

Eredményesen oktattunk? – ahogy az orvosképzésben érintettek látják

Attitűdvizsgálat oktatók, hallgatók és páciensek körében

Doktori (PhD) értekezés tézisei

Varga Zsuzsanna

Elméleti Orvostudományok Doktori Iskola

Doktori Iskola vezető: Dr. Reglódi Dóra

Programvezető: Dr. Kállai János

Témavezető: Dr. Füzesi Zsuzsanna

Pécsi Tudományegyetem, OGYDHT

Pécs

2021

1. BEVEZETÉS

A 20. század végén, a 21. század elején, néhány évtized alatt, olyan gyors technikai, technológiai, gazdasági, társadalmi változások történtek a világban az informatikai robbanás következtében, amelyeket az azt megelőző történelmi időszakok több száz év alatt sem tudtak produkálni. Az információ mennyisége felfoghatatlanná, áramlási sebessége szinte követhetlenné vált. Peter Densen szerint így például az orvosi tudás 2020-ra 73 naponként megduplázódik (Densen, 2011. p. 50). Ez a megnövekedett információtömeg és vele a tudás olyan csoportokat, rétegeket is elért a világban, akik társadalmi-gazdasági-földrajzi helyzetük miatt ez idáig hagyományosan ki voltak zárva ezekből. Ettől persze a tudás még nem demokratizálódott, de a változások elkezdődtek.

A gyors és mindent átható változások a fejlett országokban a felsőoktatást is erőteljesen érintették. A legnagyobb lépés néhány évtizede a felsőoktatás tömegessé válása lett, azaz a belépő korosztályok mind nagyobb hányada kívánt és kíván tovább tanulni. Világszerte beindult a nemzetközi mobilitás, amelyben hallgatók és oktatók „vándorolnak” országról-országra, ismernek meg más és más oktatási-tanulási környezetet, módszereket, gondolkodásmódot.

Az ismeretek és a tudás is villámgyorsan terjednek. Ezt segítik az innovatív módszerek, gondoljunk csak pl. az online-kurzusokra (pl. webinarokra), melyek már időhöz és térhez (azaz intézményhez) sem kötöttek. Egyre elterjedtebbek az ún. okos eszközökön, mobiltelefonokon, táblagépeken elérhető – folyamatosan megújuló és bővülő választékú – alkalmazások (applikációk) a hagyományos számítógépek mellett. E lehetőségek akarva-akaratlanul átalakítják a diákok tanulási, ismeretszerzési stratégiáit, az oktatással szemben támasztott elvárásaikat, és kikényszerítik az oktatási formák és a módszertan változását is, sok esetben jelentősen megkérdőjelezve a fennálló status quo-t. Az 1990-es évek végén a számítógép megjelenése már számos változást hozott a felsőoktatásban. Egyre több oktató törekedett arra, hogy oktatási segédeszközként a számítógépen elérhető PowerPoint program slide showját használja. A 2010-es évek hozadékaként megjelentek a könnyen készíthető, jó minőségű, gyorsan előhívható videók, mint oktatási segédanyagok. Ezzel együtt az interneten való közzétételek egyszerűsödése már technikailag is új kihívás elé állítja az oktatókat, tanárokat, pedagógusokat. És a fejlődés nem áll meg...

Az új elemek megjelenése a közoktatás és a felsőoktatás területén is számos kérdést, sőt paradigmaváltást vet fel. Ha minden elérhető online és valós időben, mi a szerepe egy oktatónak a hallgatók képzésében? Ha több tudás van az okos eszközökön, mint az oktatók fejében, ha mindenre található válasz az okostelefonban, miért üljön éveket egy hallgató az egyetem padjaiban, s miért sajátítson el olyan tudást, amiről már most tudja, nem lesz szüksége rá 5-10-15 év múlva? Törekedjen-e egy hagyományos diplomára, mely hosszú képzésben, nagy nehézségek árán és drágán szerezhető meg, vagy más módon sajátítson el olyan, azonnal használható tudást, amely keresett a munkaerőpiacon? A verseny már folyik a hagyományos oktatás és a technológiai robbanás kiváltotta változások között, akár tetszik, akár nem.

Azon kívül, hogy ismerjük a világ változásait, a globalizáció és az informatikai forradalom felsőoktatásra gyakorolt hatásait, fontos kérdés, hogy mit gondolunk ebben a saját oktatói szerepünkről, a kihívás kényszereiről, a változtatás szükségszerűségeiről, ha nem akarunk a verseny veszesei lenni? A változástól való szorongás, félelem mellett feltesszük-e az alapvető – a meglévő paradigmáinkat feszegető – kérdéseket saját szerepünkkel, feladatainkkal kapcsolatban, vagy másképp reagálunk a változásokra, pl. a diákok, a világ stb. hibáztatásával. Tény, hogy a technikai fejlődés magával hozta az új generációk tanulási, ismeretszerzési

stratégiáinak megváltozását, az új igények, követelmények kialakulását, és minden bizonnyal ki fogja kényszeríteni „tanári oldalról” a hozzájuk való alkalmazkodás képességét.

E dilemmák összességére természetesen nem tudunk egyértelmű választ és megoldást adni e dolgozat keretein belül, de „háttérként, egyfajta gondolkodási kísérőként” folyamatosan jelen lesz a kérdésfeltevéseinkben és elemzéseinkben.

A disszertációban bemutatjuk a magyarországi felsőoktatás, különösképpen az orvostudományok változásait, valamint az orvostudomány Képzési és Kimeneti Követelményeiben megfogalmazott kompetenciák teljesülését az új évszázaddal megjelenő szükségletek függvényében az oktatók, hallgatók és páciensek szemszögéből. Vizsgáljuk az oktatók szerepét e kompetenciák hallgatók általi elsajátításában, és a használt didaktikai módszereket, azok változásait. Arra a kérdésre is keressük a választ, hogy a hallgatók szerint szükséges-e, és ha igen, milyen dimenziókban kell(ene) fejlődniük oktatóiknak, hogy a Képzési és Kimeneti Követelményekben megfogalmazott készségeket eredményesebben tudják közvetíteni számukra.

1.1. Célkitűzések

A dolgozat témája az orvostudomány globális változásaival összefüggésben lévő oktatói attitűdök vizsgálata a négy magyarországi orvostudományi helyen, a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karán, a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán és a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán, valamint az általános orvos szakon akkreditált gyakorlólhelyeken végzett kutatás alapján. Vizsgáljuk egyrészt azt, hogy a Képzési és Kimeneti Követelmények (továbbiakban KKK) által előírt kompetenciák a hallgatói, oktatói és betegcsoportoknak mennyire fontosak, és ezek elsajátításával a képzési folyamatban mennyire elégedettek, másrészt pedig azt, hogy szükségesnek találják-e az oktatók pedagógiai képzését, és e képzésen belül mely területeket tartják különösen fontosnak, fejlesztendőnek.

Dolgozatomban bemutatjuk a magyarországi felsőoktatás, különösképpen az orvostudomány, a pedagógus-tanár szerep változásait, az új évszázaddal megjelenő szükségletek függvényében. Kiemelt célunk, hogy megvizsgáljuk az oktatók attitűdjeit és vélt szerepét az orvostudománnyal kapcsolatos KKK-ban foglalt követelményekkel kapcsolatban. Arra a kérdésre is keressük a választ, hogy a hallgatók képzését alapvetően mi határozza meg számukra: a hagyomány (a múlt, ahogyan őket oktatták, azaz a saját hallgatóként szerzett tapasztalatok, a szokások), vagy pedig a KKK-ban szereplő kompetenciákra való felkészítés? Fontosnak tekintik-e ezeket a kompetenciákat egyáltalán? Lényeges annak feltérképezése is, hogy az oktatási stratégiát akár egyéni, akár intézményi szinten (tanszék/intézet/osztály, klinika/kar) milyen befolyásoló tényezők jellemzik?

E témát az orvostudomány vonatkozásában komplex adatgyűjtésen és elemzésen alapuló tudományos munka keretében vizsgáljuk. A téma vizsgálata során egy-, két-, többváltozós elemzéseket alkalmazunk, amelyek arra mutatnak rá, hogy az oktatók, hallgatók, páciensek elvárásai a KKK-ban szereplő szempontokkal kapcsolatban, illetve az oktatók és a hallgatók szerint a pedagógiai ismeretek vonatkozásában hogyan alakulnak. A kvantitatív elemzés mellett mélyinterjúkat is lefolytattunk (kvalitatív kutatás), amelyek lehetőséget adtak arra, hogy a kérdőíves vizsgálat számait összekapcsoljuk az oktatók szándékait, narratíváit, személyes motivációit is megjelenítő interjúkkal, és ezek az összevetések feltárjanak olyan dimenziókat, amelyekre a kérdőíves vizsgálat elemzése önmagában nem adott volna választ. Követtük azt a kutatási elvet, miszerint a „kvantitatív adatok értelmezését segíthetik a kvalitatív vizsgálatok, míg a kvalitatív eredmények ellenőrzésében és validálásában a kvantitatív módszereknek lehet kiemelt szerepe” (Király és munkatársai, 2014. pp. 95-96). Mivel a két módszer jól kiegészíti

egymást, „erősségeik összeadódnak és kompenzálják egymás gyengeségeit, így együttesen összetettebb képet tudnak adni a vizsgálat tárgyáról” (Király és munkatársai, 2014. p. 99).

Dolgozatom nem nyújt megoldásokat az orvosképzés minőségének javítására, azonban segítheti a kérdéskörben gyűjtött kvantitatív adatok és kvalitatív információk birtokában további lényeges kérdések felvetését és kutatáson, adatokon alapuló döntéshozatalt a korszerűsítési törekvésekhez.

1.2. Kutatási kérdések és hipotézisek

A magyarországi orvosképzés „oktatás-pedagógiai értelemben” erőteljesen a hagyományokra épít. Az innováció az oktatásban elsősorban a korszerű, új tudományos ismeretek hagyományos módon történő átadásában, és az innovatív technikai módszerek egy részének alkalmazásában nyilvánul meg. A medikusképzésben részt vevő oktatók/tanárok/pedagógusok nem részesültek pedagógusképzésben, és az oktatás – a gyógyítás, valamint a tudományos teljesítmény fókusz mellett – nem kiemelt tevékenységük, illetve innovációs képességeiket, potenciáljukat sem e területen bontakoztatják ki feltétlenül. Egy holland kutatás eredményei is megtámogatják az előzőekben leírtakat az elköteleződés oldaláról, ami szerint az oktatók elköteleződése magasnak értékelhető önmagában, de a betegellátás irányába ennél magasabb értékeket regisztráltak. Ami azt is jelenti, hogy a feladatok kombinálása, úgy tűnik, csökkenti az oktatás felé irányuló elköteleződést (Van den Berg, Bakker, Ten Cate, 2013. p. 264). Kérdés, hogy a 19-20. században többé-kevésbé jól működő orvosképzési módszerek megfelelnek-e a 21. században is akár a hallgatók, akár – következményesen – a páciensek számára, és felkészítenek-e a gyors változásokkal való megküzdésre?

A dolgozatban az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk és vizsgáltuk meg:

1. Az oktatók kevésbé tartják fontosnak a Képzési és Kimeneti Követelményekben meghatározott kompetenciák mindegyikét az orvosi munka ellátásához, mint a hallgatók.
2. Az oktatók kevésbé gondolják úgy, hogy a pedagógiai ismeretek területén készségeik fejlesztésére lenne szükségük, mint a hallgatók.
3. Az oktatók felismerik, hogy jelenleg mely – akár újonnan megfogalmazódó – kompetenciák lennének fontosak az orvosi pályán, mégsem ezek közvetítésére fókuszálnak a hallgatók képzése során.
4. A páciensek elégedetlenebbek a Képzési és Kimeneti Követelményekben meghatározott kompetenciákkal az orvosi munka ellátása során, mint amennyire azokat fontosnak ítélik.

2. SZAKIRODALMI HÁTTÉR

A fent említett hipotézisek és a dolgozat fő témái megvizsgálásának első lépése a korábban publikált kutatási eredmények szisztematikus átnézése, rendszerezése és összegzése volt. A disszertáció ezen fejezete bemutatja a témában készült relevánsnak tekintett hazai irodalmakat a magyar felsőoktatás és a magyar orvosképzés, a tanár-pedagógus-oktató szerep változásain, illetve a tanulási és tanítási paradigmán keresztül. Ezek mellett kitér a nemzetközi trendekre is.

2.1. Áttekintés – nemzetközi trendek

Az bizonyos, hogy a változások nyomon kísérik életünket, és ez nincs máshogy az oktatás, az orvosszakma területén sem, amely az egyik leggyorsabban fejlődő szakmának tekinthető. Az orvosképzés változásai kapcsán megjelenő új igények és elvárások már régóta foglalkoztatják a kutatókat, ahogy azt korábban részleteztük. Már igen korán felismerték, hogy nem csak a jelen körülményeket érdemes megvizsgálni és figyelembe venni, amikor az oktatással kapcsolatos változásokra szeretnénk reagálni. Egy 1930-ban írt cikk a következőképpen fogalmazza meg ezt a gondolatot: „We should not alone be interested in present problems but also be alert for indications of what medical service is likely to be in the future” (Rappleye, 1930. p. 915). Lucey 2013-ban hasonló gondolatokat ír cikkében, amely szerint inkább a 21. század egészségügyi rendszerében jártas szakemberek képzésére érdemes koncentrálni, mint arra, hogyan tudunk 20. századi orvosokat képezni (Lucey, 2013. p. 1). Gwee és Hilliard is erre utal, amikor arról ír, hogy olyan orvosokat érdemes képezni, akik tudják, hogyan kell a változásokhoz alkalmazkodni, hogyan tudják magukat fejleszteni, és hogyan legyenek nyitottak az újabb és újabb információk, tudás, kompetenciák elsajátítására (Gwee, 2003. pp. 4-6; Hilliard, 2018. pp. 996-1003).

Az orvosképzés kihívásait talán a legkomplexebb módon Frenk és munkatársai írják le cikkükben, ami szerint át kell tekinteni a korábbi tanterveket, az orvosképzés céljait, a makrokörnyezetet, a páciensek és az orvosok elvándorlási lehetőségeit, azaz összességében az egészségügyi reform szükségességét hangsúlyozzák (Frenk és munkatársai, 2010. pp. 5-8). Nemzetközi konferenciák és cikkek sorozata foglalkozik az orvosképzés pedagógiai vonatkozásaival, annak szükségességével, hogy az oktatók felkészültek legyenek a tudás átadására. A fő gondolat az, hogy az oktatóknak már nem elegendő, ha tapasztalataik, megfigyeléseik alakítják kizárólag az oktatási módszereiket (Wilkes és munkatársai, 2018. pp. 364-371; Artino, Konopasky, 2018. pp. 609-613; Grossman, 1990. pp. 5-10; Murray és munkatársai, 1996), melyeket nagyrészt saját hallgatói létükből merítenek (Irby, 1994. pp. 333-342). Úgy vélik, hogy nem elegendő az orvos-szakmai tudásuk ahhoz, hogy megfelelő oktatási tevékenységet nyújtsanak (Chen, Ennis, 1995. pp. 389-401; Darling-Hammond, Youngs, 2002. pp. 13-25), hiszen többségük semmiféle pedagógia képzésben nem vett részt (Bligh és munkatársai, 2001. pp. 520-521; Calderhead, 1996; McLeod és munkatársai, 2009. pp. 117-124). Dent és Harden a *Practical Guide for Medical Teachers* című könyvükben számos megoldást kínálnak arra, hogyan lehet az orvosképzésben professzionálisan oktatni. Mindemellett számos orvosképzőhelyen próbáltak meg olyan pedagógiai, módszertani képzéseket nyújtani az oktatóknak, amelyekkel segítenek elsajátítani a tudás átadásának módszereit (Hesketh és munkatársai, 2001. pp. 555-564).

