Merre tartanak a jövő orvosai?

Szakirány- és munkahelyválasztási preferenciák
és interkulturális kompetenciák alakulása az orvosi szocializáció során
a Pécsi Tudományegyetem nemzetközi közegében

Doktori (PhD) értekezés

Faubl Nóra Klára

Elméleti Orvostudományok Doktori Iskola (D95)
Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Szekeres Júlia

Viselkedéstudományok Doktori Program (B-377/1997)
Programvezető: Prof. Dr. Kállai János

Témavezetők:
Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna
Dr. Birkás Béla

Pécsi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar
Pécs

2018

Édesapám emlékének

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK ... 3
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE ... 7
1. BEVEZETÉS ... 8
2. CÉLKITŰZÉSEK ... 12
3. KUTATÁSI KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK ... 13
3.1. A szakirány- és munkahely-választási preferenciákkal kapcsolatban ... 13
3.1.1. Kutatási kérdések ... 13
3.1.2. Hipotézisek ... 13
3.2. Az interkulturális kompetencia kialakulásával és fejlődésével kapcsolatban ... 14
3.2.1. Kutatási kérdések ... 14
3.2.2. Hipotézisek ... 14
4. IRODALMI HÁTTÉR ... 15
4.1. Szakirány- és munkahely-választási preferenciák ... 15
4.1.1. Szakirányválasztási preferenciák ... 17
4.1.1.1. Személyes jellemzők és szakirány-választási motivációk ... 18
4.1.1.2. Munkahelyi jellemzők és szakirányválasztási motivációk ... 20
4.1.2. Munkahelyválasztási preferenciák ... 23
4.1.2.1. Munkahelyválasztási preferenciák településnagyság szerint ... 23
4.1.2.2. Munkahelyválasztási preferenciák célországok szerint ... 24
4.1.3. A szakirány- és munkahelyválasztással kapcsolatos irodalom összegzése, kitekintés ... 26
4.2. Multikulturális egyetemi környezet interkulturális hatása: az interkulturális kommunikáció és kompetencia fejlesztésének lehetőségei ... 27
4.2.1. Hallgatói mobilitás a felsőoktatásban ... 27
4.2.2. Kultúra, kommunikáció és kompetencia ... 32
4.2.3. Interkulturális kompetencia és fejlődése ... 35
4.2.4. A kulturális sokk ... 36
4.2.5. Az interkulturális kompetencia és érzékenység fejlődési modellje ... 37
4.2.6. Az interkulturális kompetencia fejlesztésének szükségessége és lehetőségei egészségügyi környezetben ... 38
5. ESZKÖZÖK, RÉSZTVEVŐK ÉS MÓDSZEREK ... 40
5.1. Eszközök ... 40
5.1.1. Kérdőíves felmérések ... 40
5.1.1.1. Szakirány- és munkahelyválasztási preferenciák ... 40

5.1.1.2. Multikulturális egyetemi környezet interkulturális hatása: az interkulturális kompetencia fejlesztésének lehetőségei ... 43
5.1.2. Fókuszcsoportos interjúk ... 46
5.2. A vizsgálatok résztvevőinek bemutatása ... 47
5.2.1. A kérdőíves vizsgálatok résztvevőinek bemutatása ... 48
5.2.1.1. A PTE ÁOK általános orvos szakán a szakterület- és munkahelyválasztással kapcsolatos vizsgálatban részt vett hallgatókkal kapcsolatos ismereteink ... 48
5.2.1.2. A PTE ÁOK általános orvos szakán az interkulturális kompetencia fejlődésével kapcsolatos vizsgálatban részt vett hallgatókkal kapcsolatos ismereteink ... 55
5.2.2. A fókuszcsoportos interjúk résztvevőinek bemutatása ... 58
5.3. Módszerek ... 58
5.3.1. A felhasznált statisztikai módszerek bemutatása ... 58
5.3.2. Hipotézisellenőrzési módszerek ... 58
5.3.3. Faktoranalízis ... 59
5.3.4. Többváltozós lineáris regresszió ... 60
5.3.5. Bináris logisztikus regresszió ... 60
6. EREDMÉNYEK ... 62
6.1. A PTE Általános Orvostudományi Karán tanuló hallgatók szakterület- és munkahelyválasztási preferenciái – kérdőíves kutatás ... 62
6.1.1. Leíró elemzés ... 62
6.1.2. Az elméleti modell ... 67
6.1.3. Az útelemzés előkészítése ... 67
6.1.4. Az útelemzés eredményei ... 70
6.1.5. Szakválasztást befolyásoló tényezők a német, az angol és magyar hallgatók körében ... 71
6.1.6. Településválasztást befolyásoló tényezők ... 75
6.1.7. Szakválasztás ... 77
6.1.8. Munkavállalás célországok szerint ... 86
6.1.9. A leendő munkahely településmérete ... 90
6.2. A PTE ÁOK általános orvos szakán tanuló hallgatók interkulturális kompetenciájának fejlődéséről – érdőíves vizsgálat ... 99
6.2.1. A hallgatói jóllét vizsgálata ... 99
6.2.2. A magyar nyelvtanulás és nyelvtudás kérdése ... 100
6.2.3. Magyarországgal kapcsolatos eddigi benyomások és ismeretek ... 102
6.2.4. Eredeti és befogadó kultúra közötti különbségek ... 108
6.2.5. Alkalmazkodás a befogadó kultúrához ... 110

6.2.6. A Nemzetközi Est (International Evening) szerepe az interkulturális kompetencia fejlődésében ... 120
6.2.7. Más kultúrák jelenlétével kapcsolatos beállítódások ... 123
6.3. Fókuszcsoportos kutatás eredményei ... 130
6.3.1. Hallgatói jóllét nemzetközi egyetemi környezetben ... 130
6.3.2. Nyelvi és kommunikációs kihívások ... 130
6.3.3. Magyarországgal kapcsolatos eddigi benyomások és ismeretek ... 131
6.3.4. Különbségek az eredeti és a befogadó kultúra között ... 132
6.3.5. Alkalmazkodás a befogadó kultúrához ... 133
6.3.6. A Nemzetközi Est szerepe az interkulturális kompetencia fejlődésében ... 134
6.3.7. Más kultúrák jelenlétével kapcsolatos beállítódások ... 135
7. MEGBESZÉLÉS ... 137
7.1. Orvosi szakirány- és munkahelyválasztási preferenciák ... 137
7.1.1. Szakirányválasztási preferenciák, okok és motivációs tényezők ... 137
7.1.2. Munkahelyválasztási preferenciák ... 141
7.1.2.1. Munkahelyválasztási preferenciák célországok szerint, okok és motivációs tényezők ... 142
7.1.2.2. Munkahelyválasztási preferenciák településnagyság szerint, okok és motivációs tényezők ... 143
7.2. Multikulturális egyetemi környezet interkulturális hatása: az interkulturális kommunikáció és kompetencia fejlődésének és fejlesztésének lehetőségei ... 146
7.2.1. A hallgatói jóllét vizsgálata ... 147
7.2.2. Magyarországgal kapcsolatos eddigi benyomások és ismeretek ... 148
7.2.3. A nyelvtudás kérdése ... 149
7.2.4. Az eredeti és a befogadó kultúra közötti különbségek ... 150
7.2.5. Alkalmazkodás egy másik kultúrához - beilleszkedést lassító vagy támogató tényezők ... 150
7.2.6. Más kultúrák jelenlétével kapcsolatos beállítódások ... 152
7.2.7. Kultúraközi kapcsolódási pontok és együttműködések kialakulása és fejlődése nemzetközi egyetemi környezetben: a participáció és a társadalmi tőke erősödésének lehetőségei ... 153
7.3. A vizsgálatok erősségei és korlátai ... 154
8. KÖVETKEZTETÉSEK ... 156
8.1. Szakirány- és munkahelyválasztási preferenciák ... 156
8.2. Interkulturális kompetencia kialakulása és fejlődése ... 157
9. ÖSSZEFOGLALÁS, KITEKINTÉS ... 160
10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS ... 162

11. IRODALOM 164
FAUBL NÓRA KÖZLEMÉNYEI 189

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ÁOK – Általános Orvostudományi Kar

DE – Debreceni Egyetem

ENKK – Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ

EU – Európai Unió

FIR – Felsőoktatási Információs Rendszer

GDP – Gross Domestic Product (bruttó hazai termék)

GLOBE – Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness

KSH – Központi Statisztikai Hivatal

PTE – Pécsi Tudományegyetem

PTE ÁOK – Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar

RAISEC – Realistic-Investigative-Artistic-Social-Enterprising-Conventional (karriertipológia)

SF-36 – „36-item Short Form Health Survey" (általános életminőséget mérő skála)

SOTE – Semmelweis Egyetem

SZTE – Szegedi Tudományegyetem

TU Dresden – Technische Universität Dresden

WHO – World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

Saját rövidítések

Vizsgálatok:

IKK – Interkulturális kompetencia

OESZP – „Orvostanhallgatók egészségmagatartása és orvos-szakmai preferenciái"

Faktorok:

FCS – „Fókuszban a Család"

LK – „Lokális Kötődés"

MME – „Munka-Magánélet Egyensúly"

OK – „Orvosi Karrier"

SZF – „Szakmai Fejlődés"

SZP – „Szülői Praxis"

TSZ – „Tanulmányi Szerződés"

1. BEVEZETÉS

Az egészségügy működését és annak minőségét az ágazatban dolgozó szakemberek határozzák meg jelentős mértékben, ezért különösen fontos, hogy az egészségügy humán erőforrásaival a jelenre és a jövőre vonatkozóan is információkkal rendelkezzünk. Ez utóbbiak közé tartoznak a jövendő orvosdiplomásainak motivációi és munkavállalási szándékai.

Az utóbbi évtizedek több szakmában és földrajzi területen jelentkező orvoshiánya ráirányította a figyelmet azon kutatásokra, melyekben azt vizsgálták, hogy a jövő orvosai szakirány-választásukkal kapcsolatos döntéseikben mely területeket részesítik előnyben. A vizsgálatok kiterjednek a jövendő munkahely megválasztása mögött álló motivációs tényezőkre is, mivel ezek egy része súlyos következményekkel jár, gondoljunk csak a vidéki munkavállalás attraktivitásának háttérbe szorulására (Khater-Menassa 2005, Lehmann és mtsai 2008, Rogers és mtsai 2010, Szényei és mtsai 2010, Girasek és mtsai 2010, Barthen és Gerlinger 2016).

Az aktuális helyzetre vonatkozó tényeket, mint például a százezer lakosra jutó orvosok száma, a szakirány és földrajzi területek szerinti egyenlőtlen megoszlás, valamint a demográfiai tényezőkből adódó kedvezőtlen változások tovább árnyalják. Az egyes orvosi szakmák orvosainak létszáma – az orvostársadalomban megfigyelhető elöregedési tendenciák miatt is – folyamatosan csökken (Barthen és Gerlinger 2016). A szakterületek népszerűségét befolyásoló tényezők mellett fontos megemlíteni a munkavégzés településtípusát is: a vidéki orvosi munkavállalás népszerűségének csökkenése egyértelműen érzékenyen érinti a betöltetlen vidéki háziorvosi praxisokat, a világ számos országában egyaránt (Bánlaky és mtsai 1981, Girasek és mtsai 2010, Grósz és Papp 2008, Bartels és mtsai 2016).[1]

A szakirány- valamint a településnagyság szerinti munkahely-választási preferenciák vizsgálata mellett az elmúlt időszak kiemelten fontos területévé vált az orvosi migráció kérdésének kutatása is (Girasek és mtsai 2009, Varga 2015, Orosz és Kollányi 2016, Lantos 2017, Szekanecz és mtsai 2017, Győrffy és Szél 2018). A szakember migráció miatt az orvoshiány az

[1] Az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (ENKK) egészségügyi ágazati humán erőforrás jelentés 2015. december 31-i állapot szerint kiadott beszámolója alapján Magyarország 6.572 háziorvosi körzetéből 303 (4,61%) volt betöltetlen, közülük pedig 247 körzet (3,76%) minősült tartósan betöltetlennek.

Természetesen sok más európai ország is hasonló jellegű problémákkal küzd, például Németországon belül Szászország tartomány vidéki települései (Bartels és mtsai 2016), miközben országos szinten is 0,9%-os csökkenés tapasztalható a praxisban dolgozó orvosok számát tekintve a németországi Szövetségi Orvoskamara jelentése alapján (Bundesärztekammer 2016).

egyes országokban tovább erősödhet, az országon belüli utánpótlás biztosítása pedig egyre nagyobb nehézségeket jelent. A megfelelő nyelvtudással rendelkező orvostanhallgatók közül sokan már a végzést megelőzően külföldi munkavállalásban gondolkodnak. Ez részben az egészségügyi munkaerő-elvándorlás egyszerűsödésének is köszönhető, például az automatikus vagy könnyített képesítéselismerésnek.[2]

A taszító (push) és vonzó (pull) tényezők (WHO 2009) feltárása nem csupán a szakirányválasztás, hanem a munkavállalás tervezett helyszínével kapcsolatos vizsgálatokban is elengedhetetlen fontosságú. Bár az egyes országokat tekintve mutatkozhatnak különbségek (Buchan és Perfilieva 2006, M. Császár és Wusching 2016), a taszító tényezők között általában az alacsony fizetést, az erőforráshiányt, a gazdasági instabilitást, a munkakörülmények hiányosságait, valamint a korlátozott képzési- és karrierlehetőségeket említik a kérdezettek. Ezzel szemben a vonzó tényezők közé sorolják a magasabb jövedelmet, a jó képzési- és karrierlehetőségeket, a jobb egészségügyi- és munkakörülményeket.

A kutatások egyértelmű következtetése, hogy az egészségügy átfogó, rendszerszintű átalakítása, azaz a pull tényezők tudatos megteremtése és hosszú távú fenntartása nélkül nem várható jelentős javulás az egészségügyi munkaerő piacán.

Globalizálódó világunkban a multikulturális társadalmi közeg egyre inkább mindennapi valósággá válik, ebből következően az interkulturális tudás, mint társadalmi készség is fokozott mértékben válik kulcskompetenciává (Thomas 2003, Bennett és mtsai 2012). E kompetencia elsajátításának egyik lehetséges területe a nemzetközi hallgatói mobilitás, mely világszerte egyre nagyobb jelentőségű. Napjainkra mintegy 5 millió főre tehető azok száma, akik részben vagy teljes egészében külföldön végzik felsőoktatási tanulmányaikat. A részleges külföldi tartózkodást lehetővé tevő kreditmobilitásra alkalmas programok mellett továbbra is a teljes tanulmányi időt átfogó diploma-mobilitás számít jelentősebbnek, mind a résztvevők arányát,

[2] Magyarországon 2007 és 2015 között megközelítőleg 9000 orvos és fogorvos hagyta el az országot (forrás: ENKK), ennek következtében az ideálishoz képest mintegy két-háromezer orvos hiányzik a rendszerből (Szekanecz és mtsai 2017). A jelzett időszakban volt olyan esztendő, amikor az adott évben végzett orvostanhallgatók számánál több orvos hagyta el az országot. Emellett az utóbbi években növekszik azok száma is, akik már szakorvosként mennek külföldre, leggyakrabban a háziorvosok, az aneszteziológusok, a belgyógyászok, a sebészek és a gyermekgyógyászok (Girasek és mtsai 2009).

A külföld szívó hatása azonban számos más országban megfigyelhető, hiszen a tőlünk nyugatra fekvő országok is orvoshiánnyal és részben orvos-elvándorlással küzdenek – például Németországot 2016-ban 2050 orvos hagyta el, miközben az országban bejelentett tevékenységet folytató külföldi orvosok száma a 2016-os összefoglaló adatok szerint 9,7% (46 721 orvos).

mind pedig az ebből származó gazdasági (Füzesi – Tistyán 2013a), és kulturális hatásokat nézve (Derényi 2014).

Hazánkban a teljes idejű képzéseket jelentő diplomamobilitást tekintve az orvosképzés a legnépszerűbb a külföldi hallgatók körében, mely jelenleg minden magyarországi orvoskaron egyre növekvő hallgatói létszámmal valósul meg.

A PTE ÁOK nemzetközi közegében több, mint hatvan nemzet diákjai tanulnak három képzési nyelven. A hallgatók olyan szociokulturális közegben folytatják tanulmányaikat, mely lehetőséget ad az interkulturális kompetenciák kialakulására és fejlődésére (Brislin és Yoshida 1994, Fantini 1995, Byram 1997, Byram és Zarate 1997, Arasaratnam 2005, 2006, 2007, Falkné Bánó 2001, Borgulya 2004, Lázár 2005, Hidasi 2008). Az interkulturális kompetencia vizsgálatának fókuszában maga a folyamat, az interkulturális tudás és érzékenység fejlődése áll, melyet a kutatások többek között az interkulturális érzékenység szemszögéből vizsgálnak (Bhawuk 1992, Bennett 1993, 1998, Paige 2003, Paige és mtsai 2003, Hammer és mtsai 2003, Engle és Engle 2004, Greenholz 2005, Bennett és mtsai 2012). A külföldön folytatott egyetemi képzés során a hallgatók számára az egyetemi tanulmányok mellett gyakran kihívást jelenthet egy idegen országba, városba, kultúrába, hallgatói környezetbe való beilleszkedés, és ez az új környezethez történő alkalmazkodás különösen a tanulmányok kezdetén folyamatos megküzdést és adaptációt igényel a hallgatóktól (Guy 1996, Pitts 2009, Faubl és mtsai 2014, 2017b). A nyelvtudás és adott esetben a korábban megszerzett nemzetközi mobilitási tapasztalatok hozzásegíthetnek a kultúraközi kommunikáció és ezáltal az interkulturális tudás kialakulásához, legyen szó a nemzetközi mobilitás keretében Magyarországra érkező külföldi hallgatókról, akár a befogadó közegként is működő magyar nyelvű képzés diákjairól. Bár az interkulturális tudás megszerzésének lehetősége nem elsődleges célként definiálódik az egyetemi tanulmányok helyszínének kiválasztásakor, azonban az idő előrehaladtával mind a befogadó közeg, mind pedig az idegen nyelvű képzés diákjai körében kialakul az interkulturális tudás, mint kulcskompetencia megszerzésének lehetősége.

Kutatásaink során több éven keresztül lehetőségünk nyílt a PTE ÁOK jelentős számú orvostanhallgatójának megkérdezésére szakirány- és munkahelyválasztási preferenciáik alakulásával, valamint interkulturális kompetenciájuk fejlődésével kapcsolatosan. Vizsgálataink kapcsolódási pontját annak felismerése jelentette, hogy a következő orvosnemzedékek már egy, a globalizáció révén fokozottan átalakuló világban válnak az egészségügy meghatározó tényezőivé, miközben saját szakmájukkal kapcsolatos motivációik és elvárásaik is folyamatos átalakuláson mennek át. A társadalmak egyre növekvő

szociokulturális diverzitása, valamint a kulturális különbségekből adódó összetett kontextusok egyre gyakrabban olyan helyzetekben manifesztálódnak, ahol a páciens és az ellátást nyújtó eltérő kulturális háttérrel rendelkezik, találkozásukra pedig adott esetben egy harmadik kultúrában kerül sor, miközben az egészségügy és a benne dolgozók helyzete és preferenciái ezzel egyidejűleg folyamatos változáson mennek keresztül.

A nemzetközi mobilitás az orvostanhallgatók szakirány- és munkahelyválasztási preferenciáikat, valamint jövőképüket egyaránt alakíthatják. Kutatásaink során egyrészt azt vizsgáltuk, hogy a nemzetközi közegben tanuló külföldi és magyar hallgatók munkavállalási preferenciái, és egyetemi-orvosszakmai szocializációjuk a képzési idő során miként alakulnak, másrészt hogyan látják a tanulmányaik során elsajátított extrakurrikuláris kompetenciáikat, különös tekintettel az interkulturális készségek fejlődésére. A doktori disszertációban bemutatott kutatások további közös kapcsolódási pontja a más országokba tervezett munkavállalás kérdésének vizsgálata a német, angol és magyar nyelvű képzésben résztvevők körében egyaránt.

2. CÉLKITŰZÉSEK

A PTE ÁOK Magatartástudományi Intézetében folytatott kutatásaink és a doktori dolgozat *témája* egyrészt az orvosképzésben szocializálódó hallgatók szakirány- és munkahelyválasztási preferenciáinak, másrészt az egyetemi szocializációjuk során megszerzett készségeik közül az interkulturális kompetencia elsajátításának a vizsgálata.

A disszertáció *célja*, hogy a PTE ÁOK nemzetközi közegében az idegen és magyar nyelvű képzésben tanulmányokat folytató hallgatók szakterület- és munkahelyválasztása mögött rejlő okokat és motivációs mintázatokat feltárjuk, illetve megvizsgáljuk, hogy e speciális környezetben végzett egyetemi tanulmányok milyen hatással vannak az interkulturális kompetenciájuk alakulására, illetve későbbi választásaikra.

A dolgozatban bemutatott vizsgálataink során kvantitatív és kvalitatív elemzési módszereket használtunk annak érdekében, hogy a hallgatói preferenciák mögött húzódó motivációkat és befolyásoló tényezőket széleskörűen megismerhessük és feltárásukat követően beazonosíthatóvá váljanak azok a lehetőségek, melyek mentén lehetőség nyílhat az – akár rendszerszintű – beavatkozásokra is.

A dolgozat célja továbbá, hogy a vizsgálatokban részt vett külföldi és magyar hallgatók motivációit és az akkulturációs folyamataikat megismerve információt gyűjtsünk a más kultúrába történő beilleszkedéssel, és hosszabb távú jólléttel kapcsolatban, újabb szemponttal egészítve ki az eddigi kutatási irányokat.

A doktori dolgozatban két nagyobb empirikus kutatás eredményeit mutatjuk be, mely összefoglalóan az alábbi két fő célra fókuszál:

1. Az orvostanhallgatók szakirány és munkahelyválasztási preferenciáinak, valamint az esetleges migrációs szándékok okainak és motivációs tényezőinek feltárása,
2. az orvostanhallgatók szubjektív jólléte, nemzetközi közegbe való beilleszkedésük tényezőinek, valamint interkulturális kompetenciájuk alakulásának vizsgálata.

3. KUTATÁSI KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

A célkitűzésekhez kapcsolódóan a kutatás során az alábbi kutatási kérdéseket és hipotéziseket fogalmaztuk meg:

3.1. A szakirány- és munkahely-választási preferenciákkal kapcsolatban

3.1.1. Kutatási kérdések

- Milyen szakirányválasztási preferenciák figyelhetők meg a PTE ÁOK-on tanuló orvostanhallgatók körében?
- A szakirányválasztási preferenciák mögött milyen okok és motivációs tényezők húzódnak meg?
- A magyar és idegen nyelvű képzés hallgatói hazájukban, vagy egy másik országban képzelik-e el jövőjüket?
- Mely településnagyságot preferálják a hallgatók munkavégzésük leendő helyszíneként?
- A településnagysággal kapcsolatos preferenciák mögött milyen okok és motivációs tényezők húzódnak meg?

3.1.2. Hipotézisek

- A leendő orvosok demográfiai és társadalmi jellemzői (nem, életkor, származási ország, anyagi helyzet, szülői háttér stb.) meghatározóak a szakirányválasztás szempontjából.
- A szakirányválasztás mögött a szakmai indokok mellett egyre több, életstílus jellegű tényező jelenik meg (például életmód, munkaidő, várható jövedelem stb.).
- A jövő orvosai a rurális településekkel szemben a városokat részesítik előnyben munkavállalási helyszínként.
- Az idegen nyelvű és a magyar nyelvű képzés hallgatói közül is jelentős arányban tartják elképzelhetőnek a külföldön történő munkavállalást.

3.2. Az interkulturális kompetencia kialakulásával és fejlődésével kapcsolatban

3.2.1. Kutatási kérdések

- A Magyarországon/Pécsett tanuló külföldi hallgatók jólléte hogyan alakul, illetve hogyan változik a képzési idő folyamán?
- Az idegen nyelvű képzés hallgatóinak magyar nyelvtudása, valamint a nyelvtudás szintje milyen módon befolyásolja beilleszkedési folyamatukat?
- A külföldi hallgatók befogadó kultúrával kapcsolatos ismeretei és attitűdjei milyen módon változnak a képzési idő alatt?
- Az eredeti és a befogadó kultúra között érzékelt különbségek hogyan változnak a Magyarországon eltöltött idő függvényében?
- A befogadó kultúrához történő alkalmazkodás során mely tényezők számítanak nehézségnek vagy kihívásnak számukra, és mely tényezőket érzékelik egyszerűnek?
- Hogyan változnak a más kultúrákkal kapcsolatos beállítódásaik a nemzetközi egyetemi közeg hatására?

3.2.2. Hipotézisek

- A PTE ÁOK-on tanuló külföldi hallgatók jóllét érzése a megérkezést követően csökken, majd a képzési idő végére éri el átlagosan a legmagasabb szintet.
- A befogadó kultúrában eltöltendő tanulmányi idő korlátozott időtartama miatt a hallgatók beilleszkedési folyamata elakadhat.
- A befogadó kultúra nyelvének elsajátítása a beilleszkedési folyamat előrehaladását pozitívan befolyásolja.
- A befogadó kultúrával kapcsolatos ismeretek bővülése a közvetlenül észlelhető ismeretektől és benyomásoktól kezdődően folyamatosan halad a hosszabb tartózkodás során felszínre kerülő kulturális sajátosságok és mélyebben húzódó értékek felismerése irányába.
- A nemzetközi egyetemi környezet lehetővé teszi az interkulturális kompetencia elsajátítását e közeg minden részvevője számára, akár az egyetemi környezeten túlmutatóan is.
- A nemzetközi egyetemi közegben folytatott tanulmányok alatt, a kultúraközi kapcsolódási pontok és együttműködések kialakulása és fejlődése által a participáció és ezáltal a társadalmi tőke erősödése figyelhető meg.

4. IRODALMI HÁTTÉR

4.1. Szakirány- és munkahely-választási preferenciák

Évtizedek óta fontos kutatási terület az orvosi pálya, illetve ezen belül az orvosi szakirányválasztás kérdése, nemkülönben az orvosok munkahelyválasztásával kapcsolatos preferenciák, illetve a mögöttük álló motivációs tényezők vizsgálata.

Az orvosi pályaválasztás témakörében az elmúlt évtizedekben készült nemzetközi és hazai tanulmányok e választás altruisztikus motivációját, az orvosi hivatástudatot, valamint az orvos szülők meghatározó szerepét emelik ki (Merton 1957, Bánlaky és mtsai 1981, Váriné Szilágyi 1981, Bagdy és mtsai 1988, Csabai és Bartha 2002, Molnár és Molnár 2002, Molnár és mtsai 2013, Shankar és mtsai 2013, Korkmaz és Senol 2013, Gerhards és Németh 2015, Molnár 2015, Győrffy és mtsai 2016), miközben fontos változást jelent, hogy a hallgatók egyre kisebb százaléka érkezik orvos családból (Heiligers 2012, Győrffy és mtsai 2013, 2015), emellett a szakma családi hagyományozódása mint szerepmodell, a nők esetében szinte teljesen hiányzik, mely a pályával kapcsolatos idealisztikusabb elképzelésekre is magyarázatot adhat (Molnár és Győrffy 2012, Győrffy és mtsai 2017). Az újabb kutatások szintén megerősítik a pályaválasztás mögött meghúzódó altruisztikus motivációt (Csabai-Bartha 2002, Crossley és Mubarik 2002, Puljak és mtsai 2007, Molnár és mtsai 2002, 2008, 2011, Girasek 2013), egyúttal azonban hangsúlyozzák azt is, hogy az elmúlt évtizedekben a hallgatók egyre nagyobb arányban említik a karrier, a kontroll és a tudásvágy (McManus és mtsai 2006, Pagnin és mtsai 2013), a széleskörű munkalehetőségek, valamint a természettudományos érdeklődéshez kapcsolható motivációs tényezőket (Molnár 2015, Győrffy és mtsai 2017).

A másoknak való segítségnyújtás szándéka mellett azonban újabb motivációs tényezők megerősödése tapasztalható, ide értve a karrierrel és jövedelemmel kapcsolatos igényeket (Girasek és mtsai, 2011; Vaglum és mtsai 1999). Így például Vaglum és munkatársai (1999) tanulmányukban három fő motivációs területet említenek az orvosi pályaválasztással kapcsolatos döntések vonatkozásában: személyiségorientált (pl. segítő hozzáállás) motiváció, természettudományos érdeklődés és jóléti motivációk. Mindhárom indíték esetében kimutathatók különbségek a képzésben töltött szemeszterek mentén (az elsőéves orvostanhallgatóknál az altruista motiváció érzékelhetően magasabb, mint a végzősöknél (Puljak és mtsai 2007), valamint a férfiak és nők összehasonlításában is (egyes vizsgálatok szerint a női hallgatók érzékenyebbek és nagyobb érzelmi érettséget mutattak az embereken

való segítés kapcsán (Millan és mtsai 2005, Győrffy és mtsai 2017). Hasonló tendenciák figyelhetők meg a szakirányválasztással kapcsolatos motivációs tényezők kapcsán is.

Az orvosi pályaválasztás ösztönző tényezőinek egyes elemei jelentős változáson mentek át: míg korábban a szakma magas presztízse volt az egyik meghatározó tényező (Hyppölä és mtsai 1998), ez az elmúlt évtizedben jelentős csökkenésnek indult. Ennek eredményeképpen egyre erősebb a deprofesszionalizálódás jelensége (Pellegrino 2000, Kapocsi 2011, Mostaghimi és Crotty 2011, Kanter és mtsai 2013, Tsou és mtsai 2013, Győrffy és mtsai 2015), azaz sokan nem a megszerzett végzettségüknek megfelelő szakmában dolgoznak tovább. Az orvosi hivatással kapcsolatos hagyományos elképzelések egyre inkább eltűnőben vannak, a végzett orvosok biztos karrierre és egzisztenciára vágynak, így egyre gyakoribb a pályaelhagyás vagy a külföldi munkavállalás jelensége (Molnár és mtsai 2006, Molnár és mtsai 2008, Eke és mtsai 2009). Ennek okait számos kutató az orvosok alulfizetettségében, az egészségügyi rendszer túlszabályozottságában, valamint az egyre növekvő adminisztrációs terhekben látja (Chin 2001, Kapocsi 2004). Az orvosi migráció, a mobilitás és a deprofesszionalizáció kérdése az elmúlt évek szakirodalmában kiemelt jelentősséggel bírt, a szakma elhagyásának okai mellett azonban érdemes foglalkozni a megmaradást ösztönző tényezőkkel is, ahogyan azt a erőforrás-szemléletű szakirodalmak is teszik. A problémaorientált megközelítéssel, például a pályaelhagyással (Szkrajcsics 2005, Molnár és mtsai 2008, Papp és Túry 2010, Balázs 2012), az elégedettség hiányával (Zuger 2004, Wallace és mtsai 2009, Quinn 2009, Kapocsi 2004, 2011) vagy a kiégéssel foglalkozó tanulmányok (Maslach és Goldberg 1998, Major és mtsai 2006, Hazag és Major 2008, Hazag és mtsai 2010, Ishak és mtsai 2013, Aydemir és Icelli 2013, Dyrbye és mtsai 2014, Pagnin és mtsai 2014, Lian és mtsai 2014, Győrffy és mtsai 2016) mellett az elmúlt két évtized fontos területeként definiálható a rendszerszemléletű leírások megjelenése. Ezek közül is kiemelkednek az orvosok munkahelyi és magánéleti szerepeinek összeegyeztethetőségével (Weitzman 1994, Molnár és Feith 2000, Skrabski és mtsai 2003, Feith 2009, Kopp 2010, Stamm és Buddeberg-Fischer 2011), a megküzdési stratégiákkal és kortársoktatással (Horváth és mtsai 2010, Rosta és mtsai 2012), a személyes és szakmai elégedettséggel (Wallace 2007, Vas és Gombor 2008, Molnár és Győrffy 2012), a munkahelyi környezettel, kapcsolatokkal és támogatással (Maslach és mtsai 2001, Leiter és Shaughnessy 2006), az egyre inkább csapatmunkára épülő, empátián és megosztott döntéshozatalon múló gyógyítással (Győrffy 2015, Chestnut 2017), az egészségmagatartással (Győrffy és mtsai 2005, Terebessy és mtsai 2013, Riemenschneider és mtsai 2016, Faubl és mtsai 2017a, Balogh és mtsai 2017), valamint a stresszmegelőzés lehetőségeivel foglalkozó vizsgálatok és

tanulmányok (Csabai és Molnár 1999, Molnár és mtsai 2003, Maslach és Leiter 2008, Rosta és mtsai 2012).

A rendszerszemléletű megközelítésekkel párhuzamosan fontos kiemelni az átalakuló orvosi hivatás (Kapocsi 2000) mellett az orvosi tevékenység szervezeti, gazdasági és társadalmi feltételeinek megváltozását, a technicizálódás és a gyógyítás fogyasztói szemléletének erősödését, a tudatos, aktív betegek mellett az orvosszerep tanácsadói, szolgáltatói irányba történő eltolódását (Győrffy és mtsai 2017), az orvosi autonómia és tekintély csökkenését. Az e-paciensek, az érdekelt és egyenrangú betegek megjelenése várhatóan szintúgy erőteljesen megváltoztatja az orvos-beteg kapcsolatok jelenlegi struktúráját (Meskó 2016). Ezáltal szükségessé válik az orvosi hivatás „új professzionalizációja", az orvosi hivatás céljainak, feladatainak és értékeinek újrafogalmazása, melynek fókuszában a hivatás önkontrollja, az etikai értékek megerősítése, az oktatás megreformálása (Mueller 2015), az interprofesszionalizálódás erősítése (Tsou és mtsai 2015), valamint a szakmai és egyéb kompetenciák fejlesztése áll (Armstrong 1990, Csabai és Bartha 2000, Irvine 2001, Kapocsi 2004, Papp és Túry 2010, Győrffy és mtsai 2012, Egener és mtsai 2012, Wynia és mtsai 2014).

4.1.1. Szakirányválasztási preferenciák

Ahogyan korábban már említettük, az orvosi pályaválasztással és a szakterület-választással kapcsolatos motivációs tényezők tekintetében részleges átfedés mutatkozik. Míg az orvosi pályaválasztással kapcsolatosan a szakirodalom extrinsic (karrier, jövedelem) és intrinsic (altruizmus, személyes érdeklődés) faktorokat kölönböztet meg (Heiligers 2012, Kim és mtsai 2016), addig az orvosi szakterület-választás legfőbb motivációját a szakmai és tudományos kihívások jelentik, valamint a gazdasági (jövedelem, presztízs) és az életstílussal kapcsolatos indítékok (munkahely-magánélet egyensúlya) a meghatározóak (Khater-Menassa 2005, Szényei és mtsai 2010, Girasek és mtsai 2011). A pályaválasztásban az orvosi szerepmodellek szerepe egyre kevésbé jelentős, hatása inkább a szakválasztásban érzékelhető (Woloschuk és mtsai 2011, Ibrahim és mtsai 2014, Győrffy és mtsai 2017).

A témában megjelent tanulmányokban fellelhető szakterület-választási tényezők két nagyobb csoportba oszthatók: az egyik csoportba a szakterületválasztás előtt állók személyes, míg a másikba a munkahely jellemzői sorolhatók.

A tanulmányok a személyes jellemzők közé sorolják a társadalmi és gazdasági háttértényezőket (életkor / tanulmányi szemeszter, nem, lakóhely, családi állapot, szülők iskolai végzettsége, vallás, lakókörnyezet stb.), de ezek mellett a személyiségtípusok jelentőségét kiemelő tanulmányok is említést érdemelnek. A munkahelyi jellemzők közé olyan meghatározó motivációs tényezők sorolhatók, mint a korábban már említett altruisztikus motiváció, a segítés iránti igény, a természettudományos érdeklődés, az orvosi pálya presztízse, a karrierlehetőségek, az anyagi elismertség és a megbecsültség.

4.1.1.1. Személyes jellemzők és szakirány-választási motivációk

A személyes jellemzőkkel összefüggő szakirányválasztási motivációs tanulmányok egyik kiemelt fókusza a nem (gender) mint társadalmi tényező fontosságát hangsúlyozza. Buddeberg-Fischer és munkatársai 2003-ban megjelent tanulmányából az derül ki, hogy míg a férfiak a jövedelem, a presztízs és az eszközorientáltság szempontjait értékelik magasabbra, addig a nők esetében fontosabbaknak bizonyulnak a biztos állás, a család iránt érzett felelősség, a munkaidő mértéke (Shamseer és mtsai 2008, Miksch és mtsai 2012), a segíteni vágyás és az orvos-beteg kapcsolat. Emellett fontos átalakulást jelent, hogy az elmúlt évtizedekben az orvosi pálya egyre inkább feminizálódik (Molnár és mtsai 2010, 2012, Győrffy és mtsai 2013, 2015).[3] Buddeberg-Fischer és munkatársainak egy későbbi tanulmánya is azt mutatja, hogy a szakterület-választásra a nemnek van a legerősebb hatása, és csak ezt követik a karrierrel kapcsolatos motivációk (Buddeberg-Fischer és mtsai 2006). Ehhez hasonlóan egyes tanulmányok predikciós modelleket bemutatva erősítik meg, hogy a nem (gender) az egyik legfontosabb meghatározó tényező a szakirányválasztással kapcsolatos motivációk tekintetében (Lambert és mtsai 2006, Lefervre és mtsai 2010).

A személyes jellemzők közé sorolható az életkor mellett az orvosképzésben eltöltött tanulmányok ideje is, mely a szakirányválasztás szempontjából is fontos tényezőnek értékelhető. Egy korábbi tanulmány szerint az egyetemre érkező hallgatók jelentős része már a tanulmányok kezdetekor eldöntötte, milyen orvosi pályára szeretne készülni (Carline és Greer 1991). Az utóbbi évek német kutatásai ennek ellenkezőjét hangsúlyozzák (Gentsch 2007, Götz és mtsai 2011, Bartels és mtsai 2016), mégpedig azt, hogy a képzési idő előrehaladtával

[3] Győrffy és munkatársai 2013-as vizsgálatukban megállapították, hogy a magyarországi orvosnők esetében – idősebb kollégáikkal összevetve – jelentősebb a kiégés és az emocionális kimerülés veszélye (Győrffy és mtsai 2013, Győrffy és Ádám 2013. Ugyanerre a következtetésre jutottak: Ishak és mtsai 2013, Dyrbye és mtsai 2013).

növekszik a belgyógyászati tárgyak iránti érdeklődés is, a sebészeti tárgyak hagyományos, már a kezdetekben érzékelhető népszerűsége mellett. E változó szakmai érdeklődés alakulását többnyire abban látják, hogy a klinikai gyakorlatok keretében a hallgatók megismerik az adott szakirány előnyeit és hátrányait, és ezek ismeretében változnak a preferenciáik (Nieuwhof és mtsai 2005). Így például a várható jövedelmet, a társadalmi megbecsültséget, valamint az életmódot és munkaidőt tekintve. Fontos megemlíteni azonban, hogy más tanulmányok szerint nem mutatható ki összefüggés a szakterülettel kapcsolatos ismeretek részletessége és a szakterület választása között (Soethout és mtsai 2008).

A tanulmányi szemeszterekkel összefüggésben álló, az oktatás során szerzett tapasztalatok egyes tanulmányok szerint egyértelműen hatást gyakorolnak a szakterület-választásra (Ellsbury és mtsai 1998, Schäfer és mtsai 2009, Thornton 2000). Ezek szerint a klinikai tapasztalat és a klinikai gyakorlatok, különösen, ha az nem az egyetem kötelékén belül zajlik, hatással lehetnek a szakterület választására. A tapasztalatszerzés hatása fontosnak látszik mind az olyan kedvelt szakmák, mint a sebészet (Mayer és mtsai 2001), mind pedig a kevésbé preferált szakmák, illetve hiányszakmák vonatkozásában (pl. a pszichiátria egyes területeinél, McParland és mtsai 2003). Mindezek alapján elképzelhető, hogy néhány hiányszakmával kapcsolatban, – mint például a családorvostan esetében – a gyakorlatorientált, nem egyetemi színterű képzés valamelyest erősítheti az érdeklődést ezen pályák iránt.

A személyes jellemzők között fontos megemlíteni, hogy a szakirodalomban jelentős iránynak számít az egyes személyiségjegyekkel kapcsolatos kutatási irányzat. Feltétlenül érdemes kiemelni a Holland-féle RAISEC-karrier-tipológiát (Holland 1973), mely szerint az egyes kategóriáknak (Realistic-Investigative-Artistic-Social-Enterprising-Conventional) jól megfeleltethetők bizonyos szakterületek. Más kutatások (Stilwell és mtsai 2000, Miksch és mtsai 2012) az egyes személyiségtípusokat (pl. introvertált-extrovertált) a nemi (gender) különbségekkel is összefüggésbe hozzák. Ezek szerint például a nők gyakrabban választják a családorvosi szakterületet, míg a férfiak a sebészeti szakmákat.

A disszertációban bemutatott vizsgálatok a társadalmi-gazdasági háttértényezők hatását mutatják be, az egyes személyiségjegyek vizsgálata és elemzése a jelen kutatások kereteit meghaladták, így e témával kutatócsoportunk későbbi vizsgálatai során foglalkozunk.

4.1.1.2. Munkahelyi jellemzők és szakirányválasztási motivációk

A személyes jellemzők mellett a szakterület-választási preferenciák tényezőinek másik nagyobb csoportját a munkahelyi jellemzők adják. A különböző tanulmányok e csoportba sorolják a gazdasági, valamint az életstílus tényezőket is.

A gazdasági tényezőket a kutatások alapvetően fontos tényezőnek tekintik (Thornton és Esposito 2003, Gagné és Léger 2005, Gerhards és Németh 2015[4]). Utóbbi magyar kutatók szerint az orvosok a szakterületválasztásakor domináns szempontként kezelik a jövedelmi lehetőségeket. Fontos megemlíteni, hogy jó néhány tanulmány sorolja a gazdasági tényezőkhöz a jövedelem mellett a munkaidő tervezhetőségét, illetve a szabadság lehetőségét is (Thornton és Esposito 2003, Kiker és Zeh 1998).

Néhány tanulmány külön kitér a hiányszakmák között számon tartott alapellátási szakirányra, illetve a gazdasági tényezők – elsősorban a jövedelemszerzési lehetőségek – és a szakirány választásának összefüggésére. Rosenthal és munkatársai 1992-ben megjelent tanulmányukban arról számoltak be, hogy a családorvosnak készülők között jóval több olyan hallgatót találtak, akiknek alacsonyabb volt a jövedelmi elvárása, szemben azokkal a hallgatókkal, akik nem érdeklődtek az alapellátás iránt. Hasonló eredményre jutott Kiker és Zeh tanulmánya is (Kiker és Zeh 1998).

A témában készültek olyan elemzések, melyek szerint a gazdasági tényező kevéssé fontos a szakirányválasztás preferenciáit tekintve. Ezen tanulmányok szerint nem a gazdasági, hanem az altruista motivációk, a betegekkel való kapcsolat, a presztízs és az életstílus jelentik a legfontosabb tényezőket a választás során (Kassebaum és Szenas 1994, Hardley 1977).

Már a gazdasági tényezők között is megjelentek a jövedelmi lehetőségek mellett olyan életstílusszempontok, mint például a munkaidő tervezhetősége, illetve a munkaidő-szabadidő egyensúlya, vagy akár a flexibilis munkaidő (Miksch és mtsai 2012, Gensch 2007, Gedrose és mtsai 2012).

---

[4] A Frei Universität Berlin Szociológiai Intézetének tanulmánya szerint a Németországban tanuló diákokhoz képest a magyarországi képzésben részt vevő hallgatókra még inkább jellemző, hogy a jó anyagi helyzettel rendelkező értelmiségi (orvos) szülők gyermekei. Ez – úgy tűnik – egyben a szülők hivatásának reprodukcióját is jelenti (Gerhards és Németh 2015:17). A tanulmány szerzői szerint az európaizálódási és globalizálódási folyamatok a szociális egyenlőtlenség újratermelődését jelentheti, mivel a végzettségek kölcsönös és automatikus elismerése által megvalósuló lehetőségek elsősorban a jobb anyagi környezetből érkező fiatalok számára elérhető. Ez már a középiskolai évek alatt megvalósított külföldi tapasztalatszerzés lehetősége kapcsán is érzékelhető (Lörz és Krawietz 2011, Kratz 2012, Gerhards és Lengfeld 2013, Gerhard és Hans 2013, Lörz és Schindler 2011, Middendorff és mtsai 2013, Gerhards és mtsai 2014).

Az egyes szakirányokban megvalósítható életstílus számos kutatás szerint a választási preferenciák vonatkozásában egyre inkább meghatározó szereppel bír. Legfontosabb ezek közül megemlíteni azokat a felosztásokat, melyek szerint az egyes szakirányokhoz bizonyos életstílusok kapcsolhatók, így például az életstílusbarát (lifestyle-friendly) és nem életstílusbarát felosztást (Lind és Cendan 2003, Lambert és Holmboe 2005, Newton és mtsai 2005, Götz és mtsai 2011, Girasek 2013). Ennek kapcsán Schwartz és munkatársai (Schwartz és mtsai 1990) faktoranalízis segítségével három különböző faktort különítettek el: az érzékelt életstílushoz kapcsolódó (jövedelem és presztízs, valamint szabadidő) faktort, a szakmai tényezőknek nevezett faktort, valamint az altruista motivációt.

Schwartz és munkatársai (Schwartz és mtsai 1990) az életstílusok között ezt követően a kontrollálható és nem kontrollálható életstílus meghatározó csoportjait alkották meg (a nem kontrollálható életstílus jellemzői közé tartozik főként – a munka jellege miatt nem kontrollálható – munkaidő, míg kontrollálható életstílust jelent az, ha az orvosnak a szabadidejében biztosan nem kell dolgoznia.) A kontrollálható életstílus az új orvosgenerációk kapcsán egyre erősebben érzékelhető: a szakmai érdeklődés mellett egyre fontosabbá válik a jövedelem és a presztízs, valamint a szakmához kacsolódó idő optimalizálása (Kapocsi 2011). Utóbbi a munkaidő kontrollált mennyiségét, a megfelelő mennyiségű szabadidő, valamint a nők esetében a munkahelyi és családi feladatok összeegyeztethetőségének lehetőségét jelenti (Dorsey és mtsai 2003, Lambert és mtsai 2005, Newton 2005, Heiligers 2012, Győrffy és mtsai 2017). A nem kontrollálható életstílussal rendelkező szakirányok közé sorolták például a sebészeti szakmákat (beleértve az ortopédiai-traumatológiai irányokat is), a gyermekgyógyászati területeket, a belgyógyászatot (pl. kardiológia), a háziorvostant, valamint a szülészet-nőgyógyászatot. A kontrollálható életstílussal járó szakmák között az aneszteziológiát és intenzív terápiát, a bőrgyógyászatot, a belgyógyászat bizonyos területeit (pl. gasztroenterológia, geriátria, infektológia vagy tüdőgyógyászat), a foglalkozás-egészségügyet és rehabilitációs orvostant, a fül-orr-gégészetet, a pszichiátriát, a népegészségtant, a nukleáris medicinát és sugárterápiát, a radiológiát, az orvosi laboratóriumi diagnosztikát, a neurológiát, a patológiát, a reumatológiát, a szemészetet, az urológiát, az onkológiát és a sürgősségi orvostant tüntették fel. A sürgősségi orvostan példáján fontos megemlíteni, hogy bizonyos szakterületek az egyes országokban eltérőek lehetnek (Németországban például nem létezik külön sürgősségi orvostani szakirány illetve szakvizsga, csak kiegészítő képzésként nyújtják a már szakorvosi végzettséget szerzett aneszteziológusok számára).

A hallgatók körében tartósan közkedvelt sebészeti szakiránnyal több tanulmány is foglalkozott (Schwartz és mtsai 1990, Bland és Isaacs 2002). Ezekből a vizsgálatokból kiderül, hogy azoknál a hallgatóknál, akik a sebészet iránt érdeklődnek, már egészen korán megmutatkozik e motiváltságuk, azaz még a klinikumban szerzett tapasztalat és részletesebb benyomások megszerzése előtt (e jelenségről a disszertáció későbbi fejezeteiben is szó esik majd). Az utóbbi években erősödni látszik a nők érdeklődése a sebészeti szakmák iránt. Itt érdemes megemlíteni, hogy Barshes és munkatársainak 2004-ben megjelent tanulmánya szerint azok a női hallgatók érdeklődnek inkább a sebészeti területek iránt, akik számára a jövedelemszerzési lehetőségek fontosak. A hiányszakmák vonatkozásában (pl. alapellátási szakirány) találhatunk olyan tanulmányt, mely szerint a kontrollálható munkaidő összefüggést mutat az alapellátási szakma választásával (Newton és mtsai 1998, Creed és mtsai 2010), míg a jövedelem és a presztízs preferenciája az alapellátási szakma választását kevésbé valószínűsíti.

Az alapellátási szakma iránti érdeklődés csökkenésével foglalkozó irányzat fontos szerepet tölt be a kutatások között, hiszen az egyik legnagyobb orvosi hiányterületről van szó (Garibaldi és mtsai 2005, McPherson és mtsai 2004, Newton és mtsai 2003, Sönnichsen és mtsai 2005, Sinclair és mtsai 2006, Bunker és Shadbolt 2009, Kopetsch 2010, Jeffe és mtsai 2010, Natanzon és mtsai 2010, Roos és mtsai 2011, Zurro és mtsai 2012, van den Bussche és mtsai 2012, Abelsen és Olsen 2012, Steinhäuser és mtsai 2013, Schneider és mtsai 2013, Blozik és mtsai 2014, Bartels és mtsai 2016). A kutatási irányzat – a problémához hasonlóan – nem nevezhető teljesen újnak, hiszen már a nyolcvanas-kilencvenes évekből is találunk tanulmányokat erre vonatkozóan (Lieu és mtsai 1989, Fincher és mtsai 1992, Osborn 1993). Előbbi fontos szempontként veti fel a szakterületek betegellátás-orientált, illetve technológiaorientált területekre történő felosztását, részben megerősítve Barshes és munkatársainak tanulmányát, miszerint a betegellátás-orientált szakmákban a jövedelemfaktor kevésbé számít fontosnak. Hasonló eredményre jut Osborn is (Osborn 1993). Megállapítása szerint a technológiaorientáltság és a jövedelempreferencia nem az alapellátási szakmával állt szignifikáns összefüggésben. Fincher és munkatársainak hivatkozott tanulmánya szerint (1992) olyan hallgatók választják az alapellátási területet, akiket inkább betegeik hosszú távú kezelése, semmint szakmai vágyaik beteljesülése motivál. Néhány szocio-demográfiai háttértényező kapcsán megállapították azt is, hogy a családi háttér (pl. egyetemi végzettséggel nem rendelkező szülők) vagy a vidéki származás támogathatja az alapellátási szakirány választásának esélyét (Senf és mtsai 2003).

4.1.2. Munkahelyválasztási preferenciák

A szakirányválasztás kérdése számos ponton összefügg a munkavállalás helyszínével is. A szakemberhiány ugyanis nem csupán az egyes szakirányok esetében realizálódik, hanem földrajzi egyenlőtlenségek formájában is megjelenik.

4.1.2.1. Munkahelyválasztási preferenciák településnagyság szerint

A földrajzi egyenlőtlenségek egyaránt jelentik az egyes országokon belüli területi/régiós/kistérségi egyenlőtlenségeket, mint a település nagysága szerinti egyenlőtlenségeket. A WHO 2009-ben publikált adatai szerint az orvosok 24%-a él nem városi környezetben, miközben a világ lakosságának mintegy fele él rurális jellegű településeken. A WHO tanulmány háttérkutatásai szerint a vidéki munkavállalás taszító (push) faktorai közé tartozik, hogy a munkavállalók a 21. században már viszonylag gyorsan munkahelyet váltanak, amennyiben elvárásaik nem teljesülnek, a munka és magánélet egyensúlya egyre inkább előtérbe kerül, valamint a nem anyagi jellegű ösztönzők egyre nagyobb szerepet játszanak a munkavállalás helyszínének megválasztásában. Ahogyan számos nemzetközi tanulmány is alátámasztja (Lehmann és mtsai 2008, Pong 2008, Wilson és mtsai 2009, Henry és mtsai 2009, Rogers és mtsai 2010), a vidéki munkavállalás ösztönzése csak komplex megközelítésben lehet sikeres. Ennek az anyagi, infrastrukturális és egyéb tényezők (pl. családi) mellett fontos részét képezi a tanulmányok során megszerzett olyan gyakorlati tapasztalat, mely ideális esetben vidéki környezetben zajlik, ahol a hallgatók pontosabb képet kaphatnak a vidéki munkavállalásban rejlő lehetőségekről (Rogers és mtsai 2010).

Magyarországon már a nyolcvanas évek elején hangsúlyozták a vidéki munkavállalás népszerűsége háttérbe szorulásának problémáját (Bánlaky és mtsai 1981). Girasek és munkatársai 2010-ben megjelent tanulmánya humánerőforrás-krízisről számol be, különösen súlyos formában az olyan települések esetében, melyek a nagyobb, központibb szerepet betöltő városoktól (pl. orvosi karral is rendelkező egyetemvárosoktól) távolabb esnek (Girasek és mtsai 2010).

A vidéki orvosi munkavállalás problémái különösen érzékenyen érintik a betöltetlen vidéki háziorvosi praxisokat (Grósz és Papp 2008, Bartels és mtsai 2016), melyeket az idő

előrehaladtával egyre kisebb eséllyel töltenek be az orvosok, míg végül a körzetbe tartozó lakosság gyakran más háziorvosi praxisba vándorol át.

A helyzethez hozzájárul a háziorvosok körében tapasztalható elöregedési tendencia. Eközben a népesség átlagéletkora folyamatosan nő, és vele együtt növekszik az orvosi ellátásra gyakrabban szoruló idősödő lakosság aránya is. Az újabb kihívások közé tartozik emellett a Nyugat-Európában már egyre inkább tapasztalható részmunkaidő-igény az orvosok körében. Így a nők például a teljes munkaidőnél jelentősen kevesebbet terveznek dolgozni (Shamseer és mtsai 2008). Hasonló tendencia fedezhető fel Németországon belül is: Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, a németországi Szövetségi Orvoskamara elnöke 2016. évi jelentésében a kihívások között említette az egyre növekvő részmunkaidőben dolgozó orvosok számát (csak 2015-ben 10,6%-kal nőtt a részmunkaidős szakemberek száma az előző évhez viszonyítva).

4.1.2.2. Munkahelyválasztási preferenciák célországok szerint

Az orvoshiány korábban vázolt növekvő tendenciáját tovább erősíti a magasan képzettek külföldi munkavállalási hajlandósága (skilled migration, brain drain), míg a származási országon belüli utánpótlás megteremtése egyre nagyobb nehézséget jelent (Pang és mtsai 2002, Mullan 2005, Eke és mtsai 2009, Girasek és mtsai 2009, Szekanecz és mtsai 2017, Győrffy és Szél 2018).

A magasan képzettek migrációja, a lakó- és munkakörnyezet változtatása a rövidebb időszakoktól az életre szóló időtartamig terjedhet, beleértve annak lehetőségét is, hogy a külföldi tapasztalatok megszerzését követően a magasan képzett munkaerő adott esetben hazájába visszatérve kamatoztathatja külföldön megszerzett tudását (Wallace 1998, Rédei 2007, Eke és mtsai 2009, Rédei 2014). A külföldi munkalehetőség ebben az esetben „karrierkatalizátorként" működhet. A külföldi munkavállalás „határtalan karrier" (Pohlmann és Bär 2009) formájában további munkatapasztalatot eredményez, melynek birtokában még képzettebb munkaerő jelentkezhet az adott ország munkaerőpiacán (Molnár és Győrffy 2012).

Az Európai Unió bővítése, az EU-n belüli automatikus képesítéselismerés[5] (Gerhards és Lengfeld 2012), a 2004-ben történt keleti nyitás (Boeri és Brücker 2005), a nemzetállamokon túlmutató transznacionális képzési folyamatok (Gerhards und Hans 2013) a lehetőségek

[5] ld. Európai Unió 2005/36/EU irányelv

egyszerűsödését, jelentette az egészségügyi munkaerő nyugat felé történő áramlása számára, melyet a munkaerő-toborzó cégek megjelenése tovább erősített (Eke és mtsai 2009). Így sokan már a pályaválasztás környékén terveztek külföldi munkavállalást (Girasek és mtsai 2007, Girasek és mtsai 2009, Győrffy és Szél 2018), főleg azok, akik az orvosi munkavégzéshez szükséges megfelelő színvonalú nyelvtudással is rendelkeztek (Sik 2012). Magyarországon nem közvetlenül az Európai Unió bővítését követően, hanem csak az évtized vége felé jelentkező gazdasági válságot és az elhúzódó stagnálást követően növekedett az elvándorlás. A kétszámjegyű munkanélküliségi ráta, az ország munkapiaci helyzete mellett az intézményi, jóléti és szociális ellátórendszer, valamint az intézményi struktúrák állapota egyaránt befolyásolhatta a migrációs folyamatot (Hárs 2016). A migrációval kapcsolatos döntések hátterében további szempontok is meghúzódnak, mint például a lakhelyváltoztatás költségei, a a család és a kapcsolati hálózatok részleges feladása, valamint a beilleszkedés kihívásai (Hárs 2013).

A magasan képzett munkaerő külföldi munkavállalása természetesen nem jelent csupán egyirányú mozgást. Vannak, akik egy harmadik országot választanak munkavégzésük helyéül, illetve – például külföldi tanulmányaikat (King 2003, Lanzendorf 2006, Rivza és Teichler 2007, Brooks és Waters 2011, Rédei 2009, Ivády 2010, Kasza 2010, Honvári 2012, Füzesi és Tistyán 2013a, Füzesi és Tistyán 2013b, Szabó és mtsai 2013, Derényi 2014, Rédei 2014,) vagy tapasztalatszerzésüket követően – visszatérnek hazájukba (Buchan és Perfilieva 2006, M. Császár és Wusching 2016, Faubl és mtsai 2017b).

Az ezzel kapcsolatos taszító (push) és vonzó (pull) tényezők feltárása – hasonlóan a szakirányválasztás témaköréhez – a munkavállalás tervezett helyének elemzésekor is rendkívül fontos. Bár az egyes országok vonatkozásában specifikus különbségek mutatkozhatnak, a taszító faktorok között általában az alacsony fizetést, az erőforráshiányt, a gazdasági instabilitást, a munkakörülmények hiányosságait, valamint a korlátozott képzési- és karrierlehetőségeket említik. További fontos szempont, hogy az orvosi szakirányok egyes területeit az elvándorlás jobban érinti, mint másokat (Katona 2015). Ezzel szemben a vonzó tényezők közé sorolják ezek mintegy ellenkezőit: a magasabb jövedelmet, a jó képzési- és karrierlehetőségeket, a jobb egészségügyi- és munkakörülményeket.

A külföldre történő elvándorlás oka nemcsak anyagi jellegű probléma, hiszen éppen a Nyugat-Európában tapasztalható munkaerőmozgás is mutatja, hogy a magyarországi orvoselvándorlás hátterében a szükséges – felkészültséggel és szakmai tapasztalattal arányos – bérrendezés mellett erkölcsi megbecsülésre, a „közhangulat” és az egészségügy társadalmi presztízsének

javítására, a pályakezdő kollégák nagyobb megbecsülésére, valamint működő érdekképviseletre, az egészségügyi szektor rendszerszintű átalakítására és tényleges életpályamodellre lenne szükség (Farkas 2017, Szekanecz és mtsai 2017). Összességében, az egészségügy átfogó, rendszerszintű átalakítása (Győrffy és Szél 2018), azaz a pull tényezők tudatos megteremtése és hosszú távú fenntartása nélkül nem várható javulás ezen a téren.

4.1.3. A szakirány- és munkahelyválasztással kapcsolatos irodalom összegzése, kitekintés

Az elmúlt évtizedek nemzetközi és magyar tanulmányai már hosszabb idő óta hangsúlyozzák a szakirány- és munkahelyválasztás kapcsán tapasztalható problémákat és kihívásokat, melyek a 21. században csak tovább erősödtek és súlyosbodtak.

Ezek között kell megemlítenünk a hagyományos szakmai és altruista motivációk erodálódási folyamatát, a szakirányválasztás mögött álló motivációs tényezők változását, különös tekintettel a gazdasági faktorok mellett az életstílus tényezők folyamatos erősödésére, valamint a deprofesszionalizálódás szintén fokozódó jelenségére.

Az erodálódási folyamat következtében, valamint a motivációk változása miatt egyre kevesebb olyan orvosi pályára lépő fiatal van, akik altruisztikus indokból vállalják a szakmát. Így azok a szakmák, ahol a munkavégzéshez ilyen indítékokra nagyobb szükség van, kevésbé „vonzóak" a mostani végzősök számára, ezáltal egyre inkább hiányszakmákká válhatnak (pl. az alapellátási és a pszichiátriai szakirányok).

A szakirányválasztás kapcsán felfedezhető pull (vonzó) és push (taszító) faktorok a munkahelyválasztás kapcsán is erőteljesen változni látszik, legyen szó akár vidéki, akár külföldi munkavállalásról. A nemzetközi és magyar kutatási eredmények alapján az előbbinél (vidéki munkavállalás) több taszító (push), míg utóbbinál (külföldi munkavállalás) több vonzó (pull) faktort feltételezhetünk.

Mindezek alapján a PTE ÁOK nemzetközi környezetében a magyar, német és angol programon tanuló hallgatókra vonatkozó kutatásban arra voltunk kíváncsiak, hogy a szakirány- és munkahelyválasztási tendenciák mögött milyen okok, illetve motivációs tényezők tárhatók fel. Az elemzések fő vonalát a nemzetközi és magyar szakirodalom fentebb részletezett meghatározó szempontjai adják, különös tekintettel a vonzó-taszító faktorokra és az életstílus-tényezőkre.

4.2. Multikulturális egyetemi környezet interkulturális hatása: az interkulturális kommunikáció és kompetencia fejlesztésének lehetőségei

4.2.1. Hallgatói mobilitás a felsőoktatásban

A nemzetközi hallgatói mobilitás világszerte egyre nagyobb jelentőségű. Napjainkra mintegy 5 millió főre tehető azok száma, akik részben vagy teljes egészében külföldön végzik felsőoktatási tanulmányaikat, a tendencia pedig emelkedést mutat. A jelenséget vizsgáló szerzők kiemelik, hogy a nemzetközi mobilitásban részt vevő hallgatók az elsajátított tudás mellett interkulturális kompetenciákkal is gazdagodnak (Wächter 2000, McCabe 1994, Flaskerud 2007, Holmes és mtsai 2015, Harris és mtsai 2018).

Knight felfogásában (Knight 2003) az internacionalizáció a nemzetközi, interkulturális és globális dimenziók integrációs folyamatát jelenti. Tekintettel arra, hogy globalizálódó világunkban a multikulturális társadalmi közeg egyre inkább mindennapi valósággá válik, az interkulturális tudás, mint társadalmi készség növekvő mértékben válik kulcskompetenciává a hétköznapi élet során is (Thomas 2003, Bentling és Lennander 2008). Az Európa Bizottság és az Európai Unió lisszaboni Európa Tanácsi ülése a 2000-es évek elején kezdeményezte az alapvető kompetenciák európai keretrendszerének meghatározását, melyben többet között az idegen nyelveket, a társadalmi készségeket, valamint az általános kultúrát, mint kompetenciát egyaránt felsorolták (Kiss 2009, 2010, Kasza 2010).

A nemzetközi hallgatói mobilitás jelensége egészen a középkorra nyúlik vissza (Rivza és Teichler 2007, Altbach és Knight 2007), de a mai, modern értelemben vett hallgatói mobilitás az 1950-es években kezdődött meg (Teichler 2011). A folyamat a 60-as évektől erősödött fel igazán, melynek során az Egyesült Államok, Nagy-Britannia, Ausztrália, Kanada, Németország és Franciaország váltak a legjelentősebb fogadó országokká. A küldő régiókat tekintve az összes külföldi hallgató 53%-a Ázsiából származik, e téren elsősorban Kína és India emelkedik ki. Globális skálán nézve, a hallgatók általánosságban keletről nyugatra, valamint a nem angol nyelvű országokból az angol nyelvű országok irányába mozognak (Brooks és Waters 2011). Az angolszász országok vezető szerepe nem meglepő, hiszen esetükben nincsenek nyelvi akadályok, így az egész világ kínálatával számolhatnak (Rédei 2009). Európát illetően általánosságban megállapítható, hogy a fő hallgatóáramlási irányok a szegényebb, elsősorban déli, mediterrán országokból a gazdagabb, északi térségek (elsősorban Nagy-Britannia és Írország, valamint Belgium, Dánia, Franciaország, Hollandia, Németország, Svédország) felé mutatnak (King 2003). Emellett a földrajzi közelség és a kulturális hasonlóság is fontos szerepet játszik a célország kiválasztásában (Lanzendorf 2006).

Az Európát érintő tanulmányi mobilitás tekintetében fontos megemlíteni az elsőként 1987-ben útjára indult Erasmus programot, mely rendkívül sikeres pályát futott be (Holmes 1997, Nagy és mtsai 2012). Az Erasmus-program mellett, mely elsősorban kreditmobilitásra ad lehetőséget, továbbra is a teljes tanulmányi időt átfogó diplomamobilitás jelenti a vezető szerepet. A tanulmányi mobilitásnak ez utóbbi formája számít a globális szakirodalom szerint jelentősebbnek, mind az ebben a típusban folyó tevékenységek intenzitását és részvételi arányát tekintve, mind pedig az ebből származó gazdasági és kulturális hatásokat nézve (Derényi 2014).

A szocialista blokk megszűnésével a kelet- és közép-európai posztszocialista államok egyre nagyobb mértékben kezdtek bekapcsolódni a globális hallgatóáramlásokba, majd a Bologna-rendszer bevezetése újabb lökést adott a külföldön tanulás ösztönzésének. Magyarország az 1990-es rendszerváltozást követően kezdett intenzívebben bekapcsolódni a hallgatói mobilitásba, mind a kredit-, mind a program-, mind pedig diplomamobilitás (Rédei 2006) révén, döntően a befelé irányuló hallgatói mozgás vonatkozásában. A nemzetköziesedés erősödésével évről évre emelkedik azok száma, akik külföldi állampolgárként hazánkban folytatnak főként nappali munkarendű – elsősorban orvostudományi – felsőoktatási tanulmányokat (1. táblázat). Az Oktatási Hivatal további adatai szerint legtöbben Németországból és a határon túli magyarlakta területekről érkeztek, de viszonylag sokan – küldő országonként ezer fő körül – jöttek még például Brazíliából, Iránból, Norvégiából és Nigériából (Forrás: oktatás.hu és Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárok, statinfo.ksh.hu).

