolgálat hatáskörébe helyezte. Ennek megfelelően a tantervben tehát más tárgyak mellett megjelent az egészségvédelem tantárgy is (102). Jól érzékelhető változás, hogy az 1990-es évek elején az egészségmegőrzés szemléletén túllépve, az egészségfejlesztés is hangsúlyossá vált, újragondolva a prevenció, gyógyító tevékenység, népegészségügy kapcsolatát (130) (133). Az egészségfejlesztés teljes palettáján hatáskört adva, komplex népegészségügyi rendszer kialakítása vette kezdetét. Az 1991. évi törvény, a közegészségügyi felügyelő hatósági jogkörét is módosította. Ennek nyomán a fentiekben hivatkozott 7/1991. (IV.26.) NM rendelet 5§. (2) bekezdése értelmében a megyei és a városi tiszti főorvos által meghatározott feladatkörben jogosult hatósági jogkörök gyakorlására a megyei és a városi intézet közegészségügyi felügyelője, de (három alpontban rögzítve) nem rendelkezhet olyan ügyekben, amelyekben csak a tisztiorvosnak van jogosultsága (109-110).

Az 1993-ban készült „4 éves képzés indokoltsága és feltételei” című dokumentum „a képzés feladatai” meghatározásakor viszont egyértelműen rögzítette, hogy egy pályakezdő közegészségügyi-járványügyi felügyelő milyen „ismeretekkel” rendelkezzen, milyen tevékenység végzésében legyen „jártas”, a munkavégzés során mire legyen „képes” (112).

Az 1990-es évek változásai az egészségügyi felsőoktatás területét sem hagyták érintetlenül.

Az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről szóló 36/1996.(III.5.) Kormányrendelet először határozta meg az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak általános-, valamint az egyetemi és főiskolai szintű alapképzési szakok sajátos képesítési követelményeit. Első alkalommal fogalmazódott meg jogszabályban a képzés során megszerezhető „ismeretek” és „képeségek”.

E szerint a közegészségügyi-járványügyi felügyelő *képes*: „közegészségügyi felügyelői hatósági tevékenység ellátására, önálló munkavégzésére, a munka szervezésére, a beosztottak munkájának irányítására és a jogszabályok alapján szükséges intézkedések megtételére és ellenőrzésére, a járványügyi állapotjelentés alapján a megfelelő járványügyi vizsgálatok, a baktériumhordozók felkutatásának és ellenőrzésének, továbbá a fertőző betegek nyilvántartásának és statisztikai értékelésének alkalmazására”. Az elvárt *ismeretek* tartalmazzák a közegészségügy (környezet higiéné, táplálkozás- és élelmiszer higiéné, munka- és üzem higiéné, gyermek és ifjúság higiéné), és a járványügy területét. Megfogalmazódik a kórház-higiéné, a kórházi fertőzések epidemiológiájában az elméletnek és gyakorlatnak, a fertőtlenítés-sterilizálás alapelveinek és módszereinek, az egészségre káros rovarok és rágcsálók biológiai sajátosságainak valamint az ellenük való védekezés módszereinek ismerete is (130) (134). A rendelet tehát lehetővé tette a közegészségügyi-járványügyi felügyelő végzettség mögötti ismeretek széles spektrumának kialakítását (130). A fentiekhez képest alapvető módosítást az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről szóló 166/2003. (X.21.) Kormányrendelet nem jelentett. Mivel a nemzeti felsőoktatásról szóló többszörösen módosított 2011. CCIV. törvény értelmében, lehetőség nyílt – többek között – „népegészségügyi felügyelő” mesterképzés bevezetésére is, ily módon, ezen a szinten is lehetőség nyílt a képzési célok megfogalmazására, az ismeretek képeségek, a képzési idő, stb. meghatározására (130) (135-136).

15/2006.(IV.3.) OM rendelet, amely az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről szól, így fogalmaz: Az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szak célja: „*olyan szakemberek képzése, akik az egészségtudomány eredményei alapján az emberi egészség megőrzése törvényszerűségeinek megismerésével gondozzák a társadalom egyéneit, közösségeit és elősegítik az egészségük fejlesztésének lehetőségeit. Kellő ismerettel rendelkeznek a képzés második ciklusában történő folytatásához.*” (137).

Az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakon elvárt közös – szakterület-től független – kompetenciákat tartalmazó táblázatot a 7. sz. melléklet tartalmazza. Az ismeretek és a képességek meghatározását követi a specifikus kompetenciák ismertetése, amit a 13. táblázat mutat (137).

13. táblázat. Népegészségügyi ellenőr specifikus kompetenciái a 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet alapján.

Szintek leíró jellemzői	Népegészségügyi ellenőr
Ismeret	<ul style="list-style-type: none"> • „A népegészségügyi hatósági feladatok végzésének szabályait; • A járványügyi állapotjelentés alapján megfelelő járványügyi vizsgálatok, baktériumhordozók felkutatásának és ellenőrzésének, továbbá a fertőző betegek nyilvántartásának és statisztikáinak értékelését; • A levegő-, víz-, talajszennyeződés, a szennyvíz, valamint a hulladék emberre és a környezetre gyakorolt hatásait, az esetlegesen kialakuló környezeti károsodások megelőzésének és/vagy felszámolásának módozatait és lehetőségét, továbbá képesek azok végrehajtására. • Az élelmiszerekkel kapcsolatos egészségkárosodásokat, azok vizsgálati módszereit, továbbá az ételfertőzésre, ételmérgezésre gyanús megbetegedések tüneteit, valamint a szükséges intézkedéseket és az élelmiszerek előállítását, forgalmazását szabályozó előírásokat; • Az egészséges és biztonságos munkavégzés feltételeit, a megfelelő munkakörnyezet kialakításának feltételeit; • Kórházak, üzemek és intézmények üzemeltetésének higiénés feltételeit; • Valamint a szakterülettel összefüggő információs és kommunikációs rendszereket és képesek azok alkalmazására”.
Alkalmas	<ul style="list-style-type: none"> • „Népegészségügyi hatósági tevékenység ellátásra a jogszabályok alapján szükséges intézkedések megtételére és ellenőrzésére, • Nem hatósági tevékenységi körében a vonatkozó jogszabályok alapján a megfelelő hatósági ellenőrzés eredményes lefolytatására, • Járványügyi feladatok kezdeményezésére, megszervezésére és lebonyolítására, • Járványügyi vizsgálatok eredményeinek elemzésére, értelmezésére, felhasználására és kritikus alkalmazására.” • A szakterületével összefüggésben vizsgálata eredményeinek és a szükséges intézkedéseknek közérthető formában történő kommunikálásra, • A lakosság egészségi állapotát javító helyi és központi egészségpolitika kidolgozására és megvalósítására, • Nosocomialis surveillance megtervezésére és kivitelezésére, • A lakosság egészségi állapotának monitorizálására, betegségmegelőző programok tervezésére, szervezésére, lebonyolítására és értékelésére”.

A fenti két jogszabály alapvetően eltérő módon határozza meg a „képesség” és „ismeret” követelményeit, ugyanis a 2006-os jogszabályban „ismeret” és „alkalmasság” követelmények kerültek megfogalmazásra.

A nyelvi értelmezéstől eltekintve, a fogalmak mögött rögzített tartalmat vizsgálva/elemezve: az „alkalmas” kritériumok felsorolása tartalmát tekintve analógnak tekinthető a „képesség” esetében felsorolt kritériumokkal. Különbség annyiban áll fenn, hogy a 2006-os rendelet esetében, már népegészségügyi hatósági tevékenység kerül megfogalmazásra (a módosított 1991. évi XI. tv.-ben foglaltaknak megfelelően), egyéb, apróbb fogalmazásbeli eltéréstől eltekintve (ami a jogalkotó szándékát nem befolyásolja). Lényegi különbség viszont, hogy a 2006-os rendelet több olyan kritériumot használ az „alkalmas” kifejezést illetően, amely egyértelműen az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi program 2001-2010” megvalósítását támogatja (130) (138). Ez is jelzi, hogy a „klasszikus közegészségügy” területén túlmenően, a végzett szakembernek a megváltozott epidemiológiai problémák megoldására is alkalmasnak kell lennie (130).

Az „ismeret” kritérium alatt felsoroltakat vizsgálva mindkét jogszabály vonatkozásában, elmondható, hogy fogalmazásbeli különbözőségektől eltekintve, azok alapvetően/általánosan azonosnak tekinthetőek. A 2006-os jogszabály nem nevesíti a „... sugár-egészségtani alapjait”, de ez logikailag értelmezhető „az egészséges és biztonságos munkavégzés feltételeit, a megfelelő munkakörnyezet kialakításának feltételeit” tartalmazó kritériumok között. Hasonló a helyzet a fertőtlenítés és sterilizálás, valamint az egészségre káros rovarok és rágcsálók témaköreit tekintve, amelyekre a 2006-os jogszabály tételesen szintén nem tér ki, de ugyanakkor, logikailag ezek ismerete nem nélkülözhető a „kórházak, üzemek és intézmények üzemeltetésének higiénés feltételei” esetében (130). A 15/2006.(IV.3.) OM rendelet alapján: a szakterülettől független, általános kompetenciák elérése az alapozó tárgyak, míg a specifikus kompetenciák elérése a szakmai tárgyak elsajátítását követően valósult meg (119) (137).

A disszertáció készítés idején történt az Európai Képesítési Keretrendszer (EKKR) elveivel és szerkezetével kompatibilis Magyar Képesítési Keretrendszer (MKKR) kidolgozása. Jelenleg a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról szóló 18/2016. (VIII.5.) EMMI rendelet tartalmazza a képzési és kimeneti követelményeket. A rendelet úgy fogalmaz: az alapképzési szak célja: *„olyan szakemberek képzése, akik az egészségtudomány eredményei alapján a betegségmegelőzés, egészségvédelem és egészségfejlesztés törvényszerűségeit ismerve gondozzák a társadalom egyéneit, közösségeit és elősegítik az egészségük fejlesztésének lehetőségeit.*

Képességeiket azon országban, intézményben alkalmazhatják a gyakorlatban is, ahol az alkalmazandó jogszabályok, irányelvek, protokollok ezt lehetővé teszik. Felkészültek tanulmányaik mesterképzésben történő folytatására „(139). Nevezett rendeletben, a 15/2006. (IV.3.) OM rendeletben foglalt „ismeret”, „képesség”, „alkalmasság” fogalmak helyett, már a 1229/2012.(VII.6.) Kormányhatározatban is meghatározott „tudás”, „képességek”, „attitűdök”, „autonómia és felelősség” referencia szintjellemzők kerültek meghatározásra (28) (34) (129-130). Az egészségügyi gondozás és prevenció terület közös kompetenciákat a 8. sz. melléklet tartalmazza (140). A népegészségügyi ellenőr sajátos képzési és kimeneti követelményei a 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet szerint az alábbiak (141):

Tudás:

- „Ismeri a népegészségügyi hatósági feladatok végzésének szabályait.
- Ismeri a járványügyi állapotjelentés alapján megfelelő járványügyi vizsgálatok, baktériumhordozók felkutatásának és ellenőrzésének, továbbá a fertőző betegek nyilvántartásának és statisztikáinak értékelését.
- Ismeri a levegő-, víz-, talajszennyeződés, a szennyvíz, az épített környezet, valamint a hulladék emberre és a környezetre gyakorolt hatásait, az esetlegesen kialakuló környezeti károsodások megelőzésének, felszámolásának módozatait és lehetőségét.
- Ismeri az élelmiszerekkel kapcsolatos egészségkárosodásokat, azok vizsgálati módszereit, továbbá az ételfertőzésre, ételmérgezésre gyanús megbetegedések tüneteit, valamint a szükséges intézkedéseket és az élelmiszerek előállítását, forgalmazását szabályozó előírásokat.
- Ismeri az egészséges és biztonságos munkavégzés feltételeit, a megfelelő munkakörnyezet kialakításának feltételeit.
- Ismeri a kórházak, üzemek és intézmények üzemeltetésének higiénés feltételeit.
- Ismeri a szakterülettel összefüggő információs és kommunikációs rendszereket.
- Ismeri az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére vonatkozó jogszabályokat, előírásokat, módszertanokat.

Képesség:

- Képes népegészségügyi hatósági tevékenység ellátására a jogszabályok alapján szükséges intézkedések megtételére és ellenőrzésére.

- Nem hatósági tevékenységi körében képes a vonatkozó jogszabályok alapján a megfelelő hatósági ellenőrzés eredményes lefolytatására.
- Képes járványügyi feladatok kezdeményezésére, megszervezésére és lebonyolítására.
- Képes járványügyi vizsgálatok eredményeinek elemzésére, értelmezésére, felhasználására és kritikus alkalmazására.
- Alkalmazza az élelmezéssel-táplálkozással, környezettel, munkakörnyezettel és munkavégzéssel kapcsolatban esetlegesen kialakuló károsodások megelőzésének, illetve felszámolásának módozatait.
- Szakterületével összefüggésben képes vizsgálata eredményeinek és a szükséges intézkedéseknek közérthető formában történő kommunikálására.
- Képes a lakosság egészségi állapotát javító helyi és központi egészségpolitikai koncepció kidolgozására és megvalósítására.
- Képes nosocomialis surveillance megtervezésére és kivitelezésére.
- Képes a lakosság egészségi állapotának monitorizálására, betegségmegelőző programok tervezésére, szervezésére, lebonyolítására és értékelésére.
- Egészségmodellek alapján képes az egészséget meghatározó tényezők és az egészséget veszélyeztető kockázatok azonosítására, a mikro-szintű kockázatok elhárítására.
- Képes azonosítani az egészségre ható környezeti, foglalkozási, élelmiszerbiztonsági tényezőket, koncepcionális javaslatot tesz azok csökkentésére vagy elhárítására.
- Alkalmazza a szakterülettel összefüggő információs és kommunikációs rendszereket.
- Képes az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére irányuló intézkedések végrehajtására.
- Képes az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések előfordulása esetén a terjedés megakadályozására irányuló intézkedések végrehajtására.

Attitűd:

- Hitelesen képviseli a népegészségügyi tevékenység gyakorlásában alapelveknek (esélyegyenlőség, partnerség, szolidaritás) tekintett értékeket.

- Tevékenységének korlátait respektálva, de lehetőségeit teljes mértékben kihasználva tevékenykedik a lakosság, illetve a rábizott közösség egészségi állapotának javítása érdekében.
- Megőrzi igényét ismereteinek és képességeinek folyamatos fejlesztésére.
- Koncepcionális javaslataival törekszik a népegészségügyi alapképzés javítására.

Autonómia és felelősség:

- Hatósági feladatainak végrehajtása során kizárólag szakmai szempontok respektálásával kialakított bizonyítékokon alapuló véleményt alkot.
- Szaktudásával támogatja a határterületi tevékenységet kifejtő munkatársait.
- A népegészségügyi tevékenység etikai normáit követve tevékenykedik.
- Koncepcionális javaslatokat kezdeményez az egészséget támogató politikai döntésekben helyi szinten.”

Az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakon elvárt, 15/2006.(IV.3.) OM rendeletben foglaltak szerint közös – szakterülettől független – kompetenciákat tartalmazó 7. sz. mellékletben lévő táblázatot valamint az *első bolognai tantervet* elemezve megállapítottam, a közös kompetenciák körében meghatározott ismeretek, képességek elsajátítása az „alapozó modul” - ban besorolt tantárgyak teljesítésével valósult meg. A népegészségügyi ellenőr szakma specifikus kompetenciák a „szakmai törzsmodul” - ban besorolt tantárgyak teljesítésével valósult meg (119) (137).

A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar által oktatott szakirányok képzési programjainak, tantárgyi kurzusainak elkészítése a 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendeletben foglaltaknak megfelelően, a disszertáció készítés időpontjában van folyamatban.

A munkavégzés területeinek és a lehetőségek ismertetése előtt – befolyásoló szerepe miatt – elengedhetetlenül ismertetni kell az egészségügyi igazgatás hatósági szervezetben az ezredfordulót követő években bekövetkezett változásokat. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról és a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 362/2006. (XII.28.) kormányrendelet módosította az ÁNTSZ korábbi szervezetét és a feladatait is. A megyei (fővárosi) intézeteket felváltotta a regionális intézet a regionális tiszti főorvos vezetésével, a városi intézeteket pedig a kistérségi intézetek, mely utóbbiak továbbra is az ÁNTSZ helyi szervei maradtak.

A strukturális változásnál jelentősebb módosításként a Kormány két területet, az „élelmiszerbiztonság néhány területét” valamint a munkaegészségügyet is kiemelte az ÁNTSZ hatásköréből. Az egységes közegészségügyi hatósági munka tehát több szerve-

zet igazgatása alá került (53) (142). Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról, valamint a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelölése tárgyában kiadott 323/2010.(XII.27.) kormányrendelet további szerkezeti változtatást eredményezett, változatlanul hagyva az előzőekben említett szakterületek más szakigazgatási szervekhez történt áthelyezését (130) (142). Az 1990-es évek közepétől a munkavállalási lehetőségek is változtak. Megjelent az igény a magángazdaság részéről is a közegészségügyi-járványügyi ellenőr végzettségre (ismeret/tudásanyag, képesség), alternatív lehetőségeket kínálva a hatósági munka és az egészségügyi intézményekben a kórházi epidemiológia területén történő közalkalmazotti munkavégzés mellett.

Kétségtelen, hogy az egészségügyi ellátással összefüggő fertőző betegségek megelőzéséről szóló 20/2009.(VI.18.) EüM rendelet a kórházi epidemiológia szakterületen történő munkavállalást erősítette, mivel a rendelet szerint többek között a közegészségügyi-felügyelő/népegészségügyi ellenőr képesítés is alkalmas a munkakör ellátásához (121) (130). Az SE-ETK Epidemiológiai Tanszéke 2010-től a fertőző megbetegedések alapjainak részletesebb oktatását követően a 2012-es tantervben, kezdetben 2 kredit -, majd 2013-ban pedig már 3 kredit értékkel beépítette a kötelező tárgyak közé az Infektológia alapjai című tárgyat (123-124) (130). A magángazdaság is bővítette a munkavállalási lehetőségeket, elsőként a biztosítási terület, majd gyógyszerforgalmazását végző cégek részéről jelentek meg az igények. A későbbiekben az ipar egyes ágazataiban (könyv-, és élelmiszeripar), még később pedig a munkabiztonsági, kémiai biztonsági területen volt tapasztalható a végzettek munkavállalása (130).

5.5. Az SE-ETK népegészségügyi ellenőrhallgatóinak véleménye a továbbtanulásról és a munkavállalásról a tanult szakmájukat illetően

A kutatás eredményei, a 2012/2013. oktatási év II. félévében *aktív státuszú* népegészségügyi ellenőrhallgatók véleményeire vonatkoznak.

A kérdőív kitöltése valamennyi évfolyamon május-június hónapban történt. Az eredmények értékelése során, a továbbtanulással kapcsolatos elképzelések és a munkavállalási szándékok mellett, röviden kitérek a felvételre történt jelentkezés motivációira is, a jövőbeli elképzelésekkel kapcsolatos összefüggések mélyebb bemutatása céljából.

A teljes hallgatói létszámnappali tagozatot (190) és részidős képzést (107) összeadva 297 fő volt. Ebből a keretből a felmérésben 220 nappali és részidős hallgató vett részt, ami az aktív státuszú hallgatók 74,1 %-át jelentette (14. táblázat).

14. táblázat. A vizsgálatban résztvevő hallgatók (N=220) képzési típus és évfolyam szerinti megoszlása.

Képzés típusa	Évfolyam	Összes hallgatói létszám	%	Kitöltők létszáma	%
Nappali képzés	1	74	39	60	44
	2	41	22	22	16,4
	3	35	18	31	23,1
	4	40	21	21	15,7
	Összesen	190	100	134	100
Részidős képzés	1	25	23	24	27,9
	2	20	19	15	17,4
	3	31	29	26	30,2
	4	31	29	21	24,4
	Összesen:	107	100	86	100

Az életkorra érkezett válaszok alapján (N=216) az átlag 26,1 év, az életkori tartomány 18-58 év volt. Nemek szerint (N=215) a válaszadók 89,3%-a nő, a 10,7%-a férfi volt. A vizsgálatban résztvevők nemek szerinti megoszlását tagozatonkénti bontásban a 15. táblázat ismerteti.

15. táblázat. A vizsgálatban résztvevők nemek szerinti megoszlása tagozatonként (N=215)

Tagozat	Nem	N	%	Tagozat	Nem	N	%
Nappali	Férfi	15	11,5	Részidős	Férfi	8	9,5
	Nő	116	88,5		Nő	76	90,5
	Összesen	131	100,0		Összesen	84	100,0

Az adatok alapján, mind a levelező, mind a nappali tagozaton, valamennyi évfolyamon a női hallgatók száma a magasabb (143).

A megkérdezettek (N=212) 98,6%-a Magyarországon lakott a Karra történő bejutást megelőzően. Akik nem Magyarországon laktak, (n=3) Szlovákia és Románia országokat nevezték meg a Karra történő bejutást megelőző lakóhelyként, 1 fő nem válaszolt. A válaszadó hallgatók (N=217) legnagyobb aránya városi lakóhelyű 64,1% (n=139) volt a Karra történő bejutás előtt (város 40,6%, megyeszékhely 6,9% és főváros 16,6% együtt). Falu, község, nagyközség lakóhelyű 35,9% (n=78) hallgató volt.

Végzettségüket megadó hallgatók (N=218) legnagyobb részének 63,3% (n=138), gimnáziumvolt a legmagasabb iskolai végzettsége. Szakközépiskolai végzettséggel 30,3% (n= 66), főiskola, egyetem végzettséggel 6,4% (n= 14) rendelkezett. Azoknak a megkérdezetteknek, akiknek legmagasabb iskolai végzettsége főiskola/egyetem (6,4% n=14), 84,6%-a (n=11) egészségügyi diplomával rendelkezett.

Felvételi motivációk tekintetében a válaszadók (N=216) közül 9 főnek (részidős=6, nappali képzés=3) van „népegészségügyi ellenőr” (illetve ezzel ekvivalens) képzettségű családtagja. Közöttük 7 hallgató gondolta úgy, hogy ez szerepet játszott a szakra való jelentkezésben, 1 fő szerint ennek nem volt jelentősége, 1 fő pedig nem válaszolt. Többszörös (maximum 3) válasz megjelölése alapján a 16. táblázat foglalja össze a képzésre történt jelentkezés motivációit.

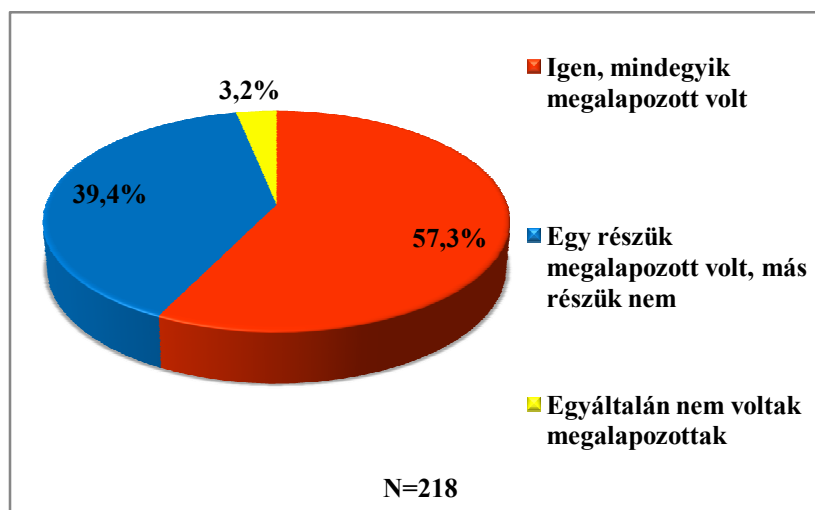
16. táblázat. Motivációs tényezők és megoszlásuk a „Népegészségügyi ellenőr” képzésre történt jelentkezés alkalmával

Motivációk	n	%
Érdekelte a téma	184	84,4
Munkaerő-piaci kilátások	107	49,1
Jókat hallott a szakról	66	30,3
Kedvező felvételi követelmények	53	24,3
Ide vették fel	38	17,4
Egyéb	10	4,6

A jelentkezés vezető motivációs tényezője a téma iránti érdeklődés volt (84,4%), e tekintetben különbség a képzés típusa és az évfolyamok között. Második helyen a „munkaerő piaci kilátások” (49,1%) szerepeltek. Csupán 17,4% (38 fő) jelezte azt, hogy azért tanul a szakon, mert ide vették fel.

A motivációs tényezők megalapozottságának utólagos értékelése kapcsán (11. ábra) a hallgatók több mint fele (57,3%) úgy ítélte meg, hogy az általa megjelölt motivációkat a képzési időszak visszaigazolta.

Igen kevés volt azoknak a száma (7 fő, 3,2%), akik szerint a tapasztalatok és tanulmányok alapján a motivációk egyáltalán nem voltak megalapozottak.



11. ábra. A motiváció megalapozottságának retrospektív megítélése. (Forrás: saját készítés)

Az összes válaszadó (N=218) hallgató 84,9%-a (185 fő) úgy ítélte meg, hogy *az eddigi tanulmányai és tapasztalatai alapján a szakma iránti motivációs tényezői bővültek*. A megkérdezett hallgatók csupán 15,1%-a mondta azt (33 fő), hogy a motivációi nem bővültek a szakma irányába. A 17. táblázat alapján, azoknak a megkérdezetteknek, akiknek motivációs tényezői között szerepelt a téma iránti érdeklődés, szignifikánsan nagyobb arányban válaszolták azt, hogy motivációs tényezőik legalább részben megalapozottak voltak.