Az oktatók esetében a belső motiváció, illetve az oktatás iránti szeretetük nélkülözhetetlen a szakma kiváló műveléséhez, azonban önmagában a „love for teaching” nem elegendő, és nem

is teszi az oktatókat képessé arra, hogy jól oktassanak (Dewey és munkatársai, 2017. pp. 894-898).

2.2. A tanítási és tanulási paradigma

A felnőttképzéssel foglalkozó intézményeknek szembe kell nézniük azzal, hogy napjainkban a tanulási és tanítási paradigma¹ változáson megy keresztül. A tanulási paradigma középpontjában a tanuló és a tanulás áll. A tanítási paradigma használatakor az oktatók – Kraiciné ugyanezen írása alapján – az oktatás tradicionális módszereit és struktúráját követik. Középpontjában a tanár, illetve a tanítás áll. Célja, hogy ismereteket, tudást adjon át, és ennek következtében szakképzettséget nyújtson a végzett hallgatóknak. Ebben az esetben a siker kulcsa a tanároknak rejlik, akik tudományos előmenetelükkel támasztják alá az oktatásra való rátermettségüket.

Ezen két paradigma jól alkalmazható a mai magyar orvosképzésre. Kiváló példaként szolgál arra, hogy az oktatók miként képzelik el és miben látják a sikeres oktatást. A tudás „direkt” átadása fontosabbnak tűnik, mint hogy a diák maga fedezze fel az ismereteket. További jellemző eleme az oktatásnak a tanórák rugalmatlansága. Összességében, a fentiekben mind-mind a tanításszemléletű paradigma jellemzőit véljük felfedezni az orvosképzésben.

Arról sem szabad azonban megfeledkezni, hogy különös fontossággal bír a tehetségek kibontakoztatása a hallgatók egy kisebb hányada számára (pl. a TDK munkában, kutatásokban való együttes részvétel az oktatóikkal), amely viszont a tanulási paradigma egyik kulcseleme.

Összességében elmondható, hogy érdemes szembenéznünk azzal, hogy a korábbi évtizedek sikerokozói az oktatásban megváltoztak. Új generációk kerültek a felnőttoktatásba, az orvosképzésbe, melyek teljesen más igényekkel, elvárásokkal, előképzettséggel és érdeklődési körrel rendelkeznek, mint a korábbi generációk.

Harden és Crosby is említi a fent leírt változást az oktatói szerepben azáltal, hogy az oktatásban a tanárok helyett a hallgatók kerültek a középpontba (Harden és Crosby, 2000. p. 3). Ez a változás azt is eredményezi, hogy a korábbi elgondolás, miszerint az okos emberek mindenre képesek (pl. oktatni is), kezd elavulni, és egyre inkább felismerik: az oktatói munka nagyon is komplex akadémiai munka (Brew és Boud, 1996. p. 18). Gwee is alátámasztja ezt a megközelítést. Cikkében azt fogalmazza meg, hogy a „teacher knows best and teacher knows most” elképzelés idejétmúlt, és érdemes inkább a „lifelong continuing self-education”-re koncentrálni (Gwee, 2003. p. 6). Az AMEE² 2019-es bécsi konferenciájának fő témája is a tanítási és tanulási paradigma közötti váltás volt. Több előadás témája foglalkozott a változás megélésével, negatív és pozitív hatásaival, az új kihívásokkal való megküzdéssel, amelyet az új tanulási paradigma orvosképzésbe való átültetése hozott magával.

Magyarországon is észlelték a változást. Az orvosképző karok vezetői a Magyar Orvosképzési és Egészségügyi Oktatási Társaság (MOEOT) 2013 őszén tartott ülésén döntést hoztak arra vonatkozóan, hogy az orvosképzésben oktatóként alkalmazásba kerülő fiatal munkatársak számára szükséges egy alapvető ismereteket átadó oktatói képzést indítani.

¹ Az idegen nyelvű szakirodalomban már 1984-ben megjelennek a fogalmak: „teacher-centered student-centered strategies”, amelyek szintén a hallgató vagy a tanár középpontjának kérdését vizsgálták és vetítették előre a változást (Harden és munkatársai, 1984. p. 285).

² International Association For Medical Education

2.3. A képzési és kimeneti követelmények változásai

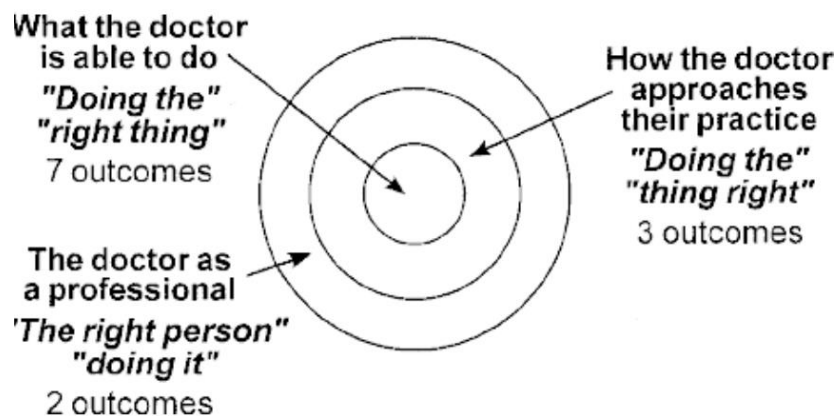
Magyarországon 2015-ben és 2016-ban megtörtént az úgynevezett Képzési és Kimeneti Követelmények újragondolása, újrafogalmazása, az új orvosnemzedék elvárásait és a jelentkező szakmai igényeket figyelembe véve az egyes szakokra, többek között az általános orvosszakra vonatkozóan is. Ennek függvényében az oktatókkal és az oktatással szemben támasztott követelményeket is definiálták.

Az ismeretek és a tudás mellett megjelentek az orvossal szembeni képességekre és attitűdökre vonatkozó elvárások is. A képességek között felsorolnak bizonyos, a korábbi KKK-ben ismeretként definiált tevékenységeket, emellett megtalálhatóak a kommunikációra vonatkozó képességek is. Az attitűdök részénél pedig kiemelt szerepet kap a kommunikáció mellett az empátiával való viselkedés, a kritikus értékelés, az agresszió kezelése és az etikus viselkedés. Mindezek mellett olyan elvárások is megjelennek az orvosokkal szemben, mint a függetlenség, az autonómia, a döntési képesség. Ezek összességében azt mutatják, hogy a most végzett orvosokkal szembeni elvárások egészen mások már, mint a tíz évvel ezelőtt végzetekkel szembeni követelmények voltak.

Fontos ezen a ponton nemzetközi kitekintést is tenni, arra vonatkozóan, hogy a Magyarországon érvényben levő képzési és kimeneti követelmények milyen kapcsolatban vannak a nemzetközi szakirodalommal.

Az orvosláshoz szükséges kompetenciákat többféleképpen lehet csoportosítani, de nemzetközi szinten a leginkább elfogadott a Harden és munkatársai által leírt három körből álló modell.

1. ábra: Három-körös modell – Three-circle model



Forrás: Harden, Crosby, Friedman 1999. p. 552.

A fenti ábrán látható modell szerint az orvosnak a következőkre kell képesnek lennie: tudja, hogy mi a megfelelő tennivaló az adott helyzetben („doing the right thing”), ezt helyesen hajtsa végre („doing the thing right”), és a megfelelő személy is legyen arra, hogy ezt elvégezze („the right person doing it”) (Harden, Crosby, Friedman, 1999). A szakmai tudás, a professzionális ismeretek mellett egyre inkább más képességek iránti szükségletek is megfogalmazódtak. Ahogy Goleman idézi Ruth Jacobs-t: „a szakmai tudás alapvető az orvosi munka elvégzéséhez, de az orvosi munkában elért teljesítményt a tudás mellett a többi kompetencia határozza meg” (Goleman, 1998). E szerint az érzelmi intelligencia, a személyes kompetenciák sokkal nagyobb szerepet játszanak a jó teljesítmény elérésében, mint a kognitív és a technikai ismeretek. Spady (1994) ugyanezt erősíti meg – hasonlóan a három körből álló modellhez –, azaz, azon túl, hogy az orvosoknak tudniuk kell, hogy mit csinálnak, fontos, hogy ezt jól csinálják, és a megfelelő orvos végezze el.

3. A KUTATÁS MÓDSZEREI

3.1. A kutatás célcsoportjai

A hipotézisek igazolására empirikus vizsgálatot végeztünk, mely két fő részből állt. Kvantitatív módszerként online kérdőíves adatfelvételt folytattunk a Debreceni Egyetem, a Pécsi Tudományegyetem, a Semmelweis Egyetemen, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karain. A kutatásban az általános orvosképzésben résztvevő *oktatók* és az általános orvos, general medicine és Allgemeine Humanmedizin szakos *hallgatók* vettek részt 2017 november-decemberében. 2019 augusztusában pedig *páciensek* körében valósítottunk meg kérdőíves kutatást a PTE ÁOK általános orvos szakos hallgatók akkreditált gyakorlóléhelyein arra vonatkozóan, hogy vajon ők, mint érintettek, a KKK-ban lévő kompetenciákat mennyire tartják fontosnak, és milyen mértékben elégedettek velük.

Kvalitatív módszerként mélyinterjúkat készítettünk a PTE ÁOK-on tizenöt oktató bevonásával, hogy a kvantitatív vizsgálat eszközét, a kérdőívet ki tudjuk alakítani, illetve, hogy a kutatás eredményeit a személyes látásmóddal kiegészítve megfelelően értelmezni tudjuk.

3.2. Kérdőíves felmérés

A kérdőíves felmérésre 2017 őszén került sor az előzőekben említett magyarországi orvosképző helyeken. Bár az orvosképzés standardjai a fejlett országokban nagyon hasonlóak, szinte egyetemlegesen, a hazai KKK, mint jogszabály egyes elemeit nemzetközi szintű összehasonlításban nem vizsgálták. Mivel e témában hazai kutatásról sem tudunk, saját fejlesztésű kérdőívet dolgoztunk ki több fázisban hipotéziseink vizsgálatára mind az oktatók, mind a hallgatók és a páciensek számára.

A kérdőív kidolgozásában egy szakértői csoport működött közre, melynek tagjai között oktatók, minőségbiztosítási szakemberek mellett szociológusok, klinikusok és orvostanhallgatók is részt vettek. Első fázisban a vonatkozó hazai és nemzetközi szakirodalom tanulmányozását (Harden, Crosby, Friedman, 1999; Barabás, 2011) végeztük el, majd tizenöt tapasztalt, a képzési folyamatot teljességében ismerő oktatóval folytatott előzetes interjút követően, a KKK-ban szereplő követelményeket harmincegy kompetenciába csoportosítottuk. A kompetencia fontossága, a közvetítése és az elsajátítás mértéke tekintetében két dimenzióra bontottuk a kérdések csoportjait annak érdekében, hogy GAP mátrix segítségével meg tudjuk vizsgálni a rájuk adott válaszokat.

3.2.1. Kérdőív összeállítása, kérdések és itemek meghatározása

A kérdőív első fő része a KKK-ban található kompetenciákra vonatkozott³ az *oktatói* kérdőívek esetében, amelyeket három kérdéskör mentén vizsgáltunk. Az első az volt, hogy a KKK-ban található kompetenciák fontosságát az orvosi szakma szempontjából milyennek ítélik. A

³ Ez alól egyedül a diszciplínák történeti áttekintése szempont jelent kivételt. Ez a szempont ugyanis nem szerepel a KKK-ban, de a kérdőíves kutatást megelőző feltáró beszélgetések arra utaltak, hogy ennek tanítása és számonkérése erősen frusztrálja a hallgatókat. Ezért döntöttünk úgy, hogy a kérdéssorba illesztjük ezt a dimenziót is. A hosszú távú cél ugyanis – a kutatási célok mellett - javaslatok készítése az oktatás továbbfejlesztésére a döntéshozók számára.

második kérdéskörben azt vizsgáltuk, hogy megítélésük szerint vajon a hallgatók a képzés során – a végzés idejére – mennyire sajátítják el ezeket a kompetenciákat. A harmadik kérdéskör pedig arra irányult, hogy vajon ő, mint oktató mennyire közvetíti saját tárgyai, kurzusai vonatkozásában e kompetenciákat.

A *hallgatói* kérdőívben a KKK kapcsán két kérdést tettünk fel. Az első arra vonatkozott, hogy mennyire tartják ezeket a kompetenciákat fontosnak az orvosi munkavégzés során, a második arra, hogy mennyire elégedettek ezek közvetítésével az oktatás folyamán.

A *páciensek* kérdőívében az első kérdéskör az volt, hogy mennyire tartják fontosnak az adott tulajdonságokat (=kompetenciákat) egy orvosnál, a második pedig az, hogy tapasztalataik szerint milyen mértékben rendelkeznek azokkal a tulajdonságokkal az orvosok (másképp fogalmazva: mennyire elégedettek velük azokban a dimenziókban).

A kérdőív második része az oktatói és a hallgatói kérdőívben az oktatók pedagógiai készségeire koncentrált. Az oktatók azt rangsorolták, hogy az egyes szempontok esetében milyen mértékben vélik szükségesnek az adott területen saját fejlesztésüket, a hallgatók pedig arra adtak választ, hogy az oktatók milyen mértékben rendelkeznek az adott pedagógiai készséggel és mely területeken volna szükségük továbbképzésre.

Mivel a KKK-ban a kompetenciák hosszú sora található, ezért szükséges volt ezeket a kérdőív terjedelmi hosszára való tekintettel lerövidíteni, csoportosítani. Fontos azt is megemlíteni, hogy mivel a KKK határozza meg a kurrikulumot, ezért ez jelentős hatással van az oktatásban használt stratégiákra, a számonkérések, valamint az oktatás és tanulás módszertanára is (Harden és munkatársai, 1999).

Pedagógiai vonatkozású kérdések esetében Hegyi és Ballér (1996) felsorolását használtuk az oktatói pedagógiai készségeire, képességeire vonatkozóan (lásd mellékletben található kérdőívek). A kérdések azt célozták meg, hogy mely területeken szükséges a továbbképzésük.

3.2.2. Kérdőív validálása

A kérdőív validálásának folyamatában elsőként az úgynevezett face validity módszert alkalmaztuk, amely az adott kérdőív kapcsán arra utal, hogy a kérdőív valóban azt méri-e, amire terveztük. Ezt a tesztelést kis mintán végeztük el tizenöt oktató, hatvan hallgató és harminc páciens bevonásával⁴. A kérdőíveket a résztvevők összességében világosnak, érthetőnek, megválaszolhatónak találták. Néhány helyen kellett csupán pontosítani a kérdéseket ahhoz, hogy a válaszadók többé-kevésbé azonosan értelmezzék azokat – elkerülve a jelentősebb félreértéseket.

A kérdőívfejlesztés következő fázisában a kvantitatív tartalom validálás módszer keretében számoltuk ki az egyes szempontokra vonatkozó CVR értékeket (Zamanzadeh és munkatársai, 2015), amelyek alapján a harmincegy képzési és kimeneti követelményből huszonöt került megtartásra az oktatói és hallgatói kérdőívben, mert ezek esetében volt a CVR 0,49-nél magasabb. A páciensek kérdőívénél szakmai megfontolások alapján már csak húsz szempont vettünk figyelembe, és ezekből a CVR alapján tizenhat maradt a kérdőív végső változatában. A pedagógiai készségek esetében a CVR értékek alapján mind a kilenc kiválasztott szempont változatlanul került a kérdőívbe.