1. táblázat: Orvostudományi karral rendelkező felsőoktatási intézmények nappali tagozatos hallgatóinak száma, 2016. ősz

Egyetem	Összes hallgató (fő)	**Külföldi hallgatók (fő)**	**Külföldi hallgatók aránya (%)**
Debreceni Egyetem	20509	**4128**	**20,1**
Pécsi Tudományegyetem	14141	**3131**	**22,1**
Semmelweis Egyetem	8548	**2911**	**34,0**
Szegedi Tudományegyetem	17599	**3099**	**17,6**

Forrás: www.oktatas.hu

Hazánkban a teljes idejű képzéseket (diplomamobilitás) figyelembe véve hagyományosan az orvosképzés a legnépszerűbb a külföldi hallgatók körében, mely jelenleg négy magyarországi egyetemen zajlik: ezek a fővárosi Semmelweis Egyetem, a Debreceni Egyetem, a Pécsi Tudományegyetem, valamint a Szegedi Tudományegyetem. A négy egyetem nemzetközi oktatási vásárokon történő megjelenése, az interneten található részletes információk, az évente megrendezett nyílt napok, valamint a toborzó képviselők munkája mellett a korábbi vagy

jelenlegi hallgatók személyes vagy internetes fórumokon megosztott ajánlásai révén toborozza hallgatóit. Mivel az egyetemi orvosképzés kimondottan bizalmi termék, a képzésben szerzett tapasztalatok személyes továbbadása különös súllyal esik latba (Berács és mtsai 2010). A négy intézmény még az 1980-as években, a rendszerváltás előtt indította el az angol, majd később a német nyelvű orvosi képzését (SOTE, PTE, SZTE). Budapesten angol és német nyelven általános orvos, fogorvos és gyógyszerész képzés is létezik, a teljes magyar képzési kínálatot lefedve. A három vidéki orvosképző hely a magyar nyelvű képzésnek csak egy részét nyújtja idegen nyelven is. Pécsett angol nyelven általános orvos (1984-től), fogorvos (2005-től) és gyógyszerész (2010-től), míg német nyelven általános orvos (2004-től) és fogorvos (2005-től) képzés történik. A 2018/2019. évi tanévtől pedig meghírdetésre került a német nyelvű gyógyszerészképzés is. Debrecenben 1987 óta oktatnak angol nyelven, jelenleg mindhárom szakon, de német nyelvű képzést nem indítottak. Szegeden, angol nyelven általános orvos (1985-től), fogorvos és gyógyszerész, német nyelven pedig négy féléves általános orvos részképzés (1999-től) működik. Az elmúlt tizenöt esztendőben a hazai orvosképzésben részt vevő külföldi hallgatók száma mintegy megháromszorozódott: a 2016/17-os őszi félévben az Oktatási Hivatal adatai szerint (2. táblázat) általános orvos szakon tanult a legtöbb külföldi hallgató (8202 fő), és mellettük viszonylag sokan vesznek részt a fenti négy egyetemen elérhető fogorvosi (1240 fő) és gyógyszerész (559 fő) képzésben is.

2. táblázat: Általános orvos, fogorvos és gyógyszerész szakon, nappali tagozaton, osztatlan képzésben részt vevő hallgatók száma (fő) 2016. október

Egyetem	Szak	Nappali képzés hallgatói	Végzős hallgatók	Nők	**Külföldi hallgatók**	**Külföldi hallgatók aránya**
Debreceni Egyetem	**általános orvos**	2869	460	1567	**1574**	**54,9**
	fogorvos	660	147	371	366	55,5
	gyógyszerész	486	59	334	152	31,3
Pécsi Tudományegyetem	**általános orvos**	2671	234	1506	**1571**	**58,8**
	fogorvos	509	55	295	297	58,3
	gyógyszerész	383	33	231	158	41,3
Semmelweis Egyetem	**általános orvos**	4474	987	2492	**2190**	**48,9**
	fogorvos	891	131	546	419	47,0
	gyógyszerész	807	132	545	169	20,9
Szegedi Tudományegyetem	**általános orvos**	2279	287	1296	**1071**	**47,0**
	fogorvos	392	43	213	158	40,3
	gyógyszerész	554	83	369	80	14,4
Összesen					**8202**	

Forrás: www.oktatas.hu

A magyar orvosi képzések nem véletlenül népszerűek a külföldi hallgatók körében. Ebben szerepet játszik a magas minőségű képzés, az európai és tengerentúli mércével is nívósnak számító diploma, ugyanakkor a nyugati országokhoz mérten kedvező tandíj és megélhetési költségek (Füzesi és Tistyán 2013a). Magyarország számára hatalmas stratégiai előnyt jelent, hogy a küldő országok jelentős részében az orvosképzésben való részvétel lehetősége létszámkorátok alá esik (Berács és mtsai 2010, Gerhards és Németh 2015), így nem minden jelentkező fiatal jut képzési helyhez saját hazájában[6] (M. Császár és Wusching 2014). Ezen túlmenően a hallgatóknak nyújtott szolgáltatások révén is folyamatosan növekszik mind a jelentkező, mind pedig a felvett külföldi orvostanhallgatók száma (Berács-Zsótér 2013). Bár Kelet-Közép-Európa több országában[7] is képeznek önköltségen tanuló külföldi orvostanhallgatókat, ezek a képzések elsősorban angol nyelven folynak – Magyarország azonban ebben a mezőnyben speciális vonzerővel rendelkezik (Berács és mtsai 2009), egyrészt több évtizedes tapasztalatával, másrészt német nyelvű képzéseivel egyaránt (Gerhards és Németh 2015). Utóbbi esetében fontos megjegyezni, hogy a német nyelvterületről jelentkező hallgatók kiválasztásakor – a németországi gyakorlattal ellentétben – nem csupán az érettségi vizsga átlaga, hanem további szempontokat (természettudományos tárgyak eredményei, korábbi tapasztalaszerzés az egészségügyben) is érvényesítenek (Doberauer és mtsai 2009). Ezáltal számos olyan hallgató is képzési helyhez juthat, akik az egészségügyben szerzett tapasztalataik révén tudatosabb pályaválasztási döntést hoznak. A képzési piacon már korábban bizonyított magyarországi egyetemek így a recesszió éveiben is képesek voltak a hallgatók számának növelésére. Fontos hangsúlyozni továbbá, hogy – különösen az orvosi képzés területén – a küldő országok számára bizonyos szempontból költséghatékonyabb megoldás, amennyiben a felvételt nem nyert jelentkezők saját költségükön folytatnak orvosi tanulmányokat külföldön (Berács és mtsai 2010).

A külföldi hallgatók képzésével kapcsolatos magyarországi tanulmányok eddig többnyire a nemzeti és regionális gazdaságot dinamizáló kulcsfontosságú tényezők szempontjából vizsgálták a kérdést (Ivády 2010, Füzesi és Tistyán 2013a, 2013b, Szabó és mtsai 2013, M. Császár és Wusching 2016). E kutatások eredményei alapján fontos hangsúlyozni, hogy a

[6] Az államilag finanszírozott egyetemi képzések mellett mára a saját országon belüli önköltséges képzések is megjelentek (Jungbauer-Gans és mtsai 2012), több esetben bilaterális együttműködések keretében, pl. Uni Witten/Herdecke, Medizinische Hochschule Brandenburg, Nürnberg–Privatuniversität Paracelsus Salzburg, Kassel School of Medicine–Universität Southhampton, Asklepios Klinikum Hamburg–Semmelweis Egyetem ÁOK stb.

[7] Önköltséges angol nyelvű orvosképzés a következő országokban lehetséges Közép-Kelet-Európában: Bulgária, Csehország, Horvátország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Románia, Szlovákia.

fogadó ország, az adott felsőoktatási intézmények és városok az idegen nyelvű oktatás révén számos előnyhöz juthatnak: jelentős nemzetközi kereslet mutatkozik e képzésekre, gazdaságdinamizáló hatással bír a GDP és az államháztartás bevételeit tekintve, és növeli a magyar egészségügyi képzés presztízsét. Emellett többletbevételt jelent az érintett egyetemeknek és a befogadó társadalmi-gazdasági környezetnek (városnak, régiónak). Hozzájárul a felsőoktatási intézmények fennmaradásához és humán erőforrásaik megtartásához, valamint a befogadó környezet (város, régió) megtartó erejéhez: többlet munkahelyeket teremt és – témánk szempontjából – nem utolsó sorban növeli a város multikulturalitását.

A Pécsi Tudományegyetemen az ezredfordulót követően növekvő nemzetköziesedési folyamat indult el, melynek zászlóshajóját egyértelműen az idegen nyelvű orvosképzés jelenti (Gyüre és Trócsányi 2013). A vidéki nagy egyetemek méretgazdaságossági előnyeit – a hallgatói létszámokat tekintve – eddig Pécsett sikerült leginkább optimalizálni (Berács és mtsai 2010). A PTE többi kara is rendelkezik idegen nyelvű képzésekkel, azonban sem a hallgatók száma, sem a növekedési tendencia nem éri el az orvoskar teljes idejű képzés keretében fogadott hallgatói számadatait.[8] Az elmúlt néhány esztendő jelentős növekedése a pécsi orvoskart is kihívások elé állította, így a külföldi hallgatók létszámának további növelése – Magyarország többi orvoskarának helyzetéhez hasonlóan – a kapacitások, valamint a humán erőforrások bővítése esetén valósítható meg a képzés színvonalának egyidejű megőrzése mellett (Berács és mtsai 2010).

A külföldön történő tanulás az egyetemi tanulmányok mellett egy idegen országba, városba, kultúrába, hallgatói környezetbe való beilleszkedés miatt is nehézséget jelent (Gertsen 1990, Ali és mtsai 2003, Graf és Harland 2005, Maisonneuve és Testé 2007, Tadaki 2013). Ez jelentősen megterheli a hallgatókat, különösen a kezdetekben, hiszen az új környezethez történő alkalmazkodás folyamatos megküzdést és adaptációt igényel tőlük (Guy 1996, Pitts 2009, Faubl és mtsai 2014, 2017b).

[8] Fontos megjegyezni, hogy a részképzésre érkező Erasmus-hallgatók fogadásában a PTE BTK és KTK játszik vezető szerepet.

4.2.2. Kultúra, kommunikáció és kompetencia

Az interkulturális kommunikáció és kompetencia megértéséhez először is tisztáznunk kell néhány fogalmat, illetve ezek egymáshoz való kapcsolatát. Az alábbiakban ezek bemutatására helyezzük röviden a hangsúlyt.

Kultúra és kommunikáció kapcsolatát tekintve fontos kiemelnünk Hall meglátását, mely szerint „a kultúra kommunikáció és a kommunikáció kultúra" (Hall 1990, Gudykunst-Kim 1997) - a két fogalom tehát szorosan összefonódik egymással. Tovább bonyolítja az értelmezés kereteit, hogy a kommunikáció egyszerre jelenti magát a valóságot és annak interpretációját, lehet magyarázó elv és perspektíva is (Buda 2007a). Emellett a kommunikációban – a társadalmi jelenségekhez hasonlóan – minden a kontextusok rendszerébe beágyazottan létezik, melyek rendkívül összetettek: szabályok, szerepek, kapcsolatok, ezen belül előzmények, folyamatok és célok határozzák meg (Buda 2007a).

Az általános és személyközi klasszikus kommunikációs modellek rendszerében gondolkodva (ld. Shannon-Weaver, Newcomb, Jakobson, Osgood és Schramm stb. modelljei, in: Béres-Horányi (szerk.) 2001) a kommunikációs folyamat résztvevői, a csatorna, a kódolás és dekódolás, a környezet stb. a kommunikációnak mind kultúrafüggő elemei, tükrözve a kommunikációs partnerek eltérő kulturális sajátosságait (Falkné Bánó 2008). Ebből következően a kommunikáció fogalma ebben az esetben a különböző kultúrák közötti interakciókra vonatkozik. A vizsgálatok tárgyát tehát azok a helyzetek, folyamatok vagy kontextusok jelentik, amelyekben a különböző kulturális kódokkal, készségekkel és képességekkel rendelkező emberek egymással kommunikálnak, illetve együttműködnek (Niedermüller 2001).

A kommunikáció egyik legfontosabb kontextuális háttere a kultúra, melynek fogalmát a modern társadalomtudományok nagyon sokféleképpen értelmezik – Kroeber és Kluckhohn 1952-es összefoglalójában például több mint négyszáz meghatározást találunk. A kultúraközi kommunikáció kutatása fókuszában egy olyan kultúrafogalom áll, amely „a viselkedés megfigyelhető formáiból indul ki, ezeket azonban a mögöttük meghúzódó jelentések, értékek, normák, tudás, világszemlélet stb. reprezentációinak tekinti. Ugyanakkor azonban e kutatási terület számára nem maga a kultúra fogalma, még csak nem is a kultúra ismeretelméleti, kognitív vagy fenomenológiai elmélete az elsődlegesen érdekes, hanem a kulturális különbségeknek az ebből a fogalomból levezethető koncepciója" (Niedermüller 2001:31). A modern antropológiában a kultúrát a jelentésekről történő egyezkedés nyitott és instabil

folyamataként írják le (Wimmer 1996), az etnikai és szociális csoportokon belüli kulturális folyamatok gyakran kor, nem, szociális státusz, vallás és más szociokulturális tényezők alapján különböztethetők meg. Egészségügyi kontextusban ezzel szemben a kultúrát gyakran még mindig az etnikum vagy a nemzetiség fogalmára szűkítik le (Kleinman és Benson 2006). Az elmúlt időszakban egyre több orvosi etikával foglalkozó szakember hangsúlyozza a tágabb kultúraértelmezés szükségességét, mely egy kultúraérzékenyebb betegellátás alapját képezheti (Carter és Klugman 2001, Hyun 2008). Fontos hangsúlyozni, hogy a kultúraközi kommunikáció nem csupán a kulturális különbségekből (is) adódó kommunikációs félreértések és nehézségek megfigyelésével és leírásával, hanem a kultúraközi kommunikáció társadalmi funkcióinak vizsgálatával is foglalkozik. Gondolunk itt például a bizalom társadalomelméleti megfontolásaira, a társadalmi tőkére, valamint a kapcsolathálózatok jelentőségére (Fukuyama 1995, Utasi 2002, Füzér 2015). A társadalmi tőke mint erőforrás az együttműködés lehetőségét teremti meg az emberi csoportokon belül, illetve azok között. Három típusa, a megkötő (bonding), az összekötő (bridging) és az összekapcsoló (linking) társadalmi tőke a szociológia három dimenziója, a bizalom, az együttműködési normák és a kapcsolathálózatok mentén különböztethető meg egymástól (Woolcock 2001, Field 2003, Halpern 2005, Füzér 2015). A kultúraközi kommunikáció társadalmi funkcióit tekintve egyrészt a tágabb rádiuszú interperszonális bizalmon alapuló összekötő társadalmi tőke, másrészt az interperszonális viszonyoktól részben már elemelkedő, intézményesített interperszonális bizalomra épülő, összekapcsoló társadalmi tőke (Füzér 2017).

Az interkulturális kommunikáció területén számon tartott egyik legfontosabb kutató, a holland Geert Hofstede szerint a kultúra – az interkulturális kommunikáció szemszögéből tekintve – egyfajta kollektív szellemi beprogramozás (Hofstede 1994). Hofstede mellett Trompenaars a másik olyan jelentős kutató, aki a kultúra kollektív jellegét hangsúlyozza, amennyiben a kultúrát, mint az emberek egy csoportjának probléma-megoldási stratégiájaként definiálja (Trompenaars 1995). A kultúraközi kommunikáció fókuszát megtartva a számos kultúra fogalom közül érdemes még kiemelni Lederach (1995), valamint Spencer-Oatey (2008) másokkal megosztott tudás (shared knowledge) definícióját is.

A kommunikációs modellek közül ezen a ponton fontos megemlítenünk a magyar kommunikációkutatás egyik meghatározó alakja, Horányi Özséb participációs elméletét (Horányi 2007, 2015, 2017), melynek „lényege, hogy a kommunikáló – cselekvő – ember vagy társadalmi szerveződés a közösség rendszerében történelmileg és kulturálisan kialakult jelentések és szabályok szerint részt vesz valamilyen közös probléma megoldásában” (Buda

2007b: 243). Horányi szerint az egyik legfontosabb kérdés az, hogy a kommunikáció mit tesz hozzá a világunkhoz, mit módosít rajta, a világ dolgai közötti viszonyt pedig úgy mutatja be, hogy hozzátesz és ezáltal képes gazdagítani a vele kapcsolatos felfogásunkat (Horányi 2017). A kommunikáció participációs modelljének középpontjában tehát a társadalmi jelenségek reprezentációinak kialakulása és a kommunikációs folyamatban való aktualizálódása áll. A modell magában foglalja az ágens, a felkészültség, a probléma és annak megoldása, valamint a drive körfolyamatát, több ágens esetén pedig „megjelenik a társadalom fogalma, ami a széles értelemben vett kultúra és kommunikáció fogalmain keresztül esszenciálisan kapcsolódik a fenti körkörösséghez" (Ács 2017:36). Az elmélet szerint a problémamegoldásra való törekvés kelt kommunikációs participációs szándékot, „és emiatt válik más ágens, illetve a közösség felkészültségi többletének igénybevétele fontossá. A probléma meghatározása a Horányi-féle teorémában az, hogy az ágens észleli, hogy a jelenlegi állapot és az optimálisnak vélt állapot között különbség van. Ez a fő motiváló erő." (Buda 2007: 244). Horányi elképzelése a kommunikációs participációs szándékról és annak központi szerepéről, jól illeszkedik a megosztott tudás, illetve a Trompenaars által képviselt problémamegoldási stratégiákat fókuszba állító interkulturális kommunikáció definíciójába.

A tudományág meghatározó kutatói szerint a kultúra megnyilvánulásának különböző rétegei különíthetők el (Hofstede 1994, Trompenaars 1995), melyek azok közvetlenül érzékelhető részeitől haladva a kultúra rejtettebb értékrendszereihez jutnak el - Hofstede esetében ez konkrétan az ideális/elfogadott értékeket, míg Trompenaars esetében az alapfeltevéseket (axiómákat) jelenti. A kultúra rétegei megkülönböztetendők a kultúra szintjeitől, melyek a nemzeti kultúra vizsgálatától a regionális, etnikai, nyelvi hovatartozás szerinti kultúrán át számos szempontból vizsgálhatók. Hofstede nevéhez fűződik a kulturális dimenziók elmélete (1994), amelyet az elmúlt évtizedekben a világ számos országára kiterjesztett GLOBE-projektté fejlesztettek tovább. Ennek keretében többfázisú, kvalitatív és kvantitatív módszereket is alkalmazva vizsgálják a társadalmi (nemzeti) és a szervezeti kultúra kölcsönhatásait (Hofstede és mtsai 2002, House és mtsai 2002, Bakacsi és mtsai 2002, Borgulya és Barakonyi 2004). Hofstede mellett számos jelentős kutató foglalkozott a kulturális dimenziók (Trompenaars 1995), a kulturális orientációk (Kluckhohn és Strodtbeck 1961, Adler 1991, Mead 1994) a kulturális kontextusok (Hall és Hall 1990) és a kulturális sztenderdek (Thomas 1996, 2003) kérdéseivel.

A kultúraközi kommunikáció fogalma a kutatások előrehaladtával szervesen összefonódott az interkulturális kompetencia fogalmával. A kompetencia fogalma és a vele kapcsolatban

leggyakrabban idézett koncepció Noam Chomsky kompetencia-performancia kettősségére vezethető vissza (Chomsky 1965). A nyelvészeti szempontú megközelítés szerint a kompetencia egy adott nyelv szabályainak implicit ismeretét, míg a performancia a kompetencia konkrét megnyilvánulását, azaz a nyelv tényleges használatát jelenti. Chomsky dichotóm felosztását számos további megközelítés követte (Gronlund 1981, Anderson 1982, Barnett 1994), melyek a készségek, képességek, motiváció és viselkedés fogalomrendszerével összefüggésben értelmezik a kompetencia fogalmát. A kompetenciakutatás szakirodalmában gyakran említik a kompetencia kognitív, érzelmi és szociális intelligenciával összefüggő kompetenciaelképzeléseket (Spencer és Spencer 1993, Goleman és mtsai 2002).

4.2.3. Interkulturális kompetencia és fejlődése

Az interkulturális kompetenciával, annak kialakulásával, fejlődésével és fejlesztésének lehetőségeivel az elmúlt évtizedek során számos kutatási irányzat foglalkozott, és a hetvenes évektől kezdődően magába foglalja a mobilitással kapcsolatos kutatási irányokat is (Sinicrope és mtsai 2007). Ezek között fontos megemlíteni a kultúraközi (Gudykunst és Kim 1987, Anderson 1994, Kelley és Meyers 1999, Kim 2000) és az interkulturális adaptáció (Ruben 1976), a transzkulturális (Husband 2000, Free 2005) és a kultúraközi kommunikáció (Gudykunst 2003, Rosen 2004), az interkulturális tudatosság (Banks 2008), a kulturális (Schulz 2007) és interkulturális megértés (Imel 1998), valamint az interkulturális interakció (Detweiler 1980, Janssens 1995, Spencer-Oatey és Franklin 2009) kutatási irányait.

A jelenséget a kompetencia irányából közelíti meg a kulturális (Stanley 1998, Betancourt 2006a), a globális (Pusch 1994, Olson 2001, Hunter 2004), a kultúraközi (Ruben 1989, Johnson és mtsai 2006), a multikulturális (Kitsantas és Talleyrand 2005), az internacionális (Kincaida 1999), a transznacionális (Koehn és Swick 2006, Betancourt 2006b), az interperszonális (Spitzberg és Cupach 1984) és az interkulturális kommunikációs kompetencia (Brislin és Yoshida 1994, Fantini 1995, Byram 1997, Byram és Zarate 1997, Arasaratnam 2005, 2007, Falkné Bánó 2001, Borgulya 2004, Lázár 2005, Hidasi 2008) kutatási iránya.

Ahogyan a fent említett kutatási irányzatokból is látható, az interkulturális kommunikáció és kompetencia vizsgálatának egyik meghatározó fókusza maga a folyamat, az interkulturális tudás és érzékenység fejlődése, melyet a kutatások többek között a kulturális sokk (Adler 1986, Gaw 2000, Hamboyan és Bryan 1995), valamint a kulturális (Larke 1990, Kumpfer és mtsai 2002, Majumdar és mtsai 2004) és az interkulturális érzékenység (Bhawuk 1992, Bennett 1993, 1998, Paige 2003, Paige és mtsai 2003, Hammer és mtsai 2003, Engle és Engle 2004, Greenholz

2005, Bennett és mtsai 2012) szemszögéből vizsgálnak. E kutatási irányzatok közül a következőkben két elméletet mutatok be részletesebben, melyek témánk szempontjából jelentőséggel bírnak.

4.2.4. A kulturális sokk

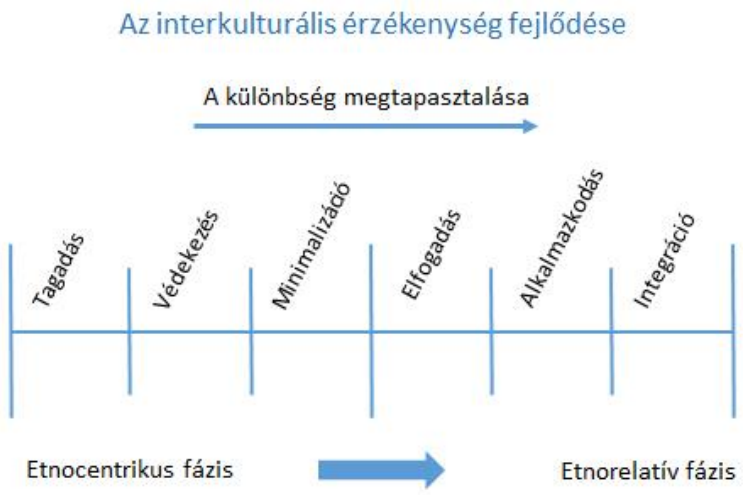
A kulturális sokk jelenségét eredetileg az antropológus Oberg fogalmazta meg 1960-ban, aki az idegen kultúrákhoz való alkalmazkodás és a kulturális sokk tüneteit vizsgálta (Oberg 1960, Marx 2001). Kulturális sokk (Adler 1986, Hamboyan és Bryan 1995, Gaw 2000) akkor alakulhat ki, ha az elvárások egy másik kultúrába érkezve nincsenek átfedésben a megszerzett tapasztalatokkal és élményekkel. A kulturális sokk kialakulása Hofstede (1994) szerint folyamatszerű és fázisokban jelentkezik, melyek a következők lehetnek:

1. *euforikus fázis:* a másik kultúrába való megérkezés először többnyire pozitív élményeket okoz
2. *a **tényleges kulturális sokk*** fázisa: az euforikus fázis elmúltával a legegyszerűbb dolgot is újra el kell sajátítani. Ez a fázis gyakran jár kétségbeeséssel, reménytelenséggel és az ellenségességérzés kialakulásával
3. *akkulturáció*: az új kultúrába történő beilleszkedés fázisa: az új környezethez való alkalmazkodás képességének elsajátítása
4. *stabil egyensúlyi állapot*, mely három módon manifesztálódhat:
    i. a másik kultúrából érkező személy továbbra sem érzi magát befogadottnak
    ii. bikulturális állapot: a saját és befogadó kultúrával kapcsolatos érzései hasonlóak
    iii. „bennszülötté válás”: a befogadó kultúrában jobban érzi magát, mint a sajátjában (itt érdemes megemlíteni a „fordított kulturális sokk” jelenségét, ahol az eredeti kultúrába történő visszatérés válthat ki váratlan szembekerülést vagy akár sokkot is
    iv. a folyamatszerű, fázisokban felépített modellek mellett létezik egy másik megközelítés is, mint például Marx kulturális sokk-háromszög modellje (Marx 2001). E háromszögben az érzelmek, a gondolkodás, valamint a társas készségek és identitás dimenziói szerepelnek, magába foglalva a folyamatszerűséget: a kétségbeeséstől az elégedettségig terjedő érzelmeket, a sztereotipizálástól az érzékenységig fejlődő gondolkodást, valamint a nemzetitől a nemzetközi szociális készségekig ívelő identitást. A disszertáció szempontjából érdemes kiemelni, hogy

a kulturális sokk megjelenésének esélyét csökkentheti a másik kultúrába történő megérkezés előtti célirányos és eredményes felkészülés (Brown 1992).

4.2.5. Az interkulturális kompetencia és érzékenység fejlődési modellje

M.J. Bennett interkulturális érzékenység fejlődésével foglalkozó modellje (Bennett 1986, 1993, Bennett és Castiglioni 2004) szerint az interkulturális érzékenység és kompetencia fejlődése szakaszos folyamat, mely két nagyobb egységre tagolható: etnocentrikus és etnorelatív fázisra. Előbbiben az érintett személy mintegy a saját kultúrájának szemüvegén keresztül nézi új környezetét (vö. még kulturális sztenderdek – Thomas 2003, 2007), míg a következő szakaszban – individuálisan eltérő hosszúságú idő eltelte után – képessé válhat saját kultúrája látásmódjától függetlenedve, mintegy önmagában látni és értelmezni a befogadó kultúra jelenségeit. A két fázison belül összesen hat szakaszban, az elutasítástól akár egészen az integrációig is eljuthat a korábban esetleg teljesen ismeretlen kultúrába érkezett személy.



Milton J. Bennett nyomán

Eredeti ábra forrása: The Intercultural Development Research Institute

Bennett a két fázison belül három-három fejlődési szintet állapít meg a következők szerint:

Etnocentrikus fázis:

1. ***tagadás***: a kulturális különböző ség ignorálása, vagy csak nagyon általános kategorizálás
2. ***védekezés***: a kulturális különbségek felismerése, az eltérések többnyire negatív értékelése mellett. Sztereotipizálás.
3. ***minimalizáció***: a kulturális különbségek felismerésével és elfogadásával együtt bizonyos kulturális értékek univerzalizálása, azaz a különbségek minimalizálása

Etnorelatív fázis:

4. ***elfogadás***: megjelenik a kulturális relativizmus álláspontja, a kulturális különbségeken belül a gondolkodás és viselkedés más formáinak elfogadása
5. ***alkalmazkodás***: a kulturális különbségek elfogadásával egyidejű empatikussá válás, alkalmazkodási törekvések, a „másik fejével gondolkozás" képessége (Hidasi 2004). Bikulturális és multikulturális alkalmazkodás attól függően, hány kultúrához alkalmazkodik az érintett személy.
6. ***integráció***: a másik kultúrába való beilleszkedés, azonosulás

Az interkulturális kompetencia és érzékenység bennett-i modellje hozzájárulhat egy adott kontextusban várható fejlődési szakaszok anticipálásához, esetleg a kulturális sokk esélyeinek enyhítéséhez, melyek az előkészületek hiányából, a tartózkodás időbeli korlátozottságából, valamint a nyelvi és kommunikációs nehézségekből (is) adódhatnak. Ezzel egyidejűleg lehetővé válik megfelelő orientációs programok és interkulturális tréningek kidolgozása (Hannigan 1990, Earley és Peterson 2004, Hidasi 2004), annak érdekében, hogy az ismeretlen kultúrába érkezők egyrészt minél tovább juthassanak az egyes fejlődési szakaszokban, másrészt minél több részkompetenciára tehessenek szert (Erll-Gymnich 2013).

4.2.6. Az interkulturális kompetencia fejlesztésének szükségessége és lehetőségei egészségügyi környezetben

Az interkulturális kompetencia egészségügyi ellátásban elengedhetetlen fontosságára és szükségességére számos tanulmány hívta fel a figyelmet az elmúlt két évtized során (Tervalon és Murry-Garcia 1998, Betancourt és mtsai 2002, Betancourt 2006a, Giger és mtsai 2007, Wells és mtsai 2009). A társadalmak egyre növekvő szociokulturális diverzitása, valamint a kulturális

különbségek miatt egyre összetettebbé váló kontextusok, pl. az egészség és a betegség, a tünetek és a lehetséges gyógymódok kulturális különbségei (Anderson és mtsai 1997, Voigt 2003, Cook és mtsai 2005, Grützmann és mtsai 2012), az egészségügyi ellátásba vetett bizalom (Brach és Fraser 2000, Saha és Fernandez 2007, Wells és mtsai 2009), a kisebbségi páciensek (Collins 2002, van Ryn és Fu, 2003) vagy a migrációs jelenségekből adódó multikulturális közeg – gyakran manifesztálódhatnak olyan helyzetekben, ahol a páciens és az ellátást nyújtó eltérő kulturális háttérrel rendelkezik, találkozásukra pedig adott esetben egy harmadik kultúrában kerül sor. Mindez szükségessé teszi az egészségügyben dolgozó ápoló személyzet és az orvosok interkulturális kompetenciáinak és készségeinek fejlesztését (Brislin és Yoshida 1997) célzott programok és tréningek formájában, lehetőség szerint már az egészségügyi képzés (szakképzés, felsőfokú tanulmányok) keretében (Wächter 2000). Fontos hangsúlyozni, hogy kulturális különbségek klinikai gyakorlatban megvalósuló érzékelése, melyet gyakran interkulturális konfliktushelyzetekként definiálnak, nem redukálható a nyelvi és vallási különbségek dimenzióira. A terápiás helyzetek során ezeken túlmenően gyakran előadódhatnak a konszenzus kialakításának különbségei (informed vs family consent, I-dentity vs We-dentity), melynek figyelmen kívül hagyása az önrendelkezés orvosi etikai kérdését is felvetheti (Becker 2000, Srivastava 2007, Braune 2011). Az interkulturális kompetencia tehát egyfajta tapasztalati kompetencia, mely elsősorban nem a más kulturákkal kapcsolatos részletes beható ismeretek megszerzésére, sokkal inkább a participáció során kialakuló szociális, személyiségbeli, kommunikatív és cselekvési kompetenciákra helyezi a hangsúlyt (Carter és Klugman 2001, Paasche-Orlow 2004, Hyun 2008). Ezek közül is kiemelten fontos a saját értékekkel és mentalitással kapcsolatos tudatosság, a cselekedetekkel kapcsolatos reflexió képessége, a perspektíva- és paradigmaváltás készsége, az etnocentrizmus kerülése és a kulturális relativizmus felé történő elmozdulás (Dreißig 2005, Boecker és Jäger 2006, Peintinger 2011, van Keuk és mtsai 2011). A nemzetközivé váló munkaerőpiacon az interkulturális kompetencia egyre inkább kulcskompetenciává válik, melynek autentikus elsajátítására a felsőoktatási mobilitás keretében külföldön tanuló orvostanhallgatóknak, valamint a befogadó kultúra orvosi felsőoktatásában részt vevő hallgatóknak speciális lehetőségük nyílik. A multikulturális, autentikus közegben elsajátítható kompetenciát az egyetemi képzés keretében további érzékenyítő kurzusokkal lehet célzottan fejleszteni és tudatos szintre emelni (Faubl és mtsai 2017b, Zinke és mtsai 2016).

5. ESZKÖZÖK, RÉSZTVEVŐK ÉS MÓDSZEREK

5.1. Eszközök

A disszertációban bemutatott vizsgálatok módszereit a szakirodalmi áttekintés alapján megfogalmazott kutatási kérdéseknek megfelelően választottuk ki.

Kutatási kérdéseink feltárására a kvantitatív módszerek közül a kérdőíves felmérést (Babbie 1996, Héra és Ligeti 2005), a kvalitatív módszerek közül pedig a fókuszcsoportos vizsgálatokat (Babbie 1996, Héra és Ligeti 2005, Síklaki 2006, Vicsek 2006, Hogg és mtsai 2008) láttuk leginkább célravezetőnek, utóbbit elsősorban azért, mert lehetőséget nyújtott a kérdőíves megkérdezés aspektusainak részletesebb feltárására, mélyebb elemzésre és a vizsgálat validitásának emelésére.

5.1.1. Kérdőíves felmérések

5.1.1.1. Szakirány- és munkahelyválasztási preferenciák

A szakirány- és munkahelyválasztási preferenciákkal kapcsolatos kutatásunkban önkitöltéses kérdőíves felmérést alkalmaztunk. A kérdőívet az „Orvostanhallgatók egészségmagatartása és orvos-szakmai preferenciái" (OESZP) kutatási címmel alapított kutatócsoportunk dolgozta ki a 2013/2014. tanév során. A nemzetközi kutatócsoport tagjai a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Orvosi Népegészségtani és Magatartástudományi Intézete, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Népegészségtani Intézete, valamint a Technische Universität Dresden Carl Gustav Carus Orvosi Kar Alapellátási Intézetének munkatársai közül kerültek ki. A kutatócsoportban alapító tagként magam is a kezdetektől fogva együtt dolgoztam a kollégákkal.

A kérdőív alapját részben validált kérdőív (pl. SF-36), részben a TU Dresden és a SOTE korábbi kutatási kérdőívei jelentették. Tekintettel a nemzetközi kutatásra és a nemzetközi környezetben tanuló célcsoportra, a kérdések tervezésekor a regionális és kulturális különbségeket is igyekeztünk figyelembe venni. A kérdőívet a kutatócsoport hatékony munkája érdekében először angol nyelven készítettük el, ebből készült a német és magyar nyelvű, az eredeti szöveggel megegyező fordítás.

A disszertációban bemutatott kilenc oldalas kérdőív kidolgozására és tesztelésére a 2013/2014. tanév során került sor, melyben összesen 131 hallgató vett részt három helyszínen, nevezetesen Pécsett, Budapesten és Drezdában. A pilot vizsgálat eredményei alapján kisebb változtatásokat végeztünk a kutatási eszközön, majd véglegesítés után megkértük a vizsgálat kivitelezéséhez szükséges etikai engedélyeket (száma: 5251/PTE).

A vizsgálatba a három egyetem négy alapító intézete mellett bekapcsolódott még 2014-ben a müncheni Ludwig-Maximilian Univeristät orvosi karának Alapellátási Intézete, 2016-ban a Halle-Wittenbergi Martin-Luther-Universität orvosi karának Alapellátási Intézete, valamint a grazi Medizinische Universität Pszichológiai és Pszichoterápiás Intézete.

A 2014-ben véglegesített kérdőív a szocio-demográfiai adatok mellett a hallgatók szakmai preferenciáival, egészségi állapotával és életminőségével kapcsolatos dimenziókat, valamint az alkohol, a gyógyszer és az egyéb szerek fogyasztására, a dohányzásra, az oltási státusra és a szexuális magatartásra vonatkozó kérdéseket tartalmazott. Ezen vizsgálati területek közül a disszertációban csak a szakmai preferenciákkal kapcsolatos részt mutatom be részletesen.

A hallgatókat Pécsett, Budapesten, Münchenben és Drezdában eddig két alkalommal kerestük meg a kérdőívek kitöltésével, nevezetesen a 2013/2014. tanév tavaszi félévében, valamint két évvel később, a 2015/2016. tanév tavaszán. Két további egyetemen (Halle-Wittenberg és Graz) eddig egy kérdőíves kutatás zajlott le, szintén 2016 tavaszán. A Magyarországon végzett felmérésekben mindkét helyszínen a magyar, az angol és a német nyelvű képzés hallgatóit is bevontuk a mintába. A kérdőívek kitöltése minden alkalommal önkéntes alapon és anonim módon történt.

A 2014-ben és 2016-ban lefolytatott vizsgálatokban a négy, illetve hat képzési helyszínen eddig több, mint 10.000 hallgatót kerestünk meg, és több, mint 6.000 darab papír alapon kitöltött kérdőív érkezett vissza kutatócsoportunkhoz (Riemenschneider és mtsai 2016, Faubl és mtsai 2017a, Balogh és mtsai 2017).

A vizsgált populáció, a mintavétel és a válaszadók köre

A vizsgált populáció

A kérdőíves vizsgálatba az egyes helyszíneken azokat a diákokat vontuk be, akik a 2013/2014, illetve 2015/2016 tanévben első, harmad és ötödéves általános orvos szakos hallgatók voltak. Dolgozatomban közülük csak a PTE ÁOK-on tanuló német, angol és magyar nyelvű képzésben tanuló hallgatókat mutatom be részletesen.

A mintavétel és a felmérés megvalósítása

A PTE ÁOK-on zajlott kutatásban az OESZP kérdőívet mindhárom évfolyam hallgatóihoz papíralapon juttattuk el. A kérdőív felvételére a kötelező tanórákat követően került sor.[9]

Mivel a vizsgálat sajátosságaiból adódóan nem beszélhetünk reprezentatív mintáról, így a felmérés eredményei szigorúan véve nem alkalmasak a teljes hallgatói populációval kapcsolatos általánosításra. Ezzel együtt, mivel a válaszadók száma viszonylag magas (ld. 3. táblázat), okkal feltételezzük, hogy a vizsgálatból nem maradtak ki a válaszadóktól jelentősen különböző hallgatói csoportok, így a kutatási eredmények nem tartalmaznak jelentős torzításokat.

A kérdőíves vizsgálat résztvevői

A 3. táblázatban összefoglalóan láthatóak a vizsgált populáció és a kérdőíves felmérés válaszadóinak adatai. Látható, hogy a válaszadók száma – köszönhetően az oktató és adminisztratív kollégák támogató segítségének, valamint a papíralapú kérdőívek hatékonyabb kitöltésének – minden esetben 50 százalék feletti, mindhárom képzési nyelv esetében. A hiányzó válaszok mértékét elfogadhatónak tekintettük, azok a vizsgálat eredményeit nem torzítják. A táblázat összesített adatokat tartalmaz, mely a német, az angol és a magyar nyelvű képzés esetében is a 2014. és a 2016. tavaszi félévére vonatkozik. A mintanagyság a német hallgatók esetében 413, az angol nyelvű hallgatók esetében 419, a magyar hallgatókat illetően pedig 809, azaz a három nyelv esetében összesen 1641 kitöltött kérdőívet jelentett.

3. táblázat: A vizsgált populáció és a felmérés válaszadóinak összefoglaló adatai (2014 és 2016 együtt)

Kérdőív	Német nyelvű képzés			Angol nyelvű képzés			Magyar nyelvű képzés			Válaszadók (fő)
	Hallgatók (fő)	Válaszadók (fő)	%	Hallgatók (fő)	Válaszadók (fő)	%	Hallgatók (fő)	Válaszadók (fő)	%	
1. évf	348	284	81,6	281	183	65,1	412	371	90,0	838
3. évf	115	84	73,0	186	160	86,0	306	271	88,6	515
5. évf	58	45	77,6	142	76	53,5	251	167	66,5	288
		413			419			809		1641

[9] Az első és harmadik évfolyamon az Orvosi Népegészségtani és a Kórélettani Intézet, az ötödéves hallgatók megkérdezésében pedig a II. Belgyógyászati, a Neurológiai Klinika oktató kollégái segítettek a felmérés megvalósításában.

Az OESZP kérdőíves vizsgálat kapcsán elmondható, hogy az elért kérdezetteknél minimális volt a válaszolni nem kívánó hallgatók aránya, és esetükben az elutasítás oka elsősorban az időhiányra volt visszavezethető. A bemutatott elemszámok minden esetben a kitöltött kérdőíveket mutatják. A feldolgozás alatt sor került az adatok társadalomtudományi gyakorlatnak megfelelő tisztítására, így a logikailag ellentmondó válaszokat az elemzésből kizártuk.

5.1.1.2. Multikulturális egyetemi környezet interkulturális hatása: az interkulturális kompetencia fejlesztésének lehetőségei

A multikulturális egyetemi környezet interkulturális hatásával kapcsolatos kutatásunkban kvantitatív módszerként önkitöltéses kérdőíves felmérést alkalmaztunk. A kérdőív kidolgozása és tesztelése a 2008/2009. tanévben történt. A tervezett témákat először strukturált interjúk keretében teszteltük, majd ennek alapján állítottunk össze egy pilot kérdőívet. A kérdőívben az interjúban szereplő kérdéseket tettük fel, részben nyitott kérdések formájában. A strukturált interjúkban 12 hallgató, a kérdőív tesztelésében pedig összesen 118 hallgató vett részt. A nyitott kérdések alkalmazását azért láttuk szükségesnek, mivel korábban e célra fejlesztett és validált kérdőív nem állt rendelkezésünkre. Saját fejlesztésű kérdőívünk kidolgozásához és tervezett kérdéseink teszteléséhez informatívabbnak láttuk a nyitott kérdések alkalmazását, mely feltételezésünk a visszaérkezett válaszok alapján be is igazolódott. Az interkulturális kompetencia (IKK) vizsgálatára kifejlesztett kérdőívek tesztelését és az eredmények kiértékelését ugyanezen tanév tavaszi félévében végeztük el, majd az eredmények, valamint a nemzetközi és hazai szakirodalom alapján összeállítottuk a zárt kérdésekből álló kérdőíveket, és megkértük a szükséges etikai engedélyt (száma: 4898). Tekintettel a hosszú távra tervezett vizsgálat összetettségére, a téma kutatására 2010-ben kutatócsoportot alapítottunk a PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet keretén belül, mely azóta is működik.

Az első két kérdőív (IKK1 és IKK2) kérdései – tekintettel a kérdezés idejére – a többi kérdőívtől részben eltérő kérdéseket is tartalmaztak, mivel a hallgatók ebben az időpontban még a multikulturális közegben megszerezhető tapasztalataik előtt álltak, így csak a korábbi tapasztalataikra és hátterükre tudtunk rákérdezni. Az IKK3, IKK4, IKK5 és IKK6 kérdései megegyeznek egymással, elkülönítésüket egyrészt a kérdőívfelvétel idejének beazonosíthatósága, másrészt néhány értelemszerű eltérés miatt láttuk szükségesnek (ilyen

értelemszerű eltérés például a tartózkodás idejének hónapokban vagy években történő megadása az eltérő vizsgálati időszakokban).

Az összesen nyolc évig tartó vizsgálat során összesen 13 084 darab online és papír alapon kitöltött kérdőív érkezett vissza kutatócsoportunkhoz.

A vizsgált populáció, a mintavétel és a válaszadók köre

A vizsgált populáció

A kérdőíves vizsgálatokat a 2009/2010. tanév elején kezdtük meg a német nyelvű képzés hallgatóival, és nyolc éven keresztül folytattuk, a 2016/2017. tanév végéig. A mintát az általános orvos szakos hallgatók adták ezen idő alatt. A vizsgálatot a kutatócsoport megalakulását követően a 2011/2012. tanévtől kiterjesztettük az angol nyelvű képzés, majd a 2013/2014. tanévtől a magyar nyelvű képzés hallgatóira is, tekintettel arra, hogy addigi vizsgálataink eredményei szempontjából fontosnak látszott a magyar befogadó közeg vizsgálata is. E feltételezésünk a vizsgálatok során beigazolódott.

A mintavétel és a felmérés megvalósítása

Az IKK1 kérdőívet a német és az angol képzés hallgatóihoz online formában juttattuk el, az egyetemi felvételükkel kapcsolatos elektronikus értesítés részeként, nevezetesen egy mellékelt link formájában. Az online kérdőív kitöltésére általában egy hónap idejük volt a megkérdezetteknek, és a kérdőíves felmérés eredményeit Pécsre érkezésük előtt, a részükre tartott orientációs nap előtt összesítettük.

Az IKK2 kérdőívet mindhárom képzési nyelv esetében az orientációs napon osztották ki segítő kollégáink, és ennek kitöltése is önkéntes alapon történt.[10]

Az IKK3, IKK4 és IKK5 kérdőívek kitöltésére minden tanévben a tavaszi szemeszter során került sor, egyetemi tanórákat követően, az oktató kollégák segítségével, a harmad, negyed és ötödéves órákat felvett hallgatók körében. A tanórák legtöbbször szemináriumokat és gyakorlati órákat jelentettek.[11]

[10] Az orientációs rendezvényen a felvett hallgatók először vannak mindannyian egyszerre jelen az egyetemen, ezért célszerűnek látszott ennek a tájékoztató rendezvénynek a keretében megkérdezni a frissen beiratkozott hallgatókat, melyre a kari dékáni vezetéstől kaptunk engedélyt, hasonlóan az online, valamint a további kérdőíves vizsgálatok kivitelezéséhez.

[11] Az IKK3 kérdőív esetében az Anatómiai Intézet, az IKK4 kérdőív esetében pedig az Élettani Intézet tanóráit követően került sor a kitöltésre, mindhárom képzési nyelv esetében. Az IKK5 kérdőív kitöltését, mely a felsőbb

A vizsgálat sajátosságaiból adódóan nem beszélhetünk reprezentatív mintáról, így a felmérés eredményei szigorúan véve nem alkalmasak a teljes vizsgálati populációval kapcsolatos általánosításra. Ezzel együtt, mivel a vizsgált populációhoz viszonyított válaszadói számok aránya magas, és a vizsgálat kivitelezése alatt sem maradtak ki a válaszadók közül jelentős hallgatói csoportok, így feltételezzük, hogy a kutatási eredmények nem tartalmaznak lényeges torzításokat.

A kérdőíves vizsgálat résztvevői

A 4. táblázatban összefoglalóan láthatóak a vizsgált populáció és a kérdőíves felmérés válaszadóinak adatai. Látható, hogy a válaszadók száma – köszönhetően az oktató és adminisztratív kollégák támogató segítségének, valamint a papíralapú kérdőívek magasabb arányú kitöltésének – minden esetben 50 százalék feletti kitöltöttségi arányt mutat mindhárom képzési nyelv esetében. A hiányzó válaszok mértékét elfogadhatónak tekintettük, azok a vizsgálat eredményeit nem torzítják. A táblázat összesített adatokat tartalmaz, mely a német nyelvű képzés esetében a 2009-2017 (összesen 8 tanév), az angol program esetében a 2011-2017 (összesen 6 tanév), a magyar hallgatókat illetően pedig a 2013-2017 (összesen 4 tanév) közötti időszak kérdőíves vizsgálatainak számszerű adatait mutatja. A mintanagyság a német hallgatók esetében 5285, az angol nyelvű képzés esetében 4225, a magyar hallgatóknál pedig 3574, azaz a három nyelvnél összesen 13 084 kitöltött kérdőívet jelentett.

4. táblázat: A vizsgált populáció és a visszaérkezett kérdőívek összefoglaló adatai (2009-2017. tanév)

Kérdőív	Német nyelvű képzés			Angol nyelvű képzés			Magyar nyelvű képzés			Összes válaszadók (fő)
	Hallgatók (fő)	Válaszadók (fő)	%	Hallgatók (fő)	Válaszadók (fő)	%	Hallgatók (fő)	Válaszadók (fő)	%	
IKK 1	1618	994	61,4	1573	897	57,0	-	-	-	1891
IKK 2	1567	1469	93,7	1527	1106	72,4	1207	1178	97,5	3753
IKK 3	1279	1023	79,9	1061	733	69,0	791	722	91,2	2478
IKK 4	1041	961	92,3	843	704	83,5	1020	916	89,8	2581
IKK 5	896	721	80,4	636	497	78,1	611	504	82,4	1722
IKK 6	119	117	98,3	291	288	98,9	254	254	100,0	659

évesek vizsgálatát célozta meg, a Farmakológiai és Farmakoterápiai és az Orvosi Népegészségtani Intézet, valamint a II. sz. Belgyógyászati Klinika segítette, szintén a tanórákat követően.

Az IKK6 kérdőív kitöltésére, mely a végzős hallgatókat vizsgálta, az államvizsga előtt került sor, szintén a kari vezetés engedélyével, tekintettel a szigorló év időbeosztásának összetettségére.

5.1.2. *Fókuszcsoportos interjúk*

Ahogyan korábban már említettük, a fókuszcsoportos vizsgálat, mint kvalitatív módszer alkalmazását az IKK kutatás esetében azért éreztük szükségesnek, mert a kutatás újszerű, eddig még kevéssé kutatott és összetett témát vizsgál. A kutatási eredmények validitását pedig jelentősen növelheti, ha az eredmények hátterében álló attitűdöket, véleményeket és háttértörténeteket alaposabban megismerhetjük, és ezáltal információt nyerhetünk a zárt kérdésekből álló kérdőívekkel nehezebben feltárható tényezőkről.

A kvalitatív módszerek közül azért esett a választásunk a fókuszcsoportos interjúra, mert a módszer segítségével csoportos interakcióra és megvitatásra nyílik lehetőség. Mivel az interkulturális kompetencia kialakulásában és fejlődésében a multikulturális környezet erős befolyással bír, a vélemények és tapasztalatok is gyakran csoportszintűek, ezért a fókuszcsoportos interjúk jól visszatükrözhetik az egyes beállítódásokkal és véleményekkel kapcsolatos attitűdöket, megvitatásuk által pedig felszínre kerülhetnek olyan meglátások, melyekre a kérdőíves vizsgálatok során nem derült volna fény.

A vizsgált populáció, a mintavétel és a válaszadók köre

A kutatás keretében a fókuszcsoportos interjúkra három tanévben, 2013-2016 között került sor, összesen hét alkalommal, 92 fő részvételével. A fókuszcsoportok létszáma 8 és 15 fő között változott. A csoportos interjúkon való részvétel minden alkalommal önkéntes volt.

A vizsgált populáció, a fókuszcsoportos interjúk résztvevői

A fókuszcsoportos interjúkra a PTE ÁOK választható kurzusainak keretén belül, az egyes tanegységeket követően került sor, összesen hét alkalommal. Ebből öt alkalommal olyan idegen nyelven tartott kurzust követően, melyre a német, az angol és a magyar nyelvű képzés hallgatói is jelentkezhettek, két alkalommal pedig a magyar nyelvű képzés számára meghirdetett választható kurzusok után. A tantárgyak az ÁOK Magatartástudományi Intézete által meghirdetett választható kurzusok voltak, melyekre bármelyik évfolyamban tanuló hallgatók jelentkezhettek, megkötés és előfeltétel nélkül, így lehetőség nyílt a vizsgált populáció lefedésére.

A mintavétel és a felmérés megvalósítása

A fókuszcsoportos interjúk vezérfonalát a szakirodalom (Babbie 2001, Héra-Ligeti 2005, Síklaki 2006, Vicsek 2006, Hogg és mtsai 2008), korábbi tapasztalataink, valamint az IKK kérdőívek egyes kérdései alapján állítottuk össze. Az interjú-vezérfonal témái a következők voltak: közérzet multikulturális környezetben, nyelvtanulás és nyelvhasználat, multikulturális környezettel kapcsolatos eddigi pozitív és negatív tapasztalatok, kellemetlen helyzetek, a beilleszkedés és alkalmazkodás kérdései Pécsett és a származási országban, a multikulturális környezet érintkezési pontjai és kihívásai.

Az egyes fókuszcsoportos interjúk időtartama 50-70 perc között alakult, a helyszín minden alkalommal a választható kurzus számára biztosított terem volt, olyan helyen, ahol a helyszínt csoportos beszélgetésre alkalmassá tudtuk alakítani. A beszélgetések hangfelvételét a résztvevők beleegyezésével rögzítettük, ebből készültek az elemzés alapjául szolgáló jegyzőkönyvek.

5.2. A vizsgálatok résztvevőinek bemutatása

A disszertációban bemutatott két fő vizsgálat résztvevőit, az alkalmazott adatfelvételi módszereket, valamint az adatfelvételek számát az áttekinthetőség érdekében az 5. számú táblázatban foglaljuk össze.

5. táblázat: A bemutatott vizsgálatok résztvevői, adafelvételi módszerek és számok (összesítő táblázat)

Kutatás neve	Idő-tartam	Résztvevők	Adatfelvétel módszere	Elemszám	Adatfelvételek száma
Orvostanhallgatók egészségmagatartása és szakirányválasztási preferenciái	2014-2016	német, angol és magyar nyelvű képzés, első, harmad, és ötödéves orvostanhallgatók	papíralapú kérdőív	1629 kitöltött kérdőív (PTE ÁOK, minden helyszínen: 6089)	2014 és 2016 során 1-1 alkalommal
Orvostanhallgatók interkulturális kompetenciájának fejlődése multikulturális egyetemi környezetben	2009-2017	német (2009-2017) angol (2011-2017) magyar (2013-2017) nyelvű képzés, összes évfolyam	online és papíralapú kérdőívek (IKK1-IKK6)	13084 kitöltött kérdőív	2009 és 2017 között minden évben, 3 alkalommal
			fókusz-csoportos interjúk	92 hallgató	8 fókuszcsoport

5.2.1. *A kérdőíves vizsgálatok résztvevőinek bemutatása*

5.2.1.1. *A PTE ÁOK általános orvos szakán a szakterület- és munkahelyválasztással kapcsolatos vizsgálatban részt vett hallgatókkal kapcsolatos ismereteink*

Amint a fejezet elején részletesen is bemutattuk (ld. 3. táblázat), a 2014. és 2016. tanév tavaszi félévében lefolytatott vizsgálatban összesen 832 idegen nyelvű képzésben részt vevő és 809 magyar hallgatótól érkezett vissza kitöltött kérdőív (összesen 1641 fő).

A válaszadók életkora

6. táblázat: A szakterület-és munkahelyválasztással kapcsolatos vizsgálatban részt vett hallgatók életkori megoszlása (évben)

Képzési nyelv		Elsőéves	Harmadéves	Ötödéves
Német	N	274	89	45
	Átlag	21,09	23,60	25,47
	Szórás	2,100	1,863	2,029
Angol	N	158	168	77
	Átlag	21,16	24,11	25,60
	Szórás	2,666	2,472	2,672
Magyar	N	367	269	167
	Átlag	19,83	22,10	24,08
	Szórás	1,479	1,600	1,681

Amint a táblázat adatai mutatják, a magyar válaszadók mindhárom évfolyamban fiatalabbak az idegen nyelvű képzésben részt vevő társaiknál, így mind a tanulmányok megkezdése, mind pedig annak befejezése esetükben az életkor szempontjából korábban következik be.

A válaszadók neme

7. táblázat: A szakterület-és munkahelyválasztással kapcsolatos vizsgálatban részt vett hallgatók nemi megoszlása

Képzési nyelv	Nem	Elsőéves		Harmadéves		Ötödéves	
		N	%	N	%	N	%
Német	Férfi	125	45,6	52	59,1	28	60,9
	Nő	149	54,4	36	40,9	18	39,1
	Összesen	274	100,0	88	100,0	46	100,0
Angol	Férfi	74	46,8	64	38,1	32	42,1
	Nő	84	53,2	104	61,9	44	57,9
	Összesen	158	100,0	168	100,0	76	100,0
Magyar	Férfi	138	37,5	115	42,9	57	33,9
	Nő	230	62,5	153	57,1	111	66,1
	Összesen	368	100,0	268	100,0	168	100,0

A 7. számú táblázat alapján megállapítható, hogy a német nyelvű képzésben a nők aránya csak az elsőévesek esetében magasabb, a harmad- és ötödévesek esetében azonban alacsonyabb, mely az első négy félévet követő változásokra vezethető vissza (A német hallgatók az ún. „Physikum”-ot követően tanulmányi helyekre pályázhatnak saját hazájukban, melynek sikeressége az első négy szemeszterben elért tanulmányi eredményektől is függ. Feltételezhető, hogy a német hallgató lányok jobb tanulmányi teljesítményt nyújtanak, ami miatt többen térnek vissza hazájukba. Ezt azonban külön nem vizsgáltuk.) Az angol és a magyar nyelvű képzésben ezzel szemben a férfiak aránya minden vizsgált évfolyamban kisebb, mint női hallgatótársaiké, mely egybeesik a nemzetközi tendenciákkal.

A válaszadók szülői háttere

Az alábbiakban táblázatos formában foglaltuk össze a válaszadók szülői hátterét a következő szempontok szerint:

a válaszadók szülei

- rendelkeznek-e diplomával,
- egészségügyben dolgoznak-e
- amennyiben igen, orvosként, vagy egyéb, egészségügyben dolgozó szakemberként.

8. táblázat: A szakterület-és munkahelyválasztással kapcsolatos vizsgálatban részt vett hallgatók szülői háttere (diplomás-e)

Szülő diplomás-e (igen/nem)			Anya		Apa	
Évfolyam	**Képzési nyelv**		**N**	**%**	**N**	**%**
Elsőéves	Német	Nem	88	31,9	51	18,5
		Igen	185	67,0	217	78,6
		Nem válaszolt	3	1,1	8	2,9
		Összesen	276	100,0	276	100,0
	Angol	Nem	33	20,6	31	19,4
		Igen	125	78,1	121	75,6
		Nem válaszolt	2	1,3	8	5,0
		Összesen	160	100,0	160	100,0
	Magyar	Nem	122	33,1	154	41,7
		Igen	245	66,4	210	56,9
		Nem válaszolt	2	0,5	5	1,4
		Összesen	369	100,0	369	100,0
Harmadéves	Német	Nem	34	38,2	13	14,6
		Igen	55	61,8	75	84,3
		Nem válaszolt			1	1,1
		Összesen			89	100,0
	Angol	Nem	48	28,6	47	28,0
		Igen	120	71,4	120	71,4
		Nem válaszolt			1	0,6
		Összesen			168	100,0
	Magyar	Nem	78	28,9	103	38,1
		Igen	192	71,1	165	61,1
		Nem válaszolt			2	0,7
		Összesen			270	100,0
Ötödéves	Német	Nem	19	41,3	7	15,2
		Igen	25	54,3	39	84,8
		Nem válaszolt	2	4,3		
		Összesen	46	100,0		
	Angol	Nem	23	29,9	19	24,7
		Igen	54	70,1	53	68,8
		Nem válaszolt			5	6,5
		Összesen			77	100,0
	Magyar	Nem	63	37,5	67	39,9
		Igen	104	61,9	97	57,7
		Nem válaszolt	1	0,6	4	2,4
		Összesen	168	100,0	168	100,0

A válaszadó hallgatókról elmondható, hogy minden képzési nyelven és évfolyamban többségben vannak azok a hallgatók, akiknek szülei diplomával rendelkeznek. A német hallgatók esetében mindhárom évfolyamban a diplomás apák vannak többen, míg ez az arány az angol programban kiegyenlített. A magyar hallgatóknál ezzel szemben a diplomával rendelkező anyák vannak többen férfi szülőtársaikhoz képest.

9. táblázat: A szakterület- és munkahelyválasztással kapcsolatos vizsgálatban részt vett hallgatók szülői háttere (egészségügyben dolgozik-e)[12]

Szülő egészségügyben dolgozik-e (orvos, egyéb egészségügyi dolgozó) (igen/nem)			Anya		Apa	
Évfolyam	**Képzési nyelv**		**N**	**%**	**N**	**%**
Elsőéves	Német	Nem	136	49,3	132	47,8
		Igen	93	33,7	92	33,3
		Nem válaszolt	47	17,0	52	18,8
		Összesen	276	100,0	276	100,0
	Angol	Nem	101	63,1	108	67,5
		Igen	44	27,5	31	19,4
		Nem válaszolt	15	9,4	21	13,1
		Összesen	160	100,0	160	100,0
	Magyar	Nem	279	75,6	303	82,1
		Igen	69	18,7	49	13,3
		Nem válaszolt	21	5,7	17	4,6
		Összesen	369	100,0	369	100,0
Harmadéves	Német	Nem	41	46,1	42	47,2
		Igen	37	41,6	33	37,1
		Nem válaszolt	11	12,4	14	15,7
		Összesen	89	100,0	89	100,0
	Angol	Nem	101	60,1	114	67,9
		Igen	50	29,8	27	16,1
		Nem válaszolt	17	10,1	27	16,1
		Összesen	168	100,0	168	100,0
	Magyar	Nem	192	71,1	211	78,1
		Igen	58	21,5	36	13,3
		Nem válaszolt	20	7,4	23	8,5
		Összesen	270	100,0	270	100,0
Ötödéves	Német	Nem	19	41,3	19	41,3
		Igen	22	47,8	19	41,3
		Nem válaszolt	5	10,9	8	17,4
		Összesen	46	100,0	46	100,0
	Angol	Nem	48	62,3	56	72,7
		Igen	20	26,0	11	14,3
		Nem válaszolt	9	11,7	10	13,0
		Összesen	77	100,0	77	100,0
	Magyar	Nem	122	72,6	139	82,7
		Igen	27	16,1	13	7,7
		Nem válaszolt	19	11,3	16	9,5
		Összesen	168	100,0	168	100,0

A 9. táblázat összesített eredményei szerint a legtöbb egészségügyben dolgozó szülő a német nyelvű hallgatókhoz tartozik, míg a legkevesebb a magyar nyelvű képzésben tanuló hallgatókhoz.

[12] Feltételezzük, hogy a nem válaszolók magas számának hátterében kérdésre az előző nemmel válaszolók hiányzó visszajelzése állhat (8. táblázat).

10. táblázat: A szakterület- és munkahelyválasztással kapcsolatos vizsgálatban részt vett hallgatók szülői háttere (orvos vagy egészségügyi dolgozó)

Szülő orvos / egyéb egészségügyi dolgozó			Anya		Apa	
Évfolyam	**Képzési nyelv**		**N**	**%**	**N**	**%**
Elsőéves	Német	Orvos	44	15,9	83	30,1
		Egyéb egészségügyi	65	23,6	24	8,7
		Nem válaszolt	167	60,5	169	61,2
		Összesen	276	100,0	276	100,0
	Angol	Orvos	20	12,5	23	14,4
		Egyéb egészségügyi	24	15,0	7	4,4
		Nem válaszolt	116	72,5	130	81,3
		Összesen	160	100,0	160	100,0
	Magyar	Orvos	64	17,3	94	25,5
		Egyéb egészségügyi	68	18,4	25	6,8
		Nem válaszolt	237	64,2	250	67,8
		Összesen	369	100,0	369	100,0
Harmadéves	Német	Orvos	15	16,9	26	29,2
		Egyéb egészségügyi	20	22,5	8	9,0
		Nem válaszolt	54	60,7	55	61,8
		Összesen	89	100,0	89	100,0
	Angol	Orvos	17	10,1	24	14,3
		Egyéb egészségügyi	27	16,1	10	6,0
		Nem válaszolt	124	73,8	134	79,8
		Összesen	168	100,0	168	100,0
	Magyar	Orvos	39	14,4	51	18,9
		Egyéb egészségügyi	53	19,6	17	6,3
		Nem válaszolt	178	65,9	202	74,8
		Összesen	270	100,0	270	100,0
Ötödéves	Német	Orvos	7	15,2	17	37,0
		Egyéb egészségügyi	15	32,6	2	4,3
		Nem válaszolt	24	52,2	27	58,7
		Összesen	46	100,0	46	100,0
	Angol	Orvos	11	14,3	17	22,1
		Egyéb egészségügyi	11	14,3	2	2,6
		Nem válaszolt	55	71,4	58	75,3
		Összesen	77	100,0	77	100,0
	Magyar	Orvos	18	10,7	28	16,7
		Egyéb egészségügyi	26	15,5	7	4,2
		Nem válaszolt	124	73,8	133	79,2
		Összesen	168	100,0	168	100,0

Az egészségügyben dolgozó szülők között az orvosi szülői háttér leggyakrabban a német nyelvű képzésben részt vevő hallgatók között fordul elő, legkevésbé pedig az angol nyelvű képzésben lévő hallgatókat jellemzi.

Emellett minden képzési nyelvre és évfolyamra megállapítható, hogy az egészségügyben dolgozó szülők közül az apák dolgoznak gyakrabban orvosi munkakörben, mint az anyák.

A válaszadók külföldi tartózkodása és tapasztalatai

Az előzőekben már elemzett háttér-információkon kívül fontosnak ítéltük még, hogy a hallgatók rendelkeznek-e külföldi tapasztalattal, valamint, hogy eddigi életük jelentősebb részét hazájukban, vagy más országban töltötték-e el.

Az alábbiakban táblázatos formában szerepel a válaszadók eddigi tapasztalati háttere a következő kérdések mentén:

- Hazájában élt-e eddig leghosszabb ideig vagy sem?
- Van-e három hónapnál hosszabb külföldi tapasztalata?

11. táblázat: A válaszadók megoszlása aszerint, hogy hazájában élt-e legtöbbet vagy sem

Hazájában élt a legtöbbet? (Igen/Nem)				
Évfolyam	**Képzési nyelv**		**N**	**%**
Elsőéves	Német	Nem	15	5,4
		Igen	261	94,6
		Összesen	276	100,0
	Angol	Nem	20	12,5
		Igen	140	87,5
		Összesen	160	100,0
	Magyar	Nem	5	1,4
		Igen	364	98,6
		Összesen	369	100,0
Harmadéves	Német	Nem	5	5,6
		Igen	84	94,4
		Összesen	89	100,0
	Angol	Nem	13	7,7
		Igen	155	92,3
		Összesen	168	100,0
	Magyar	Nem	7	2,6
		Igen	263	97,4
		Összesen	270	100,0
Ötödéves	Német	Nem	5	10,9
		Igen	41	89,1
		Összesen	46	100,0
	Angol	Nem	11	14,3
		Igen	66	85,7
		Összesen	77	100,0
	Magyar	Nem	2	1,2
		Igen	166	98,8
		Összesen	168	100,0

12. táblázat: A hallgatók három hónapot meghaladó külföldi tapasztalata

Van-e külföldi tapasztalata? (Igen/Nem)				
Évfolyam	**Képzési nyelv**		**N**	**%**
Elsőéves	Német	Nem	100	36,2
		Igen	176	63,8
		Összesen	276	100,0
	Angol	Nem	60	37,5
		Igen	100	62,5
		Összesen	160	100,0
	Magyar	Nem	313	84,8
		Igen	56	15,2
		Összesen	369	100,0
Harmadéves	Német	Nem	20	22,5
		Igen	69	77,5
		Összesen	89	100,0
	Angol	Nem	51	30,4
		Igen	117	69,6
		Összesen	168	100,0
	Magyar	Nem	229	84,8
		Igen	41	15,2
		Összesen	270	100,0
Ötödéves	Német	Nem	8	17,4
		Igen	38	82,6
		Összesen	46	100,0
	Angol	Nem	23	29,9
		Igen	54	70,1
		Összesen	77	100,0
	Magyar	Nem	129	76,8
		Igen	39	23,2
		Összesen	168	100,0

A hallgatók válaszai alapján elmondható, hogy minden évfolyamon és képzési nyelven a hallgatók többsége hazájában élt a kérdezés időpontjáig. Három hónapnál hosszabb idejű, a magyarországi tanulmányok előtti külföldi tapasztalattal az idegen nyelvű képzés hallgatóinak többsége rendelkezik, míg a magyar hallgatók között ugyanez lényegesen alacsonyabb arányban fordul elő.