17. táblázat. A téma iránti érdeklődés, mint motivációs tényező és a motivációk megalapozottsága az eddigi tanulmányi tapasztalatok alapján

Az eddigi tanulmányait, tapasztalatait tekintve az előbbi kérdésnél bejelölt motivációs tényezői megalapozottak voltak		Motiváló tényező a „Népegészségügyi ellenőr” végzettség megszerzéséhez: érdekelte a téma	
		Nem	Igen
Legalább egy részük megalapozott volt	N	29	182
	%	85,3	98,9
Egyáltalán nem voltak megalapozottak	N	5	2
	%	14,7	1,1
Összesen	N	34	184
	%	100,0	100,0

A Fisher-egzakt próba szignifikanciaszintje $p=0,001$, a kapcsolat közepes erősségű ($\Phi=-0,280$)

A 18. táblázat alapján, a megkérdezettek szakra történő jelentkezés különböző motivációinak megléte és a motivációk bővülése közötti összefüggést külön-külön vizsgálva nem figyelhető meg szignifikáns összefüggés egyik esetben sem, tehát a motivációk bővülésének megítélése nem kapcsolható valamely konkrét motiváció meglétéhez.

18. táblázat. A szakra történő motivációs tényezők valamint a motivációk bővülése közötti összefüggések (összefoglaló táblázat)

Az eddigi tanulmányait, tapasztalatait tekintve a motivációi bővültek/kiszélesedtek-e?	N		Motiváló tényezők a „Népegészségügyi ellenőr” végzettség megszerzéséhez említés aránya (%)			
			Érdekelte a téma %	Munkaerőpiaci kilátások %	Jókat hallott a szakról %	Ide vették fel %
Igen	185	85,41	49,19	29,73	16,22	
Nem	33	78,79	48,48	33,33	24,24	
Összesen	218	84,40	49,08	30,28	17,43	

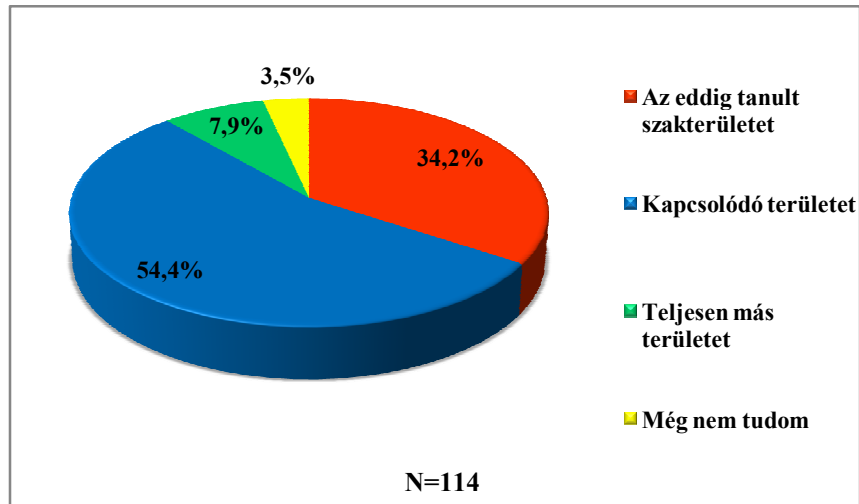
A Fisher-egzakt próba szignifikanciaszintje p=0,334 p=0,941 p=0,678 p=0,263

A válaszoló hallgatók (N=218) több mint a fele (52,3%) tervezi, 15,1%-a viszont nem tervezi az oklevél megszerzése után a szakmához kapcsoló további tanulmányok folytatását. A *bizonytalanok* aránya 32,6% volt (143).

A továbbtanulást egyértelműen tervezők (N=114) legnagyobb arányban Magyarországon akarnak maradni (96 fő, 84,2%), és csak igen kis arányban (3 fő, 2,6%) folytatnák szívesen külföldön a tanulmányaikat.

Ugyanakkor 13,2% (15 fő) még nem rendelkezik konkrét elképzelésekkel/határozott döntéssel a továbbtanulás helyszínére vonatkozólag. Külön-külön vizsgálva a részidős és nappali képzést, szintén döntően Magyarország a tervezett továbbtanulás helyszíne, de a nappali képzési formában magasabb a „bizonytalanok” aránya (143).

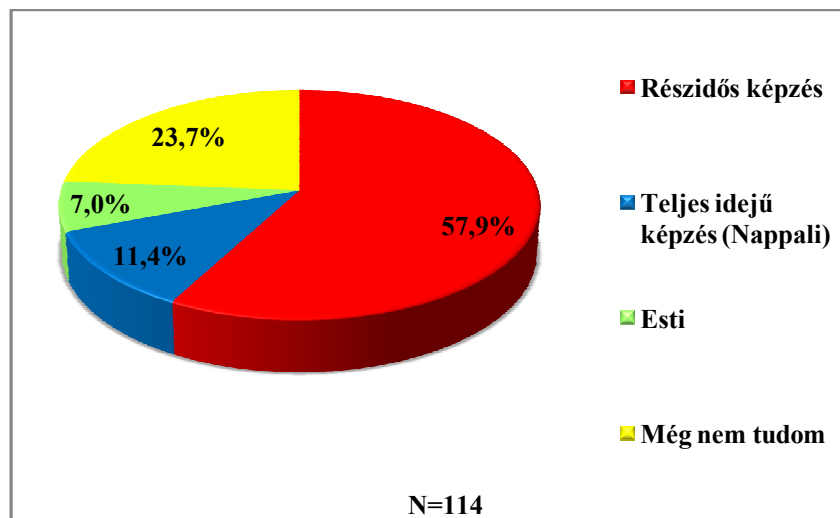
A továbbtanulás szakmai iránya alapján (12. ábra) a válaszadók (N=114) közül csak 34,2% (n=39) folytatná magasabb szinten a jelenlegi szakképzését, legnagyobb arányban 54,4% (n=62) azonban valamilyen más, de kapcsolódó tudományterületet választanának. Csak 7,9%-ban (n=9) vélekedtek úgy, hogy egy teljesen más területre térnének át. A bizonytalanok aránya igen alacsony, 3,5% (n=4).



12. ábra. Továbbtanulást tervezők, a választandó szakterület megoszlása alapján.

(Forrás: saját készítés)

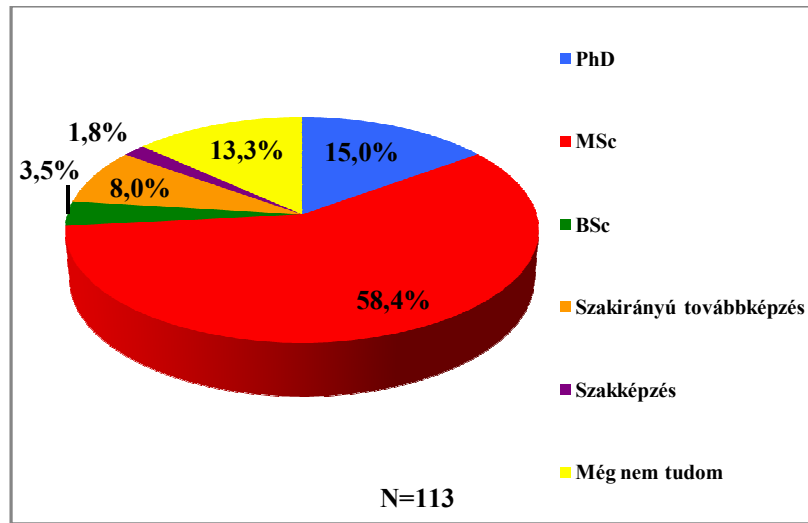
A továbbtanulás képzési módját illetően (pl. részidős, teljes idejű, stb.) az érintettek (N=114) legnagyobb arányban (57,9%, n=66) a részidős képzést választották. Viszonylag magas, 23,7% (n=27) volt a bizonytalanok aránya, akik még nem rendelkeztek határozott elképzeléssel (13. ábra).



13. ábra. A továbbtanulást tervezők képzési forma szerinti választása. (Forrás: saját készítés)

Részidős és nappali képzés bontásában nincs különbség a képzési formák között, ugyanis mindkét képzési forma vonatkozásában a részidős képzés került az első helyre (143). A továbbtanulás tervezett szintjét illetően (14. ábra) legnagyobb arányban (58,4%, n=66) az MSc képzés szerepelt, a PhD fokozat megszerzését pedig a megkérdezettek 15,0%-a (n=17) tűzte ki céljául.

A továbbtanulni vágyó hallgatók 8,0%-a (n=9) valamely szakirányú továbbképzési formát választana és mindösszesen két hallgató, szeretne valamilyen szakmát tanulni.

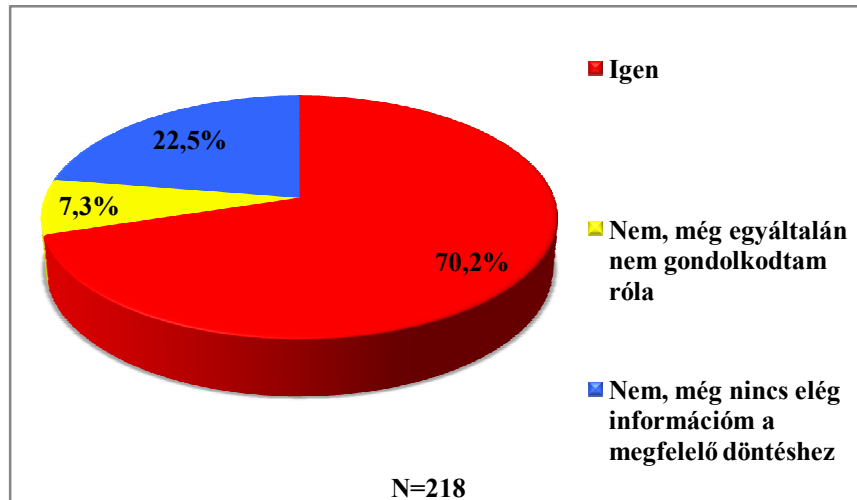


14. ábra. Továbbtanulási szintek a hallgatók tervei alapján. (Forrás: saját készítés)

A képzési forma és évfolyam szerinti bontásában is vizsgálva az eredményeket, mindkét képzési forma esetében az MSc képzés került az első helyre.

Nappali képzésben az első (63,6%, n=21) és a negyedik évben (77,8%, n=7) igen magas az MSc képzés iránti érdeklődés, a 2. és 3. években mérsékeltebb. A 4. év kimagasló értéke, a képzési ciklusra tekintettel, ideálisnak mondható. A PhD fokozat megszerzése mindkét képzési forma terveiben megjelenik, de a nappali képzésben résztvevők esetében jóval magasabb arányban (nappali képzés esetén első évfolyamtól: 9,1%, 43,8%, 30,0%, 0%, részidős képzés esetén első évfolyamtól: 7,1%, 16,7%, 11,8%, 0,0%).

A válaszadó hallgatók (N=218) 70,2%-a (n=153) rendelkezik határozott elképzeléssel arra vonatkozóan, hogy a tanulmányok befejezését követően mely területen kíván munkát vállalni. E tekintetben nincs különbség a nappali és a részidős képzés között. Egyesek (7,3%, n=16) azért nem rendelkeznek elképzeléssel, mert még nem foglalkoztak a kérdéssel, míg 22,5% (n=49) mondta azt, hogy nincs elegendő információja a megfelelő döntés meghozatalához (15. ábra).



15. ábra. Rendelkezik-e már elképzeléssel, hogy mely területen szeretne dolgozni.

(Forrás: saját készítés)

Évfolyamonként és képzési forma szerint külön-külön vizsgálva az eredmények azt mutatták, hogy függetlenül a képzési formától, a negyedévesek esetében a legnagyobb azoknak az aránya, akik már rendelkeznek elképzeléssel arról, hogy mely területen kívánják munkát vállalni (részidős: 85,0%, n=17, nappali: 95,2%, n=20). A 4. éves nappali képzés hallgatóinak körében senki nem jelezte, hogy nincs elég információja a döntéshez, míg a részidős képzés hallgatói közül 5%, n=1, jelezte, hogy nincs elegendő információ a döntéshez. Ugyanakkor az adatok alapján az is látható volt, hogy a részidősökhöz képest (első évfolyamtól kezdve: 20,8%, n=8, 26,4%, n=4, 7,7%, n=2, 5,0%, n=1), a nappali képzés hallgatói (az első évfolyamtól kezdve: 35,6%, n=21, 22,7%, n=5, 35,5%, n=11, 0,0% n=0) nagyobb arányban gondolták úgy, hogy nincs elég információjuk a döntéshozáshoz (143).

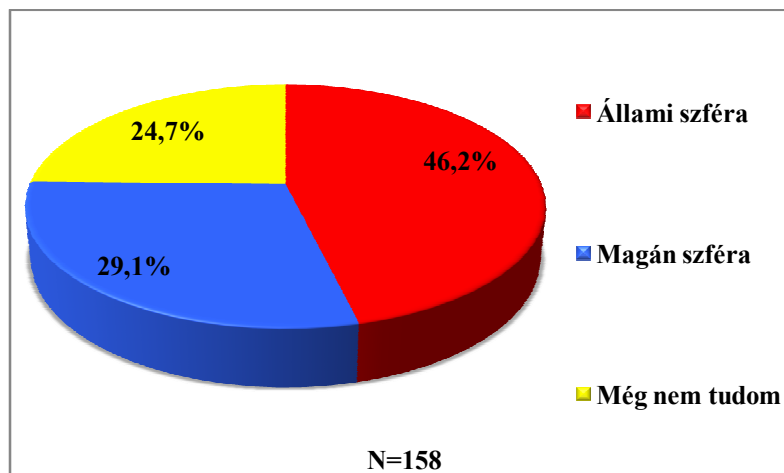
A hallgatókban (N=218) már tanulmányaik ideje alatt felmerülhet a kapcsolat felvétel a jövőbeni munkahellyel. Legnagyobb arányban (44,5%, n=97) még bizonytalanok voltak, de szinte ugyanilyen arányban (43,6%, n=95) nyilatkoztak a kapcsolat felvételéről. Egyértelmű „nem”-mel a megkérdezettek csupán 11%-a, (n=11) válaszolt. Részidős képzésben a hallgatók nagyobb arányban – 58,3%, n=14, 33,3%, n=5, 61,5%, n=16, 65,0% n=13 – tervezik a jövőbeni munkahellyel való kapcsolatfelvételt. A „még nem tudom” válasz a nappali tagozatos hallgatóknál jelent meg nagyobb arányban – 62,7%, n=37, 72,7%, n=16, 48,4%, n=15, 23,8% n=5 –.

Államvizsgát követően a munkavégzés tervezett helyszínével kapcsolatos elképzeléseik alapján a válaszadók (N=217) 72,8%-a (n=158) Magyarországon akar maradni.

Külföldi munkavállalást 9,2%-ban (n=20) terveznek és 18,0%-ban (n=39) még nem hoztak döntést. Az eredmények tekintetében nincs különbség a képzési formák között, ugyanis a hallgatók a legnagyobb arányban a Magyarországon akarnak maradni. Nappali tagozaton viszonylag magas a bizonytalanok aránya (n=33, 25,00%), amely részidős képzésben csak 6 fő (7,05%). A külföldi munkavállalás mind a két képzési formánál, összességében, közel azonos arányban szerepel. (részidős képzés: 9 fő, (10,58%) nappali képzés: 11 fő (8,30%).

Motivációk szerint a külföldi munkavégzést tervezők (N=20) legnagyobb arányban (65%, n=13) a magasabb jövedelmet jelölték meg, 20% (n=4) a munkakörülményekkel, 15% (n=3) pedig egyéb okokkal indokolta a döntését. Senki sem jelölte meg a szakmai fejlődési lehetőséget, vagy a nyelvgyakorlást.

Magyarországi munkavállalás esetén választani lehetett (N=158) az állami szolgálat és a magángazdaság között (16. ábra). A hallgatók legnagyobb arányban (46,2%, n=73) az állami szolgálatban helyezkednének el. E tekintetben nincs különbség a nappali és részidős képzés között. Közel azonos volt a magángazdaságot választók (29,1%, n=46) és a „bizonytalanok” aránya (24,7%, n=39). Utóbbiak aránya magasabb volt a nappali képzésben (143).



16. ábra. Magyarországi munkavállalás esetén a tervezett munkahelyre vonatkozó elképzelések. (Forrás: saját készítés)

A hallgatók (N=217) 72,4%-a (n=157) a képzés befejezését követően tanult szakmájának megfelelő munkakörben akar maradni mind a nappali, mind a részidős képzésben esetében.

Viszonylag magas a bizonytalanok aránya (21,7%, n=47), de 6,0%-os értékkel (n=13) alacsony az egyértelműen más munkakörben elhelyezkedni kívánók aránya. Az elképzeléseket, a képzés típusa és évfolyam szerint a 19. táblázat foglalja össze.

19. táblázat. Leendő szakképesítésüknek megfelelő munkavállalást tervezők, képzési típus és évfolyam szerint (N=217)

Képzés típus		Évfolyam							
		1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Rész- idős	Igen	20	83,3	10	66,7	19	73,1	14	70,0
	Nem	1	4,2	1	6,7	4	15,4	3	15,0
	Még nem tudom	3	12,5	4	26,7	3	11,5	3	15,0
	Összesen	24	100,0	15	100,0	26	100,0	20	100,0
Nappali		Évfolyam							
		1		2		3		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
	Igen	46	79,3	15	68,2	13	41,9	20	95,2
	Nem	2	3,4	0	0,0	2	6,5	0	0,0
	Még nem tudom	10	17,2	7	31,8	16	51,6	1	4,8
	Összesen	58	100,0	22	100,0	31	100,0	21	100,0

Függetlenül a képzés típustól az első évfolyamosok körében igen magas azok aránya, akik a jelenlegi tanulóiknak megfelelő munkát vállalnának (143).

Akiknek motivációs tényezői bővültek a tanulmányi idő alatt, és már döntöttek a munkavállalás irányáról szignifikánsan nagyobb arányban kívánnak a megszerzendő szak-képzettségüknek megfelelő munkát vállalni (20. táblázat).

20. táblázat. Tanulmányok alatt a motivációk bővülése és a jelenlegi tanulmányoknak megfelelő munkakörben kíván-e maradni?

A jelenlegi tanulmányainak megfelelő munkakörben kíván-e maradni?		Az eddigi tanulmányait, tapasztalatait tekintve a motivációi bővültek/kiszélesedtek-e?	
		Igen	Nem
Igen	N	140	17
	%	94,6	77,3
Nem	N	8	5
	%	5,4	22,7
Összesen	N	148	22
	%	100,0	100,0

A Fischer-egzakt próba szignifikanciaszintje $p=0,015$, a kapcsolat közepes erősségű ($\Phi=0,219$)

Megjegyzés: „A jelenlegi tanulmányainak megfelelő munkakörben kíván-e maradni?” kérdésre adott „Még nem tudom” válaszokat adathiánynak tekintettem.

Ugyanakkor, akiknek a motivációs tényezőik bővültek a tanulmányi idő alatt és az eddigi tanulmányokhoz kapcsolódó továbbtanulási tervek között nem mutatható ki szignifikáns összefüggés (21. táblázat).

21. táblázat. Tanulmányok alatt a motivációk bővülése és az eddigi tanulmányokhoz kapcsolódó továbbtanulási tervek közötti összefüggés

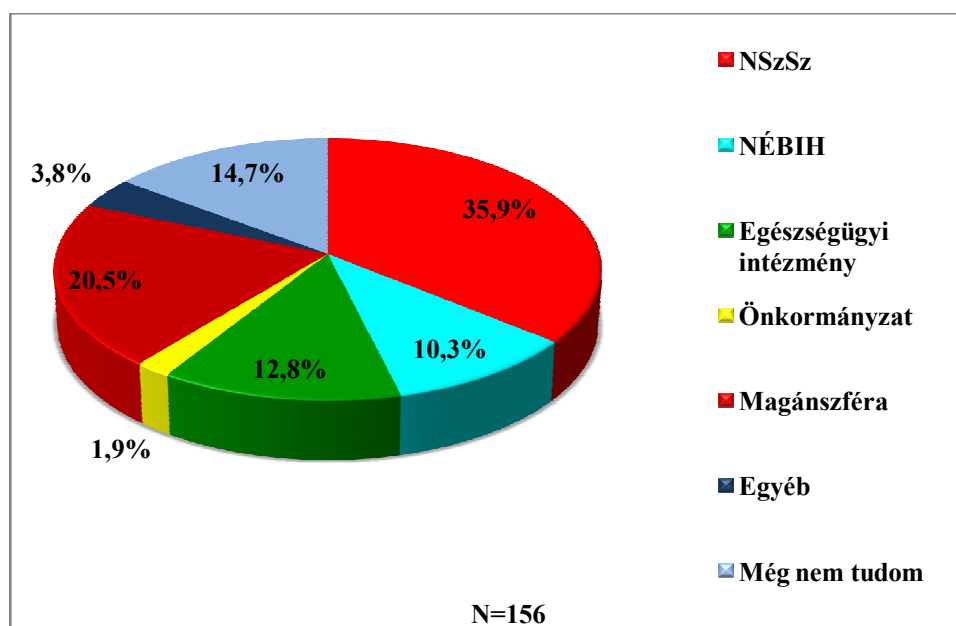
A jelen szakirányú tanulmányainak befejezését követően tervez-e további tanulmányokat az eddigi tanulmányaihoz kapcsolódóan?		Az eddigi tanulmányait, tapasztalatait tekintve a motivációi bővültek/kiszélesedtek-e?	
		Igen	Nem
Igen	N	99	15
	%	79,8	65,2
Nem	N	25	8
	%	20,2	34,8
Összesen	N	124	23
	%	100,0	100,0

A Fischer-egzakt próba szignifikanciaszintje $p=0,171$.

Megjegyzés: „A jelenlegi tanulmányainak megfelelő munkakörben kíván-e maradni?” kérdés esetén a „Még nem tudom” válaszokat adathiánynak tekintettem.

Azok a hallgatók, akik jelenlegi tanulmányaiknak megfelelő munkakört választanának ($N=156$), munkáltatók szerint igen nagy változatosságot jeleztek (17. ábra).

Legnagyobb arányban (35,9%, n=56) a Kormányhivatalok Népegészségügyi Szakigazgatási Szervét (NSzSz) választanák. További 10,3% (n=16) a Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatalt (NÉBIH) és 20,5% (n=32) a magángazdaságot részesítené előnyben. Viszonylag magas, 14,7%-os (n=23) a „még nem tudom” választ adók aránya, és közeli értéket (12,8%, n=20 fő) jeleztek azok is, akik egészségügyi szolgáltató intézményt választanának (143).



17. ábra. A megszerzendő szakképesítésnek megfelelő munkakört választók munkáltatói típus szerinti összetétele. (Forrás: saját készítés)

A 22. táblázat a tervezett munkaterületre vonatkozó megjelölést képzési típus és évfolyamonkénti bontásban mutatja be. Megállapítható, hogy nappali képzésben valamennyi évfolyam leggyakrabban az NSzSz-t választotta. Ugyanakkor a részidős képzési formánál az első évfolyam esetében az egészségügyi szolgáltató intézmény szerepel az első helyen, a második évfolyamon a magángazdaság, majd a harmadik és negyedik évben itt is az NSzSz kerül az első helyre. Függetlenül a képzés típusától, csak évfolyamonkénti bontásban vizsgálva az eredményeket, az NSzSz-nél tervezett munkavállalás aránya (28,8 - 29,2 - 43,8 - 47,1%) egyre növekszik az első évfolyamtól kezdve. Ugyanez a trend magánszféra esetében 18,2%-ról indul az első évben, a második évben 25,0%-ra növekszik, majd csökken a harmadik és negyedik évben (21,9 - 20,6%). A képzés befejezéséhez közeledve, a bizonytalanok száma viszont folyamatosan csökken (24,2 - 20,8 - 3,1 - 2,9%).

22. táblázat. A jelen tanulmányoknak megfelelő munkakörben elhelyezkedést tervezők a képzés típusa és évfolyamok szerinti bontásban (N=156).

Képzés típus	Elhelyezkedés területei	Évfolyam							
		1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Részidős	NSzSz	4	20,0	2	20,0	8	42,1	6	42,9
	NÉBIH	1	5,0	1	10,0	1	5,3	3	21,4
	Egészségügyi intézmény	6	30,0	1	10,0	4	21,1	2	14,3
	Önkormányzat	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0
	Magánszféra	5	25,0	3	30,0	5	26,3	1	7,1
	Egyéb	1	5,0	0	0,0	0	0,0	2	14,3
	Még nem tudom	3	15,0	2	20,0	1	5,3	0	0,0
	Összesen	20	100,0	10	100,0	19	100,0	14	100,0
Nappali	NSzSz	15	32,6	5	35,7	6	46,2	10	50,0
	NÉBIH	5	10,9	2	14,3	2	15,4	1	5,0
	Egészségügyi intézmény	4	8,7	0	0,0	2	15,4	1	5,0
	Önkormányzat	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Magánszféra	7	15,2	3	21,4	2	15,4	6	30,0
	Egyéb	0	0,0	1	7,1	1	7,7	1	5,0
	Még nem tudom	13	28,3	3	21,4	0	0,0	1	5,0
	Összesen	46	100,0	14	100,0	13	100,0	20	100,0

Külön-külön vizsgálva a szakra történt jelentkezés motivációs tényezőik, valamint a jelen tanulmányaiknak megfelelő munkakörben elhelyezkedést tervezők különböző területei között az összefüggést vizsgálva, (23. táblázat) közöttük nincs szignifikáns összefüggés egyik esetben sem.