Mivel a hallgatói kérdőívet a nemzetközi hallgatók miatt angol és német nyelvre is le kellett fordítani, ezért a kérdőív szerkesztésért felelős szakértői csoport a nyelvi érvényesség

⁴ A pácienseknek szánt kérdőívet Csaba Gergely (Csaba, 2019), a PTE ÁOK végzős általános orvos szakos hallgatója, 2019 tavaszán egy 100 fős mintán alkalmazta és készítette el, erre alapozva szakdolgozatát.

(Guillemin, Bormardier, Beaton, 1993; Beaton, Bombardier, Guillemin, 2000; Gable, Wolf, 1993) biztosításához két független fordítót kért fel. Ezek a fordítók a szakértők által már idegen nyelvre lefordított verziót „fordították vissza” az eredeti (magyar) nyelvre. E fázisban is további pontosításokat végeztünk a hallgatói kérdőívben.

A kérdőív validálásának következő fázisában a Cronbach alfa értékek kiszámításához ugyanabban, a face validity-nél már említett szűkebb körben vizsgáldtunk. Azaz az oktatók esetén 15, hallgatók esetén pedig az egyes nyelvi csoportokban 20-20-20, a páciensek esetén 30 válasz alapján dolgoztunk. A legkisebb Cronbach alfa érték 0,820, az összes többi pedig 0,9 feletti. Kérdőívünk validálásának utolsó fázisában, főhatásokba sorolás lehetőségének tesztelésével a kompetenciák fontosságára faktoranalízist készítettünk.

3.3. Felhasznált statisztikai módszerek

„A kvantitatív tartalom validálás módszerében a legfontosabb és helyes tartalmát választjuk ki a kérdőívnek, amit a Content Validity Ratio-val (CVR-rel) kvantifikálunk. (Zamanzadeh et al, 2015). Továbbá a Cronbach Alfa a reliabilitást, belső konzisztenciát mérő együtthatóra támaszkodtunk munkánk során. Lefutattunk faktoranalízist. A statisztikai eszköztárból leíró statisztikákat, GAP mátrixokat, a kétmintás t-próbát, a varianciaanalízis és faktoranalízis módszerét választottuk. A leíró statisztikák közül a számtani átlagot és a szórást használtuk, ezekkel a jellemzőkkel érzékeltetve a válaszadók véleménye alapján az egyes kompetenciák, illetve pedagógiai szempontok egymáshoz képest való elhelyezkedését. Minden elemzést az IBM SPSS Statistics Data Editor program 26.0-ás verziójával végeztük.

3.4. Mélyinterjúk az oktatók körében

Vizsgálataink részeként a kvantitatív kutatások mellett kvalitatív módszertant is alkalmaztunk. Ahogy arról a módszertani fejezetben korábban már írtunk, a kevert módszerű kutatások előnye, hogy a két kutatási típus kombinálásával a vizsgálandó probléma mélyebb megértéséhez juthatunk el.

4. EREDMÉNYEK

A kvantitatív vizsgálatok eredményeiből elsőként az *oktatók és hallgatók* körében végzett kérdőíves vizsgálatot, majd ezt követően a *páciensek* körében végzett kérdőíves elemzés bemutatásával folytatjuk a dolgot. Az oktatók körében végzett kvalitatív kutatás, a *mélyinterjúk* eredményeinek kiértékelésével zárjuk a fejezetet.

4.1. Kérdőíves vizsgálat eredményei – oktatók és hallgatók

4.1.1. Mintavétel és a válaszadók köre

Az oktatóktól összesen 439 kitöltött kérdőív érkezett vissza a magyarországi négy orvosképző helyen. A hallgatóktól összesen 1515 kérdőív érkezett három tannyelven (kivétel a Debreceni Egyetem, ahol nincs német nyelvű általános orvosképzés). A kérdőíves felmérés kapcsán nem törekedtünk reprezentatív minta elérésére, hanem csak arra, hogy az adott célcsoportból (oktatók, hallgatók) minél több kitöltés érkezzon. A hallgatói lehetséges teljes elemszám 13464, az oktatók körében pedig 1790 fő lett volna a létszámadatok alapján a kitöltés időszakában a négy orvosképző helyen. Ennek megfelelően a kitöltési arányok a következőképpen alakultak: a hallgatók esetében 11,8%-ot, az oktatóknál pedig 24,53%-ot sikerült elérnünk. A megkérdezettek relatíve jelentős száma miatt úgy véljük, hogy az elemzés segítségével megbízható képet kaphatunk arról, milyen az oktatók, hallgatók viszonyulása a KKK-ban foglalt kompetenciákhoz az orvosi szakmát tekintve, illetve, hogyan ítélik meg az oktatók és a hallgatók az oktatók pedagógiai felkészültségét.

4.1.2. Képzési Kimeneti Követelmények

Az oktatóknak és a hallgatóknak összeállított kérdőív első része – ahogy arról az előzőekben már szó esett – a KKK-ban szereplő kompetenciák vizsgálatát helyezte fókuszba, mégpedig az oktatóknál három, a hallgatóknál két dimenzióban vizsgálva azokat. A következő kérdésekre kerestük a választ:

Oktatói kérdőívben:	Hallgatói kérdőívben:
1. Ön mennyire tartja fontosnak az ORVOSI MUNKÁHOZ az alábbiakat?	1. Ön mennyire tartja fontosnak az ORVOSI MUNKÁHOZ az alábbiakat?
2. Megítélése szerint milyen mértékben sajátítják el a hallgatók az alábbiakat a képzés során?	2. Megítélése szerint milyen mértékben sajátította el az alábbiakat a képzés eddigi szakaszában?
3. Megítélése szerint az Ön tantárgya(i) összességében mennyire közvetíti(k) az alábbiakat?	

A KKK-ra vonatkozó szempontok elemzésének érthetősége szempontjából a kérdőívben szereplő szempontok neveit lerövidítettük és a dolgozatban azt használtuk. Ezeket a rövidítéseket az alábbi szempontsor foglalja össze:

1. szempontsor: Kérdőívben szereplő szempontok eredeti és rövidített nevei

Kérdőívben szereplő szempontok eredeti nevei	Kérdőívben szereplő szempontok dolgozatban használt rövidített nevei
1. A mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudás és ismeretanyag	Elméleti tudás
2. A mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlat	Szakmai gyakorlat
3. Az egyes orvosi diszciplínák történeti áttekintésének ismerete	Diszciplínák történetének ismerete
4. A rugalmas szakmai és mindennapi gondolkodás	Rugalmas gondolkodás
5. A betegek, hozzátartozók emberi méltóságának figyelembevétele a gyógyító tevékenység során	Emberi méltóság figyelembevétele
6. A betegek eltérő demográfiai (nem, kor) és társadalmi – gazdasági jellemzőinek figyelembevétele a gyógyító tevékenység során	Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele
7. A betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele a gyógyító tevékenység során (pl. családi háttér, érzelmi állapot, szexuális orientáció)	Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele
8. A betegek (és hozzátartozók) érzelmi reakcióinak kezelése a gyógyító tevékenység során	Betegek érzelmi reakcióinak kezelése
9. A betegek iskolai végzettségének, kulturális háttérének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatás	Betegek iskolai végzettségének, kulturális háttérének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása
10. A betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről
11. Hosszú távú „partneri” viszony kialakítása betegekkel, különös tekintettel a krónikus betegekre	„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel
12. A betegek tisztelettel való kezelése	Betegek tisztelettel való kezelése
13. Munkavégzéshez kapcsolódó folyamatos pozitív, motivált hozzáállás	Munkavégzéshez pozitív hozzáállás
14. Az egyéni problémamegoldó képesség (kreativitás) a mindennapi munkavégzés során	Problémamegoldó képesség
15. Stressz kezelése a kiegész megelőzésének érdekében	Stressz kezelése
16. A betegek terápiával szembeni elvárásainak megfelelő figyelembevétele	Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele
17. Team munkára való alkalmasság a mindennapokban	Team munkára való alkalmasság
18. Konfliktuskezelés az egészségügyi teamen belül és az ellátottakkal (hozzátartozókkal)	Konfliktuskezelés
19. Hatékony időgazdálkodás	Hatékony időgazdálkodás
20. Érzelmi intelligencia fejlesztése	Érzelmi intelligencia fejlesztése
21. Munka-magánélet egyensúly kialakítása	Munka-magánélet egyensúly kialakítása
22. Karrierépítési lehetőségek ismerete	Karrierépítési lehetőségek ismerete
23. Folyamatos továbbképzéseken való részvétel	Folyamatos továbbképzéseken való részvétel
24. Asszertivitás (önérvényesítés) alkalmazása	Asszertivitás alkalmazása
25. Társas intelligencia fejlesztése	Társas intelligencia fejlesztése

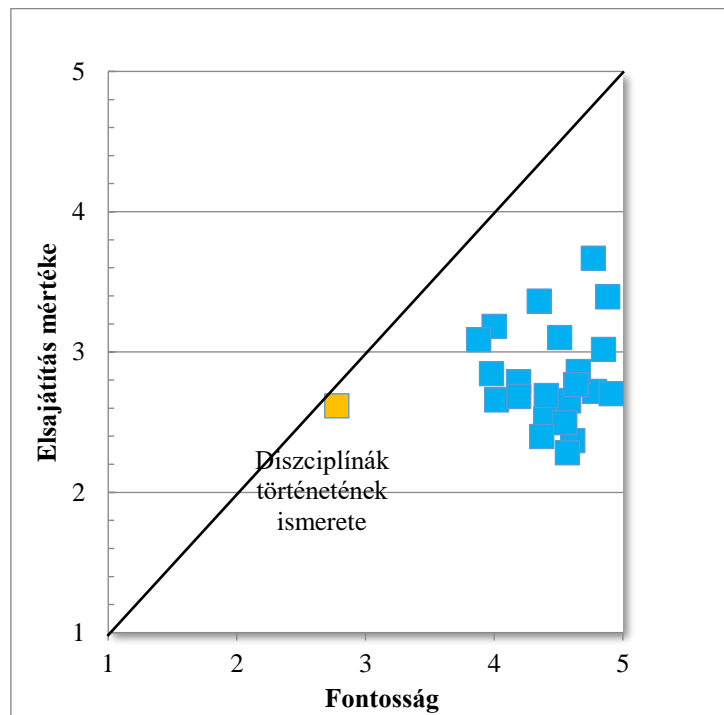
Forrás: saját szerkesztés

4.1.2.1. A kompetenciák oktatók szerinti fontosságára és azok hallgatók általi elsajátítására vonatkozó értékelések

A fontosság és az elsajátítás mértéke (azaz áttételesen az elégedettség) között meglévő kapcsolatokat az úgynevezett GAP mátrixban elemezzük.

Az oktatók által jelölt fontossági értékeket és az elsajátítás mértékét (elégedettséget) láthatjuk az alábbi GAP mátrixon (**Hiba! A hivatkozási forrás nem található.**2. ábra). Látható a jelzésre használt négyzetek alapján, hogy a kompetenciák mindegyikénél alulteljesítést regisztrálhatunk.

2. ábra: A kompetenciák fontossága és az elsajátításukkal való elégedettség az oktatók szerint (átlag, N=343)

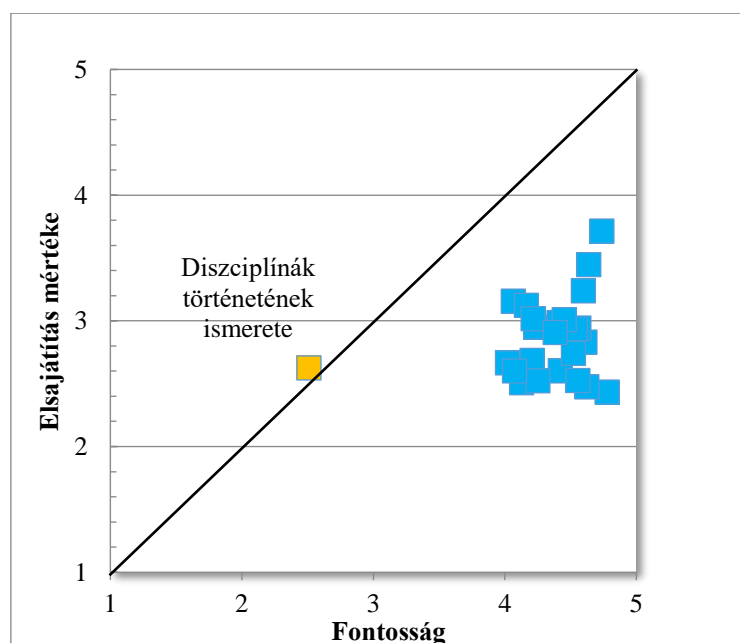


Forrás: saját szerkesztés

Azzal tehát, hogy az ábrán szereplő kompetenciák mindegyike az átló alatt helyezkedik el, levonhatjuk azt a következtést is, hogy az *oktatók* a hallgatók által a teljes orvosi képzés során megszerzett kompetenciák egyikével sem elégedettek. Az optimális szinthez a legközelebb a diszciplínák történetének ismerete áll.

A *hallgatók* ugyanezen kérdésekre adott válaszait az alábbi GAP-mátrixban láthatjuk.

3. ábra: A kompetenciák fontossága és az elsajátításukkal való elégedettség a hallgatók szerint (átlag, N=981)



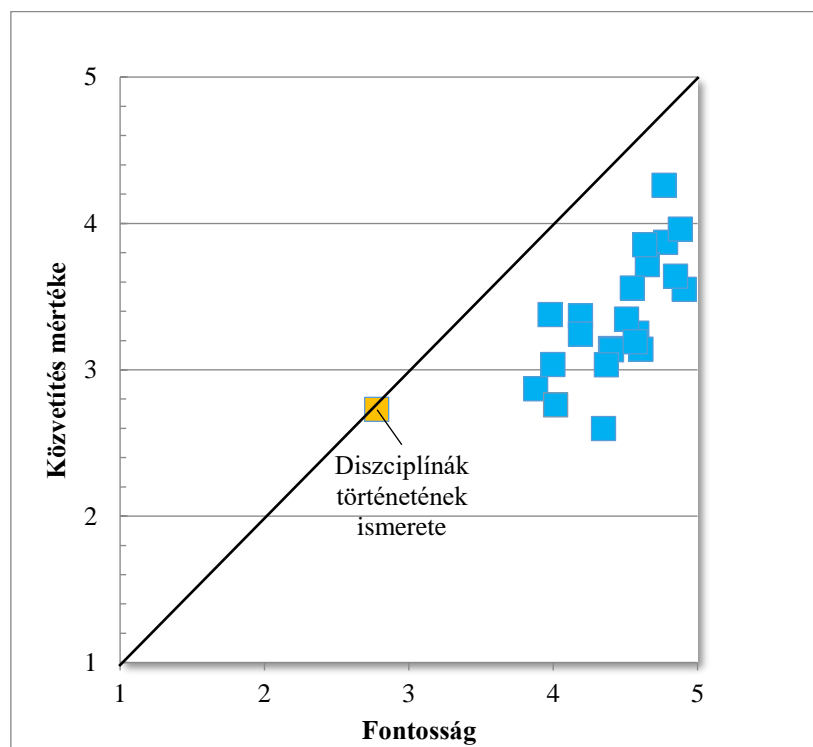
Forrás: saját szerkesztés

Ezen az ábrán már megjelent egy szempont az átló feletti részen (nevezetesen a diszciplínák történetének ismerete), amely azt jelenti, hogy a *hallgatók* szerint az elsajátítás mértéke magasabb, mint e szempont fontossága (azaz többet tudnak róla, mint amennyire az megítélésük szerint fontos lenne). A többi tényező esetében azonban – az oktatói véleményekhez hasonlóan – azt láthatjuk, hogy a *hallgatók* szerint az adott kompetencia fontossága magasabb értékeket kapott, mint ahogy azokat sikerült elsajátítaniuk az addigi képzésük során. Másként fogalmazva: a *hallgatók* szerint egyetlen dimenzióban az orvosképzés „túlteljesít”, míg az összes többi esetében „alulteljesít” a szükségletekhez, azaz a fontossághoz képest.

