Eredményesen oktatunk? – ahogy az orvosképzésben érintettek látják

Attitűdvizsgálat oktatók, hallgatók és páciensek körében

Doktori (PhD) értekezés

Varga Zsuzsanna

Elméleti Orvostudományok Doktori Iskola

Doktori Iskola vezető: Dr. Reglődi Dóra
Programvezető: Dr. Kállai János
Témavezető: Dr. Füzesi Zsuzsanna

Pécsi Tudományegyetem, OGYDHT

Pécs

2021

TARTALOMJEGYZÉK

ÁBRAJEGYZÉK
TÁBLÁZATOK JEGYZÉK
1. BEVEZETÉS ... 1
1.1. Célkitűzések ... 4
1.2. Kutatási kérdések és hipotézisek ... 5
2. SZAKIRODALMI HÁTTÉR ... 7
2.1. Áttekintés – a magyar felsőoktatás és a magyar orvosképzés ... 7
2.2. Áttekintés – nemzetközi trendek ... 14
2.3. Hazai orvosképzés, fókuszban a PTE ÁOK ... 26
3. A KUTATÁS MÓDSZEREI ... 32
3.1. A kutatás célcsoportjai ... 32
3.2. Kérdőíves felmérés ... 32
3.3. Felhasznált statisztikai módszerek ... 40
3.4. Mélyinterjúk az oktatók körében ... 45
4. EREDMÉNYEK ... 48
4.1. Kérdőíves vizsgálat eredményei – oktatók és hallgatók ... 48
4.2. Kérdőíves vizsgálat eredményei – páciensek ... 88
4.3. Kérdőíves vizsgálat eredményei – oktatók, hallgatók, páciensek ... 107
4.4. Mélyinterjúk eredményei – oktatók ... 112
5. MEGBESZÉLÉS ... 127
5.1. Hipotézisekkel kapcsolatos döntések ... 127
5.2. A kutatás erősségei és korlátai ... 134
6. KÖVETKEZTETÉSEK ... 136
7. ÖSSZEFOGLALÁS, JAVASLATOK ... 138
FELHASZNÁLT IRODALOM ... 140
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS ... 149
MELLÉKLETEK ... 150
PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK ... 169

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra: A 12 tanárszerep 19

2. ábra: Három-körös modell – Three-circle model 25

3. ábra: A különféle szakértői létszámokhoz tartozó „kritikus” CVR értékek 41

4. ábra: A kompetenciák közvetítése saját tárgy oktatása során az oktatók szerint (átlag, N=263) 61

5. ábra: A kompetenciák fontossága és az elsajátításukkal való elégedettség az oktatók szerint (átlag, N=343) 64

6. ábra: A kompetenciák fontossága és az elsajátításukkal való elégedettség a hallgatók szerint (átlag, N=981) 65

7. ábra: A kompetenciák fontossága és az elsajátításukkal való elégedettség a 11. és 12. szemeszteres hallgatók szerint (átlag, N=126) 66

8. ábra: A kompetenciák fontossága és a közvetítés mértéke az oktatók szerint (átlag, N=263) 69

9. ábra: A kompetenciák fontossága a hallgatók szerint és a közvetítés mértéke az oktatók szerint (átlag, N_O=263, N_H=1.497) 71

10. ábra: Az oktatók pedagógiai ismereteire vonatkozó fejlesztendő területek értékei az oktatók és hallgatók szerint (átlag, N_O=433, N_H=1.472) 76

11. ábra: A kar oktatási színvonalának megoszlása az oktatók és a hallgatók szerint (%, N_O=439, N_H=1.515) 84

12. ábra: A saját tárgyuk oktatási színvonalának megoszlása az oktatók szerint (%, N=439) 85

13. ábra: A saját tárgy oktatására vonatkozó befolyás megoszlása az oktatók szerint (%, N=439) 86

14. ábra: Hogy érzik magukat az oktatók és a hallgatók? – kérdésre adott válaszok megoszlása (%, N_O=439, N_H=1.515) 88

15. ábra: A kompetenciák fontossága, velük való elégedettség a páciensek szerint (átlag, N=1.115) 96

16. ábra: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek nemek szerinti bontásában (átlag; N_F=549, N_N=566) 101

17. ábra: Az orvosokkal szembeni elvárásoknak való megfelelés a páciensek szerint (%, N=1.168) 107

18. ábra: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség az oktatók, hallgatók és páciensek szerint (átlag, N_{OF}=434, N_{OE}=343, N_{HF}=1.497, N_{HE}=981, N_{PF}=1.115, N_{PE}=1.115) 111

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: A belső konzisztencia, validálás becslése Cronbach alfa segítségével az egyes lekérdezett csoportokban az előmintákra vonatkozóan (N_O=15, N_{HA}=20, N_{HM}=20, N_{HN}=20, N_P=30) 36

2. táblázat: A belső konzisztencia, validálás becslése Cronbach alfa segítségével az egyes lekérdezett csoportokban az összes kérdőívre vonatkozóan (N_O=439, N_{HA}=334, N_{HM}=982, N_{HN}=199, N_P=1.115) 37

3. táblázat: A kompetenciák oktatók szerinti fontosságának rotált komponens mátrixa (N=277) 37

4. táblázat: A kompetenciák oktatók által közvetített mértékének rotált komponens mátrixa (N=301) 39