23. táblázat. A szakra történt jelentkezés motivációs tényezők valamint a jelen tanulmányoknak megfelelő munkakörben elhelyezkedést tervezők területei között összefüggés (összefoglaló táblázat)

Elhelyezkedés területei	N	Motiváló tényezők a „Népegészségügyi ellenőr” végzettség megszerzéséhez említés aránya (%)			
		Érdekelte a téma %	Munkaerőpiaci kilátások %	Jókat hallott a szakról %	Ide vették fel %
NSzSz	56	92,86	55,36	30,36	10,71
NÉBIH	16	87,50	68,75	18,75	18,75
Egészségügyi intézmény	20	80,00	55,00	15,00	5,00
Önkormányzat	3	33,33	33,33	66,67	33,33
Magánszféra	32	90,63	40,63	34,38	15,63
Egyéb	6	100,0	50,00	,00	,00
Még nem tudom	23	91,3	52,17	43,48	13,04
Összesen	156	89,10	52,56	29,49	12,18

A Fischer-egzakt próba szignifikanciaszintje

p=0,114

p=0,656

p=0,128

p=0,604

6. Megbeszélés

6.1. Közegészségügyi szakemberképzés az SE-ETK-n és jogelőd intézményeiben

Kutatásom egyik fő célkitűzése volt összegyűjteni, feldolgozni majd elemezni a középfokú, később felsőfokúvá minősített közegészségügyi szakemberképzés folyamatát. Ehhez több mint 60 év, elsősorban az oktatással összefüggésbe hozható eredeti iratanyagot kellett megtekinteni abból a célból, hogy egyértelműen azonosíthatók legyenek azok a tényezők, amelyek a képzés időbeli változásait és fejlődését indokolták.

A közegészségügyi/népegészségügyi szakemberképzés az SE-ETK (multidiszciplináris kar) képzési palettáján sajátos képzés, gyökerei a jogelőd intézményekig vezetnek. A képzés kezdeteitől integrálta a természettudományi, műszaki, társadalomtudományi, jogtudományi ismereteket a humán egészségügyi oldalról, ugyanakkor alapvetően ezekben is különbözik a többi egészségtudományi szakterülettől.

Az oktatás szorosan összefügg a társadalmi igényekkel, a társadalom részéről jelentkező *sükségletek kielégítésére* irányuló *egyfajta válaszlépés*. **Az orvos-segéd (felcser) képzés megkezdése** is, a társadalom részéről megjelenő igény teljesítésére irányuló válaszlépés is volt, egyben egészségpolitikai szándék is. A társadalmi igény összefüggött a II. világháború következtében kialakult epidemiológiai helyzettel. Egy ország egészségi állapotát, egészségügyi viszonyainak változását jellemzik a halálozás adatai, arányszámai, a halálokok struktúrája, a járványok és a fertőző betegségek terjedésének nagyságrendje, valamint az egészségügyi tevékenységet szervező, javító, elemző igazgatási és tudományos szervezetek működése. A II. világháború következtében 1945-ben az egészségügyi ellátó intézmények kétharmada romos, működésképtelen volt, az egészségügyi szakdolgozók harmada életét vesztette, pontosan nem volt ismert a hadifogságban lévő és deportált szakdolgozók száma (144). A lakosság életkörülményeiről, (pl. lakhatási viszonyok, alultápláltság) azzal összefüggésbe hozható rossz egészségügyi-, közegészségügyi viszonyokról, amelyek kedvezőek voltak a különböző fertőző megbetegedések, járványok kialakulásához több kutatás is beszámolt. A kiütéses tífusz megbetegedettek száma 1945-ben 8500 volt. Magas volt a tuberkulózis, hastífusz, diftéria, nemi betegségekben megbetegedettek száma. A kórházi ágyak száma drasztikusan 50.000-ról 28.000-re csökkent, amelyek sérült épületekben, hiányos felszereltséggel működtek (57).

A csecsemő mortalitás országos átlag 17%, Budapesten 27%, egyes iparterületeken az 30% volt. A népesség halandósága 1946-ban kedvezőtlenebb volt, mint 1941-ben. 1941-ben ezer lakosra 13,3-, 1946-ban 15,0 halálozás jutott (145). A lakosság egészségügyi ellátást, közegészségügyi-, járványügyi helyzet javítását az infláció tovább nehezítette.

Egészségpolitikai szempontból az orvos-segéd (felcser) képzés megkezdésében befolyásoló tényező volt Magyarország közegészségügyi szerkezetének átalakítási folyamata is. A kialakított struktúra – mint oly sok minden abban az időben – szovjet minta alapján történt. A közegészségügyi szervezet 1950-es években megkezdődött strukturális reformtörekvések egyik következménye, hogy a feladatok gyakorlati végrehajtására, Magyarországon olyan *pozíció* került meghatározásra, melynek a megnevezése *új* volt, azonban a képzés kezdetén megfogalmazott orvossegédek (felcserek) feladatai, az 1770-ben kiadott GNRS-tól – és az 1876. évi XIV. törvényben is megjelenő – nyomkövethető az orvos munkáját közegészségügyi és szolgáltatási tekintetben is segítő/helyettesítő sebész-mester feladataihoz hasonlítottak (43) (50).

A reformtörekvések értelmében, e pozícióbetöltő szakemberek voltak hivatottak az orvosi képesítést nem igénylő, rendkívül sokrétű közegészségügy-járványügy gyakorlati – előkészítő, ellenőrző – feladatainak végrehajtására az orvos végzettségű higiénikus és epidemiológus irányítása mellett (60). A képzés megkezdés idején megfogalmazott feladatok alapján az is megállapítható, hogy a végzett szakemberek orvost helyettesítő egészségügyi szolgáltatói feladatot is elláttak volna. A részletesen meghatározott jogok, kötelezettségek és feladatok alapján pedig pontosan érzékelhető az egészségügyi hatósági munka és az egészségügyi szolgáltatás világos kettőssége. A végzett *szakember önálló döntési jogkörrel nem rendelkezett*, hatósági jogkörrel nem járhatott el. A vizsgálati anyagban ismertetett, képzés megkezdésében mintaként ismertetett szovjet anyag és NDK-anyag részleteiben több azonosság is fellelhető a képzés célja, az orvos-segéd jogosultsága, kötelezettsége területén (54) (55). Magyarországon az orvos-segéd képzés terve és gyakorlata e két anyagban foglaltak ötvözése nyomán valósult meg. Az Orvos-segédképző Iskola 1953/54. évi munkatervében rögzített „Orvos-segédek jogai és kötelezettségei”-ben foglalt kritériumokat a szovjet anyag, „A felcser jogai és kötelezettségei” című részben rögzítette, a felcser feladatainak részletes felsorolása mellett.

Utóbbi tartalmi elemeiből több részlet a magyar anyagban „Az orvos-segéd feladatai általában” című részben található (54) (74).

A szovjet anyagból a „Járványvédelmi és a hygiénés munkatervén” meghatározott feladatok több eleme, a magyar képzés 1953/54. évi munkatervében a „Hygiénikus orvos-segéd” és az „Üzemi orvos-segéd” feladatainak felsorolása közé került, *de lényegesen részletesebb feldolgozásban* (54) (75).

Az ideologikus politikai és történet szakmai szándékok ütközését igazolja: a „Gyógyító-megelőző munka területén” ellátandó tevékenységek a magyar munkatervben a „Körzeti orvos-segéd” (Mentő orvos-segéd megnevezés áthúzását követően) feladatai között jelent. A szovjet anyag és a magyar 1953/54 évi munkaterv alapvető eltéréseként Magyarországon az orvos-segéd végzettség, szakmai jogosultság alapján, eredetileg három részre tagolódott: higiénikus-, üzemi-, valamint körzeti orvos-segédi területre. Ez a későbbiekben, gyakorlati szempontok alapján még a mentőorvos-segéd „profilal” is kiegészült (54) (74).

Megegyezően a szovjet anyagban foglaltakkal, az orvos-segéd feladatainak elemzése során kirajzolódik egyfajta közegészségügyi-járványügyi, megelőző, egészségnevelő, az akkori szóhasználat szerinti „középkáder” által, orvosi felügyelet mellett, de önállóan végezhető munka, mely nem válik el a betegellátásban gyakran igényelt egyszerűbb, vagy egyszerű, de időigényes feladatokról. A szovjet anyag részletesebben, szakmailag a legalsó szintig lebontva taglalta a jogosultságokat a kötelezettségeket. Az NDK anyagban viszont a képzéssel kapcsolatos körülményekről és magáról a képzés ismeretanyagáról lehetett több információt találni (54-56).

A korabeli Szovjetunióban, a felcserek/orvos-segéd sokrétű jogosultságainak és feladatainak ismertetéséből az is megtudható, hogy pl. konkrétan a mezőgazdasági munkák környezetében feladatuk volt többek között az ott előforduló baleseteknél a „segítségnyújtás” szervezésében való részvétel, illetve mindezen kereteken belül a munkahelyeken lévő „egészségügyi őrsök” megszervezése (146).

A képzés első évét követően levont tanulságok az iskola vezetését változtatásra készítettek, amelynek iránya a követelmények növekedését jelentette, magasabb szintű elméleti és gyakorlati tudással rendelkező szakemberek képzése érdekében. E célt szolgálta egyrészt a felvételi rendszer módosítása, másrészt növelték az elméleti és gyakorlati óraszámot. A korabeli dokumentumok szerint egyébként is napirenden volt a gyakorlati képzés szükségességének hangsúlyozása. Levelező képzésben pedig már kezdetben súlyos aggályok fogalmazódtak meg a kompetenciát illetően (akik ebben a képzési formában végeztek, nem rendelkezhettek mindhárom orvos-segédi állás betöltésére jogosult-

sággal, azonban, hogy konkrétan mely orvos-segédi állás betöltésre válhattak jogosulttá, az iratanyagokból nem derült ki). Az orvos-segédek által végzett gyakorlati tevékenység szükségessége a közegészségügy területén nem volt vitatott kérdés a kor szakemberei számára, úgy vélték a területi, gyakorlati munka eredményessége az orvos-segédek képzésétől függ. Elismerték, a képzésre nagyobb figyelmet kell és kellett volna fordítani, mert az oktatott tematikát mindaddig nem vizsgálták és nem határozták meg a területi munka során megfogalmazódott elvárásokat sem (59). Végzetek iránti igényt igazolja, hogy röviddel a képzés megkezdését követően, a szovjet minta alapján létrehozott Heves Megyei KÖJÁL dolgozói között a működés megkezdésekor 1954. 12. 15.-én, már 2 fő orvos-segéd is szerepelt a dolgozók között (147).

Az **1960-as évek** egészségpolitikai döntéseinek eredménye volt a 43/1960.(Eü. K.24.) Eü. M számú egészségügyi miniszteri utasítás, amely kimondta az orvosfelcser-képzés megszűnését, és helyette bevezette a közegészségügyi-járványügyi ellenőrök képzését. A korábbi képzésben részt vettek egységes nyilvántartásba vételét előíró utasításban foglaltak szerint az orvos felcser oklevelek – a mentőfelcser oklevél kivételével – közegészségügyi-járványügyi ellenőr állás betöltésére képesítettek (65). Az államigazgatási szakszerűség helyreállítására utal, hogy a közegészségügyi-járványügyi ellenőr szakképzés minden elemét – szemben az orvos-segédek képzésével – jogszabályban, pontosabban a 42/1960.(Eü. K.24.) Eü. M. számú Egészségügyi miniszteri utasításban rögzítették (87). A szakképzés kezdetén készített 1959. évi tanterv, valamint az orvos-segédek tantervének összevetése alapján az látható, hogy a kétéves képzés tanterve közismereti tárgyakat nem tartalmazott. Az elsajátítandó ismeretek a megelőző-, közegészségügyi munkához kapcsolódtak a képesítő vizsga tárgyaihoz hasonlóan, bár az 1966-68-as évfolyam vizsga-jegyzőkönyvében foglaltak szerint a szakmai tárgyak mellett az ideológiai tárgyak is megjelentek (89). A vizsgatárgyak szakmai szempontok alapján történő elemzése a tartalom alapvető változatlanságát igazolta. A kutatás során két eltérő, a kezdeti 1959-es és egy 10 évvel későbbi 1969/70-es tanterv vizsgálatára nyílt lehetőség. Az 1959-es tanterv kizárólag a közegészségügyi munka végzéséhez szükséges elméleti és gyakorlati ismeretekből állt. Tíz évvel később a tanterv alapvetően hasonló szellemiségben készült, azonban olyan szakmai tárgyakkal is kiegészült, amelyek a területi munka hatékonyabb, magasabb szakmai színvonalú végzését szolgálták (89-90). A gyakorlati képzőhelyek szabályozása azt igazolta, hogy eredményes gyakorlati képzés csakis valós helyzetben, tehát a KÖJÁL hálózatban volt megvalósítható, jóllehet a háló-

zat éppen abban az időszakban alakult ki, és még számos infrastrukturális nehézséggel küzdött. A korszak egyik vezető szakembere által a gyakorlati képzés hatékonyabbá tétele érdekében még úgynevezett "ajánlások" is megfogalmazódtak, amelyek az alábbiakat emelték ki:

- jól megválasztott gyakorlati képzőhely fontosságát,
- gyakorlati oktatási tematika készítését a gyakorlatok idejére,
- gyakorlatok rendszeres ellenőrzését, valamint
- gyakorlati helyek és a gyakorlati oktatásban résztvevők képzésben való részvételének érdekeltté tételét (148).

Megjegyzendő, hogy a megfogalmazott „ajánlások” utóbbi három elemet a későbbiekben átvezették a képzési menetrendbe. A korabeli szakirodalmi anyagok alapján, a Fodor József Egészségügyi Szakiskolában jól képzett diákok végeztek (60). Ugyanakkor, a korabeli szóhasználat szerint, a higiénikus középkáderképzéssel kapcsolatban problémák is megfogalmazódtak. Strasser László úgy vélte, a megfelelő elméleti képzés biztosítása elengedhetetlenül fontos a higiénikus középkáder egyre összetettebb feladatainak elvégzéséhez. Véleménye szerint a megfelelő elméleti képzést biztosítani a kétéves képzési időtartam alatt nem könnyű feladat, ezért úgy gondolta, hogy indokolt a képzési időtartam növelése. Az elmélet és gyakorlati ismeretek oktatásával kapcsolatban elismerte, a megfelelő arányok kialakítása nagy probléma, különösen abban az esetben, ha elsősorban gyakorlati szakemberek képzése történik elméleti ismeretekre alapozva. Levezető képzést illetően Strasser László szerint a színvonal nem térhet el a nappali képzéstől. Végül a cikk kitért a végzett szakemberek szakmai perspektíváira, a közegészségügyi-járványügyi ellenőrök működési szabályzatára. Ez utóbbival kapcsolatban lényegesnek tartotta a hatályosnál részletesebb és specifikusabb működési szabályzat kidolgozását (148). A végzettek létszámát tekintve meg kell jegyezni, hogy több korabeli dokumentum is rögzítette a középfokú végzettségű dolgozók létszámnövelésének szükségességét (60) (148). A munkaerő hiánynak több oka is megjelölhető az irodalmi források alapján. Oknak tekinthető részben, hogy az 1960-as években a KÖJÁL állomásokon a középfokú végzettségű ellenőrök munkájában egyfajta „szakosítás” kezdődött, amely azt eredményezte, hogy az alsóbb szinteken, a járási, városi, kerületi közegészségügyi-járványügyi csoportoknál a feladatok maradéktalan ellátása már nem volt biztosított. Az alacsony létszám további okának tekintették a képzés késői indítását is.

A probléma orvoslására, a munka melletti képzésben résztvevők létszámának növelését látták megoldásnak (60).

Az 1975. szeptember elején kezdődött főiskolai szintű képzés szerves folytatása volt a középfokú egészségügyi képzést nyújtó két éves közegészségügyi-járványügyi ellenőr szakképzésnek. A szakmai képzés folyamatosságát/folytatását a képzettség elnevezésének változatlanul hagyása is igazolta. A felsőfokú képzés indításakor, szemben a két-éves képzéssel, a képzés célja, feladatai már nem csupán általánosságban, hanem a részletekben is megfogalmazódtak (103). A főiskolai szintű képzés megkezdésével megtörtént az elsajátítandó ismeretanyagok felsőoktatási szempontok szerinti rendszerezése. Az ismeretek számonkérési formája a felsőoktatási rendszer sajátosságának megfelelően változott, végső számonkérés pedig kiegészült szakdolgozat készítés kritériummal (103). Az első, 1975-ben jóváhagyott tanterv módosításai részben társadalmi igény, részben tudomány fejlődésének eredményeként megjelenő új tudományágak, részben a technika fejlődése, részben a valós munkavégzés színtere indokolta, mindezek pedig az oktatott tantárgyak strukturális átrendeződését is eredményezték az 1980-as évek végére (149). Jurányi professzor, a képzés huszadik jubileumi ülésén úgy fogalmazott, a főiskolai szintű szakemberképzés mindenképpen támogatta azokat az egészségpolitikai célokat, amelyek a közegészségügyi-járványügyi prevenció megvalósítását tartalmazták. A képzés hozzájárult az egészségügyi ellátás színvonalának növeléséhez, maga a felsőfokú szakemberképzés pedig *a társadalom elvárt egészségügyi igényeit kielégítette* (149). Debrecen, Szeged valamint Pécs orvostudományi egyetemeken is indított főiskolai szintű képzést követően, 1990-ben megszűnt a 37 éven át tartó budapesti képzési hely kizárólagossága. A budapesti Közegészségügyi-járványügyi Intézet munkatársai, – a Kar többi dolgozójához hasonlóan – személyes konzultációkkal és a tantervek átadásával folyamatosan segítették az új intézményekben az oktatás megkezdését (100). Az 1970-es évek végétől, – a közegészségügyi-járványügyi helyzetjavulása és az addig elért színvonal fenntartása mellett – a nem fertőző betegségek elleni védekezés olyan új *kihívást* jelentett, melyre a KÖJÁL hálózat nem tudott „időben és eredményesen reagálni” (150), mert a Szolgálat korabeli munkája, az egészségvédelmi feladatok közül, csupán az ifjúság-egészségügy területére korlátozódott és a nem fertőző megbetegedések megelőzése sem tartozott a hatáskörébe (151). Ezért az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény a korábbi feladatok mellett, a megelőző – preventív – tevékenységet is a Tisztiorvosi Szolgálat hatáskörébe helyezte.

Ennek következtében szükségessé vált a „közegészségügy” szó jelentésének átgondolása is, hiszen a „klasszikus” értelemben vett közegészségügy a megelőzés feladatait ilyen tág értelemben nem tartalmazta. A szakemberek a „népegészségügy” szót tartották a legalkalmasabbnak a kibővült tevékenység meghatározására (52). A törvény tehát valamennyi egészségügyi vonatkozású feladat mellé egy szervezetet az ÁNTSZ-t rendelte (152). A társadalmi változás következtében megjelenő, jóléti társadalmakra jellemző *civilizációs betegségek* megelőzésére valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény módosítását követően, a képzés *ismét* érzékelve a valós *társadalmi szükségletet*, a változtatás igényét, bevezette az egészségvédelem és a népegészségtan tantárgyak oktatását (102) (111) (149). A főiskolai képzés indításakor a képzési programba került szakműveltségi tárgyak az EFK feladataként meghatározott kritériumoknak való megfelelést biztosították. A végzett szakemberek az *önálló döntés hozatal* képességére, az *önálló munkavégzésre*, a beosztottak szakmai irányítására, az ismeretek készségi szinten történő gyakorlati alkalmazására váltak alkalmassá, mint ahogyan e készségek a Közegészségügyi-járványügyi Ellenőrképző Szak képzési céljai között is megfogalmazódtak (103). A tantárgyak körében a folyamatos bővülés volt megállapítható. Azonban az ismeretek átadása eltérő módszertani megközelítést is jelentett, mert a bolognai folyamatban a tudásközvetítés módja új, az eddigiektől eltérő, olyan oktatás-filozófiai megközelítést teszi szükségessé, amelyben a *tanulás eredménye* válik hangsúlyossá, jelezve a diák fejlődését és a megszerzett tudásanyag használhatóságát is előtérbe helyezve (12) (153). Tuning oktatási struktúrák Európában elnevezésű, 2000-ben indított projekt is – a *kompetenciák* mellett – ugyancsak a *tanulási eredményt* hangsúlyozta. A megvalósításban, véleményük szerint nagyon fontos a tanrend felépítése, – az az hogyan illeszkedjenek a kapcsolódó, egymáshoz szervesen illeszkedő tudástartalmak – hogy a hallgató és az oktató is közös tanulási folyamaton menjen keresztül (13). E szemléletnek megfelelően tehát a kredit alapú képzés bevezetésével a tantárgyak tematikailag illetve specializáció szerint kerültek csoportosításra, mint ahogyan azt a „modul” szó is jelenti (40). Ugyancsak a Tuning projekt véleménye szerint a befektetett munka mennyiségét és típusát a kreditrendszer alkalmazásával használhatóan és pontosan lehet meghatározni. Tehát a kredit értékének a tudásanyag elsajátításához befektetett munka mennyiségéről és milyenségéről kell informatívnak lennie, nem pedig az oktató tudásáról. A hallgató mennyire tanulja meg tudásának érvényesítését a számonkérés környezetében az a kreditekben állapítható meg.

Fontosnak ítélte továbbá a hallgatói teljesítmény értékelés módját is, valamint a tanulás eredmény centrikusságra történő ösztönzését. A Tuning a hallgatói teljesítményértékelésnek kettős feladatot tulajdonított: mit nem sajátított el a hallgató és mit kell máshogyan oktatni, vagy újra gondolni a képzésben (13).

A kredit alapú oktatás bevezetése a fentiekben megfogalmazottakhoz igazodva, tehát egy eszköznek is tekinthető a szakműveltségi tárgyak elsajátítás módjában az addigiaktól eltérő, hatékonyabb módon történt megvalósításában, – megfelelve a bolognai folyamat kívánalmainak is – de mindez egyben eredményezte a kreditrendszer kialakulásának eredeti célját is (tagországok és intézmények közötti hallgatói mobilitást és az elévített tanulmányok kölcsönös elismerésének támogatását). A kreditrendszer, a hallgatói mobilitás elősegítése érdekében a bolognai folyamat részévé vált (38), hiszen a Bolognai Nyilatkozat elemei között szerepel többek között az ECTS bevezetése valamint a hallgatói mobilitás is (1). Magyarország bolognai folyamathoz történt csatlakozását követően (5), a közegészségügyi-járványügyi felügyelő képzés során – hasonlóan minden más felsőoktatási intézményhez – a kreditrendszerű tanulmányi rendszer bevezetése a bolognai folyamathoz kapcsolódás első *igazi* gyakorlati feladata volt. A kredit alapú oktatást bevezető, 2002-ben elfogadott új tanterv az ECTS céljának megfelelően lehetővé tette, támogatta a képzésben résztvevőhallgatók – elsősorban a magyarországi felsőoktatási intézmények közötti – mobilizációs elképzeléseit. A felsőoktatási alapképzési szakok képesítési követelményeinek kredit rendszerű képzéséhez illeszkedő kiegészítéséről szóló 77/2002.(IV.13.) Korm. rendelet 3. számú melléklete (az egészségügyi szakcsoportra vonatkozó) a főiskolai szintű szakokon 8 féléves képzés során összesen 240 kreditpontot írt elő. A Kari Tanács 2002. május 9.-i ülésen elfogadott tanterv e fenti követelményekkel harmonizált (42) (116).

A közegészségügyi szakember képzés történetében a bolognai folyamathoz kapcsolódás következő gyakorlati feladata a kétciklusú képzés bevezetése volt. Bevezetésének első tanterve gyakorlatilag folytatásnak is tekinthető a kredit alapú képzés 2002/2003 tantervének, mert a bevezetett, addig nem oktatott tantárgyak

- támogatták a hallgatói mobilizációs elképzelések, lehetőségek hatékonyabbá válását ezzel tovább erősítve a Bolognai Nyilatkozatban megfogalmazott hallgatói mobilitást (1) (119),
- megteremtették a végzett hallgatók MSc szintű képzésben való részvételi lehetőségét (136),

- tovább erősítették a napi gyakorlati tevékenységhez szükséges munkavállalói készségeket (119).

A 2009/10-estanevtől kompetencia alapú reformtanterv eredményesen valósította meg a reformtörekvések célkitűzéseit, mert:

- Az integrált tantervi struktúra a korábbi tanterv valamennyi tantárgyának ismeretanyagát tartalmazta. (Mivel a végzett szakemberekkel szemben elvárt KKK-t jogszabályban rögzítettek, a szakterület tárgyaira összpontosítva, a KKK-nak való megfelelés nem változott).
- Alapképzésben a kredit számok nem változtak, ezért azok a KKK-ban megfogalmazott követelményeknek továbbra is megfeleltek.
- A Népegészségügyi ellenőr szakirány differenciált törzsanyagának integrációját követően kreditszám változás ugyancsak nem történt.
- A differenciált törzsanyag integrált tárgyainak összevonása a koherencia elvének érvényesítésével készült, megfelelve a modul szó tartalmi jelentésének is.
- Az új tanterv kreditszám struktúrája megfelelt a jogszabály által előírt KKK-ban megfogalmazott arányoknak (120) (129).

A hallgatói konzultációs rendszer bevezetése fontos eleme volt azoknak az oktatás módszertani korszerűsítés törekvéseknek, amelyet a kredit alapú képzés valamint a bolognai folyamat szellemisége is kívánt *a tanulás eredményét hangsúlyozó* felsőoktatásban (12). A bevezetett rendszer, mind az egyéni órák mind a kontaktórák szerepét erősítette, mert segítséget jelentett a hallgatók számára az egyéni felkészülésben, az ismeretanyag hatékonyabb elsajátításában, valamint támogatta az eltérő hallgatói előképzettség kiegyenlítettébbé tételét/megszüntetését. A szorgalmi időszak két kijelölt hetében a tananyag ismeretének számonkérése mind a kontakt, mind az egyéni órák hatékonyságának ellenőrzése mellett a hallgatói felkészülés folyamatosságát is szolgálta.

A nosocomialis fertőzések az elmúlt évtizedek jelentős megoldandó közegészségügyi problémái között szerepelnek, melyek a közegészségügyi kérdésen túl gazdasági valamint betegbiztonság témaköröket is érint (154-155). A kórházakban betöltendő, a fertőző betegségek felügyeleti rendszeréből és az infekciókontrollból adódó feladatok ellátására történő hallgatói felkészítés is hangsúlyosabbá vált a 2011-ben elfogadott tantervi módosítás eredményeként. A tanterv szintjén is bekövetkezett változás *ismét* igazolja az oktatás reagálását a valós társadalmi szükséglet és annak következtében *a szakmai változások követésében*.