4.1.2.2. A kompetenciák oktatók és hallgatók szerinti fontosságára és az oktatók szerinti közvetítés mértékére vonatkozó értékelések

Összevetve azt, hogy az *oktatók* milyen mértékben gondolják az adott kompetenciát fontosnak és milyen mértékben közvetítik azt a saját tárgyuk oktatásában, a következő állapítható meg. Mind a huszonöt szempont esetében az oktatók fontosabbnak tartják az adott kompetenciát, mint amennyire azt tárgyuk oktatásában közvetítik.

4. ábra: A kompetenciák fontossága és a közvetítés mértéke az oktatók szerint (átlag, N=263)



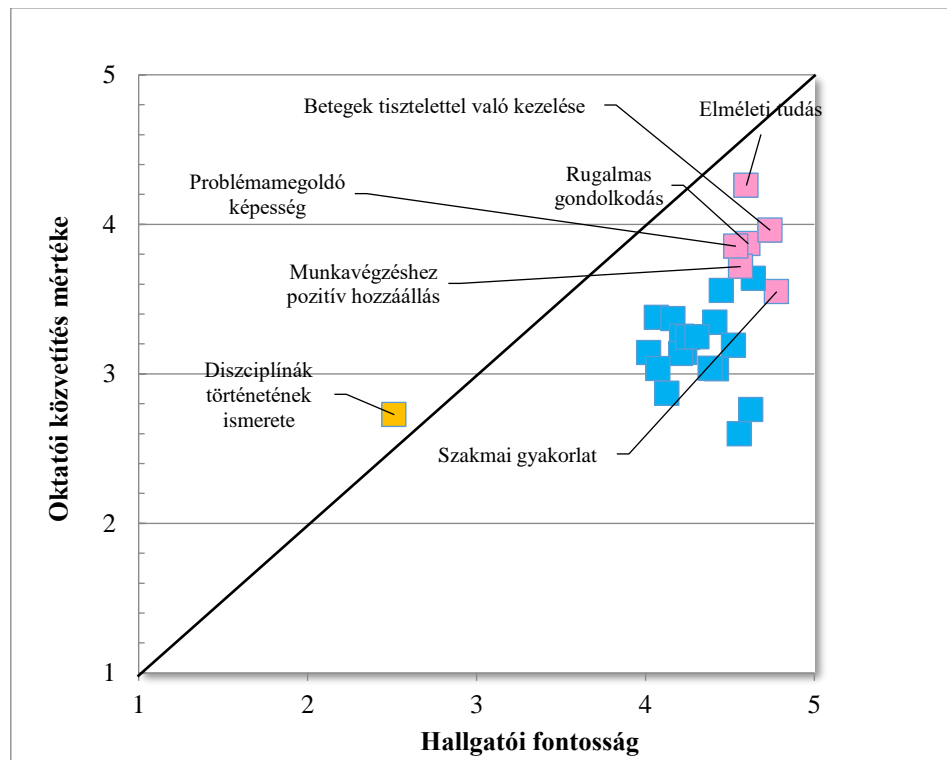
Forrás: saját szerkesztés

A GAP mátrix ábráján látható, hogy csupán a diszciplínák történeti áttekintése dimenzió helyezkedik el az átlón (optimális a teljesítés), azaz az *oktatók* szerint gondolt fontosságnak megfelelően történő közvetítés is. A többi kompetenciánál a közvetítéssel való oktatói elégedettség alacsonyabb, mint amilyen fontosságot tulajdonítanak nekik, azaz alulteljesítés jellemző.

A következő ábrán a *hallgatók* fontosság preferenciáit vetettük össze az oktatói közvetítés mértékével. Az ábra jól szemlélteti, hogy egy kompetenciában van csupán felülteljesítés,

nevezetesen a diszciplínák történeti ismeretében. Sajnálatos módon a többi kompetencia közvetítésében az *oktatók* „alulteljesítenek” nem csupán saját megítélésük, hanem a *hallgatók* szerint is.

5. ábra: A kompetenciák fontossága a hallgatók szerint és a közvetítés mértéke az oktatók szerint (átlag, $N_0=263$, $N_H=1.497$)



Forrás: saját szerkesztés

4.1.3. Pedagógiai ismeretek

A kérdőívben a második nagy kérdéscsoport arról szólt, hogy vajon melyek azok az ismeretek, kompetenciák, készségek az oktatóknál, amelyek akár az oktatók, akár a hallgatók szerint az oktatói munka végzése kapcsán fejlesztésre szorulnak. A következő kérdésekre kerestük a választ a két célcsoport körében:

Oktatói kérdőívben:	Hallgatói kérdőívben:
	1. Ön szerint milyen mértékben rendelkeznek az alábbiakkal az oktatók?
1. Ön, mint az Orvoskar oktatója az oktatási munka során érzi-e az alábbi témakörökkel kapcsolatban, hogy ismeretei bővítésre szorulnának?	2. Ön szerint az orvoskaron az oktatóknak mely területeken lenne szüksége képzésre, továbbképzésre?

4.1.3.1. A pedagógiai ismeretek megléte és fejlesztési, fejlődési igények

Az előzőekben tárgyalt kérdéseket érdemes egymással is összevetni, ezért az alábbi táblázatban a három kérdésre adott átlagokat együttesen tüntettük fel.

1. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismeretekkel való rendelkezése a hallgatók szerint és fejlesztési, fejlődési igények az oktatók és hallgatók szerint (átlag, N_O=433, N_H=1.472)

Pedagógiai ismeretek	Hallgatók szerint az oktatók rendelkeznek	Oktatók szerint ismereteik bővítésre szorulnak	Hallgatók szerint oktatóknak szükséges lenne a továbbképzés
Szakmai ismeretek	4,38	3,12	2,30
Döntési és helyzetfelismerési képesség	3,62	2,71	2,97
Szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása	3,51	2,47	3,24
Kommunikációs ismeretek	3,18	3,15	3,76
Didaktikai ismeretek	3,12	3,48	3,83
Empátiás képesség	3,02	2,37	3,63
Alkalmazkodási képesség fejlesztése (pl. rugalmasság az oktatásban a hallgatók, illetve a betegek igényeinek és elvárásainak figyelembevételével)	2,98	2,85	3,71
Pszichológiai ismeretek	2,89	3,21	3,56
A tanulási folyamat szervezése, irányítása	2,87	3,28	3,92

Forrás: saját szerkesztés

Az *oktatók véleménye szerint* a tanulási folyamat szervezése, irányítása (3,28) területén meglévő kompetenciájuk a fejlesztési szükségességi sorrendben a második helyet foglalja el, és ez már „majdnem” egybecseng a hallgatók véleményével.

A szakmai ismeretek fejlesztése (3,12) az ötödik helyen áll, amely azt jelezheti, hogy az *oktatók* a továbbképzést szükségesnek vélik általában véve is, hiszen az egykor megszerzett tudás folyamatosan elavul és reagálni kell az orvostudomány változásaira. A *hallgatók* összevontan 4,38-as átlaggal jelölték az oktatói szakmai ismereteket, amely szerint ez az, amivel az oktatók a legnagyobb mértékben rendelkeznek, míg a tanulási folyamat szervezése, irányítása a 2,87-es átlaggal a leggyengébb kompetenciának bizonyult. Az erre a kérdésre adott válasz megegyezik azon válaszok inverzével, ahol a hallgatókat arról kérdeztük, hogy melyek azok a területek, ahol az oktatóknak további fejlődésre van szükségük. Ebben a kontextusban a leginkább fejlesztendő területnek a tanulási folyamat szervezését, irányítását jelölték (3,92), illetve a legkevésbé fejlesztendő területnek pedig a szakmai ismereteket (2,30) adták meg.

4.2. Kérdőíves vizsgálat eredményei – páciensek

4.2.1. Mintavétel és válaszadók köre

2019 nyarán az oktatók és hallgatók körében végzett kutatást kiegészítettük egy kérdőíves felméréssel, amit a páciensek, mint az egészségügyi ellátás végső felhasználói körében kérdeztünk le. Összesen 1115 legalább 18 éves személy vett részt a kutatásban. A lekérdezést a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán aktív jogvisztonnyal rendelkező 14 orvostanhallgató (kérdőbiztos) közreműködésével valósítottuk meg magyarországi egészségügyi ellátó helyeken⁵. Területi és intézményi kikötés nem volt, ott kérdezhettek, ahol a gyakorlatukat töltötték (az egyetlen kritérium az volt, hogy aktív ellátóhelynek kell lenni, ahol betegséggel fordulnak meg a páciensek).

A kérdezőbiztosoknak az alábbi helyszíneken volt lehetőségük a kérdőívek kitöltésére:

- akkreditált háziorvosi rendelők,
- egyetemi klinikai szakrendelések, és
- fekvőbeteg osztályok (kórházi vagy klinikai),

azaz olyan gyakorlóhelyek, ahol az általános orvos szakos hallgatóknak szakmai gyakorlat eltöltésére van lehetőségük.

Az adatfelvétel – az alapsokaság ismeretének hiányában – nem volt reprezentatív, de a kvótákat (férfi-nő arányokat és korcsoportokat) a következőképpen határoztuk meg: férfi – nő arány: 50-50%, korcsoportok: 20% 30 év alatti, 40% 30-60 év között és további 40% 60 év feletti.

4.2.2. Kérdőív felépítése

A kérdőív zárt és nyitott kérdéseket tartalmazott, és két fő tartalmi részből állt. Mindezek mellett a vizsgált populációra vonatkozó demográfiai és társadalmi jellemzőikkel kapcsolatos kérdéseket is feltettünk (pl. nem, életkor, lakóhely, iskolai végzettség).

Az első fő tartalmi rész a KKK-ban található kompetenciákra vonatkozott, amelyeket a páciensek esetében két kérdéskör mentén vizsgáltunk.

Páciensek kérdőívében:
1. Ön mennyire tartja fontosnak az ORVOSI MUNKÁHOZ az alábbiakat?
2. Milyen mértékben elégedett az alábbiakkal?

Az oktatók és a hallgatók körében végzett kérdőíves kutatás során egyaránt azonos számú, huszonöt-huszonöt kompetenciát vizsgáltunk. A páciensek körében azonban tizenhat kompetenciát tartottunk meg a kérdőív kialakítása során, amelyeket az alábbi szempontsor tartalmazza:

⁵ Bár tisztában vagyunk azzal, hogy a kérdés helyszíne befolyásolhatja a válaszadást, a kutatás költséghatékonyasága miatt választottuk ezt a módszert. Források hiányában a hallgatók gyakorlati helyein voltak elérhetők számunkra a páciensek. Egy online kérdezés során más típusú torzításokkal kellett volna számolnunk, ezért döntöttünk az adott módszer mellett.

2. szempontsor: A páciensek kérdőívében szereplő kompetenciák rövid nevei

Kompetenciák
Elméleti tudás
Szakmai gyakorlat
Rugalmas gondolkodás
Emberi méltóság figyelembevétele
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése
Betegek iskolai végzettségének, kulturális háttérének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről
„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel
Betegek tisztelettel való kezelése
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás
Problémamegoldó képesség
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele
Konfliktuskezelés
Érzelmi intelligencia fejlesztése

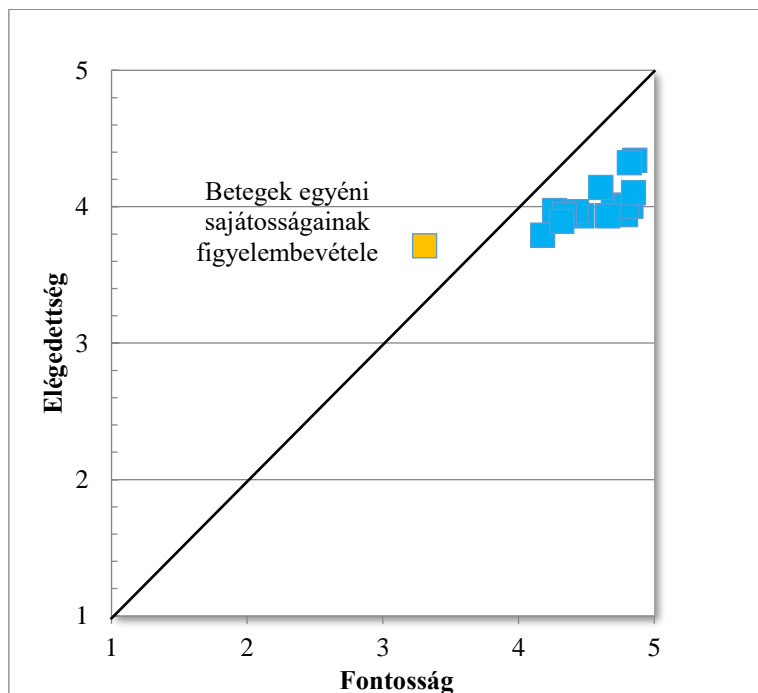
Forrás: saját szerkesztés

4.2.3. A kompetenciák értékelése

4.2.3.1. A kompetenciák fontosságára és az azokkal való elégedettségre vonatkozó értékelések

Az alábbi ábra mutatja be, hogy az adott kompetenciát a *páciensek* mennyire tartják fontosnak, mennyire elégedettek vele. Emellett rámutat e két érték közötti eltérésre (az ún. „gap”-re), és hogy ezen eltérés statisztikailag jelentős-e (p-érték).

6. ábra: A kompetenciák fontossága, velük való elégedettség a páciensek szerint (átlag, N=1.115)



Forrás: saját szerkesztés

4.3. Kérdőíves vizsgálat eredményei – oktatók, hallgatók, páciensek

2. táblázat: A három célcsoport körében vizsgált tizenhat kompetencia fontossága, az elsajátítás és közvetítés mértéke az oktatók, hallgatók és páciensek szerint (átlag, N a táblázatban)

A kompetenciák fontossága az orvosi munkához, valamint az elsajátítás és közvetítés mértéke	Oktatók			Hallgatók		Páciensek	
	Fontosság	Hallgatói elsajátítás	Közvetítés	Fontosság	Elsajátítás	Fontosság	Elégedettség
N	434	343	263	1.497	981	1.115	
Elméleti tudás	4,77	3,67	4,26	4,60	3,24	4,86	4,34
Szakmai gyakorlat	4,91	2,70	3,55	4,78	2,43	4,82	4,32
Rugalmas gondolkodás	4,78	2,72	3,87	4,61	2,83	4,70	4,01
Emberi méltóság figyelembevétele	4,85	3,02	3,64	4,64	3,45	4,79	3,94
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	3,98	2,84	3,38	4,07	3,16	4,27	3,97
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	4,19	2,79	3,37	4,16	3,12	3,31	3,71
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,40	2,52	3,14	4,23	2,95	4,18	3,79
Betegek iskolai végzettségének, kulturális háttérének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,58	2,65	3,25	4,21	3,02	4,83	4,00
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,51	3,10	3,35	4,41	2,99	4,80	4,00
„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel	4,41	2,69	3,13	4,21	2,69	4,61	4,14
Betegek tisztelettel való kezelése	4,88	3,39	3,96	4,74	3,72	4,85	4,10
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,65	2,86	3,72	4,56	2,94	4,66	3,93
Problémamegoldó képesség	4,64	2,76	3,85	4,54	2,93	4,47	3,93
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,02	2,66	3,14	4,02	2,66	4,43	3,96
Konfliktuskezelés	4,61	2,37	3,03	4,42	2,60	4,34	3,94
Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,37	2,40	3,04	4,38	2,91	4,32	3,89

Forrás: saját szerkesztés

A fenti táblázatból látható, hogy az oktatóknál és a hallgatóknál a fontossági sorrend megegyezik az átlagokat tekintve, a páciensek azonban további két szempontot emelnek a legfontosabbak közé (az elméleti tudást, illetve a betegek iskolai végzettségének, kulturális háttérének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatást). Másként úgy is megfogalmazhatjuk, a betegek szerint fontos, hogy az orvos „okos legyen”, sokat tudjon (elméleti és szakmai

gyakorlati tudás), és emellett tisztelettel kezelje a betegeket, valamint – a beteg állapotának megfelelő – tájékoztatást adjon.