5. táblázat: Az orvosi munkához szükséges kompetenciák fontossága az oktatók és a hallgatók szerint, a kettő közti eltérés és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N_O=434, N_H=1.497) 53

6. táblázat: Az orvosi munkához szükséges három legfontosabb kompetencia az oktatók és a hallgatók szerint és a kettő közti eltérés (átlag, N_O=434, N_H=1.497) 55

7. táblázat: A különböző nyelven tanuló hallgatói csoportok által legfontosabbnak vélt kompetenciák helyezései (N_A=325, N_M=977, N_N=191) 56

8. táblázat: A kompetenciák elsajátításával való elégedettség az oktatók és hallgatók szerint, a kettő közti eltérés és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N_O=343, N_H=981) 58

9. táblázat: A kompetenciák fontossága, az elsajátításukkal való elégedettség az oktatók szerint és azok eltérései (átlag, N=343) 62

10. táblázat: A kompetenciák elsajátításával való elégedettség az alsóéves és végzős hallgatók szerint, és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N_A=826, N_V=141) 67

11. táblázat: A kompetenciák fontossága, a közvetítés mértéke az oktatók szerint, és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N=263) 68

12. táblázat: A kompetenciák fontossága a hallgatók szerint és a közvetítés mértéke az oktatók szerint (átlag, N_H=1.497, N_O=263) 70

13. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismeretekkel való rendelkezése a hallgatók szerint, az oktatási nyelvek bontásában (átlag, N_A=319, N_M=967, N_N=193)..... 73

14. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismereteinek három hallgatói nyelvi csoport szerinti megítélésére vonatkozó szignifikancia értékek (N_A=319, N_M=967, N_N=193) 75

15. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismereteire vonatkozó fejlesztendő területek és az eltérésekre vonatkozó szignifikancia értékek az oktatók és hallgatók szerint (átlag, N=433) 79

16. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismeretekkel való rendelkezése a hallgatók szerint és fejlesztési, fejlődési igények az oktatók és hallgatók szerint (átlag, N_O=433, N_H=1.472) 80

17. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismeretekkel való rendelkezése és az ezekre vonatkozó szignifikancia értékek, az oktatási nyelvek bontásában (átlag, N_A=319, N_M=967, N_N=193)..... 82

18. táblázat: Az oktatók szakmai ismereteinek megléte és fejlesztésének szükségessége a hallgatók szerint, az oktatási nyelvek bontásában (átlag, N_A=319, N_M=967, N_N=193) . 83

19. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek szerint, a kettő közti eltérés és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N=1115) ... 95

20. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek szerint, a kitöltési helyszínek bontásában (átlag, N_H=406, N_K=380, N_{Sz}=329) 97

21. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek nemek szerinti bontásában, a kettő közti eltérés és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N_F=549, N_N=566) 100

22. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség megítélésére vonatkozó szignifikancia értékek a páciensek szerint, a lakóhely bontásában (átlag, N_{FON}=50, N_{FO}=309, N_V=756) 102

23. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség megítélésére vonatkozó szignifikancia értékek a páciensek szerint, az iskolai végzettség bontásában ($N_{Á}$=109, N_{K}=291, $N_{É}$=344, N_{F}=80, N_{D}=267) 105

24. táblázat: A három célcsoport körében vizsgált tizenhat kompetencia fontossága, az elsajátítás és közvetítés mértéke az oktatók, hallgatók és páciensek szerint (átlag, N a táblázatban) 107

25. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek szerint, az iskolai végzettség bontásában (átlag, szórás, $N_{Á}$=109, N_{K}=291, $N_{É}$=344, N_{F}=80, N_{D}=267, N_{E}=24) 151

1. BEVEZETÉS

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

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

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

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

Azon kívül, hogy ismerjük a világ változásait, a globalizáció és az informatikai forradalom hatásait a felsőoktatásra, fontos kérdés, hogy mit gondolunk ebben a saját oktatói szerepünkről, a kihívás kényszereiről, a változtatás szükségszerűségeiről, ha nem akarunk e verseny vesztesei lenni? A változástól való szorongás, félelem mellett feltesszük-e az alapvető – a meglévő paradigmáinkat feszegető – kérdéseket saját szerepünkkel, feladatainkkal kapcsolatban, vagy másképp reagálunk a változásokra, pl. a diákok, a világ stb. hibáztatásával. Tény, hogy a technikai fejlődés magával hozta az új generációk tanulási, ismeretszerzési stratégiáinak megváltozását, az új igények, követelmények kialakulását, és minden bizonnyal ki fogja kényszeríteni „tanári oldalról" a hozzájuk való alkalmazkodás képességét.

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

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

hogy empátiát például csak az tud közvetíteni, aki maga is empatikus, mely fejleszthető képesség oktatónál és hallgatónál egyaránt.

A dolgozat első fejezetében kutatási kérdések és hipotézis mellett történelmi áttekintést adunk a pedagógusok, tanárok, oktatók társadalmi szerepeiről, az azokkal szemben támasztott elvárásokról. A második fejezetet a szakirodalmi háttér bemutatásának, az orvosképzés hazai és nemzetközi jellemzőinek szenteljük. A dolgozat harmadik fejezete mutatja be a dolgozat során felhasznált statisztikai módszertanokat. A negyedik fejezetben tárgyaljuk a saját kérdőíves kutatásunk eredményeit, azaz a hallgatók, az oktatók és a páciensek elvárásait a képzési kompetenciákkal kapcsolatban, valamint összefoglaljuk a kvalitatív kutatások során szerzett tapasztalatainkat. Az ötödik fejezetben, a megbeszélések részben visszatérünk az eredeti hipotézisekre és azok vizsgálatát mutatjuk be. A hatodik fejezetben a következtetéseket vonjuk le, a hetedik és egyben utolsó fejezetben összefoglaljuk a legfontosabb eredményeket, és javaslatot teszünk jövőbeni esetleges fejlesztésekre.