5.2.1.2. *A PTE ÁOK általános orvos szakán az interkulturális kompetencia fejlődésével kapcsolatos vizsgálatban részt vett hallgatókkal kapcsolatos ismereteink*

A longitudinális vizsgálat keretében a Pécsre érkező, általános orvos szakra felvett hallgatókat tanulmányaik alatt összesen hat alkalommal kerestük meg a kérdőívek kitöltésével. A visszaérkezett kérdőívek száma a 2009/2010 és 2016/2017 tanévek közötti időszakban összesen 13084 darab volt (ld. 4. táblázat).

Az angol és német nyelvű képzésben tanuló hallgatókat már Magyarországra érkezésük előtt online kérdőívvel (IKK1), majd minden képzés hallgatóit tanulmányuk megkezdésekor az orientációs nap keretében (IKK2) kerestük meg. E két kérdőíves vizsgálat által nyert adatok közül mindössze néhány jellemző háttéradatot tüntetünk fel a disszertáció eredményei között, melyek az interkulturális kompetencia fejlődésének vizsgálata szempontjából relevánsak. Ezek a következők: a hallgatók életkora és nemi összetétele a tanulmányok megkezdésekor, a hallgatók legmagasabb iskolai végzettsége és az érettségi vizsga időpontja, valamint a korábban három hónapnál hosszabb idejű külföldi tartózkodások előfordulása.

13. táblázat: Hallgatói létszámok, átlagéletkor és szórás az IKK 1 és IKK 2 kérdőív válaszadóinál

		Angol			**Német**			**Magyar**		
		Férfi	**Nő**	**Összesen**	**Férfi**	**Nő**	**Összesen**	**Férfi**	**Nő**	**Összesen**
IKK1	Létszám	277	293	570	507	471	978	-	-	-
	Átlagéletkor	20,7	20,6	20,6	20,9	20,4	20,7	-	-	-
	Életkor szórása	4,8	3,5	4,2	2,0	2,2	2,1	-	-	-
IKK2	Létszám	538	544	1082	703	738	1441	412	753	1165
	Átlagéletkor	21,3	20,8	20,1	20,8	20,3	20,5	19,4	19,2	19,3
	Életkor szórása	4,1	3,1	3,6	2,5	2	2,3	1,8	1,5	1,6

A 13. táblázat adatai szerint az egyetemi felvételi értesítőt kapott külföldi hallgatók közül az angol programra jelentkezett hallgatók átlagéletkora 20,6 év, míg a német nyelvű képzésre felvett diákoké 20,7 év. Ez utóbbi csoportnál a női hallgatók átlagéletkora alacsonyabb, mely hasonló a németországi adatokéhoz. A beiratkozás időpontjában felvett IKK2 kérdőív adatai szerint a magyar hallgatók a legfiatalabbak, átlagos életkoruk 19,3 év, szemben a náluk átlagosan majdnem egy évvel idősebb angol (20,1) és német nyelvű képzésben (20,5) részt vevő hallgatókkal.

Az adatok alapján feltételezhető, hogy az idegen nyelvű orvosképzésre jelentkező külföldi hallgatók egy része az érettségi vizsgát követően nem kerül be vagy nem jelentkezik azonnal egyetemi képzésre. Erre vonatkozóan az IKK1 (idegen nyelvű képzés) és az IKK2 (magyar nyelvű képzés) kérdőívei szolgálnak információval:

14. táblázat: IKK 1-2 kérdőív válaszadóinak jellemzői (legmagasabb iskolai végzettség, érettségi vizsga ideje, képzés nyelve szerint)

Legmagasabb iskolai végzettség		**Angol (IKK1)**			**Német (IKK1)**			**Magyar (IKK2)**		
		Az adat-felvétel évében érett-ségizett	**Nem az adat-felvétel évében érett-ségizett**	**Összes**	**Az adat-felvétel évében érett-ségizett**	**Nem az adat-felvétel évében érett-ségizett**	**Összes**	**Az adat-felvétel évében érett-ségizett**	**Nem az adat-felvétel évében érett-ségizett**	**Összes**
Férfi	Érettségi	57	85	142	166	266	432	280	123	403
	Szakmai végzettség	22	49	71	34	23	57	1	4	5
	BSc	12	39	51	7	3	10	0	4	4
	MSc	3	7	10	0	9	9	0	1	1
	Total	94	180	274	207	301	508	281	132	413
Nő	Érettségi	57	105	162	217	167	384	485	246	731
	Szakmai végzettség	27	35	62	53	19	72	1	3	4
	BSc	20	38	58	1	1	2	2	13	15
	MSc	3	4	7	2	8	10	0	1	1
	Total	107	182	289	273	195	468	488	263	751

Ahogyan az 14. táblázatból egyértelműen látható, a magyar hallgatók többsége az érettségi évében kerül be az orvosegyetemi képzésre, férfiak és nők egyaránt. Ezzel szemben a német nyelvű képzés esetében az érettségi évében megkezdett tanulmányok már csak a női hallgatókra jellemzőek, a férfiak között többségben vannak azok a hallgatók, akik nem a felvétel évében érettségiztek. Az angol nyelvű képzés hallgatóit tekintve mindkét nem esetében azok a hallgatók vannak többségben, akik nem az egyetemi tanulmányaik megkezdésekor érettségiztek. Az átlagéletkor vonatkozásában tapasztalható különbségek ezen eredményekkel összhangban állnak.

A disszertációban vizsgált téma szempontjából különösen érdekes az a kérdés, hogy az egyetemre történő felvételt megelőzően szereztek-e 3 hónapnál hosszabb, nem nyaralás jellegű tartózkodás keretében külföldi tapasztalatot a magyar és idegen nyelvű képzésre beiratkozott hallgatók.

15. táblázat: 3 hónapnál hosszabb tartózkodás, felvett hallgatók, angol, német és magyar nyelvű képzés

Élt 3 hónapnál hosszabb ideig külföldön?	**Külföldi tartózkodás oka**	**Arány**	**Angol IKK1 (%) N=570**	**Arány**	**Német IKK1 (%) N=961**	**Arány**	**Magyar IKK2 (%) N=1143**
Igen	Iskolalátogatás	**58,1%**	20,1%	**57,9%**	**32,4%**	9,8%	-
	Középiskola alatt		-		-		40,2%
	Külföldi tanulmányok		**40,7%**		21,9%		3,6%
	Képzés, továbbképzés		16,9%		8,3%		-
	Munka		6,3%		6,1%		20,5%
	Önkéntes szociális év		2,5%		3,4%		-
	Egyéb, éspedig		13,6%		27,9%		35,7%
	Összesen		100,0%		100,0%		100,0%
Nem		41,9%		42,1%		**90,2%**	
Összesen		100,0%		100,0%		100,0%	

A 15. táblázatban szereplő adatok egyértelműen azt mutatják, hogy míg az angol és a német nyelvű képzésben részt vevő hallgatók több mint a fele szerzett már három hónapnál hosszabb idejű tapasztalatot külföldön, addig a magyar hallgatók kevesebb, mint tíz százalékáról mondható el ugyanez. Az adatok alapján megállapítható, hogy a vizsgált időszakban a PTE ÁOK-ra jelentkezett és felvett külföldi hallgatók nagyobb része olyan hallgató, aki szerzett már némi tapasztalatot interkulturális környezetben – az angol nyelvű képzés hallgatói főként felsőfokú tanulmányi tartózkodás keretében, míg a német nyelvű képzés hallgatóinak jelentős része már középiskolás korában járt hosszabb ideig külföldön iskolába.

5.2.2. *A fókuszcsoportos interjúk résztvevőinek bemutatása*

A 2013-2016 közötti három tanévben hét alkalommal lefolytatott fókuszcsoport összes résztvevőinek száma 92 fő volt, az egyes csoportok létszáma 8 és 15 fő között alakult. Nyelvek és nemek szerinti megoszlásukat a következő táblázat mutatja.

16. táblázat: A fókuszcsoport interjúk résztvevőinek megoszlása nemek és képzési program szerint

Fókuszcsoportok	Létszám (fő)	Idegen nyelvű képzés (fő)	Magyar nyelvű képzés (fő)	Férfi (fő)	Nő (fő)
1. fókuszcsoport	13	9	4	6	7
2. fókuszcsoport	8	0	8	5	3
3. fókuszcsoport	15	10	5	6	9
4. fókuszcsoport	14	11	3	6	8
5. fókuszcsoport	15	11	4	9	6
6. fókuszcsoport	13	0	13	5	8
7. fókuszcsoport	14	10	4	8	6
Összesen	92	51	41	45	47

A fókuszcsoportos interjúk részvevőiről életkorukra vonatkozóan – a vizsgálati módszer sajátosságaiból adódóan – nem rendelkezünk információkkal, és ennek felderítése nem is volt cél. Nem szerint szinte egyenlő arányban voltak jelen a férfiak és a nők (45 fő férfi és 47 fő nő). Közülük több mint felük az idegen nyelvű, a német és az angol képzés hallgatói közül kerültek ki (összesen 51 fő), mely megoszlás a fókuszcsoportok választott kereteinek megfelelő volt.

5.3. Módszerek

5.3.1. *A felhasznált statisztikai módszerek bemutatása*

Minden elemzést az IBM SPSS Statistics Data Editor program 24.0-s verziójával végeztünk.

5.3.2. *Hipotézisellenőrzési módszerek*

A hipotézisellenőrzést sok tudományág használja. Célja bizonyos előfeltételezés („sejtés”) vizsgálata, tesztelése, mely a meglévő adatok alapján történik. A kétmintás t-próba az egyik leggyakrabban használt hipotézisvizsgálati módszer, ugyanis ennek célja két alapsokasági

várható érték egyezőségének minta alapján történő tesztelése. Azt vizsgáljuk két csoport átlagának, szórásának és létszámának felhasználásával, hogy az alapsokaságban a két csoport várható értéke megegyezik-e. A kétmintás t-próba (Pintér-Rappai 2007) kiinduló, vagy más néven nullhipotézise, hogy a vizsgált két csoport várható értéke azonos. Ezt használtuk a dolgozat során olyan esetekben, amikor két összehasonlítandó csoport értékei álltak rendelkezésre, és arra voltunk kíváncsiak, hogy ezek statisztikailag egyezőnek minősülnek-e.

Az interkulturális kompetencia fejlődését vizsgáló kutatásban tehát a hallgatók által a vizsgált időszakokban adott válaszok arányegyezőségét vizsgáltuk, és erre az esetre a specializált standard normális eloszlású próbafüggvényt alkalmaztuk.

Az elemzési munka során a szakmai és munkahelyválasztási preferenciák vizsgálatakor használtuk a varianciaanalízis módszerét is. Tettük ezt azokban az esetekben, ahol legalább három csoport várható értékegyezőségének vizsgálata volt a cél (pl. a nyelvi képzések életkori átlagainak összevetése során). Alkalmaztuk továbbá a Khi-négyzet próbát (függetlenség-vizsgálat) és a Cramer mutatót (Pintér-Rappai 2007) olyan alacsony mérési szintű változóknál, ahol az átlagok összehasonlítására nem lett volna mód. Minden hipotézisellenőrzési módszernél feltüntetésre került a p-érték, amely alapján eldönthető, hogy a nullhipotézissel kapcsolatban milyen döntést kell hoznunk, és az milyen eredményt hoz a kiinduló kérdésre, felvetésre vonatkozóan.

5.3.3. Faktoranalízis

A faktorelemzés módszere adattömörítésre és az adatstruktúra feltárására szolgál, a kiinduló változók számát úgynevezett faktorváltozókba vonja össze, amelyek közvetlenül nem figyelhetők meg. A szakmai és munkahelyválasztási preferenciák vizsgálatakor a szakválasztás és a településméret-választás okait tömörítettük nagyobb hatásokba ennek a módszernek a segítségével. „A módszer nagyszámú, általában intervallumskálán mért változó közti kapcsolatrendszer feltárására, bemutatására szolgál, amelynek végeredményeként kimutatható, hogy mely eredeti változók tartoznak össze.” (Sajtos-Mitev 2007:249) A faktorelemzés eredményeinek bemutatása során feltüntetjük a kommunalitás értékeket, amelyek megmutatják, „hogy egy változó varianciájának mekkora részét magyarázza az összes faktor együttesen, azaz mekkora a közös varianciahányad” (Sajtos-Mitev 2007:250). Kitértünk továbbá arra is, hogy a KMO-érték és a Bartlett-teszt eredménye alapján a kiválasztott változócsoport alkalmas-e

faktoranalízisre. Külön értelmeztük az összes megmagyarázott varianciahányadot, amely megmutatja, hogy az újonnan létrejött faktortér az eredeti változótér információtartalmának mekkora hányadát fedi le. Az eredmények sorában minden esetben szerepel, hogy hány új faktor jött létre, és milyen faktorstruktúrát alkotnak a kiinduló változók, majd ezt követően kerültek elnevezésre az új faktorok.

5.3.4. Többváltozós lineáris regresszió

„A regressziószámítás a jelenségek összefüggéseiben meglévő tendenciákat vizsgálja, a kapcsolatok természetét, törvényszerűségét próbálja megragadni valamilyen egzakt függvény segítségével" (Pintér-Rappai 2007:395). A többváltozós regresszió analízis arra ad módot, hogy egyszerre elemezzük több tényező- vagy magyarázó változó eredményváltozóra gyakorolt hatását. Az elemzési munka során a szakmai és munkahelyválasztási preferenciák összevont adatbázisán a háttérváltozók létrehozott faktorokra való hatását vizsgáltuk e módszer segítségével. Először a modell egészének tesztjét végeztük el, hiszen ennek eredménye mutatja meg, hogy a gyakorlatban is létezik-e a meglévő adatok alapján a modell, amit elméletben kigondoltunk. Ezt F-próbával teszteltük, melynek fő jellemzőit minden regressziós táblában szerepeltettük. Az eredmények között a korrigált, többszörös determinációs együtthatót, a korrigált R^2-et is feltüntettük. Ez az adat fejezi ki, hogy többváltozós esetben a tényezőváltozók mekkora hányadban magyarázzák meg együttesen az eredményváltozó szóródását. A mutató nagyobb értéke egyben azt is jelenti, hogy a modell jobban illeszkedik.

5.3.5. Bináris logisztikus regresszió

„A binomiális vagy kétváltozós (bináris) logisztikus regressziót akkor használjuk, ha függő változónk dichotóm, független változóink pedig folytonos vagy kategorikus változók, esetleg vegyesen ilyet is és olyat is találhatunk közöttük." (Székelyi-Barna 2007:374) A logisztikus regresszió maximum likelihood becslést alkalmaz, ezáltal törekszik arra, hogy egy minél jobban illeszkedő modellt hozzon létre. A maximum likelihood függvény célja, hogy minél nagyobb valószínűséggel eltalálja a becsülni kívánt értéket. A logisztikus regresszióban a paramétereket egy iterációs folyamat során találja meg a program. (Székelyi-Barna 2007:383-384) Az elemzési munka folyamán a szakmai és munkahely-választási preferenciák összevont

adatbázisán használtuk ezt a módszert és azt vizsgáltuk, hogy az egyes háttértényezők, valamint a létrehozott faktorok milyen hatással vannak a három kiemelt változóra (szakválasztás, hazájában szeretne-e dolgozni és településméret-választás). Ezekben a modellekben a B paraméterek mellett az esélyhányadosokat is feltüntettük, amelyek két esély hányadosát jelentik, és ezáltal a két változó közötti kapcsolat egy összefoglaló mérőszámának minősülnek. Az esélyhányados mindig egy viszonyt fejez ki, valaminek a referenciakategóriához viszonyított esélyét. (Székelyi-Barna 2007:379) Ezen esélyek közül a szignifikánsnak vagy statisztikailag jelentősnek minősülők értelmezésére fókuszáltunk a logisztikus regressziók eredményeinek bemutatása során.

6. EREDMÉNYEK

6.1. A PTE Általános Orvostudományi Karán tanuló hallgatók szakterület- és munkahelyválasztási preferenciái – kérdőíves kutatás

6.1.1. Leíró elemzés

A vizsgálat egyik központi témája a hallgatók szakterületválasztási preferenciájának vizsgálata volt, egyrészt a konkrét szakterületet, másrészt pedig a választás mögött meghúzódó okokat és motivációkat tekintve. A vizsgálati eredmények leíró összefoglalását az alábbiakban táblázatos közöljük formában.

A válaszadók szakterületválasztási preferenciáit nyelvenként a 17. táblázat foglalja össze.

17. táblázat: Válaszok aránya a „Milyen szakterületen kíván dolgozni a jövőben?" kérdésre, a német, angol és magyar hallgatók válaszai alapján.

Szakválasztás	**Német program**				**Angol program**				**Magyar program**			
	Évfolyam				**Évfolyam**				**Évfolyam**			
	N	**1.**	**3.**	**5.**	**N**	**1.**	**2.**	**3.**	**N**	**1.**	**2.**	**3.**
Családorvostan	42	13%	12%	2%	11	2%	2%	8%	20	2%	2%	5%
Sebészet, ortopédia, traumatológia	107	31%	25%	28%	90	37%	25%	14%	169	26%	21%	22%
Gyermekgyógyászat	31	6%	7%	21%	46	14%	16%	11%	95	12%	11%	18%
Belgyógyászat	45	10%	16%	16%	44	13%	12%	15%	98	10%	17%	17%
Szülészet, nőgyógyászat	16	6%	2%	2%	13	2%	4%	8%	20	4%	2%	2%
Neurológia	22	6%	3%	11%	22	9%	4%	8%	36	5%	3%	7%
Egyéb	61	14%	26%	10%	51	11%	15%	25%	139	19%	20%	20%
Nem tudja	48	14%	10%	9%	52	13%	20%	12%	149	24%	24%	9%
Összesen	372	100%	100%	100%	329	100%	100%	100%	726	100%	100%	100%

Amint a feltüntetett adatokból látható, mindhárom képzési nyelv hallgatói között a sebészet, ortopédia, traumatológia szakirányt jelölték meg a legtöbben, míg a német hallgatók kivételével a legkevésbé népszerű területet összességében a családorvostan képviselte (a német hallgatók esetében a megkérdezettek között szerepeltek azok a hallgatók is, akik családorvosi pályát támogató ösztöndíjjal rendelkeztek.) Az egyéb – táblázatban feltüntetésre nem került – szakterületek nagyon széles spektrumban szóródó válaszokat adtak, így ezekkel az elemzés során részletesebben nem foglalkoztunk.

A hallgatókat megkérdeztük a szakterületi preferenciáik mögött meghúzódó okokról, motivációkról is. A kérdésre adott válaszokat összesítve, a 18. táblázatban mutatjuk be.

18. táblázat: A szakterület választás okai (képzési nyelv és évfolyam szerint)

N=2437 jelölés

Szakválasztás okai	**Német** (N=602)				**Angol** (N=646)				**Magyar** (N=1189)			
	Évfolyam				**Évfolyam**				**Évfolyam**			
	1.	**3.**	**5.**	∑	**1.**	**3.**	**5.**	∑	**1.**	**3.**	**5.**	∑
Szakmai érdeklődés (N=1141)	46%	37%	54%	45%	45%	46%	43%	45%	49%	48%	49%	49%
Jobb lehetőség a munka és a szabadidő egyensúlyára (N=386)	17%	15%	14%	16%	14%	19%	13%	16%	14%	17%	16%	15%
Jobban összeegyeztet-hető a családi élettel (N=371)	15%	14%	22%	15%	16%	15%	14%	16%	14%	15%	17%	15%
Magasabb fizetés (N=136)	6%	9%	2%	6%	6%	6%	8%	6%	5%	6%	5%	5%
Egyéb (N=115)[13]	5%	4%	0%	4%	4%	6%	7%	5%	5%	5%	7%	5%
Jobb karrierlehetőség (N=108)	5%	9%	4%	5%	5%	5%	4%	5%	4%	3%	3%	4%
Magasabb társadalmi elismerés (N=78)	3%	6%	2%	3%	3%	2%	3%	3%	3%	4%	2%	3%
Szülői praxis átvételének lehetősége (N=76)	3%	3%	4%	3%	4%	3%	10%	4%	3%	2%	2%	3%
Tanulmányi szerződés (N=26)	1%	3%	0%	1%	1%	1%	0%	1%	2%	2%	0%	1%
Összesen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Amint az adatokból látható, a több lehetséges válasz/jelölés közül a legtöbben (N=1141) a szakmai érdeklődés választlehetőséget adták mindhárom képzési nyelv esetében, míg a legkevesebb jelölést (N=26) a tanulmányi szerződés válaszalternatíva kapta. Viszonylag sok hallgató jelölte ezen kívül a munka és a szabadidő egyensúlyának lehetőségét (N=386), valamint a családi élettel való jobb összeegyeztethetőség indokát (N=371) is.

A hallgatók jövendő munkahelyük földrajzi adottságaihoz kapcsolódó elvárásait is felmértük. Az elvárások között az alábbiakat vizsgáltuk: 1. a különböző képzési nyelven tanuló hallgatók

[13] Az egyéb válaszok ugyan magas elemszámot jelentenek, azonban a rendkívül erős szórás miatt nem képezik a részletes elemzés tárgyát.

milyen arányban szeretnének hazájukban munkát vállalni (19. táblázat); 2. milyen népességszámú településen kívánják folytatni munkájukat a diploma megszerzése után (20. táblázat); 3. ezeket a földrajzi preferenciákat milyen tényezők befolyásolják (21. táblázat).

19. táblázat: Jövendő munkahelye a származási országban vagy azon kívül lesz? (képzési nyelv és évfolyam szerint)

(N=1614)

Nyelv	Hazájában tervez-e a jövőben dolgozni?	Első évfolyam	Harmad évfolyam	Ötöd évfolyam
Német (N=408)	Igen	71%	58%	61%
	Nem	29%	42%	39%
	Összesen	100%	100%	100%
Angol (N=402)	Igen	31%	59%	59%
	Nem	69%	41%	41%
	Összesen	100%	100%	100%
Magyar (N=804)	Igen	49%	39%	58%
	Nem	51%	61%	42%
	Összesen	100%	100%	100%

A feltüntetett adatok alapján látható, a német nyelvű képzés esetében mindhárom évfolyamban több olyan válaszadó hallgató volt, akik a végzést követően a hazájukban képzelik el jövőjüket. Az angol nyelvű képzés esetében más országban az első évfolyam hallgatói, míg a magyar hallgatóknál az első és a harmadik évfolyam többsége gondolja úgy, hogy jövőjét egy másik országban képzeli el a végzést követően.

20. táblázat: A településméretre (népességszámra) vonatkozó preferenciák (képzési nyelv és évfolyam szerint)

(N=2043 jelölés)

Nyelv	Milyen településen dolgozna orvosként a jövőben?	Első évfolyam	Harmad évfolyam	Ötöd évfolyam
Német (N=508)	Falu	10%	7%	6%
	Város	34%	20%	32%
	Nagyváros	34%	37%	24%
	Mindegy	6%	9%	8%
	Még nem tudom	16%	27%	32%
	Összesen	100%	100%	100%
Angol (N=512)	Falu	14%	6%	12%
	Város	34%	38%	31%
	Nagyváros	33%	32%	33%
	Mindegy	8%	7%	8%
	Még nem tudom	11%	16%	16%
	Összesen	100%	100%	100%
Magyar (N=1023)	Falu	12%	13%	12%
	Város	34%	33%	32%
	Nagyváros	33%	30%	32%
	Mindegy	8%	7%	10%
	Még nem tudom	13%	18%	15%
	Összesen	100%	100%	100%

Falu: 5000 lakos alatt
Város: 5000-100.000 lakos között
Nagyváros: 100.000 lakos fölött

Az összesített adatokból látható, hogy mind az idegen nyelvű (német, angol), mind a magyar nyelvű képzés esetében a városi (5000-100.000 lakos közötti) vagy a nagyvárosi (100.000 lakos fölötti) településméret a legnépszerűbb a hallgatók körében, mindhárom vizsgált évfolyam tekintetében.

A szakválasztáshoz hasonlóan a településválasztás esetében is megkérdeztük a hallgatókat preferenciáik mögött meghúzódó okokról, motivációkról.

21. táblázat: A településválasztás indokai (képzési nyelv és évfolyam szerint)

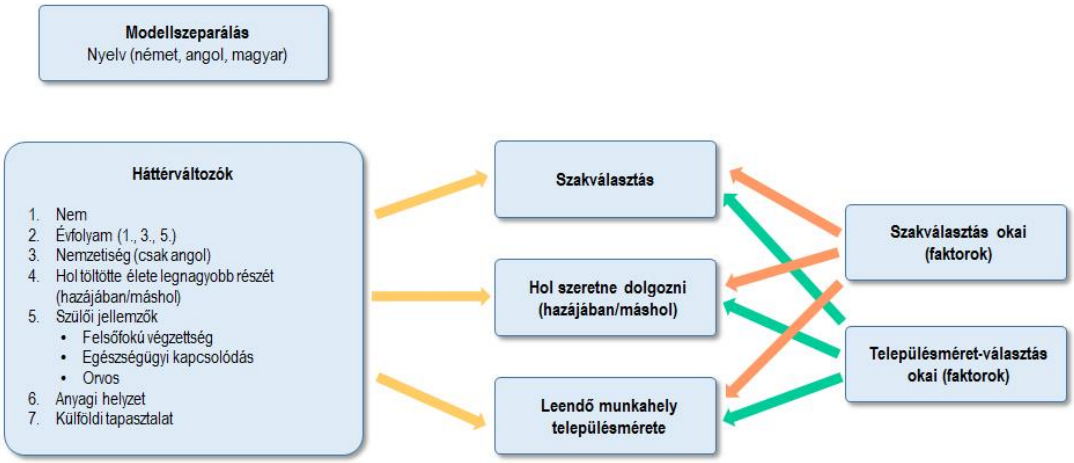
(N=4083)

Nyelv	A településválasztás indokai	Első évfolyam	Harmad évfolyam	Ötöd évfolyam
Német	A környéken szeretnék dolgozni	18%	9%	13%
	Szociális és családi kapcsolatok	24%	19%	19%
	Jobb lehetőségek a szakmában	13%	17%	12%
	Magasabb fizetés	6%	7%	9%
	Praxis átvételére van lehetőség	5%	5%	8%
	Látókörbővítés	8%	15%	15%
	Gyerekek intézmény-rendszere	13%	13%	11%
	Pár munkája	12%	12%	15%
	Egyéb	1%	3%	1%
	Összesen	100%	100%	100%
Angol	A környéken szeretnék dolgozni	19%	7%	19%
	Szociális és családi kapcsolatok	25%	20%	25%
	Jobb lehetőségek a szakmában	10%	16%	12%
	Magasabb fizetés	6%	6%	5%
	Praxis átvételére van lehetőség	8%	6%	8%
	Látókörbővítés	6%	11%	9%
	Gyerekek intézmény-rendszere	13%	15%	11%
	Pár munkája	10%	14%	9%
	Egyéb	2%	5%	5%
	Összesen	100%	100%	100%
Magyar	A környéken szeretnék dolgozni	15%	16%	15%
	Szociális és családi kapcsolatok	24%	21%	20%
	Jobb lehetőségek a szakmában	12%	14%	13%
	Magasabb fizetés	5%	5%	5%
	Praxis átvételére van lehetőség	6%	5%	4%
	Látókörbővítés	9%	8%	8%
	Gyerekek intézmény-rendszere	12%	14%	15%
	Pár munkája	12%	13%	14%
	Egyéb	3%	4%	2%
	Összesen	100%	100%	100%

Amint a kiemelt adatokból is jól látható, mindhárom képzési nyelven és minden megkérdezett évfolyamban legtöbb esetben a szociális és családi kapcsolatok álltak a településválasztás mögött motivációs tényezőként. A német nyelvű képzés esetében ezen kívül meghatározóbb indok volt a látókör bővítésének, valamint a gyerekek és a partner munkájának lehetősége. Az angol nyelvű képzésben szintén ezek az indokok jelentek meg gyakrabban, az ötödévesek ezen kívül fontosabbnak tartották még a környéken történő munkavállalás lehetőségét is. A magyar nyelvű képzés hallgatóinál is gyakrabban szerepelt a közelben megvalósítható munkavállalás, valamint a család (partner, gyerekek) beilleszkedésének lehetősége.

6.1.2. *Az elméleti modell*

A további elemzés alapjául szolgáló elméleti modellünket az 1. ábra mutatja be. A modell és kapcsolódási pontok vizsgálatára útelemzés segítségével került sor az egyes nyelvek szerinti képzések mentén bontva. Az ábrán minden nyíl – feltételezésünk szerint – szignifikáns kapcsolatot takar, amelyeket regressziós modellek segítségével tesztelünk.



1. ábra: A választott tényezők közötti kapcsolatrendszer elméleti modellje

6.1.3. *Az útelemzés előkészítése*

Az útelemzést megelőzően mind a szakválasztás, mind a településméretre vonatkozó preferenciák okait (lásd 22. táblázat) kilenc-kilenc válaszkategóriába soroltuk.

A szakválasztás kategóriái: 1. szakmai érdeklődés, 2. magasabb fizetés, 3. jobb karrierlehetőség, 4. magasabb társadalmi presztízs, 5. jobb munka-élet egyensúly, 6. szülői praxis átvétele, 7. a családdal való jobb összehangolhatóság, 8. tanulmányi szerződés, 9. egyéb.

A településméret-választás kategóriái: 1. környéken való munkavállalás, 2. társadalmi és családi kapcsolatok, 3. jobb kondíciók az orvosi szakma gyakorlásához, 4. magasabb fizetés, 5. praxis átvételének lehetősége, 6. látókörbővítés, 7. gyermekintézmény rendszer fejlettsége, 8. partner számára munkalehetőség, 9. egyéb.

Ezt követően faktoranalízist végeztünk, a fenti változócsoportokra külön-külön. A faktoranalízishez[14] tartozó kommunalitás értékeket a 22. táblázat tartalmazza.

A rotált komponens mátrix azt mutatja meg, hogy mely változók, vagyis mely szakválasztási okok mely faktorokon ülnek. A következő táblázatból a faktorstruktúra látható.

22. táblázat: A szakválasztás okaihoz tartozó faktoranalízis rotált komponens mátrixa

A szakválasztás okai \ Faktorok	**Munka-Magánélet Egyensúly**	**Orvosi Karrier**	**Tanulmányi Szerződés**	**Szülői Praxis**
Megmagyarázott varianciaarány	*18,85%*	*17,83%*	*11,42%*	*11,51%*
A családdal való jobb összehangolhatóság (,798)	,889			
Jobb munka-élet egyensúly (,780)	,882			
Magasabb fizetés (,600)		,764		
Jobb karrierlehetőség (,533)		,728		
Magasabb társadalmi presztízs (,414)		,640		
Tanulmányi szerződés (,778)			,844	
Szakmai érdeklődés (,437)			-,545	
Egyéb (,779)				,860
Szülői praxis átvétele (,246)				,429

Az okokat a faktorokhoz való tartozás sorrendjében tüntettük fel. A zárójelben a faktoranalízis eredményeként kapott kommunalitás értékek találhatóak.

A fenti táblázat alapján az első faktor a „Munka-Magánélet Egyensúly" (családdal való jobb összehangolhatóságból és a munka-élet egyensúlyból eredeztethető). A második „Orvosi Karrier" néven azonosítható (a magasabb fizetés, a karrierlehetőség és a társadalmi presztízs ennek összetevői). A harmadik faktor a „Tanulmányi Szerződés" (a tanulmányokat támogató szervezettel kötött szerződés és a szakmai érdeklődés kettőséből áll, ellentétes előjellel, vagyis azok a hallgatók kapnak ennél a faktornál magas értéket, akik az előbbi okot előszeretettel, az utóbbit pedig jellemzően nem jelölték a szakválasztásukat megmagyarázandó), míg a negyedik faktor a „Szülői Praxis" név alatt azonosítható (az egyéb okok és a szülői praxis átvétele alkotja).

[14] A szakválasztás okai esetén a változócsoport faktoranalízisre alkalmasnak bizonyult a KMO próba értéke (0,558) és a Bartlett teszt szignifikancia értéke (p=0,000) alapján is. Az eredeti, kilenc dimenziós változótér információtartalmának 59,61%-át lefedő négy faktor jött létre a kilenc okból. A faktoranalízis során a Varimax rotációs eljárás került kiválasztásra matematikai tulajdonságai miatt. Ezzel egymástól lineárisan függetlenek lettek a faktorok, vagyis az új változók, amelyek ily módon az egymás közötti további elemzést nem korlátozzák, szabadon vizsgálhatók.

A leendő munkahely településmérete kiválasztásának kilencféle okát (környéken való munkavállalás, társadalmi és családi kapcsolatok, jobb kondíciók az orvosi szakma gyakorlásához, magasabb fizetés, praxis átvételének lehetősége, látókörbővítés, gyermekintézmény-rendszer fejlettsége, partner számára munkalehetőség, egyéb) szintén faktoranalízisnek[15] vetettük alá.

A keletkező háromdimenziós faktortér az eredeti változótér varianciájának 51,34%-át magyarázza. A faktorstruktúra a 23. táblázatban található.

23. táblázat: A leendő munkahely településméret-választásának okaihoz tartozó faktoranalízis rotált komponens mátrixa

A leendő munkahely településméret-választásának okai \ Faktorok	**Szakmai Fejlődés**	**Lokális Kötődés**	**Fókuszban a Család**
Megmagyarázott varianciaarány	*17,54%*	*17,12%*	*16,68%*
Magasabb fizetés (0,627)	,755		
Jobb kondíciók az orvosi szakma gyakorlásához (0,571)	,739		
Látókörbővítés (0,470)	,558		
A környéken való munkavállalás (0,547)		,701	
Társadalmi és családi kapcsolatok (0,550)		,631	
Egyéb (0,294)		-,504	
Praxis átvételének lehetősége (0,217)		,461	
Gyermekintézmény-rendszer fejlettsége (0,678)			,822
Partner számára munkalehetőség (0,666)			,796

Az okokat a faktorokhoz való tartozás sorrendjében tüntettük fel. Zárójelben a faktoranalízis eredményeként kapott kommunalitás értékek találhatóak.

Az első faktor a „Szakmai Fejlődés” nevet kapta, ebben szerepel a magasabb fizetés, a jobb kondíciók az orvosi szakma gyakorlásához és a látókörbővítés. A második faktor a „Lokális Kötődés” nevet viseli, ebbe a faktorba tömörült a környéken való munkavállalás, a társadalmi és családi kapcsolatok, a társas támogatás és kapcsolati kötődés, valamint a praxis átvételének lehetősége, és ellenkező előjellel az egyéb indokok (azaz, azok a hallgatók, akiknek a fenti első három ok fontos, ők jellemzően nem jelöltek egyéb okokat a leendő munkahely településméretének választása esetében). A harmadik faktoron található a gyermekintézmény-rendszer, mint adottság, és a partner munkalehetősége. Ez a faktor a „Fókuszban a Család” nevet kapta.

[15] A Kaiser-Meyer-Olkin érték (0,619) és a Bartlett teszt szignifikanciája (p=0,000) alapján ez a változócsoport is alkalmasnak bizonyul a faktoranalízisre.

A faktorok létrehozása után az útelemzéshez tartozó regressziós modelleket futtattuk le, vagyis az elméleti modell tesztelését végeztük el. A nyelvi csoportok bontásában vizsgáltuk, hogy a szakválasztás okai dimenzió négy faktora és a településméret-választás okai dimenzió három faktora milyen hatással van a három fő vizsgált kérdésre (a szakválasztásra, a hazájában szeretne-e dolgozni kérdésre és a településméret-választásra) vonatkozóan.[16]

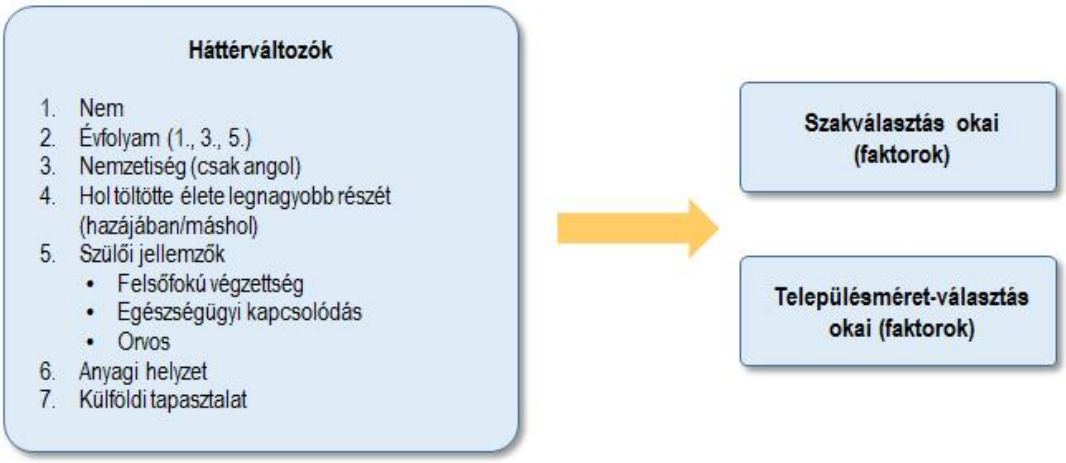
6.1.4. Az útelemzés eredményei

A dolgozatban a klasszikus keresztmetszeti megközelítést alkalmazzuk, vagyis külön, mindhárom nyelvi csoport vonatkozásában felépítettünk egy-egy többváltozós regressziós modellt. Az adott modell eredmény- és magyarázó változóinak mérési szintjétől függően lineáris, bináris logisztikus regressziós modelleket illesztettünk. Minden elméleti útvonalban első lépcsőként azt vizsgáltuk, hogy az első blokk háttértényezői milyen mértékben hatnak a második blokk tényezőire, majd pedig ezek és a háttértényezők együttesen hogyan hatnak a harmadik blokk tényezőire.

A következőkben bemutatjuk a szakmai preferenciákkal kapcsolatos változókra készült modelleket, külön-külön a három nyelvre vonatkozóan. Emellett készítettünk egy-egy összefoglaló táblát is a modellek adatairól. Minden modellbe stepwise módon vittük be a változókat. Ezt a módszert a hatékonysága miatt választottuk, és lényege, hogy több modellt épít. Az első modellben csak az az egy magyarázó változó van, ami a legnagyobb hatással van az adott eredményváltozóra, a másodikban már szerepel a második legnagyobb hatású is, és így tovább; vagyis eszerint mindig az utolsó modell lesz lényeges, mert abban szerepelni fog az összes változó, ami 10%-os szignifikanciaszinten érdemi hatással van az adott eredményváltozóra.[17] Az elméleti modellben két lépcső különíthető el. Az első lépcső az, miként magyarázzák a kiválasztott háttértényezők a szakválasztás és a településméret-választás faktorait (ezt elsőként külön mutatjuk be, mivel a továbbiakban ez minden bemutatandó empirikus modell részét fogja képezni). A második lépcső az, hogy a háttértényezők és a faktorok együttesen hogy hatnak a három kiemelt eredményváltozóra, a szakválasztásra, a hazájában kíván-e dolgozni kérdésre és a településméret-választásra.

[16] Az elméleti modellben lévő háttértényezők szinte mindegyike kategorikus változó, a regressziós modellek bemeneti követelményei miatt ezeket dummy változókká alakítottuk át a modellezés megkezdése előtt.

[17] A társadalomtudományban szokásos 5%-os szignifikancia szint helyett a legalább 10%-os határt alkalmaztuk, amely bár a hibákkal szemben megengedőbb, regressziós modellek esetén szakcikkekben is gyakran találkozunk ennek, mint legmagasabb ésszerű szignifikancia szintnek a használatával (egy csillagos jelölés mellett).



2. ábra: A háttérváltozók hatása a szakválasztás és a településméret-választás faktoraira

6.1.5. Szakválasztást befolyásoló tényezők a német, az angol és magyar hallgatók körében

A német hallgatói csoport körében a szakválasztást befolyásoló tényezők közül a Szülői Praxis (SZP) faktor esetében mutatkozott szignifikáns különbség. Azok a hallgatók, akik rendelkeznek külföldi tapasztalattal, nagyobb valószínűséggel választanak szakirányt annak függvényében, hogy át tudják-e venni a szülői praxist.

Az angol képzésben részt vevő hallgatóknál látható összefüggés szerint a felsőfokú végzettségű apával rendelkező hallgatók kisebb valószínűséggel jelölik a tanulmányi szerződést, mint meghatározó tényezőt szakválasztásuk esetében. Ebben a csoportban a szülői praxis átvételének lehetősége nem jelenik meg befolyásoló tényezőként, szemben a Munka-Magánélet Egyensúly (MME) és az Orvosi Karrier (OK) faktorokkal.

Ha orvos anyával rendelkezik a hallgató, akkor átlagosan kisebb valószínűséggel fontos az illetőnek az MME a modell szerint. Azon hallgatóknál, akik többnyire hazájukban éltek eddigi életük során, kisebb hangsúlya van az OK faktornak a szakválasztásban, mint azoknál, akik több időt töltöttek külföldön.

A két külföldi hallgatói csoporthoz képest, a magyar hallgatók preferenciái teljesen eltérő mintázatot mutatnak: a külföldön szerzett tapasztalatok egyáltalán nem játszanak meghatározó szerepet a magyar medikusok szakválasztásában. Hasonlóan az angol csoporthoz, az OK faktor fontos a szakválasztáshoz, de leginkább csak a férfiaknál van pozitív hatása a nőkhöz képest. A SZP faktor szerepe a magyar mintában sem szignifikáns, míg a TSZ faktor igen, ám más

módon, mint az angol vagy német csoportban: akiknek az édesapja egészségügyi dolgozó, nagyobb valószínűséggel jelölik a tanulmányi szerződést a szakválasztás indoklásában. Ezzel szemben, azon hallgatók, akiknek az édesanyja felsőfokú végzettséggel rendelkezik, éppen ellenkező tendenciát mutatnak a TSZ faktor tekintetében.

24. táblázat: A háttérváltozók hatása a szakválasztás faktoraira – többváltozós, lineáris regressziók bemutatása[18.]

Jellemzők	B[19]		
	Német	**Angol**	**Magyar**
Munka-Magánélet Egyensúly faktor			
Magyarázó változók			
Nem – férfi (ref = nő)	-	n.sz.	-
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	-	n.sz.	-
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	-	n.sz.	-
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	-	n.sz.	-
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	-	n.sz.	-
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	-	n.sz.	-
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	-	n.sz.	-
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	-	-	-
Orvos anya (ref=nem)	-	-0,381**	-
Orvos apa (ref=nem)	-	n.sz.	-
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	-	n.sz.	-
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	-	n.sz.	-
(Korrigált)[20] R^2 (%)	-	1,5%	-
F	n.sz.	4,259, szf=209, p=0,040	n.sz.
Orvosi Karrier faktor			
Nem – férfi (ref = nő)	-	n.sz.	0,163**
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	-	n.sz.	n.sz.
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	-	-1,129***	n.sz.
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Orvos anya (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Orvos apa (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	-	n.sz.	n.sz.
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	-	n.sz.	n.sz.
(Korrigált) R^2 (%)	-	5,0%	0,6%
F	n.sz.	11,964, szf=209, p=0,001	5,106, szf=689, p=0,024

[18] A változók megnevezése után, zárójelben jelöltük a regressziós összehasonlítás referenciáit, vagyis, hogy az adott válaszkategóriát mely referenciakategóriához viszonyítva vizsgáltuk. A regressziós táblákban a klasszikus jelölést alkalmazzuk: * 0,05≤p<0,1; ** 0,01≤p<0,05; *** p<0,01

[19] A klasszikus, keresztmetszeti többváltozós regressziós modelleknél a béta paramétereket tüntettük fel, a bináris logisztikus regressziós modelleknél az esélyhányadosokat (ugyanúgy, ahogy az ábrák melletti nyilakon is).

[20] Ahol több magyarázó változó került a végső modellbe, ott a korrigált R2 mutatóját azonosítottuk magyarázó erőként, míg az egy magyarázó változós modellekben az R2 mutatóját – mindig a megfelelőt tüntettük fel az adatsorban.

Jellemzők	B[21]		
	Német	Angol	Magyar
Szülői Praxis faktor			
Nem – férfi (ref = nő)	n.sz.	-	-
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	n.sz.	-	-
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	n.sz.	-	-
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	n.sz.	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	n.sz.	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	n.sz.	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	n.sz.	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	n.sz.	-	-
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	-	-
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	-	-
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	-	-
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	n.sz.	-	-
Orvos anya (ref=nem)	n.sz.	-	-
Orvos apa (ref=nem)	n.sz.	-	-
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	-	-
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	0,263**	-	-
(Korrigált) R^2 (%)	1,5%	-	-
F	5,175, szf=273, p=0,024	n.sz.	n.sz.
Tanulmányi Szerződés faktor			
Nem – férfi (ref = nő)	-	n.sz.	n.sz.
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	-	n.sz.	n.sz.
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	-	n.sz.	n.sz.
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	-	n.sz.	-0,214**
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	-	-0,235**	n.sz.
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	-	n.sz.	0,257**
Orvos anya (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Orvos apa (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	-	n.sz.	n.sz.
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	-	n.sz.	n.sz.
(Korrigált) R^2 (%)	-	2,0%	1%
F	n.sz.	5,239, szf=209, p=0,023	4,475, szf=689, p=0,012

[21] A klasszikus, keresztmetszeti többváltozós regressziós modelleknél a béta paramétereket tüntettük fel, a bináris logisztikus regressziós modelleknél az esélyhányadosokat (ugyanúgy, ahogy az ábrák melletti nyilakon is).

6.1.6. Településválasztást befolyásoló tényezők

A német hallgatói mintában a településválasztást a Lokális Kötődés (LK) faktor határozza meg szignifikánsan. Ezen belül az elsőévesek számára szignifikánsan nagyobb jelentősége van a lokális kötődésnek a településméret-választásban, mint a felsőbb éveseknek.

Az angol hallgatóknál egy sokkal összetettebb mintázat rajzolódik ki: a jövőbeni munkahelyhez kapcsolódó település preferált méretét egyaránt befolyásolja a Szakmai Fejlődés (SZF), a Lokális Kötődés (LK) és a Fókuszban a Család (FCS) faktor. A részletesebb elemzés során kiderül, hogy leginkább a harmadéves hallgatók számára fontos tényező a munkahelyi szakma, melynek hatását a településválasztásra a hallgató rosszabb anyagi helyzete és az édesanya egészségügyi foglalkozása is erősíti. Hasonlóan a német hallgatókhoz, az angol képzésben résztvevőknél is fontos az évfolyam a településméret preferenciájuk kialakításában, valamint szerepet játszik a szakválasztásban a LK faktor is. A harmadéveseknél van ennek szerepe, és negatív hatással bíró tényező. Ugyanakkor, ellentétben a német hallgatókkal, az angol csoportban a családi élet is szereppel bír a településméret-választásban: a harmadévesek, illetve az orvos anyával rendelkező hallgatók esetében pozitívan befolyásolja a választást a FCS faktor.

A magyar mintában a SZF és LK faktorok befolyásolják a településméret preferenciákat szignifikánsan. A külföldi tapasztalattal rendelkező hallgatók esetében a SZF faktor fontosabb tényezőnek bizonyul ilyen tapasztalatokkal nem rendelkező társaikhoz képest. A lokális kötődés pedig negatív irányú befolyásoló tényező azok választásában, akiknek édesanyja felsőfokú végzettséggel rendelkezik.

25. táblázat: A háttérváltozók hatása a településméret-választás faktoraira – többváltozós, lineáris regressziók bemutatása[22].

Jellemzők	B[23]		
	Német	**Angol**	**Magyar**
Szakmai Fejlődés faktor			
Magyarázó változók			
Nem – férfi (ref = nő)	-	n.sz.	n.sz.
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	-	n.sz.	n.sz.
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	-	0,402***	n.sz.
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	n.sz.
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	-	n.sz.	n.sz.
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	-	0,507**	n.sz.
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Orvos anya (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Orvos apa (ref=nem)	-	n.sz.	n.sz.
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	-	-0,195***	n.sz.
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	-	n.sz.	0,236**
(Korrigált) R^2 (%)	-	8,6%	0,7%
F	n.sz.	7,560, szf=209, p=0,000	5,867, szf=689, p=0,016
Lokális Kötődés faktor			
Nem – férfi (ref = nő)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	0,329***	n.sz.	n.sz.
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	n.sz.	-0,592***	n.sz.
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	n.sz.	-0,211**
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Orvos anya (ref=nem)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Orvos apa (ref=nem)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	n.sz.	n.sz.	n.sz.
(Korrigált) R^2 (%)	2,2%	7,4%	0,8%
F	7,154, szf=273, p=0,008	17,789, szf=209, p=0,000	6,639, szf=689, p=0,010

[22] A regressziós táblákban a klasszikus jelölést alkalmazzuk: * 0,05≤p<0,1; ** 0,01≤p<0,05; *** p<0,01

[23] A klasszikus, keresztmetszeti többváltozós regressziós modelleknél a béta paraméterek kerülnek feltüntetésre, a bináris logisztikus regressziós modelleknél az esélyhányadosok (ugyanúgy, ahogy az ábrák melletti nyilakon is).

Fókuszban a Család faktor			
Nem – férfi (ref = nő)	-	n.sz.	-
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	-	n.sz.	-
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	-	0,348***	-
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	n.sz.	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	-	n.sz.	-
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	-	n.sz.	-
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	-	n.sz.	-
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	-	n.sz.	-
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	-	n.sz.	-
Orvos anya (ref=nem)	-	0,409**	-
Orvos apa (ref=nem)	-	n.sz.	-
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	-	n.sz.	-
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	-	n.sz.	-
(Korrigált) R^2 (%)	-	5,2%	-
F	n.sz.	6,704, szf=209, p=0,002	n.sz.

6.1.7. Szakválasztás

Az elemzés e részében az előbbiekben kapott faktorok hatását vizsgáljuk a szakválasztásra. Az elméleti modell az alábbi ábrán látható.

3. ábra: A szakválasztásra ható tényezők elméleti modellje

*26. táblázat: A **családorvostan** szak választásának útelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modellek legfontosabb adatai*

Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Nem – férfi (ref = nő)	n.sz.	0,361	-	-	-1,627**	0,196
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	n.sz.	0,137	-	-	n.sz.	2,040
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	n.sz.	1,396	-	-	n.sz.	0,001
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	-	-	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	-	-	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	-	-	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	-	-	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	n.sz.	0,444	-	-	n.sz.	0,196
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	0,336	-	-	-0,914*	0,401
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	2,788	-	-	n.sz.	0,002
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	0,986	-	-	n.sz.	0,043
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	n.sz.	3,584	-	-	n.sz.	0,308
Orvos anya (ref=nem)	n.sz.	0,178	-	-	n.sz.	0,088
Orvos apa (ref=nem)	n.sz.	1,060	-	-	n.sz.	1,487
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	0,404	-	-	n.sz.	0,523
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	-1,035**	0,355	-	-	n.sz.	0,402
Településméret < 5000 fő	n.sz.	0,034	-	-	n.sz.	0,536
Településméret: 5000-100.000 fős	n.sz.	0,729	-	-	n.sz.	0,151
Településméret > 100.000 fő	n.sz.	1,194	-	-	n.sz.	0,588
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	n.sz.	0,294	-	-	n.sz.	0,411
Orvosi Karrier faktor	n.sz.	0,003	-	-	n.sz.	2,224
Szülői Praxis faktor	n.sz.	1,728	-	-	n.sz.	0,110
Tanulmányi Szerződés faktor	n.sz.	0,017	-	-	n.sz.	1,290
Szakmai Fejlődés faktor	n.sz.	2,629	-	-	n.sz.	3,129*
Lokális Kötődés faktor	n.sz.	3,361*	-	-	n.sz.	0,054
Fókuszban a Család faktor	n.sz.	0,037	-	-	n.sz.	0,034
Elemszám (N)	172		-		389	
Nagelqerke R^2 (%)	6,0		-		8,6	
Khi-négyzet	6,353, szf=1, p=0,012		n.sz.		11,294, szf=2, p=0,004	

A családorvostan választása az angol hallgatóknál nem volt magyarázható a kiválasztott változókkal, mivel nem volt kimutatható szignifikáns különbség a referenciaértékekhez képest. Azon német hallgatók, akik rendelkeznek külföldi tapasztalattal, nagyjából harmadannyi valószínűséggel választják a családorvostan szakot a többi szakhoz képest. A magyar hallgatóknál, akiknek az édesanyja felsőfokú végzettséggel rendelkezik, 40%-os eséllyel választják a családorvostant, a férfi hallgatók pedig 20%-os valószínűséggel.

*27. táblázat: A **sebészet** szak választásának útelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modellek legfontosabb adatai*

Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Nem – férfi (ref = nő)	0,833**	2,300	0,920**	2,508	1,597***	4,938
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	n.sz.	0,228	n.sz.	0,182	0,461**	1,586
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	n.sz.	0,015	n.sz.	1,474	n.sz.	1,330
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,015	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	-1,070**	0,343	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,271	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,057	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	n.sz.	0,169	n.sz.	0,672		1,364
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	1,937	n.sz.	0,008	-0,608***	0,545
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	0,124	n.sz.	1,167	n.sz.	0,793
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	2,201	n.sz.	0,072	n.sz.	0,045
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	n.sz.	0,052	n.sz.	0,000	n.sz.	0,123
Orvos anya (ref=nem)	n.sz.	2,196	n.sz.	2,217	n.sz.	0,002
Orvos apa (ref=nem)	n.sz.	0,504	n.sz.	0,613	n.sz.	0,766
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	0,577	-0,573**	0,564	n.sz.	0,191
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	n.sz.	0,032	n.sz.	0,139	n.sz.	0,144
Településméret < 5000 fő	n.sz.	0,029	n.sz.	0,434	n.sz.	0,165
Településméret: 5000-100.000 fős	n.sz.	0,042	n.sz.	0,098	n.sz.	0,413
Településméret > 100.000 fő	n.sz.	1,905	n.sz.	0,047	n.sz.	0,000
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	n.sz.	0,509	n.sz.	0,510	n.sz.	0,002
Orvosi Karrier faktor	n.sz.	0,703	n.sz.	1,959	n.sz.	0,024
Szülői Praxis faktor	n.sz.	2,780	n.sz.	1,660	n.sz.	0,268
Tanulmányi Szerződés faktor	n.sz.	0,953	n.sz.	0,855	n.sz.	1,728
Szakmai Fejlődés faktor	n.sz.	1,808	n.sz.	0,031	n.sz.	0,737
Lokális Kötődés faktor	0,373**	1,452	n.sz.	2,570	n.sz.	0,134
Fókuszban a Család faktor	n.sz.	0,160	n.sz.	3,287*	n.sz.	0,010
Elemszám (N)	172		121		389	
Nagelqerke R^2 (%)	9,0		20,5		18,8	
Khi-négyzet	11,846, szf=2, p=0,003		19,741, szf=3, p=0,000		58,030, szf=3, p=0,000	

A német hallgatók közül, akiknek a Lokális Kötődés faktor meghatározó a településválasztásban, másfélszeres valószínűséggel választják a sebészetet, mint más szakot. A német férfi hallgatók azonban több, mint kétszeres valószínűséggel választják ezt a szakirányt. Hasonlóan, az angol hallgatóknál is, a férfiak 2,5-szeres eséllyel választják a sebészetet. A norvég nemzetiségű hallgatók azonban a sebészetet csupán 30%-os eséllyel jelölték, és a rosszabb anyagi helyzetben lévő hallgatóknál is azt látjuk, hogy a sebészet preferálása fele akkora, mint más szakoké. A magyar hallgatói mintában még markánsabb a nemek közötti különbség: a férfi hallgatók ötszörös eséllyel választják a sebészetet, de míg az elsősök másfélszeres, a felsőfokú végzettségű anyák gyermekei fele akkora eséllyel teszik ezt.

*28. táblázat: A **gyermekgyógyászat** szak választásának útelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modellek legfontosabb adatai*

Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Nem – férfi (ref = nő)	-3,170***	0,042	n.sz.	2,389	-2,302***	0,100
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	-0,991*	0,371	n.sz.	0,637	n.sz.	0,166
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	n.sz.	0,298	n.sz.	1,776	n.sz.	0,405
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	1,679	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	1,782***	5,943	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,153	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	2,063	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	n.sz.	0,020	n.sz.	0,509	n.sz.	0,621
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	0,089	n.sz.	0,518	n.sz.	0,918
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	0,215	n.sz.	0,353	n.sz.	0,510
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	0,203	n.sz.	2,661	n.sz.	0,968
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	n.sz.	0,695	n.sz.	0,048	n.sz.	1,620
Orvos anya (ref=nem)	n.sz.	2,508	1,311**	3,711	n.sz.	0,008
Orvos apa (ref=nem)	n.sz.	1,228	n.sz.	0,127	n.sz.	2,066
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	0,639	n.sz.	0,004	n.sz.	0,605
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	n.sz.	0,021	n.sz.	0,043	n.sz.	0,697
Településméret < 5000 fő	n.sz.	0,027	n.sz.	2,141	n.sz.	0,762
Településméret: 5000-100.000 fős	n.sz.	0,512	n.sz.	2,783*	n.sz.	0,120
Településméret > 100.000 fő	n.sz.	0,733	n.sz.	0,196	n.sz.	0,643
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	n.sz.	0,882	n.sz.	0,064	n.sz.	0,003
Orvosi Karrier faktor	n.sz.	0,491	n.sz.	0,017	n.sz.	0,114
Szülői Praxis faktor	n.sz.	0,140	n.sz.	0,661	n.sz.	0,008
Tanulmányi Szerződés faktor	n.sz.	0,551	n.sz.	0,156	n.sz.	0,270
Szakmai Fejlődés faktor	n.sz.	0,128	n.sz.	0,048	n.sz.	3,038*
Lokális Kötődés faktor	n.sz.	1,430	0,648***	1,913	n.sz.	0,396
Fókuszban a Család faktor	n.sz.	0,442	n.sz.	0,224	n.sz.	0,001
Elemszám (N)	172		121		389	
Nagelqerke R^2 (%)	23,4		24,8		17,2	
Khi-négyzet	22,522, szf=2, p=0,000		21,421, szf=3, p=0,000		45,758, szf=1, p=0,000	

A gyermekgyógyászatot vizsgálva mindhárom nyelv esetén megfelelő modellt kaptunk. A német hallgatóknál a férfiak huszadannyira, az első évfolyamosok pedig harmadannyira valószínű, hogy a gyermekgyógyászatot választják, mint más szakot. Az angol képzésre járó norvég nemzetiségű hallgatók hatszoros, az orvos anyával rendelkező személyek pedig közel négyszeres valószínűséggel választják a gyermekgyógyászatot szakirányként. Azon

hallgatóknál, akiknél a Lokális Kötődés faktor szignifikánsan befolyásolja a településválasztást, kétszer nagyobb eséllyel jelölik ezt a szakirányt. A magyar hallgatók modelljében egyedül a férfiak esetében kaptunk szignifikáns hatást: náluk a tizedére csökken a gyermekgyógyászat választásának esélye a nőkhöz képest.

*29. táblázat: A **belgyógyászat** szak választásának útelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modellek legfontosabb adatai*

Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Nem – férfi (ref = nő)	-	-	n.sz.	0,516	n.sz.	0,060
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	-	-	n.sz.	0,005	n.sz.	3,074*
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	-	-	n.sz.	0,011	n.sz.	3,703*
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	2,442	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	1,106	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,480	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	1,713	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	-	-	n.sz.	0,996	n.sz.	0,019
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	-	-	n.sz.	1,129	0,571**	1,770
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	-	-	n.sz.	3,625*	n.sz.	1,389
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	-	-	n.sz.	2,327	n.sz.	0,129
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	-	-	n.sz.	0,012	n.sz.	0,019
Orvos anya (ref=nem)	-	-	n.sz.	1,308	n.sz.	0,239
Orvos apa (ref=nem)	-	-	n.sz.	0,312	n.sz.	0,492
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	-	-	0,447**	1,563	n.sz.	0,697
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	-	-	n.sz.	1,273	0,645**	1,907
Településméret < 5000 fő	-	-	n.sz.	0,839	n.sz.	0,128
Településméret: 5000-100.000 fős	-	-	n.sz.	1,525	n.sz.	0,001
Településméret > 100.000 fő	-	-	n.sz.	0,029	n.sz.	0,857
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	-	-	n.sz.	1,523	n.sz.	0,221
Orvosi Karrier faktor	-	-	n.sz.	1,606	n.sz.	0,075
Szülői Praxis faktor	-	-	n.sz.	0,359	n.sz.	0,738
Tanulmányi Szerződés faktor	-	-	n.sz.	1,236	n.sz.	0,069
Szakmai Fejlődés faktor	-	-	n.sz.	0,286	n.sz.	1,599
Lokális Kötődés faktor	-	-	n.sz.	0,729	n.sz.	1,149
Fókuszban a Család faktor	-	-	n.sz.	0,466	n.sz.	0,895
Elemszám (N)	-		121		389	
Nagelqerke R^2 (%)	-		5,7		3,6	
Khi-négyzet	n.sz.		4,437, szf=1, p=0,035		9,215, szf=2, p=0,010	

A belgyógyászat szak választásának modelljei közül az angol és a magyar hallgatókéra illesztett verziók működtek megfelelően. Vagyis, a német hallgatók csoportjánál nem volt olyan változó a fentiek közül, amely érdemben hatott volna a belgyógyászat szak választásának esélyére, így

nem is lett szignifikáns a modell. Az angol hallgatóknál, ha adott hallgató anyagi helyzete rosszabb, az másfélszeresére növeli a belgyógyászati szak választásának esélyét. A magyar hallgatóknál, ha az anya felsőfokú végzettséggel bír, az közel 80%-kal, míg a külföldi tapasztalat megléte 90%-kal növeli az esélyét a kérdéses szak választásának.

*30. táblázat: A **szülészet, nőgyógyászat** szak választásának ütelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modellek legfontosabb adatai*

Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Nem – férfi (ref = nő)	-2,520**	0,080	n.sz.	0,484	n.sz.	1,339
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	n.sz.	0,367	-2,008*	0,134	n.sz.	1,281
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	n.sz.	0,008	n.sz.	1,672	n.sz.	0,041
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,001	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,069	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,058	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,297	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	n.sz.	2,017	n.sz.	0,471	n.sz.	0,210
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	0,273	n.sz.	0,234	n.sz.	0,631
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	2,952*	n.sz.	3,741*	n.sz.	0,373
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	0,925	n.sz.	0,420	n.sz.	0,099
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	n.sz.	0,065	n.sz.	0,471	n.sz.	0,911
Orvos anya (ref=nem)	2,552**	12,828	n.sz.	0,652	n.sz.	0,770
Orvos apa (ref=nem)	-3,185**	0,041	n.sz.	0,054	n.sz.	1,108
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	1,388	n.sz.	1,714	n.sz.	0,605
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	n.sz.	2,552	n.sz.	0,000	n.sz.	0,445
Településméret < 5000 fő	n.sz.	0,183	n.sz.	1,823	n.sz.	0,490
Településméret: 5000-100.000 fős	n.sz.	0,061	n.sz.	0,721	n.sz.	0,056
Településméret > 100.000 fő	n.sz.	0,815	n.sz.	2,280	n.sz.	0,211
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	1,747***	5,736	n.sz.	1,427	n.sz.	0,111
Orvosi Karrier faktor	-2,590**	0,075	n.sz.	0,001	n.sz.	0,901
Szülői Praxis faktor	n.sz.	0,515	n.sz.	1,677	n.sz.	0,221
Tanulmányi Szerződés faktor	n.sz.	0,167	n.sz.	0,394	n.sz.	0,947
Szakmai Fejlődés faktor	1,168**	3,216	n.sz.	0,094	0,522**	1,685
Lokális Kötődés faktor	n.sz.	0,028	n.sz.	0,017	n.sz.	0,019
Fókuszban a Család faktor	-1,735***	0,176	n.sz.	0,016	n.sz.	1,074
Elemszám (N)	172		121		389	
Nagelqerke R^2 (%)	56,9		10,5		4,8	
Khi-négyzet	44,054, szf=7, p=0,000		5,339, szf=1, p=0,021		5,680, szf=1, p=0,017	

A szülészet, nőgyógyászat szak választásának vizsgálatakor mindhárom nyelvi csoportra megfelelő modellt lehetett illeszteni. A német hallgatóknál hét változó is meghatározó lett a modell szerint: a Munka-Magánélet Egyensúly faktorában magasabb érték közel hatszorosára,

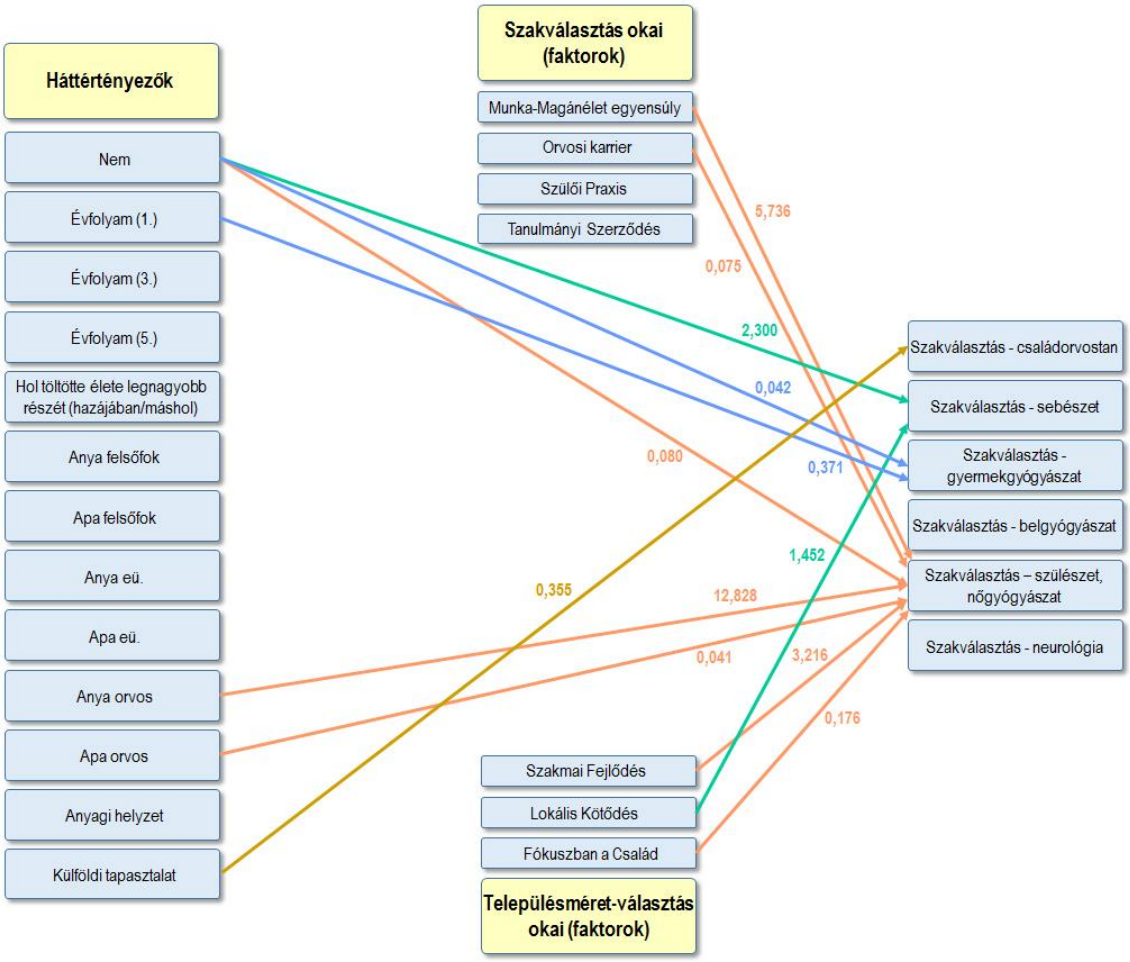
a Szakmai Fejlődés faktorában magasabb érték háromszorosára, míg az orvos anyával való rendelkezés tizenháromszorosára növeli ezen szak választásának esélyét. Ezzel szemben az Orvosi Karrier faktor magasabb értéke, valamint a férfi nemhez való tartozás tizenharmadára, a Fókuszban a Család faktor magasabb értéke hatodára, az orvos apával való rendelkezés pedig töredékére (huszonötödére) csökkenti a szülészet- nőgyógyászat szak választásának esélyét. Az angol hallgatóknál az első évfolyamhoz való tartozás hetedére csökkenti a fenti esélyt, míg a magyar hallgatóknál a Szakmai Fejlődés faktorában magasabb érték másfélszeresére növeli ugyanezt a jellemzőt.