Érdekes azt is megfigyelni, hogy a legkevésbé fontos szempont az egyes célcsoportoknál különböző átlagértékkel került az utolsó helyre. *Az oktatók és a hallgatók* négyes átlag körüli értéket adtak (oktatók: a betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele 3,98; hallgatók: betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele 4,02) azoknak a kompetenciáknak, amiket ők a legkevésbé tartanak fontosnak az orvosi munka elvégzése közben. Az ötfokozatú Likert-skálán a négyes körüli átlag is fontosnak mondható, azaz ez a két vizsgálati csoport tulajdonképpen a felsorolt tizenhat szempont mindegyikét fontosnak ítélte. A *páciensek* esetében azonban a legalacsonyabb átlagértékkel jelölt kompetencia (a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele 3,31) már hármas átlagértékhez közelít, azaz az ötfokozatú Likert-skálán csak közepes fontosságúra ítélték.

Tehát azt láthatjuk, hogy *mind a három vizsgált csoport* alapvetően fontosnak ítélte mind a tizenhat megkérdezett kompetenciát. Mindösszesen két tényező kapott 4,00-es átlagérték alatti pontszámot, a többit az *oktatók, hallgatók és páciensek* egyaránt fontosnak ítélték.

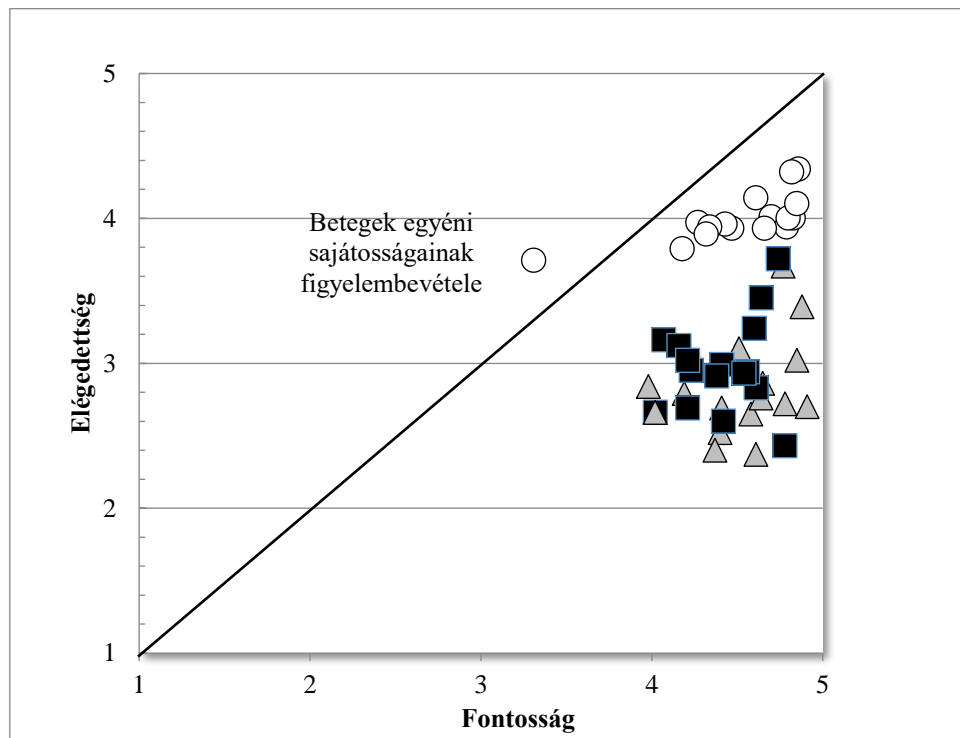
Az e kompetenciákkal való elégedettség mérése során is megállapítható, a sorrendet tekintve látható a táblázatból, hogy az *oktatók* a hallgatók elméleti tudásával (3,67), a betegek tisztelettel való kezelésével (3,39), illetve a betegek teljes körű tájékoztatásával a betegségükről (3,10) szempontokkal voltak összességében a legelégedettebbek.

A *hallgatóknál* a betegek tisztelettel való kezelése (3,72), az emberi méltóság figyelembevétele (3,45), illetve az elméleti tudás (3,67) került az első három helyre. Ezen két célcsoport értékelései között szerepelt tehát közösen a betegek tisztelettel való kezelése és az elméleti tudás.

A *páciensek* szintén elégedettek az orvosok elméleti tudásával (4,34), és ez a szempont kapta a legmagasabb értékelést ezen a területen. Nem sokkal lemaradva ettől (4,32), a második helyre tették a szakmai gyakorlatot (amely meglepő lehet annak ismeretében, hogy a hallgatók az elégedettségi sorban ezt az utolsó helyre tették, de az oktatók elégedettségi listáján is csak a tízedik helyre került). A harmadik helyen a páciensek elégedettségi listáján a „partneri” viszony kialakítása a betegekkel kompetencia állt. (Ez utóbbi, sem az oktatók, sem pedig a hallgatók elégedettségi listáján nem szerepel azok között, amikkel a leginkább elégedettek lennének.) A páciensek tehát, miközben elégedettek az orvosok elméleti tudásával és szakmai gyakorlatukkal, partneri viszonyt is megélnék az orvosokkal. Ez utóbbit azonban sem az oktatók, sem a hallgatók nem észlelik.

Mindent összevetve tehát azt látjuk a 7. ábraábrán, hogy az átlóhoz, azaz az ún. „optimális teljesítéshez” az orvosi kompetenciákat tekintve legközelebb a páciensek értékelései állnak. Ez azt jelenti, hogy a számukra fontosnak tartott dimenziók az orvoslás folyamatában, ha nem is teljes mértékben, de valamelyest teljesülnek, az eltérés a fontosság és az elégedettség között esetükben a legkisebb mértékű. Nagyobb szakadék („gap”) regisztrálható már a hallgatói értékelésekben és összességében a legkevésbé elégedettnek (pontosabb talán az elégedetlen megfogalmazást használni) az oktatók tűnnek.

7. ábra: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség az oktatók, hallgatók és páciensek szerint (átlag, $N_{OF}=434$, $N_{OE}=343$, $N_{HF}=1.497$, $N_{HE}=981$, $N_{PF}=1.115$, $N_{PE}=1.115$)



Jelmagyarázat: szürke háromszög: oktatók válaszai, fekete négyzet: hallgatók válaszai, fehér kör: páciensek válaszai. Forrás: saját szerkesztés

4.4. Mélyinterjúk eredményei – oktatók

4.4.1. Az interjúalanyok jellemzői

A tervezett és elkészített mélyinterjúk száma tizenöt volt. Az interjúkra olyan személyeket kértünk fel, akikről úgy gondoltuk, hogy reális rálátásuk van az oktatási folyamat egészére, és emellett az oktatásban elkötelezett, mintaadó személyként, illetve akár döntéshozóként is ismertek. E döntésünk tudatos volt, annak érdekében, hogy megismerjük, az általunk választott személyek hogyan gondolkoznak az oktatás jövőjéről, és milyen szándékuk, cselekvési hajlandóságuk van a változtatásra. Kiválasztásuknál emellett szerepet játszott, hogy elméleti vagy klinikai (preklinikai) modul oktatásában vesznek-e részt. Ennek megfelelően a megkérdezett oktatók közül 6 fő az elméleti, 6 fő a klinikai és 3 fő a preklinikai oktatásban dolgozik nap mint nap. 5 fő 40 év alatti, 5 fő 40-50 év közötti, 5 fő pedig 50 év feletti életkori csoportba tartozott a megkérdezés pillanatában.

A „mintaválasztás” során a célunk tehát nem az volt, hogy a PTE ÁOK oktatóit pontosan leképezze, „reprezentálja” életkor, nem, oktatási tapasztalat, hallgatói elégedettség stb. szerint, hanem hogy olyan oktatóktól gyűjtsünk be információkat, akik a változásokat el is tudják indítani a közeljövőben, vagy már most is aktív részesei annak. Ily módon a kvalitatív kutatás „mintája” egy jövőbeli akciókutatás és beavatkozás céljait volt hivatott szolgálni.

4.4.2. A mélyinterjú vizsgálat összefoglaló megállapításai

A megállapítások értelmezéshez ismét hangsúlyozzuk, hogy a félig strukturált beszélgetések nem a PTE ÁOK „átlag” oktatóival történtek, hanem olyanokkal, akik – e körben mérve – maguk is kiváló oktatók, illetve nem zárkóznak el a fejlesztési folyamatoktól. A mélyinterjúk legfőbb megállapításait az alábbiakban összegezzük.

- A megkérdezett oktatók többségében megtalálták helyüket, szerepüket az oktatási tevékenységben, egyrészt azért, mert fiatalos környezetben dolgozhatnak, másrészt pedig azért, mert az oktatás, a hallgatói tanulás segítése által biztosítottak látják saját szakmai fejlődésüket is.
- Annak ellenére, hogy a megkérdezett oktatók közül kilencünknek az oktatói munka a kutatói léttel való „árúkapcsolás” miatt vált életük részévé, mind a tizenöt megkérdezett alapvetően elégedett az oktatói szerepével.
- Szerepük lényegét abban látják, hogy szintetizálják a tudást a hallgatóknak. Elégedettségérzést az vált ki belőlük, ha a hallgatók kérdeznek, érdeklődést mutatnak, és a vizsgán is jól szerepelnek.
- Az interjúkból úgy tűnik, hogy a kérdezett oktatók többnyire készülnek az óráikra, amely alapvetően a szakmai anyag áttekintését és frissítését jelenti. Megfogalmazódott emellett az is, hogy szívesen hallanának oktatásmódszertani, didaktikai, pedagógiai ismeretekről, hogy fejlesszék tudásukat, még akkor is, ha ezen fogalmak pontos ismeretének hiányát többen felvetették (másként fogalmazva: a szükséglet már megfogalmazódott, hogy a szakmai tudás mellett másra is szükségük lenne az eredményesebb oktatáshoz, ám ennek tartalmát még nem nagyon tudták definiálni).
- Felvetődött az is, hogy az oktatók a tanításban alkalmazott módszereiket szívesen bővítenék. Többen példákat is tudtak hozni (pl. csoportmunka, kiscsoportos munka, több klinikai példa bevitele az órákra, a páciensek integrálása – a klinikai esetek után hasonlókat bemutatása hallgatói feladatokban). Azaz jól érezhető volt a beszélgetések során, hogy a megkérdezett oktatók nem zárkóznának el a továbbképzési lehetőségektől. Olyannyira nem, hogy – konkrét kérdésre válaszolva – maximálisan támogatják a pedagógiai tartalmú kurzus bevezetését a karon.
- Kiemelnénk azonban – annak ellenére, hogy ebben a dolgozatban ennek tárgyalására nem kerül sor – hogy az oktatók továbbra is időszükében érzik magukat. A kutatási tevékenység, a hallgatók magas létszáma, illetve a betegellátó tevékenység olyan jelentős terhet ró rájuk, ahol az idővel és feladatokkal való versenyfutás nem kedvez az oktatásfejlesztési törekvéseken való gondolkodásnak és cselekvéseknek.

5. MEGBESZÉLÉS

A megbeszélés fejezetben összegezzük a kutatási eredményeinket és összevetjük azokat a kutatási hipotézisekkel, illetve az adott kérdés tekintetében releváns szakirodalmi háttérrel. Törekszünk annak megbeszélésére is, hogy az eredmények vélhetően milyen okoknak, tényezőknek tulajdoníthatók. A kutatási eredmények összegzése során a dolgozatban tárgyalt témáknak megfelelő sorrendet követjük. Azaz az oktatók, hallgatók, majd pedig a páciensek körében végzett kutatási eredményeket összegezzük, és kitérünk az oktatók körében végzett mélyinterjúk eredményeire is. Mindezen eredmények mellett érdekesnek tartjuk azt is megemlíteni, hogy a kérdőív validálásánál használt faktoranalízis alátámasztotta azt, hogy a magyar KKK oktatói és hallgatói kérdőívben szereplő kompetenciái megfeleltethetők a nemzetközi orvosképzésben elfogadott (Harden és munkatársai által készített) három körös modellben szereplőkkel, mivel a kompetenciák főhatásokba sorolhatók, és a faktorok összhangban állnak a három körös modelljében szereplő kompetenciák összefoglaló neveivel és azok tartalmával. A hazai KKK és az orvosképzésben nemzetközileg elfogadott kimeneti követelmények kérdőívünkben szereplő tartalma ezek alapján nagy mértékű egyezőséget mutat.

5.1. Hipotézisekkel kapcsolatos döntések

A dolgozatban az alábbi hipotéziseket vizsgáltuk meg:

1. hipotézis:

Az oktatók nem tartják annyira fontosnak a Képzési és Kimeneti Követelményekben meghatározott kompetenciák mindegyikét az orvosi munka ellátásához, mint a hallgatók.

A hipotézis három kompetencia esetében igazolódott be: a karrierépítési lehetőségek ismerete, az asszertivitás alkalmazása⁶, és az érzelmi és társas intelligencia fejlesztése. Ezen kompetenciák esetében az értékelések különbözőségét, azaz, hogy ezeket a hallgatók magasabb fontossággal értékelték, abban látom, hogy e területek, fogalmak társadalmi megjelenése és azok beépülése a köztudatba később történt, így ennek tudatos beépítése az orvosképzés reguláris folyamataiba még várat magára Magyarországon.

Tizennégy kompetencia esetében éppen az ellenkezőjét mutatják az eredmények, a többi kompetencia esetén pedig nincs érdemi különbség az oktatói és hallgatói fontosság átlagos szintje között 5%-os szignifikancia szint mellett, vagyis ezeket statisztikailag is igazolhatóan, egyformán fontosnak ítélték az oktatók és a hallgatók.

A nemzetközi szakirodalom több ponton is megerősíti azt, hogy rendkívül nagy szükség van a szkillerekre, készségekre, kompetenciákra ahhoz, hogy az orvosok a jövőbeni orvoslás folyamatában eredményesebb orvosként, klinikusként és oktatóként tudjanak részt venni (Kugel, 1993. pp. 315-328; Moriates, 2019. pp. 674-677). Sajnos a szükséglet felismerése önmagában nem elegendő ahhoz, hogy az orvosképzésbe ezen kompetenciák beépüljenek. Szükség van ehhez egy oktatási modellre, a kurrikulum átalakítására, a tematikák tudatosítására, amelyekben ezeknek a kompetenciáknak a helye világosan látszik. Kurt Lewin (1943. pp. 113-131) szerint „there is nothing as practical as a good theory”. Ez szintén megerősíti, hogy intézményesíteni szükséges az új kompetenciák beépítését az oktatásba.