Hisszük, hogy az új évszázad innovációját használva valóban lehetőség van az orvosképzés formálására, új, korszerű didaktikai módszerek alkalmazására, amelyek lehetőséget teremthetnek arra, hogy a hallgatók elégedettebben végezzék tanulmányaikat, a páciensek pedig nagyobb bizalommal fogadják a végzett orvosokat. Nem mellékes az sem, hogy a fiatal orvosok kompetensebbeknek érezzék magukat orvosi hivatásuk megkezdésekor. A változtatáshoz azonban elsőként jelentős paradigmaváltásra van szükség az orvosképzés stratégiájában, mely nélkül a „technikai változtatások” nem lesznek eredményesek. A szembenézés ugyanis egy olyan korábbi gyakorlattal, mely évszázadokon keresztül az orvosképzés identitásának alapjául szolgált, méghozzá eredményesen, magas minőségben, de ma már nem szolgálja az összes szükségletet, nehéz folyamat. Az emberi és szakmai bátorság sokat segíthet a jó kérdések feltevésében és a jó válaszok megtalálásában – ezt jól ismerjük a tudományos kutatásban. Itt az idő, hogy mindezt az oktatásunkra is alkalmazzuk.

1.1. Célkitűzések

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

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

E témát az orvosképzés vonatkozásában komplex adatgyűjtésen és elemzésen alapuló tudományos munka keretében vizsgáljuk. A téma vizsgálata során egy-, két-, többváltozós elemzéseket alkalmazunk, amelyek arra mutatnak rá, hogy az oktatók, hallgatók, páciensek elvárásai a KKK-ban szereplő szempontokkal kapcsolatban, illetve az oktatók és a hallgatók szerint a pedagógiai ismeretek vonatkozásában hogyan alakulnak. A kvantitatív elemzés mellett mélyinterjúkat is lefolytattunk (kvalitatív kutatás), amelyek lehetőséget adtak arra, hogy a kérdőíves vizsgálat számait összekapcsoljuk az oktatók szándékait, narratíváit, személyes motivációit is megjelenítő interjúkkal, és ezek az összevetések feltárjanak olyan dimenziókat, amelyekre a kérdőíves

vizsgálat elemzése önmagában nem adott volna választ. Követtük azt a kutatási elvet, miszerint a „kvantitatív adatok értelmezését segíthetik a kvalitatív vizsgálatok, míg a kvalitatív eredmények ellenőrzésében és validálásában a kvantitatív módszereknek lehet kiemelt szerepe” (Király és munkatársai, 2014. pp. 95-96). Mivel a két módszer jól kiegészíti egymást, „erősségeik összeadódnak és kompenzálják egymás gyengeségeit, így együttesen összetettebb képet tudnak adni a vizsgálat tárgyáról” (Király és munkatársai, 2014. p. 99).

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

1.2. Kutatási kérdések és hipotézisek

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

A dolgozatban az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk és vizsgáltuk meg:

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

2. SZAKIRODALMI HÁTTÉR

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

2.1. Áttekintés – a magyar felsőoktatás és a magyar orvosképzés

2.1.1. Pedagógusok, tanárok – mit jelentenek a fogalmak?

A címben szereplő kifejezések mindegyike előfordul a magyar nyelvben és a kört csak bővíteni tudnánk a nevelő, tanító, professzor stb. szavakkal. Vajon mit jelentenek ezek a kifejezések? Az egyetemi oktatók pedagógusoknak tekinthetők-e, és a fenti szavakat szinonimaként használhatjuk-e? Az 1870-es Czuczor-Fogarasi nagyszótár pedagógus szócikket nem is tartalmaz. A tanító fogalomnál ez található: „e névvel, mint címmel rendesen csak az elemi iskolák tanítóit, vagy nagyobb intézetekben csak a rendkívüli tanítókat nevezik a többiek, kiket hajdan professoroknak hívtak, tanári nevet viselnek. Tanár szavunk ezzel a közép- és felsőfokú képzés nevelő-oktató dolgozóinak megnevezéseként rögzül, s onnan máig sem mozdult el” (Fogarasi, 1833). Az 1978-ban Nagy Sándor szerkesztésében megjelent Pedagógiai lexikon (Nagy és munkatársai, 1978) a pedagógusfogalomból specifikálva határozza meg e foglalkozást, mely „a gyermekek, serdülők, ifjak és felnőttek oktatásával és nevelésével az erre szolgáló intézményekben megfelelő képesítés birtokában hivatásszerűen foglalkozók közös neve” (Gloviczki, 2014. p. 71). Az előbbi két szócikk értelmében a felsőoktatásban dolgozó tanárok is pedagógusnak minősülnek. Az egyetemeken ténykedő tanárokat, pedagógusokat sokszor egyetemi oktatóknak hívjuk, mely fogalom a tanársegédeket, adjunktusokat, egyetemi docenseket és egyetemi tanárokat egyaránt jelenti.