Magyarországi képzéssel teljesen megegyező közegészségügyi szakemberképzés az Európai Unió országaiban nem található. Hasonló képzés például Romániában a Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem Marosvásárhelyi Karán folyik. Az intézmény Alkalmazott Társadalomtudományok Tanszékén belül a Közegészségügyi szolgáltatások és politikák szakon történik közegészségügyi szakemberképzés, nappali képzési formában. Alapvető eltérés a két képzés között, hogy a romániai alapképzés időtartama 3 év, ennek megfelelően a kredit érték arányosan kevesebb: 180. A képzés Társadalmi és politikai tudományok tudományterületen belül közigazgatás tudományági besorolású, míg Magyarországon az Egészségtudomány tudományágon belül helyezkedik el.

A hazai népegészségügyi ellenőrképzéshez hasonlóan, a Sapientia által kibocsájtott közegészségügyi szakember is prevenciós stratégiák kidolgozását és alkalmazását, kutatások és epidemiológiai vizsgálatok megszervezését végzi (156).

Alapvető eltérés, hogy a Magyarországon végzett szakember, közigazgatási és egészségügyi szolgáltatások koordinálását nem végzi. A Marosvásárhelyi Kar oktatott tantárgyai között szerepelnek olyan tárgyak, amelyek a koordinációs feladatok ellátására készítik fel a hallgatót, míg a hazai tantervben ezek nem szerepelnek. Az SE-ETK képzési programjában a közegészségügy területei és a korszerű epidemiológia hangsúlyosabban, részletesebben találhatóak, integrálva a természettudományi, műszaki, társadalomtudományi, jogtudományi ismereteket, ami egyben a képzés sajátossága is.

A végzett hallgatók pályaeorientációja ennek megfelelően tér el egymástól. A romániai képzőhely végzősei inkább az egészségügyi szervező és menedzsment területen számíthatnak elhelyezkedési lehetőségekre, míg a hazai népegészségügyi ellenőrök a gyakorlati népegészségügy szinte teljes vertikumában (124) (157).

6.2. Változások a kompetenciában és a munkalehetőségekben

Kutatásom további célkitűzése volt megvizsgálni a KKK változását a magyar közegészségügyi feladatokat végző szervezet tevékenységét szabályozó jogszabályi környezet változásán keresztül, valamint elemezni a hatályos joganyagban a KKK és a közegészségügyi, népegészségügyi feladatokat meghatározó jogszabályok összhangját. Elkészítettem a különböző képzési szakaszokban szakképesítést szerzők kompetenciaelemzését és munkalehetőségeik változását is. Az orvos-segédképzés kimeneti kompetenciáit nem a ma érvényben lévő jogi szabályozásban foglaltak szerint határozták meg, de a képzés céljainak és az orvos-segédék feladatainak megjelölése, valamint az oktatott tantárgyak

köre pontosan, és jól körvonalazhatóvá tette az orvos-segédék, (felcserek) megkövetelt ismeretanyagát, képességét és alkalmasságát. Mindezek alapján csupán feltételezhető, de adatok hiányában utólag nem igazolható, hogy az oklevelet szerzett orvos-segédék (felcserek) – a mentőorvos-felcseri oklevelet szerzettek kivételével – alapvetően milyen munkaterületen kerültek alkalmazásra.

A kétéves közegészségügyi-járványügyi ellenőrképzés változatlanul mellőzte a végzettek kompetenciájának pontos meghatározását, azonban az oklevél elnevezése (okleveles közegészségügyi-járványügyi ellenőr) egyértelművé tette az ismeretek és alkalmasságok természetét (130).

A főiskolai szintű képzés indításának kezdetén általánosságban fogalmazódott meg az ismeretek köre, és a munkaköri alkalmasságok meghatározása. Az 1975/76. és 1982/83. évi tantervek államvizsga követelményei között első alkalommal fogalmazódtak meg – ha egészében nem is a mai terminológia szerint – a végzettek kompetenciái és a „szinteket leíró jellemzők”, az „ismeret”, a „képesség” illetve a „jártasság” fogalmak tartalmi elemei révén. Az államvizsgázó hallgatóval szemben felsorolt elvárások között az 1975/76., illetve az 1982/83. tantervben foglaltak összehasonlítása alapján elsősorban a „képesség”, és „ismeret” tartalmi elemei kerültek részletesebb ismertetésre (103) (105) (130).

Magyarország egyedi helyzetben van, mert a felsőoktatási képesítés neveinek valamint a képzési és kimeneti követelményeket a felsőoktatási intézmények helyett kormányrendeletben rögzítette, eltérően más országoktól (153).

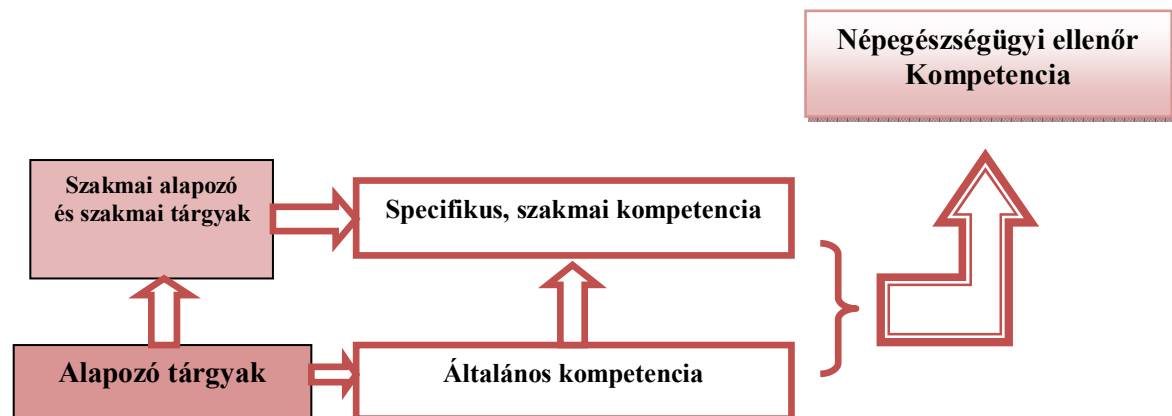
Romániában például az „Ordin nr. 4430 din 29/06/2009 privind utilizarea Cadrului national al calificărilor din invatamantul superior” miniszteri rendelet alapján az Agentia Romana de Asigurare a Calitatii in Invatamantul Superior (ARACIS) (Román Felsőoktatási Minőségbiztosítási Ügynökség) felel a képzési kimeneti követelmények meghatározásáért. Az Ügynökség 5. számú bizottsága dolgozta ki a hatáskörébe tartozó tudományágak – Közigazgatás, Neveléstudomány, Pszichológia – képzési kimeneti követelményeit (158-159).

Vizsgáltam továbbá a jogszabályban rögzített kompetenciák változásait is a képzés különböző szakaszaiban. A kompetenciában meghatározott végzettségi szinteket leíró jellemzők elnevezései változtak, sőt bővültek. Tartalmi elemeik fejlődtek, megfelelő a jogszabályi változásból adódó szakmai elvárásoknak, azonban az alapvető elvárások, feladatok visszavezetnek a főiskolai képzés kezdetén megfogalmazottakhoz (137) (141).

A 18/2016. (VIII.5.) EMMI rendeletben az alapképzési szak céljai között megfogalmazottak egyértelműen jelzik az EKKR elveivel kompatibilitását, deklarálja a hallgatói mobilitás támogatását intézmények és országok között (ami a bolognai célkitűzések között is megfogalmazódott) a képzés külföldi elismerhetőségét (1) (139). A 18/2016. (VIII.5.) EMMI rendeletben a specifikus kompetenciák „képességek” kritérium alatt megfogalmazottak tovább erősítik az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi program 2001–2010” megvalósítását, a preventív szemlélet még hangsúlyosabbá válik, kiegészült az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzés témakörrel. Összességében tehát tartalmazza a jogszabályokban meghatározott szakmai elvárásokat, a végzett népegészségügyi ellenőrökkel szemben az időközben megváltozott epidemiológiai helyzet kezeléséhez és a megoldásban való részvételhez szükséges kompetenciák fogalmazódtak meg (121) (130) (138) (141).

A tanulmányok eredményét, kompetenciákat a 15/2006.(IV.3.) OM rendelet is és a 18/2016. (VIII.5.) EMMI rendelet is, a Tuning program által már 2002-ben is javasoltak szerint két nagy csoportba osztva, általános (ahogyan a Tuning program fogalmaz: „generikus” szakterülettől független tanulási eredmények) és szakma specifikus kompetenciákra bontva tartalmazza (13) (34) (137).

A kompetenciák és oktatott tárgyak hierarchiáját és kapcsolatát a bolognai folyamat és a Tuning programban megfogalmazottak szerinti megfelelést a 15/2006.(IV.3.) OM rendelet alapján a 18. ábra szemlélteti.



18. ábra. Kompetenciák és az oktatott tárgyak hierarchiája, kapcsolata (15/2006. (IV.3.) OM rendelet). (Forrás: saját készítés)

A 18/2016. (VIII.5.) EMMI rendeletnek megfelelő képzési program, tantárgyi kurzusainak elkészítése a disszertáció készítés időpontjában pedig még folyamatban volt.

2010-es évek második felében a végzett hallgatók magyarországi munkavállalási lehetőségeiben is változás, bővülés érzékelhető. A megszerzett tudásanyagra az állami és helyi önkormányzati szerveken túl a magángazdaság szereplői is igényt tartanak. Az ÁNTSZ két szakterület (élelmezés-egészségügy, munkaegészségügy) felügyeleti jogának más főhatóság alá helyezését részben a munkaerő mozgása is követte. Az okleveles szakemberek munkavállalásában nehézséget jelent, hogy a kórház-higiénén kívül további munkahelyekre (nem hatósági higiénés állásokra) nincs előírás a végzettség szükségességéről. Ugyanakkor a végzettek teljes körű tudásanyaggal rendelkeznek pl. munka-, étel-miszer-, vendéglátás-, víz-higiénés feladatok ellátására. Így a munkaerő piaci kereslet lassan változik, zömében továbbra is az illetékes hatóságok számára történik a képzés, de a terület felosztása miatt a munkaerő igény kevésbé kiszámítható.

6.3. Az SE-ETK népegészségügyi ellenőrhallgatók elképzelései a továbbtanulásról és a munkavállalásról a tanult szakmájukat illetően

Kutatásom további célkitűzése volt elemezni a képzésben résztvevő hallgatók tanulmányaik befejezését követő elképzeléseit a tanult szakmájuk vonatkozásában.

A szakirányra történő jelentkezés motivációinak vizsgálata során egyik szempontként az a kérdés szerepelt, hogy a „népegészségügyi ellenőr” képzettség a családban, vajon jelent-e inspirációt a képzésre történő jelentkezéshez. Az Eredmények fejezetben foglaltak alapján, bár nagyon alacsony elemszámról van szó, „népegészségügyi ellenőr” képesítéssel rendelkező családtag esetén elmondható, hogy ez vagy ezzel azonos végzettség szerepet játszott az adott szakra való jelentkezésében.

Annak alapján, hogy a megkérdezettek a szakra való jelentkezés motivációjaként legnagyobb arányban (84,4%) a téma iránti érdeklődést jelölték meg, azt gondolom a hallgatók kellően motiváltak mondhatók. Az eredmény több szempontból kiemelkedő és egyben megnyugtató is, és e kettő között szoros összefüggést lehet feltételezni. Egyrészt azt gondolom, hogy a Szak KKK-ban megfogalmazott kompetenciájában foglaltak összetett, sokrétű ismeretanyag elsajátítását követelik meg a hallgatóktól, ami szakmai érdeklődés hiányában nehezebben teljesíthető. Másrészt, az oktatás oldaláról megközelítve az eredményt, az alapvetően szakmai érdeklődéssel rendelkező hallgató számára az ismeretanyag átadása jelentősen hatékonyabb, eredményesebb lehet, mint ellenkező esetben. Harmadrészt, az ismeretanyag elsajátításának oldaláról megközelítve az eredményt, ha csekély vagy hiányzik a szakmai érdeklődés, a tanulás sem lehet eredményes.

Ez utóbbi gondolat egyben további kérdés (ek) felvetését is indokolja. Vajon a motiválatlan hallgatók később hogyan végzik majd munkájukat a gyakorlatban?

Figyelemre méltóan jelzés értékű és egyben erősítendő is az a vélemény, miszerint 66 hallgató számára a jelentkezéskor motiváló tényező volt, hogy „jókat hallott a szakról”. Másfelől a Szak oktatói számára kötelező feladat és egyben kihívás is, hogy érdeklődést keltsenek azon hallgatókban, akik tanulmányaik megkezdéséhez az „ide vettek fel” választ adták. Úgy gondolom, mindenképpen feladatnak kell tekinteni a képzés során azon értékek növelését, amelyek eredetileg is pozitív motivációként szerepeltek a szakra való jelentkezés alkalmával. A hallgatók igen kisszámú válasza (7 fő), miszerint eddigi tapasztalatai, tanulmányai alapján egyáltalán nem voltak megalapozottak a motivációi, jó eredménynek ítélnél. A hallgatói motivációk bővülését igazoló eredmény mindenképpen kiemelendő és pozitívnak mondható. Véleményem szerint a hallgatók tanulmányaik alatt olyan ismeretekre tettek szert, amelyek nem csak igazolták a szak/téma választás irányával szembeni elvárásukat, hanem megerősítették azt, sőt szakmai elkötelezettségüket, elhivatottságukat is növelték.

Továbbtanulással kapcsolatos elképzelések

Függetlenül a képzési formától, összességében megállapítható, hogy a hallgatók tovább akarnak tanulni az eddigi tanulmányokhoz kapcsolódóan. Kedvező, hogy a továbbtanulás tervezett helyszíne döntően Magyarország. Figyelemre méltó, hogy a nappali képzésben résztvevőhallgatók körében – függetlenül attól, hogy az átlag életkort tekintve fiatalabbak –, csupán 1 fő tervezi a külföldi tanulmányokat, míg a részesek között is csak kettő.

Örvendetes tény, hogy csupán 9 fő (7,9%) tanulna teljesen más területen és a határozott elképzelésekkel nem rendelkezők száma mindössze 4 fő (3,5%). Ez egyben azt is jelenti, hogy a 114 továbbtanulási szándékkal rendelkező hallgató közül 101 hallgató nem tervezi a pálya elhagyását. A válaszokból az is jól érzékelhető, hogy a hallgatók majdani munkaerő piaci helyzetükre tekintettel törekednek a *több lábbon állás* megvalósítására. Magyarországon jelenleg a bolognai rendszernek megfelelően, az Egészségügyi Gondozás és Prevenció alapképzési szakon (BSc alapfokozat) belül történik a népegészségügyi ellenőrök képzése. A végzett hallgatók számára, a tanulmányok folytatását „eddig tanult szakterület”-en, egyértelműen a népegészségügyi mesterszak jelenti. Népegészségügyi mesterszak a 2016. évi állapotoknak megfelelően a Debreceni Egyetemen és a Pécsi

Tudományegyetemen működik. Debrecen négy szakirányban, népegészségügyi felügyelő, epidemiológia, környezet- és foglalkozás-egészségügyi felügyelő, valamint egészségfejlesztés témakörökben folytat képzést. Pécsen három szakirány működik, epidemiológia, környezet- és foglalkozás-egészségügyi felügyelő, valamint egészségfejlesztés témakörökben. „Kapcsolódó területként”, a mesterképzésben lehetőség nyílik az alábbi MSc. képesítések megszerzésére is:

- „egészségügyi szociális munka,
- komplex rehabilitáció,
- egészségpszichológia (egészségfejlesztés szakirány),
- táplálkozástudomány, valamint
- egészségpolitika, tervezés és finanszírozás” (160).

További „kapcsolódó területként”, a teljesség igénye nélkül mindkét felsőoktatási szinten mindenképpen megemlítendő például a környezetvédelem, a minőség-, élelmiszerbiztonság, valamint a táplálkozástudomány területe (ez utóbbi a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karon is működik).

A tervezett továbbtanulás formáját tekintve, a részidős képzés hallgatói határozottabb elképzelésekkel rendelkeznek. Nem meglepő, részidős képzésben fel sem merült a nappali képzési forma, ellentétben a nappali képzésben résztvevő hallgatókkal, ahol a „bizonytalanok” száma is jóval magasabb volt (részidős képzésnél 4, nappali képzésnél 23 fő). Képzési forma és évfolyamonkénti bontás szerint a hallgatók továbbtanulási szándékával, ilyen irányú elképzeléseikkel, a 4. évben érdemes intenzív módon foglalkozni.

Munkavégzéssel kapcsolatos elképzelések

Mindenképpen pozitívnak ítélandó, hogy a minta több mint kétharmada, 70,2%-a (n=153) elgondolkodott az iskolán kívüli életről, konkrét elképzelésekkel rendelkezik a tanulás utáni munkavégzésről: negyedéves nappali tagozatos hallgatók esetében az arány csaknem 100%-os. Mivel a „nem, még egyáltalán nem gondolkodtam róla” kérdésre adott válaszok száma összességében (valamennyi évfolyam) a nappali képzésben mindösszesen 5, míg a részidősök esetében 11 fő, ez azt jelenti, hogy a nappali képzés hallgatóit a részidőshöz képest a jövőbeli munkahely kérdése nagyobb mértékben foglalkoztatja. Ennek egyik valószínű oka, hogy a részidős hallgatók már rendelkeznek munkahellyel és csak a váltáson kellene gondolkodniuk.

Nappali képzésben a tanulmányok befejezése az első olyan alkalom, amikor dönteni kell az első állandó munkahelyről, illetve annak területéről. Lényeges tehát elsősorban a nappali képzés hallgatói számára, hogy hatékonyabb karrierépítési támogatást kapjanak a karrier- és pályázati koordinációs iroda részéről.

A munkahellyel történő kapcsolat felvételét illetően a válaszadók közel fele-fele arányban mondták azt, hogy tervezik ezt a lépést, és „még nem tudja” válaszok vonatkozásában. Képzési típus szerint viszont nem ilyen egyértelmű a helyzet. Részidős képzésben nagyobb volt az „igen”-ek aránya. Úgy vélem, ők inkább érzékelik és mérlegelik a munkaerő piaci helyzetet, nehézségeit, és/vagy már a képzés ideje alatt próbálkoznak előrelátóan válogatni gyakorlati helyek között. Ez az eredmény azért is érdekes, mert az előző kérdésre adott válaszok alapján az derült ki, hogy a jövőbeli munkahely iránti elméleti érdeklődés nem azonos a gyakorlati lépésekkel.

Másként fogalmazva, nappali képzésben nagyobb arányú az érdeklődés a tanulmányokat követő munkahely iránt, de a részidős hallgatók aktívabbak a munkahelyek keresésében.

Sikeres államvizsgát követően a munkavégzés tervezett helyszínével kapcsolatban megállapítható, hogy népegészségügyi ellenőr szakképesítéssel nem jellemző a külföldi munkavállalás tervezése, ugyanis 72,8%-ban (n=158) erre egyáltalán nem gondoltak. Képzési típus szerinti bontásban a nappali tagozatos hallgatók számára viszont a külföldi munkavégzés lehetséges alternatívát jelent, ugyanis egyes évfolyamokban a „még nem tudom” válaszok aránya meghaladja a 40%-ot. Részidős képzésben a „bizonytalanok” között nem jelentek meg ilyen kiugró értékek. Ennek lehetséges oka, hogy a hallgatóknak már családja van, gondol a nyelvi nehézségekre, vagy már van munkahelye. Megállapítható tehát, hogy részidős képzésben az elképzelések lényegesen határozottabbak, mint a nappali képzésben.

A felmérés szerint, a külföldi munkavállalást tervezők motivációját a jövedelmi viszonyok határozták meg. Válaszként megjelölhető volt még a „szakmai fejlődési lehetőség”, és a „nyelvgyakorlás” is, de ezek motivációként egyáltalán nem jelentek meg a válaszok között.

Magyarországi munkavállalás esetén, a hallgatók az állami szférát jelölték az első helyen. Az egyik lehetséges magyarázat összefügg a jelenlegi magyarországi munkaerő piaci helyzettel. Egy állami munkahely hosszú távon valószínűleg állandó és biztos megélhetést jelent.

Másfelől a korábbi időszakokban végzett hallgatók számára alapvető elhelyezkedési lehetőséget kizárólagosan az állami szféra jelentett (KÖJÁL hálózat, Tisztiorvosi Szolgálat). Ebben csak a rendszerváltoztatást követő évektől jelentek lassú változások. Különböző egészségügyi szolgáltató intézményekben, epidemiológiai területen a munkalehetőségek az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről szóló 20/2009. (VI.18.) EüM rendelet nyomán jelentek meg (121). Zömükben ezek szintén állami intézmények, de szolgáltatói funkcióik megtörték a közegészségügyi hatósági munkavégzési lehetőség kizárólagosságát. Az ÁNTSZ két jelentős szakmai területének másik két hatósághoz történő áthelyezése (élelmezés-egészségügy, munkaegészségügy) és az ott jelentkező munkaerő igény (remények) ugyancsak az állami szférát jelenti.

Ugyanakkor a viszonylag magas „még nem tudom” válaszok aránya igazolja azt a lassú folyamatot, amely a rendszerváltozást követően, a magángazdaság alternatíváját jelenti. A végzettek tudásanyagára ebben az ágazatban is megjelentek az igények, amelyek alapján a szakemberek például biztosítási területen, gyógyszerforgalmazását végző cégeknél, vagy az ipar valamely területén (könnyű-, és élelmiszeripar) állhattak munkába (161). Megjegyzendő, hogy ez további képzettségeket is igényelhetett, amelyek megszerzéséhez az alapvégzettség biztonságos alapot jelentett. Mindez természetesen feltételezi a napjainkban különösen aktuális gondolkodásmód, a *Lifelong Learning* érvényesülését. Az *egész életen át tartó tanulás* nem csupán a felnőttkorban történő tanulást jelenti, ahogyan azt az Európai Bizottság megfogalmazta (162). Jelenti többek között a készségek, ismeretek, végzettségek megszerzését, továbbfejlesztését, a tanulási képesség fejlesztését. Mindezek következtében eredményesebben valósulhat meg többek között a munkaerő mobilitás, javul a foglalkoztathatóság, végső soron lendületet ad a gazdasági növekedésnek (23) (162). Röviden összefoglalva úgy is mondható, hogy a tanulási folyamat, a képesítések megszerzése nem lezárt folyamat, mert a tudás alapú társadalom újabb és újabb ismeretek birtoklását igényli az egyén részéről.

Igen örvendetes, és minden tekintetben pozitív eredmény, hogy a vizsgálatban részt vett hallgatók 72,4%-a tervezi a megszerzett szakképesítésének megfelelő munka vállalását. Igen alacsony azok aránya, akik egyértelműen pályaelhagyását terveznek, összesen 6%(n=13). A tendencia vizsgálat eredménye is igazolja, hogy a 4. év végére a tantárgyak összefüggései a *helyükre* kerülnek.

A jelenlegi tanulmányaiknak megfelelő munkakörben elhelyezkedők legnagyobb arányban 35,9% (n=56 fő) az NSzSz-t választották.

Megállapítható tehát, hogy a hallgatók folyamatosan a közegészségügyi hatósági munkavégzést részesítik előnyben, függetlenül a képzés típusától és évfolyamától. Amennyiben együtt nézzük az NSzSz-t, a NÉBIH-et, a köztulajdonú egészségügyi szolgáltató intézményeket, és önkormányzatok hivatali szerveit, változatlan az állami szféra elsődlegessége (143).

7. Következtetések

Közegészségügyi szakemberképzés

Magyarországon a középfokú, napjainkban pedig a felsőfokú közegészségügyi szakemberek képzése az orvos-segédok képzésével kezdődött, több mint 60 évvel ezelőtt, az SE-EFK jogelőd Intézményeiben. Ezekben évtizedeken át, az országban egyetlen képzőhelyként történt a szakemberek oktatása, ily módon szolgálva a magyar közegészségügy fejlődését.

I. Orvos-segédképzés

- Az orvos-segéd (felcser) képzés megkezdése összefügg a II. világháborút követő időszak epidemiológiai helyzetéből adódó társadalmi igényvel, de egyben egészségpolitikai szándék is volt. Az egészségpolitikai szándék a magyar közegészségügyi struktúra 1950-es években megkezdett átalakítási folyamataival függ össze.
- Az új közegészségügyi struktúrában a gyakorlati feladatok végrehajtására új elnevezésű munkakört határoztak meg, az orvossegéd/felcser-t, akik képzésének megkezdésekor megfogalmazott feladatként az orvosi képesítést nem igénylő gyakorlati közegészségügyi-járványügyi feladatokat valamint az orvost helyettesítő egészségügyi szolgáltatói feladatokat is meghatároztak.
- Az orvos-segédképzés célját, a szakemberek feladatainak meghatározását elsődlegesen a Szovjetunióban szerzett tapasztalatok határozták meg.
- Az oktatást – napjainktól eltérően – „rendtartások” és nem jogszabályok, illetve szabályzatok határozták meg, bár a betartásukra vonatkozó kívánalmak gyakorlatilag megegyeztek a mai értelemben vett jogalkalmazás gyakorlatával.
- Az elsődleges és mintaként szolgáló szovjet példa és az oktatás magyarországi gyakorlata között a számos azonosság (általában a jogosultság, a képzés célja, feladata) mellett az alapvető eltérést az orvos-segéd elnevezés és az orvos-segédi jogosultság „szakosodása” jelentette.
- Összefoglalva az 1953-57 közötti időszakban az orvos-segédképzés területen történeteket, folyamatos változás állapítható meg a minőség növelésére és a differenciálódásban egyfajta útkeresés jelent meg a megfelelő képzésforma elérése érdekében.