⁶ Gyakran a fogalmak jelentése sem tiszta még az orvostársadalom számára. A kutatók saját tapasztalata, hogy az asszertivitás fejlesztése témakörben meghirdetett továbbképző kurzusra azért nem jelentkeztek a résztvevők, mert nem értették annak címét, a tartalmát.

Artino és Konopasky (2018. p. 609) cikkében több ponton olvasható, hogy az oktatás elméleti és gyakorlati része elengedhetetlen az orvoscépzésben. Ugyanakkor azt hangsúlyozzák, hogy csak az oktatók tapasztalatain alapuló képzés elavult (amelynek nagy részét az előzőekben említett két elem teszi ki) és szükség van egy olyan teóriára az orvoscépzésben, amely sokkal inkább elveken, tudatos tervezésen alapszik, mint pusztán a tapasztalaton. A nemzetközi szakirodalom sem vitatja tehát, hogy az elméleti és a gyakorlati tudás adja az orvoscépzés gerincét. E források és a saját kutatásaim is arra hívják fel a figyelmet, hogy érdemes egyensúlyt és szinergiát teremteni a hagyományos orvoscépzés alapjait adó, és az újonnan megjelenő kívánatosnak tartott kompetenciák között.

2. hipotézis

Az oktatók kevésbé gondolják úgy, hogy a pedagógiai ismeretek területén készségeik fejlesztésére lenne szükségük, mint a hallgatók.

A második hipotézisünket a vizsgált kilenc pedagógiai ismeret közül nyolc esetben alátámasztották a kutatás eredményei. Ezek esetében 5%-os szignifikancia szint mellett a hallgatók fokozottabban érzékelik úgy, hogy az oktatók jelenlegi pedagógiai tudása fejlesztésre szorulna, mint az oktatók. A szakmai ismeretek elem képezi a kivételt, amely esetén épp a hipotézis ellenkezője derült ki: az oktatók fontosabbnak tartják ezt átlagosan, mint a hallgatók (5%-os szignifikancia szint mellett). Összességében tehát – a kutatás eredményei alapján – az oktatók kevésbé vannak tudatában annak, hogy pedagógiai készségekre is szükségük volna az oktatás során, illetve annak, hogy azokat fejleszteni volna szükséges. A didaktikai ismereteknél megjelenő legmagasabb átlag (3,48) – jóindulattal – utalhat arra, hogy valamilyen pedagógiai tudással kapcsolatos fejlődési szükségletek, gondolatok már felmerültek az oktatóknál. Az ötfokozatú skálán adott 3,48-as átlag azonban nehezen értékelhető erősebb szükségletnek, fejlesztendő területnek, hiszen inkább egy semleges álláspontot mutat. A hallgatók által adott átlagok (ugyan 4,0-es átlag feletti számokat esetükben sem láthatunk), összehasonlítva az adott szempontok oktatói átlagával és a kettő közötti értékelés közötti különbséggel, azonban szépen mutatják és támasztják alá a szakirodalomban, orvoscépzéssel foglalkozó konferenciákon is többször és több szempontból vizsgált kérdéskört, nevezetesen a pedagógiai ismeretek szükségességét az orvoscépzésben (Harden, 1999 pp. 546-552; Irby, 1994 pp. 333-342; Mcleod és munkatársai, 2009 pp. 117-124).

Külön kiemelem, hogy az empátias készség, a didaktikai és kommunikációs ismeretek alig haladják meg a hármas átlagot. Ez azért is figyelemre méltó, mert akár orvosi, akár oktatói szerepben van valaki (vagy a kettőben együtt), ezek alapkompenciáknak számítanak. Vajon hogyan tud egy oktató orvos empátiát „közvetíteni” hitelesen a hallgatók oktatása során, ha ő maga sem rendelkezik, vagy csak hiányosan ezzel a készséggel?

A hallgatók összességében a legmagasabbra az oktatók szakmai ismereteit jelölték (4,38-as átlaggal), míg a tanulási folyamat szervezése, irányítása a 2,87-es átlaggal a leggyengébb kompetenciának bizonyult. Csak zárójelben jegyezzük meg, nem biztos, hogy ez minden esetben az oktató dolga kellene, hogy legyen: főállású oktatásszervezők e feladatokat el tudnák látni, és egyben az oktatás minőségbiztosítási részét is felügyelhetnék⁷.

Harden, Irby és Mcleod és munkatársai (2009) is foglalkoznak a szakirodalomban e témakörrel, és erősítik meg azt a gondolatot, hogy szükség van pedagógiai ismeretekre és tudásra az orvoscépzésben. A dolgozat ezen részében Dent és Harden (2013) nevét tartjuk a

⁷ Hasonlóan a non-doktorokhoz, akik az orvosok mellett látnak el egészségügyi ellátáshoz tartozó feladatokat, amelyekhez nem feltétlenül szükséges a legmagasabb szintű szaktudás.

legfontosabbnak kiemelni, akik többek között a Practical Guide of Medical Teacher című könyvet írták, amely az orvosképzés pedagógiai alapjait rögzíti.

Az oktatás – mint, ahogy az általam készített mélyinterjúkból több esetben kiderült – a kutatással együtt járó árukapcsolás, azaz, egyfajta nem tudatos, tapasztalati úton alapuló tevékenység, és mint általánosan elfogadott rendszer működik az orvosképzésben Magyarországon. A gyakorlatban ez annyit jelent, hogy a leendő oktatók idősebb tanáraiktól, professzoraiktól tanulják meg (jobb esetben) az oktatás pedagógiai és didaktikai (vagy annak hitt) elemeit, azaz olyanoktól, akik szintén nem kaptak szakirányú képzést. Azaz ők azokat a módszereket adják át, amelyeket saját bőrükön tapasztalva, a saját egyetemi éveik alatt szereztek meg, függetlenül attól, hogy ezek eredményességét bárki vizsgálta volna, vagy az orvossal és az oktatóval szembeni elvárások változtak-e a világban. A mélyinterjúk során kiderült, hogy a fiatalabb oktatók felismerik a pedagógia, mint külön tudomány létezését, és hiányzik számukra az, hogy e területen képzést kapjanak oktatói munkájuk megkezdése előtt. További tapasztalatom, hogy a pedagógia, didaktika szavak értelmezése is nehézséget jelentett a mélyinterjúk során, így feltehetően a kérdőívben szereplő pedagógiával kapcsolatos fejlesztendő területek megítélése is torzíthat, hiszen valódi módszertani szükségletüket nem ismerik fel az oktatók. Több oktató jelezte a beszélgetések során, hogy számos problémával küzdenek az oktatás során, amelyre nem találják a megoldásokat. A pedagógiai, módszertani képzések ezekre a kihívásokra, vagy ezek egy részére választ tudna adni.

A kutatásban kapott eredmények arra is felhívják a figyelmet, hogy az oktatók pedagógiai ismeretekre való szükségleteinek felismerése és igényeinek megfogalmazása kulcsfontosságú volna a fejlődés érdekében. Sajnos az oktatóknál kapott eredmények kevéssé mutatják azt, hogy az oktatók felismerték volna e téren a fejlesztendő területeiket.

A hallgatói eredmények figyelemfelkeltőek. A 2019-es AMEE konferencia egyik előadása (Williams és munkatársai, 2019) „How to train your dragon” címmel arra hívja fel a figyelmet, hogy ugyan az első lépés az, hogy az oktatók maguk is felismerjék a pedagógiai tudás iránti igényüket, de a következő lépés, a tudás alkalmazása és a korábbi szokásoktól való eltérő viselkedés szokássá tétele az oktatás során, további kihívások elé állítják az orvosképzést és az abban szereplőket. Az oktatói szokások megváltoztatásához számos tényezőre van szükség, melynek részletezése a dolgozatnak nem témája. Itt és most csak arra szeretnénk utalni, hogy az első lépés az, hogy az oktató maga vágyjon arra és érezze is a felelősségét abban, hogy „jobb”, eredményesebb, tudatosabb oktató lehessen.

3. hipotézis

Az oktatók felismerik, hogy jelenleg mely – akár újonnan megfogalmazódó – kompetenciák lennének fontosak az orvosi pályán, mégsem ezek közvetítésére fókuszálnak a hallgatók képzése során.

A harmadik hipotézisünk beigazolódott huszonhárom kompetencia esetében, vagyis az oktatók átlagosan fontosabbnak vélik a vizsgált kompetenciák majdnem mindegyikét, mint amilyen mértékben közvetítik azokat tárgyaik oktatása során ($p < 0,05$). Kivételt a diszciplínák történeti áttekintése kompetencia jelent, amelynek esetében a fontosság és a közvetítés átlagos mértéke azonosnak tekinthető statisztikailag.

Az oktatók, ahogy az első hipotézis kapcsán is láthattuk, szinte az összes, a KKK-ban megfogalmazott kompetenciát fontosnak ítélik, mégpedig négyes átlagnál magasabb szinten. Az első hipotézis vizsgálatakor az is kiderült, hogy a szempontok többségét az oktatók nagyobb fontossággal jelölték, mint a hallgatók. A közvetítés mértékével kapcsolatban arra mutat rá a kutatás, hogy az oktatók ugyan fontosnak tartják az adott kompetenciát, de közvetítésének

mértéke – egy szempontot kivéve – négyes átlag alá került az oktatók értékelései szerint. Egyetlen szempont, az elméleti tudás volt az, amelyet az oktatók úgy véltek, hogy négyes átlagnál magasabb szinten közvetítenek a hallgatóknak. A kapott eredmények arra világítanak rá, hogy a lexikális, elméleti tudás, mint az orvosi szakma legfontosabb alapja, képezi az oktatók szerint az orvosképzés gerincét, amelyet a legjobban át tudnak adni a kurzusaik során. Ez az eredmény megegyezik a hallgatói elsajátítás mértékére vonatkozó oktatói véleményekkel, hiszen ott is az elméleti tudást jelölték meg a leginkább elsajátított szempontnak. A többi kompetencia esetében azonban a közvetítés mértéke a négyes átlagot sem éri el, amely azt jelenti, hogy az ötfokozatú skálán történő értékelés során – amelyet az iskolarendszerben is használunk – nem éri el a négyes „érdemjegy” szintjét.

A kutatás arra is rávilágít, hogy az oktatók megítélése a közvetítés mértékére és a hallgatók „tudásszintjére” vonatkozóan, különbözik a hallgatói megítéléstől. Ezen szempont esetében a hallgatók úgy vélik, hogy 3,24-es átlaggal sajátítják el az oktatás során az elméletet. A hallgatói átlagok 2,43-3,72 közötti értékeket mutatnak, ami felhívja a figyelmet arra, hogy a közvetítés, azaz az oktatás a hallgatók megítélése szerint, az eredményesség irányába tovább fejleszthető volna. Mindamelllett nem szabad arról sem megfeledkeznünk, hogy a tanítás-tanulás egymással kölcsönhatásban lévő tevékenységek, és a hallgatói teljesítmény nem róható fel egyedül az oktatóknak. A hallgatói felelősségvállalás a saját tanulásért, az életben, a szakmában való érvényesülésért attitűd és készség megtanítása is része lehet az oktatói munkának, amikor felnőttképzésről beszélünk. A mélyinterjúk tapasztalata, hogy a hallgatók felnőttként való kezelése a megkérdézett oktatók számára gyakran problémát jelent, hiszen a hallgatók sok esetben nem viselkednek felnőttként. Ezen nehézség főként az alapozó modulban jelentkezik. Több interjúban megfogalmazódott az is, hogy az alapozó modulban oktató munkatársaknak akár még pedagógusként való működése sincs távol a valóságtól⁸. Pedagógus minőségükben való működésük kapcsán egyrészt megjelenik a nevelői munka szükségessége, másrészt pedig az, hogy az oktatás során szükséges módszertani elemeket nem tudják beépíteni tudatosan az oktatás folyamatába. További nehézségként említették, hogy túl kevés idejük van az oktatási feladataik elvégzésére, ez főként a klinikus oktatóknak okoz problémát. Szakmai szempontból az előadásait átnézik, de pedagógiai, módszertani felkészülésre, vagy e területen történő továbbképzésre már nem fordítanak időt és energiát. Ennek egyik oldala az, hogy nincs is a legtöbb esetben erre szervezett lehetőség, a másik oldala pedig, amit a kutatás eredményei is alátámasztanak, hogy az oktatók kevésbé érzik a továbbképzés szükségességét. Volt olyan oktató, akinél a fásultság, a burn-out jelei is érzékelhetők voltak, amelyek szintén okát képezhetik a továbbképzés iránti motiváció hiányának. A dolgozat első fejezeteiben taglalt oktatói munkakörökben való karrierépítéshez szükséges szempontok sem támogatják az oktatók továbbképzését, hiszen az oktatás minőségének mérésére egyelőre az orvosképzésben nem került sor.

4. hipotézis

A páciensek elégedetlenebbek a Képzési és Kimeneti Követelményekben meghatározott kompetenciákkal az orvosi munka ellátása során, mint amennyire azokat fontosnak ítélik.

A hipotézis egy szempontot (a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevételét) kivéve beigazolódott. A kutatás eredményei azt mutatják, hogy fontosság tekintetében a páciensek magasabb átlagértékeket adtak a kompetenciák többségére, mint az azokkal való elégedettségük kapcsán ($p < 0,05$). A betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele esetében mutatkozik

⁸ Fontosnak tartom azt is megjegyezni, hogy a mélyinterjúk során az is kiderült, hogy az oktatók többsége nem nagyon ismeri a pedagógus, pedagógia, didaktika fogalmakat. A pedagógiát gyakran azon tevékenységgel azonosítják, amelyet az erre hivatott szakemberek az általános iskolákban végeznek.

felülteljesítés, ami azt jelenti, hogy elégedettebbek vele a páciensek, mint amennyire fontosnak vélik. Minden más szempontnál az látható, hogy a páciensek elvárásai magasabbak, mint az elégedettségük. A páciensek körében kapott eredmények is azt támasztják alá, hogy a „fogyasztói elégedettség” az orvoslás teljesítményével nem elégíti ki a szükségleteiket, így az oktatás során ezek elsajátíttatására és begyakoroltatására kiemeltebb figyelmet kell fordítani. A hallgatók képzése mellett a jelenlegi oktatói testület továbbképzése is hangsúlyt kell, hogy kapjon, amely során megtanulhatnak új oktatási módszereket, és elsajátíthatják az adott kompetenciákkal kapcsolatos tudásanyagot, fejleszthetik saját szkilljeiket.

A disszertáció legfontosabb és leginkább figyelemre méltóbb eredményének azt tartjuk, hogy az oktatók, a hallgatók és a páciensek orvosi kompetenciákkal kapcsolatos fontosság és elégedettség tekintetében adott válaszainak átlagait nézve a GAP mátrix átlójához legközelebb a páciensek értékelései vannak. Őket – összességében – a hallgatók követik, és a legelégedetlenebbnek az oktatók tűnnek. Azaz, a páciensek esetében közel optimális teljesítést regisztrálhatunk, tehát nem olyan lényeges az eltérés a kompetenciák fontossága és az azokkal való elégedettség között. A legfigyelemreméltóbb megállapítás azonban az, hogy a három válaszadói csoportot tekintve az oktatók esetében van a legnagyobb különbség a fontosság és elégedettség megfelelésében. Másként fogalmazva: magas elvárásaik nem teljesülnek az oktatás „eredménytermékét” tekintve, és ezt mind a hallgatói, mind a páciens vélemények is (indirekt módon) alátámasztják, hiszen e két fontos csoport sem elégedett a kompetenciák elsajátításával (hallgatók), és annak a gyógyítás folyamatában való megjelenésével (páciensek).