2.1.2. A felsőoktatás és a pedagógiai tudás

Az egyetemi oktatásban részt vevő oktatók lehetőségei az általános pedagógiai tudás és a pedagógiai tartalmi tudás[1] megszerzésére igen szűkösek, legalábbis, ami a magyarországi orvosképzést illeti. Az egyetemi oktatók régebben az elméleti intézetekbe és a klinikumba került oktatók, klinikusok közül, újabban a PhD hallgatók köréből (is) kerülnek ki. Se korábban, se a jelenlegi rendszerben a PhD képzésben nem kötelező pedagógiai jellegű tárgyak hallgatása, sőt számukra kifejezett pedagógiai tartalmú kurzusokat általában nem is hirdetnek meg. Ismeretek hiányában pedig nagyon nehéz az oktatásban bárminemű pedagógiai tudást tudatosan alkalmazni. Bár Magyarországon a közoktatásban pedagógiai képesítés nélkül nem lehet tanítani, ez alól a felsőoktatási intézmények kivételt képeznek. Másként fogalmazva: ún. képesítés nélküli „pedagógusok" dolgoznak alapvető – a tanításhoz szükséges – kompetenciák nélkül a felsőoktatási intézményekben, különös tekintettel az orvoskarokra (ahol az alapképzés sem tartalmaz erre vonatkozóan minimális ismereteket sem). Talán ezért nem is hívjuk őket pedagógusoknak, hanem helyette az egyetemi oktató kifejezés az elfogadottabb, mintha ez a terminológia nem is kérdőjelezhetne meg bizonyos kompetencia-hiányokat. Az oktató kifejezés ugyanis azt az érzetet kelti, hogy a szakmai tartalmak oktatása a legfontosabb, mely mellett más tudásdimenziók közvetítése kevésbé tűnik relevánsnak. Ha ez nincs is explicit módon megfogalmazva, a szakismeret nimbusza mellett általában nem támad lényeges hiányérzet az oktatói kompetenciák skáláját tekintve.

Dolgozatomnak egyik célja – amint arra a korábbiakban már utaltam – annak feltárása, hogy a hiányzó pedagógiai tudás megszerzése valódi szükségletként fogalmazódik-e meg az egyetemi oktatók körében, illetve elvárásként működik-e a hallgatók részéről? Piaci terminológiával élve, a kereslet (alapvetően a hallgatók, de gyakran az oktatók részéről is) és a kínálat (amit az oktató tud kínálni a saját tudástárából) között feszül-e ellentét? A válaszok feltehetően nem egyértelműek. Az időnként megfogalmazódó oktatói

[1] Falus Iván úgy véli, hogy a pedagógusok gondolkodásában három egymástól sok szempontból is elkülöníthető, eltérő tulajdonságokkal rendelkező elem található, amelyek a pedagógus tudását alkotják, nevezetesen: „általános pedagógiai tudás, szaktárgyi tudás és pedagógiai tartalmi tudás" (Ballér és munkatársai, 2003). Általános pedagógiai tudás alatt értjük azt a tudást, amely a tanórák, kurzusok megtartásának pedagógiai, didaktikai, oktatói, nevelési munkának és a tanár-diák viszonynak képezik az alapját. A szaktárgyi tudás körébe tartozik az adott szakmát átfogó ismeretek összessége. Pedagógiai tartalmi tudásnak pedig azt nevezzük, „amely mintegy hidat képez a szaktárgyi tudás és az adott tárgy tanítása között" (Ballér és munkatársai, 2003). Falus Iván gondolatai mentén tehát azt láthatjuk, hogy a szaktárgyi tudás és a pedagógiai ismeretek (általános és pedagógiai tartalmi tudás) mind közrejátszanak abban, hogy a pedagógusok eredményessé váljanak munkájukban.

szükségletet („jó lenne több ismeret arról, hogyan tudjuk a hallgatókat motiválni”, „hogyan tudjuk az órákat érdekessé tenni”) elnyomhatja a magas szakmai tudás elsődlegessége („nekünk nem ez a dolgunk, hanem a szakmai képzés”, „ez már nem általános iskola, hanem egyetem”). Ezzel párhuzamosan a hallgatók szükségleteinek megfogalmazását korlátozhatja, hogy a jelenlegi képzési módszert tünteti fel számukra az egyetlen kívánatos és követendő útnak, amely a kiválasztottak közé emelheti őket (a vágyott diploma megszerzése révén).