- Az orvos-segédképzés lényegében akkor szűnt meg és alakult át, amikor rendeződni látszott a sokféle képzési forma, képesítés elnevezése és a vonatkozó jogosultságok körüli már-már átláthatatlan, bonyolult helyzet.
- Az orvos-segéd képzés megszűnése és átalakulása arra vezethető vissza, hogy Magyarország földrajzi adottságai valamint az ország egészségügyi helyzete/viszonyai között a szovjet mintájú az orvos-segédi jogosultságok, feladatok nem voltak indokoltak, tehát a betegellátásban való aktív részvétel helyett az orvos irányítása mellett végzendő, megelőző közegészségügyi feladatok kerültek előtérbe. További okokként jelölhető meg egyrészt, hogy a képzettség megnevezése nem fejezte ki kellőképpen a közegészségügyi-járványügyi munka tartalmát, másrészt pedig az, hogy soha nem készült el az orvos-segédék rendszerbe illesztését jelentő működési szabályzat.

II. Orvos-segédképzést követő középfokú közegészségügyi-járványügyi ellenőr képzés.

- A képzéssel kapcsolatos szabályokat, sőt magának a képesítésnek a megnevezését az oktatás megkezdésekor jogszabályok rögzítették, megelőzve és egyúttal kizárva az orvos-segédék korábbi képzése során tapasztalt rendkívüli és zavaró sokszínűséget.
- Az államigazgatási szakszerűség helyreállítására utal, hogy a közegészségügyi-járványügyi ellenőr szakképzés minden elemét – szemben az orvos-segédék képzésével – jogszabályban, pontosabban a 42/1960.(Eü. K.24.) Eü. M. számú Egészségügyi miniszteri utasításban rögzítették.
- Az oktatott tantárgyak összeállítása kifejezetten a megelőző, közegészségügyi tevékenység végzésre irányult. Bővítésük a képzés folyamatos fejlődését igazolta, igazodva a szakma valamint a gyakorlati munka által elvárt követelményekhez. Az elméleti órák arányának nagymértékű eltolódása a gyakorlat „rovására”, (72,33% versus 27,67%) alátámasztja a végzetel szemben megjelenő, rendkívül összetett és sokrétű elméleti ismeretek igényét.

III. Egészségügyi Főiskolai Kar megalapítása az Orvostovábbképző Intézet keretein belül az egészségügyi oktatás történetében előzmény és példanélküli volt hazánkban.

- Az egészségügy területen a főiskolai szintű képzés bevezetése társadalmi igénynek történt megfelelést is jelentett.
- A főiskolai szintű képzés szakterületeinek meghatározásában a végzettekkel szemben a legfőbb elvárások a következők voltak: önállóan, de orvos irányítása,

felügyelete/ellenőrzése mellett dolgozzanak, de a tevékenységük „meghatározott önállóságot, önálló szakmai ismeretkört, metodikát, feladatkört és önálló felelőséget” jelentsen.

- Összevetve az orvos-felcser, a kétéves képzés-, valamint a főiskolát végzett közegészségügyi-járványügyi ellenőrökkel szemben megfogalmazott alapvető elvárásokat, azok között az *egyik leglényegesebb azonosság* az önálló munkavégzés az orvos irányítása mellett. A *főiskolát végzettekkel szemben azonban többletként jelent meg* többek között az önálló munkaszervezés, beosztottak munkájának irányítása, egyetemi szintű végzettségű szakemberektől feladatok átvételének és végrehajtásának képessége. Az *önálló felelősség* vállalásának kritériuma a felsőfokú oktatással szemben alapvető igényként fogalmazódott meg, hogy a hallgatók a legmagasabb szintű felkészítésben részesüljenek az ismeretanyag összefüggéseinek valamint a következmények okainak megvilágítása révén.
- A főiskolai képzés 40 éve alatt a képzést az elméleti és gyakorlati ismeretek folyamatos korszerűsítése jellemezte. Megállapítható a folyamatos tanterv fejlesztések eredményeként a szakember képzés tartalmi kiteljesedése. Azok időben igazodtak a tudomány és technológia fejlődéséhez. Tartalmazták a végzettek munkáját szabályozó jogszabályi változásokból eredő feladatok végrehajtását biztosító elméleti és gyakorlati tudásanyagot, ily módon stabil, a gyakorlatban eredményesen hasznosítható ismereteket adtak az időközben jelentősen megváltozott közegészségügyi-, járványügyi feladatok ellátásához.
- A kredit alapú többciklusú képzés bevezetésének tantervei megfeleltek a hatályos felsőoktatási törvénynek, így az EU úgynevezett bolognai rendszeréhez történő csatlakozás alap kívánalmainak és a célkitűzéseinek is. Az elmúlt években (2012-2015) végzett tantervi-, és tantárgyleírások folyamatos felülvizsgálata, a többciklusú képzés, jól szolgálta a bolognai rendszer célkitűzései között megfogalmazottak eredményesebb, hatékonyabb módon való teljesítését.
- A szakember képzés történetében meghatározó esemény volt a kétciklusú, a bolognai rendszernek megfelelő oktatás megkezdése, aminek következtében az Egészségügyi Gondozás és Prevenció alapszak, Népegészségügyi ellenőr szakirányon (alapképzés/alapfokozat) folytatódott a képzés.
- Képzésfejlesztés megvalósításban a tanterv, tantárgyleírások rendszeres felülvizsgálata az azt követő módosításokkal egy eszköz csupán. A felmerülő hibák

egyértelműen jelzik a változtatások szükségességét. Mindezek megvalósítására vonatkozó elképzelések részletezése azonban nem képezte a jelen értekezés célját, de ettől függetlenül az ezekkel való foglalkozás egyik pillére lehet az elkövetkező időszak tudományos tevékenységének.

Végzett hallgatók kompetenciái

- Orvos-segéd-, és kétéves képzés esetében a célok és a végzettek feladatai között felsoroltakból csupán valószínűsíthető, hogy a végzetteknek (mai terminológia szerint) milyen kompetenciákkal kellett rendelkezniük. A célokat, a végzettek feladatait, az oktatott tárgyakat elemezve megállapítottam, hogy a korabeli elvárások is meghatározták az ismeretek körét, a képességeket, és alkalmasságokat annak ellenére, hogy ezeket jogszabályok és más írásos anyagok sem rögzítették.
- Az orvos-segédképző iskola, gyakorlatilag a közegészségügy kiépülő személyi állománya számára-, a két éves képzés pedig az időközben már szervezeti átalakuláson is átesett közegészségügyi hatóság számára képezte a szakembereket.
- Főiskolai szintű oktatás során írásban, első esetben az 1975/76. évi tanterv (később pedig az 1982/83. évi részletesebb tanterv) államvizsga követelményei között fordul elő konkrét meghatározás, hogy milyen „ismeret”, „készség”, és „jártasság” birtokában vált alkalmassá a végzett hallgató a feladatok ellátására. A közegészségügyi-járványügyi ellenőr általános, közegészségügyi valamint járványügyi feladatait „az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán végzettek munkaköri feladatairól” szóló a 8021/1983.(Eü. K.23.) EüM tájékoztató rögzítette.
- A jogszabályokban rögzített (36/1996.(III.5.) Kormányrendelet, 15/2006.(IV.3.) OM rendelet, 18/2006 EMMI rendelet) végzettségi szinteket leíró jellemzők elnevezései változtak és bővültek. Tartalmi elemeik fejlődtek, megfelelően a jogszabályi változásokból adódó szakmai elvárásoknak. Egyfelől a 2006-os rendelet tartalmi elemei követték a közegészségügyi tevékenység alapjául szolgáló jogszabályi változást, szakmai elvárásokat. Másfelől a végzett népegészségügyi ellenőrökkel szemben megfogalmazódtak a megváltozott epidemiológiai helyzet kezeléséhez és a megoldásban való részvételhez szükséges kompetenciák. Az alapvető elvárások, feladatok azonban visszavezethetők a főiskolai képzés kezdetén megfogalmazottakhoz.

- Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről szóló 20/2009. (VI.18.) EüM. rendelet, az infékcókontroll területén végzendő feladatok végrehajtásában a közegészségügyi-járványügyi ellenőr-, a közegészségügyi-járványügyi felügyelő-, a népegészségügyi ellenőr végzettséget alkalmasnak ítélte meg. A jelenleg hatályos, a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I.30.) EMMI rendelet módosításáról szóló 18/2016. (VIII.5.) EMMI rendeletben szerepel, hogy: a népegészségügyi ellenőr „Képes az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére irányuló intézkedések végrehajtására”.
- Munkavégzés területei az 1975-1991 között végzett szakemberek vonatkozásában döntően, szintén a közegészségügyi hatósági feladatokat végző KÖJÁL, KJK-k, KJSZ-k szervezeti egységeit, valamint kórházakat jelentett. A rendszerváltozást követő években azonban a magángazdaság részéről is megjelent az igény a végzett szakemberek iránt, megtörve a hatósági munka és az egészségügyi intézményekben történő elhelyezkedés elsődleges lehetőségét.
- Az elkövetkező időszak megoldandó kérdései közé tartozik, hogy a végzettek – kompetenciáik alapján – több olyan feladat ellátására is alkalmasak, amelyekről jogszabály még nem rendelkezik.

Kutatásban részt vett hallgatók

- Döntő többségük (84%) azért jelentkezett a képzésre, mert érdeklődtek a szakterület iránt. Ezt a képzés történeke feldolgozását követően pozitívnak ítélem, mert
 - a) azok a válaszadók, akik családtagjainak körében már van népegészségügyi ellenőr, túlnyomó többségükben ezt is motivációként jelölték a szakra történő jelentkezésben.
 - b) a válaszadók közül csupán 7 fő tekinthető *csalódottnak* az eddigi tanulmányai alapján.
- A válaszadók 30%-a szerint az is motiváló tényező volt a felvételhez, hogy „jókat hallott a szakról”. Erre alapozni kellene az SE-ETK jövőre vonatkozó tervében. Amennyiben egy ilyen terv a hallgatók szakmai érdeklődésének felkeltésére vonatkozó elképzeléseket is tartalmazna, véleményem szerint azon hallgatók (17%) is motiváltabbá válnának, akik azért kezdték meg a képzést, mert „ide

vették fel” őket. A jövőre vonatkozó terv célszerűen olyan fejlesztéseket is be-mutathatna, amelyek nyomán a jelenlegi 57%-nál nagyobb arányban mondanák a hallgatók, hogy a „szakra jelentkező motivációs tényezőiknek mindegyike megalapozott volt”.

- A képzés eredményessége, hatékonysága szempontjából további pozitívum, hogy a felmérésben részt vett hallgatók több mint fele, az eddigi tanulmányaihoz kapcsolódóan tervezi a továbbtanulását.
- A hallgatók továbbtanulásukat döntően Magyarországon tervezik.
- A továbbtanulást tervezők több mint fele MSc fokozat megszerzését tűzte ki célul.
- Több mint kétharmad arányban (70,2%, n=153), a negyedéves hallgatók viszont csaknem 100%-ban a tanulmányai alatt már konkrét elképzelésekkel rendelkeznek arra vonatkozóan, hogy a tanulmányaikat követően mely területen akarnak munkát vállalni.
- Nappali képzésben a hallgatókat a jövőbeli munkahely kérdése nagyobb mértékben foglalkoztatja a részidős képzéshez képest.
- A jövőbeli munkahelyre vonatkozó előre látás egyfajta igazolása, hogy a hallgatók közel fele-fele arányban tervezik a kapcsolatfelvételt a választandó munkahellyel. Képzési típus szerint a részidős hallgatók választották nagyobb arányban a kapcsolatfelvétel tervezését, tehát a gyakorlati megvalósítás területén ők előbbre látónak, *aktívabbnak bizonyulnak*.
- A vizsgálat alapján nem jellemző a külföldi munkavégzés tervezése. Azonban azok, akik külföldi munkavállalást terveznek, ezt egyértelműen a kedvezőbb jövedelmi viszonyokkal indokolják.
- Magyarországi munkavállalás esetén, a népegészségügyi ellenőrhallgatók elsődlegesen az állami szférát választották.
- A hallgatók 72,4%-a vizsgákat követően a jelenlegi tanulmányainak megfelelő munkakörben akar dolgozni.
- A hallgatók körében a legutóbbi időkben is a közegészségügyi hatósági munkavégzés áll előtérben, ugyanis 35,9%-ban (n=56) az NSzSz-t választották.

7.1. A dolgozat új megállapításai

1. Elsőként dolgoztam fel Magyarországon a közegészségügyi-járványügyi ellenőr / felügyelő / népegészségügyi ellenőr szakma kialakulását, létrejöttének körülményeit, indokoltságát. **Megállapítottam:** *Az orvos-segéd (felcser) képzés megkezdése részben a II. világháborút követő időszak epidemiológiai helyzetéből adódó társadalmi igény, részben pedig egészségpolitikai szándék volt. Az egészségpolitikai szándék összefügg a magyar közegészségügyi struktúra 1950-es években megkezdett átalakítási folyamataival. Az akkor kialakult közegészségügyi struktúrában a gyakorlati feladatok végrehajtására új elnevezésű munkakört határoztak meg, az orvossegéd/felcser-t. Számukra orvosi képesítést nem igénylő gyakorlati közegészségügyi-járványügyi feladatokat valamint az orvost helyettesítő egészségügyi szolgáltatói feladatokat határoztak meg.*

2. Elsőként foglaltam össze a közegészségügyi-járványügyi ellenőr / felügyelő / népegészségügyi ellenőr szakemberek képzésének különböző szakaszait, az arra hatást, befolyást gyakorló, elsősorban jogszabályi változások vonatkozásában napjainkig. **Arra a következtetésre jutottam:** *A képzés folyamatában hatályba helyezett jogszabályok következtében a szakemberképzés folyamatosan fejlődött, biztosította a megváltozott epidemiológiai helyzet kezeléséhez szükséges kompetenciákat. A képzés folyamatos fejlődése azonban köthető az időközben változó társadalmi igényeknek történő megfeleléshez is.*

3. A tantervekben történt változtatások bemutatásával és elemzésével ismerttettem, hogy a képzés milyen módon tett eleget, illetve felelt meg azoknak a követelményeknek, amelyeket a végzett szakemberekkel szemben az elmúlt több mint 60 év társadalmi, gazdasági, elsősorban jogszabályi változásai támasztottak. A közegészségügyi-járványügyi ellenőr / felügyelő / népegészségügyi ellenőr szakemberek képzésére vonatkozólag, ilyen időtartamra és összefüggésre vonatkozó elemzésről nincs tudomásom. **A közegészségügyi szakember képzés különböző képzési szakaszaiban a rendelkezésre álló képzési programokat elemezve arra a következtetésre jutottam:** *A szakember képzés kezdetén a képzési program összeállítása intuitív módon történt. Magyarország Európai Unió bolognai rendszeréhez történt csatlakozása, a felsőoktatási mozgalmak munkáinak eredményeként elkészített standardok a képzési programok elkészítésében a rendszerszemlélet megvalósulását eredményezte, az oktatási programok a standardokban foglaltaknak megfelelően történik.*

4.Részleteztem a 2016-ban 63 éves közegészségügyi szakember képzés különböző szakaszainak bemeneti elképzeléseit/követelményeit, azok változásának okait és a kimeneti elképzeléseket/követelményeket, amelyekre vonatkozólag ilyen jellegű összefoglalás nem volt fellelhető.

5. Elsőként foglaltam össze a képzési kompetenciák változását, különös tekintettel a közegészségügyi szakemberek munkavállalási lehetőségeiben bekövetkezett jogszabályi változások és a lehetőségek tükrében. E szempont szerint végzett elemzésről korábban közölt anyagot nem találtam. **Arra a következtetésre jutottam a képzési kimeneti követelmények elemzését követően:** *A középfokú képzés során betanított munkás jellegű szakemberből a felsőfokú képzés befejezését követően önálló szakmai gondolkodásra, döntéshozatalra képes, az ellátó rendszerben egyenrangú partnernek tekinthető szakember alakult ki. A rendszerváltozás valamint a jogszabályi változások megtörték a végzett szakemberek hatósági munkavégzés területén történő elhelyezkedés kizárólagosságát.*

6.Elsőként végeztem az SE-ETK népegészségügyi ellenőr szakirány hallgatói között reprezentatív vizsgálatot a képzésre történő jelentkezés motivációiról, tanulmányaikat követő elképzeléseikről különös tekintettel a tanult szakterületet illetően. **Megállapítottam,** *hogy a hallgatók képzésre történt jelentkezését döntően a szakterület iránti érdeklődés motiválta, és a továbbtanulással kapcsolatos szándékaik is az eddigi tanulmányaikhoz kötődik. Az elhelyezkedés vonatkozásában szintén a szakképesítésnek megfelelő munkavállalás dominál.*

8. Összefoglalás

Magyarországon a nem orvosi diplomával végződő közegészségügyi szakemberképzés több mint hatvan éves múltra tekint vissza. A folyamat Budapesten a III. kerület San Marco u. 48-ban, az ország egyetlen és első képzőhelyeként a 3 éves az orvos-segédképzéssel 1953-ban kezdődött. 1959-től, a már Fodor József Állami Egészségügyi Szakiskolában a közegészségügyi-járványügyi ellenőrök 2 éves képzése történt, de ekkor elsősorban a megelőző-, közegészségügyi-járványügyi munkához kapcsolódó ismeretek kerültek előtérbe az oktatásban. A szakemberképzés szerves folytatása a jogutód intézményben változatlan helyszínen az 1975 szeptemberében megkezdődött, főiskolai szintű, akkor 3 éves, ma 4 éves, képzési időben történő oktatás. A kezdeti években az orvos-segédék és a kétéves képzés kompetenciái sem kerültek meghatározásra. Tanulmányukat követően az „alkalmasságukra” iránymutatásként a képzés céljai és a végzettek feladatainak megfogalmazása szolgálhat. Az 1975/76. évi tanterv államvizsga követelményei tartalmazzák első esetben az „ismeret”, „készség”, és „jártasság” fogalmát a tartalmi elemekkel, amelyekből már megállapíthatók a mai értelemben vett kimeneti követelmények. A képzés kimeneti követelményeit rögzítő jogszabályok (36/1996.(III.5.) Korm. r., 15/2006.(IV.3.) OM. r., 18/2016. (VIII.5.) EMMI. r.) elemzését követően kimutattam a változást a végzettségi szinteket leíró jellemzők elnevezéseiben, tartalmilag pedig leírtam a folyamatos fejlődést. A tantervek tartalmi elemei követték a közegészségügyi tevékenység alapjául szolgáló jogszabályi változásokat, szakmai elvárásokat, megfogalmazták a megváltozott epidemiológiai helyzet kezeléséhez és megoldásához szükséges kompetenciákat. A 20/2009. (VI.18.) EüM. rendeletben leírt feladatok ellátására a népegészségügyi ellenőr alkalmassága nevesített. A megkérdezett hallgatók 52,3%-a a továbbtanulást az eddigi tanulmányaihoz kapcsolódó szakmai körben tervezi. A válaszadók több mint fele (54,4%) kapcsolódó tudományterületen, 34,2%-a pedig az eddig tanult szakterületen akarja tanulmányait folytatni. A Magyarországon munkavállalást tervező hallgatók (a megkérdezettek 72,8 %-a) legnagyobb arányban (46,2%) az állami szférát választják. A képzés befejezését követően a hallgatók 72,4%-a a jelenlegi tanulmányainak megfelelő munkakörben maradna. Legnagyobb arányban (35,9%) az NSzSz-nél, 10,3%-ban a NÉBIH-nél – vállalnának állást.

9. Summary

In Hungary the training of public health professionals other than medical doctors has had a history of more than sixty years. It started in 1953 at 48 San Marco Street, in District III. of Budapest, at the first and only place in the country for this kind of training, offering three-year courses for paramedics. From 1959 a two-year course for inspectors in public health and epidemics started at the Fodor József Trade School for Health Care. At this time, however, mostly knowledge connected to prevention, public health and epidemics was in the foreground of the curriculum. A natural outgrowth of the training of these professionals started in September 1975, at the same venue but in a different institution, which was the legal successor of the previous one. It offered a three-year course at that time and by now it has been expanded to four years. In the first years of the training the competences were not defined either for the paramedics or for the graduates of the two-year courses. The goals of the training and the description of the tasks of the graduates provide some clues for the “competences” they had after their training. The concepts of “knowledge”, “skills” and “competence” and their content were first listed among the requirements of the final exam in the 1975/76 academic year, first revealing the requirements for the graduates in a manner that can be interpreted according to present standards. After analysing the statutes regulating the requirements of the final examination (Gov. decree No. 36/1996. (III.5.) Korm., decree No. 15/2006.(IV.3.) OM of the Minister of Education, and decree No. 18/2016. (VIII.5.) EMMI of the Minister of Human Resources), I identified the changes in the names of the descriptions of the different degrees and the continuous development in their content. Their content followed the changes in the legislation regulating public health activities, the expectations of the profession. The competences necessary for the handling of the changes in the situation of epidemiology and for participating in finding solutions were also described. The competence of the public health supervisor was stated to perform the tasks described in the Health Ministry decree No. 20/2009. (VI.18.). 52.3% of the students interviewed are planning to continue their studies in an area connected to their previous studies. The highest percentage of the respondents (54.4%) would like to continue their studies in a related field of science and 34.2% in the field where they have been studying so far. 72.8% of the students are planning to find employment in Hungary and the highest percentage of them would like to work in the public sector. 72.4% of the students would like to remain in a position that corresponds to their pre-

sent studies. The highest percentage of respondents (35.9%) would like to be employed at the Public Health Administration Institution (Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv) and 10.3% at the National Food Chain - Safety Office (NÉBIH) – using the official names that applied at the time of the survey.

10. Irodalomjegyzék

1. Hrubos I. Az Európai Felsőoktatási reform indítékai, az első tíz év eredményei. In: Hrubos I, Török I (szerk.), Intézményi menedzsment a felsőoktatásban 2. FGSZE, Budapest, 2012: 15-24. [Internet] [Megnézve: 2016.02.11.] Megtalálható: www.uni-corvinus.hu/index.php?id=41618&type=p&file_id=949
2. Csirik J. A Bologna folyamat - Paradigmaváltás a felsőoktatásban. In: Csekei L, Szarkáné ET, Csirik J (szerk.), A Magyar felsőoktatás az Európai Felsőoktatási Térségben. Készült a 2010-es Budapest-Bécsi ünnepélyes Bolognai miniszteri konferencia alkalmából. Oktatási és Kulturális Minisztérium. Budapest, 2010: 9. [Internet] [Megnézve: 2016.02.11.] Megtalálható: http://www.nefmi.gov.hu/letolt/felsoo/bologna_kiadv_176x250_hun_100317.pdf
3. Manherz K. Bologna és a Magyar felsőoktatás. In: Csekei L, Szarkáné ET, Csirik J (szerk.): A Magyar felsőoktatás az Európai Felsőoktatási Térségben. Készült a 2010-es Budapest-Bécsi ünnepélyes Bolognai miniszteri konferencia alkalmából. Oktatási és Kulturális Minisztérium. Budapest, 2010: 5. [Internet] [Megnézve: 2016.02.11.] Megtalálható: http://www.nefmi.gov.hu/letolt/felsoo/bologna_kiadv_176x250_hun_100317.pdf
4. Figler M, Bonyárné MK. (2006) A Bologna folyamat és a dietetikusképzés. Új Diéta, (2)3: 6-8. [Internet] [Megnézve: 2016.02.12.] Megtalálható: <http://www.ujdieta.hu/index619d.html?content=498>
5. Nemzeti Erőforrás Minisztérium: A Bolognai folyamat előnyös Magyarországnak 2010.[Internet] [Megnézve: 2016.03.02.] Megtalálható: <http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/bologna-folyamat-elonyos>.
6. Szabó G. A Bolognai folyamat – Intézményi perspektívából. In: Csekei L, Szarkáné ET, Csirik J (szerk.), A Magyar felsőoktatás az Európai Felsőoktatási Térségben. Oktatási és Kulturális Minisztérium. Budapest, 2010: 6. [Internet] [Megnézve: 2016.02.11.] Megtalálható: http://www.nefmi.gov.hu/letolt/felsoo/bologna_kiadv_176x250_hun_100317.pdf
7. Nemzeti Erőforrás Minisztérium: A Nemzeti Bologna Bizottság – Bemutkozó 2009. [Internet] [Megnézve: 2016.03.02.] Megtalálható: <http://www.nefmi.gov.hu/felsooktatas/nemzeti-bologna/nemzeti-bologna-090803-27>

8. Nemzeti Erőforrás Minisztérium: Elfogadták az Európai Felsőoktatási Térségről szóló deklarációt 2010. [Internet] [Megnézve: 2016.03.02.] Megtalálható: <http://www.nefmi.gov.hu/felsooktatas/hirarchivum/elfogadtak-europai>.
9. Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area March 12, 2010. Miniszterek hirdetménye, 2010: [Internet] [Megnézve: 2017.02.03.] Megtalálható: http://media.ehea.info/file/2010_Budapest_Vienna/64/0/Budapest-Vienna_Declaration_598640.pdf
10. History of EHEA. [Internet] [Megnézve: 2016.03.02.] Megtalálható: <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=3>.
11. Tóth É. (2017) Segédlet a tanulási eredmények írásához a felsőoktatási szektor számára. Oktatási Hivatal, Budapest, 7-32. p10
12. Bókay A. Tanulási eredmények- a felsőoktatás modernizációjának kulcskérdése. In: Krémó A (szerk.), Oktatás és Képzés 2010 Műhelybeszélgetések 2007. Oktatási és Kulturális Minisztérium Európai Uniós Kapcsolatok Főosztálya, Budapest, 2008: 123-130.[Internet] [Megnézve: 2017.03.02.] Megtalálható: <http://docplayer.hu/25430352-Oktatasi-es-kulturalis-miniszterium.html>
13. Birtalan I.L.(2008) A Tuning projekt-oktatási struktúrák Európában. Felsőoktatási Műhely (4) 105-109. [Internet] [Megnézve: 2017.03.02.] Megtalálható: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/FeMu/2008_04/oldal105_112_birtalan.pdf
14. Recommendation of the European Parliament and of the Council of 23 April 2008 on the establishment of the European Qualification Framework for lifelong learning. (Text with EEA relevance) (2008/C/111/01) [Internet] [Megnézve: 2017.03.02.] Megtalálható: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ALL/?uri=CELEX%3A32008H0506\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ALL/?uri=CELEX%3A32008H0506(01))
15. Az egész életen át tartó tanulás Európai Képesítési Keretrendszere (EKKR). Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxembourg, 2009. [Internet] [Megnézve: 2016.03.03.] Megtalálható: https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/broch_hu.pdf.
16. Bizottsági konzultációs dokumentum Javaslat az egész életen át tartó tanulást szolgáló európai képesítési Keretrendszer kialakítására. Az Európai Közösségek Bizottsága, Brüsszel, 2005: 4-51. [Internet] [Megnézve: 2016.03.07.] Megtalál-

ható:

https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/LLL/ekkr/orszagos_konzultacio2005/ekkr_sec_2005_957_fin.pdf