5.2. A kutatás erősségei és korlátai

A doktori disszertációban bemutatott, a magyarországi orvostudományi központok nemzetközi, multikulturális egyetemi környezetében végzett kutatás erőssége, hogy széles körű, a magyar, az angol és a német képzésben résztvevő orvostanhallgatók, valamint a képzésükben részt vevő oktatók bevonásával készült. A páciensek megkérdezése pedig a PTE ÁOK hallgatóinak a tanulmányaikhoz szorosan köthető helyszíneken történt, a PTE Klinikai Központjának segítségével.

Erősségek között említhetjük, hogy a kvantitatív, oktatók körében végzett vizsgálatot kvalitatív elemmel, mélyinterjúkkal is kiegészítettük. Az ezekből gyűjtött információkra egyaránt tudunk támaszkodni a kutatás előkészítése és az eredmények értelmezése során.

Fontos megemlíteni a kutatásnak azon erősségét is, hogy ugyan nemzetközi szinten számos szakirodalom, konferencia foglalkozik az orvostudományi képzés minőségi elemeivel, az orvostudományi képzés pedagógiájával, Magyarországon ez a kutatás egyedülállónak tekinthető. Tudomásunk szerint korábban nem készült még e témában empirikus kutatás.

A dolgozatban bemutatott kutatások korlátjának tekinthető, hogy a vizsgált kompetenciák értelmezése célcsoportonként, sőt egyénenként is különböző lehet. A kérdőívek mellé definíciókat érthető módon tartalmazó mellékletet nem csatoltunk, így a kompetenciák, készségek, képességek megítélésekor fennáll mindegyik célcsoport esetében az, hogy az adott szempontot nem teljesen azonosan értelmezik. Ez azonban nem egyedül a mi kutatásunk sajátossága, a szubjektív értelmezés kockázata nem zárja ki a kutathatóságot. Másként fogalmazva: ha valamit nem tudunk tökéletesen mérni, nem mondhatunk le a mérés lehetőségéről – figyelembe véve azokat a következtetések levonásánál.

A dolgozat másik korlátja a páciensek körében végzett vizsgálat esetében az, hogy a kompetenciák megítélésekor, amelyek általában az orvosi munkavégzésre vonatkoztak, a páciensek feltételezhetően – tapasztalataik alapján – egy vagy több, az általuk ismert adott

orvosra, saját orvos-beteg találkozóira vonatkoztatták válaszaikat. Válaszadásukat befolyásolhatja (inkább pozitív irányba) az is, hogy adott helyzetükből fakadóan bizakodók. Bízunk az orvosok tudásában, amely szolgálja a gyógyulásukat, vagy éppen a kiszolgáltatottságuk miatt elképzelhető, hogy felülértékelik az orvosok kompetenciáit. Az általános társadalmi-politikai közhangulat, a média által sugallt kép szintén hatással van az értékelésre.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásunk eredményei azt mutatják, hogy az orvosképzés művelői felismerték, hogy a KKK-ban megfogalmazott kompetenciák egy korszerű képzéshez, az orvosszerep változásaihoz, egy új típusú orvos-beteg kapcsolati rendszerhez elengedhetetlenül fontosak. A szakirodalom (Harden munkatársai, 1999. pp. 546-552; Wilkes és munkatársai, 2018. p. 366; Artino, 2018. p. 612; Irby, 1994. pp. 333-342; Calderhead, 1996; Bligh és munkatársai, 2001. pp. 520-521; Mcleod és munkatársai, 2009. pp. 117-120) alapján e kompetenciák a mindennapi oktatásba való integrálásához azonban még nincs elegendő ismeretük, nem alakultak ki az alkalmazható módszereik, és ez nem csak a hazai orvosképzés problémája. Ezen kompetenciák többségének közvetítése során ugyanis már nem elegendő az „egyszerű” ismeretátadás, mint az elméleti tudás, valamint a szakmai ismeretek megtanítása esetében, hanem az orvos interakcióira (a kapcsolatra) és a személyiségére helyeződik át a fókusz.

Napjainkban több oktatási korszerűsítés, fejlesztés formálódik az egyes képzőhelyeken. Amit kiemelünk, hogy az orvoskarokon oktatók sem Magyarországon, sem a világ más részein jellemzően nem kapnak pedagógiai, oktatásmódszertani képzést (Artino és Konopasky, 2018. p. 610; Calderhead, 1996; Bligh és munkatársai, 2001. pp. 520-521; Mcleod és munkatársai, 2009. pp. 117-120; Lochner és Gijsselaers, 2011 pp. 131-136). Az oktatók saját tapasztalataikból tanulva, illetve a „hagyományokra” építkezve tanítanak, oktatnak, és nem vesznek részt rendszerszerű módszertani, pedagógiai képzésben, melynek többek között olyan készségek elsajátítása is része lenne, mint pl. az alkalmazkodási képesség vagy a tanulási folyamat szervezése, irányítása (Hegyi, 1996; Ballér és munkatársai, 2003, Nagy, 2002). Az oktatóknak a kompetenciák közvetítésére és a kar oktatási színvonalára vonatkozó kedvezőtlenebb eredményeinek az is oka lehet, hogy érzik ugyan a szükségletek, az igények és az arra adott oktatói „válaszok” között feszülő ellentétet, de ennek feloldására önmaguktól – külső segítség hiányában – nem, vagy kevésbé képesek. Gyakran hiányzik még annak a felismerése, tudatosítása is, hogy más módszertani eszközöket használva, sőt más oktatási paradigmák alapján működve eredményesebb, és több sikert, örömet jelentő oktatást tudnának végezni (White, 2007. pp. 279-297; Krupat és munkatársai, 2016. p. 725, Ernyey és munkatársai, 2014).

A kérdőíves kutatást megelőző interjúk is rámutattak arra, hogy az oktatói-pedagógiai munka fejlesztéséhez lényegesen több szervezett segítségre, „a képzésben résztvevő oktatók számára tartott képzések és továbbképzések szisztematikus rendszerbe foglalására” (Kiss, 2019. p. 655) és folyamatos fejlesztésére van szükség minden intézményben. Ennek segítésére az egyes karokon már kezdenek kialakulni jó gyakorlatok. Ilyen például a PTE ÁOK-on 2013 óta szervezett Oktatói készségfejlesztő workshop című rendezvény, mely a kar nemzetközi képzésének közegét is figyelembe véve fejleszti az oktatók pedagógiai ismereteit, oktatási módszereit, illetve intenzív tapasztalatcserére biztosít lehetőséget az érdeklődők között, élményalapúvá téve a tanulási folyamatot számukra (Varga és Füzesi, 2019; Faubl és munkatársai, 2019; Juhász és munkatársai, 2018; Schlégl és munkatársai, 2015). A pesti orvosképző helyen külön szervezeti egység működik oktatásfejlesztésre és az oktatók képzésére (Oktatásfejlesztési, -Módszertani és -Szervezési Központ), ahol a szegedi képzőhelyhez hasonlóan a magyarországi orvosképző karok vezetői a Magyar Orvosképzési és Egészségügyi Oktatási Társaság (MOEOT) 2013. november 8-án tartott pécsi ülésén hozott döntés mentén kialakított oktatói képzést alkalmazzák, amelyet az SZTE e-learning felületén érnek el az oktatók. A tananyagról bővebben Kokovay és Kiss tanulmányában olvashatunk (Kokovay, Kiss, 2016). Tudomásunk szerint a debreceni képzőhelyen fakultatív módon van lehetőségük az oktatóknak részt venni oktatásmódszertani kurzuson, melynek személyi háttérét a SOTE biztosítja. 2020 őszén került be a Szakmai Előmeneteli Szabályzatba egy, az oktatók képzését

megcélzó korszerű pedagógiai ismereteket nyújtó kurzus elsajátításának követelménye az adjunktusok, és előnyt jelentő kategóriaként a tanársegédek előléptetéséhez Pécsset. Tudomásunk szerint Budapesten és Szegeden hasonló elvárásokkal néznek szembe az oktatók. Debrecenben egyelőre előfeltételként nem szerepel az orvosképzésben résztvevő oktatók képzése a szakmai előmenetel során.

Mindezek biztosítása mellett azonban a megfelelő motivációs rendszereket is ki kell alakítani, mert a lehetőségek felkínálásától önmagában, megfelelő ellentételezés nélkül tartós elköteleződés nem várható.

7. ÖSSZEFOGLALÁS, JAVASLATOK

Doktori disszertációm témája egyrészt a Képzési és Kimeneti Követelményekben megfogalmazott szempontokkal kapcsolatos fontosság és azok elsajátításával, közvetítésével kapcsolatos elégedettség az oktatók, hallgatók és a páciensek szempontjából, másrészt az oktatók és hallgatók értékelése az oktatók pedagógiai ismereteiről, tudásáról, az e területen történő fejlődés, képzés szükségességéről.

A Képzési és Kimeneti Követelményekben meghatározott kompetenciák esetében egyértelmű, hogy ezek fontosak az orvosi munka elvégzéséhez, hiszen mindhárom általunk vizsgált célcsoport válaszai ezt erősítették meg. Az is megfigyelhető, hogy egyik vizsgált csoport sem elégedett ezek teljesülésével olyan mértékben, mint amennyire azt fontosnak tartják. Ez az eredmény rámutat arra, hogy az orvosképzésben további fejlesztési és fejlődési lehetőségek vannak, amelyeket az oktatás résztvevői, a hallgatók, az oktatási folyamat végrehajtói, az oktatók, és az oktatási folyamat eredményeit „felhasználó” páciensek is megerősítettek. E szereplők mindegyike tulajdonképpen az egészségügyi felsőoktatás stakeholdereinek is tekinthető, így a fejlesztés során véleményük nem megkerülhető.

Saját eredményeink a nemzetközi kutatások megállapításaihoz hasonlóan (Krupat és munkatársai, 2016. pp. 723-729; Hesketh és munkatársai, 2001. p. 556; Schwartzstein és Roberts 2017. pp. 605-607; Moriates és munkatársai, 2019. pp. 674-677; Fischer és munkatársai, 2019. pp. 208-212; Tsai és Jao, 2020.; Parmelee és munkatársai, 2009) azt is megerősítik, hogy az eddigieknél nagyobb figyelmet kell fordítani az oktatás minőségi mutatóira, az oktatók képzésére, amely nem csak a szakmai területeken bír kiemelt jelentőséggel, hanem a pedagógiai módszertanban is. A kutatás rámutatott, hogy a KKK-ban a képességi követelmények hangsúlyozása kiemelkedő fontosságú, annak érdekében, hogy a hallgatók kompetenciái már a graduális orvosképzés során célzottan fejleszthetők legyenek. E kompetenciák megismertetésére, fontosságának, szükségességének felismertetésére, tudatosítására és átadásának módszertanára azonban az oktatókat is képezni kell, mivel ezek senkinek sem veleszületett képességei, készségei.

A kutatással kapcsolatos legfontosabb, új tudományos megállapítások:

- ***Magyarországon először vizsgáltuk az orvosképzésre vonatkoztatva a KKK-ban lévő szempontok, valamint a vizsgált pedagógiai készségek fontossága és a velük való elégedettség között feszülő ellentétet.***
- ***E feltáráshoz, mint módszert a GAP analízist használtuk, melynek segítségével jól azonosíthatóak a szükségletek (a fontosság) és a teljesülés (az elégedettség) közötti eltérések.***
- ***Az oktatók, a hallgatók és a páciensek magas elemszámú mintájának vizsgálatával azonosítottuk az elvárásokban és az elégedettségben meglévő hasonlóságokat és különbségeket.***
- ***Tudományosan igazoltuk azt a hétköznapi tapasztalatot, hogy jelenleg az oktatók saját korábbi tapasztalataikból tanulva, illetve a „hagyományokra” építkezve oktatnak, és nem vesznek részt rendszerszerű pedagógiai-módszertani képzésben. Ez már saját megítélésük szerint is elégtelen eszközöket biztosít a számukra, ha az oktatásuk eredményességét tekintik. A kutatás rámutatott arra, hogy szükség van az orvosképzésben résztvevő oktatók pedagógiai képzésére, mert fejlődésük ettől, és nem az egyébként is magas színvonalú szakismeretük további fejlesztésétől várható.***

A törekvések sikeres megvalósításához elengedhetetlen az oktatók, hallgatók, sőt a betegek (és hozzátartozóik) bevonása, hiszen szerepük e területek feltérképezésében, a komplex, rendszerszintű probléma feltárásában, a megoldási alternatívák kidolgozásában és a folyamatos visszajelzésekben alapvető fontosságú.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetet mondok témavezetőmnek, Dr. Füzesi Zsuzsanna Professzor Asszonynak, aki szakmai tudásával és baráti támogatásával folyamatosan motivált, támogatott és ezzel is hozzájárult disszertációm elkészítéséhez.

Szeretném továbbá megköszönni Dr. Póto Zsuzsanna tudományos munkatársnak türelmes segítségét az eredmények feldolgozásában és kiértékelésében.

Köszönöm a Viselkedéstudományok Doktori Program vezetőjének, Dr. Kállai János Professzor Úrnak, hogy kutatási témámat nyitottan fogadta és támogatta. Hálával és köszönettel tartozom a Magatartástudományi Intézet igazgatójának, Dr. Csathó Árpád egyetemi docensnek a támogatásáért, a szakmai tanácsaiért és a bizalmáért. A Magatartástudományi Intézet munkatársai kollegiális légkört biztosítottak, Polecsák Mária pedig a dolgozat széppé formálásban nyújtott pótolhatatlan segítséget. Továbbá ezúton szeretném megköszönni Dr. Miseta Attila Professzor Úrnak, Dr. Nyitrai Miklós Professzor Úrnak és Dr. Czopf László egyetemi docensnek a doktori tanulmányaim során nyújtott támogatást.

Köszönettel tartozom továbbá azon oktatóknak, hallgatóknak, pácienseknek, akik a kvalitatív vagy a kvantitatív kutatásunkat részvételükkel támogatták, akár megkérdezettként, interjúalanyként, akár szervezőként, vagy javaslataikkal, véleményükkel gazdagították a dolgozatot. A páciensek körében végzett kutatással kapcsolatban külön köszönet illeti Dr. Csaba Gergelyt, akinek a szakdolgozata készítése során szerzett tapasztalatait is felhasználtuk az adott kutatási fázis tervezéséhez.

Az a változás, fejlődés, amelyen az elmúlt években keresztül mentem, a fenti szereplők mellett természetesen a családom támogatása, biztatása, türelme és szeretete nélkül nem jöhetett volna létre. Köszönet érte!