2.1.3. A felsőoktatás jogszabályi környezete és az oktatóval szemben megfogalmazott elvárások

A Nemzeti Felsőoktatási Törvény (továbbiakban Nftv.) 24. § (1) bekezdése szerint „a felsőoktatási intézményben az oktatással összefüggő feladatokat oktatói és tanári munkakörökben foglalkoztatottak látják el. Az önálló kutatói feladatok ellátására tudományos kutatói munkakör létesíthető.” Az Nftv. a pedagógus szó használatát mellőzi. A Nftv. a felsőoktatási intézmények alapításának és működésének egyik feltételéül szabja a tudományos fokozottal rendelkező oktatók számát, arányát. A 24. § (5) bekezdés szerint „a felsőoktatásban az alkalmazás feltétele, hogy az alkalmazott büntetlen előéletű legyen, ne álljon a tevékenység folytatását kizáró foglalkozástól eltiltás hatálya alatt, és rendelkezzen az előírt végzettséggel és szakképzettséggel”. Ezen paragrafus is jól láthatóvá teszi, hogy különleges jogszabályi előírások nincsenek arra vonatkozóan, hogy az oktatással összefüggésben milyen minőségi változók és szempontok számítanak. A törvény az előírt végzettség és szakképzettség tekintetben a teljes felelősséget az adott felsőoktatási intézmény kezébe helyezi át. A Nftv. 27. § (1) bekezdés szerint a felsőoktatási intézményben létesíthető „oktatói munkakörök a következők: a) tanársegéd, b) adjunktus, c) főiskolai, illetve egyetemi docens, d) főiskolai, illetve egyetemi tanár, e) mesteroktató. A törvény az oktatói előmenetel kapcsán elsősorban a tudományos előremenetelt határozza meg kritériumként. Az oktatásra vonatkozó konkrét utalás a 27. § (2) illetve egyetem vonatkozásában a (3) bekezdésében jelenik meg, amely szerint „az egyetemi docensi munkakörben történő alkalmazás feltétele, hogy az érintett rendelkezzék doktori fokozattal, és alkalmas legyen a hallgatók, a doktori képzésben részt vevők, a tanársegédek tanulmányi, tudományos, illetve művészi munkájának vezetésére, valamint arra, hogy idegen nyelven előadást tartson, továbbá rendelkezzék megfelelő, az

oktatásban szerzett szakmai tapasztalattal". Ez a bekezdés utal arra, hogy az oktatókkal szemben (érdekes módon csak a docensek és egyetemi tanárok esetében) törvényi elvárás, hogy a hallgatók munkáját vezetni tudja, képes legyen előadni, valamint rendelkezzen tapasztalattal az oktatás terén. Figyelemre méltó, hogy ez a rész nem taglalja az elvárásokat, pl. nem tér ki a következő kérdésekre:

- hol szerezte az oktató az oktatási tapasztalatot? (felsőoktatásban? közoktatásban?)
- mit jelent pontosan a hallgatók munkájának vezetése? (gyakorlati foglalkozásokon? témavezetőként? tudományos kutatásban?)

Tovább elemezve a jogszabályt, egyre több ellentmondás vetődik fel, hiszen az egyetemi tanárok feltételrendszerének megfogalmazása kicsit már pontosabb. Azt írja a 27. §. (5) bekezdése, hogy nemzetközi felsőoktatási oktatói gyakorlattal kell rendelkeznie az egyetemi tanároknak, illetve „az oktatásban, kutatásban, kutatásszervezésben szerzett tapasztalatai alapján alkalmas a hallgatók, a doktori képzésben részt vevők, a tanársegédek tanulmányi, tudományos, illetve művészi munkájának vezetésére, idegen nyelven publikál, szemináriumot, előadást tart". Ezek szerint az egyetemi docenseknek csak és kizárólag idegen nyelven kell előadásokat tartani, illetve az egyetemi tanári munkakörben foglalkoztatottaknak kell képesnek lennie arra, hogy idegen nyelven szemináriumot tartson? (Valószínűleg nem ez volt a jogalkotó eredeti szándéka.) A jogszabályban nem található utalás a magyar nyelven történő oktatásra vonatkozó részletes feltételrendszerre sem.

A fenti gondolatokat tovább erősítve, a Nftv. fontos szempontként említi azt, hogy „nem foglalkoztatható tovább az az oktató, aki az oktatói munkakörben történő foglalkoztatásának kezdetétől számított tíz év elteltével nem szerzett tudományos fokozatot". Tehát a 31. § (2) bekezdése ismét arra mutat rá, hogy a tudományos fokozat megszerzése kritikus pont az oktatói munkakörben foglalkoztatott munkatársak esetében. E pontot önmagában nem is vitatnánk, egyetértve annak fontosságával, azonban lehet, hogy érdemes lenne ezt kiegészíteni az oktatásra vonatkozó elvárásokkal, és azok nem teljesítése esetén hatályba lévő szankciókkal. Az oktatókkal szemben támasztott kompetenciák, szempontok a 35. §-ban jelennek meg, ahol (1-2) bekezdésekben említik, hogy „[..] a képzési program keretei között meghatározza az oktatott tananyagot, megválassza az általa alkalmazott oktatási és képzési módszereket […]". Az oktatással kapcsolatos feladatokat ellátó kötelessége, hogy az ismereteket tárgyilagosan és

többoldalúan közvetítse, a jóváhagyott tanterv szerint oktasson és értékeljen, a hallgató emberi méltóságát és jogait tiszteletben tartsa; az oktató tevékenysége során vegye figyelembe a hallgató egyéni képességét, tehetségét, fogyatékosságát. A bekezdés utal arra, hogy az oktatóknak képesnek kell lennie, hogy képzési programot alakítson ki, határozza meg, hogy adott kurzus esetében a Képzési és Kimeneti Követelmények, a tanterv szerint milyen anyag oktatására van szükség, illetve, hogy milyen módszereket alkalmazzon. Arra utaló nyom jogszabályi szinten nincs, hogy a fentiek elsajátítására milyen lehetőségek állnak rendelkezésre az oktatói munkakörben foglalkoztatottak számára. Ezeknek a meghatározása a felsőoktatási intézmény feladata, amely ily módon nyitott kérdés marad.