*31. táblázat: A **neurológia** szak választásának útelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modellek legfontosabb adatai*

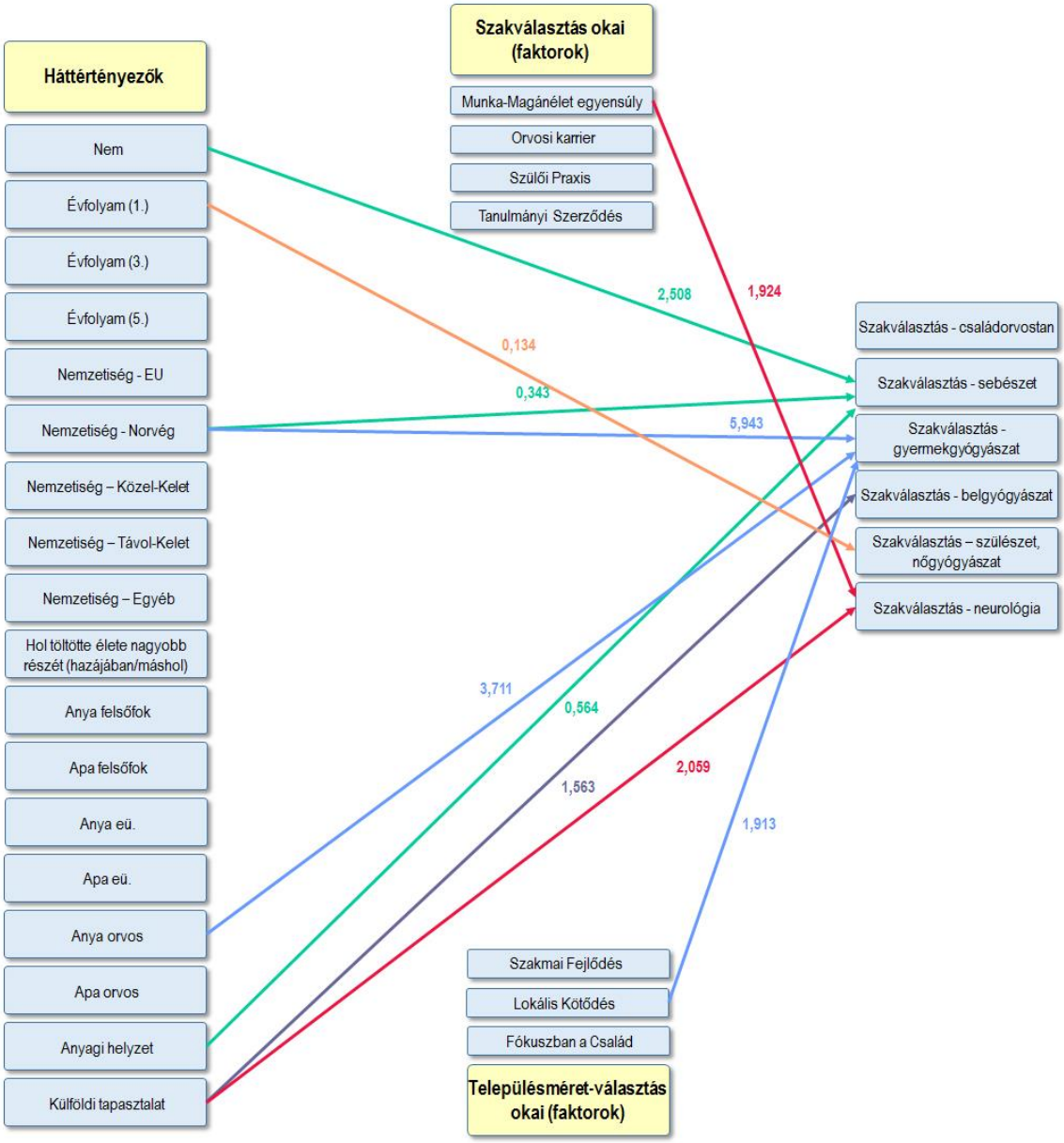
Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Nem – férfi (ref = nő)			n.sz.	0,117	n.sz.	0,882
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)			n.sz.	0,687	n.sz.	0,021
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)			n.sz.	0,000	n.sz.	1,105
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,221	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,103	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,000	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	1,819	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	-	-	n.sz.	0,261	n.sz.	0,614
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	-	-	n.sz.	0,254	0,980**	2,665
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	-	-	n.sz.	0,176	n.sz.	0,734
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	-	-	n.sz.	1,490	n.sz.	0,964
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	-	-	n.sz.	0,588	n.sz.	0,695
Orvos anya (ref=nem)	-	-	n.sz.	2,269	n.sz.	0,250
Orvos apa (ref=nem)	-	-	n.sz.	0,900	n.sz.	0,000
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	-	-	0,722**	2,059	n.sz.	0,624
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	-	-	n.sz.	1,534	n.sz.	0,188
Településméret < 5000 fő	-	-	n.sz.	0,009	n.sz.	1,249
Településméret: 5000-100.000 fős	-	-	n.sz.	0,231	n.sz.	1,639
Településméret > 100.000 fő	-	-	n.sz.	0,159	n.sz.	0,000
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	-	-	0,654**	1,924	n.sz.	0,000
Orvosi Karrier faktor	-	-	n.sz.	0,022	n.sz.	0,125
Szülői Praxis faktor	-	-	n.sz.	0,321	n.sz.	1,373
Tanulmányi Szerződés faktor	-	-	n.sz.	1,396	0,241**	1,272
Szakmai Fejlődés faktor	-	-	n.sz.	1,541	n.sz.	0,001
Lokális Kötődés faktor	-	-	n.sz.	0,488	n.sz.	0,154
Fókuszban a Család faktor	-	-	n.sz.	1,839	n.sz.	0,285
Elemszám (N)	-		121		389	
Nagelqerke R^2 (%)	-		33,7		4,3	
Khi-négyzet	n.sz.		19,164, szf=3, p=0,000		7,486, szf=2, p=0,024	

A neurológia szak választásának modelljei közül az angol és a magyar modellek megfelelően működtek. A német hallgatók csoportjában (ahogy a belgyógyászatnál is láttuk) nem volt olyan változó a fentiek közül, amely érdemben hatott volna a neurológia szak választásának esélyére, így nem lett szignifikáns a modell. Az angol hallgatóknál a Munka-Magánélet Egyensúly faktorának magasabb értéke vagy az anyagi helyzet romlása megkétszerezi ezen szak választásának az esélyét. A magyar hallgatóknál a Tanulmányi Szerződés faktorának magasabb értéke 27%-kal növeli, míg a felsőfokú végzettségű anyával való rendelkezés közel háromszorosára növeli a neurológia szak választásának esélyét.

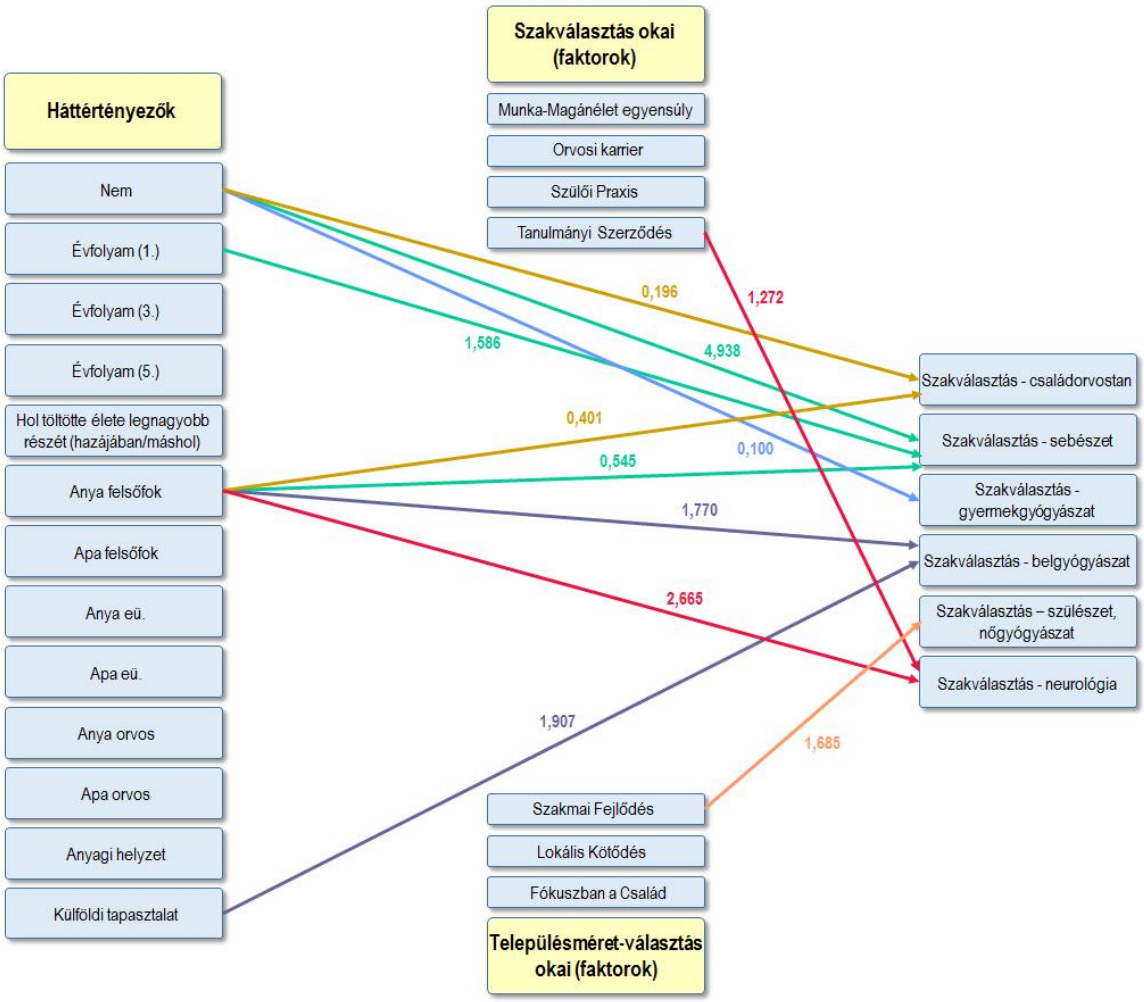
A 4., 5., és 6. ábra a szakválasztás empirikus modelljét mutatja be a német, angol és magyar nyelvű képzés esetében. Az ábrákon különböző színnel jelöltük az egyes szakterületek választására ható háttértényezőket és faktorokat.



4. ábra: A szakválasztás kérdés empirikus modellje a német hallgatókra vonatkozóan



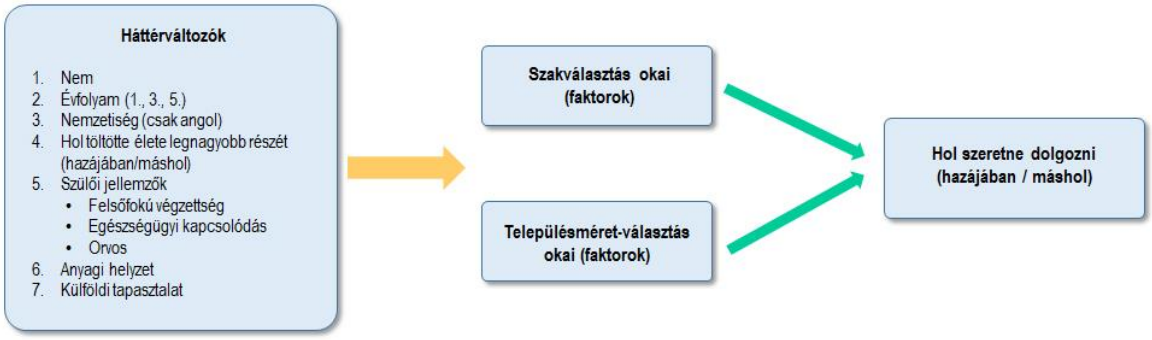
5. ábra: A szakválasztás kérdés empirikus modellje az angol hallgatókra vonatkozóan



6. ábra: A szakválasztás kérdés empirikus modellje a magyar hallgatókra vonatkozóan

6.1.8. Munkavállalás célországok szerint

Ahogyan már az előzőekben is írtuk, a szakválasztás mellett, a munkavégzés földrajzi helye is érdekes kérdés volt számunka. A fent szereplő modellnek megfelelően, az ehhez kapcsolódó kérdéseket is regressziókkal vizsgáljuk. Az első fókuszba helyezett kérdés az volt, hogy a hazájában kíván-e dolgozni a jövőben a hallgató.

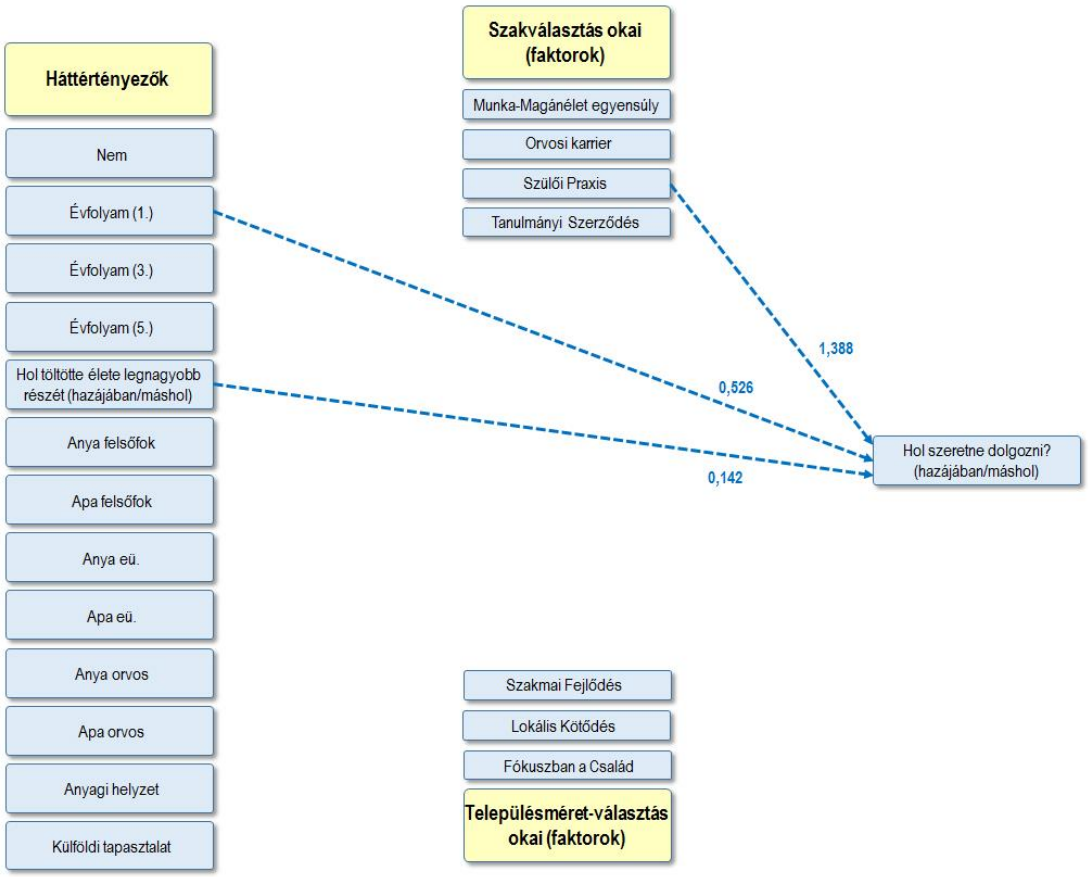


7. ábra: A „Hazájában akar-e dolgozni?" kérdéssel kapcsolatban kiválasztott tényezők közötti kapcsolatrendszer elméleti modellje

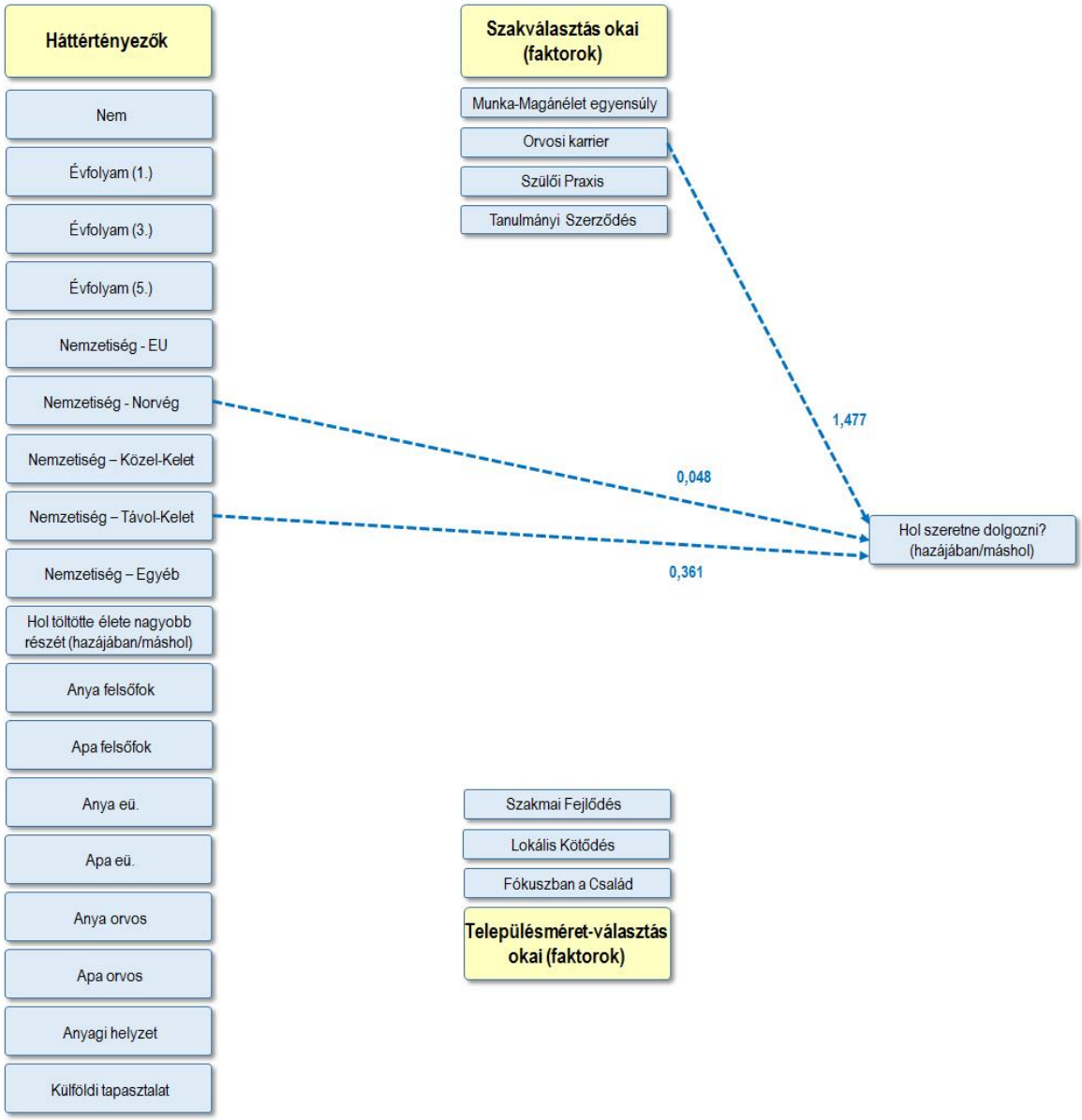
32. táblázat: A „hazájában akar-e dolgozni" kérdés útelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modell legfontosabb adatai

Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Nem – férfi (ref = nő)	n.sz.	0,078	n.sz.	1,438	n.sz.	0,238
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	-0,643**	0,526	n.sz.	0,700	0,622***	1,862
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	n.sz.	0,785	n.sz.	0,393	1,041***	2,833
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	2,691	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	-3,038***	0,048	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	2,349	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	-1,018**	0,361	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	-1,953***	0,142	n.sz.	0,182	n.sz.	0,000
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	1,827	n.sz.	0,070	n.sz.	0,123
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	2,225	n.sz.	0,037	n.sz.	0,090
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	0,065	n.sz.	0,331	n.sz.	0,040
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	n.sz.	0,847	n.sz.	0,001	n.sz.	0,585
Orvos anya (ref=nem)	n.sz.	1,402	n.sz.	0,000	n.sz.	0,084
Orvos apa (ref=nem)	n.sz.	0,005	n.sz.	0,030	n.sz.	1,202
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	0,320	n.sz.	0,111	n.sz.	0,091
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	n.sz.	1,524	n.sz.	0,015	0,931***	2,536
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	n.sz.	0,462	n.sz.	2,782*	n.sz.	2,349
Orvosi Karrier faktor	n.sz.	1,325	0,390**	1,477	n.sz.	0,317
Szülői Praxis faktor	0,328**	1,388	n.sz.	0,220	n.sz.	0,070
Tanulmányi Szerződés faktor	n.sz.	1,052	n.sz.	0,009	0,174**	1,191
Szakmai Fejlődés faktor	n.sz.	0,016	n.sz.	1,720	n.sz.	0.371
Lokális Kötődés faktor	n.sz.	0,774	n.sz.	0,586	n.sz.	0,459
Fókuszban a Család faktor	n.sz.	0,460	n.sz.	0,217	n.sz.	0,547
Elemszám (N)	274		210		690	
Nagelqerke R^2 (%)	12,1		41,5		10,4	
Khi-négyzet	25,003, szf=3, p=0,000		77,895, szf=3, p=0,000		55,977, szf=5, p=0,000	

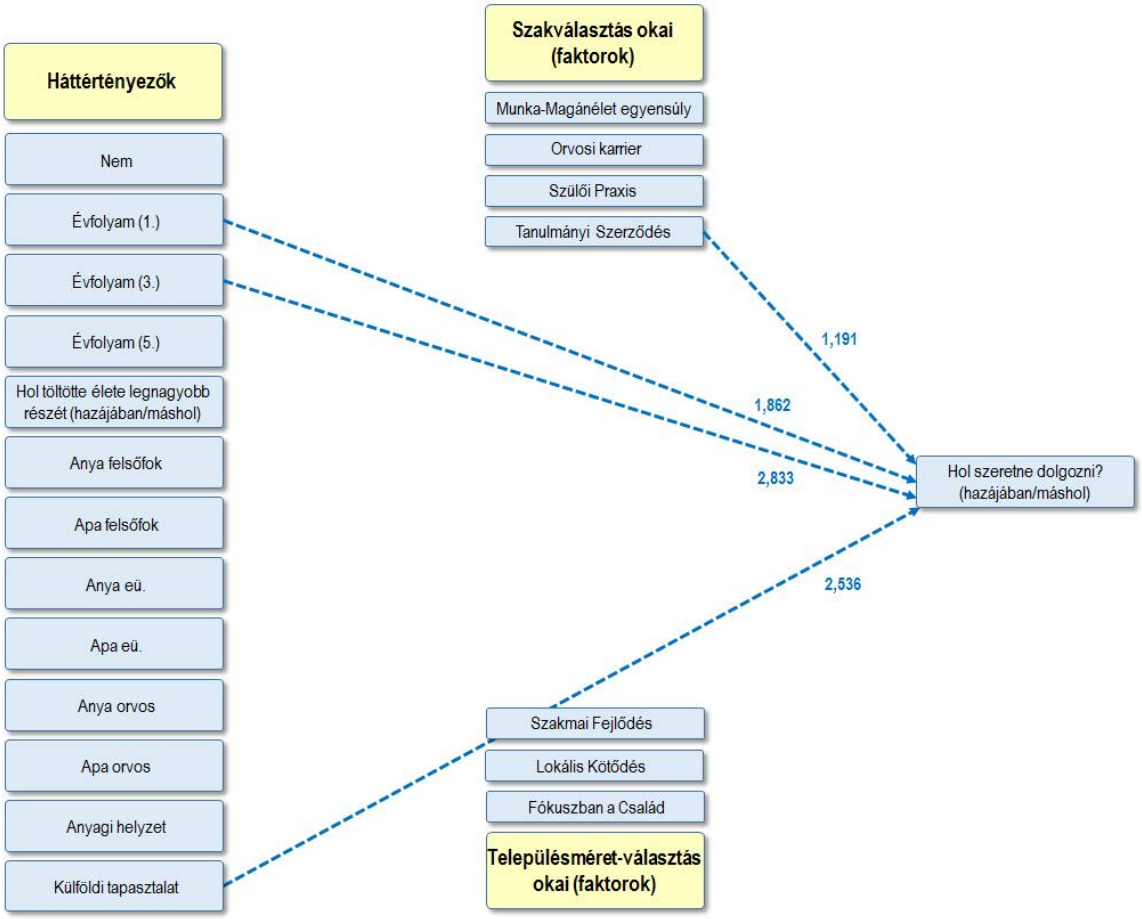
Annak mértéke, hogy mennyire motiváltak a hallgatók saját hazájukban dolgozni a végzést követően, mindhárom vizsgált csoportban eltérő mintázatot mutat. A német hallgatóknál, az elsőévesek feleakkora, az eddig legtöbbet hazájukban élő hallgatók pedig hetedakkora eséllyel szeretnének nem a hazájukban dolgozni. Azok, akiknél a szülői praxis (SZP) faktor értéke magasabb, 1,3-szoros eséllyel dolgoznának Németországon kívül. Az angol nyelvű képzésben résztvevő hallgatók közül a norvég nemzetiségű válaszadók huszadakkora eséllyel végeznék munkájukat a hazájukon kívül, míg a távol-keleti nemzetiségűek harmadakkora eséllyel tennék ugyanezt. Akiknek az orvosi karrier faktor meghatározó a szakválasztásban, azok viszont másfélszeres eséllyel vállalnának munkát a hazájukon kívül. A magyar hallgatóknál három olyan tényező is szignifikánsnak bizonyult, melyek a külföldi munkavállalással pozitív összefüggésben vannak: az alsóbb éves, a külföldi tapasztalattal is rendelkező hallgatók, és azok, akik számára a tanulmányi szerződés faktor meghatározó a szakválasztásban, kisebb valószínűséggel maradnának itthon dolgozni.



8. ábra: „Hazájában akar-e dolgozni?" kérdés empirikus modellje a német hallgatókra vonatkozóan



9. ábra: A „hol szeretne dolgozni" kérdés empirikus modellje az angol hallgatókra vonatkozóan



10. ábra: A „hol szeretne dolgozni" kérdés empirikus modellje a magyar hallgatókra vonatkozóan

6.1.9. *A leendő munkahely településmérete*

A munkavégzés preferált földrajzi elhelyezkedéséhez kapcsolódóan a válaszadók megjelölhették, mekkora településen szeretnének dolgozni. A kérdésre adott válaszokat bináris logisztikus regressziókkal magyaráztuk a háttérváltozókkal, a szakválasztással és a létrehozott faktorokkal, ahogy azt az elemzés modelljében a 11. ábra mutatja, az eredményeket pedig a 33. táblázat, 34. táblázat és a 35. táblázat taglalja. Az eredmények bemutatása a megadott településméretek növekvő sorrendjében következik.

11. ábra: A kiválasztott tényezők közötti kapcsolatrendszer elméleti modellje

Településméret – 5000 főnél kisebb

Azon német hallgatóknál, akik 5000 főnél kisebb településen szeretnének dolgozni, négy különböző változónak van szignifikáns hatása a választásukra: közel háromszor nagyobb eséllyel jelölik ezt a lehetőséget azok, akiknek az édesapja az egészségügyben dolgozik, illetve több mint kétszeres ez az esély azoknál, akiknél a Tanulmányi Szerződés faktor értéke magasabb. Több mint másfélszeres eséllyel jelölik ezt a választ azok, akiknél a szakválasztás oka – a Szülői Praxis faktor magasabb értékkel bír. Azoknak azonban, akiknek a Szakmai Fejlődés faktor fontos a településméret-választásban, a kisméretű települések ötödannyira vonzóak csupán.

Az angol hallgatóknál, a kisebb településméret preferálása a leghangsúlyosabban a norvég hallgatóknál regisztrálható (közel négyszeres), ha pedig az adott személynek a Lokális Kötődés faktorértéke magasabb, akkor több mint másfélszeres eséllyel fog 5000 fő alatti településméretet választani a többi településsel szemben.

A magyar mintára illesztett modellekben három változó hatása emelkedik ki markánsan: a felsőfokú végzettségű anyával való rendelkezés közel kétszeres, a Lokális Kötődés magasabb faktorértéke több mint másfélszeres esélyt jelent, míg a Tanulmányi Szerződésé 1,3-szorost. További egy változó található a modellben, amely viszont csökkent hajlandósággal párosul a kisebb települések preferálása tekintetében: a Szakmai Fejlődés faktor fontossága – akik ehhez a faktorhoz tartozóan magasabb értékkel bírnak, azok 40%-os eséllyel választják a megjelölhető legkisebb településméretet a többivel szemben.

33. táblázat: Az 5000 fő alatti településméret útelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modellek legfontosabb adatai

Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Szakválasztás – Családorvostan	n.sz.	1,352	n.sz.	6,016	n.sz.	3,627
Szakválasztás – Sebészet	n.sz.	0,176	n.sz.	0,564	n.sz.	0,052
Szakválasztás – Gyermekgyógyászat	n.sz.	0,084	n.sz.	2,417	n.sz.	1,496
Szakválasztás – Belgyógyászat	n.sz.	0,720	n.sz.	2,048	n.sz.	0,062
Szakválasztás – Szülészet, nőgyógyászat	n.sz.	0,115	n.sz.	1,926	n.sz.	0,972
Szakválasztás – Neurológia	n.sz.	0,129	n.sz.	0,170	n.sz.	1,021
Nem – férfi (ref = nő)	n.sz.	0,493	n.sz.	0,842	n.sz.	1,504
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	n.sz.	0,291	n.sz.	0,253	n.sz.	0,134
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	n.sz.	0,003	n.sz.	0,109	n.sz.	0,058
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	2,076	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	1,294**	3,647	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,508	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	1,955	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	n.sz.	0,003	n.sz.	0,002	n.sz.	0,677
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	1,307	n.sz.	0,144	0,674**	1,962
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	1,100	n.sz.	0,414	n.sz.	1,004
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	1,371	n.sz.	0,060	n.sz.	2,752*
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	1,077**	2,936	n.sz.	1,240	n.sz.	1,809
Orvos anya (ref=nem)	n.sz.	0,119	n.sz.	0,054	n.sz.	0,092
Orvos apa (ref=nem)	n.sz.	1,119	n.sz.	0,885	n.sz.	1,726
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	0,029	n.sz.	0,056	n.sz.	0,432
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	n.sz.	0,745	n.sz.	2,778*	n.sz.	1,064
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	n.sz.	1,213	n.sz.	0,342	n.sz.	2,878*
Orvosi Karrier faktor	n.sz.	2,768*	n.sz.	0,763	n.sz.	0,000
Szülői Praxis faktor	0,535**	1,707	n.sz.	1,511	n.sz.	1,175
Tanulmányi Szerződés faktor	0,858**	2,358	n.sz.	2,712	0,295***	1,343
Szakmai Fejlődés faktor	-1,720***	0,179	n.sz.	2,901*	-0,899***	0,407
Lokális Kötődés faktor	n.sz.	0,345	0,504**	1,655	0,524***	1,689
Fókuszban a Család faktor	n.sz.	0,008	n.sz.	0,022	n.sz.	0,169
Elemszám (N)	172		121		389	
Nagelqerke R^2 (%)	30,3		13,0		19,9	
Khi-négyzet	29,034, szf=4, p=0,000		9,477, szf=2, p=0,009		48,634, szf=4, p=0,000	

Településméret – 5000 és 100.000 fő között

A német csoportban az erősebb lokális kötődéssel rendelkező hallgatók kétszer akkora eséllyel szeretnének közepes méretű településen dolgozni, mint más méretű településen. A Szülői Praxis faktor magasabb értéke pedig másfélszerezi az említett esélyt. Az angol képzési nyelven tanuló hallgatók esetében a külföldi tapasztalattal rendelkező válaszadók csupán 34%-os eséllyel választják a közepes településméretet, míg akiknek magasabb értékű a Fókuszban a Család faktora, azoknál ez az esély 1,7-szeres. A magyar hallgatóknál a Munka-Magánélet Egyensúly, a Lokális Kötődés és a Fókuszban a Család faktorok magasabb értéke a közepes településméret megnövekedett preferenciájával párosul, míg a Szakmai Fejlődés faktor magasabb értéke csökkent választási hajlandósággal társul.

34. táblázat: Az 5000-100.000 fő közötti településméret útelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modellek legfontosabb adatai

Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Szakválasztás – Családorvostan	n.sz.	1,968	n.sz.	5,125	n.sz.	2,538
Szakválasztás – Sebészet	n.sz.	0,008	n.sz.	0,632	n.sz.	0,000
Szakválasztás – Gyermekgyógyászat	n.sz.	0,255	n.sz.	0,758	n.sz.	0,783
Szakválasztás – Belgyógyászat	n.sz.	0,232	n.sz.	3,357*	n.sz.	0,064
Szakválasztás – Szülészet, nőgyógyászat	n.sz.	0,647	n.sz.	0,984	n.sz.	0,021
Szakválasztás – Neurológia	n.sz.	0,963	n.sz.	0,259	n.sz.	1,525
Nem – férfi (ref = nő)	n.sz.	0,004	n.sz.	1,420	n.sz.	1,736
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	n.sz.	1,700	n.sz.	0,254	n.sz.	0,030
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	n.sz.	3,770	n.sz.	0,717	n.sz.	0,268
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,428	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	2,086	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,023	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	1,348	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	n.sz.	0,079	n.sz.	0,304	n.sz.	1,898
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	0,032	n.sz.	1,473	n.sz.	0,057
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	3,660*	n.sz.	0,529	n.sz.	0,059
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	0,071	n.sz.	0,274	n.sz.	0,041
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	n.sz.	1,298	n.sz.	0,565	n.sz.	0,001
Orvos anya (ref=nem)	n.sz.	0,558	n.sz.	0,129	n.sz.	0,787
Orvos apa (ref=nem)	n.sz.	0,231	n.sz.	0,454	n.sz.	0,009
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	0,735	n.sz.	0,238	n.sz.	0,170
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	n.sz.	0,134	-1,070***	0,343	n.sz.	0,404
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	n.sz.	0,131	n.sz.	0,243	0,271**	1,311
Orvosi Karrier faktor	n.sz.	0,001	n.sz.	0,102	n.sz.	0,102
Szülői Praxis faktor	0,389**	1,476	n.sz.	0,111	n.sz.	1,004
Tanulmányi Szerződés faktor	n.sz.	0,632	n.sz.	0,042	n.sz.	0,776
Szakmai Fejlődés faktor	n.sz.	1,199	n.sz.	2,031	-0,340***	0,712
Lokális Kötődés faktor	0,665***	1,945	n.sz.	0,905	0,376***	1,457
Fókuszban a Család faktor	n.sz.	0,049	0,557**	1,746	0,270**	1,311
Elemszám (N)	172		121		389	
Nagelqerke R^2 (%)	13,7		14,5		13,1	
Khi-négyzet	18,189, szf=2, p=0,000		13,759, szf=2, p=0,001		39,900, szf=4, p=0,000	

Településméret – 100.000 fő fölött

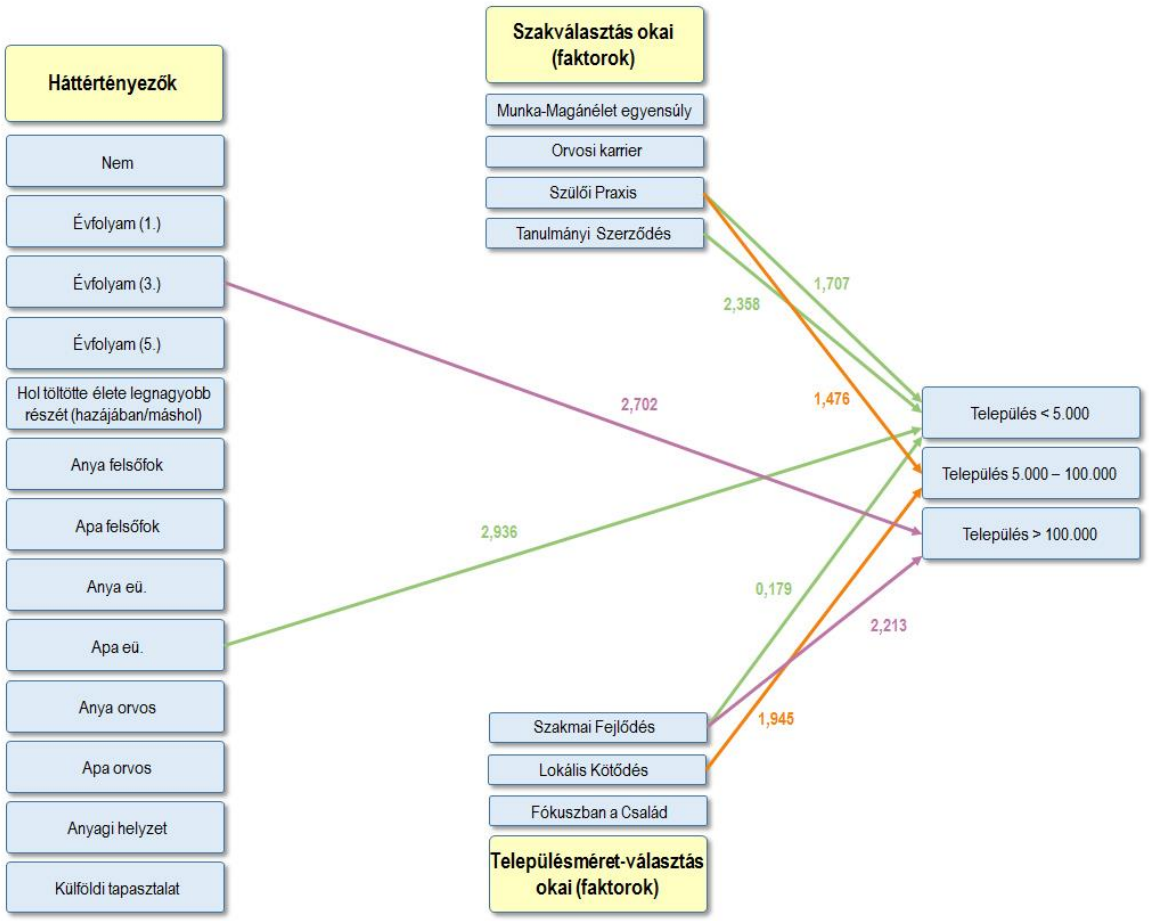
A német hallgatók csoportjában a harmadévesek közel háromszoros eséllyel választják a legnagyobb településméretet, és több mint kétszeres ez az esély azoknál, akiknél a Szakmai Fejlődés faktor érték magasabb. Az angol hallgatóknál ez utóbbi összefüggés a németekhez hasonlóan fennáll. A nagyobb településméret leginkább az elsőéves magyar hallgatók számára

vonzó (kétszeres esély). Szintén kétszeres az esély azoknál, akiknek magasabb a Szakmai Fejlődés faktor értékük, valamint azoknál, akiknél hangsúlyosabb szerepet játszik a család (közel másfélszeres esély). Csökkenti a nagyvárosi jellegű településméret választását a magasabb Munka-Magánélet Egyensúly és a Tanulmányi Szerződés faktorok magasabb értéke.

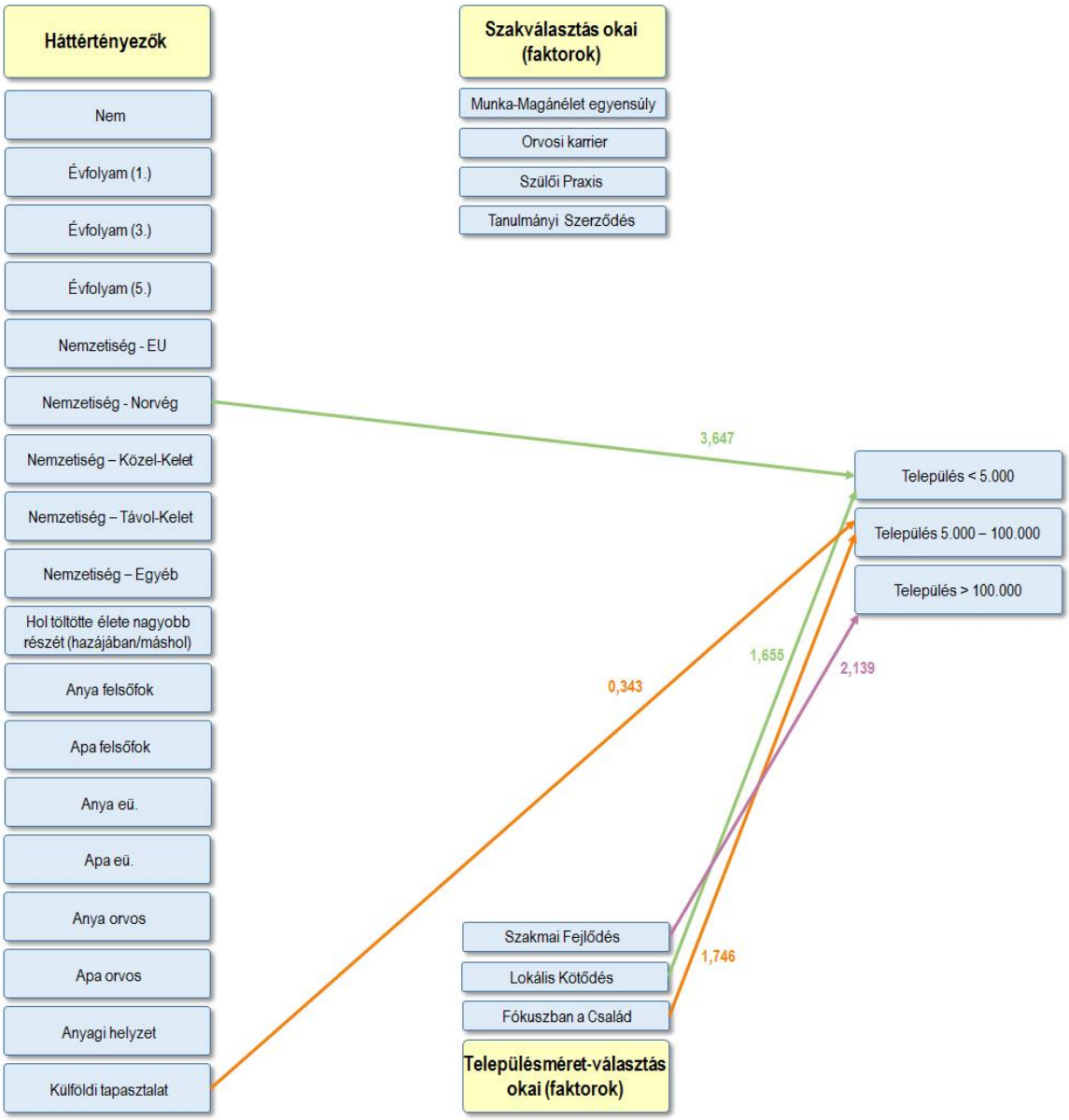
35. táblázat: A 100.000 fő feletti településméret útelemzéséhez kapcsolódó bináris logisztikus regressziós modellek legfontosabb adatai

Jellemzők	**Német**		**Angol**		**Magyar**	
Magyarázó változók	**B**	**OR**	**B**	**OR**	**B**	**OR**
Szakválasztás – Családorvostan	n.sz.	3,469	n.sz.	1,862	n.sz.	3,464
Szakválasztás – Sebészet	n.sz.	0,466	n.sz.	0,013	n.sz.	0,001
Szakválasztás – Gyermekgyógyászat	n.sz.	0,786	n.sz.	0,222	n.sz.	1,371
Szakválasztás – Belgyógyászat	n.sz.	0,003	n.sz.	0,028	n.sz.	2,603
Szakválasztás – Szülészet, nőgyógyászat	n.sz.	1,998	n.sz.	1,515	n.sz.	0,221
Szakválasztás – Neurológia	n.sz.	0,053	n.sz.	0,093	n.sz.	0,082
Nem – férfi (ref = nő)	n.sz.	0,822	n.sz.	1,321	n.sz.	0,041
Évfolyam – elsős (ref = ötödéves)	n.sz.	3,647*	n.sz.	1,530	0,725***	2,064
Évfolyam – harmadéves (ref = ötödéves)	0,994**	2,702	n.sz.	2,674	n.sz.	1,588
Nemzetiség – EU-s (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,065	-	-
Nemzetiség – norvég (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,682	-	-
Nemzetiség – Közel-Kelet (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,182	-	-
Nemzetiség – Távol-Keleti (ref = egyéb ország)	-	-	n.sz.	0,484	-	-
Hol töltötte élete legnagyobb részét (ref=nem a hazájában)	n.sz.	0,008	n.sz.	3,143*	n.sz.	0,271
Felsőfokú végzettségű anya (ref=nem)	n.sz.	0,057	n.sz.	0,009	n.sz.	0,929
Felsőfokú végzettségű apa (ref=nem)	n.sz.	0,285	n.sz.	0,088	n.sz.	0,131
Egészségügyben dolgozó anya (ref=nem)	n.sz.	0,110	n.sz.	0,007	n.sz.	0,589
Egészségügyben dolgozó apa (ref=nem)	n.sz.	0,046	n.sz.	1,580	n.sz.	1,498
Orvos anya (ref=nem)	n.sz.	0,008	n.sz.	1,532	n.sz.	1,487
Orvos apa (ref=nem)	n.sz.	2,665	n.sz.	1,314	n.sz.	0,596
Anyagi helyzet (minél magasabb, annál inkább vannak anyagi problémái)	n.sz.	1,335	n.sz.	0,341	n.sz.	0,016
Külföldi tapasztalat van (ref=nincs)	n.sz.	0,260	n.sz.	1,250	n.sz.	1,875
Munka-Magánélet Egyensúly faktor	n.sz.	0,074	n.sz.	0,001	-0,270**	0,764
Orvosi Karrier faktor	n.sz.	0,073	n.sz.	0,288	n.sz.	0,055
Szülői Praxis faktor	n.sz.	0,835	n.sz.	0,266	n.sz.	0,047
Tanulmányi Szerződés faktor	n.sz.	1,033	n.sz.	1,685	-0,565***	0,568
Szakmai Fejlődés faktor	0,794***	2,213	0,760***	2,139	0,763***	2,144
Lokális Kötődés faktor	n.sz.	0,320	n.sz.	0,661	n.sz.	0,019
Fókuszban a Család faktor	n.sz.	0,165	n.sz.	0,453	0,393***	1,482
Elemszám (N)	172		121		389	
Nagelqerke R^2 (%)	22,2		15,6		26,2	
Khi-négyzet	31,070, szf=2, p=0,000		14,976, szf=1, p=0,000		84,497, szf=5, p=0,000	

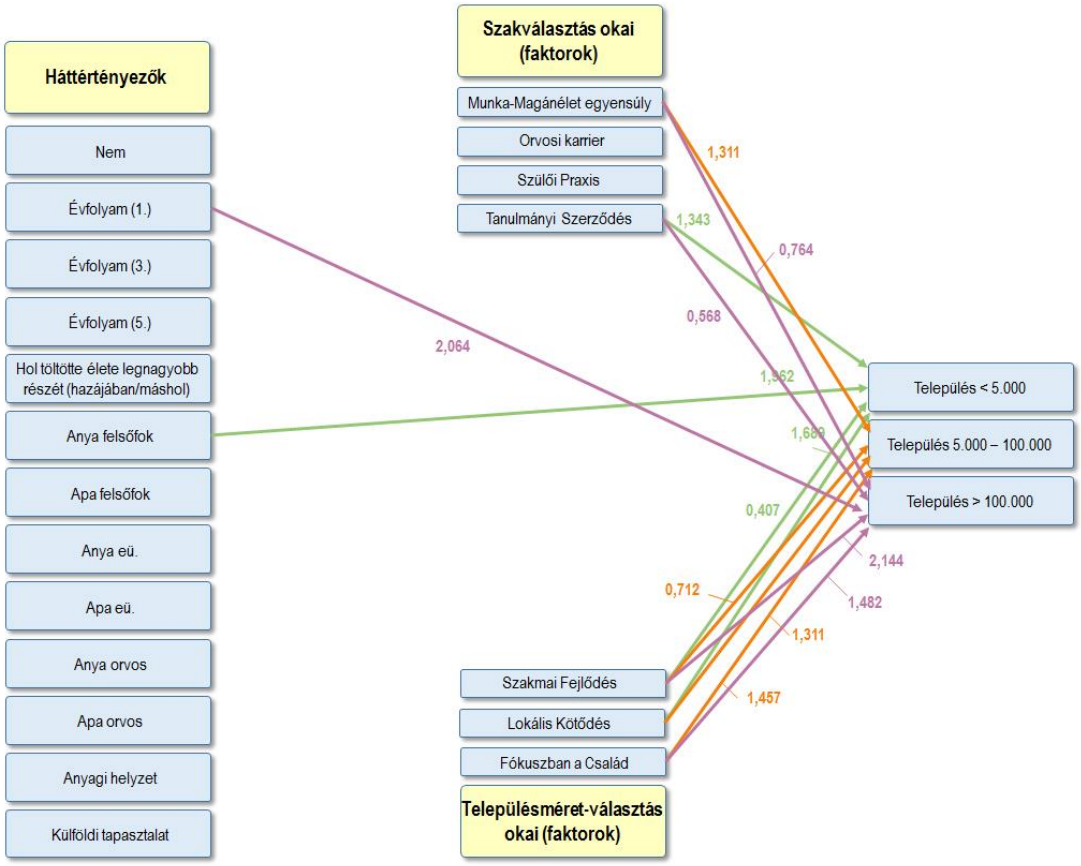
A következőkben a három nyelvi képzés bontásában ábrázoljuk az egyes településméretek választásának esélyét szignifikánsan befolyásoló tényezőket, hogy vizuálisan is megjelenjenek ezek az információk, a kezdeti, elméleti modellel szinkronban.



12. ábra: A leendő munkahely településméret választásának empirikus modellje a német hallgatókra vonatkozóan



13. ábra: A leendő munkahely településméret választásának empirikus modellje az angol hallgatókra vonatkozóan



14. ábra: A leendő munkahely településméret választásának empirikus modellje a magyar hallgatókra vonatkozóan

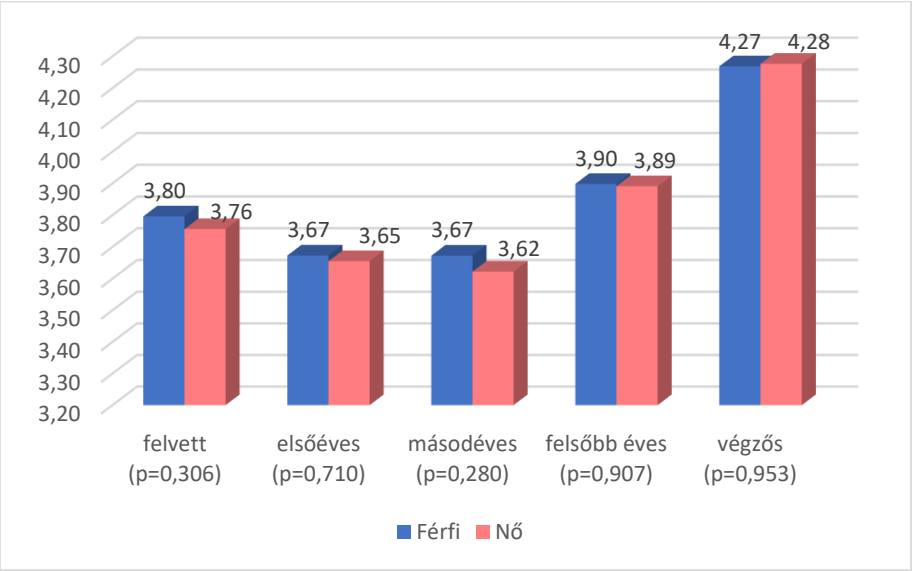
6.2. A PTE ÁOK általános orvos szakán tanuló hallgatók interkulturális kompetenciájának fejlődéséről – érdőíves vizsgálat

A disszertáció másik vizsgálati fókuszát jelentő interkulturális kompetencia-fejlődés részletesebb elemzésére a második (IKK3), a negyedik (IKK4), a 6-10. félévek során (IKK5), valamint az írásbeli államvizsga megírása előtt (IKK6) felvett kérdőívek bizonyultak alkalmasnak. A továbbiakban e négy kérdőív eredményeinek bemutatására szorítkozunk a német, az angol és a magyar nyelvű képzések hallgatóira vonatkozóan. Az IKK3, IKK4, IKK5 és IKK6 kérdései megegyeznek egymással. Elkülönítésüket egyrészt a kérdőívfelvétel idejének beazonosíthatósága, másrészt néhány értelemszerű eltérés miatt láttuk szükségesnek.

Az eredmények bemutatásához a disszertáció témája szempontjából azon releváns dimenziókat választottuk ki, melyek az interkulturális kompetencia fejlődését közvetlen vagy közvetett formában befolyásolhatják.

6.2.1. A hallgatói jóllét vizsgálata

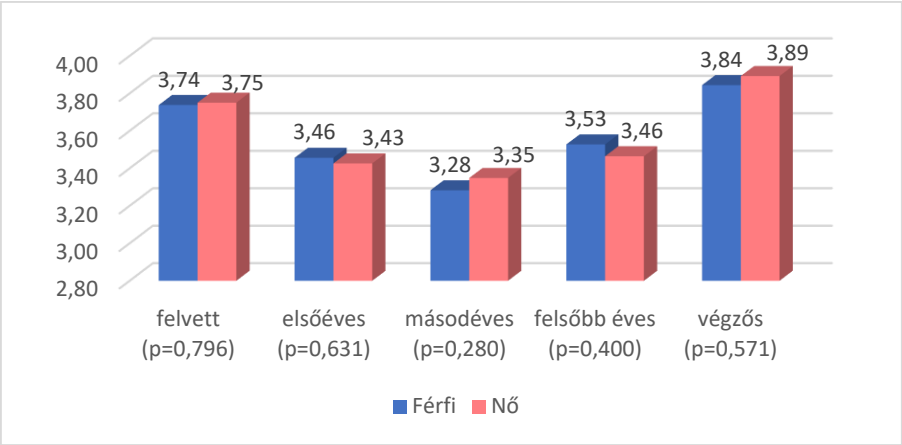
A hallgatói jóllét az interkulturális kompetencia fejlődésének lehetőségét közvetlenül befolyásoló tényező. A „Hogy érzi magát Magyarországon?" kapcsolatos kérdésre beérkezett válaszok alapján jól detektálhatók a hallgatói jóllét változásának tendenciái, melyek a német és az angol hallgatók esetében hasonlóan alakulnak.



15. ábra: Hallgatói jóllét alakulása (német nyelvű képzés)

A német válaszadó hallgatóknál a vizsgált időszak kezdetén a jóllét átlagos szintjében csökkenő tendencia mellett nagyobb különbségek nem észlelhetők (3,8-3,62). Érdemi változás a felsőbb

éves hallgatók esetében érzékelhető. Ekkor már átlagosan jobban érzik magukat a megkérdezett hallgatók (3,89-3,9), a végzősök pedig a válaszok alapján még ennél is jobban, elérve a teljes időszak maximum értékeit mindkét nem esetén (4,27-4,28).



16. ábra: Hallgatói jóllét alakulása (angol nyelvű képzés)

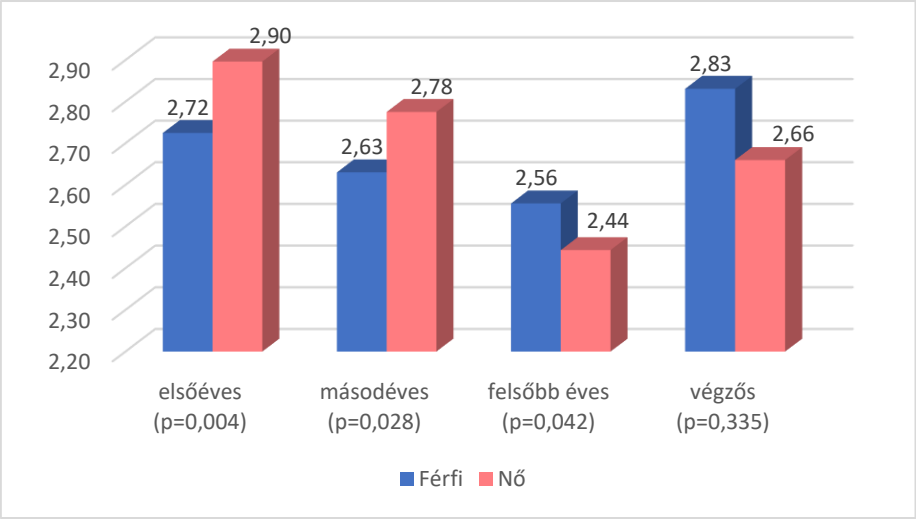
A vizsgált időszakban a válaszadó angol hallgatókra vonatkozóan „U" alakú görbét láthatunk. Azaz a kezdeti időszakban átlagosan jobban érzik magukat (3,74-3,75) majd csökkenő tendencia tapasztalható (3,43-3,46). Legkevésbé a másodévesek érzik magukat jól (3,28-3,35), de innen ismét növekedés következik. Hasonlóan a német nyelvű képzéshez, itt is a végzősök érzik magukat a legjobban (3,84-3,89).

6.2.2. A magyar nyelvtanulás és nyelvtudás kérdése

Az alábbi ábrákon a magyar nyelv elsajátításának szándékával és tényleges elsajátításának hallgatók által becsült szintjével kapcsolatos eredményeket láthatjuk. A nyelvtudás kérdése az interkulturális kompetencia fejlődését erőteljesen befolyásoló tényező, vizsgálatát ezért rendkívül fontosnak ítéltük.

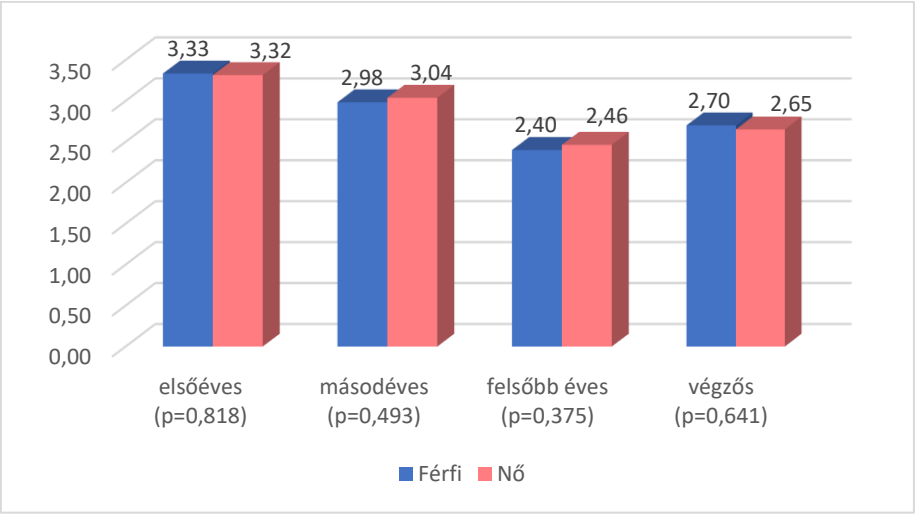
A német nyelvű képzés hallgatóinak magyar nyelvtanulással kapcsolatos válaszaiból kiderül, hogy érdemben eltér egymástól a nemek szándéka és a tényleges elsajátítás szintje is. A nők magasabb szinten tervezik elsajátítani a magyar nyelvet a kezdeti időszakokban, mint a férfiak – a különbségek statisztikailag is kimutathatók ($p<0,05$). A tényleges elsajátítás kapcsán a felsőbb éves hallgató nők átlagosan alacsonyabb szintűnek ítélik meg a magyar nyelvtudásukat, mint férfi társaik, és ez így is marad a végzősök esetében is. Összességében elmondható, hogy a végzős hallgatók átlagosan közepes nyelvtudása némileg alatta marad az első évben

eltervezett nyelvtanulási szintnek, azonban a másod- és felsőbb években tervezett nyelvtanulási szinthez képest jobb eredményt mutat.



17. ábra: A magyar nyelv elsajátításának szándéka/állapota (német nyelvű képzés)

Az első és másodéves angol hallgatóknál magasabb átlagértékekkel találkozunk, mint a németeknél, bár másodévre ez is csökken valamelyest. Ezt követően, a felsőbb évesek esetében érzékelhető egy mélypont, majd a végzős hallgatóknál már némi növekedés észlelhető a tényleges nyelvtudást illetően.



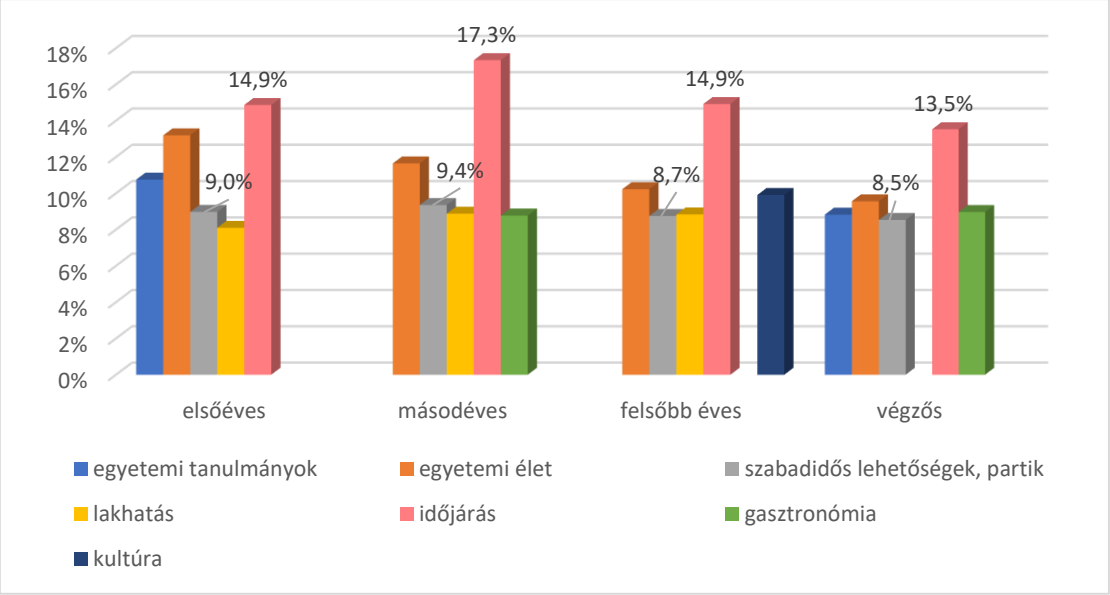
18. ábra: A magyar nyelv elsajátításának szándéka/állapota (angol nyelvű képzés)

6.2.3. *Magyarországgal kapcsolatos eddigi benyomások és ismeretek*

A hallgatói jóllét mértéke mellett fontosnak ítéltük megkérdezni, hogy a Magyarországra való érkezés óta eltelt időben a külföldi hallgatók tetszését mi nyerte el legjobban és legkevésbé Magyarországon. A kérdéssel kapcsolatban a megkérdezettek több választ is megjelölhettek. Ezek közül az egyes adatfelvételi időszakokban az öt leggyakoribb választ vizsgáltuk meg, melyek közül egyes válaszok kikerültek, mások pedig bekerültek az öt leggyakoribb válasz közé.

A következőkben táblázatos formában tüntettük fel az egyes adatfelvételi időszakok részletes eredményeit, valamint a p (3-6) oszlopban az elsőéves és a végzős hallgatók válaszai közötti különbségek szignifikanciaszintjeit. A táblázatok és – elsősorban az eredmények közti eltérésekre fókuszáló – diagramok adatai minden esetben a válaszok (és nem a válaszadók) számát jelentik.

A *német nyelvű képzés* hallgatói a „Mi tetszett eddig legjobban Magyarországon?" kérdésre minden időszakban a leggyakoribb öt válasz közé választották az időjárás, az egyetemi élet és a szabadidős lehetőségek/partik válaszlehetőséget. Az egyetemi tanulmányok csak a képzési időszak kezdetén és végén jelent meg a válaszok között. Ehhez hasonlóan alakult a gasztronómia válaszlehetőség is. A lakhatás a végzősök esetében már kikerült az öt leggyakrabban megadott válasz közül, míg a kultúra csak a felsőbb évesek esetén került fel a listára. Az elsőéves és végzős hallgatók válaszai között szignifikáns különbség csak az egyetemi élet (p=0,004) és az egyetemi tanulmányok vonatkozásában volt megfigyelhető.