FELHASZNÁLT IRODALOM

- 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 http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1600018.EMM×hift=ffffff4&txreferer=00000001.TXT megtekintve: 2017. 01.07.
2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100204.TV megtekintve: 2016. 06.09.
- Artino Jr A R, Konopasky A (2018). The Practical Value of Educational Theory for Learning and Teaching in Graduate Medical Education. *Journal of Graduate Medical Education*, 10(6), 609-613.
- Ballér E, Golnhofer E, Falus I, Kotschy B M, Nádas M, Nahalka I, Petriné Feyér J, Réthy E-né, Szivák J, Vámos Á (2003). *Didaktika - Elméleti alapok a tanítás tanulásához*. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt, Budapest. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_519_42498_2/index.html megtekintve: 2016. 06. 24.
- Barabás K (2011). Orvosképzés a XXI. században. *Egészségtudomány*, LV, (1-8).
- Beaton D E, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M B (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Bligh J, Prideaux D, Parsell G. (2001). PRISMS: new educational strategies for medical education. *Medical Education*, 35(6), 520-521.
- Brew A, Boud, D. (1996). Preparing for new academic roles: An holistic approach to development. *The International Journal for Academic Development*, 1(2), 17-25.
- Calderhead J (1996). Teachers: Beliefs and knowledge. In: Berliner D C, Calfee R C (Eds.). *Handbook of educational psychology*. Macmillan Library Reference, New York (NY).
- Chen A, Ennis C D (1995). Content knowledge transformation: An examination of the relationship between content knowledge and curricula. *Teaching and Teacher Education*, 11(4), 389-401.
- Csaba G J (2019). Az általános orvosi szak képzési és kimeneti követelményeiben megfogalmazott kompetenciák megítélése a betegek szemszögéből. *PTE ÁOK Szakdolgozat*.
- Darling-Hammond L, Youngs P (2002). Defining “highly qualified teachers”: What does “scientifically-based research” actually tell us? *Educational researcher*, 31(9), 13-25.
- Davis M H, Harden R M (1999). AMEE Medical Education Guide No. 15: Problem-based learning: a practical guide. *Medical teacher*, 21(2), 130-140.
- Densen P (2011). Challenges and opportunities facing medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 122, 48-58.
- Dent J A, Harden R M (2013). *A practical guide for medical teachers*. 4th ed. Churchill Livingstone, London (UK).
- Dewey C M, Jonker G, Ten Cate O, Turner T L (2017). Entrustable professional activities (EPAs) for teachers in medical education: has the time come? *Medical teacher*, 39(8), 894-896.
- Emberi Erőforrások minisztériuma (2006. december 9.). Fokozatváltás a felsőoktatásban – közéleti tájékoztató szakpolitikai stratégia (http://www.kormany.hu/download/c/9c/e0000/Fokozatváltas_Felsooktatásban_HONL/APRA.PDF) megtekintve: 2018. 07. 06.

- Ernyey B, Schlégl Á, Füzesi Zs (2014). Lectures - a dying breed? Factors of a popular lecture. *Review of Psychology*, 21(1), 63.
- Faubl N, Füzesi Zs, Németh T. (Eds.) (2019). Kulturális sokféleség a PTE ÁOK oktatásában – az interkulturális kompetenciák fejlesztésének lehetőségei. PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Pécs. https://aok.pte.hu/docs/magtud/file/Kulturalis_sokfeleseg_a_PTE_AOK_oktatasaban.pdf
- Fischer K, Sullivan A M, Krupat E, Schwartzstein R M (2019). Assessing the effectiveness of using mechanistic concept maps in case-based collaborative learning. *Academic Medicine*, 94(2), 208-212.
- Frenk J, Chen L, Bhutta Z A, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4626403/Ed_HealthProfCommissionp5_40.PDF?sequence=1
- Gable R K, Wolf M B (1993). Instrument development in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings. 2nd Ed. Kluwer Academic Publish, Boston (MA).
- Goleman D (1998). Working with emotional intelligence. Bloomsbury, London: p. 21.
- Grossman P L (1990). The making of a teacher: Teacher knowledge and teacher education. Teachers College Press, Teachers College, Columbia University.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-n](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n)
- Gwee M C E (2003). Medical education: issues, trends, challenges and opportunities. *SMA News*, 35(2), 5-8. https://www.sma.org.sg/sma_news/3502/commentary.pdf
- Harden R M, Crosby J R, Davis M H, Friedman M (1999). AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5-From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Medical Teacher*, 21, 546-552. DOI: 10.1080/01421599978951
- Harden R M, Crosby J R (2000). The good teacher is more than a lecturer—the twelve roles of the teacher. AMEE Medical Education Guide No 20. *Medical Teacher*, 22(4), 334-347. <https://www.amee.org/getattachment/AMEE-Initiatives/ESME-Courses/AMEE-ESME-Face-to-Face-Courses/ESME/ESME-Online-Resources-China-Dec-2015/AMEE-Guide-20-Roles-of-the-teacher.pdf>
- Harden R M, Sowden S, Dunn, W R (1984). Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Medical education*, 18(4), 284-297.
- Hegyí I (1996). Siker és kudarc a pedagógus munkájában: A pedagógiai képességek és fejlesztésük módja. OKKER Oktatási Iroda.
- Hesketh E A, Bagnall G, Buckley E G, Friedman M, Goodall E, Harden R M et al. (2001). A framework for developing excellence as a clinical educator. *Medical education*, 35(6), 555-564.
- Irby D M (1994). What clinical teachers in medicine need to know. *Academic Medicine*, 69(5), 333-342.
- Hilliard J (2018). Future medical education: Preparing, priorities, possibilities. *Medical Teacher*, 40 (10), 996-1003. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1503412
- Juhász A, Faubl N, Varga Zs, Ernyey B, Schlégl Á (2018). Factors influencing students' satisfaction: results of 10 years follow up. In: Abstract book: AMEE 2018 An international association for medical annual conference. p. 509.

- Király G, Dén-Nagy I, Géring Zs, Nagy B (2014). Kevert módszertani megközelítések, Elméleti és módszertani alapok. Kultúra és közösség, V(2), 95-104.
- Kiss L (2019). A graduális orvosképzés nemzetközi trendjei. Orvosképzés, XCIV, 653-660.
- Kokovay Á, Kiss L (2016). Képzők képzése a magyarországi orvosi egyetemeken. https://semmelweis.hu/oktatasmodszeran/files/2019/09/Kokovay_Kiss_oktatok_oktatas_a.pdf
- Kraiciné Sz M (2004): Egész életen át tartó tanulás, felnőttoktatás, felsőoktatás – kihívások az ezredfordulón. In: Filozófia-művelődéstörténet. Trezor Kiadó, Budapest, 253-274. <http://mek.oszk.hu/09100/09174/09174.pdf>
- Krupat E, Richards J B, Sullivan A M, Fleenor T J, Schwartzstein R M (2016). Assessing the effectiveness of case-based collaborative learning via randomized controlled trial. Academic Medicine, 91(5), 723-729.
- Kugel P (1993). How professors develop as teachers, Studies in Higher Education, 18(3), 315-328. <https://www.mach.kit.edu/download/HowProfessorsDevelop.pdf>
- Lewin K (1943). Psychology and the process of group living. The Journal of Social Psychology, 17(1), 113-131.
- Lochner L, Gijssels W H (2011). Improving lecture skills: a time-efficient 10-step pedagogical consultation method for medical teachers in healthcare professions. Medical teacher, 33(2), 131-136.
- Lucey C R (2013). Medical education: part of the problem and part of the solution. JAMA Internal medicine, 173(17), 1639-1643. [doi:10.1001/jamainternmed.2013.9074](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9074), Published online: July 15, 2013.
- McLeod P, Steinert Y, Chalk C, Cruess R, Cruess S, Meterissian S et al. (2009). Which pedagogical principles should clinical teachers know? Teachers and education experts disagree Disagreement on important pedagogical principles. Medical teacher, 31(4), e117-e124.
- Moriates C, Gandhi S, Vinas E (2019). How to Implement High-Value Health Care Training in Graduate Medical Education. Journal of Graduate Medical Education, 11(6), 674-677.
- Murray H, Gilgese E, Lennon M, Mercer P, Robinson M (1996). Ethical principles in university teaching. Ontario, Society for Teaching and Learning in Higher Education.
- Parmelee D X, DeStephen D, Borges N J (2009). Medical students' attitudes about team-based learning in a pre-clinical curriculum. Medical education online, 14(1), 4503.
- Pécsi Tudományegyetem Szervezeti és Működési Szabályzatának 4. számú melléklete A Pécsi Tudományegyetem foglalkoztatási követelményrendszere http://pte.hu/sites/pte.hu/files/files/Adminisztracio/Szabalyzatok_utasitasok/PTE_SZMS_Z/4mell-foglalkoztatasi20160317.pdf megtekintve: 2016. 06.09.
- Pécsi Tudományegyetem, Szervezeti és Működési Szabályzat http://pte.hu/sites/pte.hu/files/files/Adminisztracio/Szabalyzatok_utasitasok/PTE_SZMS_Z/pteszsmsz20160421.pdf megtekintve: 2016. 06.09.
- Ramani S (2006). Twelve tips to promote excellence in medical teaching. Medical teacher, 28(1), 19-23. <https://www.brown.edu/academics/medical/sites/brown.edu/academics/medical/files/uploads/Ramani,%20Subha.Twelve%20tips%20to%20promote%20excellence%20in%20medicial%20teaching.pdf>
- Rappleye W C (1930). Current problems of medical education. Journal of the American Medical Association, 94(13), 915-917. [doi:10.1001/jama.1930.02710390013005](https://doi.org/10.1001/jama.1930.02710390013005)
- Schlégl Á, Ernyey B, Füzesi Zs (2015). A student motivation system to evaluate lecturers in the Medical Faculty of Pécs. In: Association, of Medical Schools in Europe (Ed.) Evolution of Medical School Systems in Europe: Are we at a Risk? Berlin, Germany: Association of Medical Schools in Europe (AMSE). p. 59.

- Schwartzstein R M, Roberts D H (2017). Saying goodbye to lectures in medical school—paradigm shift or passing fad. *New England Journal of Medicine*, 377(7), 605-607.
- Spady W G (1994). *Outcome-Based Education: Critical Issues and Answers*. American Association of School Administrators.
- Tsai M F, Jao J C (2020). Evaluation of the effectiveness of student learning and teacher instruction on team-based learning during quality control of diagnostic imaging. *Medical Education Online*, 25(1), 1732159.
- Van den Berg B A M, Bakker A B, Ten Cate T J (2013). Key factors in work engagement and job motivation of teaching faculty at a university medical centre. *Perspectives on medical education*, 2(5-6), 264-275. <https://doi.org/10.1007/s40037-013-0080-1>
- Varga Zs, Füzesi Zs (szerk.) (2019). Fókuszban a hallgatók – hogyan oktassuk a következő orvosgenerációt? Egy workshop tanulságai. PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Pécs. https://aok.pte.hu/docs/magtud/file/Fokuszban_a_hallgatok_OOKT.pdf
- White C B (2007). Smoothing out transitions: How pedagogy influences medical students' achievement of self-regulated learning goals. *Advances in Health Sciences Education*, 12(3), 279-297.
- Wilkes M, Cassel C, Klau M (2018). If we keep doing what we're doing we'll keep getting what we're getting: A need to rethink “academic” medicine. *Medical teacher*, 40(4), 364-371.
- Williams B W, Harden J, Hafferty F, Nishigori H, Collett T, Kendall K (2019). How to train your dragon: Transforming faculty development in social and behavioural sciences. In: Abstract book: AMEE 2019 An international association for medical annual conference. p. 292.
- Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A R (2015). Design and implementation content validity study: development of an instrument for measuring patient-centered communication. *Journal of caring sciences*, 4(2), 165-178. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017>

PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

1. Varga, Zsuzsanna; Pótó, Zsuzsanna; Czopf, László; Füzesi, Zsuzsanna: Do we need special pedagogy in medical schools? - Attitudes of teachers and students in Hungary: a cross-sectional study. *BMC Medical Education* 20: 1 Paper: 472, 10 p. (2020)
2. Varga, Zsuzsanna; Pótó, Zsuzsanna; Csaba, Gergely; Duga, Zsófia; Czopf, László; Füzesi, Zsuzsanna: How to teach future doctors? Research on the attitudes of teachers, students and patients towards the learning outcomes in medical education. In: *AMEE 2020: The Virtual Conference: Abstract Book*. (2020) pp. 578-578., 1 p.
3. Varga, Zsuzsanna: Többet vagy eredményesebben oktassunk? In: Varga, Zsuzsanna; Füzesi, Zsuzsanna (szerk.) *Fókuszban a hallgatók - hogyan oktassuk a következő orvosgenerációt? : Egy workshop tanulságai*. Pécs, Magyarország: PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, (2019) pp. 16-18., 3 p.
4. Varga, Zsuzsanna (szerk.); Füzesi, Zsuzsanna (szerk.): *Fókuszban a hallgatók - hogyan oktassuk a következő orvosgenerációt? Egy workshop tanulságai*. Pécs, Magyarország: PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet (2019) ISBN: 9789634294894
5. Zsuzsanna, Varga; Zsuzsanna, Pótó; László, Czopf; Zsuzsanna, Füzesi: Professional knowledge and/or soft skills are in the focus of teaching medical students? Attitudes towards medical education from the teachers' and students' perspective (2019). Annual European Conference on Assessment in Medical Education, Lodz, Poland, 2019. november 7-9. poszter
6. Adrienn, Vivien Juhász; Nóra, Faubl; Zsuzsanna, Varga; Balázs, Ernyey; Ádám, Tibor Schlégl: Factors influencing students' satisfaction: results of 10 years follow up. In: *Abstract Book; AMEE 2018 an International Association for Medical Education Annual Conference* (2018) pp. 509-509., 1 p.
7. Korinna, Kajtár; Bernadett, Potos; Klaudia, Csomor; Zsuzsanna, Varga; László, Czopf: Growth in Student Numbers at the University of Pécs Medical School Challenges and Proposed Answers. In: *Best Practice for Research Teaching in Medical Education* (2018) pp. 60-60., 1 p.
8. Zsuzsanna, Varga; László, Czopf; Zsuzsanna, Pótó; Zsuzsanna, Füzesi: Attitudes regarding the medical programme completion and exit requirements among lecturers and students in Hungary. In: *Best Practice for Research Teaching in Medical Education* (2018) pp. 75-75., 1 p.
9. Eszter, Szubotics; Zsuzsanna, Varga; Attila, Miseta: Student mobility through the numbers of ECTS recognition at the University of Pécs Medical School. In: *Challenges of Doctor Mobility in a Changing Europe: Standards and Recognition for Patient Safety* (2016) pp. 49-50., 2 p.
10. Varga, Zsuzsanna: Teljesítményértékelési rendszerrel kapcsolatos attitűdök a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán. In: Csathó, Árpád; Tiringner, István; Kállai, János (szerk.) *XIV. Magatartástudományi Napok: A pszichoszomatika modern szemlélete. Az orvostanhallgatók egészsége*. Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar (PTE ÁOK), (2015) pp. 58-58., 1 p.
11. Varga, Zsuzsanna; Miseta, Attila: The University of Pécs Medical School is an internationally recognised centre for medical, dental and pharmacological education in the Trans-Danubia region of Hungary. In: *Association, of Medical Schools in Europe (szerk.) Evolution of Medical School Systems in Europe: Are we at a Risk?* Berlin, Németország: Association of Medical Schools
12. Varga, Zsuzsanna; Füzesi, Zsuzsanna: Attitudes towards performance appraisal in the University of Pécs Medical School. *Népegészségügy* 93: 2 pp. 133-134., 2 p. (2015)

Jelenleg egy kézirat megjelenésére várunk:

13. A *Lege Artis Medicinae* című folyóiratban az „*Eredményesen oktatjuk-e azt, amit fontosnak tartunk? GAP analízis: A képzési és kimeneti követelményekben szereplő kompetenciák fontossága és azok közvetítése az orvusképzésben – ahogy az oktatók látják*” című eredeti közleményünk kapcsán.