Még izgalmasabb kérdés, hogy az Nftv. és a KKK hogyan viszonyulnak egymáshoz? Vajon az Nftv. miért nem tartalmazza azon kompetenciák teljességét elvárásként az oktatók irányába, amit az oktatóknak kell közvetíteniük a hallgatók felé, hogy a végzés idejére ezek birtokában legyenek.

A fentieket kiegészítendő azt is érdemes kiemelni, hogy még jogszabályi szinten sem fogalmazódik meg az oktatás fontossága, nincsenek benne például olyan mérföldkövek, mint a kutatási feladatok teljesítése esetében.

2.1.4. Az elvárások változásai a pedagógiai szereppel szemben

Ahogy az előző fejezetekből láthattuk, a pedagógus, tanár szavaink használata a magyar nyelvben magában foglalja az oktatás-nevelést. Sokan foglalkoztak már azzal a kérdéssel, hogy a pedagógusok szerepe hogyan változott az ókori társadalmak megjelenése óta. Azt biztosan leszögezhetjük, hogy minden kor rendelkezett a maga sajátos attitűdjével, hozzáállásával és elvárásaival a pedagógusokkal szemben. Ha ennyire messze nem is tekintünk vissza, akkor rövid távlatnak tekinthetjük egy oktató esetében azt az időszakot is, amikor ő maga járt egyetemre, s amely egyfajta bázisként, mintaként szolgálhat oktatási stílusának kialakításában. Sokan mondják, hogy a diákok nagyon megváltoztak, és ez nehézséget jelent az oktatásukban. A kérdés azonban másképp is feltehető: valóban a diákok változtak-e meg, vagy pedig az oktatók és a diákok viszonyulnak másként az oktatáshoz, a tanuláshoz és mások lettek az elvárásaik?

Mindenesetre, napjainkban érdekes jelenségként, gyakran kihívásként értelmezzük oktatóként, nevelőként, az oktatásszervezésben dolgozóként az előbb leírtakat. Nem, vagy nehezen értjük meg a később szülötteket, nehézségeket okoz az okos eszközök, a Facebook vagy más alkalmazások olyan szintű használata, amit egy fiatal tud felmutatni, és komoly kihívást jelent lekötni őket a tanórákon. Hogyan lehet azt elvárni, hogy az oktatást rájuk szabják az oktatók?

Szabolcs Éva egyik tanulmányában hasonló kérdéseket vázol fel, és arra a következtetésre jut, hogy korábban a hagyományokhoz, tradíciókhoz, a világ megszokott rendjéhez való alkalmazkodás jellemezte az emberiséget. Az idősebb nemzedék arra törekedett, hogy az utódokat megfelelő tudással, tapasztalati ismeretekkel lássa el és ennek egyik kulcsterülete volt a tudás személyes átadása (más lehetőség nem lévén). Ezt az ismeretanyagot a fiatalok nem kérdőjelezték meg, hanem elfogadták és továbbvitték, majd azt a következő generáció számára átadták[2]. Az idő előrehaladtával, a társadalmi környezeti változások következtében, az átlagéletkor hosszabbodásával az új generációk egyre több mindent tudtak saját bőrükön is megtapasztalni[3], és kritikus szemléletet kialakítva változtatták a világhoz való viszonyukat. Ezzel alakították a korábbi generációk tapasztalatait, de emellett, a közoktatás kiterjesztésével a tudás szélesebb rétegek számára is hozzáférhetőbbé vált. Napjainkban ennek a fejlődésnek lehetünk a tanúi – csak éppen lényegesen gyorsabb változásokkal (Szabolcs, 2012. pp. 5-6). Úgy vélem, hogy általában az oktatók a szenioritás elve mentén gondolkoznak, szemben az új hallgatói generációkkal, akik a saját tapasztalataikat akarják megszerezni a saját generációs élményeiken keresztül. Az idősebbek és fiatalok ilyesfajta egymással szembenállása teremti azokat a helyzeteket, amelyekben sem az idősebb oktatók, sem pedig a fiatal hallgatók nem, vagy kevésbé értik meg egymást. A tekintélyelvű társadalmakra jellemző minták (amelyben az oktatók nevelkedtek) megváltoztak, már nem az életkor az egyetlen, amely feltétlen meghatározza a hatalmi pozíciókat, egyáltalán a világban betöltött szerepet. Kérdés, hogy ez a szemlélet alkalmazható-e az átadandó tudásra is? Véleményem szerint igen. Korábban a tudás egyetlen birtokosaként szolgáló tanár, pedagógus, oktató szerepe megváltozott, s ma már nem az a legfontosabb, hogy egy általános érvényűnek hitt, lexikális tudást (amely lehet, hogy rövid időn belül el is

[2] Nyilvánvalóan a hagyományok továbbvitele és az emberi élet rövid időtartama összefüggésben álltak egymással.

[3] Szenioritás elve alatt Szabolcs tanulmánya szerint azt értjük, hogy „az életkoruk folytán tapasztatot szerzett idősek előnyt élveztek, pozíciókat, hatalmat szerezhettek” (Szabolcs, 2012. p. 5).

avul) átadjon. Nemcsak a tudás tartalma, hanem annak megszerzési módja is változott, azaz a birtoklása és a hozzájutás nem a pedagógusok/ oktatók, kutatók monopóliuma többé.