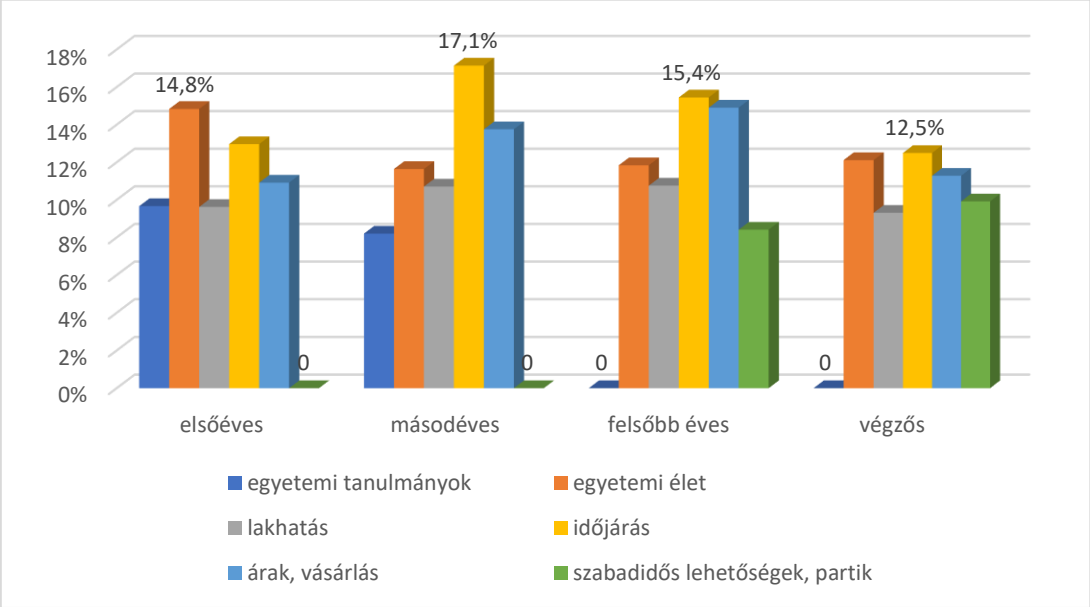


19. ábra: „Mi tetszett eddig a legjobban Magyarországon?" (német nyelvű képzés)

36. táblázat: „Mi tetszett eddig a legjobban Magyarországon?" - Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

5 leggyakoribb válasz	**elsőéves N=3767**	**másodéves N=3796**	**felsőbb éves N=3452**	**végzős N=680**	**p elsőéves-végzős**
egyetemi tanulmányok	10,8%	-	-	8,8%	0,066
egyetemi élet	13,2%	11,6%	10,2%	9,6%	0,004
szabadidős lehetőségek, partik	9,0%	9,4%	8,7%	8,5%	0,356
lakhatás	8,1%	8,9%	8,8%	-	-
időjárás	14,9%	17,3%	14,9%	13,5%	0,181
gasztronómia	-	8,8%	-	9,0%	-
kultúra	-	-	9,9%	-	-

Az *angol nyelvű képzés* hallgatói – hasonlóan a német nyelvű képzés hallgatóihoz – a „Mi tetszett eddig legjobban Magyarországon?" kérdésre minden időszakban a leggyakoribb öt válasz közé szintén az időjárást és az egyetemi élet választlehetőséget jelölték, de ezek mellett folyamatosan jelen volt a lakhatás és az árak/vásárlás válaszlehetőség is. Az egyetemi tanulmányok – hasonlóan a német hallgatókhoz – megjelent a képzési időszak kezdetén, később azonban már nem, szemben a szabadidős lehetőségek/partik válaszlehetőséggel, mely inkább csak a felsőbb évesek és a végzősök válaszai között volt regisztrálható. Az elsőéves és végzős hallgatók válaszai között szignifikáns különbség csak az egyetemi élet (p=0,012) vonatkozásában volt megfigyelhető.

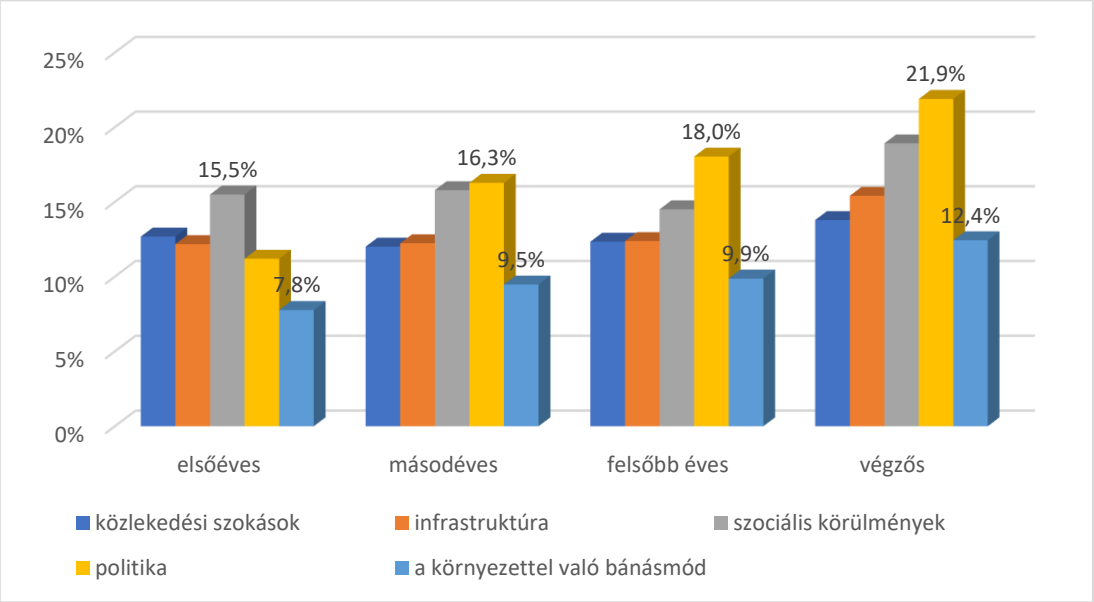


20. ábra: „Mi tetszett eddig a legjobban Magyarországon?" (angol nyelvű képzés)

37. táblázat: „Mi tetszett eddig a legjobban Magyarországon?” - Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

5 leggyakoribb válasz	**elsőéves N=2245**	**másodéves N=2036**	**felsőbb éves N=1664**	**végzős N=1321**	**p elsőéves-végzős**
egyetemi tanulmányok	9,7%	8,2%	-	-	-
egyetemi élet	14,8%	11,6%	11,8%	12,1%	0,012
lakhatás	9,6%	10,7%	10,8%	9,3%	0,378
időjárás	13,0%	17,1%	15,4%	12,5%	0,341
árak, vásárlás	10,9%	13,8%	14,9%	11,3%	0,367
szabadidős lehetőségek, partik	-	-	8,4%	9,9%	-

Arra a kérdésre, hogy mi tetszett eddig legkevésbé Magyarországon, a *német hallgatók* körében a politika és a környezettel való bánásmód szignifikáns növekedést mutató nemtetszést váltott ki (p=0,000). Az infrastruktúrával és a szociális körülményekkel kapcsolatban a tanulmányok ideje alatt szintén növekedett a nemtetszés aránya.

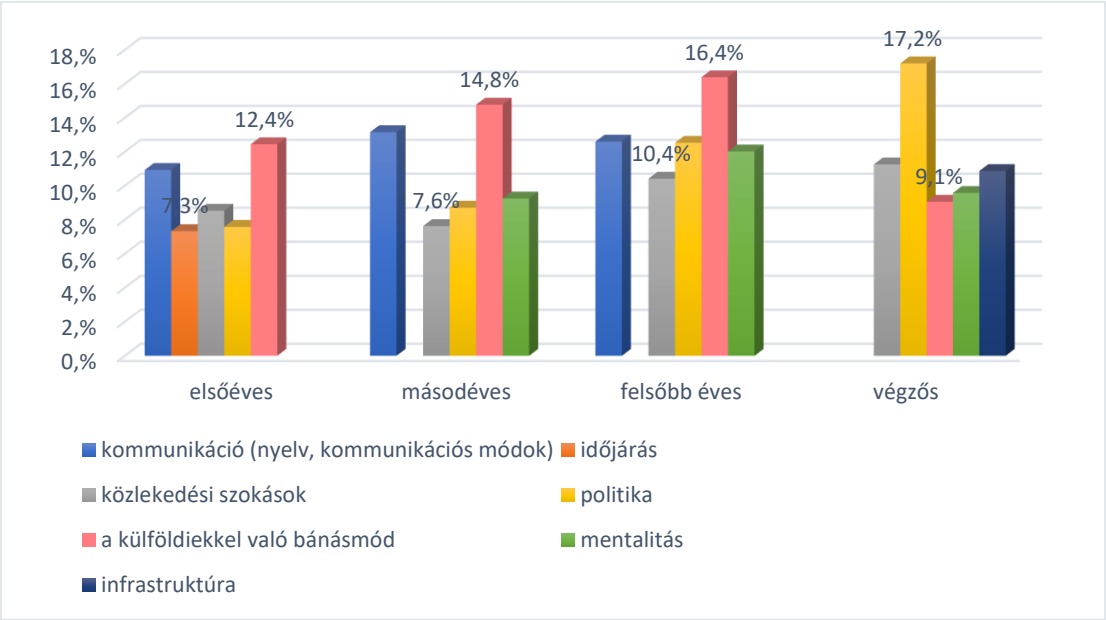


21. ábra: „Mi tetszett eddig legkevésbé Magyarországon?” (német nyelvű képzés)

38. táblázat: „Mi tetszett eddig legkevésbé Magyarországon" - Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

5 leggyakoribb válasz	elsőéves N=2563	másodéves N=3041	felsőbb éves N=2351	végzős N=370	p elsőéves-végzős
közlekedési szokások	12,7%	12,0%	12,3%	13,8%	0,278
infrastruktúra	12,2%	12,2%	12,4%	15,4%	0,040
szociális körülmények	15,5%	15,8%	14,5%	18,9%	0,046
politika	11,2%	16,3%	18,0%	21,9%	0,000
a környezettel való bánásmód	7,8%	9,5%	9,9%	12,4%	0,000

Az *angol nyelvű képzés* válaszadói között a tanulmányok kezdete és vége között szignifikánsan növekvő nemtetszést találtunk a politika (p=0,000), a külföldiekkel való bánásmód (p=0,007), és a közlekedési szokások (p=0,017) vonatkozásában.

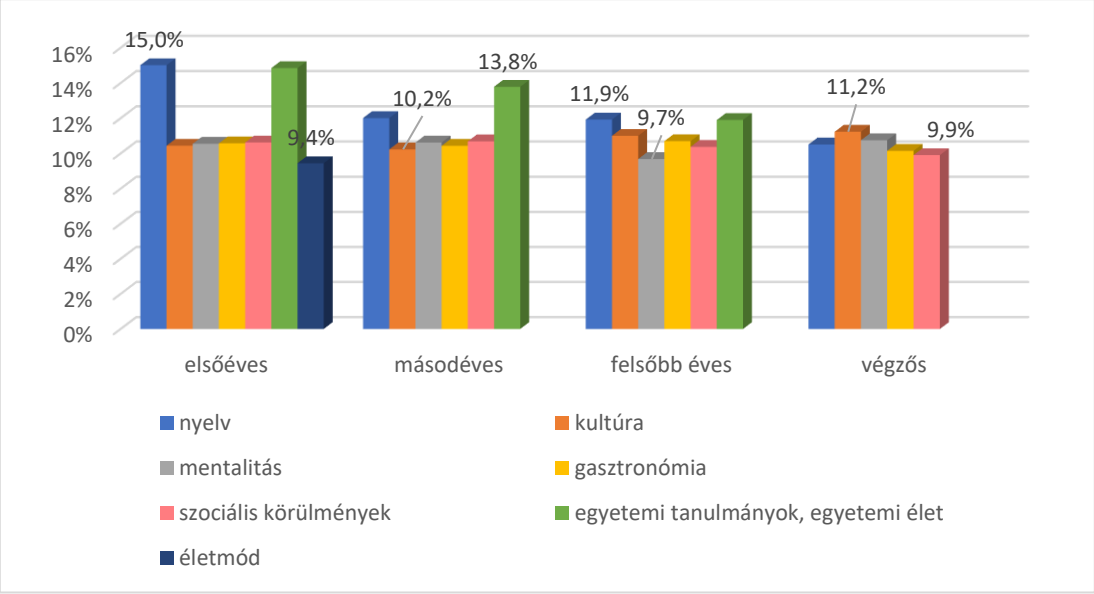


22. ábra: „Mi tetszett eddig legkevésbé Magyarországon?" (angol nyelvű képzés)

39. táblázat: „Mi tetszett eddig legkevésbé Magyarországon?” - Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

5 leggyakoribb válasz	elsőéves N=1583	másodéves N=1665	felsőbb éves N=1373	végzős N=773	p elsőéves-végzős
kommunikáció (nyelv, kommunikációs módok)	10,9%	13,2%	12,6%	-	-
időjárás	7,3%	-	-	-	-
közlekedési szokások	8,5%	7,6%	10,4%	11,3%	0,017
politika	7,6%	8,7%	12,5%	17,2%	0,000
a külföldiekkel való bánásmód	12,4%	14,8%	16,4%	9,1%	0,007
mentalitás	-	9,2%	12,0%	9,6%	-
infrastruktúra	-	-	-	10,9%	-

A külföldi hallgatók Magyarországgal kapcsolatos ismereteik gyarapodását vizsgálva a *német válaszadóknál* tanulmányaik megkezdésekor a nyelv jelentette a legnagyobb arányú válaszkategóriát, melynek említése a tanulmányi idő előrehaladtával szignifikánsan csökkent (p=0,000). A magyarországi ismeretek vonatkozásában folyamatosan jelen vannak a következő tényezők: kultúra, mentalitás, gasztronómia, szociális körülmények - ezen szempontoknál 10% körüli a jelölési arány a teljes jellemző vizsgált időszak alatt. Az „egyetemi tanulmányok, egyetemi élet” szempont a végzős hallgatók esetében már nem is jelenik meg, ahogy egyre inkább a mindennapi élet szerves részévé válik.

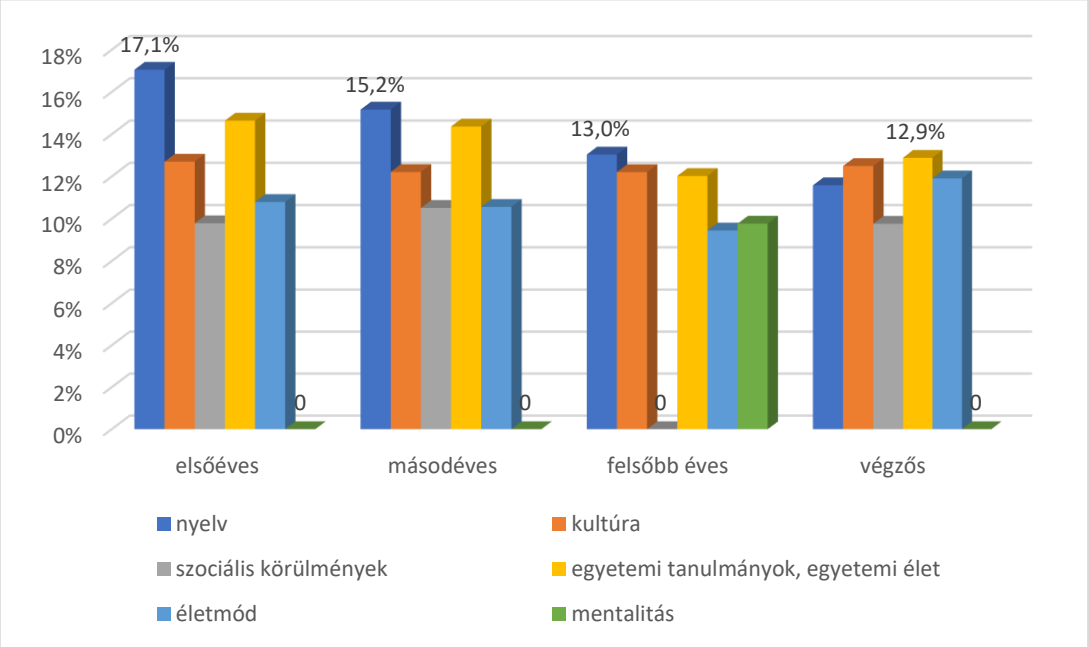


23. ábra: „Milyen területeken gyarapodtak a Magyarországgal kapcsolatos ismeretei?” (német nyelvű képzés)

40. táblázat: „Milyen területeken gyarapodtak a Magyarországgal kapcsolatos ismeretei?” - Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=4331**	**másodéves N=4389**	**felsőbb éves N=4328**	**végzős N=828**	**p elsőéves-végzős**
nyelv	15,0%	12,0%	11,9%	10,5%	0,000
kultúra	10,4%	10,2%	11,0%	11,2%	0,248
mentalitás	10,6%	10,6%	9,7%	10,7%	0,433
gasztronómia	10,6%	10,4%	10,7%	10,1%	0,356
szociális körülmények	10,6%	10,7%	10,4%	9,9%	0,268
egyetemi tanulmányok, egyetemi élet	14,8%	13,8%	11,9%	-	-
életmód	9,4%	-	-	-	-

Az elsőéves *angol nyelvű képzésben* részt vevő válaszadók között a nyelv a legmarkánsabb tényező (17,1%). Ez az arány a tanulmányok előrehaladtával szignifikánsan csökkent (p=0,000). A második legtöbb jelölés az „egyetemi tanulmányok, egyetemi élet” választlehetőségre érkezett, és itt is némi csökkenés realizálható a tanulmányi idő előrehaladtával (p=0,068). A többi tényező aránya a vizsgált időszakban szignifikánsan nem változott, emellett a „mentalitás” szempont új tényezőként jelent meg a felsőbb éves hallgatóknál, közel 10%-os aránnyal.



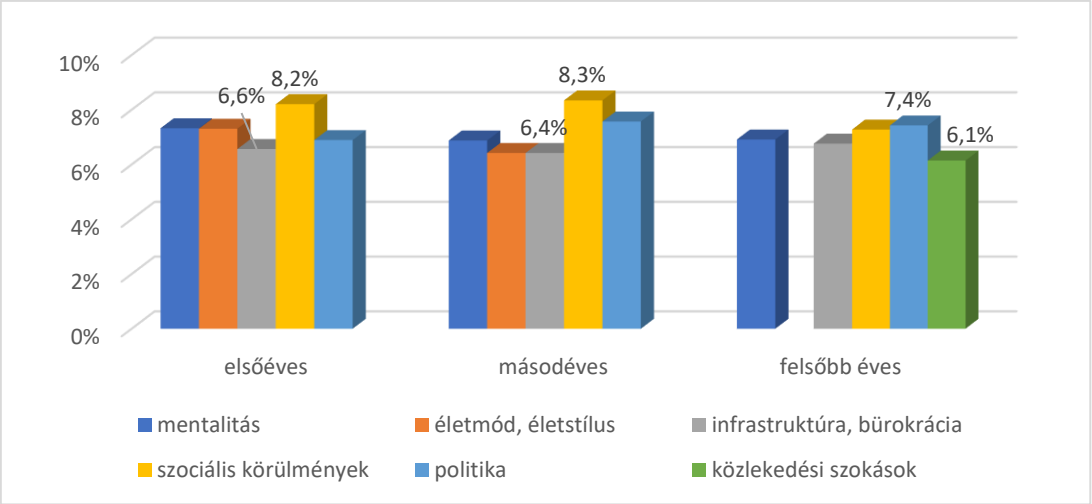
24. ábra: „Milyen területeken gyarapodtak a Magyarországgal kapcsolatos ismeretei?” (angol nyelvű képzés)

41. táblázat: „Milyen területeken gyarapodtak a Magyarországgal kapcsolatos ismeretei?” - Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

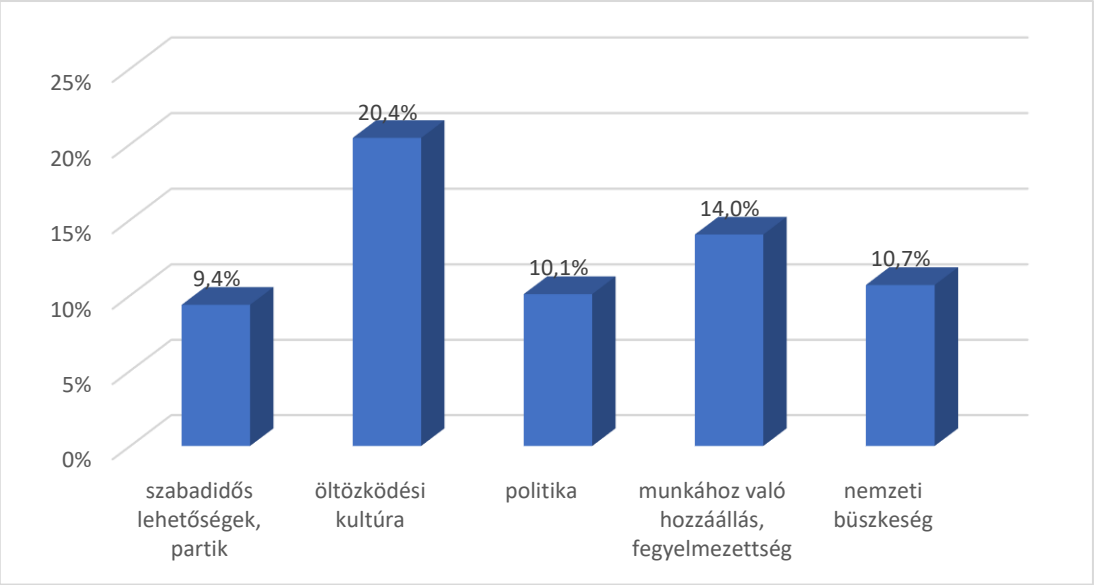
N= jelölések száma	**elsőéves N=2780**	**másodéves N=1998**	**felsőbb éves N=2171**	**végzős N=1537**	**p elsőéves-végzős**
nyelv	17,1%	15,2%	13,0%	11,6%	0,000
kultúra	12,7%	12,2%	12,2%	12,5%	0,425
szociális körülmények	9,8%	10,5%	-	9,8%	0,500
egyetemi tanulmányok, egyetemi élet	14,6%	14,4%	12,0%	12,9%	0,068
életmód	10,8%	10,6%	9,4%	11,9%	0,133
mentalitás	-	-	9,8%	-	-

6.2.4. Eredeti és befogadó kultúra közötti különbségek

A saját és célkultúra közötti különbségek vonatkozásában megállapítható, hogy a *német nyelvű képzés* vonatkozásában szignifikáns növekedés volt érzékelhető a tanulmányi idő előrehaladtával a politikával kapcsolatban érzékelt különbségeket tekintve (p=0,000). Megfigyelhető, hogy egyes szempontokat már nem említenek (pl. életmóddal, életstílussal kapcsolatos különbségek), bizonyos szempontok pedig csak a végzős hallgatók esetében jelennek meg, pl. a munkához való hozzáállás és a nemzeti büszkeség.



25. ábra: „Milyen különbségeket fedezett fel a saját és a magyar kultúra között?” (német nyelvű képzés)

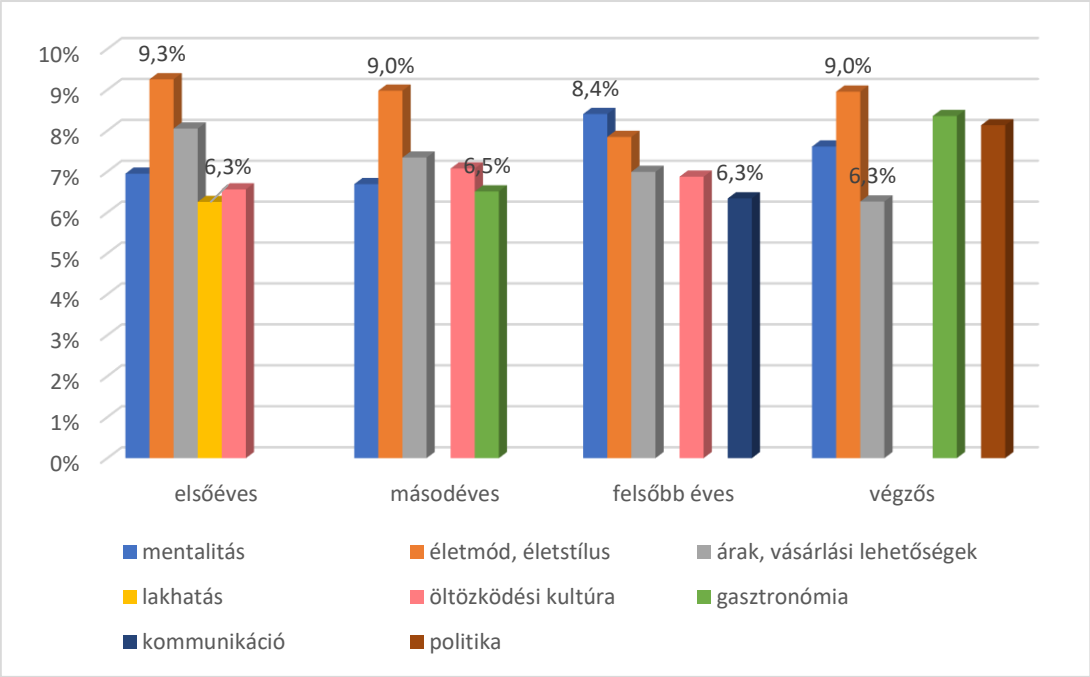


26. ábra: „Milyen különbségeket fedezett fel a saját és a magyar kultúra között?" (német nyelvű képzés, csak végzősök)

42. táblázat: „Milyen különbségeket fedezett fel a saját és a magyar kultúra között?" - Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=5789**	**másodéves N=3546**	**felsőbb éves N=4672**	**végzős N=2817**	**p elsőéves-végzős**
mentalitás	7,3%	6,9%	6,9%	-	-
életmód, életstílus	7,3%	6,4%	-	-	-
infrastruktúra, bürokrácia	6,6%	6,4%	6,8%	-	-
szociális körülmények	8,2%	8,3%	7,3%	-	-
politika	6,9%	7,6%	7,4%	10,1%	0,000
közlekedési szokások	-	-	6,1%	-	-
szabadidős lehetőségek, partik	-	-	-	9,4%	-
öltözködési kultúra	-	-	-	20,4%	-
munkához való hozzáállás, fegyelmezettség	-	-	-	14,0%	-
nemzeti büszkeség	-	-	-	10,7%	-

A német nyelvű képzés válaszadóihoz hasonlóan a tanulmányi idő előrehaladtával az *angol nyelvű képzés* hallgatói körében is megszűnik bizonyos tényezők különbségének érzékelése pl. a lakhatás, az öltözködés tekintetében, miközben bizonyos szempontok, mint például a politikai vagy kommunikációs különbségek érzékelése csak a felsőbb évfolyamokon jelenik meg. Szignifikáns csökkenés pedig mindössze az árak, vásárlási lehetőségek kapcsán volt érzékelhető.



27. ábra: „Milyen különbségeket fedezett fel a saját és a magyar kultúra között?" (angol nyelvű képzés)

43. táblázat: „Milyen különbségeket fedezett fel a saját és a magyar kultúra között?" - Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

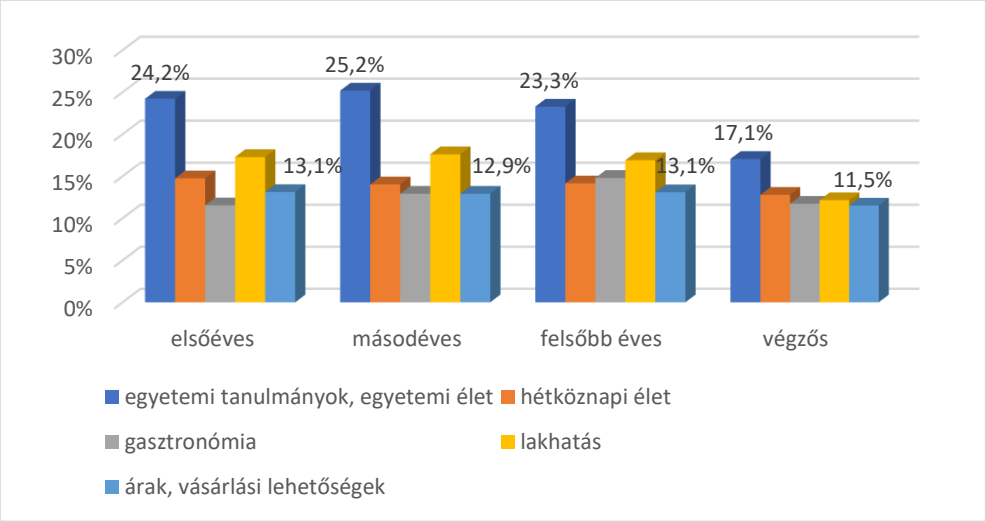
N= jelölések száma	**elsőéves N=3899**	**másodéves N=4466**	**felsőbb éves N=3389**	**végzős N=1340**	**p elsőéves-végzős**
mentalitás	7,0%	6,7%	8,4%	7,6%	0,209
életmód, életstílus	9,3%	9,0%	7,8%	9,0%	0,371
árak, vásárlási lehetőségek	8,1%	7,3%	7,0%	6,3%	0,017
lakhatás	6,3%	-	-	-	-
öltözködési kultúra	6,6%	7,1%	6,9%	-	-
gasztronómia	-	6,5%	-	8,4%	-
kommunikáció	-	-	6,3%	-	-
politika	-	-	-	8,1%	-

6.2.5. Alkalmazkodás a befogadó kultúrához

A befogadó kultúrához való alkalmazkodást vizsgálva rákérdeztünk, hogy az idegen nyelvű képzés hallgatói mely területeket érezték legegyszerűbbnek és legnehezebbnek ebből a szempontból.

A *német nyelvű képzés* válaszadói az alkalmazkodás szempontjából leginkább egyszerűnek az egyetemi tanulmányokat és az egyetemi életet tartották, mégpedig a tanulmányi idő

előrehaladtával szignifikáns csökkenést mutatva (p=0,000). További szignifikáns csökkenést mutatott még a lakhatás szempontja (p=0,003). Emellett az alkalmazkodás szempontjából folyamatosan egyszerűnek ítélték még a hétköznapi életet, az árak, a vásárlási lehetőségek és a gasztronómia tényezőit.

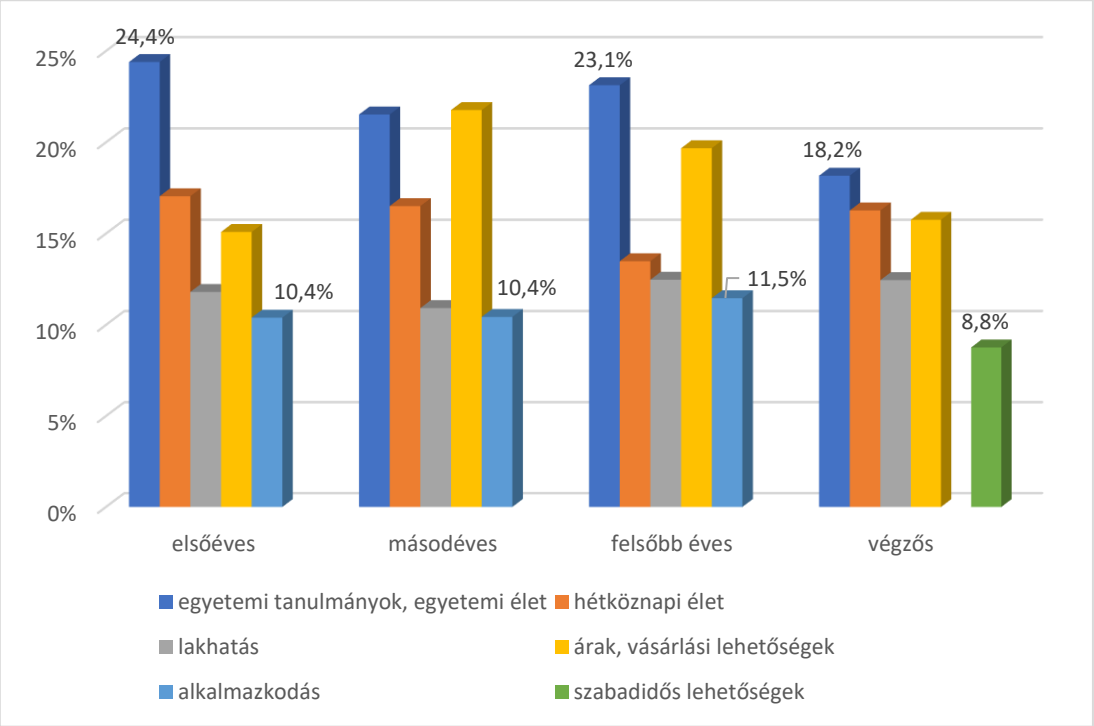


28. ábra: „Eddig mi volt az alkalmazkodás szempontjából a legegyszerűbb?" (német nyelvű képzés)

44. táblázat: „Eddig mi volt az alkalmazkodás szempontjából a legegyszerűbb?" - Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=2522**	**másodéves N=2509**	**felsőbb éves N=1993**	**végzős N=469**	**p elsőéves-végzős**
egyetemi tanulmányok, egyetemi élet	24,2%	25,2%	23,3%	17,1%	0,000
hétköznapi élet	14,8%	14,0%	14,1%	12,8%	0,133
gasztronómia	11,5%	12,9%	14,8%	11,7%	0,452
lakhatás	17,3%	17,6%	16,9%	12,2%	0,003
árak, vásárlási lehetőségek	13,1%	12,9%	13,1%	11,5%	0,169

Az *angol nyelvű képzés* válaszadói – hasonlóan a német hallgatókhoz az alkalmazkodás szempontjából leginkább egyszerűnek az egyetemi tanulmányokat és egyetemi életet tartották, a tanulmányi idő előrehaladtával szignifikáns csökkenést mutatva (p=0,000). Emellett folyamatosan „egyszerűnek" ítélték még a hétköznapi élet, a lakhatás, az árak, vásárlási lehetőségek valamint az alkalmazkodás egyéb tényezőit. A német nyelvű képzéssel szemben a gasztronómia nem jelent meg az öt leggyakrabban jelölt tényező között az angol nyelvű hallgatóknál, míg a szabadidős lehetőségeket csak a végzősök ítélték az alkalmazkodás szempontjából egyszerűnek.

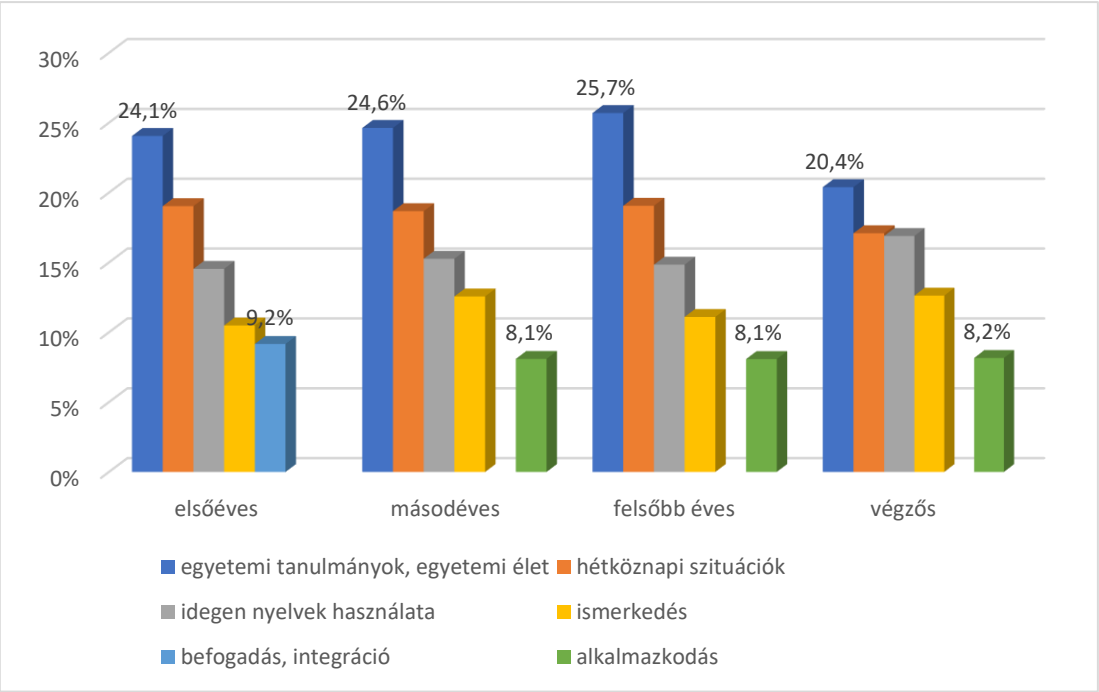


29. ábra: „Eddig mi volt az alkalmazkodás szempontjából a legegyszerűbb?" (angol nyelvű képzés)

45. táblázat: Eddig mi volt az alkalmazkodás szempontjából a legegyszerűbb?" - Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=1279**	**másodéves N=1236**	**felsőbb éves N=986**	**végzős N=787**	**p elsőéves-végzős**
egyetemi tanulmányok, egyetemi élet	24,4%	21,5%	23,1%	18,2%	0,000
hétköznapi élet	17,0%	16,5%	13,5%	16,3%	0,323
lakhatás	11,8%	10,9%	12,5%	12,5%	0,330
árak, vásárlási lehetőségek	15,1%	21,8%	19,7%	15,8%	0,341
alkalmazkodás	10,4%	10,4%	11,5%	-	-
szabadidős lehetőségek	-	-	-	8,8%	-

Az idegen nyelvű képzés hallgatóihoz hasonlóan megkérdeztük a *magyar hallgatókat* is, hogy a nemzetközi közeghez való alkalmazkodást tekintve mit érzékeltek a legkönnyebbnek. A beérkezett válaszok alapján elmondható, hogy a magyar hallgatók számára szintén a nemzetközi közegben folytatott egyetemi tanulmányok és egyetemi élet számított leginkább egyszerűnek. Másodévtől felfelé jelenik meg az alkalmazkodás szempontja, miközben a befogadást és az integrációt csak az elsőévesek jelölték egyszerűnek.



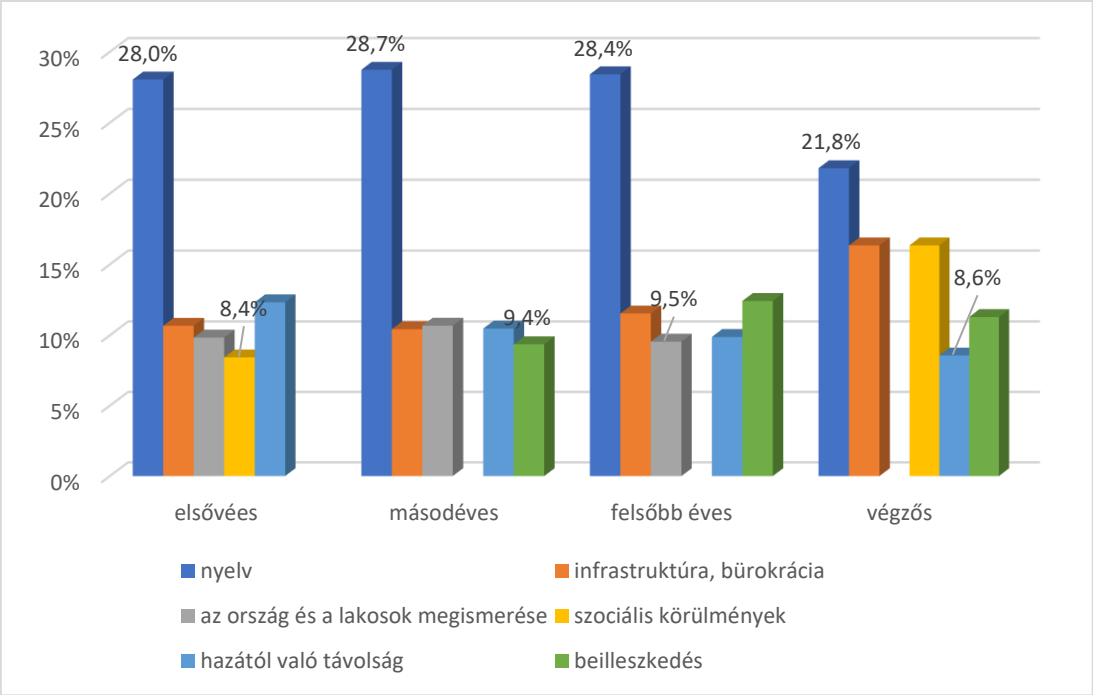
30. ábra: „A nemzetközi közeghez való alkalmazkodást tekintve mi volt eddig a legkönnyebb?" (magyar nyelvű képzés)

46. táblázat: „A nemzetközi közeghez való alkalmazkodást tekintve mi volt eddig a legkönnyebb?" - Összesített eredmények (magyar nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=1135**	**másodéves N=1409**	**felsőbb éves N=829**	**végzős N=515**	**p elsőéves-végzős**
egyetemi tanulmányok, egyetemi élet	24,1%	24,6%	25,7%	20,4%	0,051
hétköznapi szituációk	19,0%	18,7%	19,1%	17,1%	0,174
idegen nyelvek használata	14,5%	15,3%	14,8%	16,9%	0,109
ismerkedés	10,5%	12,6%	11,1%	12,6%	0,100
befogadás, integráció	9,2%	-	-	-	-
alkalmazkodás	-	8,1%	8,1%	8,2%	-

Mind az idegen nyelvű, mind pedig a magyar nyelvű képzés hallgatóit megkérdeztük azzal kapcsolatosan is, hogy az alkalmazkodás szempontjából mit érzékeltek legnehezebbnek.

A *német nyelvű képzés* válaszadói a tanulmányok ideje alatt, szignifikáns csökkenés (p=0,016) mellett, végig a befogadó kultúra nyelvét tartották az alkalmazkodás szempontjából a legnehezebbnek. A szociális körülményekkel kapcsolatos nehézségek a tanulmányi idő előrehaladtával szignifikáns (p=0,000) növekedést mutattak, hasonlóan az infrastruktúra, a bürokrácia (p=0,003) szempontjához. Csökkenő (p=0,038) tendenciát mutatott ezzel szemben a hazától való távolság szempontja is.

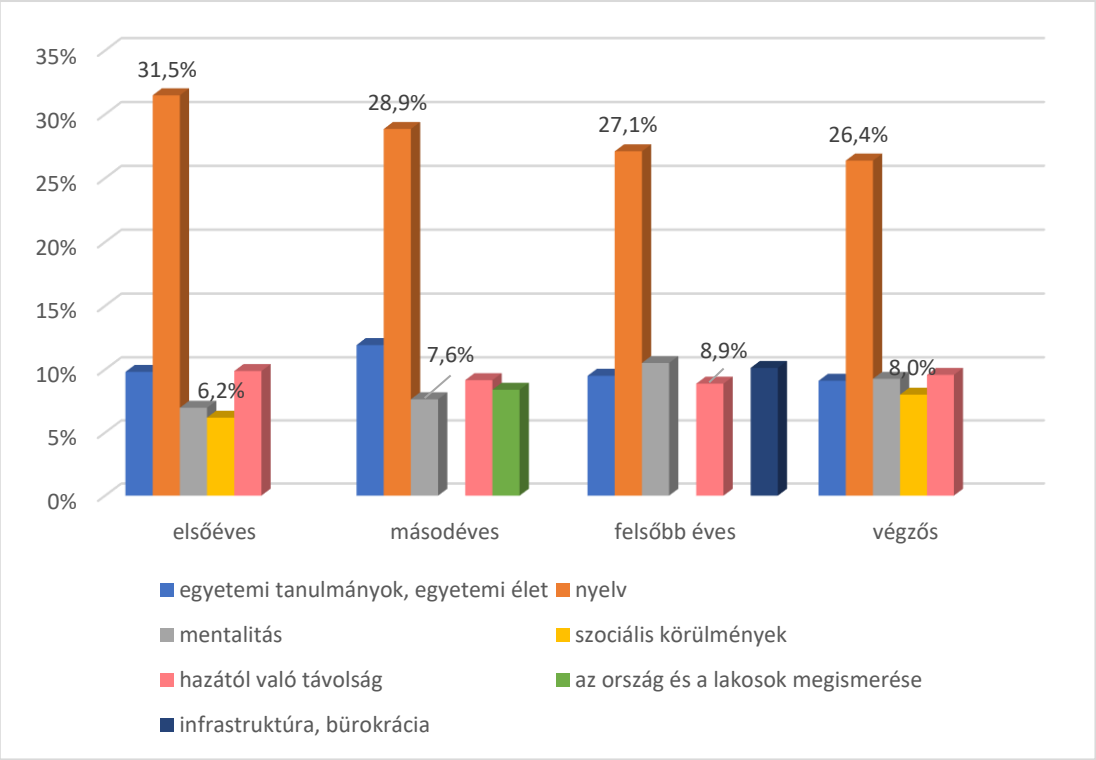


31. ábra: Eddig mi volt az alkalmazkodás szempontjából a legnehezebb?" (német nyelvű képzés)

47. táblázat: „Eddig mi volt az alkalmazkodás szempontjából a legnehezebb?" - Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=2410**	**másodéves N=2436**	**felsőbb éves N=1812**	**végzős N=257**	**p elsőéves-végzős**
nyelv	28,0%	28,7%	28,4%	21,8%	0,016
infrastruktúra, bürokrácia	10,7%	10,4%	11,5%	16,3%	0,003
az ország és a lakosok megismerése	9,8%	10,7%	9,5%	-	-
szociális körülmények	8,4%	-	-	16,3%	0,000
hazától való távolság	12,3%	10,5%	9,9%	8,6%	0,038
beilleszkedés	-	9,4%	12,4%	11,3%	-

Hasonlóan a német nyelvű képzés válaszadóihoz, az *angol program hallgatói* számára is a nyelv számított az alkalmazkodás szempontjából kiemelkedően a legnehezebbnek - szignifikánsan csökkenő tendencia mellett (p=0,010). A mentalitáshoz való alkalmazkodás nehézsége növekedést mutatott (p=0,035), hasonlóan a szociális körülmények szempontjához, melyet csak az elsőévesek és a végzős hallgatók jelöltek az öt leggyakoribb tényező között. A másodévesek számára az ország és a lakosok megismerése, míg a felsőbb évesek számára az infrastruktúra és a bürokrácia is problémát jelent az alkalmazkodás szempontjából.



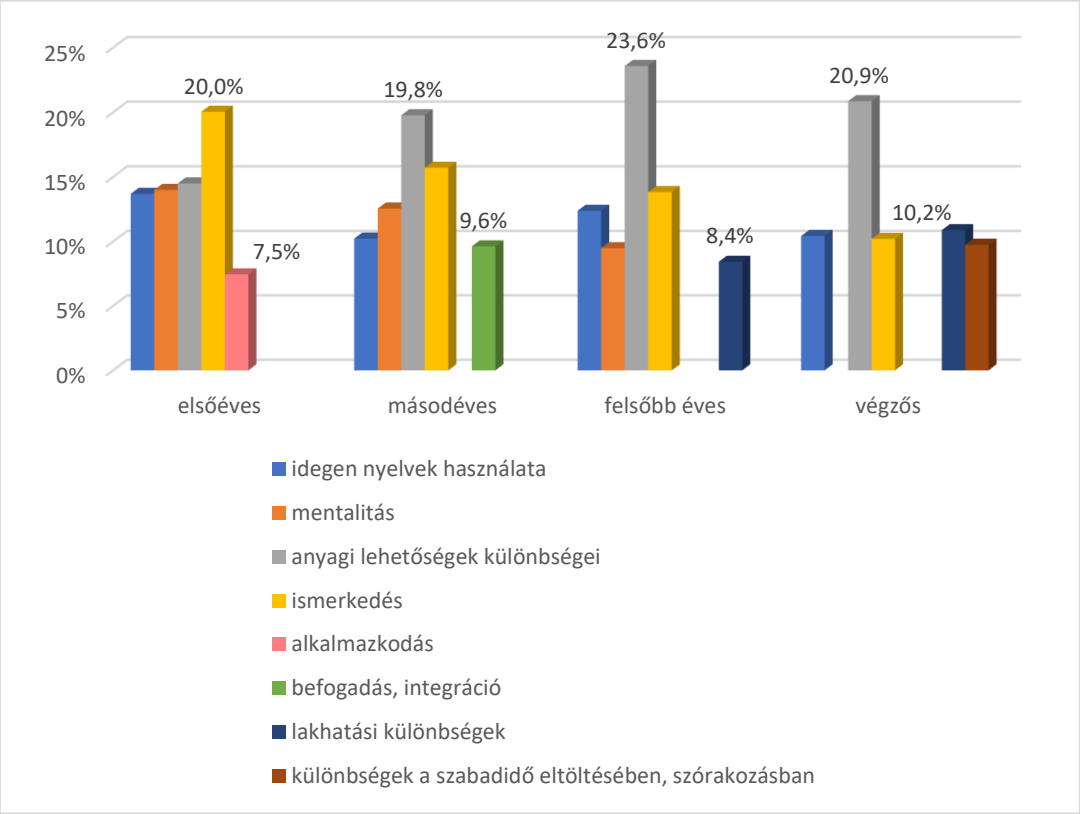
32. ábra: „Eddig mi volt az alkalmazkodás szempontjából a legnehezebb?" (angol nyelvű képzés)

48. táblázat: „Eddig mi volt az alkalmazkodás szempontjából a legnehezebb?" – Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=1407**	**másodéves N=1584**	**felsőbb éves N=1284**	**végzős N=637**	**p elsőéves-végzős**
egyetemi tanulmányok, egyetemi élet	9,8%	11,9%	9,5%	9,1%	0,309
nyelv	31,5%	28,9%	27,1%	26,4%	0,010
mentalitás	7,0%	7,6%	10,5%	9,3%	0,035
szociális körülmények	6,2%	-	-	8,0%	0,064
hazától való távolság	9,9%	9,2%	8,9%	9,6%	0,417
az ország és a lakosok megismerése	-	8,4%	-	-	-
infrastruktúra, bürokrácia	-	-	10,1%	-	-

Az alkalmazkodás szempontjából legnehezebbnek ítélt tényezőkről megkérdeztük a befogadó közeghez tartozó *magyar nyelvű képzés* hallgatóit is. Szignifikánsan csökkenő tendencia mellett a magyar nyelvű képzés hallgatói az alkalmazkodás szempontjából nehéznek ítélték az ismerkedést (p=0,000), valamint az idegen nyelvek (p=0,044) használatát. Szignifikánsan (p=0,001) növekvő különbséget mutatott a teljes tanulmányi időre vetítve az anyagi lehetőségek különbségeinek szempontja, melyet a magyar hallgatók szintén nehézségnek éreznek az

alkalmazkodás szempontjából. A befogadást és integrációt – az angol nyelvű képzéshez hasonlóan – csak a másodévesek jelölték, míg a lakhatási és szórakozási különbségekkel kapcsolatos nehézségeket a felsőbb évesek és a végzősök érzékelték leginkább.



33. ábra: „A nemzetközi közeghez való alkalmazkodást tekintve mi volt eddig a legnehezebb?" (magyar nyelvű képzés)

49. táblázat: „A nemzetközi közeghez való alkalmazkodást tekintve mi volt eddig a legnehezebb?" – Összesített eredmények (magyar nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=993**	**másodéves N=1330**	**felsőbb éves N=759**	**végzős N=441**	**p elsőéves-végzős**
idegen nyelvek használata	13,7%	10,2%	12,4%	10,4%	0,044
mentalitás	14,0%	12,6%	9,5%	-	-
anyagi lehetőségek különbségei	14,5%	19,8%	23,6%	20,9%	0,001
ismerkedés	20,0%	15,7%	13,8%	10,2%	0,000
alkalmazkodás	7,5%	-	-	-	-
befogadás, integráció	-	9,6%	-	-	-
lakhatási különbségek	-	-	8,4%	10,9%	-
különbségek a szabadidő eltöltésében, szórakozásban	-	-	-	9,8%	-

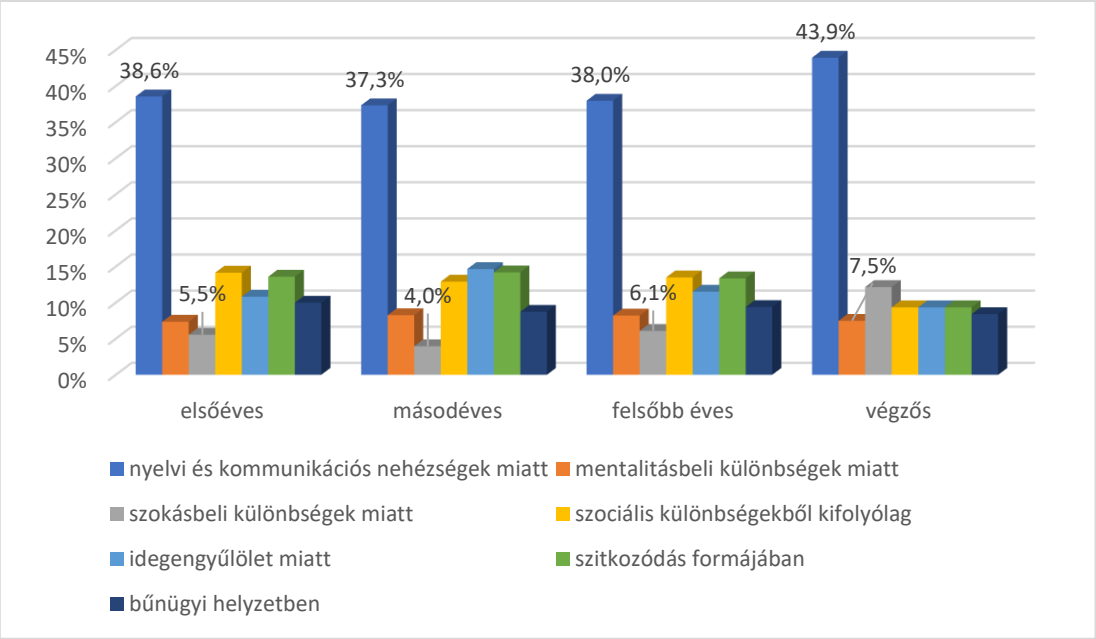
Az alkalmazkodás szempontjából nehéznek ítélt tényezők mellett arra is kíváncsiak voltunk, hogy az idegen nyelvű és magyar nyelvű képzés hallgatói kerültek-e már kellemetlen helyzetbe a befogadó, illetve az „ideérkező” kultúrával való érintkezés során.

50. táblázat: „Került-e már kellemetlen helyzetbe?” (német, angol és magyar nyelvű képzés)

Német	**elsőéves N=702**	**másodéves N=692**	**felsőbb éves N=493**	**végzős N=279**	**p elsőéves-végzős**
igen	46,9%	54,5%	55,2%	52,2%	0,142
nem	53,1%	45,5%	44,8%	47,8%	-
Angol	**elsőéves N=978**	**másodéves N=949**	**felsőbb éves N=717**	**végzős N=115**	**p elsőéves-végzős**
igen	56,7%	62,3%	67,7%	59,1%	0,242
nem	43,3%	37,7%	32,3%	40,9%	-
Magyar	**elsőéves N=715**	**másodéves N=907**	**felsőbb éves N=501**	**végzős N=247**	**p elsőéves-végzős**
igen	20,1%	24,1%	24,4%	16,2%	0,087
nem	79,9%	75,9%	75,6%	83,8%	-

Amint a táblázatból látható, a teljes tanulmányi időre vetítve az idegen nyelvű képzés hallgatóinak több mint fele került már kellemetlen helyzetbe a befogadó kultúrában. Ezzel szemben a magyar hallgatók kevesebb, mint ötöde került csak hasonló helyzetbe az ideérkező külföldi hallgatókkal való érintkezés során.

Az igennel válaszolók megnevezhették a kellemetlen helyzetet is, melybe kerültek. Az alábbi adatokból látható, hogy a *német nyelvű képzés* hallgatói tartósan és leggyakrabban nyelvi és kommunikációs nehézségek miatt kerültek kellemetlen helyzetbe. A teljes képzési időre vetítve szignifikáns növekedés volt tapasztalható a szokásbeli különbségek (p=0,005) vonatkozásában.

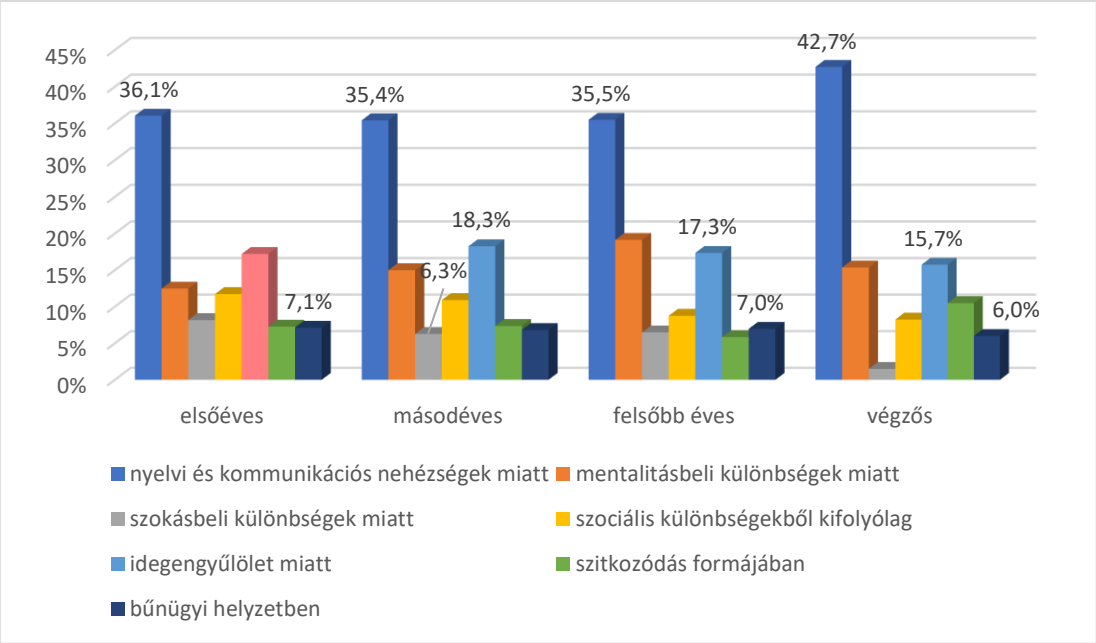


34. ábra: Miért került Magyarországon kellemetlen helyzetbe?" (német nyelvű képzés)

51. táblázat: „Miért került Magyarországon kellemetlen helyzetbe?"- Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=721**	**másodéves N=860**	**felsőbb éves N=756**	**végzős N=107**	**p elsőéves-végzős**
nyelvi és kommunikációs nehézségek miatt	38,6%	37,3%	38,0%	43,9%	0,145
mentalitásbeli különbségek miatt	7,4%	8,3%	8,2%	7,5%	0,500
szokásbeli különbségek miatt	5,5%	4,0%	6,1%	12,1%	0,005
szociális különbségek miatt	14,1%	12,9%	13,5%	9,3%	0,087
idegengyűlölet miatt	10,8%	14,7%	11,5%	9,3%	0,323
szitkozódás formájában	13,6%	14,2%	13,4%	9,3%	0,111
bűnügyi helyzetben	10,0%	8,7%	9,4%	8,4%	0,305

A német nyelvű képzéshez hasonlóan az *angol program hallgatói* is leggyakrabban nyelvi és kommunikációs nehézségek miatt kerültek kellemetlen helyzetbe, szignifikánsan növekvő tendencia mellett (p=0,029). Míg a szokásbeli (p=0,000) különbségekből adódó helyzetek előfordulása a teljes képzési időre nézve szignifikánsan csökkent, addig a szitkozódás formájában manifesztálódó kellemetlen helyzetek száma némileg nőtt.

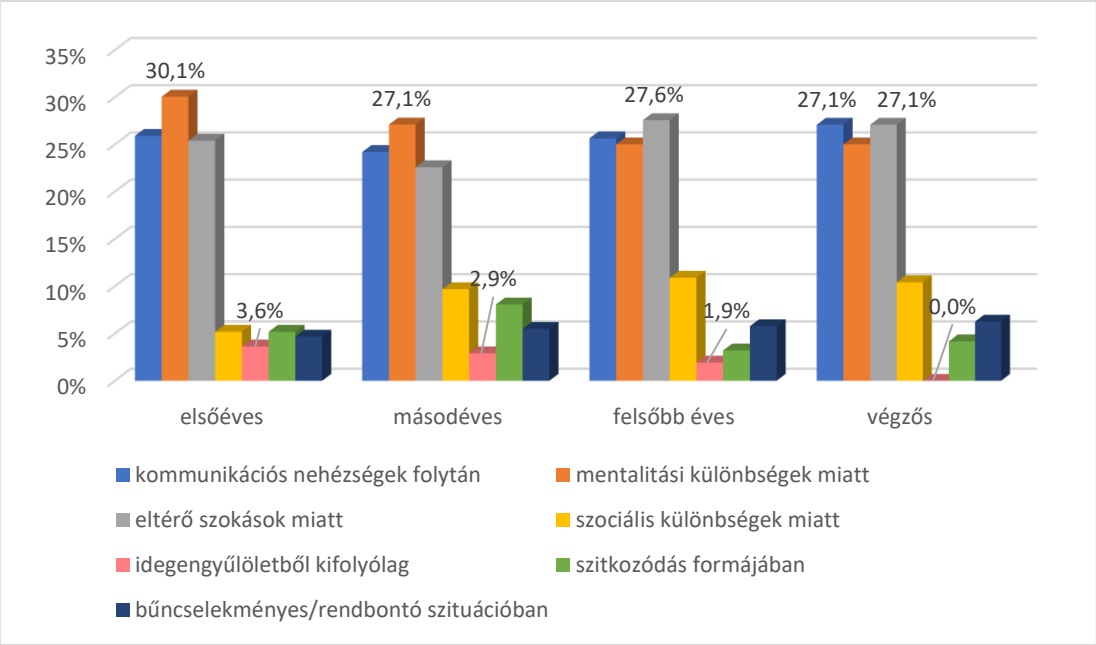


35. ábra: „Miért került Magyarországon kellemetlen helyzetbe?" (angol nyelvű képzés)

52. táblázat: „Miért került Magyarországon kellemetlen helyzetbe?" - Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=674**	**másodéves N=734**	**felsőbb éves N=617**	**végzős N=267**	**p elsőéves-végzős**
nyelvi és kommunikációs nehézségek miatt	36,1%	35,4%	35,5%	42,7%	0,029
mentalitásbeli különbségek miatt	12,5%	15,0%	19,1%	15,4%	0,131
szokásbeli különbségek miatt	8,2%	6,3%	6,5%	1,5%	0,000
szociális különbségek miatt	11,7%	10,9%	8,8%	8,2%	0,059
idegengyűlölet miatt	17,2%	18,3%	17,3%	15,7%	0,291
szitkozódás formájában	7,3%	7,4%	5,8%	10,5%	0,053
bűnügyi helyzetben	7,1%	6,8%	7,0%	6,0%	0,268

A *magyar hallgatók* egyötöde, akik már tapasztaltak kellemetlen helyzetet külföldi hallgatókkal – hasonlóan az idegen nyelvű képzés hallgatóihoz – leggyakrabban kommunikációs nehézségek, valamint mentalitásbeli és szokásbeli különbségek miatt kerültek ilyen helyzetbe.



36. ábra: Milyen kellemetlen szituáció merült fel a külföldi hallgatókkal?" (magyar nyelvű képzés)

53. táblázat: „Milyen kellemetlen szituáció merült fel a külföldi hallgatókkal?" – Összesített eredmények (magyar nyelvű képzés)

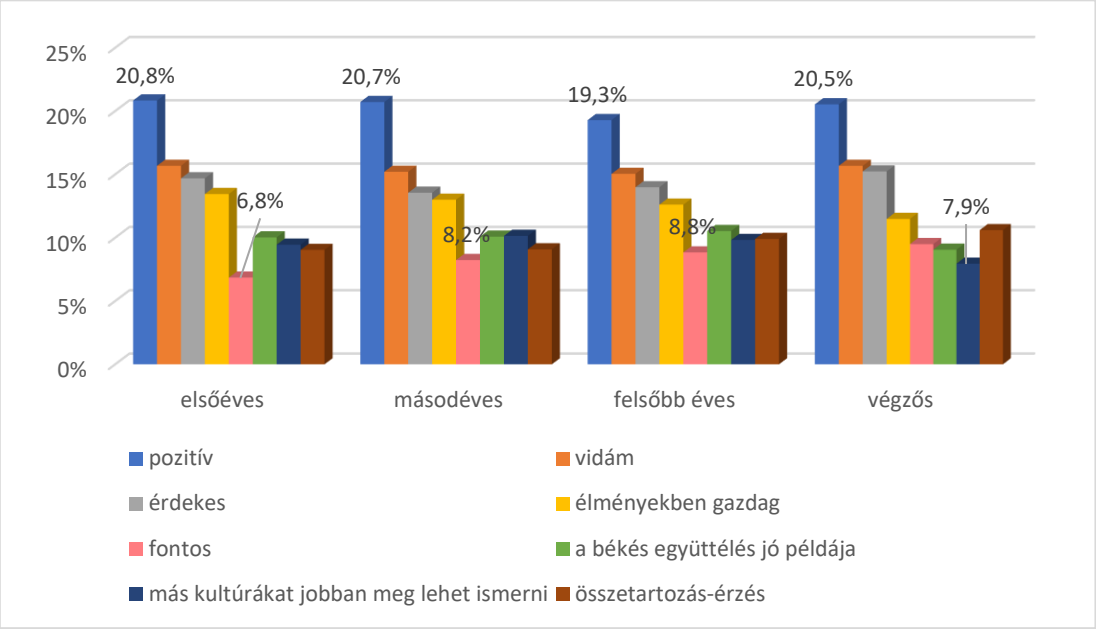
N= jelölések száma	**elsőéves N=193**	**másodéves N=310**	**felsőbb éves N=159**	**végzős N=48**	**p elsőéves-végzős**
kommunikációs nehézségek miatt	25,9%	24,2%	25,6%	27,1%	0,433
mentalitásbeli különbségek miatt	30,1%	27,1%	25,0%	25,0%	0,245
eltérő szokások miatt	25,4%	22,6%	27,6%	27,1%	0,405
szociális különbségek miatt	5,2%	9,7%	10,9%	10,4%	0,090
idegengyűlölet miatt	3,6%	2,9%	1,9%	0,0%	0,090
szitkozódás formájában	5,2%	8,1%	3,2%	4,2%	0,386
bűncselekmény/rendbontó szituációban	4,7%	5,5%	5,8%	6,3%	0,326

6.2.6. A Nemzetközi Est (International Evening) szerepe az interkulturális kompetencia fejlődésében

A külföldi hallgatók hallgatói képviseletének legfontosabb rendezvénye a minden év tavaszán megrendezett Nemzetközi Est, mely alkalmat nyújt arra, hogy a Pécsi Tudományegyetemen tanuló külföldi hallgatók bemutatkozhassanak és ételeikkel, valamint műsoraikkal fellépve megmutathassák saját kultúrájuk egy szeletét. A több mint egy évtizede folyamatosan megtartott est mostanra városi szintű rendezvénnyé nőtte ki magát, melyen a külföldi hallgatókat nem csupán magyar társaik, hanem a város, mint befogadó közeg is megismerheti.