17. Az egész életen át tartó tanulás Európai Képesítési keretrendszere. Oktatásügyi és Kulturális Főigazgatóság, 1-3. p1. [Internet] [Megnézve: 2017.04.28.] Megtalálható:
https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_hu.pdf
18. Az egész életen át tartó tanulás Európai Képesítési Keretrendszere (EKKR). Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxembourg, 2009: 1-20. p11. I. melléklet i). [Internet][Megnézve: 2016.03.03.]
Megtalálható: https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/broch_hu.pdf.
19. Az egész életen át tartó tanulás Európai Képesítési Keretrendszere (EKKR). Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxembourg, 2009: 1-20. p11. I. melléklet g). [Internet] [Megnézve: 2016.03.03.] Megtalálható:
https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/broch_hu.pdf.
20. Decision No. 2241/2004/EC Of The European Parliament and of the Council of 15 December 2004 on a single Community framework for the transparency of qualifications and Competences (Europass) [Internet] [Megnézve: 2016.03.03.]
Megtalálható:
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A32004D2241>
21. Regulation (EU) No1288/2013 Of the European Parliament and of the Council of 11 December 2013 establishing „Erasmus+”: the Union programme for education, training, youth and sport and repealing Decissions No 1719/2006/EC, No1720/2006/EC and No 1298/2008/EC. [Internet] [Megnézve: 2016.03.03.]
Megtalálható:
<http://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9f8f714d-6bfe-11e3-9afb-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/A1A>
22. About Europass.[Internet] [Megnézve: 2016.03.03.] Megtalálható:
<https://europass.cedefop.europa.eu/about>
23. Farkas É. (2013) A Lifelong learning mobilitási eszközök alkalmazási gyakorlata Magyarországon. Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Szeged,7-79. [Internet] [Megnézve: 2017.04.05.] Megtalálható:

- <http://mek.oszk.hu/13300/13359/13359.pdf>
24. Tempus Közalapítvány. [Internet] [Megnézve: 2017.04.05.] Megtalálható:
<http://www.tpf.hu/>
 25. Recommendation of the European Parliament and of the Council of 23 April 2008 on the establishment of the European Qualification Framework for lifelong learning. (Text with EEA relevance) (2008/C/111/01). Annex I. Definitions (c) [Internet] [Megnézve: 2017.03.02.] Megtalálható:
[http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ALL/?uri=CELEX%3A32008H0506\(01\)2069/2008.\(VI.6.\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ALL/?uri=CELEX%3A32008H0506(01)2069/2008.(VI.6.)) Kormány határozat az Európai Képesítési Keretrendszerhez való csatlakozásról és az Országos Képesítési Keretrendszer létrehozásáról. [Internet] [Megnézve: 2016.03.07.] Megtalálható:
http://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/LLL/mkkr/2069_2008_kormanyhatározat.pdf
 26. 1004/2011.(I.14.) Kormány határozat az Országos Képesítési Keretrendszer létrehozásáról és bevezetéséről. [Internet] [Megnézve: 2016.03.07.] Megtalálható:
http://oktatas.hu/pub_bin/dload/LLL/mkkr/1004_2011_kormanyhatározat.pdf
 27. 1229/2012. (VII.6.) Kormány határozat a Magyar Képesítési Keretrendszer bevezetéséhez kapcsolódó feladatokról, valamint az Országos Képesítési Keretrendszer létrehozásáról és bevezetéséről szóló 1004/2011. (I.14.) Korm. határozat módosításáról. [Internet] [Megnézve: 2016.03.07.] Megtalálható:
http://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/LLL/mkkr/1229_2012_korm_hatarozat_MK.pdf
 28. Az Egészségtudományi képzési terület tanulási eredmény alapú, szintleíró kimeneti jellemzői 6. szint. [Internet] [Megnézve: 2016.03.07.] Megtalálható:
http://www.mrk.hu/wp-content/uploads/2015/06/044_egeszseg_plakat_6szint_JAV.pdf
 29. Bíró Á, Fercsik E, Hegedűs A, T. Somogyi M, Csernicskó I, Lanstyák I, Péntek J, Szilágyi NS, Tóth L, Villó I. Magyar Értelmező Kéziszótár. In: Gerstner K, Juhász J, Kemény G, Szőke I, Váradi T (szerk.), Magyar Értelmező Kéziszótár. Akadémiai kiadó, Budapest, 2003: p1374.
 30. Csóka M, Vingender I, Mészáros J. (2008) Tantervreform az egészségügyi felső-

- oktatásban. *Nővér*, 21(2): 29-36. p31.
32. Bíró Á, Fercsik E, Hegedűs A, T. Somogyi M, Csernicskó I, Lanstyák I, Péntek J, Szilágyi NS, Tóth L, Villó I. Magyar Értelmező Kéziszótár. In: Gerstner K, Juhász J, Kemény G, Szőke I, Váradi T (szerk.), Magyar Értelmező Kéziszótár. Akadémiai kiadó, Budapest, 2003: p646,
 33. MKKR módosított szintleíró jellemzői. A Magyar Képesítési Keretrendszer szintjei és deskriptorai. [Internet] [Megnézve: 2017.02.26.] Megtalálható: <http://www.mrk.hu/kkk-atalakitas/>
 34. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról. [Internet] [Megnézve: 2017.02.05.]
Megtalálható: <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK16116.pdf>
 35. A kreditrendszer.[Internet] [Megnézve: 2016.02.08.] Megtalálható: https://www.felvi.hu/felveteli/jelentkezes/a_magyar_felsooktatasi/Kreditrendszer
 36. A kreditrendszer kialakulása a világban. [Internet] [Megnézve: 2016.02.08.]
Megtalálható: <http://www.kreditlap.hu/kredit/vilag.asp>
 37. Szitás J. A kreditrendszer kialakulása a felsőoktatásban, bevezetése Magyarországon, hasznosítható tapasztalatok a szakképzés számára. 2003: 1-39.
[Internet] [Megnézve: 2016.02.10.] Megtalálható: http://konyvtar.nive.hu/files/A_kreditrendszer_kialakulasa_az_europai_felsooktatásban.doc
 38. Derényi A, Simon M. Tanulásszervezés, tudáselismerés és átjárhatóság a felsőoktatásban. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest, 2016: 9-14.
 39. Pálvölgyi K. Tuning Educational Structures in Europe. Esettanulmány az oktatási innovációk születésének és terjedésének dinamikájáról 2016: 2-14. [Internet] [Megnézve: 2017.03.02.] Megtalálható: https://halaszg.ofi.hu/download/Innova_Palvolgyi.pdf
 40. 200/2000. (XI.29.) Kormányrendelet a felsőoktatási tanulmányi pontrendszer (kreditrendszer) bevezetéséről és az intézményi kreditrendszerek egységes nyilvántartásáról. [Internet] [Megnézve: 2017.05.06.] Megtalálható:

- http://www.art.pte.hu/sites/www.art.pte.hu/files/files/menuk/dokument/admin/szabalyzatok/torveny/06_kreditrendelet.pdf
41. 107/1995. (XI.4.) Országgyűlés határozat a felsőoktatás fejlesztésének irányelveiről.[Internet] [Megnézve:2016.02.10.] Megtalálható:
www.mkogy.jogtar.hu/?page=show&docid=995h0107.OGY:
 42. 77/2002. (IV.13.) Kormányrendelet a felsőoktatási alapképzési szakok képesítési követelményeinek kreditrendszerű képzéséhez illeszkedő kiegészítéséről. [Internet] [Megnézve: 2017.03.02.] Megtalálható:
<http://docplayer.hu/3482962-77-2002-iv-13-korm-rendelet-a-felsooktatasi-alapkepzesi-szakok-kepzesesi-kovetelmenyeinek-kreditrendszeru-kepzeshez-illeszkedo-kiegesziteserol.html>
 43. Balázs P. Generale Normativum in Re Sanitatis 1770 Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete. Magyar Tudománytörténeti Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Piliscsaba-Budapest, 2004: 10-47.
 44. Feith HJ, Gradwohl E, Váczi A, Balázs P. (2014) Betegek jogi helyzete a paramedikális dolgozók XVIII-XIX. századi szabályozásában. Kaleidoscope. 5(9): 102-116.
 45. Balázs P.(2001) Az orvos és a közhatalom. Lege artis med,11(6-7) 502-509.
 46. John A. (2002) A közigazgatás szerepe és felelőssége a közegészségügyi-járványügyi feladatok végrehajtásában. Egészségtudomány, 46: 3-18.
 47. Kertai P, Lun K. 250 éves a magyar tisztiorvosi szolgálat. [Internet] [Megnézve: 2017.05.10.] Megtalálható:
http://teszt.antsz.hu/print/http://teszt.antsz.hu/bal_menu/bemutatkozas/antsz_tortene/kertai_lun.html
 48. Somogyi L. A Tisztiorvosi Szolgálat Pest Megyében a Dualizmus második felében. [Internet] [Megnézve: 2017.02.16.] Megtalálható:
http://orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/pdf/4.20.6/somogyi_tisztiorvosi_szolg.pdf
 49. Lomnici Z. (2011) A közegészségügy kialakulásának történeti vizsgálata a kezdetektől a XVIII. századig. Kaleidoscope 2(2): 68-75.
 50. 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről. 143.§. [Internet] [Megnézve: 2017.02.16.] Megtalálható:

<https://1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5727>).

51. Molnár L. (szerk.) A Semmelweis Egyetem története.[Internet] [Megnézve: 2017.02.16.] Megtalálható:
<http://semmelweis.hu/az-egyetemrol/az-egyetem-tortenete/a-semmelweis-egyetem-tortenete/>
52. Kertai P. (1999) A magyar tisztiorvoslás 250 esztendeje. Bp. közeü., 31(4): 305-312.
53. Feith HJ, Balázs P. (2012) Magyar egészségügyi hatósági igazgatás szervezeti modelljei a XVIII. századtól napjainkig. Kaleidoscope, 3(4): 152-162.
54. Szovjet anyag. Adatok a felcserek szervi határozványaihoz. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest.
55. Német Demokratikus Köztársaság kormánya Egészségügyi Minisztérium: Utasítás orvos-segédtek kiképzésére. Berlin. 1952. Augusztus 12. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest.
56. Sinka M, Kádár L, Tóth T, Domján Gy. (2014) Az orvossegédképzés Magyarországon. IME: Interdiszciplináris Magyar Egészségügy/Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 18(8): 40-48.
57. Molnár E. (1947) A 3 éves terv egészségügyi feladatai. Egészségvédelem 1(1): 1-8.
58. Vilmon Gy. (1954) Közegészségügyünk új szervezeti formái. Népegészségügy, 35(4): 90-91.
59. Vilmon Gy. (1956) Közegészségügyi szervezetünk és annak értékelése. Népegészségügy, 37(2): 48-55.
60. Tóth B. (1960) A közegészségügyi és járványügyi munka 15 éves fejlődése. Népegészségügy, 41(4): 92-93.
61. Kádár T. (1954) A közegészségügyi- járványügyi hálózat átszervezésének és fejlesztésének elvi kérdései. Népegészségügy, 35(4): 97-101.
62. Bíró Á, Fercsik E, Hegedűs AT, Somogyi M, Csernicskó I, Lanstyák I, Péntek J, Szilágyi NS, Tóth L, Villó I. Magyar Értelmező Kéziszótár. In: Gerstner K, Juhász J, Kemény G, Szőke I, Váradi T (szerk.), Magyar Értelmező Kéziszótár. Akadémiai kiadó, Budapest, 2003: p359.
63. Bíró Á, Fercsik E, Hegedűs AT, Somogyi M, Csernicskó I, Lanstyák I, Péntek J,

- Szilágyi NS, Tóth L, Villó I. Magyar Értelmező Kéziszótár. In: Gerstner K, Juhász J, Kemény G, Szőke I, Váradi T (szerk.), Magyar Értelmező Kéziszótár. Akadémiai kiadó, Budapest, 2003: p1019.
64. 23/1957. (EÜ. K.11.) Eü. M. számú egészségügyi miniszter utasítás az orvosfelcserképző iskola tanulmányi idejének, valamint a képesítő vizsga anyagának és rendjének megállapítása tárgyában. [Internet] [Megnézve: 2014.08.05.]
Megtalálható: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1957-23>.
65. 43/1960.(Eü. K. 24.) Eü. M. számú egészségügyi miniszter utasítás az orvosfelcserek nyilvántartásba vételéről. [Internet] [Megnézve: 2014.09.05.]
Megtalálható: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1960-43.pdf>.
66. Horváth G. OSI összefoglaló. (2000) Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1-3.
67. Horváth G. San Marco hercegné és az Irgalom Háza. In: Jurányi R (szerk.), Közegészségügyi-járványügyi felsőfokú felügyelőképzés Jubileumi évkönyv 1975-1995. HIETE, Budapest, 1995: 19-38.
68. Búza D, Károlyi Gy. A San Marco Hercegné által alapított Irgalom Háza története alapításától 1980-ig. Kézirat. Magyar Nemzeti Múzeum – Semmelweis Múzeum Orvostörténeti Könyvtár és Levéltár, Budapest, 1981: 1-4.
Fond név: A San Marco hercegné által alapított Irgalom Házának iratai. Törzsszám: 13. Doboz sorszám: 283.
69. Tervezet az Orvos-segédképző Iskola rendtartásához. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1-43.
70. Munkanapló 1954.V.29.-től 1954. okt.4.-ig. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1-272.
71. Orvos-segédképző Iskola Munkaterv 1953/54. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1-76. p.1-5.
72. Orvos-segédképző Iskola Munkaterv 1954/55. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1-76.
73. Orvos-segédképző Iskola Munkaterv 1953/54. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1-76. p. 6.
74. Orvos-segédképző Iskola Munkaterv 1953/54. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1-76.

75. Orvos-segédképző Iskola Munkaterv 1953/54. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1-76. p.7.
76. Munkanapló 1953.XII.3.-tól 1954.V.28.-ig. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1-324.
77. Orvos-segédi oklevelek. Érettségi jegyzőkönyvek. Anyakönyvek 1953-1958. Kézirat. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest.
78. Diákok által írt levél. Dr. Román József Eü. Miniszter Elvtársnak, helyben Budapest, 1956. március 30. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1956: 1-2
79. Levelező orvossegéd oklevél. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, kiadás évszám nem ismert.
80. Egészségügyi Minisztérium Statisztikai osztálya. (1958) Statisztikai adatok Magyarország 1957. évi közegészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 39(8-9): 216-243.16. sz. táblázat
81. Egészségügyi Minisztérium Statisztikai osztálya. (1959) Statisztikai adatok Magyarország 1958. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 40(8): 197-225. 16. táblázat.
82. Sövényi F, Stipkovits S. (2007) Az egészségügyi szakképzés rövid története 1945-2006 (Morzsák a múltból). Nővér, 20(1): 4-80., XVII. táblázat. p.60.
83. 3100-3/1954.(Eü.K. ápr.rk.) Eü. M. számú utasítás az egészségügyi dolgozók fizetésrendezéséről szóló 524/8/1954. számú minisztertanácsi határozat végrehajtása tárgyában. 648-652. Egészségügyi jogszabályok gyűjteménye. 6. köt. Budapest, 1954. Eü. kiadó p.229
84. Három éves orvosfelcserképzés tantervezete valamint az Egy éves rövidített orvosfelcserképzés tanterve. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1952.
85. Bartha F. (1960) A felszabadulás 15 éve az egészségügyi felső- és középfokú oktatásban. Népegészségügy, 41(4): 102-108.
86. Egészségügyi Minisztérium 1957. évi Statisztikai jelentése. Országos Egészségtudományi Szakkönyvtár, Budapest, [1958] p. 29.
87. 42/1960.(Eü. K.24.) EüM. számú egészségügyi miniszter utasítása a közegészségügyi-járványügyi ellenőrök szakképesítéséről.
[Internet][Megnézve: 2014.09.05.] Megtalálható:
http://mediatar.eti.hu/upload/j/1960_42.pdf

88. A közegészségügyi-járványügyi ellenőr tanfolyam Esküokmány. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, kiadás évszám nem ismert.
89. Közegészségügyi-járványügyi ellenőri tanfolyam tanterve és tematikája. /régí/. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest, 1959.
90. Fodor József Állami Egészségügyi Szakiskola közegészségügyi-járványügyi ellenőr szakának 1969/70 tanévre jóváhagyott tanterve. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest.
91. Fodor József Állami Egészségügyi Szakiskola közegészségügyi-járványügyi ellenőr szak 1966-68-as évfolyam képesítő vizsga jegyzőkönyv. SE-ETK Tanszéki archívum, Budapest.
92. Endrőczy E. Az Orvostovábbképző Intézet 25 éves története. In: Endrőczy E (szerk.) Az Orvostovábbképző Intézet Huszonöt éve 1956-1981. Zrínyi, Budapest, 1981: 16-23.
93. A Minisztertanács 1046/73.(XII.29.) számú határozata az Orvostovábbképző Intézet keretében működő karokról.[Internet] [Megnézve: 2014.09.05.] Megtalálható: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1973-1046.pdf>
94. Szabó B (szerk.) Semmelweis Egyetem 2003/2004 Tanévkönyve. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2003: 257-403.
95. Endrőczy E. Az Orvostovábbképző Intézet Huszonöt éve 1956-1981. Zrínyi, Budapest, 1981: 79-84.
96. Krasovec F, Molnár F (szerk.) A Semmelweis Egyetem részletes története. [Internet] [Megnézve: 2015.09.27.] Megtalálható: <http://semmelweis.hu/az-egyetemrol/az-egyetem-tortenete/a-semmelweis-egyetem-tortenete>
97. A Minisztertanács 1035/1975.(XII.10.). számú határozata az Orvostovábbképző Intézet keretében működő karokról szóló 1046/1973. (XII.29.) Mt.h. számú határozat módosításáról. [Internet][Megnézve: 2014.09.05.]
Megtalálható: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1975-1035.pdf>
98. Sinka M, Kádár L, Barcs I, Domján Gy. (2014) 40 years of education of diplomaed public health professionals in the Semmelweis University Faculty of Health Sciences and its predecessors. *New Medicine*, 18(4): 156-161.
99. Az Egészségtudományi Kar vezetői. In: Polgár V, Nagy ZZs. (szerk.), Jubileumi

- Évkönyv Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar 1975-2015. Semmelweis, Budapest, 2015: p53.
100. A Kar története. [Internet] [Megnézve: 2014.11.25.] Megtalálható: <http://www.se-etk.hu/>
 101. 13/1976 (IX.14) EÜ M-OM számú együttes rendelet az egészségügyi szakiskolai végzettség alapján szerezhető főiskolai képesítésről. [Internet][Megnézve: 2014.09.05.] Megtalálható: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1976-13.pdf>.
 102. Zsiga L. A Közegészségtani- Járványtani Intézet kialakulásának folyamata és jelenlegi tevékenysége. In: Jurányi R (szerk.) Közegészségügyi-járványügyi felsőfokú felügyelőképzés. Jubileumi évkönyv 1975-1995. HIETE, Budapest, 1995: 6-18.
 103. Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar Közegészségügyi-járványügyi ellenőrképző Szak Tantervi irányelvek. Tanterv. Az Oktatási Minisztérium 53.389/1975. (X. számú) egyetértésével 1979. augusztus 31.-ig érvényes. OTKI, Budapest, 1975: 3-11.
 104. Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar Tanulmányi és vizsgaszabályzata. OTKI, Budapest, 1978: 1-13.
 105. Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar Közegészségügyi-járványügyi ellenőrképző Szak Tantervi irányelvek. Tanterv. Művelődésügyi Minisztérium 12986/1982. számú egyetértésével 1982/83. tanévtől érvényes. OTKI, Budapest, 1982: 1-14.
 106. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Közegészségügyi-járványügyi Ellenőrképző Szak 1989-90. tanévtől érvényes Tanterv. Orvostovábbképző Egyetem, Budapest, 1989.
 107. Zsiga L. A Közegészségtani- Járványtani Intézet kialakulásának folyamata és jelenlegi tevékenysége. In: Mészáros J (szerk.), Az Egészségügyi Főiskola Jubileumi Évkönyve 1975-1995, (Főiskolai Kar jubileumi évkönyve) HIETE, Budapest, 1995: 67-70.
 108. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Közegészségügyi-járványügyi ellenőrképző Szak Katonai higiénikus képesítés Tanterv Érvényes: 1990-91. tanévtől. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1990.

109. 1991. évi XI. tv. az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról. [Internet][Megnézve: 2015.06.14.] Megtalálható: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100011.Tv
110. 7/1991.(IV.26.) NM. rendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szervezetéről és működéséről. [Internet][Megnézve: 2015.07.18.] Megtalálható: <http://www.medimagister.hu/data/upload/docstore/NM1991.7pdf>
111. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Közegészségtani - Járványtani Intézet. Közegészségügyi –járványügyi felügyelő Tanterv 1993/94. Érvényes: 1993. április 22. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1993.
112. Közegészségügyi-járványügyi felügyelő (4 éves képzés) indoklása és feltételei. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1993: 1-5.
113. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Közegészségtani - Járványtani Intézet. Közegészségügyi - járványügyi felügyelő Tanterv Érvényes: 2000-2001. tanévtől. In: Plichta A (szerk.), Tájékoztató 2000-2001. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2000: 102-103.
114. 1993. évi LXXX. törvény a felsőoktatásról. [Internet] [Megnézve: 2015.07.30.] Megtalálható: http://www.nefmi.gov.hu/letolt/felsoo/ftv_20051101.pdf
115. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Kreditrendszerű tanulmányi és vizsgaszabályzata. (2002) Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2.§(1).(2).
116. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Közegészségügyi-járványügyi felügyelő szak Tanterv. A Kari tanács elfogadta: 2002. május 9.-i ülésen. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2002.
117. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Kreditrendszerű tanulmányi és vizsgaszabályzata. (2002) Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 4.§(3).
118. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar (EFK) In: Bús Á (szerk.), Tanévkönyv. Semmelweis Egyetem. 2006/2007. Budapest. Semmelweis, Budapest, 2006: 190-191., p212.
119. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Egészségügyi gondozás

- és prevenció szak, Népegészségügyi felügyelő szakirány Tanterv. Kari Tanács elfogadta 2/2005.Eü. FKT. sz. határozatával (2005.03.05.) Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2005.
120. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Egészségügyi gondozás és prevenció szak, Népegészségügyi ellenőr szakirány Tanterv.
Kari Tanács 10/2009.(V.21.) ETK. KT. számú határozatával elfogadott, majd 19/2009.(VI.15.) ETK. KT és 33/2009.(IX.17.) ETK. KT. számú határozataival módosított tanterv. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2009.
121. 20/2009.(VI.18.) EüM rendelet, az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimum feltételeiről és felügyeletéről.[Internet] [Megnézve: 2015.07.13.] Megtalálható:
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900020.EUM
122. Barcs I, Domján Gy. (2012) A klinikai epidemiológia beépítése a népegészségügyi ellenőr képzésbe. IME:Interdiszciplináris Magyar Egészségügy/Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 11(8): 15-19.
123. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Egészségügyi gondozás és prevenció szak, Népegészségügyi ellenőr szakirány Tanterv. A Kari Tanács 44/2011.(IX.15.) ETK. KT. számú határozatával elfogadott, majd a 3/2012.(II.02.) ETK. KT számú és a 39/2012.(IX.06.) ETK. KT. számú határozataival módosított tanterv. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2011.
124. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Egészségügyi gondozás és prevenció szak, Népegészségügyi ellenőr szakirány Tanterv.
A Kari Tanács 18/2013. (VIII.29.) ETK. KT. számú határozatával elfogadott, majd a 21/2014.(VII.03.) ETK. KT. számú határozatával módosított tanterv. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2013.
125. Főiskolai szintű képzés időtartama alatt végzett közegészségügyi-járványügyi szakemberek létszáma 2015-ig. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Tanulmányi Osztály, Budapest, 2015.
126. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Tanulmányi és Vizsgaszabályzata 2015. május 15-től. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2015: 24.§.47. pont.