2.1.5. Új pedagógiai elemek megjelenése

Magyarországon is megfigyelhető változás az oktatástechnikai eszközrendszer tekintetében, nevezetesen, hogy az oktatók használnak PowerPoint prezentációkat, alkalmanként videókat – szemléltető eszközként – de sokszor még a falitáblát is igénybe veszik. Vegyes tehát az oktatástechnika területén felsorakoztatott módszerek alkalmazása. A kérdés az, hogy a „Z" generáció (nem beszélve az Alfa generációról) oktatására elég-e ez a felkészültségi szint? Ők képezik azt a generációt, akik 1995 után születtek és nem éltek még olyan világban, ahol nem érhető el az internet. Vajon, hogy birkózik meg ez a nemzedék a ppt-vel, amikor mindenhol mozgóképet lát? Vajon hogyan üli végig a másfél órás előadásokat, amikor másodpercenként más világba tudja képzelni magát az internet segítségével? Vajon elegendőek-e ezek az eszközök az oktatásukhoz, képzésükhöz, a figyelmük megszerzéséhez és fenntartásához, az átadandó ismeretek beépítéséhez?

Ollé szerint a digitális nemzedék egyfajta problémaforrásként jelenik meg a felsőoktatásban, ahogy ezt a korábbi fejezet is jól mutatja. A hallgatók erős kritikával fordulnak „a tananyag tartalma, használhatósága, hitelessége, médiaformátuma felé, vagy nehezen fogadják el a szabad tudásmegosztás hiányát" (Ollé, 2010. p. 22). Az internet adta lehetőségek, a videók azonnali megtekinthetőségének lehetősége mind-mind hozzájárulnak ahhoz, hogy ezek a hallgatók másként lássák a világot, benne a felsőoktatást. A tábla előtt álló oktatók jelentősége számukra csökkent (bár a személyes kapcsolódás igénye miatt nem tűnt el teljesen, ahogy ezt a COVID-19 pandémia felszínre hozta), ezzel szemben nagyra értékelik az állandó elérhetőséget. Ennek következtében egyre több felsőoktatási intézmény készít videófelvételeket a tanórákról, és teszi lehetővé a hallgatók számára ennek elérhetőséget akár az egyetem falain belül, akár pedig más helyszínekről. Úgy tűnik, hogy a diákok a nem szövegalapú forrásokat részesítik előnyben, annak ellenére, hogy a számonkérés a mai napig a szöveges értékelésen alapszik.

A magyar orvosképzésben egyelőre alig van nyoma az oktatók körében ezeknek a törekvéseknek. Ez talán az orvosszakma elsajátításának különleges követelménye is, hiszen a gyakorlati foglalkozásokon való részvétel, a betegágy melletti személyes tapasztalás kulcskérdés a jövendő orvosok számára a szakmai szocializációban. Az online tananyag-hozzáférés egyfajta pluszt jelenthet a felkészítésben, azonban úgy tűnik, hogy a tanórákat kiváltó megoldások egyelőre szóba sem jöhetnek. Mindezeken felül úgy vélem, hogy a személyes tanár-diák viszony hiánya egy idő után a minőség romlásához is vezetne a modellkövetés hiányában. Azaz a jó megoldás – az oktatás minőségének emelése – valahol a két generáció elvárásainak a középpontjában van.

Ehhez először szükséges a célokat definiálni. Mi a célja az orvosképzésnek a 21. században, mire érdemes a hallgatókat felkészíteni? Ezeket követően lehetne a módszereket meghatározni és azokat folyamatosan fejleszteni. Az orvosképzésben pl. a páciensek bemutatása és demonstrálása, a nem szükségszerűen betegágy mellett végzett gyakorlatok esetében kulcskérdés lehet, és az új nemzedék számára egy újfajta információszerzési, tapasztalási módszer (ld. MediSkills Laboratóriumok hálózatának fejlesztési hullámát). Az oktatóknak meg kell találniuk azt a módszert, amely vonzóvá teszi a tananyag és az orvosi készségek elsajátítását.

2.2. Áttekintés – nemzetközi trendek

Az bizonyos, hogy a változások nyomon kísérik életünket, és ez nincs máshogy az oktatás, az orvosszakma területén sem, amely az egyik leggyorsabban fejlődő szakmának tekinthető. Az orvosképzés változásai kapcsán megjelenő új igények és elvárások már régóta foglalkoztatják a kutatókat, ahogy azt korábban részleteztük. Már igen korán felismerték, hogy nem csak a jelen körülményeket érdemes megvizsgálni és figyelembe venni, amikor az oktatással kapcsolatos változásokra szeretnénk reagálni. Egy 1930-ban írt cikk a következőképpen fogalmazza meg ezt a gondolatot: „We should not alone be interested in present problems but also be alert for indications of what medical service is likely to be in the future” (Rappleye, 1930. p. 915). Lucey 2013-ban hasonló gondolatokat ír cikkében, amely szerint inkább a 21. század egészségügyi rendszerében jártas szakemberek képzésére érdemes koncentrálni, mint arra, hogyan tudunk 20. századi

orvosokat képezni (Lucey, 2013. p. 1). Gwee és Hilliard is erre utal, amikor arról ír, hogy olyan orvosokat érdemes képezni, akik tudják, hogyan kell a változásokhoz alkalmazkodni, hogyan tudják magukat fejleszteni, és hogyan legyenek nyitottak az újabb és újabb információk, tudás, kompetenciák elsajátítására (Gwee, 2003. pp. 4-6; Hilliard, 2018. pp. 996-1003).