Kutatásunk szempontjából fontosnak ítéltük a Nemzetközi Esttel kapcsolatos vélemények feltárását, így mind az idegen nyelvű, mind pedig a magyar nyelvű képzésben résztvevők körében rákérdeztünk a Nemzetközi Esttel kapcsolatos attitűdökre.

A *német nyelvű képzés* hallgatói az egész képzési időszak folyamán pozitívnak érezték a Nemzetközi Est megrendezését, melynek fontosságát (p=0,023), valamint élménygazdagságát (p=0,081) illetően is szignifikáns növekedést tapasztaltunk.

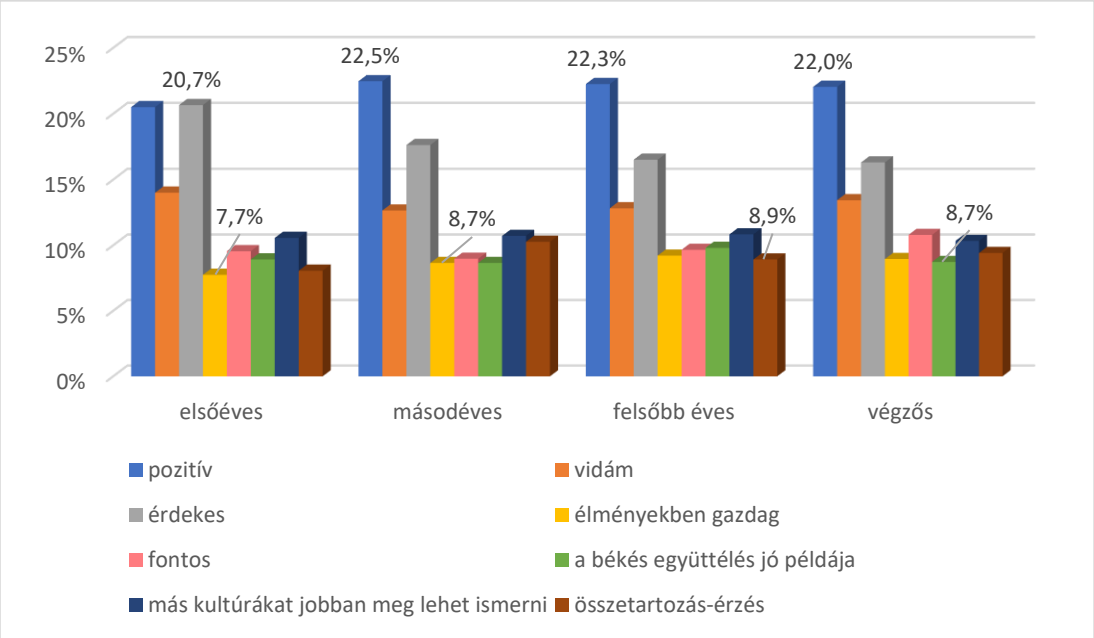


37. ábra: A Nemzetközi Est megítélése (német nyelvű képzés)

54. táblázat: A Nemzetközi Est megítélése – Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=2424**	**másodéves N=3085**	**felsőbb éves N=2546**	**végzős N=453**	**p elsőéves-végzős**
pozitív	20,8%	20,7%	19,3%	20,5%	0,440
vidám	15,7%	15,2%	15,0%	15,7%	0,500
érdekes	14,7%	13,5%	14,0%	15,2%	0,382
élményekben gazdag	13,4%	13,0%	12,6%	11,5%	0,081
fontos	6,8%	8,2%	8,8%	9,5%	0,023
a békés együttélés jó példája	10,0%	10,1%	10,5%	9,1%	0,261
más kultúrákat jobban meg lehet ismerni	9,4%	10,1%	9,8%	7,9%	0,156
összetartozás-érzés	9,0%	9,1%	9,9%	10,6%	0,147

Az angol nyelvű képzés hallgatói – hasonlóan német társaikhoz – a rendezvényt tartósan pozitívan élték meg az egész képzés ideje alatt, de annak érdekessége szignifikáns csökkenést (p=0,006) mutatott, feltehetően az ismétlődő részvétel okán.

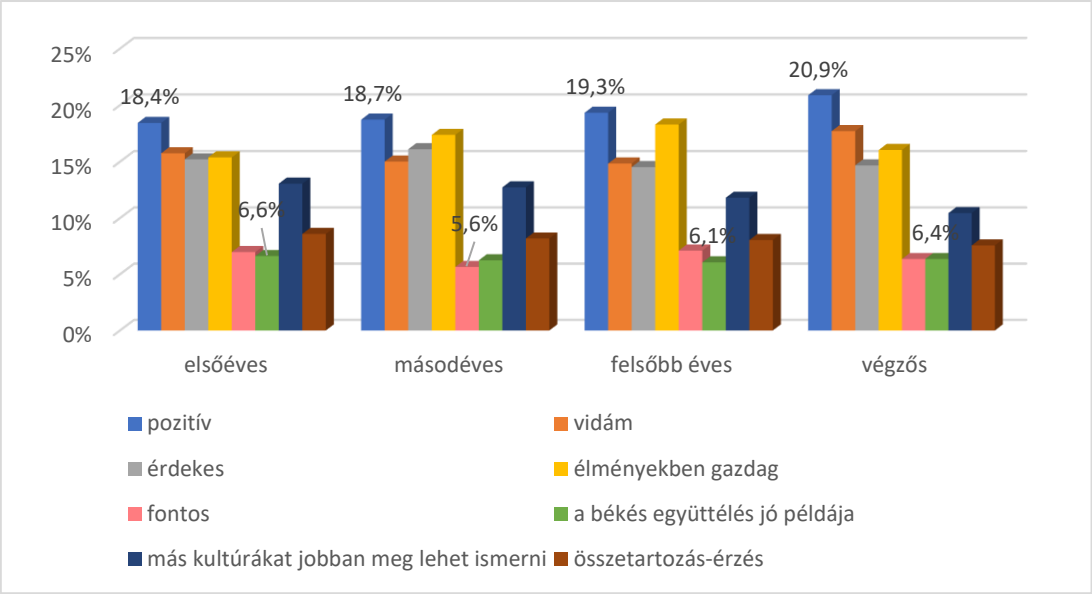


38. ábra: A Nemzetközi Est megítélése (angol nyelvű képzés)

55. táblázat: A Nemzetközi Est megítélése – Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=1278**	**másodéves N=1549**	**felsőbb éves N5=1357**	**végzős N=871**	**p elsőéves-végzős**
pozitív	20,5%	22,5%	22,3%	22,0%	0,195
vidám	14,0%	12,7%	12,8%	13,4%	0,352
érdekes	20,7%	17,6%	16,5%	16,3%	0,006
élményekben gazdag	7,7%	8,7%	9,2%	9,0%	0,159
fontos	9,5%	9,0%	9,7%	10,8%	0,174
a békés együttélés jó példája	8,9%	8,7%	9,8%	8,7%	0,436
más kultúrákat jobban meg lehet ismerni	10,6%	10,7%	10,8%	10,3%	0,433
összetartozás-érzés	8,1%	10,3%	8,9%	9,4%	0,136

A befogadó kultúrát képviselő magyar hallgatók körében a rendezvény szintén tartósan pozitív attitűdöt mutatott, az egész képzési időt tekintve. Fontos kiemelni, hogy a hallgatóknak az idő előrehaladtával egyre több lehetőségük van egymás megismerésére, így a különböző kultúrák közelebbi megismerésére nem csupán e rendezvény keretein belül nyílik lehetőség.



39. ábra: A Nemzetközi Est megítélése (magyar nyelvű képzés)

56. táblázat: A Nemzetközi Est megítélése – Összesített eredmények (magyar nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=559**	**másodéves N=1186**	**felsőbb éves N=957**	**végzős N=661**	**p elsőéves-végzős**
pozitív	18,4%	18,7%	19,3%	20,9%	0,142
vidám	15,7%	15,0%	14,8%	17,7%	0,181
érdekes	15,2%	16,1%	14,5%	14,7%	0,397
élményekben gazdag	15,4%	17,4%	18,3%	16,0%	0,378
fontos	7,0%	5,6%	7,1%	6,4%	0,330
a békés együttélés jó példája	6,6%	6,2%	6,1%	6,4%	0,425
más kultúrákat jobban meg lehet ismerni	13,1%	12,7%	11,8%	10,4%	0,078
összetartozás-érzés	8,6%	8,2%	8,0%	7,6%	0,258

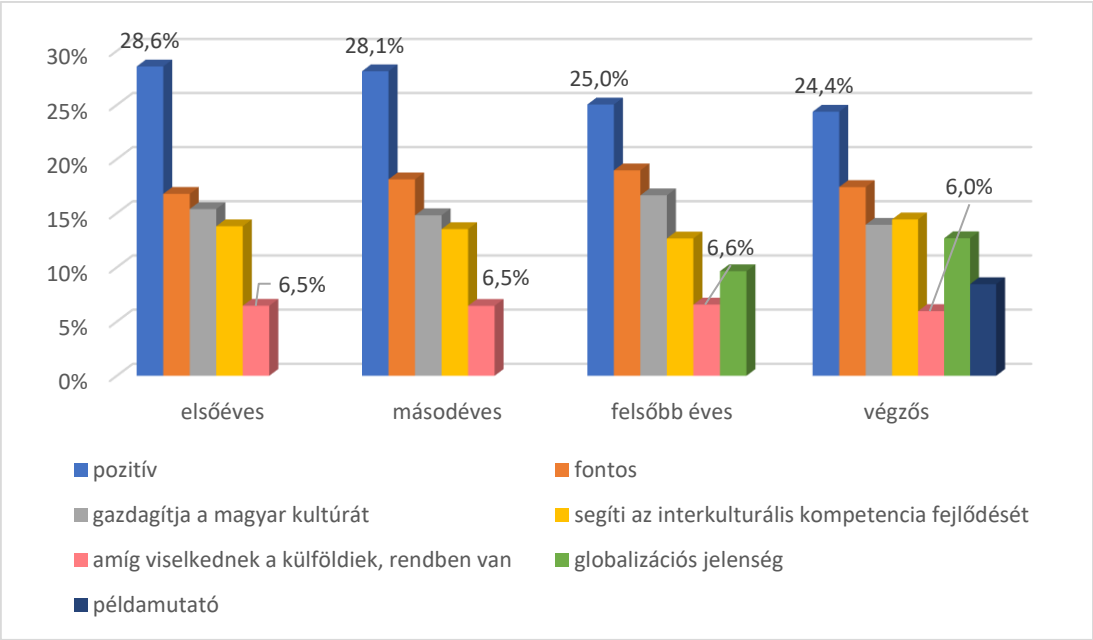
6.2.7. Más kultúrák jelenlétével kapcsolatos beállítódások

Az interkulturális kompetencia fejlődésének vizsgálata kapcsán fontos annak a vizsgálata is, hogy a más kultúrák jelenlétével kapcsolatosan hogyan vélekednek a hallgatók. A kérdőívben két kérdést tettünk fel ezzel kapcsolatban: az egyik arra vonatkozott, amikor maguk a hallgatók tartózkodnak egy másik kultúrában, a másik pedig arra az esetre, ha saját hazájukban tartózkodnak a más kultúrából érkezők.

Az első kérdést a német és angol nyelvű képzés hallgatóinak „Mit gondol más kultúrák magyarországi jelenlétéről?” megfogalmazással tettük fel, míg ezzel összhangban a magyar

hallgatókat is megkérdeztük, mit gondolnak a magyarok hosszabb távú (pl. néhány éves) külföldi tartózkodásáról.

A *német nyelvű képzés* hallgatói a teljes képzési időre vetítve leggyakrabban a jelenlét pozitív mivoltát emelték ki, szignifikáns csökkenés mellett. Tartósan 10% feletti válaszadási arányt mutatott emellett az interkulturális kompetencia fejlesztésének szempontja is.

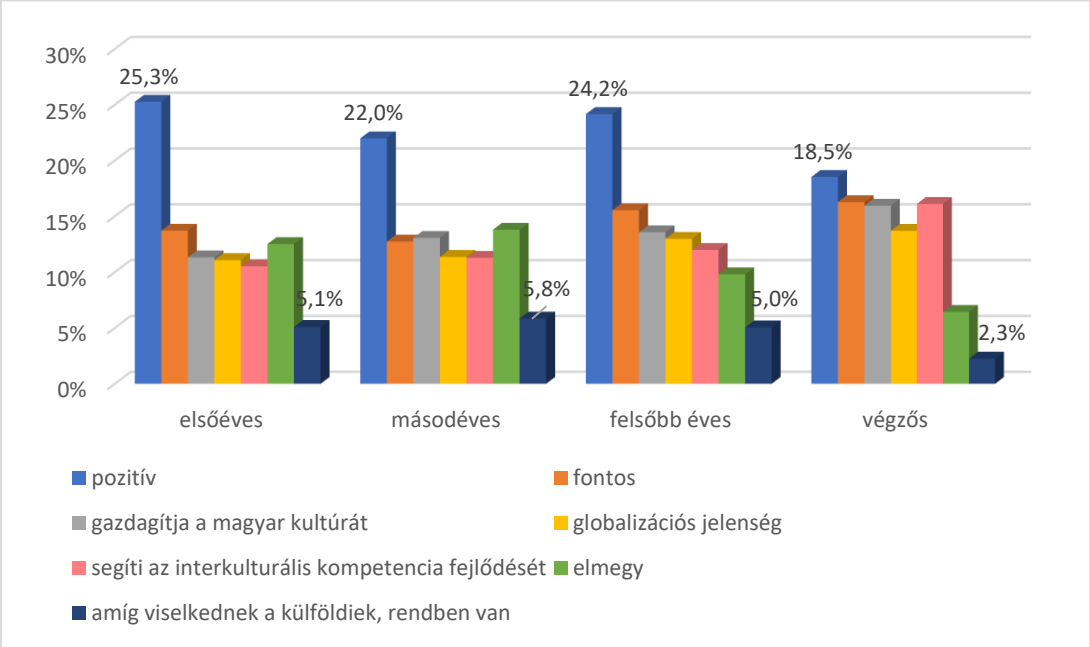


40. ábra: „Mit gondol más kultúrák magyarországi jelenlétéről?" (német nyelvű képzés)

57. táblázat: „Mit gondol más kultúrák magyarországi jelenlétéről?" - Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=2276**	**másodéves N=2262**	**felsőbb éves N=2084**	**végzős N=402**	**p elsőéves-végzős**
pozitív	28,6%	28,1%	25,0%	24,4%	0,043
fontos	16,8%	18,1%	19,0%	17,4%	0,378
gazdagítja a magyar kultúrát	15,4%	14,8%	16,7%	13,9%	0,227
segíti az interkulturális kompetencia fejlődését	13,8%	13,5%	12,7%	14,4%	0,367
amíg viselkednek a külföldiek, rendben van	6,5%	6,5%	6,6%	6,0%	0,356
globalizációs jelenség	-	-	9,6%	12,7%	-
példamutató	-	-	-	8,5%	-

Hasonlóan a német nyelvű képzés válaszadóihoz, az *angol program hallgatói* is a jelenlét pozitív jellegét emelték ki, a teljes képzési időre vetítve szignifikánsan csökkenő arányban (p=0,000). Megfigyelhető, hogy az „elmegy" (p=0,000), valamint az „amíg viselkednek a külföldiek, rendben van" (p=0,002) válaszlehetőség szignifikánsan csökkenő, míg a „gazdagítja a magyar kultúrát" (p=0,002), valamint a „segíti az interkulturális kompetencia fejlődését" (p=0,000) válaszlehetőségek a teljes képzési idő előrehaladtával szignifikánsan növekvő tendenciát mutattak.



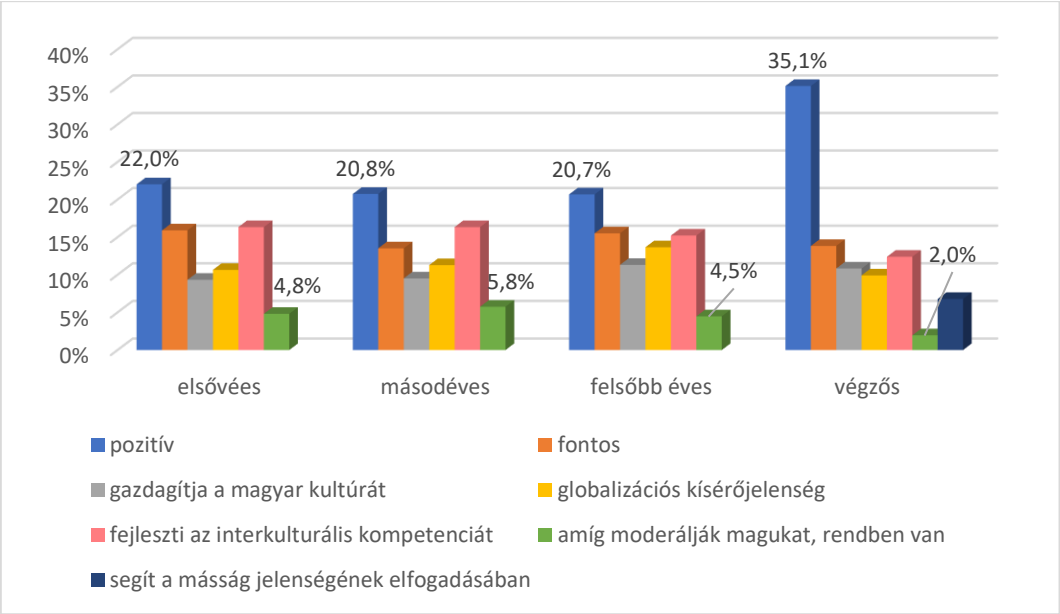
41. ábra: „Mit gondol más kultúrák magyarországi jelenlétéről?" (angol nyelvű képzés)

58. táblázat: „Mit gondol más kultúrák magyarországi jelenlétéről?" – Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=1255**	**másodéves N=1233**	**felsőbb éves N=1010**	**végzős N=621**	**p elsőéves-végzős**
pozitív	25,3%	22,0%	24,2%	18,5%	0,000
fontos	13,7%	12,7%	15,5%	16,3%	0,069
gazdagítja a magyar kultúrát	11,3%	13,1%	13,6%	15,9%	0,002
globalizációs jelenség	11,1%	11,4%	13,0%	13,7%	0,051
segíti az interkulturális kompetencia fejlődését	10,5%	11,3%	12,0%	16,1%	0,000
elmegy	12,5%	13,8%	9,8%	6,4%	0,000
amíg viselkednek a külföldiek, rendben van	5,1%	5,8%	5,0%	2,3%	0,002

A *magyar hallgatóktól* ebben a kérdéscsoportban azt kérdeztük, mit gondolnak a magyarok hosszabb távú (pl. néhány éves) külföldi tartózkodásáról, mely kérdést különösen fontosnak ítéltük a magyar orvosok és orvostanhallgatók külföldi munkavállalási szándékainak vonatkozásában is.

Az eredmények alapján látható, hogy – hasonlóan külföldi társaikhoz – a magyar hallgatók is leggyakrabban pozitívnak ítélik külföldi tartózkodást, a teljes képzési időre nézve szignifikánsan növekvő (p=0,000) eredménnyel. Szignifikáns különbség tapasztalható még az elsőéves és a végzős hallgatók között az „amíg moderálják magukat, rendben van" (p=0,000), valamint a „fejleszti az interkulturális kompetenciát" (p=0,007) válaszlehetőségek kapcsán – csökkenő tendencia mellett.



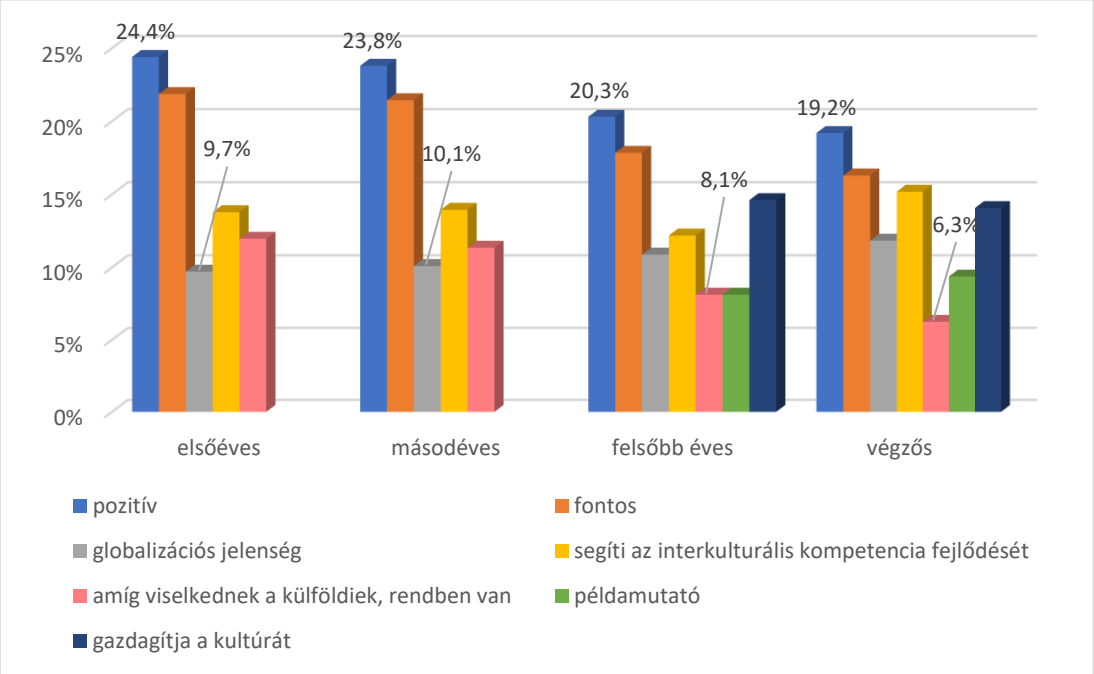
42. ábra: „Mit gondol a magyarok hosszabb távú (pl. néhány éves) külföldi tartózkodásáról?" (magyar nyelvű képzés)

59. táblázat: „Mit gondol a magyarok hosszabb távú (pl. néhány éves) külföldi tartózkodásáról?" – Összesített eredmények (magyar nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=1371**	**másodéves N=1701**	**felsőbb éves N=1025**	**végzős N=766**	**p elsőéves-végzős**
pozitív	22,0%	20,8%	20,7%	35,1%	0,000
fontos	15,9%	13,5%	15,5%	13,8%	0,102
gazdagítja a magyar kultúrát	9,3%	9,5%	11,3%	10,8%	0,133
globalizációs kísérőjelenség	10,6%	11,3%	13,7%	9,9%	0,298
fejleszti az interkulturális kompetenciát	16,3%	16,3%	15,2%	12,4%	0,007
amíg moderálják magukat, rendben van	4,8%	5,8%	4,5%	2,0%	0,000
segít a másság jelenségének elfogadásában	-	-	-	6,8%	-

A témában feltett másik kérdésben arra kerestük a választ, hogy mit gondolnak a német és angol nyelvű képzés hallgatói, illetve magyar társaik más kultúrák jelenlétéről a saját hazájukban?

A *német nyelvű képzés* hallgatói más kultúrák jelenlétét leggyakrabban pozitívnak (p=0,009) és fontosnak (p=0,004) tartják, szignifikáns csökkenés mellett, hasonlóan az „amíg viselkednek a külföldiek, rendben van" (p=0,000) válaszlehetőséghez. Az interkulturális kompetencia fejlődését elősegítő tényező, a teljes képzési idő végén növekvő tendenciát mutat, a kultúra külföldiek általi gazdagítása pedig megjelenik a gyakoribb válaszok között.

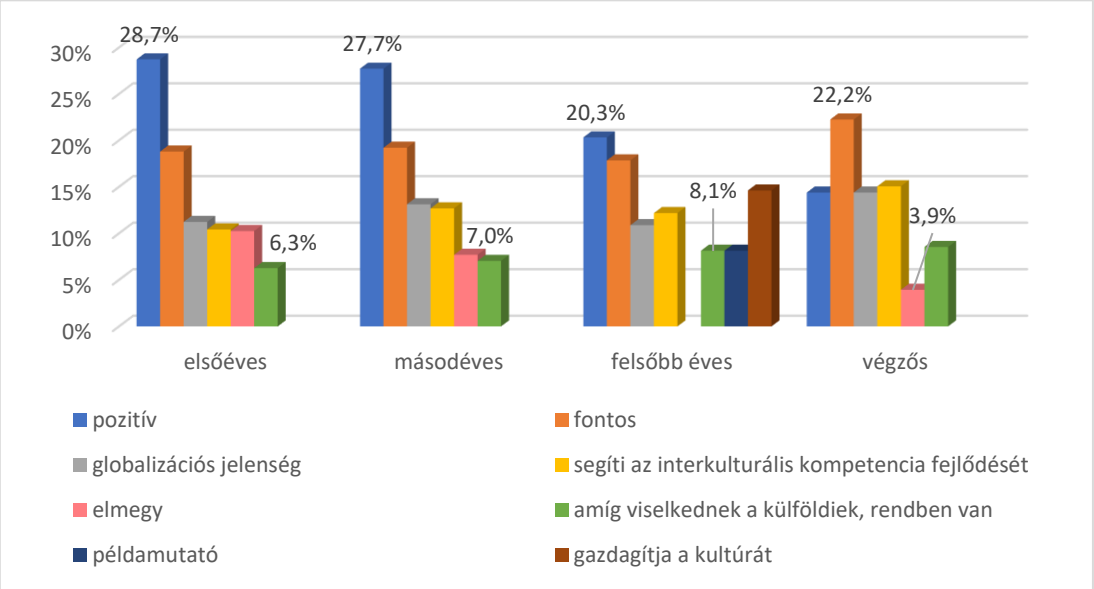


43. ábra: „Mit gondol más kultúrák jelenlétéről a saját hazájában?" (német nyelvű képzés)

60. táblázat: „Mit gondol más kultúrák jelenlétéről a saját hazájában?" – Összesített eredmények (német nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=2090**	**másodéves N=2080**	**felsőbb éves N=2225**	**végzős N=448**	**p elsőéves-végzős**
pozitív	24,4%	23,8%	20,3%	19,2%	0,009
fontos	21,9%	21,4%	17,8%	16,3%	0,004
globalizációs jelenség	9,7%	10,1%	10,9%	11,8%	0,089
segíti az interkulturális kompetencia fejlődését	13,8%	13,9%	12,2%	15,2%	0,221
amíg viselkednek a külföldiek, rendben van	12,0%	11,3%	8,1%	6,3%	0,000
példamutató	-	-	8,1%	9,4%	-
gazdagítja a kultúrát	-	-	14,6%	14,1%	-

Az *angol nyelvű képzés* hallgatóinak leggyakrabban előforduló válasza szintén a más kultúrák jelenlétének pozitív mivolta, szignifikánsan csökkenő (p=0,000) tendencia mellett. Az interkulturális kompetencia fejlődésének lehetősége szignifikánsan növekszik (p=0,000), hasonlóan a „globalizációs jelenség" (p=0,015), az „amíg viselkednek a külföldiek, rendben van" (p=0,023) valamint a „fontos" (p=0,026) válaszlehetőségekhez.



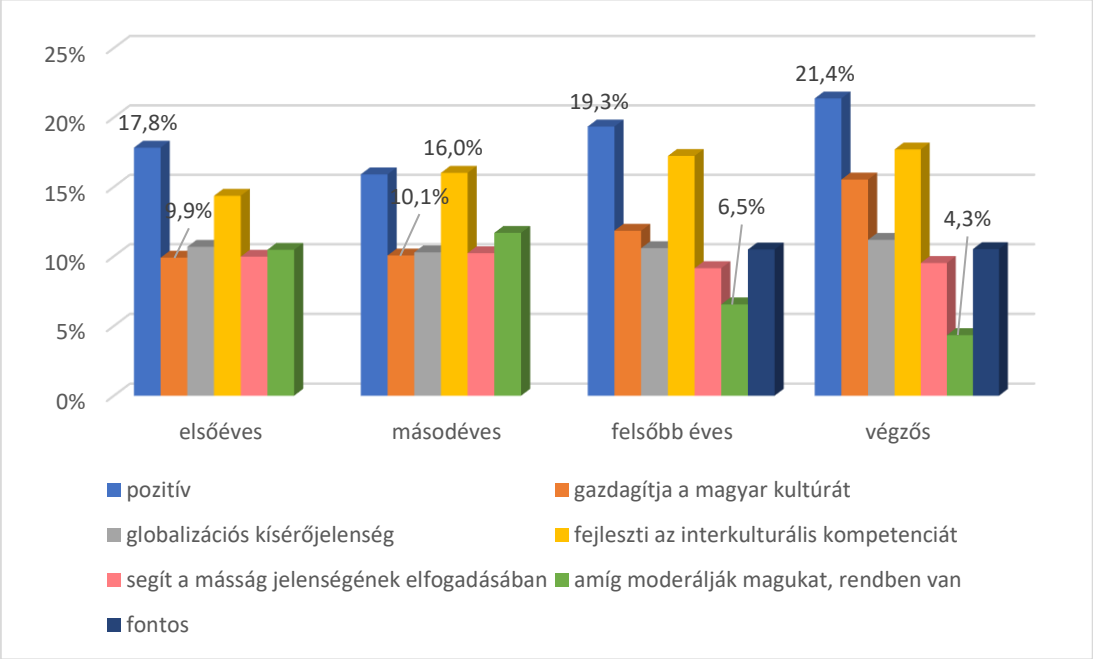
44. ábra: „Mit gondol más kultúrák jelenlétéről a saját hazájában?" (angol nyelvű képzés)

61. táblázat: „Mit gondol más kultúrák jelenlétéről a saját hazájában?" – Összesített eredmények (angol nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=1229**	**másodéves N=1364**	**felsőbb éves N=1163**	**végzős N=890**	**p elsőéves-végzős**
pozitív	28,7%	27,7%	20,3%	14,4%	0,000
fontos	18,8%	19,2%	17,8%	22,2%	0,026
globalizációs jelenség	11,2%	13,1%	10,9%	14,4%	0,015
segíti az interkulturális kompetencia fejlődését	10,4%	12,7%	12,2%	15,1%	0,000
elmegy	10,3%	7,7%	-	3,9%	0,000
amíg viselkednek a külföldiek, rendben van	6,3%	7,0%	8,1%	8,5%	0,023
példamutató	-	-	8,1%	-	-
gazdagítja a kultúrát	-	-	14,6%	-	-

Külföldi társaikhoz hasonlóan a *magyar hallgatók* is pozitívan ítélik meg más kultúrák jelenlétét hazájukban, a képzési időt tekintve szignifikáns növekedés mellett (p=0,031). Ezzel egyidejűleg az „amíg moderálják magukat, rendben van" (p=0,000) válasz aránya szignifikánsan csökken.

Hasonlóan külföldi társaikhoz, a magyar válaszadók is növekvő arányban érezték úgy, hogy más kultúrák jelenléte gazdagítja a magyar kultúrát (p=0,000), illetve, hogy e jelenlét fejleszti az interkulturális kompetenciát (p=0,029).



45. ábra: „Mit gondol a külföldiek hosszabb távú (pl. néhány éves) magyarországi tartózkodásáról?" (magyar nyelvű képzés)

62. táblázat: „Mit gondol a külföldiek hosszabb távú (pl. néhány éves) magyarországi tartózkodásáról?" - Összesített eredmények (magyar nyelvű képzés)

N= jelölések száma	**elsőéves N=1414**	**másodéves N=1780**	**felsőbb éves N=1039**	**végzős N=599**	**p elsőéves-végzős**
pozitív	17,8%	15,9%	19,3%	21,4%	0,031
gazdagítja a magyar kultúrát	9,9%	10,1%	11,8%	15,5%	0,000
globalizációs kísérőjelenség	10,7%	10,3%	10,6%	11,2%	0,371
fejleszti az interkulturális kompetenciát	14,4%	16,0%	17,2%	17,7%	0,029
segít a másság jelenségének elfogadásában	10,0%	10,2%	9,1%	9,5%	0,378
amíg moderálják magukat, rendben van	10,5%	11,7%	6,5%	4,3%	0,000
fontos	-	-	10,5%	10,5%	-

6.3. Fókuszcsoportos kutatás eredményei

A fókuszcsoportos interjúk vezérfonala a kérdőíves vizsgálat dimenzióit követi, ennek megfelelően a következő témakörök mentén épült fel: hallgatói jóllét nemzetközi egyetemi környezetben, nyelvi és kommunikációs nehézségek, Magyarországgal kapcsolatos eddigi benyomások és ismeretek, különbségek az eredeti és a befogadó kultúra között, alkalmazkodás a befogató kultúrához, a Nemzetközi Est szerepe az interkulturális kompetencia fejlődésében, más kultúrák jelenlétével kapcsolatos beállítódások.

6.3.1. Hallgatói jóllét nemzetközi egyetemi környezetben

A fókuszcsoportos vizsgálat során a külföldi hallgatók többsége arról számolt be, hogy abban az esetben, ha a Magyarországi tanulmányaik idején belehelyezkednek a külföldön, konkrétan Magyarországon/Pécsett tanuló külföldi hallgató helyzetébe, és igyekeznek abból a legjobbat kihozni, nincs okuk arra, hogy ne érezzék jól magukat. Más a helyzet azonban, ha a tartózkodás ideje alatt folyamatosan jelen van a mindennapokban a hazájukba történő visszatérés lehetősége és igénye.

„Amíg abban gondolkodtam, hogy két év után úgyis hazamegyek, nem igazán arról szólt az élet, hogy jól érzem magam. Miután a felsőbb évekre nem kaptam helyet otthon, sok minden átalakult bennem, nyitottam kifelé, azóta sokkal jobban érzem magam." (német nyelvű képzés hallgatója)

„Támogató a környezet" (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Jó dolgunk van Magyarországon, nem panaszkodhatunk"(német nyelvű képzés hallgatója)

„90 százalékban elfogadva érzem magam, és 10 százalékban azt érzem, kedvelnek itt minket." (angol nyelvű képzés hallgatója)

6.3.2. Nyelvi és kommunikációs kihívások

Az idegen nyelvű képzés hallgatói szinte minden interjú során arról számoltak be, hogy a magyar nyelvet nem sikerült középszinten megtanulniuk, kivéve a klinikai modulban folytatott kommunikációt, melyet általában az alapfoknál kicsit magasabb szinten sikerül elsajátítaniuk.

A válaszadók egy része úgy véli, hogy a hétköznapi szituációkban magyar nyelvtudás nélkül is boldogulnak, és képesek közvetlen emberi kapcsolatba kerülni a magyarokkal. Mások úgy vélik, hogy a nyelvi kurzusok, a gyakorlatok és a spontán alkalmak ellenére sem sikerült elérni

olyan magyar nyelvi szintet, mely lehetőséget teremtett volna egy nagyobb mértékű integráltságra. Magyar hallgatótársaik hasonló benyomásokról számoltak be az idegen nyelvű képzés nyelvi kompetenciáit tekintve.

„Öt esztendőn keresztül heti kétszer jártam magyarra és igyekeztem gyakorolni a nyelvet olyan helyzetekben is, ahol nem beszéltek angolul vagy németül. Sajnos az eredménnyel egyáltalán nem vagyok elégedett, többet vártam öt olyan évtől, amit egy másik országban töltöttem el. Persze lehet, hogy ez csak azon múlt, hogy nem vagyok tehetséges.“ (német nyelvű képzés hallgatója)

„Véleményem szerint legalább alapfokú nyelvtudás szükséges ahhoz, hogy a helyi lakosokkal tisztelettel tudunk viselkedni, és esélye legyen részükről az elfogadásnak. Emellett a klinikumban is elengedhetetlen a legalább alapfokú nyelvtudás.“ (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Sajnos magával az országgal és a kultúrával nem sikerült mélyebb kapcsolatba kerülnöm, ami szerintem a nyelv miatt van. Hat év után is alig tudom magamat kifejezni és megértetni, ha szeretnék valamit. Mindezt annak ellenére, hogy jártam magyar kurzusokra és magyar hallgatókkal is buliztam.“ (német nyelvű képzés hallgatója)

„A nyelvvel mindenképpen akadhat problémájuk, például boltokban. Sokan nem beszélnek az idősebb korosztályból angolul. A legegyszerűbb a beilleszkedésben mindenképpen az lehetett nekik, amit csoportosan végeznek, gondolok itt egyetemi dolgokra. Ahogy láttam, az azonos országokból érkező diákok egy csoportot alkotnak.“ (magyar nyelvű képzés hallgatója)

„Nehéz, hogy nyelvi korlátaik vannak, a magyar nyelv elsajátítása nem könnyű számukra. Sok helyen találkozok külföldiekkel, szoktam nekik segíteni tolmácsolni, mert a magyar emberek jelentős része nem beszél egy külföldi nyelvet sem, vagy ha mégis akkor csak nem akarnak segíteni. Távol vannak a családjuktól, új ismeretségeket kell kötniük egy idegen környezetben.“ (magyar nyelvű képzés hallgatója)

6.3.3. Magyarországgal kapcsolatos eddigi benyomások és ismeretek

Ebben a témakörben az idegen nyelvű képzés hallgatóinál az egyre növekvő ismeretek és a pozitív benyomások voltak túlsúlyban. Leggyakrabban a magyarok vendégszeretetét említették, emellett többször elhangzott a családiasnak megélt környezet fontossága, az egyetemváros hangulata és méretének előnyei, valamint a pozitív gasztronómiai élmények.

A negatív benyomások tekintetében elsősorban a külföldieket érő hátrányos anyagi megkülönböztetést említették (gyakorta magasabbra emelt árak a külföldi hallgatók esetében), és emellett a szokásbeli és értékkülönbségeket emelték ki.

„A szabályok állandó, indokolatlan változtatása idegesítő.” (német nyelvű képzés hallgatója)

„Furcsa az elvesztett területekkel kapcsolatos bosszankodás és Magyarország Európa történelmében betöltött hősies szerepének folyamatos említése.” (német nyelvű képzés hallgatója)

„A júniusi meleg már kibírhatatlan és nem is nagyon tesznek azért, hogy legalább az épületekben jobb legyen a helyzet." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Az ország anyagi és politikai helyzete." (német nyelvű képzés hallgatója)

„A munkamorál kívánnivalót hagy maga után, akár az utcát, akár a bürokráciát nézve." (angol nyelvű képzés hallgatója)

6.3.4. Különbségek az eredeti és a befogadó kultúra között

A fókuszcsoportos interjúk során az idegen nyelvű képzés hallgatói többször említették az életmóddal és életstílussal kapcsolatos különbségeket, a mentalitást, valamint a közlekedési szokások másságát, a hivatalos ügyintézés nehézségeit, az eltérő időkezelést és a munkamorált. Ez utóbbiak legfőképpen a német hallgatók válaszai kapcsán jelentek meg.

A felsőbb éves hallgatók emellett kiemelték a szociális különbségeket, a politikai kultúra másságát, a nemzeti büszkeséget, valamint az anyagi helyzetből adódó eltéréseket a magyar és a külföldi hallgatók között (lakhatás, öltözködés, vásárlási és szórakozási lehetőségek).

„A magyarok hajlamosak a melankóliára és az elégedetlenségre, miközben nem nagyon igyekeznek, hogy a helyzetükön változtassanak" (német nyelvű képzés hallgatója)

„Rendkívül olvasottak és sokat tudnak." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Segítőkészek, közvetlenek." (német nyelvű képzés hallgatója)

„Szívélyesek." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Nem igazán érdekli őket a közlekedési szabályok betartása, például a gyalogosok átengedése, kis ívben balkanyar." (német nyelvű képzés hallgatója)

„Érdekes látni, hogy az utcán dolgozó emberek közül egy dolgozik, a maradék kilenc meg nézi." (német nyelvű képzés hallgatója)

„Nagyon családcentrikusak." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Nem mondanak pontos időt, hanem azt mondják, majd. Kicsit olyanok, mint a mediterránok." (német nyelvű képzés hallgatója)

„Kár, hogy valószínűleg anyagi okok miatt nem ugyanoda járnak szórakozni, ez nehezíti az ismerkedést." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Patrióták, büszkék az országukra." (*német nyelvű képzés hallgatója)*

„Csinálják, ahogy éppen gondolják. Hogy az mennyire lesz tartós, nem igazán érdekli őket." (*német nyelvű képzés hallgatója)*

6.3.5. *Alkalmazkodás a befogadó kultúrához*

A befogadó kultúrához való alkalmazkodás vonatkozásában a fókuszcsoportokban résztvevő külföldi hallgatók az egyetemi tanulmányokat és az egyetemi életet, a hétköznapi élet helyzeteit (pl. lakhatás, vásárlás) érezték leginkább egyszerűnek. A magyar nyelvű képzés hallgatóinak – hasonlóan külföldi társaikhoz – a nemzetközi egyetemi élet és a nemzetközi közegben folytatott egyetemi tanulmányok jelentették a legkevesebb problémát.

„Hétköznapok, gasztronómia.“ (német nyelvű képzés hallgatója)

„Itteni szokások elfogadása.“ (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Beilleszkedésnél megkönnyítheti a dolgukat, hogy a külföldiek hazánkban talán kicsit különlegesnek számítanak, sokkal inkább, mint egy olyan országban, ahol megszokott a sokféle kultúra és nemzet jelenléte. Így gyakrabban érdeklődnek irántuk az emberek, könnyebben kerülnek kommunikációba, ami a beilleszkedésnél a legfontosabb lehet.“ (magyar nyelvű képzés hallgatója)

„Legegyszerűbb talán az egyetemi életbe való beilleszkedés lehetett, mivel itt eleve be vannak vonva a programokba.“ (magyar nyelvű képzés hallgatója)

„Csoporttársakkal összekovácsolódni, barátságokat kialakítani, mivel itt magunkra vagyunk utalva.“ (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Legegyszerűbb a lakóhely (albérlet) megtalálása volt.“ (angol nyelvű képzés hallgatója)

Az alkalmazkodás szempontjából legnehezebb tényezőket tekintve az interjúk során a leggyakrabban a nyelvi és kommunikációs problémák kerültek elő a külföldi hallgatók körében. Nehézségként említették még az ügyintézést és bürokráciát, a befogadó közeg megismerését és a beilleszkedés egyéb tényezőit. Magyar hallgatótársaik az ismerkedést és annak lehetőségeit tekintve szintén kihívásokról számoltak be, nemkülönben az idegen nyelvek használatával kapcsolatos visszafogottságukról. Emellett fontos szempontként merült fel, hogy anyagi lehetőségeik szempontjából nagy különbségek mutatkoznak, ami a kapcsolódási pontok körét is leszűkíti.

„Nehéz a magyarok jobb megismerése.” (német nyelvű képzés hallgatója)

„A hivatali ügyintézés nagyon nehéz.” (angol nyelvű képzés hallgatója)

„A legnehezebb talán a nyelv és hogy a magyarok sokszor nem túl nyitottak és közvetlenek - ez nyilván személyfüggő, illetve generációfüggő is, de a történelmünk miatt sajnos nemzeti vonásunknak is tekinthetjük.” (magyar nyelvű képzés hallgatója)

„Érvényesülni az egyetemen kívül, mivel a magyarok alig beszélnek idegen nyelveket.” (német nyelvű képzés hallgatója)

„Egy egzotikusabb kinézetű lányt/fiút itt biztosan a kelleténél jobban megbámulnak az utcán. A kommunikáció is nehéz lehet nekik, ha még csak törik a magyart, vagy még azt sem." (magyar nyelvű képzés hallgatója)

A kellemetlen helyzeteket tekintve – a kommunikációs és nyelvi nehézségektől eltekintve – leggyakrabban a külföldi hallgatók anyagi lehetőségeivel való visszaélés került elő a fókuszcsoportok során, emellett a szociális különbségekből adódó kellemetlenségek. Kirekesztő, előítéletes viselkedést ritkábban tapasztalnak.

A magyar hallgatók által kellemetlennek ítélt helyzetek részben szintén a kommunikációs és nyelvi problémákra, részben pedig az eltérő szokásokra és a szociális és anyagi különbségekre vezethetők vissza.

„Mindenfajta szolgáltatást (étkezés, taxi, lakásbérlés) drágábban adnak a külföldieknek, és miattuk, ami azt is eredményezi, hogy a magyaroknak is drágább, így aztán az érintkezési felület még kevesebb." (német nyelvű képzés hallgatója)

„Kellemetlenségként a viselkedést és a hangos beszédet említeném." (magyar nyelvű képzés hallgatója)

„Időnként át is vágnak minket, főleg az elején, mikor még nem ismerjük az itteni viszonyokat." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Folyton a bejáratban állnak, nagyon idegesítő, és eszük ágában sincs arrébb állni, ha jön valaki." (magyar nyelvű képzés hallgatója)

6.3.6. A Nemzetközi Est szerepe az interkulturális kompetencia fejlődésében

A Nemzetközi Est, mint a külföldi hallgatók legfontosabb éves rendezvénye mind a külföldi, mind a magyar hallgatók szerint rendkívül pozitív hatással bír, az összetartozás megélésének lehetőségét teremti meg évről-évre. Emellett minden fókuszcsoportban megemlítették a hallgatók, hogy a mások kultúrájának jobb megismerésére szervezett alkalom további lehetőségeket teremt az ismerkedésre, a kapcsolatok megteremtésére és építésére.

„Mindig szuper volt eddig, az utóbbi pár évben pedig óriásira nőtt." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Mindig lenyűgözött, mire képesek a hallgatótársak, ha beletesznek mindent, ami nem kevés energiát jelent. Az eredmény szuper, biztos siker mindig, és a sokszínűség egyenesen varázslatos." (német nyelvű képzés hallgatója)

„Alkalmat teremt arra, hogy az egyes kultúrák a legkülönbözőbb módon mutatkozzanak be. Mélyebb érdeklődést kelt az egyes kultúrák iránt." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Az International Evening-re évente elmegyek. Nagyon érdekes, jó látni, hogy ilyen "színes" egyetemünk van minden tekintetben." (magyar nyelvű képzés hallgatója)

„Ott egy kicsit közelebb éreztem őket hozzánk. Összetartást éreztem." (*magyar nyelvű képzés hallgatója)*

6.3.7. Más kultúrák jelenlétével kapcsolatos beállítódások

Az interkulturális kompetencia fejlődésének keretében a kérdéskör kapcsán egyrészt arra voltunk kíváncsiak, hogy a hallgatók más kultúrák jelenlétével kapcsolatosan hogyan vélekednek. A kérdőívhez hasonló módon, két kérdést tettünk fel ezzel kapcsolatban a fókuszcsoportokban is: egyrészt abból a szempontból, amikor maguk a hallgatók tartózkodnak egy másik kultúrában, másrészt pedig abból, ha saját hazájukban tartózkodnak más kultúrából érkezők.

Más kultúrák magyarországi jelenlétét illetően a külföldi hallgatók leggyakrabban a jelenlét pozitív hatását, valamint az interkulturális érzékenység és kompetencia fejlődésének lehetőségét említették. Emellett megemlítették még, hogy a külföldi hallgatók jelenléte által a magyar kultúra is gazdagodhat, és kiemelték azt a szempontot is, hogy a kölcsönös tolerancia elengedhetetlenül fontos.

A magyar hallgatókat ebben a kérdéscsoportban arról kérdeztük, mit gondolnak a magyarok hosszabb távú (pl. néhány éves) külföldi tartózkodásáról. A magyar nyelvű képzés hallgatói is kiemelték a külföldi tartózkodás pozitív hatását, valamint az alkalmazkodás szükségességét és az interkulturális kompetencia fejlődésének lehetőségét.

„Úgy gondolom, ha sokféle kultúra keveredik egy helyen, akkor az arra nyitott emberek csak nyerhetnek belőle, tanulhatnak egymástól, tágíthatják a horizontjukat, és más látásmódot is megismerhetnek. Nyilván több toleranciát is igényel az eltérő szokások miatt, de úgy vélem, sokkal több előnyt nyújt, mint hátrányt." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Szerencsés dolog, hogy világot láthatunk és közelről megismerkedhetünk egy másik kultúrával, ahogy az is, hogy kevésbé direkt módon ugyan, de az itteniek is megismerkedhetnek a külföldi kultúrákkal, világnézetekkel, emberekkel." (német nyelvű képzés hallgatója)

„Pozitívnak találom, mindenképp jót tesz az egyetemnek oktatásilag illetve hangulatilag is ez a sokszínűség. Személy szerint örülök neki, tetszik. Ha pedig mi megyünk külföldre, ugyanúgy alkalmazkodnunk kell, ahogy nekik is itt, ha be szeretnénk illeszkedni. Sokat lehet ebből tanulni, ami ebben az orvosi szakmában egyre inkább fontos lesz." (magyar nyelvű képzés hallgatója)

A másik kérdésünk arra vonatkozott, hogy mit gondolnak a német és angol nyelvű képzés hallgatói, illetve magyar társaik más kultúrák jelenlétéről a saját hazájukban? Az idegen nyelvű

képzés hallgatói pozitívnak és fontosnak tartják más kultúrák jelenlétét saját hazájukban is. Többször kiemelték, hogy globalizációs jelenségről lévén szó, elengedhetetlenül fontos az interkulturális kompetencia fejlesztése és az alkalmazkodás szükségességének hangsúlyozása, a befogadók és az oda érkezők oldaláról egyaránt. Hasonlóan külföldi társaikhoz, a magyar hallgatók is úgy érzik, a külföldiek jelenléte által interkulturális érzékenyítésen mennek át, mely a magyar kultúrát is gazdagítja.

„Egyre inkább globalizálódik a világ, így a nyelvtudás és a más kultúrákból érkezőkkel való boldogulás esszenciális lesz a jövőben. A pécsi nemzetközi környezetben hozzászokunk mindehhez és ezeket a kompetenciákat később a munkánk során is kamatoztatni tudjuk majd." (német nyelvű képzés hallgatója)

„Annyi mindent kaptam, mióta itt vagyok: megértettem, milyen külföldinek lenni egy másik országban és ezáltal megtanított arra, hogyan közeledjek más kultúrából érkező emberekhez, szóval esélyt kaptam arra, hogy toleránsabbá és elfogadóbbá válhassak." (angol nyelvű képzés hallgatója)

„Örülök neki, ugyanakkor elcsodálkozom, mi hoz például egy kanadait ide. De nagyon jó, hogy itt vannak." (magyar nyelvű képzés hallgatója)

„Nagyon jó dolognak tartom, hogy az egyetemen külföldi diákokat is oktatnak, mert nemcsak színesebbé teszik az egyetemet, de nekünk, magyar hallgatóknak is sokat segítenek a nyelvgyakorlásban, emellett tágítja a szemléletet és sokat hozzátesz a más kultúrákkal kapcsolatos ismereteinkhez." (magyar nyelvű képzés hallgatója)

7. MEGBESZÉLÉS

A doktori dolgozat e fejezetében a korábban bemutatott szakirodalom, a hipotéziseink, valamint a kutatási eredmények összevetésére kerül sor, a dolgozat eddigi tematikus struktúráját követve. Ennek megfelelően először a szakirány- és munkahelyválasztással kapcsolatos, majd a kultúraközi kommunikáció, participáció és interkulturális kompetencia kialakulásával és fejlődésével kapcsolatos eredményeket mutatjuk be.

7.1. Orvosi szakirány- és munkahelyválasztási preferenciák

Kérdőíves vizsgálatunkban a jövő orvosainak szakirány- és munkahelyválasztási preferenciáinak, valamint az esetleges migrációs szándékok okainak és motivációs tényezőinek feltárását tűztük ki kutatási célként, válaszokat keresve alábbi kutatási kérdéseinkre:

- Milyen szakirányválasztási preferenciák figyelhetők meg a PTE ÁOK-on tanuló orvostanhallgatók körében?
- A szakirányválasztási preferenciák mögött milyen okok és motivációs tényezők húzódnak meg?
- A magyar és idegen nyelvű képzés hallgatói hazájukban, vagy egy másik országban képzelik el jövőjüket?
- Mely településnagyságot preferálják a hallgatók munkavégzésük leendő helyszíneként?
- A településnagysággal kapcsolatos preferenciák mögött milyen okok és motivációs tényezők húzódnak meg?

7.1.1. Szakirányválasztási preferenciák, okok és motivációs tényezők

Az orvosi szakterület-választás legfőbb motivációját a szakmai és tudományos kihívások, emellett a gazdasági (jövedelem, presztízs) és az életstílussal összefüggésben álló indítékok (munkahely-magánélet egyensúlya) jelentik (Khater-Menassa 2005, Szényei és mtsai 2010, Girasek és mtsai 2011). Vizsgálatunk eredményei összhangban állnak a szakirodalom vonatkozó megállapításaival, hiszen mindhárom képzési nyelvi mintában a legtöbben a szakmai érdeklődést jelölték, míg a második és harmadik legfontosabb tényező az életstílus-, valamint a gazdasági indítékok voltak.

A szakirodalom jelentős részében a **személyes és munkahelyi jellemzők** két nagyobb tényezőcsoportját különítik el. A személyes jellemzők közé olyan társadalmi és gazdasági háttértényezők sorolhatók, mint például az életkor/tanulmányi szemeszter, nem, lakóhely, családi állapot, szülők iskolai végzettsége, vallás, lakókörnyezet stb. Egyes tanulmányok szerint a szakterület-választásra a nemnek van a legerősebb hatása, és csak ezt követik a karrierrel kapcsolatos motivációk (Buddeberg-Fischer és mtsai 2006, Lambert és mtsai 2006, Lefervre és mtsai 2010, Molnár és mtsai 2010, 2012, Győrffy és mtsai 2013, 2015).

A szakválasztást befolyásoló tényezők közül **a személyes jellemzők**et tekintve vizsgálatunkban azt találtuk, hogy azok a német hallgatók, akik rendelkeznek külföldi tapasztalattal, nagyobb valószínűséggel választanak szakirányt annak függvényében, hogy át tudják-e venni a szülői praxist. Az angol nyelvű képzésben a szülői praxis átvételének lehetősége nem jelenik meg befolyásoló tényezőként, szemben a Munka-Magánélet Egyensúly és az Orvosi Karrier faktorokkal. Az orvos anyával rendelkező hallgatók esetében a Munka-Magánélet Egyensúly faktor, kevesebb külföldi tapasztalattal rendelkező hallgatók esetében az Orvosi Karrier faktor fontossága mutatkozik gyengébbnek. A magyar hallgatók preferenciái teljesen mást mutatnak: a szakválasztás vonatkozásában a külföldön szerzett tapasztalatok egyáltalán nem játszanak meghatározó szerepet, míg az Orvosi Karrier faktor fontossága azonban jelentős, különösen a férfiak esetében. Ez összhangban van a korábbi tanulmányokkal, melyek szerint a férfiak a jövedelem, a presztízs és az eszközorientáltság szempontjait értékelik magasabbra, míg a nőknél fontosabb a biztos állás, a család iránt érzett felelősség, a munkaidő mértéke (Buddeberg-Fischer és mtsai 2003, Shamseer és mtsai 2008, Miksch és mtsai 2012, Heiligers 2012, Kim és mtsai 2016), a segíteni vágyás, és az orvos-beteg kapcsolat. A magyar hallgatók esetében az is kiderült, hogy amennyiben az édesapa egészségügyi dolgozó, a hallgatók szakválasztásukat nagyobb valószínűséggel indokolják tanulmányi szerződéssel, míg azok a hallgatók, akiknek az édesanyja felsőfokú végzettséggel rendelkezik, éppen ellenkező tendenciával jellemezhetők.

A **munkahelyi jellemzők** közé a szakirodalom a gazdasági, valamint az életstílus tényezőket sorolja. Ilyen a természettudományos érdeklődés, az orvosi pálya presztízse, a karrierlehetőségek, az anyagi elismertség és megbecsültség, valamint az altruisztikus motiváció, a segítés iránti igény. Számos tanulmány (Thornton és Esposito 2003, Gagné és Léger 2005) a gazdasági tényezők közé sorolja a munkaidő tervezhetőségét, a szabadság lehetőségét (Thornton és Esposito 2003, Kiker és Zeh 1998) vagy akár a flexibilis-munkaidőt is (Miksch és mtsai 2012, Gensch 2007, Gedrose és mtsai 2012, Dorsey és mtsai 2003, Lambert

és mtsai 2005, Newton 2005, Heiligers 2012, Győrffy és mtsai 2017). Az életstílus tényezők közül az életstílusbarát (lifestyle-friendly) és nem életstílusbarát megkülönböztetést (Lind és Cendan 2003, Lambert és Holmboe 2005, Newton és mtsai 2005, Götz és mtsai 2011), valamint a Schwartz és munkatársai (1990) által meghatározott kontrollálható és nem kontrollálható életstílus felosztást fontos kiemelni. E tanulmány a nem kontrollálható életstílussal rendelkező szakirányok közé sorolta a sebészeti szakmákat (beleértve az ortopédiai-traumatológiai irányokat is), a gyermekgyógyászati területeket, a belgyógyászatot (pl. a kardiológiát), a szülészet-nőgyógyászatot, valamint a háziorvostant.

Vizsgálatunk eredményei azt mutatják, hogy a szakirodalom megállapításaival összhangban mindhárom képzési nyelv hallgatói közül a legtöbben a sebészet, az ortopédia, a traumatológia szakirányokat jelölték meg (Schwarz és mtsai 1990, Bland és Isaacs 2002). A legkevésbé népszerű területet pedig összességében a családorvostan képviselte. Ez utóbbi alól kivételt csak a német hallgatók képeznek. Esetükben azonban fontos kiemelni, hogy a megkérdezettek között szerepeltek azok a hallgatók is, akik családorvosi pályát támogató ösztöndíjjal rendelkeztek.

A **sebészet** szakirány választásával kapcsolatban eredményeink alátámasztják a területtel kapcsolatos eddigi megállapításokat. A német férfi hallgatók női társaikhoz képest több mint kétszeres valószínűséggel választanak sebészeti szakmákat, hasonlóan az angol nyelvű képzés hallgatóihoz, ahol a férfiak mintegy 2,5-szeres valószínűséggel választják e területet. A magyar hallgatói mintában még markánsabb a nemek közötti különbség: a férfi hallgatók ötször akkora érdeklődést mutatnak a terület iránt. Az elsőévesek (mindkét nemet tekintve) a férfi hallgatók értékeihez képest mindössze harmad ekkora, a felsőfokú végzettségű anyák gyermekei pedig csak tized ekkora hajlandóságot mutatnak a szakirány iránt. A számottevő lokális kötődést mutató német hallgatók úgyszintén kevésbé választják a sebészeti területet, hasonlóan a rosszabb anyagi helyzetben lévő hallgatókhoz. Eredményeink összességében alátámasztani látszanak azokat a szakirodalmi megállapításokat, melyek szerint a sebészeti szakmák – főleg az alsóbb évfolyamokon - ugyan még mindig magas népszerűségnek örvendenek, ezzel együtt az elmúlt években lényegesen nőtt az életstílusbarát szakmát választók aránya (Lind és Cendan 2003).

A **gyermekgyógyászat**ot vizsgálva az találtuk, hogy a német nyelvű képzésben a férfiak és az elsőévesek a többi szakterülethez képest jelentősen kevésbé érdeklődnek e terület iránt, így a német nyelvű képzésben a szakirányt inkább a nők és inkább felsőbb évesek preferálják. Az angol nyelvű képzésen belül a norvég hallgatók gyermekgyógyászat iránti érdeklődése más szakokhoz képest jelentős, az orvos anyával rendelkező hallgatókhoz hasonlóan. Amennyiben

pedig a lokális kötődés faktor szignifikánsan befolyásolja a településválasztást, a hallgatók kétszeres hajlandóságot mutatnak a terület iránt. A magyar hallgatók esetében azt találtuk, hogy a férfiaknál tizedére csökkent a gyermekgyógyászat választásának esélye a női hallgatókhoz képest, mely alátámasztani látszik a nők segítő szakirányok iránti erősebb érdeklődését és érzékenységét **(**Millan és mtsai 2005, Győrffy és mtsai 2017).

A gyermekgyógyászat iránt a várakozásoknak megfelelően tehát inkább a nők, a felsőbb évesek, az orvos anyával, valamint a lokális kötődéssel rendelkezők érdeklődnek. Ez vélhetően a többféle foglalkoztatási formában gyakorolható, valamint kontrollálhatóbb életstílust lehetővé tevő szakterületi sajátosságok miatt van így (Adler és mtsai 1985, Shamseer és mtsai 2008).

A **belgyógyászat** szakirány választását vizsgálva szignifikáns eredményeink azt mutatták, hogy az angol nyelvű képzés hallgatóinál a rosszabb anyagi helyzet másfélszeresére növeli a belgyógyászati szak választásának esélyét. A felsőfokú végzettségű anya, illetve a korábbi külföldi tapasztalat a magyar hallgatóknál is jelentősen megnöveli a belgyógyászat szakirány választásának hajlandóságát. Eredményeink megerősítik Götz és mtsai (2011) megállapításait, miszerint a hallgatók reflektálnak az adott szakirány társadalmi aspektusaira is: az adott szakirány jövője (például a geriátria és a gerontológia iránti növekvő igény), valamint a hozzá kapcsolódó megélhetési lehetőségek egyre inkább előtérbe kerülnek.

A **szülészet-nőgyógyászat** szak választásával kapcsolatosan a szignifikáns eredmények azt mutatják, hogy a német hallgatóknál a terület választásának hajlandóságát jelentősen növeli a Szakmai Fejlődés faktor. Kétszer ilyen erős motivációt jelent a Munka-Magánélet Egyensúly faktor, és az orvos anyával rendelkező hallgatók között találjuk a legnagyobb hajlandóságot a szakterület választására. Ezzel ellenkező tendencia tapasztalható azon német hallgatók esetében, akiknél az Orvosi Karrier, vagy a Fókuszban a Család faktornak volt magasabb értéke. Az orvos apával rendelkező német férfi hallgatók esetében pedig töredékére csökken a szülészet- nőgyógyászat szak választásának esélye. Eredményeinket számos korábbi tanulmány is alátámasztja, melyek szerint a nem (Lambert és mtsai 2006, Lefervre és mtsai 2010) és a gazdasági szempontok (Thornton és Esposito 2003, Gagné és Léger 2005) mellett a betegekkel való kapcsolat, a presztízs és az életstílus jelentenek a szakválasztás szempontjából fontos tényezőket (Kassebaum és Szenas 1994, Miksch és mtsai 2012, Gensch 2007, Gedrose és mtsai 2012). Az angol nyelvű képzés elsőéves hallgatóinak szülészet-nőgyógyászat szakválasztási esélyei jóval alacsonyabbak, melyre egyértelmű magyarázatot adhat a tanulmányok előrehaladtával változó szakmai érdeklődés (Nieuwhof és mtsai 2005). Azok a magyar hallgatók, akiknél a Szakmai Fejlődés faktor magasabb értékkel bír, jobban érdeklődnek a

szülészet-nőgyógyászat iránt. A kapott eredmény egybecseng a Schwartz és munkatársai által a nem kontrollálható életstílust jelentő szakirányokkal kapcsolatban kimutatható szakmai tényezők faktor jelenlétével.

A hiányterületnek számító **családorvostan/alapellátási szakirány** (Kopetsch 2010, Abelsen és Olsen 2012, Steinhäuser és mtsai 2013, Schneider és mtsai 2013, Katona 2015, Bartels és mtsai 2016) választása kapcsán eredményeink azt mutatták, hogy a külföldi tapasztalattal rendelkező német hallgatók kisebb hajlandóságot mutatnak a családorvostan szak választását illetően. A magyar nyelvű képzésben a férfi hallgatók lényegesen kevésbé érdeklődtek e terület iránt, továbbá szintén kisebb hajlandóságot mutatnak a felsőfokú végzettséggel rendelkező anyák gyermekei is. Eredményeink összhangban állnak a szakirodalom megállapításaival, egyrészt a nemi különbségekre vonatkozóan (Buddeberg-Fischer és mtsai 2003, Shamseer és mtsai 2008, Miksch és mtsai 2012), másrészt a szocio-demográfiai háttértényezők (pl. szülői háttér) vonatkozásában is (Senf és mtsai 2003, 2004, Molnár és mtsai 2013, Shankar és mtsai 2013, Korkmaz és Senol 2013, Gerhards és Németh 2015, Molnár 2015, Győrffy és mtsai 2016).

A kontrollálható életstílussal járó szakmák közé sorolt **neurológia** választásával kapcsolatos szignifikáns eredményeink azt mutatták, hogy a magyar hallgatók esetében a szülői háttér, mint demográfiai háttértényező (felsőfokú végzettségű anya) jelentősen megnöveli a szakirány választásának esélyét. Az angol nyelvű képzés hallgatóinak esetében a Munka-Magánélet Egyensúly faktor magasabb értéke vagy az anyagi helyzet romlása növeli a neurológia választásának hajlandóságát. A kapott eredmények összhangban állnak azon tanulmányokkal, melyek szerint a gazdasági tényezők között a jövedelmi lehetőségek mellett olyan életstílus-szempontok is megjelennek, mint például a munkaidő tervezhetősége, illetve a munkaidő-szabadidő egyensúlya, vagy akár a flexibilis-munkaidő (Miksch és mtsai 2012, Gensch 2007, Gedrose és mtsai 2012).

7.1.2. Munkahelyválasztási preferenciák

Az orvosi pályaválasztás ösztönző tényezői jelentős változást mutatnak: a deprofesszionalizálódás (Pellegrino 2000) mellett egyre erősebben megfigyelhető a külföldi munkavállalás erősödése (Molnár és mtsai 2006, Molnár és mtsai 2008, Eke és mtsai 2009, Grósz és Papp 2008, Girasek és mtsai 2010, Szekanecz és mtsai 2017, Győrffy és Széll 2018) és a vidéki munkavállalás háttérbe szorulása (Bánlaky és mtsai 198, Lehmann és mtsai 2008,

Pong 2008, Wilson és mtsai 2009, Henry és mtsai 2009, Rogers és mtsai 2010, Bartels és mtsai 2016).

7.1.2.1. Munkahelyválasztási preferenciák célországok szerint, okok és motivációs tényezők

A külföldi munkavállalással kapcsolatos taszító (push) és vonzó (pull) tényezők[24] feltárása – hasonlóan a szakirányválasztás témaköréhez – a munkavállalás tervezett helyének elemzésekor is rendkívül fontos. A taszító faktorok között általában az alacsony fizetést, az erőforráshiányt, a gazdasági instabilitást, a munkakörülmények hiányosságait, valamint a korlátozott képzési- és karrierlehetőségeket említik. Ezzel szemben a vonzó tényezők közé sorolják ezek ellenkezőit: a magasabb jövedelmet, a jó képzési- és karrierlehetőségeket, a jobb egészségügyi- és munkakörülményeket (Buchan és mtsai 2003).

A külföldi munkavállalási hajlandóságot vizsgálva arra az eredményre jutottunk, hogy a német nyelvű képzés mindhárom vizsgált évfolyamában többségben voltak azok a hallgatók, akik a végzést követően inkább hazájukban képzelik el jövőjüket. Ettől eltérően az angol nyelvű képzés esetében az elsőéves, míg a magyar hallgatók esetében az első és a harmadik évfolyam nagyobbik része gondolja úgy, hogy a végzést követően egy másik országban szeretnének munkát vállalni.