- 419.
127. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar. (ETK) In: Rigó K (szerk.), Tanévkönyv. Semmelweis Egyetem. 2012/2013. Budapest. Semmelweis, Budapest, 2012: 212.
128. Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék. In: Bús Á (szerk.), Tanévkönyv. Semmelweis Egyetem. 2009/2010. Budapest. Semmelweis, Budapest, 2009: 236.
129. 15/2006.(IV.3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről. [Internet] [Megnézve: 2016.04.10.] Megtalálható: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=102184.263634
130. Sinka M, Domján Gy, Barcs I. (2017) A közegészségügyi szakemberek kompetenciaszintje és elhelyezkedési lehetőségeinek változásai. IME: Interdiszciplináris Magyar Egészségügy/Informatika és Menedzsment az Egészségügyben,16(3): 24-30.
131. 8200-12/1954. Eü. M. számú utasítás a közegészségügyi-járványügyi állomások szervezésére, valamint az állomások és az állami közegészségügyi felügyelet együttműködésének szabályozása tárgyában. Egészségügyi közlöny, 1954, 24. 246-250.
132. 8021/1983.(Eü. K.23.) EüM tájékoztató az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán végzetek munkaköri feladatairól. Hatályos Egészségügyi jogszabályok gyűjteménye 1947-1989. Pallas, 1989: 1407-1413.
133. Szabó E. Népegészségügy múlt, jelen, jövő. (2011) [Internet][Megnézve:2015.07.13.] Megtalálható: http://docs.kmcongress.com/jaro2011/szabo_eniko.pdf
134. 36/1996. (III.5.) Kormányrendelet az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről. Népegészségügyi felügyelő alapképzési szak.[Internet] [Megnézve: 2015.06.11.] Megtalálható: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1996-36.pdf>
135. 166/2003. (X.21.) Kormányrendelet az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről szóló 36/1996. (III.5.) Kormányrendelet módosításáról. [Internet] [Megnézve: 2015.06.24.] Megtalálható: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/2003-166.pdf>
136. 2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról.[Internet] [Megnézve:

2017.02.03.] Megtalálható:

https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100204.TV

137. 15/2006.(IV.3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről. 2. sz. melléklet. IX. 2. 7. Egészségügyi Gondozás és prevenció alapképzési szak célja, közös kompetenciák, specifikus kompetenciák.
[Internet] [Megnézve: 2016.04.10.] Megtalálható:
http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=102184.263634
138. Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010. Egészségügyi Közlöny, 2001, 51(16) 2237-2324.
139. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról. 3. sz. melléklet. VIII. 2.7. A képzési szak célja. [Internet] [Megnézve: 2017.02.05.] Megtalálható:
<http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK16116.pdf>
140. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról. 3. sz. melléklet. VIII. 2.7.1.1. Közös kompetenciák.[Internet] [Megnézve: 2017.02.05.] Megtalálható: <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK16116.pdf>
141. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról. 3. sz. melléklet. VIII. 2.7.1.2. Népegészségügyi ellenőr sajátos képzési és kimeneti követelmények. [Internet] [Megnézve: 2017.02.05.] Megtalálható:
<http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK16116.pdf>
142. Kertai P, Paller J. (2014) A Tisztiorvosi Szolgálat 22 éve – a megalakulástól napjainkig. Egészségtudomány, 58(2): 9-18.
143. Sinka M, Barcs I, Domján Gy, Soósné Kiss Zs. (2016) Views of students of public health inspector training on further studies and employment opportunities.

- New Medicine, 20(3): 92-99.
144. Endrőczy E, Farádi L, Kádár T. Az Orvostovábbképzés fejlődése a felszabadulás után. Az Orvostovábbképző Intézet létesítése és működése. In: Brencsán J (szerk.), 100 éves a Magyar orvostovábbképzés 1883-1983. Medicina, Budapest, 1983: 55-68.
 145. Valkovics E. (1999) Halandóság a második világháború után. Statisztikai Szemle 77(1): 16-36.[Internet] [Megnézve: 2017.03.05.] Megtalálható: http://www.ksh.hu/statszemle_archive/1999/1999_01/1999_01_016.pdf
 146. Popov, B.V. (1954) A körzeti felcser (orvos-segéd) szerepe a mezőgazdasági sérülések elleni küzdelem megszervezésében. Népegészségügy, 7: 175-178.
 147. Kórfy L. (1956) A Heves megyei KÖJÁL munkájának megszervezése. Népegészségügy, 37(4): 107-108.
 148. Strasser L. (1962) A higiénikus középkaдерképzés időszerű kérdései. Népegészségügy, 43(2): 49-52.
 149. Jurányi R. A Közegészségügyi-járványügyi felügyelőképzés két évtizede. In: Jurányi R (szerk.) Közegészségügyi-járványügyi felsőfokú felügyelőképzés. Jubileumi évkönyv 1975-1995. (Közegészségtani- Járványtani Intézet jubileumi évkönyve) HIETE, Budapest, 1995: 48-73.
 150. Pápay D. Közegészségügyi-járványügyi hálózat. Tanulmányok a Magyar egészségügy történetéből 1945-1990-ig. Országos Egészségtudományi Szakkönyvtár, [1998] 27. tanulmány, 6 számozott oldallal, 1-6.
 151. Kertai P. (2012) Húsz éves az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat- a kezdetek. Egészségtudomány, 56(4): 7-15.
 152. Balázs P. (2008) Népegészségügy Magyarországon a XVIII. század és a belátható jövő között. Egészségtudomány, 52(2): 14-28.
 153. Derényi A. A képesítések és képzések változtatása, a tanítás és tanulás fejlesztése. In: Berács J, Derényi A, Kádár CsP, Kováts G, Polónyi I, Temesi J (szerk.): Magyar Felsőoktatás 2016 Stratégiai helyzetértékelés. Budapesti Corvinus Egyetem Nemzetközi Felsőoktatási Kutatások Központja, Budapest, 2017: 39-45.
 154. Pittet D. (2005) Infection control and quality health care in the new millenium. Am J Infect Control, 33: 258-267.
 155. Broex ECJ, van Asselt ADI, Bruggemann CA, van Tiel FH. (2009) Surgical Site

- infections: How high are the costs. *J Hosp Infect*, 72: 193-201.
156. Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem Marosvásárhelyi Kar, Alkalmazott Társadalomtudományok Tanszék, Közegészségügyi Szolgáltatások és politikák Szak. [Internet] [Megnézve: 2017.03.20.] Megtalálható: <http://www.ms.sapientia.ro/hu/alapkepzesrol-bovebben/alapkepzesi-tanulmanyi-programjaink>)
157. PLAN DE ÎNVĂȚĂMÂNT începând cu anul universitar 2014-2015 Universitatea Sapientia din Cluj-Napoca. [Internet] [Megnézve: 2017.03.20.] Megtalálható: https://kozegeszsegugy.sapientia.ro/media/documents/Tanerv_Kozeg_2014-2015.pdf
158. Ordin nr. 4430 din 29/06/2009 privind utilizarea Cadrului national al calificarilor din invatamantul superior Ministerul Educatiei, Cercetarii si Inovarii Hivatalos Közlöny 545-ös szám. 2009. augusztus 5.
159. Comisia de specialitate Nr.5: Stiinte administrative, ale educatiei si psihologie. [Internet] [Megnézve: 2017.03.20.] Megtalálható: http://www.aracis.ro/fileadmin/ARACIS/Comunicate_Media/2016/Standarde_specifice_consultare/5._Standarde_ARACIS-_Comisia_5._Sitiinte_administrative__BEX.pdf
160. Ádány R. (2012) A népegészségügyi képzés és szakember ellátottság helyzete Magyarországon. *Népegészségügy*, 90(2): 96-103. p98.
161. Az Egészségügyi gondozás és prevenció szak bemutatása. [Internet] [Megnézve: 2015.07.23.] Megtalálható: <http://www.se-etk.hu/magyar/oktat/bsc/gondozas.pdf>
162. European Commission: Making a European Area of Lifelong Learning a Reality. Brussel, European Commission, 2001. [Internet] [Megnézve: 2017.04.20.] Megtalálható: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0678:FIN:EN:PDF>

11. Saját publikációk jegyzéke

A disszertációhoz kapcsolódó közlemények

1. Sinka M, Kádár L, Tóth T, Domján Gy. (2014) Az orvossegéd képzés Magyarországon. IME: Interdiszciplináris Magyar Egészségügy/Informatika és menedzsment az egészségügyben, 13(8): 40-48.
2. Sinka M, Kádár L, Barcs I, Domján Gy. (2014) 40 years of education of diplomaed public health professionals in the Semmelweis University Faculty of Health Sciences and its predecessors. *New Medicine* 18(4):156-161.
3. Sinka M, Barcs I, Domján Gy, Soósné K. Zs. (2016) Views of students of public health inspector training on further studies and employment opportunities. *New Medicine* 20(3): 92-99.
4. Sinka M, Domján Gy, Barcs I. (2017) A közegészségügyi szakemberek kompetencia szintje és elhelyezkedési lehetőségeik változásai. IME: Interdiszciplináris Magyar Egészségügy/Informatika és menedzsment az egészségügyben, 16(3): 24-30.

Egyéb közlemények

1. Sinka M. (2014) Teázttatás a mai közétkeztetésben, *Élelmezés* 18(1-2):12.
2. Pítás E, Sinka M, Tóth T. (2014) A cisztás fibrózisban alkalmazható cystilac tápszerrel készült ételek organoleptikai vizsgálata. *Új Diéta: A Magyar dietetikusok lapja* (2001-), 23(5): 27-29.
3. Tóth T, Mák E, Molnár Sz, Sinka M, Tóth F, Szabolcs I. (2014) Nutrition status of adult patients with cystic fibrosis. *New Medicine*, 18(2): 63-66.
4. Molnár Sz, Sinka M, Ács A. (2016) Beköszöntött az ősz...: Együnk sok zöldséget, sárgát, pirosat! *Élelmezés*, 14(10): 20-21
5. Soósné K. Zs, Keserü B, Sinka M, Lipienné K.I. (2016) Difficulties, health problems and professional support of divorced fathers living separately from their children - experiences in Hungary. *New Medicine*, 20(4): 153-161.
6. Molnár Sz, Csajbók R, Sinka M, Rozgonyi K, Bándli L, Tóth T, Rados M, Kemenczei Á, Nagy B. (2016) Current challenges faced by public catering: Public catering as a tool for behavioural education with a potential to form healthier dietary attitudes. *New Medicine*, 20(4): 130-136.

12. Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani mindazoknak, akik támogatásukkal, segítségükkel, biztatásukkal hozzájárultak a disszertáció elkészítéséhez.

Köszönettel tartozom témavezetőmnek, *Dr. Domján Gyula* professzor úrnak a kutató munka és a disszertáció elkészítése során nyújtott önzetlen segítőkészségért, hasznos javaslataiért, tanácsaiért, iránymutatásaiért. Köszönöm, a publikációk elkészítéséhez adott bátorító szavait, a megjelenésükhöz nyújtott segítséget. Köszönöm *Dr. Vingender István* dékán helyettes úrnak az idegen nyelvű publikációk megjelenéséhez kapott segítséget. Megköszönöm *Dr. Mészáros Judit* professzor asszonynak a disszertáció tartalmi és formai elkészítéséhez nyújtott útmutatásait, javaslatait. Köszönöm *Dr. Barcs István* tanészékvezető úrnak a türelmét, megértését. Köszönetem fejezem ki *Horváth Gabriella* docens asszonynak, kolleganőmnek, aki rendkívül sok, általa megőrzött korabeli alapdokumentációt adott át, bízta rám azokat. Köszönettel tartozom *Zsiga László* docens úrnak, kollegámnak az általa ugyancsak megőrzött és átadott archív anyagokért. Megköszönöm *Kádár László* adjunktus úr, kollegám értékes ötleteit. Köszönöm *valamennyi kollegám* támogatószavait, akik együtt izgultak és örültek velem az elmúlt évek egy-egy jelentős eseményeinél. Köszönettel tartozom a felmérésben részt vett *hallgatóknak* a kérdőívek kitöltésért, a kérdőívek statisztikai elemzésében nyújtott segítségért pedig az *AdWare Research Development and Consulting Ltd* munkatársának, *Müller Mónikának*. Köszönöm *Dr. Pálvölgyi Miklós* docens úrnak ugyancsak az adatok értékeléséhez adott segítségét. Köszönöm a *Kar valamennyi dolgozójának*, akik a fokozatszerzésem folyamatát figyelemmel kísérték, biztattak, *könyvtár dolgozóinak: Áncsán Gizella, Sótonyi Edit* kollegáknak, akik a publikációk nyilvántartási rendszerében adtak sok-sok segítséget. Köszönöm a *tanulmányi osztály* munkatársainak is a hallgatói létszám adatok biztosítását. Külön megköszönöm *testvéremnek, sógornőmnek* megértésüket, türelmüket, hogy most is, mint eddig az életem során mindig mellettem álltak, biztattak, támogattak. Köszönettel tartozom *páromnak*, aki tanulmányaim során végtelen türelemmel volt irántam, tanácsot adott, biztatott. Hálával tartozom *szüleimnek*, akik elindítottak pályámon, megértően és türelemmel sokszor nélkülöztek tanulmányaim során. Óvó szeretetük mindig támaszt jelentett. Munkám szüleim emlékére ajánlom.

Mellékletek**1. számú melléklet. Hallgatói kérdőív.****Tisztelt Hallgató!**

A kérdőíves felmérés a „Népegészségügyi ellenőr képzés története a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar és szakmai jogelőd Intézményeiben” PhD kutatás keretein belül történik. Célja, hogy ismereteket szerezzek a „Népegészségügyi ellenőr” képzés jelentkezésére történő motivációs tényezőkről, jelenlegi tanulmányai körülményeiről, valamint a képzést követő jövőbeli elképzeléseiről. A kérdőív kitöltése önkéntes, az adatok anonim módon kerülnek feldolgozásra és kezelésre, nem tartalmaznak azonosításra alkalmas jelzést, utalást. Kérem, hogy valamennyi feleletválasztós kérdés esetén csak egy választ jelöljön meg, kivétel, abban az esetben, amikor a kérdés mellett külön jelzésre kerül, hogy több válasz is megadható.

Válaszait előre is köszönöm.

Sinka Magdolna Főiskolai tanársegéd

Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet.
Epidemiológiai Tanszék

I. Általános Kérdések

1. **Életkor:**

2. **Nem:**

₁ Férfi

₂ Nő

3. **A Karra történő bejutás előtti lakóhelye:**

₁Magyarország

₂Más ország, mégpedig:.....

4. **A Karra történő bejutás előtti lakóhelyének jellege:**

₁Tanya

₂Falu, község, nagyközség

₃Város

₄Megyeszékhely

₅Főváros

II. Tanulmánnyal kapcsolatos kérdések

5. Jelenlegi legmagasabb iskolai végzettsége

- ₁Szakközépiskola → *Kérjük, hagyja ki a következő 2 kérdést, és a 8. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*
- ₂Gimnázium→ *Kérjük, hagyja ki a következő 2 kérdést, és a 8. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*
- ₃Főiskola, egyetem

6. Amennyiben a legmagasabb iskolai végzettsége főiskola vagy egyetem, kérjük, adja meg végzettsége képzési területét!

- ₁Egészségügyi
- ₂Gazdasági
- ₃Jogi
- ₄Agrártudományi
- ₅Természettudományi
- ₆Műszaki vagy informatikai
- ₇Bölcsészettudományi, társadalomtudományi vagy művészeti
- ₈Közigazgatási vagy rendészeti
- ₉Egyéb, mégpedig:.....

7. Amennyiben a legmagasabb iskolai végzettsége főiskola vagy egyetem, kérjük, nevezze meg végzettségét!

.....

8. Jelenlegi tanulmányainak megkezdését megelőzően volt-e már munkahelye?

- ₁Igen
- ₂Nem

8. Van-e Önnek „Népegészségügyi ellenőr” képesítésű családtagja?

- ₁Igen
- ₂Nem→ *Kérjük, hagyja ki a következő kérdést, és a 11. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

10. Amennyiben van „Népegészségügyi ellenőr” képesítésű családtagja, ez szerepet játszott-e abban, hogy Ön is erre a szakra jelentkezett?

- ₁Igen
- ₂Nem

11. A felsoroltakból válassza ki, hogy mi volt az Ön számára motiváló tényező a „Népegészségügyi ellenőr” végzettség megszerzéséhez, a képzésre való jelentkezéshez? (maximum 3 válasz adható, ebben az esetben, 1-től felfelé rangsorolja. Az 1=legfontosabb motiváló tényező, 2=fontos motiváló tényező, 3=motiváló tényező)

- ₂Érdekelt a téma
- ₃Munkaerő-piaci kilátások (pl.: elhelyezkedési-, fizetési lehetőségek)
- ₄Itt voltak a felvételi követelmények számomra kedvezőek
- ₅Jókat hallottam a szakról
- ₆Ide vettek fel
- ₇Egyéb, mégpedig:.....

12. Az eddigi tanulmányait, tapasztalatait tekintve az előbbi kérdésnél bejelölt motivációs tényezői megalapozottak voltak?

- ₁Igen, mindegyik megalapozott volt
- ₂Egy részük megalapozott volt, más részük nem
- ₃Egyáltalán nem voltak megalapozottak

13. Az eddigi tanulmányait, tapasztalatait tekintve a motivációi bővültek/kiszélesedtek-e?

- ₁Igen
- ₂Nem

14. Hol kezdte a Népegészségügyi ellenőr képzéséhez kapcsolódó tanulmányait?

- ₁A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar ezen a szakán
- ₂A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar más szakán
- ₃Más egyetem, hasonló szakán
- ₄Más egyetem más szakán

15. Az alább felsoroltak közül mely oktatási forma az Ön számára a legszimpatikusabb a tanórák keretein belül?

- ₁ Az előadás meghallgatása
- ₂ Az anyag csoportos feldolgozása
- ₃ Az anyag egyéni feldolgozása

16. A tananyag tanórán kívüli elsajátítása során a felsoroltak mely formáját részesíti előnyben?

- ₁ Egyéni felkészülést teljes mértékben
- ₂ Csoporttársakkal részben vagy teljesen közös felkészülést

17. Jelenleg tanul-e párhuzamosan?

₁Igen

₂Nem → *Kérjük, hagyja ki a következő 2 kérdést, és a 20. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

18. Amennyiben jelenleg valamilyen párhuzamos tanulmányt folytat, kérjük, adja meg annak képzési területét!

₁Egészségügyi

₂Gazdasági

₃Jogi

₄Agrártudományi

₅Természettudományi

₆Műszaki vagy informatikai

₇Bölcsészettudományi, társadalomtudományi vagy művészeti

₈Közigazgatási vagy rendészeti

₉Egyéb, mégpedig:.....

19. Amennyiben jelenleg valamilyen párhuzamos tanulmányt folytat, kérjük, nevezze meg azt a szakot, amin párhuzamos tanulmányait folytatja!

.....

20. A jelen szakirányú tanulmányainak befejezését követően tervez-e további tanulmányokat az eddigi tanulmányaihoz kapcsolódóan?

₁Igen

₂Nem → *Kérjük, hagyja ki a következő 5 kérdést, és a 26. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

₃Még nem tudom → *Kérjük, hagyja ki a következő 5 kérdést, és a 26. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

21. Amennyiben tovább tanulna, hol tervezi azt?

₁Magyarországon

₂Külföldön

₃Még nem tudom

22. Továbbtanulás esetén, mely területet választaná szívesen?

₁Az eddig tanult szakterületet → *Kérjük, hagyja ki a következő kérdést, és a 24. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

₂Kapcsolódó területet → *Kérjük, hagyja ki a következő kérdést, és a 24. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

₃Teljesen más területet

₄Még nem tudom, → *Kérjük, hagyja ki a következő kérdést, és a 24. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

23. Amennyiben továbbtanulna, de a mostanitól eltérő képzési területen, kérjük, adja meg a képzési területet!

₁Gazdasági

₂Jogi

₃Agrártudományi

₄Természettudományi

₅Műszaki vagy informatikai

₆Bölcsészettudományi, társadalomtudományi vagy művészeti

₇Közigazgatási vagy rendészeti

₈Egyéb, mégpedig:.....

24. A tervezett továbbtanulás módja?

₁Részidős képzés

₂Teljes idejű képzés (Nappali)

₃Esti

₄Még nem tudom

25. A továbbtanulás tervezett szintje?

₁PhD

₂MSC

₃BSC

₄Szakirányú továbbképzés

₅Szakképzés

₆Még nem tudom

III. Tanulmányok befejezését követő elképzelésekkel kapcsolatos kérdések

26. Rendelkezik-e már elképzeléssel, hogy mely területen szeretne dolgozni?

₁Igen

₂Nem, még egyáltalán nem gondolkodtam róla

₃Nem, még nincs elég információm a megfelelő döntéshez

27. Felveszi-e a kapcsolatot tervezett jövőbeni munkahelyével a tanulmányi ideje alatt?

₁Igen

₂Nem

₃Még nem tudom

28. Az államvizsgát követően hol tervezi a munkavégzést?

₁Magyarországon → *Kérjük, hagyja ki a következő kérdést, és a 30. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

₂Külföldön

₃Még nem tudom, → *Kérjük, hagyja ki a következő 2 kérdést, és a 31. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

29. Amennyiben külföldön tervezi a munkavégzést, mi a fő motivációja a választásának?

₁Anyagiak

₂Munkakörülmények

₃Szakmai fejlődési lehetőségek

₄Nyelvgyakorlás

₅Egyéb, mégpedig:.....

→ *Amennyiben külföldön tervezi a munkavégzést, kérjük, hagyja ki a 30. kérdést, és a 31. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

30. Magyarországi munkavállalás esetén válassza ki, hogy melyik területen dolgozna szívesen?

₁Állami szféra

₂Magán szféra

₃Még nem tudom

31. A jelenlegi tanulmányainak megfelelő munkakörben kíván-e maradni?

₁Igen

₂Nem → *Kérjük, hagyja ki a következő kérdést, és a 33. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

₃Még nem tudom, → *Kérjük, hagyja ki a következő 2 kérdést, és a 34. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!*

32. Amennyiben a jelen tanulmányainak megfelelő (szakmában) munkakörben helyezkedne el, mely területen dolgozna szívesen?

- ₁Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv
- ₂NÉBIH (Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatal)
- ₃Egészségügyi intézmény
- ₄Önkormányzat
- ₅Magánszféra
- ₆Egyéb, mégpedig:.....
- ₇Még nem tudom

→ Amennyiben a jelenlegi tanulmányainak megfelelő munkakörben kíván maradni, kérjük, hagyja ki a 33. kérdést, és a 34. kérdéssel folytassa a kérdőív kitöltését!

33. Amennyiben nem a jelen tanulmányainak megfelelő (szakmában) munkakörben helyezkedne el, akkor mely területen:

- ₁Ipar
- ₂Mezőgazdaság
- ₃Kutatás, fejlesztés
- ₄Szolgáltatás
- ₅Adminisztráció
- ₆Jog
- ₇Építészet
- ₈Oktatás
- ₉Pénzügy, bankszféra
- ₁₀Kereskedelem
- ₁₁Vendéglátás
- ₁₂IT/telekommunikáció
- ₁₃Egyéb, mégpedig:.....

34. A jelenlegi tanulmányai mellett dolgozik-e?

- ₁Igen
 - ₂Nem → Kérjük, hagyja ki a következő kérdést!
-

35. Amennyiben dolgozik, mely területen?

- ₁Egészségügy
- ₂Ipar
- ₃Mezőgazdaság
- ₄Kutatás, fejlesztés
- ₅Szolgáltatás
- ₆Adminisztráció
- ₇Jog
- ₈Építészet
- ₉Oktatás
- ₁₀Pénzügy, bankszféra
- ₁₁Kereskedelem
- ₁₂Vendéglátás
- ₁₃IT/telekommunikáció
- ₁₄Egyéb, mégpedig:.....

3. számú melléklet. Egységesített „Orvosfelcseri oklevél”. Forrás: (77)

Anyakönyvi szám:
...../195.....

ORVOSFELCSERI OKLEVÉL.

.....
aki.....19.....év.....hó.....napján született,
/Anyja neve:...../

elutazás középiskolai tanulmányait a Budapesti Orvosfelcserképző Iskolában az 19.../19...
-19.../19...iskolai években elvégezte, a képesítő vizsgabizottság előtt képesítő vizs-
gát tett a következő eredménnyel:

Magyar nyelv és irodalom.....	Közegészségtan.....
Történelem.....	Járványtan-Mikrobiológia.....
Matematika.....	Parazitológia-Fertőtlenítéstan.....

Az orvosfelcserképző iskolai tanulmányai folyamán a többi tantárgyból az alábbi előme-
netelt tanúsította:

Latin.....	Anatómia.....
Földrajz.....	Belgyógyászat.....
Fizika.....	Élettan.....
Kémia.....	Sebészet.....
Testnevelés.....	Születés-Nőgyógyászat.....
	Gyermekgyógyászat.....
	Ápóllástan.....
	Elsősegélynyújtás.....
	Egészségügyi szervezés.....