A külföldi munkavállalás mögött feltárható motivációkat tekintve mindhárom vizsgált csoport eltérő mintázatot mutat: a német hallgatók körében leginkább azok a hallgatók szeretnének saját hazájukban dolgozni, akik tanulmányaikat megelőzően kevesebb külföldi tapasztalatra tettek szert. Meglepő eredményt találtunk azoknál a hallgatóknál, akiknél a szülői praxis (SZP) faktor magasabb értéket mutatott: bár lehetőségük van szülői vagy más praxis átvételére, ennek ellenére szívesebben dolgoznának külföldön, mint azok a hallgatók, akiknek számára nem adott a praxis átvételének lehetősége.

Az angol nyelvű képzésben résztvevő hallgatók közül a norvég válaszadóknak csak a töredéke szeretne saját hazáján kívül munkát vállalni. Kisebb mértékben, de ugyanez igaz a távol-keleti nemzetiségű hallgatókra is. A szakválasztás kapcsán detektálható magasabb Orvosi Karrier faktor ezzel szemben növeli a külföldi munkavállalás esélyeit.

[24] Az ágensekkel kapcsolatosan Horányi szerint szociológiai értelemben a következő mozgásterek definiálhatók: a transzfer nyomásos (push) mozgástérben, míg az elérést előtérbe állító felfogás szívásos (pull) mozgástérben gondolkodik (Horányi 2017).

A magyar hallgatók esetében a szignifikáns eredmények azt mutatták, hogy az alsóbb éves hallgatók, a külföldi tapasztalattal is rendelkezők, valamint azok, akik számára a tanulmányi szerződés faktor meghatározó a szakirány választásában, kisebb valószínűséggel vállalnának munkát hazájukban. Az eredmények jól mutatják, hogy a magasabb fizetés, a képzési- és karrierlehetőségek, és a korábbi külföldi tapasztalatok (illetve az ennek alapját képező megfelelő szintű nyelvtudás) inkább a külföldi munkavállalás irányába tolja a magyar orvostanhallgatókat (Rédei 2007, Girasek és mtsai 2007, Eke és mtsai 2009, Girasek és mtsai 2009, Sik 2012, Rédei 2014, Varga 2015, Orosz és Kollányi 2016, Lantos 2017, Szekanecz és mtsai 2017, Győrffy és Szél 2018).

A magasan képzettek külföldi munkavállalási hajlandósága (skilled migration, brain drain) súlyos utánpótlási gondokat jelent azoknak az országoknak is, ahonnan a hallgatók jelentős része elvándorol, (Eke és mtsai 2009, Girasek és mtsai 2009, Szekanecz és mtsai 2017, Győrffy és Szél 2018).

7.1.2.2. Munkahelyválasztási preferenciák településnagyság szerint, okok és motivációs tényezők

A 21. században a munka és magánélet egyensúlya egyre inkább előtérbe kerül, emellett a nem anyagi jellegű ösztönzők is egyre nagyobb szerepet játszanak a munkavállalás helyszínének megválasztásában. Számos nemzetközi tanulmány szerint a vidéki munkavállalás ösztönzése emiatt csakis komplex megközelítésben lehet sikeres (Lehmann és mtsai 2008, Pong 2008, Wilson és mtsai 2009, Henry és mtsai 2009, Rogers és mtsai 2010). Magyarországon a vidéki munkavállalás népszerűsége drasztikusan csökken, humánerőforrás-krízis áll fenn. Különösen súlyos formában az olyan települések esetében észlelhető, melyek a nagyobb, központibb szerepet betöltő városoktól távolabb esnek (Girasek és mtsai 2010). Érzékenyen érintettek emellett a betöltetlen vidéki háziorvosi praxisok (Grósz és Papp 2008), nem csupán hazánkban, hanem más országok strukturális szempontból gyengébb területein is (Bartels és mtsai 2016). Az orvostársadalom elöregedése és az átlagéletkor folyamatos növekedése mellett a részmunkaidős foglalkoztatás igényének erősödése további problémát jelent (Shamseer és mtsai 2008).

Vizsgálatunk összesített adatai azt mutatják, hogy mind az idegen nyelvű (német, angol), mind pedig a magyar nyelvű képzés esetében a városi (5000-100.000 lakos közötti) vagy a nagyvárosi (100.000 lakos fölötti) településméret a legnépszerűbb a hallgatók körében, mindhárom vizsgált

évfolyam tekintetében. Összesített eredményeink tehát a szakirodalomban is hangsúlyozott problémákat támasztják alá.

A településválasztás mögött meghúzódó okok és motivációk kapcsán elmondható, hogy mindhárom képzési nyelven és minden megkérdezett évfolyamban legtöbb esetben a szociális és családi kapcsolatok álltak a településválasztás mögött motivációs tényezőként.

A német nyelvű képzés hallgatói között a településválasztást a Lokális Kötődés (LK) faktor határozza meg szignifikánsan, mely az elsőévesek számára nagyobb jelentőséggel bír, mint a felsőbb évesek körében. Az angol nyelvű képzés hallgatóinál azt találtuk, hogy a jövőbeni munkahelyhez kapcsolódó preferált település méretét a Szakmai Fejlődés, a Lokális Kötődés és a Fókuszban a Család faktorok egyaránt befolyásolják. A magyar hallgatók körében a településméret preferenciákat a Szakmai Fejlődés és a Lokális Kötődés faktorok befolyásolják szignifikánsan.

Az egyes településméreteket tekintve vizsgálatunk az alábbi eredményekkel szolgált:

Rurális, 5000 főnél kisebb településméret

A vidéki munkavállalási szándékot vizsgálva azt találtuk, hogy a német hallgatók közül az egészségügyben dolgozó édesapa, valamint a szülői praxis átvételének lehetősége a kisebb településen való munkavállalási hajlandóságot jelentősen erősíti. Amennyiben a hallgatók tanulmányi szerződés faktorértéke magasabb, hajlandóságuk szintén erősebb, melynek oka valószínűsíthetően a 2013-ban a PTE ÁOK-on elindított szász ösztöndíjas programban keresendő. Azoknak a német hallgatóknak, akik a Szakmai Fejlődés faktort fontosnak tartják, a kisméretű települések csupán ötödannyira számítanak vonzónak.

Az angol nyelvű képzésben a kisebb településméret preferálása leghangsúlyosabban a norvég hallgatóknál regisztrálható (közel négyszeres). Amennyiben az adott hallgató Lokális Kötődés faktorértéke magasabb, nagyobb eséllyel fog vidéki településen munkát vállalni.

A magyar hallgatók esetében három változó hatása emelkedik ki markánsan: a felsőfokú végzettséggel rendelkező anya a Lokális Kötődés, valamint a Tanulmányi Szerződés magasabb faktorértéke a vidéki munkavállalás iránti erősebb hajlandóságot mutatja. Azok a magyar hallgatók azonban, akik számára a szakmai fejlődés fontos, kisebb eséllyel választanak rurális települést munkavégzésük helyszínéül.

Városi, 5000 és 100.000 fő közötti településméret

A közepes méretű, városias településmérettel kapcsolatos eredményeink azt mutatták, hogy a német hallgatók közül azok, akik erősebb Lokális Kötődéssel rendelkeznek, kétszer akkora hajlandóságot mutatnak a városi munkavégzésre, emellett a Szülői Praxis faktor magasabb értéke szintén növeli ennek esélyét.

Az angol képzési nyelven tanuló hallgatók esetében a külföldi tapasztalattal rendelkező válaszadók csupán harmada választja a városi településméretet, míg akiknek a Fókuszban a Család faktorértéke magasabb, szintén magasabb hajlandóságot mutatnak a városi településekre nézve.

A magyar hallgatóknál a Munka-Magánélet Egyensúly, a Lokális Kötődés és a Fókuszban a Család faktorok magasabb értéke a közepes településméret iránt erősebb, míg a magasabb Szakmai Fejlődés faktor inkább gyengébb hajlandóságot mutat.

Nagyvárosi, 100.000 fő feletti településméret

A százezer lakos feletti településekkel kapcsolatos preferenciák vizsgálatakor eredményeink azt mutatták, hogy a német nyelvű képzésben a harmadévesek közel háromszoros eséllyel választják a legnagyobb településméretet.

Mind a német, mind pedig az angol nyelvű képzésben erősödik a nagyvárosi munkavállalás esélye, amennyiben a Szakmai Fejlődés faktorértéke magasabb, mely összhangban áll a rurális településmérettel kapcsolatban nyert eredményekkel is.

A nagyobb településméret leginkább az elsőéves magyar hallgatók, valamint azok által preferált, akiknek a Szakmai Fejlődés faktorértékük magasabb. Azok is ezt részesítik előnyben, akiknél hangsúlyosabb szerepet játszik a család. A nagyvárosi településen történő munkavállalási hajlandóság mindössze azoknál a hallgatóknál volt alacsonyabb, akik magasabb Munka-Magánélet Egyensúly és Tanulmányi Szerződés faktorértéket mutattak.

Összefoglalóan megállapítható, hogy a vizsgálat során képzett szakmai és életstílus típusú motivációs faktorok mind a szakirányválasztás, mind pedig a munkahelyválasztás kérdésében jól elkülöníthetők voltak mindhárom képzési nyelv esetében.

A német nyelvű képzés hallgatóinak szakválasztás-vizsgálati modellje során megállapítottuk, hogy a szakmai típusú faktorok közül az Orvosi Karrier és Szakmai Fejlődés, valamint a

Munka-Magánélet-Egyensúly, illetve a Fókuszban a Család faktorok egyaránt a szülészet-nőgyógyászat szakterület választásának irányába hatottak. Az angol nyelvű képzés hallgatóinak szakválasztási modelljét vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy az életstílusfaktorok hatása jól detektálható, a Munka-Magánélet-Egyensúly faktor a neurológia (Schwartz és mtsai felosztása alapján), míg a Lokális Kötődés faktor a gyermekgyógyászati szakirány választására hat. A magyar nyelvű képzés hallgatóinál a Szakmai Fejlődés faktor a szülészet-nőgyógyászat, míg a Tanulmányi Szerződés a neurológia szakirány választására hat.

A munkavállalás helyszínét tekintve elmondható, hogy a német és a magyar hallgatók esetében a képzett faktorok közül a Szülői Praxis, az angol nyelvű képzés hallgatói esetében pedig az Orvosi Karrier hatása fedezhető fel a hazai/külföldi munkavállalásra ható tényezőként.

A településméret és a munkavállalási szándék összefüggéseinek vizsgálati modellje a német hallgatók esetében a következő módon írható le: a szakmai típusú faktorok közül a Szakmai Fejlődés lehetősége a nagyvárosok preferálásának irányába, míg az életstílusfaktorok közül a Lokális Kötődés a városi nagyságú települések irányába hat. A szülői praxis átvételének lehetősége, valamint a tanulmányi szerződés a rurális települések melletti döntésekre hat. Az angol nyelvű képzés településméret választásának modelljét elemezve azt találtuk, hogy a szakmai típusú faktorok közül a Szakmai Fejlődés a nagyvárosi települések irányába, a Fókuszban a Család faktor a városi, míg a Lokális Kötődés faktor a vidéki munkavállalás irányába mutat. A magyar hallgatók esetében a településméret választásának modellje ennél komplexebb képet mutat: a Tanulmányi Szerződés faktor a rurális és nagyvárosi települések irányába is hat, a Lokális Kötődés faktor a városi vagy vidéki települések, a Fókuszban a Család a városok, míg a Szakmai Fejlődés faktor mindhárom irányba hat. A Munka-Magánélet-Egyensúly faktor a városi-nagyvárosi településekre van hatással, megerősítve ezzel a vidéki munkavállalással kapcsolatban korábban már említett humán erőforrás krízis (Bánlaky és mtsai 1981, Girasek és mtsai 2010) fennállását.

7.2. Multikulturális egyetemi környezet interkulturális hatása: az interkulturális kommunikáció és kompetencia fejlődésének és fejlesztésének lehetőségei

A multikulturális egyetemi környezet interkulturális hatását feltáró kérdőíves és fókuszcsoportos vizsgálatunkban a pécsi egyetemi közegben szocializálódó külföldi és magyar hallgatókkal kapcsolatban kutatási célként tűztük ki feltárható szubjektív jóllétük, valamint a

nemzetközi közegbe való beilleszkedésük egyes tényezőinek, illetve az interkulturális kompetencia kialakulásának vizsgálatát. Az alábbi kutatási kérdéseket fogalmaztuk meg:

- A Magyarországon/Pécsett tanuló külföldi hallgatók jólléte hogyan alakul, illetve változik a képzési idő folyamán?
- Az idegen nyelvű képzés hallgatóinak magyar nyelvtudása, valamint a nyelvtudás szintje milyen módon befolyásolja beilleszkedési folyamatukat?
- A külföldi hallgatók befogadó kultúrával kapcsolatos ismeretei és attitűdjei milyen módon változnak a képzési idő alatt?
- Az eredeti és a befogadó kultúra között érzékelt különbségek hogyan változnak a Magyarországon eltöltött idő függvényében?
- A befogadó kultúrához történő alkalmazkodás során mely tényezők számítanak kihívásnak számukra, és mely tényezőket érzékelik egyszerűnek?
- Hogyan változnak a más kultúrákkal kapcsolatos beállítódásaik a nemzetközi egyetemi közeg hatására?

7.2.1. A hallgatói jóllét vizsgálata

A hallgatói jóllét az interkulturális kompetencia fejlődésének lehetőségét közvetlenül befolyásoló tényező, melyre vonatkozóan a különböző időszakokban felvett kérdőívek válaszai alapján jól követhetőek a hallgatói jóllét változásának tendenciái. A külföldön folytatott tanulmányok során az ismeretek elsajátítása mellett kihívást jelent a másik országba, városba, kultúrába, hallgatói környezetbe való beilleszkedés is (Gertsen 1990, Ali és mtsai 2003, Graf és Harland 2005, Maisonneuve és Testé 2007, Tadaki 2013), mely a hallgatók szubjektív jóllétét különösen a kezdetekben alapvetően határozza meg, hiszen az új környezethez történő alkalmazkodás folyamatos megküzdést és adaptációt igényel tőlük (Guy 1996, Pitts 2009, Faubl és mtsai 2014, 2017b).

Vizsgálatunk eredményeiből kiderül, hogy a német válaszadó hallgatók esetén a tanulmányok kezdetének időszakában a jóllét átlagos szintjében, némileg csökkenő tendencia mellett, nagyobb különbségek nem észlelhetők. Érdemi változás a felsőbb éves hallgatók esetében alakul ki, ekkor már átlagosan jobban érzik magukat a megkérdezett hallgatók, a végzősök pedig még jobban, ezzel elérve a teljes időszak maximum értékeit mindkét nem esetén.

Az angol nyelvű képzés válaszadó hallgatói a kezdeti időszakban átlagosan relatíve jól érzik magukat, míg a következő vizsgált időszakokban csökkenő tendencia tapasztalható. Legkevésbé a másodéves hallgatók érzik magukat jól, míg - hasonlóan a német nyelvű képzéshez - itt is a végzős hallgatók érzik magukat legjobban.

Összességében elmondható, hogy eredményeink mindkét esetben megfeleltek a szakirodalomban gyakran megjelenő U-alakú fejlődési görbének (Adler 1986, Hamboyan és Bryan 1995, Gaw 2000, Oberg 1960, Marx 2001).

A fókuszcsoportos vizsgálat során a nemzetközi hallgatók többsége arról számolt be, hogy ha a magyarországi tanulmányaik idején belehelyezkednek a külföldi hallgató pozíciójába, nincs okuk arra, hogy ne érezzék jól magukat, mely megerősíti a kérdőíves vizsgálatokban nyert eredményeket.

7.2.2. Magyarországgal kapcsolatos eddigi benyomások és ismeretek

Kutatásunkban a Magyarországgal kapcsolatos ismeretek vonatkozásában azt találtuk, hogy tanulmányaik megkezdésekor mind a német, mind pedig az angol nyelvű képzés válaszadóinál a nyelv jelentette a leggyakrabban megjelenő választ, mely a tanulmányi idő előrehaladtával szignifikánsan csökkent.

A német nyelvű képzés hallgatóinak tetszését minden időszakban leggyakrabban az időjárás, az egyetemi élet és a szabadidős lehetőségek/partik nyerték el, emellett az egyes időszakokban megjelent még a gasztronómia, a lakhatás, a felsőbb évesek esetében pedig a kultúrával kapcsolatos ismeretek, mely igazolni látszik, hogy a befogadó kultúra mélyebb rétegeinek megismerése csak hosszabb idő elteltével válik lehetővé. Hasonlóan a német nyelvű képzéshez, az angol képzés hallgatóinak leginkább az időjárás, az egyetemi élet, a lakhatás és az árak/vásárlási lehetőségek tetszettek. A szabadidős lehetőségek/partik inkább csak a felsőbb évesek és a végzősök válaszai között jelent meg, mely a beilleszkedési lehetőségek megismeréséről tanúskodik.

Arra a kérdésre, hogy mi tetszett eddig a legkevésbé Magyarországon, a német hallgatók válaszai azt mutatták, hogy az infrastruktúrával és a szociális körülményekkel, a politikával, illetve a környezettel való bánásmóddal kapcsolatban a tanulmányok ideje alatt növekszik a nemtetszés aránya. Hasonló szignifikáns növekedést mutató nemtetszést találtunk az angol

nyelvű képzés válaszadói között a politika, a külföldiekkel való bánásmód, és a közlekedési szokások vonatkozásában.

A fentiekkel összhangban a fókuszcsoportos interjúk során az idegen nyelvű képzés hallgatóinál a növekvő mértéket mutató ismeretek és a pozitív benyomások voltak túlsúlyban. Leggyakrabban a magyarok vendégszeretetét, az egyetemváros hangulatának és méretének előnyeit, valamint a pozitív gasztronómiai élményeket emelték ki. A negatív benyomások tekintetében elsősorban a külföldieket érő hátrányos anyagi megkülönböztetés került elő, emellett megemlítették még a szokásbeli és értékkülönbségeket.

Ezek az eredmények összhangban állnak a szakirodalomban hangsúlyozott fejlődési fázisok alakulásával és azok jellemzőivel (Adler 1986, Gaw 2000, Oberg 1960, Marx 2001, Bennett 1986, 1993, Bennett és Castiglioni 2004).

7.2.3. A nyelvtudás kérdése

Az idegen nyelvek ismerete az interkulturális kompetencia fejlődését erőteljesen befolyásoló tényező, emellett a társadalmi készségek, valamint az általános kultúra, mint kompetencia mellett fontos része az alapvető kompetenciák európai keretrendszerének (Kiss és Kiss 2009, Kiss 2010, Faubl és mtsai 2014).

A német nyelvű képzés hallgatóit tekintve összességében elmondható, hogy a végzős hallgatók átlagosan közepes nyelvtudása az első évben eltervezett nyelvtudás szintje alatt marad, azonban a másod- és felsőbb években tervezett nyelvtudási szinthez képest jobb eredményt mutat. Érdekes eredmény, hogy a női válaszadók a kezdeti időszakokban magasabb szinten tervezik elsajátítani a magyar nyelvet, mint a férfiak. A tényleges elsajátítás kapcsán is a felsőbb éves női hallgatók ítélik meg átlagosan alacsonyabb szintűnek a magyar nyelvtudásukat, mint férfi társaik, és ez így marad a végzősök esetében is. Az angol nyelvű képzés első- és másodéves hallgatóinál a német nyelvű képzés válaszadóihoz képest magasabb átlagértékekkel találkozunk, mely másodévre valamelyest csökken. A felsőbb évesek esetében érzékelhető mélypont után az angol program végzős hallgatóinál már némi növekedés észlelhető a tényleges nyelvtudást illetően.

Az idegen nyelvű képzés hallgatói a fókuszcsoportos interjúk során – fenti eredményeket megerősítve – arról számoltak be, hogy a magyar általános nyelvet sajnos nem sikerült középszinten megtanulniuk. Kivételt ez alól a klinikai modulban szükséges kommunikáció

jelent, melyet az alapfoknál kicsit magasabb szinten sikerült elsajátítaniuk. Magyar társaik hasonló benyomásokról számoltak be az idegen nyelvű képzés hallgatóinak nyelvi kompetenciáival kapcsolatban.

7.2.4. Az eredeti és a befogadó kultúra közötti különbségek

Geert Hofstede szerint a kultúra – az interkulturális kommunikáció szemszögéből tekintve – egyfajta kollektív szellemi beprogramozás (Hofstede 1994). Trompenaars a kultúra kollektív jellegét hangsúlyozza, amennyiben a kultúrát, mint az emberek egy csoportjának probléma-megoldási stratégiájaként definiálja (Trompenaars 1995), melynek alapját az eredeti és befogadó kultúra közötti hasonlóságok és különbségek felismerése jelenti (Bennett 1986, 1993, Niedermüller 2001, Bennett és Castiglioni 2004).

A saját és célkultúra közötti különbségek vonatkozásában eredményeink alapján megállapítható, hogy a német nyelvű képzésben a tanulmányi idő előrehaladtával szignifikáns növekedés volt tapasztalható a politikával kapcsolatban érzékelt különbségeket tekintve. Érdekes megfigyelni, hogy bizonyos tényezőket a felsőbb éves hallgatók már nem említettek (pl. életmóddal, életstílussal kapcsolatos különbségek), bizonyos szempontok pedig csak végzős társaiknál jelentek meg, mint például a munkához való hozzáállás vagy a nemzeti büszkeség (Bennett 1986, 1993, Bennett és Castiglioni 2004). A fókuszcsoportos interjúk megerősítették a kvantitatív kutatás során nyert eredményeket. A tanulmányi idő előrehaladtával bizonyos tényezők különbségének érzékelése az angol nyelvű képzésben is megszűnik (pl. lakhatás, öltözködés) miközben más szempontok, mint például a politikai vagy kommunikációs különbségek érzékelése csak a felsőbb évfolyamokon jelenik meg.

7.2.5. Alkalmazkodás egy másik kultúrához - beilleszkedést lassító vagy támogató tényezők

A másik (befogadó vagy érkező) kultúrához való alkalmazkodást vizsgálva eredményeink azt mutatták, hogy a német nyelvű képzés válaszadói az alkalmazkodás szempontjából az egyetemi tanulmányokat és egyetemi életet tartották leginkább egyszerűnek. A tanulmányi idő előrehaladtával ez a tényező szignifikáns csökkenést mutatott, hasonlóan a lakhatás szempontjához. Emellett folyamatosan egyszerűnek ítélték még a hétköznapi élet, az árak,

vásárlási lehetőségek és a gasztronómia tényezőit. A német nyelvű képzés válaszadói az alkalmazkodás szempontjából legnehezebbnek a tanulmányok ideje alatt végig a befogadó kultúra nyelvét tartották. A szociális körülményekkel kapcsolatos nehézségek a tanulmányi idő előrehaladtával szignifikáns növekedést mutattak, hasonlóan az infrastruktúra és bürokrácia szempontjához. Csökkenő tendenciát mutatott ezzel szemben a hazától való távolság szempontja, mely a beilleszkedés előrehaladását valószínűsíti.

Az angol nyelvű képzés válaszadói – hasonlóan a német hallgatókhoz – az alkalmazkodás szempontjából az egyetemi tanulmányokat és egyetemi életet tartották leginkább egyszerűnek, a tanulmányi idő előrehaladtával szignifikáns csökkenést mutatva. Emellett folyamatosan egyszerűnek ítélték még a hétköznapi élet, a lakhatás, az árak, a vásárlási lehetőségek szempontjait. A szabadidős lehetőségeket azonban csak a végzős hallgatók ítélték az alkalmazkodás szempontjából egyszerűnek. Hasonlóan a német nyelvű képzés válaszadóihoz, az angol program hallgatói számára is a nyelv számított az alkalmazkodás szempontjából kiemelkedően a legnehezebbnek. A mentalitáshoz való alkalmazkodás nehézsége folyamatos növekedést mutatott, hasonlóan a szociális körülmények szempontjához. A másodévesek számára az ország és a lakosok megismerése, míg a felsőbb évesek számára az infrastruktúra és a bürokrácia jelent az alkalmazkodás szempontjából nehézséget, mely a beilleszkedés fontosabb dimenzióira mutat rá.

Az idegen nyelvű képzés hallgatóihoz hasonlóan megkérdeztük a magyar[25] diákokat is, hogy a nemzetközi közeghez való alkalmazkodást tekintve mit érzékeltek legkönnyebbnek, illetve legnehezebbnek. A beérkezett válaszok alapján megállapítható, hogy a magyar hallgatók számára szintén a nemzetközi közegben folytatott egyetemi tanulmányok és egyetemi élet számított leginkább egyszerűnek, szignifikánsan csökkenő tendencia mellett. Másodévtől felfelé jelenik meg az alkalmazkodás szempontja, miközben a befogadást és az integrációt csak az elsőévesek jelölték egyszerűnek. Csökkenő tendencia mellett nehéznek ítélték az alkalmazkodás szempontjából a más hallgatókkal való ismerkedést, valamint az idegen nyelvek használatát. Növekedést mutatott a teljes tanulmányi időre vetítve az anyagi lehetőségek különbségeinek szempontja, melyet a magyar hallgatók problémásnak éreznek az alkalmazkodás szempontjából. A befogadást és integrációt – az angol nyelvű képzéshez

[25] A magyar hallgatók helyzete sajátosnak számít abból a szempontból, hogy ”hazai pályán” kell bekapcsolódniuk a multikulturális egyetemi környezetbe, saját kulturális közegük egyidejű jelenlétével, egyetemen belül és kívül egyaránt.

hasonlóan – csak a másodévesek jelölték, míg a lakhatási és szórakozási különbségekkel kapcsolatos problémákat a felsőbb évesek és a végzősök érzékelték leginkább.

Az alkalmazkodás szempontjából nehéznek ítélt tényezők mellett az idegen és magyar nyelvű képzés hallgatói által a befogadó, illetve az ideérkező kultúrával való érintkezés során esetlegesen megtapasztalt kellemetlen helyzeteket is vizsgáltuk, melyeket a fókuszcsoportok eredményei is megerősítették.

Az idegen nyelvű képzés hallgatóinak több mint fele került már kellemetlen helyzetbe a befogadó kultúrában, míg a magyar hallgatóknak kevesebb, mint ötöde került csak hasonló helyzetbe az ideérkező külföldi hallgatókkal való érintkezés során – csökkenő tendencia mellett. A német nyelvű képzés hallgatói tartósan és leggyakrabban nyelvi és kommunikációs nehézségek miatt kerültek kellemetlen helyzetbe, hasonlóan az angol nyelvű képzés hallgatóihoz. A teljes képzési időre vetítve növekedés volt tapasztalható a szokásbeli különbségek, valamint a szociális különbségekből adódó kellemetlen helyzetek miatt. Az angol nyelvű képzésben a szociális és szokásbeli különbségekből adódó helyzetek előfordulása a teljes képzési időre nézve csökkent, a szitkozódás formájában manifesztálódó kellemetlen helyzetek száma azonban nőtt.

A magyar hallgatók egyötöde, aki már került kellemetlen helyzetbe külföldi hallgatókkal – hasonlóan külföldi társaikhoz – leggyakrabban kommunikációs nehézségek (Kiss és Kiss 2009, Kiss 2010, Faubl és mtsai 2013), valamint mentalitás- és szokásbeli különbségek miatt kerültek hasonló helyzetbe. Eredményeink azt mutatták, hogy a szociális különbségekből fakadó kellemetlen helyzetek aránya a teljes képzési időre vetítve nőtt, míg az idegengyűlöletből adódó nehézségek előfordulása a végzés idejére megszűnt.

7.2.6. Más kultúrák jelenlétével kapcsolatos beállítódások

Az interkulturális kompetencia fejlődésének vizsgálata kapcsán fontosnak éreztük a más kultúrák jelenlétével kapcsolatos hallgatói vélekedések elemzését is, egyrészt abból a szempontból, amikor maguk a hallgatók tartózkodnak egy másik kultúrában, másrészt pedig a saját hazájukban tartózkodó más kultúrából érkezők vonatkozásában.

Más kultúrák magyarországi jelenlétével kapcsolatban a német nyelvű képzés hallgatói a teljes képzési időre vetítve leggyakrabban a jelenlét pozitív mivoltát emelték ki, emellett tartósan 15% feletti válaszadási arányt mutatott az interkulturális kompetencia fejlődésének szempontja

is. A német programhoz hasonlóan az angol nyelvű képzés hallgatói is a jelenlét pozitív jellegét emelték ki. Megfigyelhető még, hogy az „elmegy”, valamint az „amíg viselkednek a külföldiek, rendben van” válaszlehetőségek csökkenő, míg a „gazdagítja a magyar kultúrát”, „fontos”, „globalizációs jelenség”, valamint a „segíti az interkulturális kompetencia fejlődését” válaszlehetőségek a teljes képzési idő előrehaladtával növekvő tendenciát mutattak. A magyar hallgatóktól ebben a kérdéscsoportban azt kérdeztük, mit gondolnak saját hosszabb távú (pl. néhány éves) külföldi tartózkodásukról, mely kérdést különösen fontosnak ítéltük a magyar orvosok és orvostanhallgatók külföldi munkavállalási szándékainak vonatkozásában is (Girasek és mtsai 2010, Szekanecz és mtsai 2017, Győrffy és Széll, 2018). A magyar képzés hallgatói – hasonlóan külföldi társaikhoz – leginkább pozitívan értékelik a külföldi tartózkodást.

A saját hazájukban tartózkodó, más kultúrából érkezők vonatkozásában a német nyelvű képzés hallgatói más kultúrák jelenlétét a leggyakrabban pozitívnak és fontosnak tartják. Az interkulturális kompetencia fejlődését elősegítő tényező a tanulmányi idő vége felé erősödő tendenciát mutat, a kultúra külföldiek általi gazdagodása pedig gyakrabban kerül említésre. Az angol nyelvű képzés hallgatóinak leggyakrabban előforduló válasza szintén a más kultúrák jelenlétének pozitív mivolta és fontossága volt, emellett az interkulturális kompetencia fejlődésének lehetősége itt is hangsúlyozottan került elő. Külföldi társaikhoz hasonlóan a magyar hallgatók is pozitívan ítélik meg más kultúrák jelenlétét hazájukban, mely gazdagítja a befogadó közeget és jelenlétük fejleszti az interkulturális kompetenciát.

Eredményeinket a fókuszcsoportos vizsgálatok teljes mértékben alátámasztják, és azok összhangban vannak az interkulturális kompetencia fejlődésére vonatkozó modellekkel. Összességében megállapíthatjuk, hogy a bennett-i modell alapján felállított hipotéziseink beigazolódtak.

7.2.7. Kultúraközi kapcsolódási pontok és együttműködések kialakulása és fejlődése nemzetközi egyetemi környezetben: a participáció és a társadalmi tőke erősödésének lehetőségei

A fókuszcsoportos vizsgálat eredményei, valamint a Nemzetközi Esttel, mint a külföldi hallgatók legfontosabb éves rendezvényével kapcsolatos visszajelzések és beállítódások eredményei azt mutatják, hogy a kultúraközi kommunikációt mind a külföldi, mind a magyar

nyelvű képzés hallgatói pozitívnak és fontosnak tartják. A külföldi hallgatók beilleszkedésének kérdését tekintve a fókuszcsoportos interjúk visszajelzési alapján elmondható, hogy számos kapcsolat alakul ki a külföldi hallgatók és magyar társaik, valamint a befogadó közeg között, elsősorban angol vagy német nyelven, melyek a hidat építő társadalmi tőke jegyek, a tolerancia, az együttműködő és spontán társas készség (Fukuyama 1995, Woolcock 2001, Utasi 2002, Field 2003, Halpern 2005, Füzér 2015, 2017), valamint a másokkal megosztott tudás irányába mutatnak (Lederach 1995, Spencer-Oatey 2008).

A fókuszcsoportok résztvevői hangsúlyozták, hogy a hallgatók számára ugyan kihívást jelent a kölcsönös alkalmazkodás és beilleszkedés, azonban nyitottsággal ezek a problémák áthidalhatók, ahogyan ezt számos közösen megvalósított közösségi projekt (pl. közösen megvalósított kulturális rendezvények, jótékonysági akciók[26] stb.) is jól mutatja. A hidat építő társadalmi együttműködés forrásai mellett előnyös társadalmi hatású megnyilvánulási formák is megvalósulhatnak, és gyarapodásnak indulhatnak: a közösségek szolgálata és a hallgatói kapcsolatok erősödése, melyek a bizalom, mint társadalmi tőke és a kapcsolathálózatok fontosságára, valamint a problémamegoldásra való törekvés kommunikációs participációs szándékának, a jelenlegi és az optimális állapot közötti különbség, mint motiváló erő jelentőségére világítanak rá.

7.3. A vizsgálatok erősségei és korlátai

A doktori disszertációban bemutatott, a PTE ÁOK multikulturális egyetemi környezetében végzett vizsgálatok közös erőssége, hogy széles körű, a német, angol és magyar nyelvű képzést is átfogó orvostanhallgatói mintán, több éven keresztül, tartósan magas válaszadási arányt eredményezve készültek.

Az interkulturális kommunikáció és kompetencia fejlődésének és fejlesztésének lehetőségeit vizsgáló kutatás tekintetében az erősségek között említhetjük, hogy nemcsak a kvantitatív kutatás résztvevőinek rendkívül magas számú visszajelzéseire támaszkodhattunk, hanem a kvalitatív, fókuszcsoportos interjúk során gyűjtött információkra egyaránt. A kutatás további

[26] Pécs Music Society; Open Mic; Adventi/Tavaszi Koncert; Movie Nights; Motivational Speech; International Evening; Concerts for a Cause és Coctails for a Cause; Misina Állatvédő Egyesület anyagi és aktív közösségi támogatása; pécsi rászorulók támogatása: rendszeres ruha- és használati tárgy gyűjtési akciók.

erősségének számít, hogy e témában hasonló, több éven keresztül folytatott, multidiszciplináris vizsgálat még nem valósult meg Magyarországon.

A disszertációban bemutatott másik, szakirány- és munkahelyválasztással kapcsolatos vizsgálat hasonló erőssége, hogy megismételt vizsgálatról van szó, melyben nagy számú válaszadói visszajelzés érkezett, hasonlóan magas válaszadási arány mellett a vizsgálat két évében. Mivel ebben az esetben egy nemzetközi kutatócsoport részvizsgálatáról van szó, a kutatás további erőssége az elnyert adatok nemzetközi szintű összevethetősége a későbbiekben.

A dolgozatban bemutatott kutatások korlátjának tekinthető, hogy a vizsgálat eredményeinek általánosíthatósága a valószínűségi mintavétel hiányában korlátozott. További korlátot jelentett mindkét kutatás esetében a megismételt vizsgálatok ellenére hiányzó konkrét beazonosíthatóság és követhetőség hiánya, valamint a külföldi orvostanhallgatók számának a negyedik szemesztert követő csökkenése[27], mely különösen a német nyelvű képzés vonatkozásában erőteljes.

A doktori disszertációban bemutatott vizsgálatok elsősorban empirikus kutatási eredmények formájában gyarapították a korábbi kutatási eredményeket. Az interkulturális kompetencia kialakulásával foglalkozó vizsgálat emellett multidiszciplináris területek elméleteinek ötvözésével járulhat hozzá egy újabb szemlélet kialakulásához.

[27] Az idegen nyelvű képzés hallgatói az alapozó modult követően több ország esetében finanszírozott részképzési helyekre pályázhatnak saját hazájukban, mely anyagi szempontból előnyösebb számukra, mint a költségtérítéses magyarországi képzés, ezért többségük él a lehetőséggel.

8. KÖVETKEZTETÉSEK

Doktori disszertációm témája egyrészt az orvosképzésben szocializálódó hallgatók szakirány – és munkahelyválasztási preferenciáinak, másrészt egyetemi szocializációjuk során megszerzett készségeik közül az interkulturális kompetencia elsajátításának vizsgálata.

Dolgozatom célkitűzését követve igyekeztem feltárni a PTE ÁOK nemzetközi közegében az idegen és magyar nyelvű képzésben tanulmányokat folytató hallgatók szakterület- és munkahelyválasztása mögött rejlő okokat és motivációs mintázatokat, illetve megvizsgálni, hogy a nemzetközi közegben folytatott egyetemi tanulmányok milyen hatással vannak interkulturális kompetenciák kialakulására, illetve későbbi választásaikra. Célom volt továbbá, hogy a vizsgálatokban részt vett külföldi és magyar hallgatók motivációit és akkulturációs folyamatait megismerve további információt gyűjtsek a más kultúrába történő beilleszkedés és hosszabb távú jóllét vonatkozásában, újabb szemponttal egészítve ki ezzel az eddigi kutatási irányokat.

Az empirikus kutatási eredményekkel kapcsolatos következtetések a dolgozat elején felállított célok és hipotézisek mentén kerülnek megállapításra.

A célkitűzésekhez kapcsolódóan kutatásom során az alábbi főbb kutatási kérdéseket vizsgáltam meg és új megállapításokat tettem:

8.1. Szakirány- és munkahelyválasztási preferenciák

A szakirány- és munkavállalási preferenciákkal kapcsolatos hipotézisekkel kapcsolatban az alábbi eredményekre jutottunk:

1. A leendő orvosok személyes jellemzői meghatározóak a szakirányválasztás szempontjából. A személyes jellemzők közül a nem, a származási ország, az anyagi helyzet, a szülői háttér bizonyultak a szakterületválasztási szándékokat befolyásoló tényezőknek.
2. Eredményeink alapján beigazolódni látszik, hogy a szakirányválasztás mögött a szakmai indokok mellett egyre több, életstílus jellegű tényező jelenik meg, melyek közül a következőket sikerült azonosítani: „Munka-Magánélet-Egyensúly” faktornév alatt a családdal való összehangolhatóság és a jobb munka-magánéleti egyensúly

megteremtését, a „Lokális Kötődés” faktornév alatt a származási hely közelében történő munkavállalást, a társadalmi és családi kapcsolatok fenntarthatóságát, valamint a praxis-átvételi lehetőséget, illetve a „Fókuszban a Család” név alatt a gyermekek számára megfelelő intézményrendszert és a partner számára megfelelő munkalehetőség elérhetőségét.

3. Az a feltételezésünk, mely szerint a jövő orvosai a rurális településekkel szemben a városokat részesítik előnyben munkavállalási helyszínként, szintén igazolást nyert. A vizsgálat válaszadói közül a vidéken folytatott munkavégzést jellemzően csak Tanulmányi Szerződéssel (német és magyar nyelvű képzés), Szülői Praxisátvételi lehetőséggel (német hallgatók) és Lokális Kötődéssel (angol és magyar nyelvű képzés) preferálnák.
4. Negyedik hipotézisünk, mely szerint a külföldi és a magyar nyelvű képzés hallgatói is jelentős mértékben tartják elképzelhetőnek a hazájukon kívüli munkavállalást, csak részlegesen igazolódott. Mindössze az angol nyelvű képzés elsőéves hallgatói, valamint a magyar első- és harmadéves hallgatók többsége gondolja úgy, hogy külföldön tervezi jövendő munkahelyét megtalálni.

8.2. Interkulturális kompetencia kialakulása és fejlődése

Az interkulturális kompetencia fejlődésével, valamint a kultúraközi kapcsolódási pontok és együttműködések kialakulására, illetve fejlődésére vonatkozó hipotézisekkel kapcsolatban vizsgálatunk során a következő eredményeket találtuk:

1. A PTE ÁOK-on tanuló külföldi hallgatók jólléte a megérkezést követően csökken, majd a képzési idő végére éri el átlagosan a legmagasabb szintet – ez a feltételezésünk teljes mértékben beigazolódott, mind a német, mind pedig az angol nyelvű képzés hallgatóit illetően. A szakirodalom eredményei alapján feltételezettek szerint a hallgatói jóllét értékei minkét esetben „U” alakú formát vettek fel, mely megerősíti, hogy a befogadó kultúrába történő megérkezést követően valóban hanyatlás következik be a válaszadók jóllétében, mely a másodéven tapasztalható mélypont után folyamatosan javuló értéket mutat az egyetemi tanulmányok végéig.

2. A befogadó kultúrában eltöltendő tanulmányi idő korlátozott időtartama miatt a hallgatók beilleszkedési folyamata elakadhat – e feltételezésünk az első hipotézissel összefüggésben beigazolódni látszik, mivel a korlátozott időre – jellemzően négy szemeszterre – érkező hallgatók jóllétének mértéke a legalacsonyabb. A fókuszcsoportos interjúk eredményeiből az is kiderül, hogy a korlátozott időtartamra maradó hallgatók jellemzően a bennett-i etnocentrikus fázisban ragadnak, a befogadó kultúrához történő alkalmazkodásuk még nem, vagy csak csekély mértékben kezdődött meg.
3. A befogadó kultúra nyelvének elsajátítása a beilleszkedési folyamat előrehaladását pozitívan befolyásolja.

   A magyar nyelvvel kapcsolatos kommunikációs problémák, valamint a nyelv korlátozott elsajátítása az eredmények alapján a beilleszkedés gátló tényezőjeként azonosítható. A kvalitatív vizsgálatok során nyert visszajelzések megerősítik, hogy a felsőbb éves, valamint a teljes képzést itt töltött, idegen nyelvű képzésben részt vevő hallgatók a nyelv elsajátításának korlátozottságából eredő, a beilleszkedési folyamatot lassító hatást egyértelműen felismerték.
4. Eredményeink megerősítik, hogy a befogadó kultúrával kapcsolatos ismeretek bővülése a közvetlenül – főleg a hétköznapi szituációkban – észlelhető ismeretektől és benyomásoktól folyamatosan halad a hosszabb tartózkodás során felszínre kerülő kulturális sajátosságok és mélyebben húzódó értékek (pl. mentalitás, szokások, értékek) megismerése felé.
5. A nemzetközi egyetemi környezet lehetővé teszi az interkulturális kompetencia elsajátítását, annak minden részvevője számára, akár az egyetemen túlmutatóan is.

   A kvantitatív kutatás és a fókuszcsoportos interjúk visszajelzései alapján egyaránt megerősíthető, hogy mind az idegen nyelvű képzés, mind pedig a befogadó kultúra (elsősorban a magyar hallgatók) interkulturális kompetenciája fejlődik a nemzetközi környezetben. Ez az etnorelatív fázisban következik be, mely elsősorban a másodévet követően detektálható. A kvalitatív vizsgálatok eredményei megerősítik azt is, hogy az interkulturális készség kialakulását a hallgatók olyan egyértelműen pozitív kompetenciaként azonosítanak, melyet későbbi orvosi munkájukban közvetlenül hasznosító tudásként értékelnek.

6. A nemzetközi egyetemi környezetben folytatott tanulmányok alatt, a kultúraközi kapcsolódási pontok és együttműködések kialakulása és fejlődése által a participáció és ezáltal a társadalmi tőke erősödése figyelhető meg.

   E hipotézisünkkel kapcsolatosan elsősorban a fókuszcsoport-vizsgálatokban jutottunk eredményekhez, melyek azt mutatják, hogy a kultúraközi kapcsolódási pontok a leggyakrabban spontán módon jönnek létre. Ennek színtere pl. a kötelező testnevelés, mely közvetítő szerepet tölthet be. Az interjúk során emellett azonban arra is fény derült, hogy a szervezett alkalmak megteremtése által, melyek száma az utóbbi években a külföldi hallgatói érdekképviseletek szervezésében és/vagy ösztönzésére folyamatosan nő, az együttműködés lehetősége megteremtődik, a kapcsolódási pontok száma megnő, ezáltal pedig lehetőség nyílik a participáció és a „hídverő" társadalmi tőke megvalósulására és fejlődésére.

9. ÖSSZEFOGLALÁS, KITEKINTÉS

Doktori disszertációmban az egészségügy működését és annak minőségét alapvetően meghatározó humán erőforrásokkal, ezen belül a jövendő orvosdiplomások egyetemi szocializációja során feltárható motivációival és munkavállalási szándékaival, valamint multikulturális egyetemi környezetben megszerzett kompetenciáival foglalkoztam.

Az utóbbi évtizedek kutatásai hosszabb ideje hangsúlyozzák az orvosok szakirány- és munkahelyválasztásával kapcsolatos döntéseikben bekövetkező változásokat, nem csupán a megfelelő bérezés és a szakmai- és karrierlehetőségek, hanem egyre inkább a munka és magánélet egyensúlyának megtartása irányában is. Az egészségügy kielégítő működéséhez nélkülözhetetlen a munkaerőpiac pull tényezőinek folyamatos követése, a generációk átalakulásának és a bekövetkező változások tudatosítása, optimális esetben már egy folyamatosan megújuló és a változásokat követő egyetemi képzés során, megteremtve ezzel a gyorsabb beavatkozás lehetőségét is.

A társadalmak egyre növekvő szociokulturális diverzitása, valamint a kulturális különbségek miatt egyre összetettebbé váló kontextusok (egészség és betegség, tünetek és lehetséges gyógymódok kulturális különbségei, az egészségügyi ellátásba vetett bizalom, a kisebbségi páciensek, vagy a migrációs jelenségekből adódó multikulturális közeg) – gyakran olyan helyzetekben manifesztálódnak, ahol a páciens és az ellátást nyújtó eltérő kulturális háttérrel rendelkezik, találkozásukra pedig adott esetben egy harmadik kultúrában kerül sor. Mindez szükségessé teszi az egészségügyben dolgozók interkulturális kompetenciáinak fejlesztését, lehetőség szerint már az egészségügyi képzés keretében. Az interkulturális kulcskompetencia autentikus elsajátítására a felsőoktatási mobilitás keretében külföldön tanuló orvostanhallgatóknak, valamint a befogadó kultúra orvosi felsőoktatásában részt vevő hallgatóinak speciális és kezvező lehetőségük nyílik, mely a mobilitás során megszerezhető tudás értékét tovább növelheti. Ezzel egyidejűleg fontos hangsúlyozni, hogy az interkulturális kompetencia elsajátítása az egészségügy minden területén elengedhetetlenné válik a közeljövőben, ezért kiemelkedő fontosságú feladat az egyetemi kurrikulumok és a teljes egészségügy képzési portoliójának kibővítése, valamint az interdiszciplináris együttműködés erősítése.

Bár a multikulturális közeg a befogadó és befogadott kultúra részéről egyaránt folyamatos szociokulturális adaptációt igényel, jelenléte által lehetővé válik az interkulturális tudás kognitív, affektív és pragmatikus-kommunikatív részkompetenciáinak részleges vagy adott

esetben teljes kialakulása, és egyidejű, illetve későbbi alkalmazása, például a minden szempontból egyre inkább multikulturálissá váló egészségügyben.

A problémamegoldásra való törekvés kommunikációs participációs szándéka, azaz az optimálisnak vélt állapot elérésének lehetősége motiváló erőként hathat az interkulturális kompetencia használatára is, mely a kapcsolathálózatok és ezáltal a bizalom, mint társadalmi tőke fejlődését is pozitívan befolyásolhatja.

10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hálás köszönettel tartozom **Prof. Dr. Füzesi Zsuzsannán**ak, aki intézetvezetőként és tudományos munkám irányítójaként folyamatosan segítette kutatási tevékenységemet, és biztosította annak hátterét. Támogatása, szakmai tudása, lelkesedése, mindenkor pozitív hozzáállása, mérhetetlen türelme és közvetlensége meghatározó segítséget jelentett kutatómunkám során. Köszönetemet szeretném kifejezni társ-témavezetőmnek, **Dr. Birkás Bélá**nak is, aki a kutatómunka és a vizsgálati eredmények kiértékelése során számos további szemponttal és hathatós módszertani segítséggel támogatta munkámat. Mindketten példát mutattak a kutatói pálya iránti folyamatos lelkesedésből és elhivatottságból, hálás köszönet érte.

Végtelenül hálás vagyok **Prof. Dr. Horányi Özsébnek**, mentoromnak és korábbi témavezetőmnek, aki több mint húsz évvel ezelőtt elindított a multidiszciplináris gondolkodás és tudományos kutatás útján, és azóta is folyamatosan bíztat és támogat. Nélküle ma nem tarthatnék itt.

Külön köszönet nemzetközi kutatócsoportunk alapító tagjainak, mindenek előtt pécsi kutatótársamnak, a PTE ÁOK Orvosi Népegészségtani Intézet munkatársának, **Dr. Balogh Erikán**ak a rengeteg segítségért, támogatásért, a közös munka során tanúsított példaértékű kitartásáért, türelméért és mindenkor pozitív hozzáállásáért. Hálás köszönet illeti két német kolléganőnket, **Dr. Karen Voigt**-ot és **Dr. Henna Riemenschneider**-t, a TU Dresden Medizinische Fakultät kutatóit is, akikkel az elmúlt évek során rendkívül jó és eredményes kapcsolat fejlődött, szakmailag és emberileg egyaránt.

Szeretném megköszönni **Dr. Pótó Zsuzsanna** kolléganőm folyamatos és türelmes segítségét a vizsgálati eredmények feldolgozásában és kiértékelésében, mindenkor lelkes támogatása számos alkalommal segített a munka további folytatásában.

Hálásan köszönöm a Viselkedéstudományok Doktori Program vezetőjének, **Prof. Dr. Kállai János**nak, valamint a Magatartástudományi Intézet munkatársainak folyamatos támogatását: az adatok rögzítésében **Bagodics Józsefné Ildikó**, **Nagyné Ébner Terézia**, **Dr. Fulmerné Bunczom Mária** és **Rofrics Brigitta** segítségét, külön kiemelve **Polecsák Andrásné Spengler Mária** kolléganőm fáradhatatlan támogatását és türelmét.

Hálás vagyok előbírálóim, **Dr. Szapáry László** egyetemi docens támogató értékeléséért és **Dr. Lampek Kinga** főiskolai tanár rendkívül értékes meglátásaiért, valamint a további szakmai és kutatói munkához fűzött előremutató javaslataiért.

Köszönettel tartozom továbbá a **PTE ÁOK DH Felvételi és Hallgatói Szolgáltató Irodák**, valamint a **Tanulmányi Hivatal** korábbi és jelenlegi munkatársainak, akik több éven keresztül folyamatosan és segítőkészen vállalták és támogatták a felmérésekkel kapcsolatos szervezési teendőket. Közülük is külön köszönet illeti **Bognár Adriennt**, **Varga Zsuzsannát**, **Csidei Líviát**, **Potos Bernadettet**, **Csomor Klaudiát**, **Kajtár Korinnát és Nagy Katalint**, együttműködésükért és nélkülözhetetlen támogatásukért.

Köszönettel tartozom a hallgatói felmérésekben folyamatosan közreműködő intézeteknek, külön kiemelve **Prof. Dr. Reglődi Dóra**, **Dr. Horváth Judit**, **Prof. Dr. Pethő Gábor**, **Dr. Buzás Péter** és **Buzásné Dr. Telkes Ildikó**, **Prof. Dr. Wittmann István**, **Dr. Sebők Judit** és **Bodor Enikő** támogatását és segítségét.

Ezúton szeretném megköszönni **a magyar, német és angol nyelvű képzés korábbi és jelenlegi hallgatóinak**, hogy több éven keresztül együttműködésükkel segítették kutatómunkánkat, nélkülük ma nem tarthatnánk itt.

Végtelen hálával tartozom minden **szerettem**nek, **szüleim**nek, **nővérem**nek, **családom**nak és **barátaim**nak, akik jó szóval, szeretettel és megértéssel támogattak, átvették tőlem a feladataimat, elviselték a kutatómunka alatti távollétemet és kedvességgel, határozottsággal vagy éppen humorral segítettek át a nehézségeken.

Végezetül szeretném ezt a munkát lányaimnak, Lenának és Johannának ajánlani, az elmúlt néhány évben irántam tanúsított végtelen türelmükért és támogató szeretetükért.

A nemzetközi kutatás a Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Németország támogatásával valósulhatott meg.

11. IRODALOM

Abelsen B, Olsen JA (2012). Does an activity based remuneration system attract young doctors to general practice? BMC health services research 12: 68

Ács P (2017). PTC szemüveg. In: Jel-kép. 2017/2KLSZ pp.35-38. http://communicatio.hu/jelkep/2017/2klsz/JelKep_2017_2KLSZ_Acs_Peter.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 01. 08.)

Adler N J (1991). International Dimentsions of Organizational Behavior. Belmont, California: PWS-KENT

Adler P (1986). Culture Shock and the cross-cultural learning experience. In L. F. Luce, & E. Smith (Eds.), Towards Internationalism: Readings in Cross-Cultural Communication (2nd ed., pp. 24-35). Rowley, MA: Harper & Row.

A felsőoktatás nemzetköziesítése (2015). Bologna füzetek 8. TKA Könyvtár. Tempus Közalapítvány https://issuu.com/tka_konyvtar/docs/bologna_fuzetek_8_issuu_xs (Utolsó letöltés: 2017. 11. 03.)

Armstrong L (1990). Medicine as a profession: Times of change. British Medical Journal, 301, 691-693.

Ärztestatistik (2016). Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2016. Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich. http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/ (Utolsó letöltés: 2017. 11. 02.)

Aydemir O, Icelli I. (2013). Burnout? Risk factors. In: Bahler-Kohler S, editor. Burnout for Experts. Basel-Switzerland: Springer; 2013. p. 119–45.

Babbie E (1996). A társadalomtudományi kutatások gyakorlata. Balassi Kiadó Budapest, 704p.

Bagdy E, Mogyorósy Cs (1988). Quo vadis medicus? Pályamotivációk alakulása az orvosegyetemi képzés során. In: Medicus Universalis, 1: 5-8.

Bakacsi Gy, Takács S, Karácsonyi A, Imrek V (2002): Eastern European Cluster: tradition and transition. In: Journal of World Business 37, 69-80.

Balázs P (2012). Orvosi létszámok és a nemzetközi orvosmigráció aktuális hatása Magyarországon. Orv. Hetil., 2012, 153, 250-256.

Balogh E, Faubl N, Wagner Z, Voigt K, Riemenschneider H, Füzesi Zs, Kiss I (2017). Rauchgewohnheiten von deutschen Medizinstudierenden in Deutschland und Ungarn. Prävention und Gesundheitsförderung. 12:(4) pp. 255-260.

Banks J (2008). An Introduction to Multicultural Education (Fourth ed.). Boston: Pearson, Allyn & Bacon.

Bánlaky P, Kérész G, Solymosi Zs (1981). Orvosok Magyarországon. Budapest, Akadémiai Kiadó.

Barnett R (1994). The Limits of Competence. Buckingham, UK: Society for Research into Higher Education and the Open University Press.

Barshes NR, Vavra AK, Miller A, Brunicardi FC, Goss JA, Sweeney JF (2004).General surgery as a career: A contemporary review of factors central to medical student specialty choice. J. Am. Coll. Surg. 199 5: 792-799.

Bartels A, Voigt K, Riemenschneider H, Nitschke-Bertaud M, Bergmann A (2016). Facharztpräferenzen von Medizinstudierenden im Kontrast zum Bedarf an Allgemeinmedizinern in Sachsen. Das Gesundheitswesen DOI: 10.1055/s-0042-102339

Barthen L, Gerlinger T (2016). Die hausärztliche Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt. Wahrnehmenug, Beschreibung und Bewertung lokaler Versorgungsprobleme durch die Bürgermeister. Gesundheitswesen; 78(10): 645-650

Becker G K (2000). The moral status of persons: perspectives on bioethics. Rodopi Bv Editions, Amsterdam.

Bennett M J (1986). Towards Ethnorelativism. A Developmental Model of Intercultural Sensitivity. In: Cross-Cultural Orientation: New Conceptualizations and Applications (Ed. Paige M). Lanham: University Press of America, pp. 33-64.

Bennett M J (1993). Towards Ethnorelativism: A Developmental Model of Intercultural Sensitivity. In: Education for the Intercultural Experience. Paige, M. (Ed.) Yarmouth, Maine: Intercultural Press, pp. 21-71.

Bennett M J (1998). Intercultural Communication: A Current Perspective. In: Bennett, M. J. (Ed.): Basic Concepts of Intercultural Communication. Intercultural Press, Boston-London: 1-34.

Bennett M J (2012). Paragigmatic assumptions and a developmental approach to intercultural learning. In: Berg et. al. (Ed.) Student learning abroad: What our students are learning, what they're not, and what we can do about it. Stylus Publishing Virginia. pp. 90-114.

Bennett M J, Castiglioni I (2004). Embodied ethnocentrism and the feeling of culture: A key to training for intercultural competence. In D. Landis, J. Bennett & M. Bennett (Eds.), Handbook of intercultural training (3rd ed. Thousand Oaks: Sage. pp. 249-265.

Bentling S, Lennander A (2008). Visible, invisible and made visible. The Nordic Journal of Nursing Research, 3(2), 15-21.

Berács J- Zsótér B (2013). Magyar Tudomány 2013/2 http://www.matud.iif.hu/2013/02/06.htm (Utolsó letöltés: 2017. 10. 05.)

Berács J, Hubert J, Nagy G (2009). A nemzetköziesedés folyamata a magyar felsőoktatásban. TKA Könyvtár. Bologna füzetek 3. https://issuu.com/tka_konyvtar/docs/bologna_fuzetek_3_issuu (Utolsó letöltés: 2017. 09. 08.)

Berács J, Malota E, Zsótér B (2010). A magyar felsőoktatás nemzetköziesedésének folyamata 2.

Béres I, Horányi Ö (szerk.) (2001). Társadalmi kommunikáció. Osiris, Budapest.

Betancourt J R (2006a). Cultural Competence and Medical Education: Many Names, Many Perspectives, One Goal. Academic Medicine, 81(6), 499-501.

Betancourt J R (2006b). Cultural competency: Providing quality care to diverse populations. The Consultant Pharmacist, 21(12), 988-995.

Betancourt J R, Green A R, Carrillo J E (2002). Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. New York: Commonwealth Fund.

Bhawuk D B (1992). The Measurement of intercultural sensitivity using the concepts of individualism and collectivism. International Journal of Intercultural Relations, 16(4), 413-436.

Bland KI, Isaacs G (2002). Contemporary trends in student selection of medical specialties: The potential impact on general surgery. Arch. Surg. 137 3: 259-267.

Blozik E, Ehrhardt M, Scherer M (2014). Förderung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 57: 892-902

Boecker MC, Jäger M (2006). Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts? Thesenpapier der Bertelsmann Stiftung auf Basis der Interkulturellen-Kompetenz-Modelle von Dr. Darla K. Deardorff. http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_17145_17146_2. pdf (Utolsó letöltés: 2018. 01. 08.)

Boeri T, Brücker H (2005). Migration, Co-ordination Failures and EU Enlargement. In: DIW Berlin Discussion Paper 481. http://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw_01.c.43118.de (Utolsó letöltés: 2018. 01. 18.)

Borgulya I (Ed). (2004). Kultúraközi, szakmai és szervezeti kommunikáció. Pécs: Pécsi Tudományegyetem.

Borgulya I, Barakonyi K (2004). Vállalati kultúra. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó

Brach C, Fraser I (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic disparities? A review and conceptual model. Medical Care Research and Review, 57(suppl 1), 181-217.

Braune F (2011). Informed Consent im kulturbedingten Spannungsfeld. In: Peintinger M (Hrsg) Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas, Wien, 189–201.

Brislin R W, Yoshida T (1997). Improving intercultural interactions: Modules for cross-cultural training programs (Vol. 2). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Brislin R, Yoshida T (1994). Intercultural Communication Training: An Introduction. Thousand Oaks: Sage Publications.

Brooks R, Waters J (2011). Student Mobilities, Migration and the Internationalization of Higher Education. Palgrave Macmillan, Basingstoke.

Brown H D (1992). Learning a second culture. In: Culture Bound, Bridging the cultural gap in language teaching. Valdes J.M. (Ed.), Cambridge University Press, pp. 33-48.

Buchan J, Perfilieva G (2006). Health Worker Migration in the European Region. Country Case Studies and Policy Impications. In: WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

Buda B (2007). Kommunikáció – kontextusok – kultúrák. In: Hidasi J (szerk.) Kultúrák@kontextusok.kommunikáció. Perfekt Gazdasági Tanácsadó, Oktató és Kiadó Zrt., Budapest: 9-22.

Buda B (2007b). A kommunikáció mint participáció. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 2007/9 pp. 243-248.

Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C (2003). The influence of gender and personality traits on the career planning of medical students. Swiss Med. Wkly. 133: 535 -540.

Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C (2006). Swiss residents' speciality choices - impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. BMC Health Serv. Res. 6 1: 137.

Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R (2003). Geschlecht oder Persönlichkeit? Determinanten der Karrierepläne angehender Ärzte und Ärztinnen In: Abele A. E. u. a. (Hrsg) Frauen und Männer in akademischen Professionen - Berufsverläufe und Berufserfolg. Asanger, Heidelberg, S. 17-28

Bunker J, Shadbolt N (2009). Choosing general practice as a career-the influences of education and training. Australian family physician 38: 341

Byram M (1997). Teaching and Assessing Intercultural Communicative Competence. Clevedon: Multilingual Matters.

Byram M, Zarate G (1997). Defining and Assessing Intercultural Competence: some principles and proposals for the European context. Language teaching, 29, 14-18.

Carline JD, Greer T (1991). Comparing physicians' specialty interests upon entering medical school with their eventual practice specialties. Acad. Med. 66 1: 44-46.

Carter MA, Klugman CM (2001). Cultural engagement in clinical ethics. A model for ethics consultation. Camb Q Healthc Ethics 10:16–33.

Chestnut D H (2017). On the Road to Professionalism. Anesthesiology 5 2017, Vol.126, 780-786.

Chin J (2001). Ethical sensitivity and the goals of medicine: resisting the tides of medical deprofessionalisation. Singapore Med. J. 2001 42: 582-585.

Chomsky N (1965). Aspects of the Theory of Syntax. The MIT Press. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts.

Collins K S (2002). Diverse communities' common concerns: Assessing health care quality for minority American. New York: The Commonwealth Fund.

Cook C T, Kosoko-Lasaki O, O'Brien R (2005). Satisfaction with and perceived cultural competency of healthcare providers: The minority experience. Journal of the National Medical Association, 97(8), 1078-1087.

Creed PA, Searle J, Rogers ME (2010). Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. Soc. Sci. Med. 71 6: 1084-1088.

Crossley ML, Mubarik A (2002). A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. In: Br Dent J., 193: 471-473.

Csabai M, Molnár P (1999). Egészség, betegség, gyógyítás. Springer, Budapest.

Csabai M, Bartha K (2002). Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről. In: Lege Artis Medicinae, 10: 638-644.

Derényi A (2014). A felsőoktatás nemzetköziesítése: globális pillanatkép. In: Csekő K (szerk.): A mozgás tere: A magyar felsőoktatás és a nemzetközi mobilitási folyamatok. Balassi Intézet, Budapest: 11-51.

Detweiler R (1980). Intercultural interaction and the categorization process: A conceptual analysis and behavioral outcome. International Journal of Intercultural Relations, 4(3-4), 275-293.

Doberauer G, Gruhl S, Zuhorn F (2009). Medizinstudium in Ungarn. Bayerisches Ärzteblatt 12: 643.

Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW (2003). Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. In: Journal of the American Medical Association, 290: 1173–1178.

Dreißig V (2005). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Transcript, Bielefeld.

Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Acad Med. 2014;89(3):44-51.

Earley P C, Peterson R S (2004). The elusive cultural chameleon: Cultural intelligence as a new approach to intercultural training for the global manager. Academy of Management Learning & Education, 3(1), 100-115.

Egener B, McDonald W, Rosof B, Gullen D (2012). Perspective: Organizational professionalism: relevant competencies and behaviors. Acad Med. 2012 May; 87(5):668-74

Eke E, Girasek E, Szócska M (2009). A migráció a magyar orvosok körében. Stat.Szem. 87. 7-8.: 796-827.

Ellsbury K, Carline J, Irby D, Stritter F (1998). Influence of Third-Year Clerkships on Medical Student Specialty Preferences. Adv. Health Sci. Educ. 3 3: 177-186.

Engle L, Engle J (2004). Assessing language acquisition and intercultural sensitivity development in relation to study abroad program design. Frontiers: The Interdisciplinary Journal of Study Abroad, X(Fall), 219-236.

Erll A, Gymnich M (2013). Interkulturelle Kompetenz. Stuttgart: Klett, 180 p.

Falkné Bánó K (2001). Kultúraközi kommunikáció. Budapest: Püski.

Fantini A (1995). What is intercultural competence? http://www.pestalozzi.ch/fileadmin/empower/What_is_Intercultural_Competence.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 02. 18.)

Fantini A E (2000). Intercultural Competence: An Essential Ingredient for the New Millennium. CISV Interspectives, 18, 89-91.

Farkas R (2017). A magyarországi orvoselvándorlás. Méltányosság Politikaelemző Központ. http://www.meltanyossag.hu/files/meltany/imce/doc/kp_orvoselvandorlas_120320.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 01. 10.)

Faubl N (2013). Kultúrák találkozásában. Az interkulturális kompetencia kialakulása és fejlődése a PTE Általános Orvostudományi Karán – első eredmények. http://szociologia.btk.pte.hu/sites/default/files/Acta_Sociologia/09_Faubl_Nora.pdf (Utolsó letöltés: 2017. 11. 02.)

Faubl N, Zuhorn F, Füzesi Zs (2014). Kommunikációs és interkulturális kompetenciák fejlődésének lehetőségei a PTE ÁOK nemzetközi környezetében. (Kuráth G, Héráné T A, Sipos N. Eds.) PTE Diplomás Pályakövető Rendszer tanulmánykötet, pp. 157- 178.

Faubl N, Balogh E, Pótó Zs, Riemenschneider H, Bartels A, Voigt K, Füzesi Zs, Birkás B (2017a). Gibt es einen Zusammenhang zwischen Gesundheit, Wohlbefinden und Facharztpräferenzen bei Medizinstudierenden? Ergebnisse einer multizentrischen Querschnittstudie in Deutschland und Ungarn Prävention und Gesundheitsförderung. 12:(4) pp. 248-254.

Faubl N, M. Császár Zs, Wusching Á T, Füzesi Zs (2017b). Pécsett és Debrecenben tanuló külföldi orvostanhallgatók: egyetemválasztási és beilleszkedési kérdések. Metszetek – Társadalomtudományi folyóirat 6:(2) pp. 22-43.

Feith H. J (2009). Női szerepek és konfl iktusok egészségügyi diplomások életpályáin. Orv. Hetil., 2009, 150, 1089-1095.

Felsőoktatási statisztikai adatok, letölthető kimutatások (2016). https://www.oktatas.hu/felsooktatas/kozerdeku_adatok/felsooktatasi_adatok_kozzetetele/felsooktatasi_statisztikak (Utolsó letöltés: 2018. 01. 10.)

Field J. (2003). Social Capital. London: Routledge.

Fincher RME, Lewis LA, Rogers LQ (1992). Classification model that predicts medical students' choices of primary care or non-primary care specialties. Acad. Med. 67 5: 324-327.

Flaskerud J (2007). Cultural Competence: What is it? Issues in Mental Health Nursing, 28, 121-123.

Free C (2005). Transcultural communication and ethnic comparisons in the experience of services. The British Journal of General Practice, 55(514), 339-340.

Fukuyama F (1995). Trust: the Social Virtues and the Creation of Prosperity. New York, Free Press.

Füzér K (2015). A bizalom társadalomelmélete és a társadalmi tőke szociológiaelmélete, Századvég 78: (4) pp. 5-16.

Füzér K (2017). A projektesített város. Részvételi városfejlesztés az ezredfordulós Pécsett. Pécs: Publikon Kiadó. 120 p.