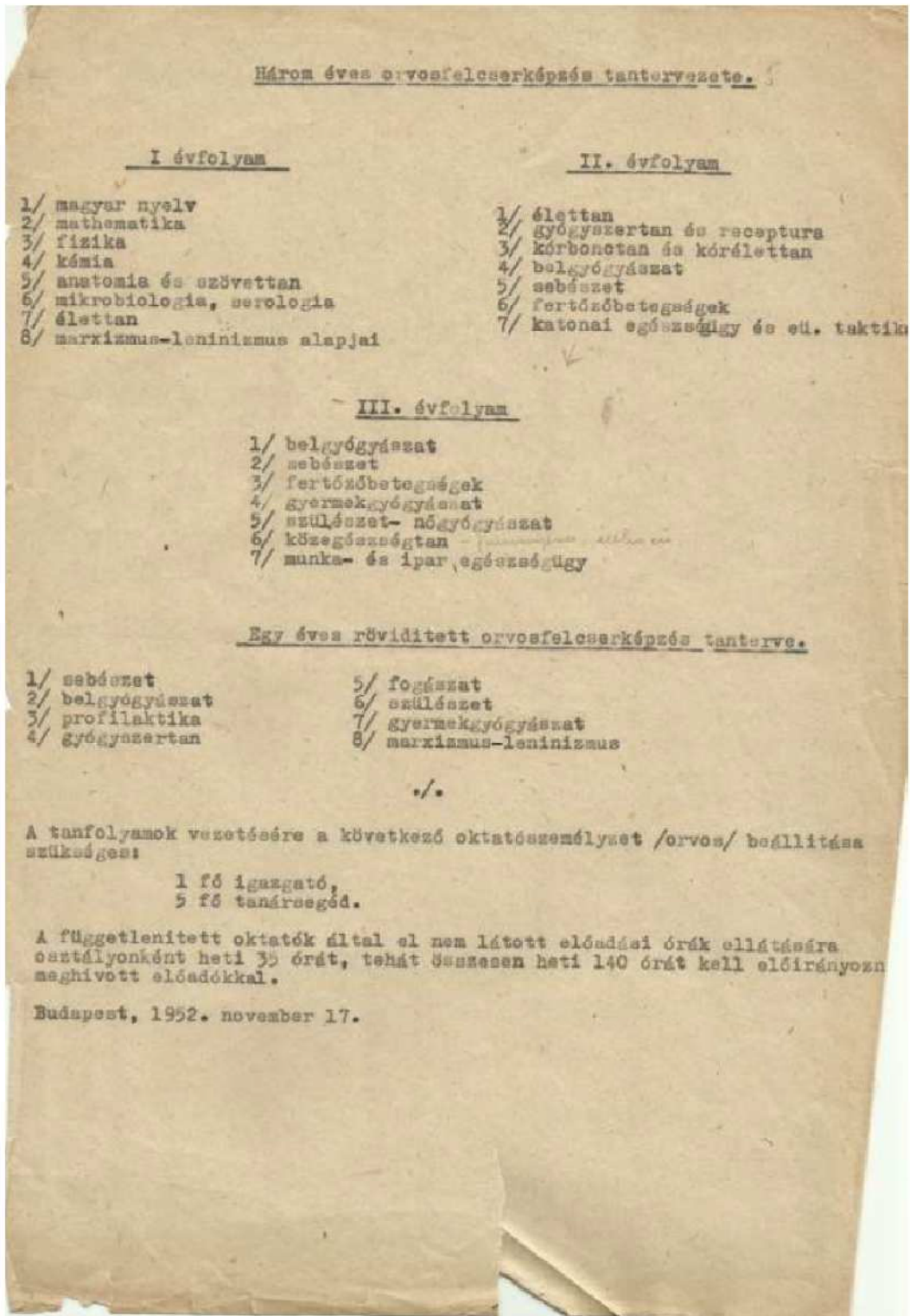
A fentiek szerint a szabályszerű követelményeknekmegfelelt.
Ez az oklevél a 23/1957./E.M.E.11./ E.M.N. számú utasítás értelmében orvosfelcseri állás
ellátására, továbbá az orvostudományi egyetem orvosi, fogorvosi és gyógyszerészeti ka-
rán továbbtanulásra jogosít.

Kelt Budapesten, 19.....évi.....hó.....n.

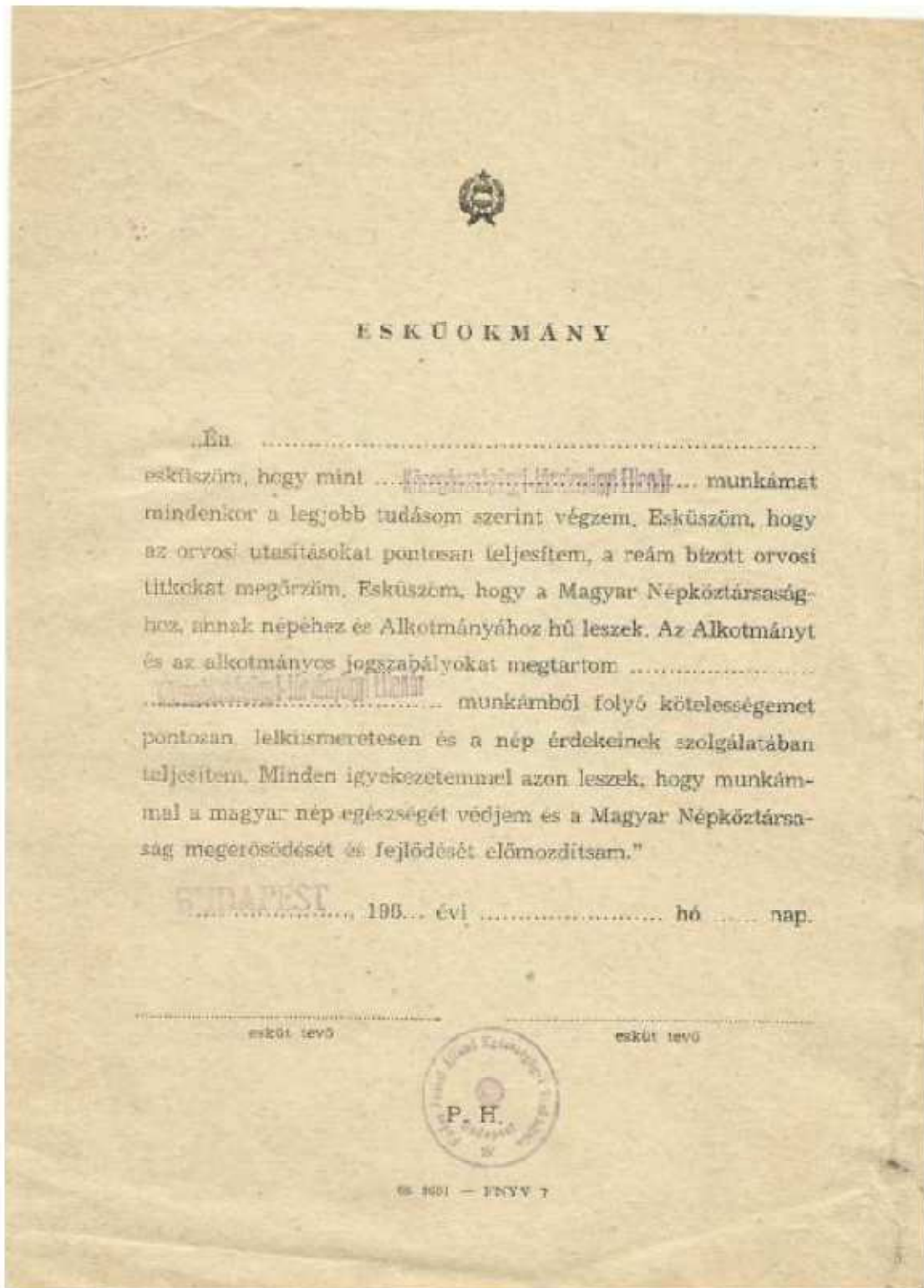
..... P.H.
társelnök elnök

.....
igazgató

4. számú melléklet. „Három éves orvosfelcser-képzés tantervezete” valamint az „Egy éves rövidített orvosfelcserképzés tanterve”. Forrás: (84)



5. számú melléklet. Közegészségügyi-járványügyi ellenőr tanfolyam
„ESKÜOKMÁNY” az 1960-as években. Forrás: (88)



6. számú melléklet. Szakmai tárgyak körében történt változások a kredit alapú képzés bevezetéséig. Forrás: (84) (89-90) (103) (105-106) (111) (116)

Képzési forma	Képzés célját tekintve az oktatott, kizárólag szaktantárgyak	
Orvos-segédképzés	3 éves képzés	anatómia és szövettan, élettan, kórbonctan, kórélettan, belgyógyászat, sebészet, gyógyszerteran, mikrobiológia, közegészségtan, fertőzőbetegségek járványtan, bőr és nemi kórtan, orr- fül-, gége, fogászat, szemészet, gyermekgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat
Középfokú 2 éves képzés	1959	anatómia-élettan, kórtan, mikrobiológia, elsősegélynyújtás, település egészségügy és gyakorlat, parazitológia, fertőtlenítéstan, általános és részletes járványtan, munkaegészségügy és gyakorlat, élelmezés egészségügy és gyakorlat, közigazgatási alapismeretek, egészségügyi szervezés és felvilágosítás
	1969/1970	<u>+ tárgyak/új tárgyak:</u> egészségügyi statisztika, egészségügyi szervezés, egészségügyi felvilágosítás, külön klinikai és mikrobiológiai gyakorlat, egészségügyi műszaki ismeretek, ügyviteli ismeretek, higiénés laboratóriumi gyakorlat
Főiskolai szintű képzés a kredit alapú képzés bevezetéséig	1975/1976	mikrobiológia-járványtan, település egészségtan, élelmezés egészségtan, munkaegészségtan, társadalom orvostan és egészségügyi szervezés közegészségügyi-járványügyi ellenőrök részére, jogi és igazgatási ismeretek, gyermek és ifjúság egészségtan, sugáregészségtan, közegészségügyi műszaki-orvostechnikai és technológiai ismeretek, egészségnevelés
	1982/1983	<u>+ tárgyak/új tárgyak:</u> toxikológia, állampolgári jogi és igazgatási ismeretek, társadalom egészségtan, fertőtlenítés és sterilizálás, egészségre káros rovarok és rágcsálók elleni védekezés <u>tantárgymegnevezés változás/bővülés:</u> mikrobiológia-immunitástan-parazitológia, általános és részletes járványtan és járványügy, település és környezet egészségtan, élelmezés és táplálkozás egészségtan
	1989/1990	<u>+ tárgyak/új tárgyak:</u> belgyógyászat-alkalmazott gyógyszerteran, közegészségügyi-jogi ismeretek <u>tantárgymegnevezés változás/bővülés:</u> pszichológia-pedagógia-egészségnevelés, társadalom egészségtan egészségügyi szervezés, dezinfekció-dezinszekvizáció-deratizáció, élelmezés egészségtan
	1993/1994	<u>+ tárgyak/új tárgyak:</u> informatika-adatfeldolgozás, belgyógyászat, nép-egészségtan, ápolási alapismeretek, nosocomiális fertőző betegségek <u>tantárgymegnevezés változás/bővülés:</u> pszichológia, egészségpedagógia, <u>általános toxikológia</u> , közegészségügyi-jogi és igazgatási ismeretek

	2002/2003	+ <u>tárgyak/új tárgyak</u> : nem fertőző betegségek járványtana, élelmiszerbiztonság, egészségvédelem, kémiai biztonság <u>tantárgymegnevezés változás/bővülés: közegészségügyi-jogi igazgatási ismeretek.</u>
--	------------------	--

7. számú melléklet. Az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 15/2006.(IV.3.) OM rendelet alapján az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakon elvárt közös kompetenciák (népegészségügyi ellenőr és védőnők). Forrás: (137)

Szintek leíró jel- lemzői	Népegészségügyi ellenőr és Védőnő közös kompetenciák
Ismerik	<ul style="list-style-type: none"> • „Az egészségügyi kockázatokat hordozó helyzeteket, a baleset-megelőzési eljárásokat; • az egészséges emberi szervezet alapvető biológiai és pszichológiai működését; • az egészségmagatartás meghatározóit; • az egészségügyi rendszer felépítését és működésének elemeit”.
Képessék	<ul style="list-style-type: none"> • „Sürgős szükség esetén elsősegélyt nyújtani; • az idegen nyelvű szakirodalomban tájékozódni; • a megfelelő helyes és szakmai kommunikációra; • a számítástechnika felhasználói szintű alkalmazására; • az általános etikai normák betartására; • az egészségmegőrzését szolgáló alapvető tevékenységek társadalommal történő megismertetésére”.

8. számú melléklet.18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet alapján az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakon elvárt közös kompetenciák (népegészségügyi ellenőr és védőnők) Forrás:(140)

Szintek leíró jellemzői	Népegészségügyi ellenőr és Védőnő közös kompetenciák
Tudás	<ul style="list-style-type: none"> • „Részletesen ismeri a szervezet biokémiai felépítését, törvényszerűségeit, a különböző alkotóelemek funkcióját, a biokémiai szabályozási valamint az anyagcsere folyamatokat. • Részletekbe menően ismeri a szervrendszereket felépítő struktúrákat, a szervrendszerek mikroszkópos és makroszkópos felépítését, a képletek felszíni struktúráit, a szervezet élettani és kóros működését, azok szabályozását, és a szervezetben lejátszódó kóros folyamatok kóroktanát. • Ismeri a terápiás környezet sajátosságait, a különböző ágytípusok, ágyhelyzetek, testhelyzetek, kényelmi eszközök mobilizációs eszközök és eljárások hatásait, indikációs körét és a kivitelezés menetét. • Ismeri a fájdalomcsillapítás anatómiai és élettani alapjait, valamint a különböző fájdalomcsillapítási módokat. • Ismeri a fiziológiás szükségletek kielégítésének alapjait. • Ismeri az egészségügyi dokumentáció alapjait. • Ismeri az asepsis-antisepsis, nozokómiális surveillance fogalmait, az elkülönített hulladékgyűjtés lényegét és menetét. • Ismeri a vitális paraméterek mérésének indikációs körét, a beavatkozások és a kapott eredmények értékelésének menetét (beleértve a köpeny és magtemperatúra, láztípusok, légzészám-minta-típusok, pulzusszám és minőségek, pulzusdeficit, non-invazív mérés az artériás vérnyomás meghatározását). • Ismeri a higiénés szükségletek kielégítésének elemeit (beleértve az alkalmazandó eszközöket, eljárásokat és indikációs kört). • Részletesen ismeri a kommunikáció alapelemeit, formáit, irányait, csatornáit, az életkornak megfelelő kommunikációs stratégiákat, a problémafeltáró és problémamegoldó, valamint ösztönző kommunikáció jellegzetességeit. • Ismeri a személyiség fogalmát, a személyiség tipológiákat, az érett személyiség jellemzőit, az önismeret és önértékelés aspektusait, az egészségpszichológia alapjait, a különböző életszakaszok fejlődés lélektani alapjait, a konfliktusok fajtáit, okait. • Részletesen ismeri a terapeuta munka alapelveit, jellemzőit, intervenciós szintjeit, az ápolási és betegvezetési folyamat összefüggéseit, a betegvezetés elméleti alapjait, formáit, a paramedikális tanácsadás szintjeit, készségeit és stratégiáit; személyiségének és szakmai felkészültségének folyamatos, tervszerűen tudatos fejlesztésének lehetőségeit. • Ismeri az etikai alapfogalmakat, az etikus egészségügyi ellátás jellemzőit, hazai viszonylatban az egészségügyi rendszerben előforduló etikai problémákat és azok lehetséges megoldási lehetőségeit, alternatíváit. • Széleskörűen ismeri a jogi alapfogalmakat, a jogszerű egészségügyi ellátás jellemzőit, hazai viszonylatban az egészségügyi rendszerben előforduló jogi problémákat és azok lehetséges megoldási lehetőségeit, alternatíváit, valamint a kliensek és az ellátást végzők jogait és kötelezettségeit. • Részletesen ismeri a demográfiai alapmutatókat, a népesség egészségi állapotát jellemző epidemiológiai mutatószámokat, a főbb népbetegségek gyakoriságát, rizikófaktorait, a népegészségügyi törekvéseket, tevékenységi köröket, a szociológiai, egészségpszichológiai elméleteket és szemléletmódot, ismeri az egészségmegőrzés és - fejlesztés szociológiai, egészségpszichológiai megközelítését. • Ismeri a szociális ellátás különböző formáit és a szociális gondoskodás aktuálpolitikai irányait. • Ismeri az addikciók pszichés és fizikális alapjait, a leggyakoribb típusait, az öngyógyító programok és csoportok jelentőségét és egyéb kezelési és leszokási lehetőségeket. Ismeri a devianásviselkedési formákat, és azok lehetséges integrációs, kezelési megoldásait. • Átfogóan ismeri az egészség és az egészségfejlesztés fogalmait, módszereit és holisztikus

	<p>szemléletét, az egészségfejlesztő tevékenységeket, az egészségfejlesztés modelljeit, az egészség-tanácsadás lényegét.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ismeri az egészségi állapotot meghatározó tényezőket, az egészségfejlesztés elméleti és gyakorlati vonatkozásait. • Ismeri a gyógyszerteran alapfogalmait, a leggyakoribb megbetegedések kapcsán a gyógyszeres terápia hatásmechanizmusait, szövődményeket, mellékhatásokat, a különböző gyógyszerformák alkalmazását, ennek eszközrendszerét. • Ismeri a pedagógia fogalmait, jellegzetességeit. • Ismeri a legfontosabb életmentési feladatokat, a leggyakrabban előforduló egészségkárosodások esetén szükséges teendőket a mindenkor hatályos ajánlásoknak megfelelően, az alapszintű életmentő beavatkozásokat (BLS) és eszközöket. • Ismeri a menedzsment alapvető fogalmait és feladatait, az ellátórendszer szereplőit és azok tevékenységi körét, hatáskörét, átfogó elméleti ismeretekkel rendelkezik az egészségügy gazdasági, vezetési és szervezési technikáira vonatkozóan, részletesen ismeri a humán erőforrás gazdálkodás alapjait, a minőség fogalmát, valamint annak alkalmazási, mérési és fejlesztési lehetőségeit az egészségügyben. • Ismeri a közegészség-tan-járványtan tárgyát, feladatait, felosztását, módszereit, a munkaegészség-tan alapfogalmait, a megelőzés lehetőségeit, a környezet hatását az emberre. • Részletesen ismeri a mikrobiológia tárgyát, feladatait, felosztását, a mikroba felosztását, és mindazon jellemzőit, amelyek lényegesek a fertőzések kialakulásában. • Széles körben ismeri a mikroorganizmusok, mint kórokok kimutatásának és elpusztításának lehetőségeit, a mintavétel szabályait, a mintavétel módját. • Átfogóan ismeri az egészségügyi informatika alapfogalmait, az operációs rendszereket, a szövegszerkesztő és táblázatkezelő programokat, az egészségügyi informatikai alapadatok feldolgozásának módszereit, a kapott eredmények prezentálását, továbbá az adatbázisokat, kódrendszereket. • Részletesen ismeri a saját szakterületén alkalmazott egészségügyi dokumentáció vezetésének, kezelésének előírásait, valamint az adatszolgáltatással összefüggő szabályokat. • Átfogóan ismeri a bizonyítékokon alapuló ellátás szemléletét, a kutatás, irodalomkutatás folyamatát, az adatgyűjtési módszereket, az adatbázis készítésének menetét, a statisztikai programokat, az egyváltozós statisztikai eljárásokat, az eredmények értelmezésének, értékelésének menetét, kritikus gondolkodással bír. • Ismeri a munkavégzésre vonatkozó munkabiztonsági és munkaegészségügyi követelményeket, tűzvédelmi előírásokat, a mindenkori hatályos jogszabályi előírásokat, és az uniós szabályokat. • Ismeri a munkavállaló egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatokat és a munkaeszközök biztonságos használatát. • Ismeri az egészségtudományi szakterület szakmai szókincsét anyanyelvén, valamint latin nyelven (orvosi latin)”.
Képesség	<ul style="list-style-type: none"> • „ Képes az egészséget károsító tényezőket felismerni, az élettani és kóros működések egymástól való elkülönítésére, kompetencia szintjének megfelelő lépéseket vagy javaslatot tenni a megoldásra. • Képes gyakorlati munkája során alkalmazni ismereteit a jellegzetes patológiai eltérések, elváltozások kapcsán. • Képes az asepsis-antisepsis szabályai és a nozokómiális surveillance kritériumai, valamint az elkülönített hulladékgyűjtés szabályai szerint a munkafolyamatokat ellátni, valamint a higiénés szükségletek kielégítésével kapcsolatos (az intézményben alkalmazandó eszközök, eljárások) feladatok ellátására. • Képes a vitális paraméterek megfigyelését (beleértve a köpeny és magtemperatúra, láztípusok, légzésszám-minta-típusok, pulzusszám és minőség, pulzusdeficit, non-invazív mérés-sel a vérnyomás meghatározását) önállóan kivitelezni, a kapott eredményeket értékelni. • Képes a fizikális lázcsillapítás kivitelezésére. • Képes a fájdalom felmérésére és a fizikális fájdalomcsillapítási eljárások alkalmazására. • Képes adekvát, a partnerhez igazított szakmai kommunikáció folytatására, szóban és írásban is, hatékonyan kommunikál a pácienssel, családdal, közösséggel, az interperszonális készségek révén képes a bizalom kialakítására a pácienssel, családdal, közösséggel. • Képes a hivatása gyakorlása során a szükséges pszichológiai alap alkalmazására, pszichoszomatikus szemlélet követésére, képes a beteg-egészségügyi szakember interperszonális kapcsolatában felmerülő problémák adekvát kezelésére, a beteg ember speciális pszichés jellemzőinek felismerésére és alapvető kezelésére. • Képes átlátni az egészségügyet meghatározó jogforrások rendszerét, azok alkalmazásának szabályait, valamint megfelelően alkalmazza a releváns jogi szakkifejezéseket, kompetencia-

	<p>határainak megfelelően képes tájékoztatást nyújtani a klienseknek a betegjogokról és azok érvényre juttatásának lehetőségeiről.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Munkája során betartja az egészségügyi dolgozókra vonatkozó kötelezettségeket, és felismeri felelősségének határait. • Egyéni és közösségi szinten képes felmérni a lakosság egészségi állapotát, prioritásokat meghatározni, és képessé válik hatékony beavatkozás megtervezésére, végrehajtására. • Szakterületének megfelelően képes aktívan közreműködni a népegészségügyi kérdések megoldásában, szűrővizsgálatok szervezésében, és kivitelezésében, egészségfejlesztő anyagok készítésében és alkalmazásában, valamint az epidemiológiai ismeretek alapján képes értékelni adott területen élő lakosság egészségi állapotát és a prevenció tevékenységek hatékonyságát. • Képes egyéni egészségtervet készíteni, egészség-tanácsadást végezni, és a közösség egészségi állapotának javítása érdekében eredményesen együttműködni a team tagokkal. • Képes felismerni és megfelelően integrálni az ellátórendszerben az addikcióval küzdő beteget, valamint képes az addiktív viselkedés kialakulásában szerepet játszó rizikó és protektív faktorok elkülönítésére és felismerésére, felismeri a deviáns magatartást, és a páciens a megfelelő ellátórendszerbe irányítja. • Képes szakterületével összefüggő egészségfejlesztő, egészség-nevelő feladatok ellátására. • Képes az alkalmazott gyógyszercsoportok indikációjával, hatásmechanizmusával, mellékhatásaival kapcsolatos tárolási kliensoktatási és non-invazív alkalmazási feladatok ellátására. • Képes megválasztani, és alkalmazni a szakterületéhez kapcsolódó pedagógiai ismereteket, módszereket, és képes egyéni és csoportos kliens, betegoktatási feladatok ellátására a gondozott életkorának, társadalmi státuszának, értelmi és érzelmi képességének, betegségének megfelelően. • Képes alkalmazni azokat az eszköz nélküli és esetenként eszközös beavatkozásokat, melyek a hirtelen bekövetkezett egészségkárosodás esetén a beteg, sérült életét megmenthetik. • Képes költségérzékeny döntések meghozatalára és a humán erőforrás optimális felhasználására a tevékenységei során. • Képes középvezetőként hatékonyan közreműködni szervezői feladatok ellátásában. • Képes a munkáját a bizonyítékokon alapuló ellátás alapelveinek és gyakorlati szempontjainak figyelembe vételével a minőségügyi rendszer előírásai alapján végezni, a minőség javítása érdekében a különböző módszereket, eszközöket összehangoltan alkalmazni. • Képes mikrobiológiai ismeretei birtokában a fertőző betegségek és járványok megelőzésére, felismerésére. • Képes közreműködni bizonyítékokon alapuló, kutatómódszertani és biostatistikai ismeretekre alapozott, releváns hazai és nemzetközi kutatások eredményeire támaszkodó, szakterületének megfelelő vizsgálatok elvégzésében és azok prezentálásában. Képes az adatok kezelésére, feldolgozására, a kapott eredmények prezentálására. • Képes a munkavégzése során betartani és betartatni a munkavédelmi, balesetvédelmi és tűzvédelmi előírásokat. • Jól használja a munkájához szükséges szakmai (orvosi latin) nyelvet”.
Attitűdje	<ul style="list-style-type: none"> • „A magas szintű ellátás megvalósítása és a folyamatos fejlődés biztosítása érdekében nyitott az új eljárások, szakmai innovációk megismerésére. • Holisztikus, proaktív szemlélettel rendelkezik. • Fogékony az egészségtudomány tudományosan bizonyított eredményeinek megismerésére és alkalmazására. • Az emberi élet és egészség védelmét középpontba állítva törekszik korrekt szakmai magatartásra. • Nyitott mások véleményének figyelembevételére, kritikus mérlegelésére, empátiával viszonyul partnereihez, respektálja az egészségügyi ellátás és a népegészségügyi szolgáltatások különböző szintjein és szinterein tevékenykedő szakemberek tudását és képességeit, megbecsüli munkájukat, igényt tartva támogató együttműködésükre. • Nyitott a dokumentációs eljárásokban bekövetkező változások követésére, nyitott új infokommunikációs eszközök, eljárások megismerésére és alkalmazására. • Nyitott az egészségügyi ellátórendszer folyamatszámítására és az ellátás javítása iránt. • Munkájában a prevenció szemléletét követve törekszik a betegségek megelőzésére, a veszélyeztető tényezők, kórállapotok korai felismerésére. • Kommunikációját egyénnel és közösségekkel egyaránt empátia, felelősség, a jó szándék és a szakértelem meggyőző közvetítésére való törekvés hatja át”.

Autonómiaja, felelőssége	<ul style="list-style-type: none">• „Munkáját minden körülmények között felelősen, tudományos és gyakorlati megalapozottsággal, szakterületének méltánylását elérve és elvárva végzi, mindenkor figyelembe véve és törekedve a kliensek, gondozottak jól-létére és elégedettségére.• Felelősséggel végez egészségfejlesztő, egészségnevelő feladatokat, önállóan vagy team tagjaként.• Személyes felelősségérzettel, szakmai önismerettel és minőségtudattal bír, igénnyel szakudásának és készségeinek folyamatos fejlesztésére.• Tudományosan és módszertanilag megalapozott szakmai döntéseit, valamint azok következményeit felelősséggel vállalja.• Szakmai fejlődésének irányításában tudatosan és felelősséggel együttműködik.• Felelősséget vállal az emberi élet és egészség védelmére irányuló tevékenységéért.• Autonóm módon képes felismerni szerepét és helyét egyéni munkaszituációban és teamben egyaránt.• Felelősséget vállal az egészségügyi dokumentáció pontos vezetéséért, tartalmáért.”• Önálló és felelős módon képes a kliens betegúton való vezetésére.• A szakmai irányelveknek megfelelően, minőségi ellátást végez önállóan vagy team-tagként másokkal együttműködve”.
-------------------------------------	--