Füzesi Zs, Tistyán L (2013a). Külföldi diákok egy egyetem és város életében. In: Területfejlesztés és innováció, 7, 3.: 11-17.

Füzesi Zs, Tistyán L (2013b). Az egészségügyi felsőoktatásban tanuló külföldi diákok az egyetem és a város életében. Kell-e számolni velük az egyetem és a város fejlesztése során? In: M. Császár Zs, Kuráth G, Mayer L, Farkas Gy Cs, Pálfi M (szerk.): A felsőoktatás területi dimenziói, avagy oktatásföldrajzi vizsgálatok a hazai és nemzetközi térben. Pécsi Tudományegyetem Mandulavirágzási Tudományos Napok, Pécs, 2013. február 27.

Gagné R, Léger PT (2005). Determinants of physicians' decisions to specialize. Health Econ. 14 7: 721-735.

Garibaldi RA, Popkave C, Bylsma W (2005). Career plans for trainees in internal medicine residency programs. Acad. Med. 80 5: 507-512.

Gaw K F (2000). Reverse culture shock in students returning from overseas. International Journal of Intercultural Relations, 24(1), 83-104.

Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J et al. (2012). Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift 137: 1242-1247

Gensch K (2007). Veränderte Berufsentscheidungen junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot. Ergebnisse einer anonymen Befragung. Gesundheitswesen, 69 pp. 359-370.

Gerhards J, Németh B (2015). Ökonomisches Kapital der Eltern und Medizinstudium im Ausland. Wie Europäisierungs- und Globalisierungsprozesse die Reproduktion sozialer Ungleichheiten verändern. Berliner Studien zur Soziologie Europas (BSSE) Nr. 34 | http://www.polsoz.fu-berlin.de/soziologie/arbeitsbereiche/makrosoziologie/arbeitspapiere/bsse_34.html (Utolsó letöltés: 2018. 02. 02.)

Gerhards J, Lengfeld H (2013). Wir, ein europäisches Volk? Sozialintegration Europas und die Idee der Gleichheit aller europäischen Bürger. Wiesbaden: Springer VS.

Gerhards J, Hans S (2013). Transnational Human Capital, Education, and Social Inequality. Analyses of International Student Exchange. Zeitschrift für Soziologie 42: 99-117.

Gerhards J, Hans S, Carlson S (Hrsg.) (2014). Globalisierung, Bildung und grenzüberschreitende Mobilität. Wiesbaden: Springer VS.

Gertsen M C (1990). Intercultural competence and expatriates. The International Journal of Human Resource Management, 1(3), pp. 341-362.

Giger J, Davidhizar R, Purnell L, Harden J, Phillips J, Strickland O, nursing, A. a. (2007). American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. Journal of Transcultural Nursing, 18(2), 95-102.

Girasek E, Eke E, Szócska M (2007). Külföldi munkavállalás. Hogyan látják az elsőéves orvostanhallgatók? In: Felsőoktatási Műhely 2007. 1. sz. https://anzdoc.com/klfldi-munkavallalas-hogyan-latjak-az-elseves-orvostanhallga.html (Utolsó letöltés: 2018. 02. 18.)

Girasek E, Eke E, Szócska M (2009). Fiatal orvosok vidéki munkavállalási szándékai. Orvosképzés 84:(1) pp. 59-63.

Girasek E, Molnár R, Eke E, Csernus R (2009). Az orvosi pálya választásának motivációi napjainkban: orvostanhallgatók és rezidensek véleménye alapján. In: Orvosképzés, 84: 329-333.

Girasek E, Eke E, Szócska M (2010). Analysis of a survey on young doctors' willingness to work in rural Hungary. Hum. Resour. Health. 8 1: 13.

Girasek E, Molnár R, Eke E, Szócska M (2011). The medical career choice motivations — Results from a Hungarian study. Cent. Eur. J. Med. 6 4: 502-509.

Girasek E (2013). Rezidens orvosok szakterületválasztási és vidéki munkavállalási motivációi PhD értekezés. http://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/256/girasekedmond_DOIs.pdf?sequence=1(Utolsó letöltés: 2017. 09. 05.)

Goleman D, Boyatzis R, McKee A (2002). Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Götz K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Kiolbassa K, Joos S, Steinhäuser J (2011). Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz". Dtsch. Med. Wochenschr. 136 06: 253-257.

Götz K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Kiolbassa K, Joos S, Steinhäuser J (2011). Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz": Ergebnisse einer Online-Befragung unter Medizinstudierenden. Dtsch med Wochenschr, 136(6): 253-257

Graf A, Harland L K (2005). Expatriate selection: evaluating the discriminant, convergent, and predictive validity of five measures of interpersonal and intercultural competence. Journal of Leadership & Organizational Studies, 11(2), 46-62.

Greenholz J (2005). Does intercultural sensitivity cross cultures? Validity issues in porting instruments across languages and cultures. International Journal of Intercultural Relations, 29(1), 73–89.

Gronlund N (1981). Measurement and evaluation in teaching. Macmillan, New York.

Grósz A, Papp R (2008). Vissza a jövőbe - Munkaerőpiaci kihívások a háziorvosi rendszerben. HáziJogOrvos2008/1

Grützmann T, Rose Ch, Peters T (2012). Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. Ethik Med (2012) 24:323–334. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00481-012-0223-7.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 01. 15.)

Gudykunst W (2003). Cross-cultural and intercultural communication. CA, SAGE.

Gudykunst WB, Kim YY (1997). Communicating with Strangers. An Approach to Intercultural Communication. 3rd edition, New York: McGraw-Hill.

Guy B S (1996). Managing the effects of culture shock and sojourner adjustment on the expatriate industrial sales force. Industrial Marketing Management, 25(5), 385-393.

Győrffy Zs, Ádám Sz (2003). Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. Lege Artis Medicinae, 13(2), 159—164.

Győrffy Zs, Ádám Sz, Kopp M (2005). A magyarországi orvostársadalom egészségi állapota - Országos reprezentatív minta alapján Orv Hetil 146:(26) pp. 1383-1391.

Győrffy Zs, Molnár R, Somorjai N (2012). Gyógyítók helyzete és egészsége - a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 13 (2012) 2, 107-126

Győrffy Zs, Csala I, Sándor I (2013). Orvostanhallgatók Magyarországon: átalakuló vagy elnőiesedő hivatás? In: Orvosi Hetilap, 154(49): 1950-1958.

Győrffy Zs, Susánszky É, Susánszky A, Szántó Zs (2015). Az orvosi pályaválasztás átalakulása – esélyek és lehetőségek Magyarországon. In: Lege Artis Medicinae, 25(4-5): 211-219.

Győrffy Zs (2015). Orvosnők Magyarországon. Semmelweis Kiadó, Budapest

Győrffy Zs, Birkás E, Sándor I (2016). Career motivation and burnout among medical students in Hungary – could altruism be a protection factor? In: BMC Med Educ. 16: 182.

Győrffy Zs, Susánszky A, Szántó Zs, Susánszky É (2017). Az orvosi pályaválasztás átalakulása – Mit mutatnak a terepmunka-tapasztalataink?. Metszetek – Társadalomtudományi folyóirat 6:(2) pp. 5-21.

Győrffy Zs, Szél Zs (2018). Magyarországi orvostanhallgatók külföldi munkavállalási szándékai. Orvosi Hetilap 159:(1) pp. 31-37.

Győri F (2018). Diplomaszerző nemzetközi hallgatói mobilitás a Szegedi Tudományegyetemen az oktatás-statisztikai adatok tükrében. Közép-Európai Közlemények XI. évf. 1. szám, 2018/1. No.40.

Gyüre J, Trócsányi A (2013). Az egyetemvárosiasodás hazai dimenziói, különös tekintettel Pécsre. In: Font M, Kuráth G, Mayer L, Farkas Gy, Pálfi M (szerk.): Mandulavirágzási Tudományos Napok: Tudomány - Egyetem. A Pécsi Egyetem és hallgatói a középkortól napjainkig. Pécs, PécsiTudományegyetem. pp. 11-17.

Hajdu O, Pintér J, Rappai G, Rédey K (1994). Statisztika I. Carbocomp Kiadó, Pécs. p. 352.

Hall E (1990). The Silent Language. Doubleday, New York.

Hall E T, Hall M R (1990). Understanding Cultural Differences. Yarmouth, Maine: Intercultural Press

Hamboyan H, Bryan A K (1995). International students. Culture shock can affect the health of students from abroad. Canadian Family Physician, October (41), pp. 1713-1716.

Hammer M R, Bennett M J, Wiseman R (2003). Measuring intercultural sensitivity: The intercultural development inventory. International Journal of Intercultural Relations, 27, pp. 421-443.

Hannigan T P (1990). Traits, attitudes, and skills that are related to intercultural effectiveness and their implications for cross-cultural training: A review of the literature. International Journal of Intercultural Relations, 14(1), pp. 89-111.

Harris V W, Kumaran M, Jones Harris H, Moen D, Visconti B (2018). Assessing multicultural competence (knowledge and awareness) in study abroad experiences. Compare: A Journal of Comparative and International Education. https://doi.org/10.1080/03057925.2017.1421901 (Utolsó letöltés: 2018. 01. 20.)

Hárs Á (2016). Elvándorlás, bevándorlás és a magyar munkaerőpiac. Jelenségek, hatások, lehetőségek. Társadalmi riport 2016. http://old.tarki.hu/hu/publications/SR/2016/12hars.pdf (Utolsó letöltés: 2017. 11. 04.)

Hazag A, Major J (2008). A hallgatói kiégés jelensége, medikusok lelki egészségvédelme. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 9, 305-322.

Hazag A, Major J, Ádám Sz (2010). A hallgatói kiégés szindróma mérése. A Maslach Kiégés-teszt Hallgatói Változatának (MBI-SS) validálása hazai mintán. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 11, 151-168

Heiligers P. J. (2012).. Gender differences in medical students' motives and career choice. In: BMC Med Educ., Aug., 23: 12-82.

Henry J, Edwards BJ, B. C (2009). Why do medical graduates choose rural careers? Rural Remote Health 9 1083

Héra G, Ligeti Gy (2005). Módszertan – Bevezetés a társadalmi jelenségek kutatásába Osiris Kiadó, Budapest.

Hidasi J (2004). A kultúraközi kompetencia kialakulásának folyamatáról. In: Nyelvészet és interdiszciplinaritás I-II. (szerk. Navracsics J, Tóth Sz), Szeged - Veszprém: Generalia, pp.13-24.

Hidasi J (2008). Interkulturális kommunikáció. Scolar Kiadó, Budapest.

Hofstede G (1994). Cultures and Organisations, Software of the Mind. Paperback edition, London: HarperCollins Publishers.

Hofstede G J, Pedersen P B, Hofstede G (2002). Exploring Culture. Boston: Intercultural Press, Nicholas Brealey Publishing

Hogg R, Spriggs B, Cook V (2008). Do medical students want a career in general practice? A rich mix of influences! Education for Primary Care 19 1: 54-64.

Holland J (1973). Making vocational choices: A theory of careers. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Johns Hopkins University, Baltimore. 150 p.

Holmes P (1997). Future directions in international science education. The Interdisciplinary Journal of Study Abroad, 3(2), pp. 233-239.

Holmes P, Bavieri L, Ganassin S (2015). Developing intercultural understanding for study abroad: students' and teachers' perspectives on pre-departure intercultural learning. Intercultural Education Volume 26, 16-30.

Honvári J (2012). Migrációs potenciál és a potenciális tanulási migráció. In: Tér és Társadalom 2012. 26. évf. 3. sz. pp. 93-113.

Horányi Ö (2007). A kommunikációról mint participációról. In: Horányi Özséb (szerk): A kommunikáció mint participáció. AKTI-Typotex, Budapest http://www.ozseb.horanyi.hu/participacio/komm_mint_participacio/bevezeto.htm (Utolsó letöltés: 2018. 02. 15.)

Horányi Ö (2015). A kommunikáció mint állapot. Rövid áttekintés (kézirat). http://www.ozseb.horanyi.hu/kozelet/tanulmanyok/a_kommunikacio_mint_allapot_150607.htm (Utolsó letöltés: 2018. 02. 15.)

Horányi Ö (2017). A dolgok állása. Szinopszis. In: Jel-kép. 2017/1 KLSZ pp.1-25. http://communicatio.hu/jelkep/2017/1klsz/JelKep_2017_1_kulonszam_Horanyi_Ozseb.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 01. 08.)

Horváth DA, Dombi AZ, Fésűs S (2010). HuMánia – Önkéntes kortársoktatás a jövő orvosaiért. Lege Artis Medicinae, 2010, 20, 252-255.

House R, Javidan M, Hanges P, Dorfman P (2002). Understanding cultures and implicit leadership theories across the globe: an introduction to project GLOBE. In: Journal of World Business 37, 3-10.

Berács J, Malota E (2011). Megéri hozzánk jönni tanulni? educatio 2011/2 pp. 220-234. https://de.scribd.com/document/361730257/Beracs-Megeri-Hozzank-Jonni-Tanulni (Utolsó letöltés: 2018. 01. 15.)

Hunter W (2004). Got Global Competency? International Educator, Spring, pp. 6-12.

Husband C (2000). Recognising diversity and developing skills: The proper role of transcultural communication. European Journal of Social Work, 3(3), pp. 225-234.

Hyppölä H, Kumpusalo E, Neittaanmäki L, Mattila K, Virjo I, Kujala S, Luhtala R, Halila H, Isokoski M (1998). Becoming a doctor – Was it the wrong career choice? Soc. Sci. Med. 47 9: pp. 1383-1387.

Hyun I (2008). Clinical cultural competence and the threat of ethical relativism. Camb Q Health Ethics 17:154–163.

Imel, S (1998). Promoting Intercultural Understanding. Trends and Issues Alert. Retrieved May 15, 2014, from http://www.cete.org/acve/docs/tia00066.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 01. 10.)

Irvine D (2001). Doctors in the UK: Their new professionalism and its regulatory framework. Lancet, 358, 1807—1810.

Ishak W, Nikravesh R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C (2013). Burnout in medical students: a systematic review. Clin Teach. 2013;2013 (10):242-5.

Ivády V (2010). Az egészségügyi felsőoktatás nemzetgazdaságot dinamizáló szerepe – Javaslat az egészségügyi felsőoktatás exporttevékenységének növelésére. Kézirat. Semmelweis Egyetem, Budapest

Janssens M (1995). Intercultural interaction: A burden on international managers? Journal of Organizational Behavior, 16(2), 155-167.

Jeffe D B, Whelan A J, Andriole D A (2010). Primary care specialty choices of United States medical graduates, 1997–2006. Academic Medicine. 85: 947-958

Johnson J P, Lenartowicz T, Apud S (2006). Cross-cultural competence in international business: Toward a definition and a model. Journal of International Business Studies, 37, 525-543.

Jungbauer-Gans M, Lohmann H Spiess K (2012). Bildungsungleichheiten und Privatschulen in Deutschland, in: Soziologische Bildungsforschung. Sonderband der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Hrsg. von Solga H, Becker R, 64-85. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kanter MH, Nguyen M, Klau MH, Spiegel NH, Ambrosini VL (2013). What does professionalism mean to the physician? Perm J 2013;17(3):87-90.

Kapocsi E (2004). Válság vagy megújulás? Válaszúton az orvosi hivatás. LAM 14 1: 72-75.

Kapocsi E (2000). Az orvosi hivatás autonómiájának etikai vonatkozásai Lege Artis Medicinae 10:(4) pp. 358-364.

Kapocsi E (2011). „Boldogtalan orvosok" – a jelenség és ami mögötte van. Lege Artis Medicinae 2011;21(8-9):584-8.

Kassebaum DG, Szenas PL (1994). Factors influencing the specialty choices of 1993 medical school graduates Acad. Med. 69 2: 163-170.

Kasza G (2010). Helyzetkép a nemzetközi hallgatói mobilitásról: In: Garai O, Horváth T, Kiss L, Szép L, Veroszta Zs. Diplomás Pályakövetés IV., Frissdiplomások 2010. Educatio Kft., Budapest: 177-192.

Kasza G (2010). Helyzetkép a nemzetközi hallgatói mobilitásról: In: Diplomás Pályakövetés IV., Frissdiplomások 2010. Budapest: Educatio Kft., pp. 177-192.

Katona E (2015). Migráció az egészségügyben. Az orvosmigráció alakulása 2009 és 2013 között-az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatainak elemzése alapján. OTDK-dolgozat, 2015. https://www.elte.hu/file/OTDK_2015_KatonaEszter.pdf (Utolsó letöltés: 2017. 11. 02.)

Kelley C, Meyers J (1999). The Cross-Cultural Adaptability Inventory. In S. Fowler, & M. Mumford (Eds.), Intercultural Sourcebook: Cross- Cultural Training Methods (Vol. 2, pp. 53-60). Yarmouth, Maine: Intercultural Press.

Khater-Menassa B, Major S (2005). Factors influencing the choice of specialty among medical students in Lebanon. J. Med. Liban. 53 1: 16-20.

Kiker BF, Zeh M (1998). Relative Income Expectation, Expected Malpratice Premuim Cost, And Other Determinants of Physician Speciality Choice. J. Health Soc. Behav. 39 June: 152-167.

Kim Y (2000). Becoming intercultural: An integrative theory of communication and crosscultural adaptation. Sage Publications.

Kim KJ, Hwang JY, Kwon BS (2016). Differences in medical students' academic interest and performance across career choice motivations. In: Int J Med Educ.: 7: 52-5.

Kincaida J (1999). The international competence of US states and their local governments. Regional & Federal Studies, 9(1), 111-133.

King R (2003). International Student Migration in Europe and the Institutionalisation of Identityas „Young Europeans". In: Doomernik J, Knippenberg H (Ed.). Migration and Immigrants: Between Policy and Reality. Askant, Amsterdam: 155-179.

Kiss L, Kiss P (2009). A diplomás pályakövetés speciális kérdésköre – a kompetenciák vizsgálata. In: Diplomás Pályakövetés Kézikönyv. Budapest: Educatio Kft., pp. 24-30.

Kitsantas A, Talleyrand R M (2005). The use of online resources to promote multicultural competencies among K-12 preservice teachers: A model for selfregulatory learning. Education, 125(4), 627-637.

Kleinman A, Benson P (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. PLoS Med 3:1673–1676, e294. doi:10.1371/journal.pmed.0030294 (Utolsó letöltés: 2017. 11. 10.)

Kluckhohn F R, Strodtbeck F L (1961). Variations in Value Orientations. New York: Peterson.

Koehn P H, Swick H M (2006). Medical Education for a Changing World: Moving Beyond Cultural Competence into Transnational Competence. Academic Medicine, 81(6), 548-556.

Kopetsch T (2010). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. 5. ed. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. https://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztestatistik/20.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 01. 20.)

Kopp M (2010). A gender kutatások népegészségügyi és demográfiai jelentősége. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2010, 4, 243-254.

Korkmaz H, Senol YY (2013). The characteristics of medical students and motivation towards career choice: Implications for curriculum. In: Hacettepe University Journal of Education, 2: 258-268.

Kratz F (2012). Der Einfluss der sozialen Herkunft auf die internationale Mobilität und den Stellensuchradius von Studierenden und Hochschulabsolventen. Soziale Welt 63: 45-64.

Kumpfer K, Alvarado R, Smith P, Bellamy N (2002). Cultural Sensitivity and Adaptation in Family-Based Prevention Interventions. Prevention Science, 3(3), 241-246.

Lambert E M, Holmboe E S (2005). The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990–2003. In: Acad Med., 80(9): 797-802.

Lambert E, Holmboe E (2005). The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. Acad. Med. 80: 797-802.

Lambert TW, Goldacre MJ, Turner G (2006). Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: questionnaire survey. Med. Educ. 40 6: 514-521.

Lambert EM, Holmboe ES (2005). The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990–2003. In: Acad Med., 80(9): 797-802.

Lantos G (2017). Erzsike néni utazzon 30 kilométert vagy Tóth doktor 1300-at? In. Jakab András-Urbán László (szerk.) Hegymenet. Társadalmi és politikai kihívások Magyarországon. Osiris, 401-423 pp.

Lanzendorf U (2006). Inwards and Outwards European Students. In: Kelo M, Teichler U, Wachter B (Ed.) Eurodata – Student Mobility in European Higher Education. Lemmens Verlag, Bonn: 54-77.

Larke P J (1990). Cultural Diversity Awareness Inventory: Assessing the Sensitivity of Preservice Teachers. Action in Teacher Education, 12(3), 23-30.

Lázár I (2005). Az interkulturális kompetencia szerepe a nyelvtanárképzésben. TEE Szemle, 2(2), 13-20.

Lederach J. (1995). Preparing for peace: Conflict transformation across cultures. Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Lefevre JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L (2010). Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. Med. Educ. 44 6: 603-612.

Lehmann U, Dieleman M, Martineau T (2008). Staffing remote rural areas in middleand low-income countries: A literature review of attraction and retention. BMC Health Serv. Res. 8 1:19.

Leiter MP, Shaughnessy K (2006). The areas of worklife model of burnout: tests of mediation relationships. Ergonomia: An International Journal, 2006, 28, 327-341.

Lian P, Sun Y, Ji Z, Li H, Peng J (2014). Moving away from exhaustion: how core self-evaluations influence academic burnout. PLoS One. 2014;9(1):e87152.

Lieu TA, Schroeder SA, Altman DF (1989). Specialty Choices at One Medical School: Recent Trends and Analysis of Predictive Factors. Acad. Med. 64 10: 622-629.

Lind DS, Cendan JC (2003). Two decades of student career choice at the University of Florida: Increasingly a lifestyle decision. Am. Surg. 69 1: 53-55.

Lörz M, Krawietz M (2011). Internationale Mobilität und soziale Selektivität: Ausmaß, Mechanismen und Entwicklung herkunftsspezifischer Unterschiede zwischen 1990 und 2005. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 63: 185-205.

Lörz M, Schindler S (2011). Bildungsexpansion und soziale Ungleichheit: Zunahme, Abnahme oder Persistenz ungleicher Chancenverhältnisse. Zeitschrift für Soziologie 40: 458-477.

Lörz M (2012). Mechanismen sozialer Ungleichheit beim Übergang ins Studium: Prozesse der Status- und Kulturreproduktion. In Soziologische Bildungsforschung.Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 52,hrsg. von Rolf Becker & Heike Solga, S. 302-324. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

M.Császár Zs, Wusching ÁT (2014). A Pécsi Tudományegyetem a külföldi hallgatók vonzásában. Modern Geográfia 2014/IV. 25-38.

M. Császár Zs, Wusching ÁT (2016). A felsőoktatás nemzetköziesedésének hatása az egyetemvárosok fejlődésére egy pécsi esettanulmány tükrében. In: Földrajzi Közlemények 140 (3): 245-257.

Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárok: http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?page=2&szst=WNVN&lang=hu (Utolsó letöltés: 2018. 01. 10.)

Maisonneuve C, Testé B (2007). Acculturation preferences of a host community: The effects of immigrant acculturation strategies on evaluations and impression formation. International Journal of Intercultural Relations, 31(6), 669-688.

Major J, Ress K, Hulesch B és Túry F (2006). A kiégés jelensége az orvosi hivatásban. Lege Artis Medicinae, 2006/16, 367-373.

Majumdar B, Browne G, Roberts J, Carpio B (2004). Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes. Journal of Nursing Scholarship, 36(2), 161-166.

Marx E (2001). Breaking throught Culture Shock. London: Nicholas Brealey Publishing.

Maslach C, Goldberg J (1998). Prevention of burnout: New perspectives. Applied and Preventive Psychology, 1998, 7, 63-74.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP (2001). Job burnout. Annu. Rev. Psychol., 2001, 52, 397-422.

Maslach C, Leiter MP (2008). Early predictors of job burnout and engagement. Journal of Applied Psycology, 2008, 93, 498-512.

Mayer KL, Perez RV, Ho HS (2001). Factors Affecting Choice of Surgical Residency Training Program. J. Surg. Res. 98 2: 71-75.

McCabe J (1994). An assignment for building an awareness of the intersection of health literacy and cultural competence skills. Journal of Medical Library Association, 4(10), 458-461.

McManus IC, Livingstone G, Katona C (2006). The attractions of medicine: The generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. In: BMC Medical Education, 6:11.

McParland M, Noble LM, Livingston G, McManus C (2003). The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. Med. Educ. 37 5: 447-454.

McPherson DS, Schmittling GT, Pugno PA, Kahn Jr NB (2004). Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2003-2004 and 3-year summary. Fam. Med. 36 8: 553-561.

Mead R (1994). International Management, Cross-cultural diemnsions. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Publishers Inc.

Merton RKR, George G.; Kendall, Patricia L. (1957). The Student-Physician. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

Meskó B (2016). Az orvoslás jövője. In: HVG Kiadó, Budapest: 26.

Middendorff E Apolinarski B, Poskowsky J, Kandulla M, Netz N (2013). Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012. 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch das HIS-Institut für Hochschulforschung. https://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/32500250/_temp_/20-SE-Bericht.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 02. 25.)

Miksch A, Hermann K, Joos S, Kiolbassa K, Loh A, Götz K (2012) „Work-Life-Balance“ im Arztberuf – geschlechtsspezifische Unterschiede in den Erwartungen von Medizinstudierenden. Prävention und Gesundheitsförderung 7:49-55

Millan LR, Azevedo RS, Rossi E, De Marco OLN, Millan MPB, Arruda PCVd (2005). What is behind a student's choice for becoming a doctor? Clinics 60: 143-150.

Molnár P, Csabai M, Csörsz I (2003). Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány Magyar Tudomány 48:(11) pp. 1391-1400.

Molnár R, Feith H (2000). Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnôk körében. Lege Artis Medicinae, 10(10), 810-815

Molnár R, Molnár P (2002). Az orvosi pályaszocializáció. In: Lege Artis Medicinae, 12: 250-254.

Molnár R, Nyári T, Molnár P (2006). Remaining in or leaving the profession: the view of medical students. Med. Teach. 28 5: 475-477.

Molnár R, Nyári T, Hazag A, Csinády A, Molnár P (2008). Career choice motivations of medical students and some characteristics of the decision process in Hungary. Cent. Eur. J. Med. 3 4: 494-502.

Molnár R, Nyári T, Molnár P (2008). Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései. Orv. Hetil. 149 18: 843-848.

Molnár R, Girasek E, Csinády A, Bugán A (2011). A szerepkonfliktus pályaszocializációs eredete: a hivatásbeli és a családi szerepek az orvosnőkről és a jogásznőkről alkotott sztereotípiák tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(1): 31–51.

Molnár R, Győrffy Zs (2012). Az orvosokkal, orvostanhallgatókkal kapcsolatos vizsgálatok távlatai. Orvosi Hetilap 153:(44) pp. 1738-1744.

Molnár R, Girasek E, Csinády A, Bugán A (2012). Milyen az orvos, ha nő? – Az orvosnő ideáltipikus képe empirikus vizsgálatok alapján. Lege Artis Med., 2012, 22, 218-224.

Molnár R (2015). A gyógyítás vonzásában. Pályaválasztási motivációk és az orvosi pályaválasztásra gyakorolt hatásuk. In: Csabai, M. – Papp-Zipernovszky, O. (szerk.): Gyógyítók egészsége. Oriold és Társai Kiadó, Budapest: 30.

Mostaghimi A, Crotty BH (2011). Professionalism in the digital age. Ann Intern Med. 2011;154(8):560-2.

Mueller P S (2015). Teaching and Assessing Professionalism in Medical Learners and Practicing Physicians. Rambam Maimonides Med J. 2015 Apr; 6(2): e0011.

Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J et al. (2010). Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? Eine qualitative Befragung von Hausärzten. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010; 135: 1011-1015

Newton D, Grayson M, Foster Thompson L (2005). The variable influence of lifestyle and income on medical students' career choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. Acad. Med. 80: 809-796.

Newton D A, Grayson MS, Foster Thompson L (2005). The variable influence of lifestyle and income on medical students’ career choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. Academic Medicine, 80(9): 809-814.

Newton DA, Grayson MS (2003). Trends in Career Choice by US Medical School Graduates. JAMA 290 9: 1179-1182.

Newton DA, Grayson MS, Whitley TW (1998). What Predicts Medical Student Career Choice? J. Gen. Intern. Med. 13 3: 200-203.

Niedermüller P (2001). A kultúraközi kommunikációról. In: Béres István – Horányi Özséb (szerk.): Társadalmi kommunikáció. Budapest, Osiris, 96–111.

Nieuwhof M, Rademakers J, Kuyvenhoven M, Soethout M, Ten Cate J (2005). Students conceptions of the medical profession; an interview study. Med. Teach. 27 8: 709-714.

Oberg K (1960). Cultural Shock – Adjustmentto New Cultural Environments. In: Practical Anthropology, 7.: 177-182.

Olson C L (2001). Global competency and intercultural sensitivity. Journal of Studies in International Education, 5(2), 116-137.

Orosz É, Kollányi Zs (2016). Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. Társadalmi riport 2016. http://old.tarki.hu/hu/publications/SR/2016/16orosz.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 02. 25.)

Osborn EH (1993). Factors influencing students' choices of primary care or other specialties. Acad. Med. 68 7: 572-574.

Paasche-Orlow M (2004). The ethics of cultural competence. Acad Med 79:347-350

Pagnin D, De Queiroz V, Carvalho YT, Dutra AS, Amaral MB, Queiroz TT (2014). The relation between burnout and sleep disorders in medical students. Acad Psychiatr. 2014;38(4):438-44.

Pagnin D, De Queiroz V, De Oliveira Filho MA, Gonzalez, NV, SalgadoAE, Cordeiro e Oliveira B, Lodi CS, Melo RM (2013). Burnout and career choice motivation in medical students. In: Med Teach., 35: 388-394.

Paige R M (1993). On the nature of intercultural experiences. In R. Paige (Ed.), Education for the intercultural experience (pp. 1-19). Yarmouth, ME: International Press.

Paige R M, Jacobs-Cassuto M, Yershova Y A, DeJaeghere J. (2003). Assessing intercultural sensitivity: An empirical analysis of the Intercultural Development Inventory. International Journal of Intercultural Relations, 27, 467-486.

Papp Sz, Túry F (2010). A pályakezdô orvosok jövőképe és egészségi állapota. Lege Artis Medicinae, 20(6-7), 423-429.

Peintinger M (2011). Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas, Wien.

Pellegrino ED (2000). Medical professionalism: can it, should it survive? The Journal of the American Board of Family Practice 13 2: 147-149.

Pintér J, Rappai G (szerk.) (2007). Statisztika. Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar. Carbocomp Nyomda, Pécs. p. 508.

Pitts M J (2009). Identity and the role of expectations, stress, and talk in short-term student sojourner adjustment: An application of the integrative theory of communication and cross-cultural adaptation. International Journal of Intercultural Relations, 33(6), 450-462.

Pohlmann M, Bär S (2009). Grenzenlose Karrieren? – Hochqualifiziertes Personal und Top-Führungskräfte in Ökonomie und Medizin. ÖZS, 2009, 34, 13-40.

Pong R (2008). Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: A study of policy implementation over 35 years. Hum. Resour. Health. 6 1:24.

Puljak L, Kraljevic JB, Latas VB, Sapunar D (2007). Demographics and motives of medical school applicants in Croatia. Med. Teach. 29 8: e227-e234.

Pusch M (1994). The chameleon capacity. In Lambert, R (Ed.), Educational exchange and global competence (pp. 205-210). New York: Council on International Educational Exchange.

Quinn MA, Wilcox A, Orav EJ, Bates DW, Simon SR (2009). The relationship between perceived practice quality and quality improvement activities and physician practice dissatisfaction, professional isolation, and work-life stress. Med Care 2009;47(8):924-8

Rédei M (2006). A tanulási célú migráció a világban és itthon. Demográfia, 49(2-3), 232-250.

Rédei M (2007). Mozgásban a világ. A nemzetközi migráció földrajza. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest. http://www.afrikatudastar.hu/index.php/HU/magyar-afrika-tudas-tar/item/131-mozgasban-avilag-a-nemzetkozi-migracio-foldrajza (Utolsó letöltés: 2017. 12. 13.)

Rédei M (2009). A tanulmányi célú mozgás. Reg-Info, Budapest.

Rédei M (2014). Vándorló diákok. In: Demográfia, 2014. 57. évf. 1. sz. 73-93. http://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/1698/738 (Utolsó letöltés: 2017. 12. 13.)

Riemenschneider H, Balázs P, Balogh E, Bartels A, Bergmann A, Cseh K, Faubl N, Füzesi Zs, Horváth F, Kiss I, Schelling J, Terebessy A, Voigt K (2016). Do socio-cultural factors influence medical students' health status and health-promoting behaviors? A cross-sectional multicenter study in Germany and Hungary. BMC Public Health 16:576

Rivza B, Teichler U (2007). The Changing Role of Student Mobility. In: Higher Education Policy, 20: 457-475.

Rogers ME, Searle J, Creed PA (2010). Why do junior doctors not want to work in a rural location, and what would induce them to do so? Aust. J. Rural Health 18 5:181-186.

Rosen J S (2004). A new approach to developing cross-cultural communication skills.

Rosen J S, Spatz ES, Gaaserud AMJ, Abramovitch H, Weinreb B, Wenger NS, CZ Margolis (2009) A new approach to developing cross-cultural communication skills Medical Teacher, 26(2), 126-132.

Rosenthal MP, Turner TN, Diamond J, Rabinowitz HK (1992). Income expectations of first-year students at Jefferson Medical College as a predictor of family practice specialty choice. Acad. Med. 67 5: 328-331.

Rosta E, Almási Zs, Karácsony I, Konkolÿ Thege B, Hegedűs K (2012). Orvostanhallgatók egészség-magatartása. Mentálhigiénés készségfejlesztés a hazai orvosképzésben. Orv. Hetil. 153, 1153-1157.

Ruben B D (1976). Assessing communication competency for intercultural adaptation. Group and Organization Management. Volume: 1 issue: 3, page(s): 334-354.

Ruben B D (1989). The study of cross-cultural competence: Traditions and contemporary issues. International Journal of Intercultural Relations, 13, 229-240.

Saha S, Fernandez A (2007). Language barriers in health care. Journal of General Internal Medicine, 22(Suppl. 2).

Sajtos L, Mitev A (2007): SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv. Alinea Kiadó, Budapest. p. 402.

Schäfer H, Sennekamp M, Güthlin C, Krentz H, Gerlach FM (2009). Kann das blockpraktikum Allgemeinmedizin zum Beruf des Hausarztes motivieren? Z. Allgemeinmed. 85 5: 206-209.

Schneider A, Karsch-Völk M, Rupp A et al. (2013) Determinanten für eine hausärztliche Berufswahl unter Studierenden der Medizin: Eine Umfrage an drei bayerischen Medizinischen Fakultäten. GMS Z Med Ausbild 30: 1

Schulz R A (2007). The challenge of assessing cultural understanding in the context of foreign language instruction. Foreign Language Annals, 40(1), 9-26.

Schwartz RW, Haley JV, Williams C, Jarecky RK, Strodel WE, Young B, Griffen WOJ (1990). The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty selection. Acad. Med. 65 3: 207-210.

Schwartz RW, Jarecky RK, Strodel WE, Haley JV, Young B, Griffen WOJ (1989). Controllable Lifestyle: A New Factor in Career Choice by Medical Students. Acad. Med. 64 10: 606-609.

Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R (2003). Factors related to the choice of family medicine: A reassessment and literature review. J. Am. Board Fam. Pract. 16 6: 502-512.

Senf JH, Kutob R, Campos-Outcalt D (2004). Which Primary Care Specialty? Factors that Relate to a Choice of Family Medicine, Internal Medicine, Combined Internal Medicine-Pediatrics, or Pediatrics. Fam. Med. 36 2: 123-130.

Shamseer L, Roth DE, Tallett S, Hilliard R, Vohra S (2008). A comparison of Canadian pediatric resident career plans in 1998 and 2006. Pediatrics 122 6:e1199-e1209.

Shankar N, Singh S, Gautam S, Dhaliwal U (2013). Motivation and preparedness of first semester medical students for a career in medicine. Indian J Physiol Pharmacol 2013; 57(4):432-8

Sik E (szerk.) (2012). A migráció szociológiája 1. ELTE TáTK. Budapest.

Síklaki I (2006). A fókuszcsoport módszer, a kvalitatív közvélemény-kutatás alapmódszere. Budapest, Kossuth Kiadó.

Sinclair H K, Ritchie L D, Lee A J (2006). A future career in general practice? A longitudinal study of medical students and pre-registration house officers. European Journal of General Practice 12: 120-127

Sinicrope C, Norris J M, Watanabe Y (2007). Understanding and assessing intercultural competence: A summary of theory, research, and practice. Second Language Studies, 26(1), 1-58.

Skrabski Á, Kopp M, Kawachi I (2003). Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality. J. Epidemiol. Commun. Health, 2003, 57, 114-119.

Soethout M, ten Cate O, van der Wal G (2008). Correlations of knowledge and preference of medical students for a specialty career: a case-study of youth health care. BMC Public Health 8 1: 14.

Sönnichsen AC, Donner-Banzhoff N, Baum E (2005). Motives, professional objectives, and hopes of first year preclinical medical students. Z. Allgemeinmed. 81 5: 222-225.

Spencer L J, Spencer S (1993). Competence at work: Models for superior performance. New York: Wiley.

Spencer-Oatey H (2008). Culturally Speaking: Culture, Communication and Politeness Theory. New York: Bloomsbury Academic.

Spencer-Oatey H, Franklin P (2009). Intercultural Interaction: A Multidisciplinary Approach to Intercultural Communication. London: Palgrave Macmillan.

Spitzberg B H, Cupach W R (1984). Interpersonal communication competence. Beverly Hills, CA: Sage.

Srivastava RH (2007). The healthcare professional's guide to clinical cultural competence. Mosby, Toronto.

Stamm M, Buddeberg-Fischer B (2011). How do physicians and their partners coordinate their careers and privat lives? Swiss Med. Wkly, 2011, 141, 13179

Stanley S (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. American Psychologist, 53(4), 440-448.

Steinhäuser J, Miksch A, Hermann K et al. (2013). Wie sehen Medizinstudierende die Allgemeinmedizin? DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift138: 2137-2142

Stilwell NA, Wallick MM, Thal SE, Burleson JA (2000). Myers-Briggs Type and Medical Specialty Choice: A New Look at an Old Question. Teach. Learn. Med. 12 1: 14-20.

Szabó G, Kresák G, Miseta A, Porvay P, Füzesi Zs (2013). Az idegen nyelvű egészségügyi felsőoktatás jelentősége és fejlesztési lehetőségei Pécsett. In: Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, XII., 8.: 11-14.

Szekanecz Z, Tóth Z, Hamar A, Lanczi L (2017). Miért mennek/mentek külföldre a debreceni orvosok? Egy felmérés eredményei. Orvosi Hetilap 158:(37) pp. 1458-1468.

Székelyi M, Barna I (2005). Túlélőkészlet az SPSS-hez. Többváltozós elemzési technikákról a társadalomkutatók számára. Typotex Kiadó, Budapest. p. 453.

Szényei G, Adám Sz, Gyorffy Zs, Harmatta J, Túry F (2010). A hazai pszichiáterek pálya- és jövőképe. Psychiatr. Hun. 25 1: 31-54.

Szkrajcsics D (2005). A migráció jelentősége az ápolók körében. ETInfo, 8(1), 16-19

Tadaki M (2013). How are we doing higher education internationalisation? University World News, Issue No: 274, http://www.universityworldnews.com/ article.php?story=2013052818005080 (Utolsó letöltés: 2018. 01. 25.)

Teichler U (2011). International Dimensions of Higher Education and Graduate Employment. Higher Education Dynamics, 35, 177-197.

Terebessy A, Horváth F, Balázs P (2013). Életmódbeli és önértékelt egészségiállapot-különbségek magyar és külföldi orvostanhallgatók körében. Lege Artis Med., 2013, 23, 53-60.

Tervalon M, Murray-Garcia J (1998). Cultural Humility versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 9(2), 117-25.

The Intercultural Development Research Institute http://www.idrinstitute.org/page.asp?menu1=15 (Utolsó letöltés: 2017. 11. 27.)

Thomas A (1996). Development of intercultural competence: contributions of psychology. New York: Brunner/Mazel Publishers, Inc.

Thomas A (2003). Interkulturelle Kompetenz – Grundlagen, Probleme und Konzepte. - Erwägen, Wissen, Ethik 14.1. pp. 137-221.

Thomas A (2007). Interkulturelle Kommunikation aus psychologischer Sicht. In: Interkulturelle Kommunikation. (Hrsg. Moosmüller, A), Münster/New York/München/Berlin: Waxmann, pp. 51-65.

Thornton J (2000). Physician choice of medical specialty: do economic incentives matter? Appl. Econ. 32 11: 1419-1428.

Thornton J, Esposto F (2003). How important are economic factors in choice of medical specialty? Health Econ. 12 1: 67-73.

Trompenaars F (1995). Riding the Waves of Culture. London: Nicholas Brealey Publishing.

Tsou AY, Creutzfeldt CJ, Gordon JM (2013). The good doctor: professionalism in the 21st century. Handb Clin Neurol 2013;118:119-32.

Tsou P, Shih J Ho M-J (2015). A comparative study of professional and interprofessional values between health professional associations Journal of Interprofessional Care Volume 29, 2015 - 6, 628-633

Utasi Á (2002). A bizalom hálója. Budapest, Új Mandátum.

Vaglum P, Wiers-Jenssen J, Ekeberg O (1999). Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. Med. Educ. 33 4: 236-242.

Van den Bussche H, Kromark K, Köhl-Hackert N (2012). Hausarzt oder Spezialist im In-oder Ausland? Das Gesundheitswesen 74:786-792

Van Keuk E, Ghaderi C, Joksimovic L, David D (2011). Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Kohlhammer, Stuttgart.

Van Ryn M, Fu S S (2003). Paved with good intentions: Do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? American Journal of Public Health, 93, 248-255.

Varga J (2015). Hova lettek az orvosok? Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003-2011. Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek BWP - 2015/6. 30 pp. http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/bwp1506.pdf (Utolsó letöltés: 2018. 02. 20.)

Váriné Szilágyi I (1981). Fiatal értelmiségiek a pályán. Budapest, Akadémiai Kiadó.

Vas L, Gombor A (2008). Az élettel való elégedettség magyar és izraeli orvostanhallgatók körében.]Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2008, 9, 323-347.

Vicsek L (2006). Fókuszcsoport - Elméleti megfontolások és gyakorlati alkalmazás Budapest, Osiris Kiadó.

Voigt J J (2003). Cultural competency: The caregiver connection. Bioethics Forum, 19(1-2), 17-23.

Wächter B (2000). Internationalization at home – the context. In J. Crowter, M. Joris, & M. e. Otten (Ed.). (pp. 5-15). Internationalization at Home. A Position Paper: EAIE.

Wallace C (1998). Migration Potential in Central and Eastern Europe. International Organization for Migration (IOM), Genf.

Wallace JE, Lemaire J (2007). On physician well being – You'll get by with a little help from your friends. Soc. Sci. Med., 2007, 64, 2565-2577.

Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA (2009) Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet Nov 14;374 (9702):1714-21

Weitzman L M (1994). Multiple-role realism: A theoretical framework for the process of planning to combine career and family roles. Applied Preventive Psychology, 1994, 3, 25-25.

Wells N, Goode T D, Haywood S H, Rhee K (2009). Family-centered, culturally, and linguistically competent care: Essential components of the medical home. Pediatric Annals, 38(9), 505-512.

WHO (2009). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. First expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva, WHO.

Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ (2009). A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. Rural Remote Health 9 2: 1060.

Wimmer A (1996). Kultur. Zur Reformulierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs. Köln Z Soziol Sozialpsychol 48:401-425.

Woolcock M (2001). Using Social Capital: Getting the Social Relations Right in the Theory and Practice of Economic Development. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Wynia MK, Papadakis MA, Sullivan WM, Hafferty FW (2014). More than a list of values and desired behaviors: a foundational understanding of medical professionalism. Acad Med. 2014 May;89(5):712-4.

Zinke N, Stürmer S, Froehlich L (2016). Validierung einer deutschsprachigen Skala zur multidimensionalen Erfassung von interkulturellen Kompetenzen in der universitären Ausbildung. Tagungsband Psychologiedidaktik und Evaluation XI, Publisher: Herzogenrath: Shaker, Editors: Michael Krämer, Siegfried Preiser, Kerstin Brusdeylins, pp.349-358

Zuger A (2004). Dissatisfaction with medical practice. The New England Journal of Medicine 2004;350:69-75.

Zurro A M, Villa J J, Hijar A M et al (2012). Medical student attitudes towards family medicine in Spain: a statewide analysis. BMC family practice13: 47.

FAUBL NÓRA KÖZLEMÉNYEI

A PhD értekezés alapjául szolgáló folyóiratcikkek

1. ***N Faubl***, E Balogh, Zs Pótó, H Riemenschneider, A Bartels, K Voigt, Zs Füzesi, B Birkás: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Gesundheit, Wohlbefinden und Facharztpräferenzen bei Medizinstudierenden? Ergebnisse einer multizentrischen Querschnittstudie in Deutschland und Ungarn. *PRAVENTION UND GESUNDHEITSFORDERUNG* 12/4: pp. 248-254. (2017)

2. ***Faubl N***, M Császár Zs, Wusching Á T, Füzesi Zs: Pécsett és Debrecenben tanuló külföldi orvostanhallgatók: egyetemválasztási és beilleszkedési kérdések. *METSZETEK - TÁRSADALOMTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT* 6:(2) pp. 22-43. (2017)

3. E Balogh, ***N Faubl***, Z Wagner, K Voigt, H Riemenschneider, Zs Füzesi, I Kiss: Rauchgewohnheiten von deutschen Medizinstudierenden in Deutschland und Ungarn. *PRAVENTION UND GESUNDHEITSFORDERUNG* 12/4: pp. 255-260. (2017)

4. H Riemenschneider, P Balázs, E Balogh, A Bartels, A Bergmann, K Cseh, ***N Faubl***, Zs Füzesi, F Horváth, I Kiss, J Scherlling, A Terebessy, K Voigt: Do socio-cultural factors influence medical students' health status and health-promoting behaviors? A cross-sectional multicenter study in Germany and Hungary. *BMC PUBLIC HEALTH* 16:(1) Paper 576. 10 p. (2016) IF: 2,265

5. ***Faubl N***: Kultúrák találkozásában. Az interkulturális kompetencia kialakulása és fejlődése a PTE Általános Orvostudományi Karán – első eredmények. *ACTA SOCIOLOGICA: PÉCSI SZOCIOLÓGIAI SZEMLE* 1: pp. 127-135. (2013)

A PhD értekezéshez kapcsolódó tanulmánykötet- és könyvrészletek

6. ***Faubl N***, Zuhorn F, Füzesi Zs: Kommunikációs és interkulturális kompetenciák fejlődésének lehetőségei a PTE ÁOK nemzetközi környezetében. In: Kuráth Gabriella, Héráné Tóth Andrea, Sipos Norbert (szerk.) ***PTE Diplomás Pályakövető Rendszer*** *tanulmánykötet* 2014. 179 p. Pécsi Tudományegyetem, 2014. pp. 117-131.

7. ***Faubl N***: Treffpunkt von Kulturen. In: Gecső Tamás, Sárdi Csilla (szerk.) **Az interkulturális kommunikáció elmélete és gyakorlata**. 246 p. Konferencia helye, ideje: Budapest, 2011.10.24-2011.10.25. Budapest: Tinta Könyvkiadó, 2013. pp. 94-98.(*Segédkönyvek a nyelvészet tanulmányozásához*; 154.) (ISBN:9786155219436)

8. ***Faubl N***: Entwicklung der interkulturellen Kompetenz der Studenten des deutschsprachigen Programms an der Medizinischen Fakultät der Universität Pécs. Anfänge einer empirischen Untersuchung. In: Lendvai Endre, Wolosz Robert (szerk.). ***Translatologia Pannonica III.: Kultúrák dialógusa a soknyelvű Európában*** *VII. konferencia tanulmánykötete.* Pécs 2010. 326 p. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Fordítástudományi Kutatóközpont (PTE BTK FKK), 2012. pp. 185-195.

A PhD értekezéshez kapcsolódó konferencia előadások és poszterek idézhető absztraktjai

9. ***Faubl N***, Balogh E, Riemenschneider H, Terebessy A, Horváth F, Voigt K, Kiss I, Füzesi Zs: Magyar és német orvostanhallgatók szakmai és lakóhely-preferenciái, életminősége. In: Dávid Beáta, Feith Helga Judit, Lukács Ágnes, Susánszky Éva (szerk.) *Ártó-Védő Társadalom Konferencia és XV. Magatartástudományi Napok: Absztrakt könyv.* 82 p. Konferencia helye, ideje: Budapest, 2017.06.08-2017.06.09. Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, 2017. pp. 32-33. 2017. (ISBN:978-963-7152-95-5)

10. Balogh E, ***Faubl N***, Terebessy A, Horváth F, Kiss I, Füzesi Zs: Hogyan tovább a kutatások után? Lesz-e ebből magatartásváltozás? In: Dávid Beáta, Feith Helga Judit, Lukács Ágnes, Susánszky Éva (szerk.) *Ártó-Védő Társadalom Konferencia és XV. Magatartástudományi Napok*: *Absztrakt könyv.* 82 p. Konferencia helye, ideje: Budapest, 2017.06.08-2017.06.09. Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, 2017. pp. 27-28. 2017. (ISBN:978-963-7152-95-5)

11. A Terebessy, K Voigt, H Riemenschneider, E Balogh, ***N Faubl***, Zs Füzesi, F Horváth, J Schelling, I Kiss, A Bergmann: Excessive alcohol consumption among medical students studying in their home country or abroad. *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH* 27:(Suppl_3) Paper ckx186.059. (2017) Stockholm, 2017.11.01 -2017.11.04.

12. Riemenschneider H, Voigt K, Schübel J, Balogh E, Terebessy A, Füzesi Zs, ***Faubl N***, Schelling J, Spornraft-Ragaller P, Bergmann A: Prävention sexuell übertragbarer Infektionen bei Medizinstudierenden in Deutschland und Ungarn: Ergebnisse einer multizentrischen Querschnittstudie. In: *Abstract-Band STI-Kongress 2016 mit Leopoldina-Symposium.* 100 p. Konferencia helye, ideje: Berlin, 2016.07.06-2016.07.09. Berlin: Deutsche STI-Gesellschaft e.V. (DSTIG), p. 85. 1 p.

13. Riemenschneider H, Voigt K, Schübel J, Balogh E, Terebessy A, Füzesi Zs, ***Faubl N***, Schelling J, Spornraft-Ragaller P, Bergmann A: Sexuelles Risikoverhalten und Präventionsmaßnahmen für STI bei Medizinstudierenden. Ergebnisse einer multizentrischen Querschnittstudie in Deutschland und Ungarn. *GESUNDHEITSWESEN* 78:(08/09) Paper A127. (2016)

14. Terebessy A, Voigt K, Riemenschneider H, Balázs P, Balogh E, Bartels A, ***Faubl N***, Füzesi Zs, Balla C, Horváth F, Schelling J, Kiss I, Cseh K, Bergmann A: Alcohol consumption of German medical students: comparing study home and abroad. *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH* 26:(Suppl_1) Paper ckw172.013. (2016)

15. Török Zs, Terebessy A, Balogh E, ***Faubl N***, Riemenschneider H, Csépe P: Orvostanhallgatók egészségi állapotának és egészségmagatartásának szexuális irányultságuk szerinti összehasonlítása. In: *Magyar Higiénikusok Társasága LXXIV. Vándorgyűlése: A rendezvény programja. Összefoglalók.* Konferencia helye, ideje: Győr, 2016.10.07-2016.10.09. Győr: p. 78.

16. Balogh E, ***Faubl N***, Terebessy A, Horváth F, Riemenschneider H, Bartels A, Voigt K, Wagner Z, Bergmann A, Balázs P, Cseh K, Füzesi Zs, Kiss I: Orvostanhallgatók dohányzási szokásainak összefüggése az egészségmagatartás egyéb összetevőivel és szakirány-választási terveikkel. In: Csathó Árpád, Tiringer István, Kállai János (szerk.) *XIV. Magatartástudományi Napok: A pszichoszomatika modern szemlélete. Az orvostanhallgatók egészsége.* Konferencia helye, ideje: Pécs, 2015.06.11-2015.06.12. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar (PTE ÁOK), 2015. p. 17. (ISBN:978-963-642-749-8)

17. M. Császár Zs, Wusching T, ***Faubl N***, Füzesi Zs: A Pécsi Tudományegyetem és Pécs városa a külföldi hallgatók szemével. In: Csathó Árpád, Tiringer István, Kállai János (szerk.) *XIV. Magatartástudományi Napok: A pszichoszomatika modern szemlélete. Az orvostanhallgatók egészsége.* Konferencia helye, ideje: Pécs, 2015.06.11-2015.06.12. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar (PTE ÁOK), 2015. p. 41. (ISBN:978-963-642-749-8)

18. ***Faubl N***, Bartels A, Balogh E, Riemenschneider H, Terebessy A, Horváth F, Balázs P, Cseh K, Kiss I, Voigt K, Bergmann A, Füzesi Zs: Orvostanhallgatók elhelyezkedési preferenciái itthon és külföldön. In: Csathó Árpád, Tiringer István, Kállai János (szerk.) *XIV. Magatartástudományi Napok: A pszichoszomatika modern szemlélete. Az orvostanhallgatók egészsége.* Konferencia helye, ideje: Pécs, 2015.06.11-2015.06.12. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar (PTE ÁOK), 2015. p. 22. (ISBN:978-963-642-749-8)

19. Zuhorn F, ***Faubl N***, Füzesi Zs: Intercultural Competences, Experiences and Outcome of German Medical Doctors of the University of Pécs, Hungary. In: Csathó Árpád, Tiringer István, Kállai János (szerk.) *XIV. Magatartástudományi Napok: A pszichoszomatika modern szemlélete. Az orvostanhallgatók egészsége.* Konferencia helye, ideje: Pécs, 2015.06.11-2015.06.12. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar (PTE ÁOK), 2015. p. 60. (ISBN:978-963-642-749-8)

20. Balogh E, ***Faubl N***, Terebessy A, Horváth F, Riemenschneider H, Bartels A, Voigt K, Cseh K, Füzesi Zs, Kiss I: Orvostanhallgatók dohányzási szokásainak felmérése magyar és német egyetemeken. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 93:(2) p. 107. (2015) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének IX. Konferenciája. "Magyarország egészsége - Európa egészsége". Pécs, 2015.08.26 -2015.08.28.

21. ***Faubl N***, Bartels A, Balogh E, Riemenschneider H, Terebessy A, Horváth F, Balázs P, Cseh K, Kiss I, Voigt K, Bergmann A, Füzesi Zs: Merre tartanak az orvostanhallgatók? Elhelyezkedési preferenciák itthon és külföldön. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 93:(2) p. 121. (2015) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének IX. Konferenciája. "Magyarország egészsége - Európa egészsége". Pécs, 2015.08.26 - 2015.08.28.

22. Riemenschneider H, Voigt K, Bartels A, Balázs P, Balogh E, ***Faubl N***, Horváth F, Terebessy A, Schelling J, Kiss I, Füzesi Zs, Cseh K, Bergmann A: German-Hungarian cooperation project on health behaviors of international medical students: a cross-sectional multicenter study. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 93:(2) p. 100. (2015) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének IX. Konferenciája. "Magyarország egészsége - Európa egészsége". Pécs, 2015.08.26 -2015.08.28.

23. Riemenschneider H, Voigt K, Schübel J, Schelling J, Balogh E, Terebessy A, Füzesi Zs, ***Faubl N***, Kiss I, Cseh k, Bergmann A: Prevention of sexually transmitted infections among medical students in Germany and Hungary. Results of a cross-sectional multicenter study. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 93:(2) p. 102. (2015) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének IX. Konferenciája. "Magyarország egészsége - Európa egészsége". Pécs, 2015.08.26 -2015.08.28.

24. Terebessy A, Horváth F, Voigt K, Riemenschneider H, Balogh E, ***Faubl N***, Bartels A, Hegely B, Kiss I, Bergmann A, Cseh K. Alcohol consumption patterns among medical students with different cultural backgrounds. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 93:(2) p. 103. (2015) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének IX. Konferenciája. „Magyarország egészsége - Európa egészsége". Pécs, 2015.08.26 -2015.08.28.

25. Voigt K, Riemenschneider H, Bartels A, Schelling J, Balogh E, ***Faubl N***, Terebessy A, Balázs P, Füzesi Zs, Kiss I, Cseh K, Bergmann A: Vaccination status and acceptance among German and Hungarian students. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 93:(2) p. 101. (2015) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének IX. Konferenciája. "Magyarország egészsége - Európa egészsége". Pécs, 2015.08.26 -2015.08.28.

26. Balogh E, ***Faubl N***, Terebessy A, Horváth F, Riemenschneider H, Bartels A, Voigt K, Bergmann A, Balázs P, Cseh K, Füzesi Zs, Kiss I: Orvostanhallgatók egészség-magatartásának és orvos-szakmai preferenciáinak felmérése. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 92:(2) p. 78. (2014) Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete VIII. konferenciája. Nyíregyháza, 2014.08.27 -2014.08.29.

27. Bartels A, Riemenschneider H, Nitschke-Bertaud M, Voigt K, ***Faubl N***, Horváth F, Bergmann A: Wohin zieht es den medizinischen Nachwuchs? Arbeitsort- und Facharztpräferenzen Medizinstudierender an deutschen und ungarischen Standorten. In: *48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.* Konferencia helye, ideje: Hamburg, 2014.09.18-2014.09.20. Hamburg: pp. 90-91.

28. ***Faubl N***, Zuhorn F, Füzesi Zs: Experiencing otherness: the evolution and development of intercultural competence of medical students studying abroad. *INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE* 21:(Suppl 1) p. S178. (2014) 13th International Congress of Behavioral Medicine. Groningen, 2014.08.20 -2014.08.23.

29. ***Faubl N***, Zuhorn F: Developing intercultural competence in migrant health environment. *INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE* 21:(Suppl 1) p. S178. (2014) 13th International Congress of Behavioral Medicine. Groningen, 2014.08.20 - 2014.08.23.

30. ***Faubl N***, Zuhorn F, Füzesi Zs: The development of intercultural competence in international university environment. *REVIEW OF PSYCHOLOGY: INTERNATIONAL JOURNAL OF CROATIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION* 21:(1) p. 94. (2014) 11th Alps Adria Psychology Conference. Pécs, 2014.09.18 -2014.09.20.

31. ***Faubl N***, Zuhorn F: Intercultural competence as a necessary element of knowledge in health care. *REVIEW OF PSYCHOLOGY: INTERNATIONAL JOURNAL OF CROATIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION* 21:(1) p. 94. (2014) 11th Alps Adria Psychology Conference. Pécs, 2014.09.18 -2014.09.20.

32. Tiringer I, Simon A, ***Faubl N***, Csathó Á: Type D personality, psychological adaptation strategies and chronic fatigue in patients with chronic heart disease. *INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE* 21:(Suppl 1) p. S18. (2014) 13th International Congress of Behavioral Medicine. Groningen, 2014.08.20 -2014.08.23.

33. ***Faubl N***, Füzesi Zs: Kulturális különbségek a tér értelmezésében - vajon agóra-e a pécsi orvoskar bejárata? In: *XIII. Magatartástudományi Napok: Magatartástudományok a betegellátásban.* 76 p. Konferencia helye, ideje: Debrecen, 2013.06.20-2013.06.21. Debrecen: pp. 34-35.

34. ***Faubl N:*** Elméletből a gyakorlatba: interkulturális tréningek tervezése migráns egészségügyi környezetben. In: *XIII. Magatartástudományi Napok: Magatartástudományok a betegellátásban.* 76 p. Konferencia helye, ideje: Debrecen, 2013.06.20-2013.06.21. Debrecen: pp. 41-42.

35. ***Faubl N***, Füzesi Zs: Tapasztalatok az interkulturális kompetencia fejlődéséről. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 91:(3) p. 172. (2013)

36. ***Faubl N***, Zuhorn F, Füzesi Zs: Intercultural training for immigrants in medicine. In: *1st European Conference on Tackling Health Inequalities through Human Resource Capacity Building in Europe: Programme and abstract boook.* Konferencia helye, ideje: Pécs, 2013.09.05-2013.09.07.p. 59.

37. ***Faubl N***, Zuhorn F: Planning of intercultural training in the medical field. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY* 91:(3) p. 215. (2013)

38. ***Faubl N***, Zuhorn F, Füzesi Zs: Az interkulturális komptencia kialakulásának folyamata orvostanhallgatókkal. In: Barabás Katalin, Kapocsi Erzsébet, Pikó Bettina, Hamvai Csaba, Látos Melinda, Bóta Margit, Vári-Kószó Melinda (szerk.) *XII. Magatartástudományi Napok: Programfüzet és absztraktok kivonata.* 103 p. Konferencia helye, ideje: Szeged, 2012.06.14-2012.06.15. Szeged: JATEPress Kiadó, 2012. pp. 98-99. (ISBN:978-963-306-148-0)

39. ***Faubl N***: Az interkulturális tudás szerepe az orvoslásban. In: Barabás Katalin, Kapocsi Erzsébet, Pikó Bettina, Hamvai Csaba, Látos Melinda, Bóta Margit, Vári-Kószó Melinda (szerk.) *XII. Magatartástudományi Napok: Programfüzet és absztraktok kivonata.* 103 p. Konferencia helye, ideje: Szeged, 2012.06.14-2012.06.15. Szeged: JATEPress Kiadó, 2012. pp. 37-38. (ISBN:978-963-306-148-0)

40. ***Faubl N***: A másság, és ami mögötte van. Kultúrák dialógusa a soknyelvű Európában VIII. Nemzetközi Konferencia, Pécs, 2012. május 18-19. (2012)

41. ***Faubl N:*** Kultúrák találkozásában – Az interkulturális kompetencia kialakulása és fejlődése a PTE Általános Orvostudományi Karán. In: Péntek Eszter, Pótó Zsuzsanna (szerk.) *„Határok és Kapcsolatok": Nemzetközi Társadalomtudományi Konferencia : absztraktfüzet* : 56 p. Konferencia helye, ideje: Pécs, 2012.03.27 Pécs: 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület, 2012. p. 51. (ISBN:978-963-08-3631-9) Párhuzamos cím: "Borders & connections"

42. ***Faubl N***, Zuhorn F, Füzesi Zs: Immersion in foreign culture - intercultural communication at the University Medical School of Pécs, Hungary. *INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE* 19:(Suppl 1) pp. S196-S197. (2012)

43. ***Faubl N***, Füzesi Zs, Zuhorn F: Külföldi ovostanhallgatók interkulturális kompetenciáinak kialakulása: I. Vizsgálati módszerek kidolgozása. In: *XI. Magatartástudományi Napok. A stressztől a boldogságig: Programfüzet és előadáskivonatok.* 72 p. Konferencia helye, ideje: Gödöllő; Máriabesnyő, 2011.06.28-2011.06.29. Budapest: Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, p. 60.

44. ***Faubl N***: Belemerülés egy idegen kultúrába - Kultúraközi kommunikáció a PTE Általános Orvostudományi Karán. In: *XI. Magatartástudományi Napok. A stressztől a boldogságig: Programfüzet és előadáskivonatok.* 72 p. Konferencia helye, ideje: Gödöllő; Máriabesnyő, 2011.06.28-2011.06.29. Budapest: Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, pp. 30-31.

45. ***Faubl N***: Kultúrák, ha találkoznak – Kultúraközi kommunikáció a PTE Általános Orvostudományi Karán.„Az interkulturális kommunikáció elmélete és gyakorlata“ konferencia, ELTE KJF, 2011. október 24-25.

46. ***Faubl N***: Kultúraközi kommunikáció Pécsett: Az interkulturális kompetencia kialakulásának folyamata a PTE ÁOK német hallgatóinak körében. In: *Magatartástudományi Napok X. Jubileumi Konferencia.* Konferencia helye, ideje: Pécs, 2010.05.25-2010.05.26. Pécs: PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, pp. 54-55.

47. ***Faubl N***: Az interkulturális kompetencia kialakulásának folyamata a PTE ÁOK német nyelvű képzésében. Kultúrák dialógusa a soknyelvű Európában VII. Nemzetközi Konferencia, Pécs, 2010. október 15-16.

A PhD értekezéshez kapcsolódó meghívott előadások

48. ***Faubl N***, Bartels A, Balogh E, Riemenschneider H, Terebessy A, Horváth F, Balázs P, Cseh K, Kiss I, Voigt K, Bergmann A, Füzesi Zs: Arbeitspräferenzen von Medizinstudenten in Ungarn und im Ausland. Deutsch-Ungarisches Forschungstreffen, Budapest, 2015. október 10.

49. Balogh E, ***Faubl N***, Terebessy A, Horváth F, Riemenschneider H, Bartels A, Voigt K, Bergmann A, Balázs P, Cseh K, Füzesi Zs, Kiss I.: Rauchgewohnheiten von Medizinistudenten und die damit zusammenhängenden Faktoren. Deutsch-Ungarisches Forschungstreffen, Budapest, 2015. október 10.

50. ***Faubl N***, Balogh E, Füzesi Zs: Migration von Ärzten aus Ungarn nach Westeuropa. Wissenschaftliches Symposium, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, 2014. 11. 05.

51. ***Faubl N***: Interkulturelle Herausforderungen in der Medizin. DUGGG Deutsch-Ungarisches Forschungstreffen nemzetközi konferencia, Balatonfüred, 2013. október 4-6.

A PhD értekezéshez nem kapcsolódó konferencia előadások és poszterek

52. ***Faubl N***, Varga Zs: A PTE-ÁOK Tanulmányi Hivatal munkájának értékelése - hallgatók körében végzett „online survey” elégedettség-vizsgálat. PTE Oktatási Igazgatóságának konferenciája, Pécs, 2011. november 7.

53. Zuhorn F, ***Faubl N***: Die deutschsprachige medizinische Ausbildung an der Universität PécS. Deutsch-Ungarische Hochschultage. Karlsruhe, 2011. május 11-13.

54. Zuhorn F, ***Faubl N***, Horváth E.J: Integration durch Kooperation: Deutsche Medizinstudenten in Pécs. Deutsch-Ungarische Hochschultage. Karlsruhe, 2011. május 11-13.

55. ***Faubl N***: Elégedettségvizsgálat interkulturális környezetben. PTE Oktatási Igazgatóságának konferenciája, Pécs, 2010. december 14.

56. Horváth E.J, ***Faubl N***: Attitudes of Hungarian, English Program, an German Program students at the University of Pécs Medical School. Annual Conference of the Association of Medical Schools in Europe, Berlin, 2010. június 10-12.

57. Horváth E.J, ***Faubl N:*** Internationalization at the University of Pécs Medival School. Annual Conference of the Association of Medical Schools in Europe, Berlin, 2010. június 10-12.

58. Zuhorn F, ***Faubl N***, Varga J: Experiences abroad. Meet the diversity of different nations in a foreign country. Assoication of Medical Schools in Europe, AMSE, Berlin, 2010. június 10-12.

59. Zuhorn F, ***Faubl N***: Meet the diversity of different nations in a foreign country. Annual Conference of the Association of Medical Schools in Europe, Berlin, 2010. június 10-12.