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

Az oktatók esetében a belső motiváció, illetve az oktatás iránti szeretetük nélkülözhetetlen a szakma kiváló műveléséhez, azonban önmagában a „love for teaching” nem elegendő, és nem is teszi az oktatókat képessé arra, hogy jól oktassanak (Dewey és munkatársai, 2017. pp. 894-898).

2.2.1. A tanítási és tanulási paradigma

Ahogy láttuk a pedagógusszerep változásainak példáit, és nap mint nap érezzük ennek hatásait a felsőoktatásban, úgy érdemes szót ejtenünk arról is, vajon a medikusképzés területén mivel és miként kell szembesülni az oktatóknak. A felnőttképzéssel foglalkozó intézményeknek szembe kell nézniük azzal, hogy napjainkban a tanulási és tanítási paradigma[4] változáson megy keresztül. A tanulási paradigma középpontjában a tanuló és a tanulás áll. Ennek következtében az egyetemmel, felsőoktatással kapcsolatos minőségi mutatók nagymértékben a végzett diákok, orvosok ismerete, tudása, azaz a „kilépő tanuló minősége" által kerül meghatározásra (Kraiciné, 2004. p. 262). A tanítási paradigma használatakor az oktatók – Kraiciné ugyanezen írása alapján – az oktatás tradicionális módszereit és struktúráját követik[5]. Középpontjában a tanár, illetve a tanítás áll. Célja, hogy ismereteket, tudást adjon át, és ennek következtében szakképzettséget nyújtson a végzett hallgatóknak. Ebben az esetben a siker kulcsa a tanárokban rejlik, akik tudományos előmenetelükkel támasztják alá az oktatásra való rátermettségüket.

Ezen két paradigma jól alkalmazható a mai magyar orvosképzésre. Kiváló példaként szolgál arra, hogy az oktatók miként képzelik el és miben látják a sikeres oktatást. Nyilvánvalóan a medikusok oktatása a felnőttoktatás egy olyan szegmense, amely speciális jellegéből adódóan különleges szempontokkal rendelkezik. A tanítási paradigma által képviselt jellemzők sokasága a mai napig kulcsfontossággal bír az orvosképzésben. A tudás „direkt" átadása fontosabbnak tűnik, mint hogy a diák maga fedezze fel az ismereteket. Ennek oka valószínűleg a lexikális tudás mennyiségében és a tudás strukturáltságában rejlik.

Sikerkritériumként fontosnak tartják a bemeneti követelmények magas szintre emelését, a belépő diákok teljesítményére vonatkozó minőségi mutatók színvonalának emelését. Mindezek mellett természetesen a kilépő hallgatók minősége is kulcsfontosságú, azonban úgy látom, hogy ezen mutatók pontos mérésére még nem fektet az orvosképzés elég hangsúlyt (feltehetően kevesebbet, mint a bemeneti követelményekre).

További jellemző eleme az oktatásnak a tanórák rugalmatlansága. Pl. egyelőre még nem állnak rendelkezésre minden tárgyból e-tananyagok, amelyeket a hallgatók tértől és időtől

---

[4] Az idegen nyelvű szakirodalomban már 1984-ben megjelennek a fogalmak: „teacher-centered student-centered strategies", amelyek szintén a hallgató vagy a tanár középpontjának kérdését vizsgálták és vetítették előre a változást (Harden és munkatársai, 1984. p. 285).
[5] Ezekről további jellemzők olvashatók az 1. sz. mellékletben.

függetlenül tudnának megismerni, elsajátítani. Ezekre csupán a kontaktórákon van lehetőség. Összességében, a fentiekben mind-mind a tanításszemléletű paradigma jellemzőit véljük felfedezni az orvosképzésben.

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

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

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

Magyarországon is észlelték a változást. Az orvosképző karok vezetői a Magyar Orvosképzési és Egészségügyi Oktatási Társaság (MOEOT) 2013 őszén tartott ülésén döntést hoztak arra vonatkozóan, hogy az orvosképzésben oktatóként alkalmazásba kerülő fiatal munkatársak számára szükséges egy alapvető ismereteket átadó oktatói képzést indítani. A képzés célja, hogy segítséget és alapot nyújtson az elvárt minőségi oktatói munkához. A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvoskarának vezetésével egy TÁMOP pályázat keretében a négy orvosképzőhely közösen kialakított egy tananyagot, amely a leendő oktatói feladatok ellátásához nyújt módszertani ismereteket,

[6] International Association For Medical Education

másrészt tisztázni kívánja a kezdő tanár szerepét, lehetséges problémáit és konfliktushelyzeteit. Ezt a képzést alkalmazzák Budapesten is, ahol külön központot alakítottak ki, Oktatásfejlesztési-, Módszertani- és Szervezési Központ névvel. Az SZTE ÁOK is külön oldalt szentel – orvosképzési tendenciák címmel – az oktatók módszertani fejlesztésének. A PTE ÁOK 2018-ban PhD hallgatóknak kurzust indított Korszerű oktatási módszerek megismerése és oktatói készségek fejlesztése címmel, illetve 2013 óta oktatói workshopokat tart, amelyek az oktatók pedagógiai, módszertani képzését célozzák meg. Debrecenben ezirányú törekvésekről egyelőre nem tudunk.

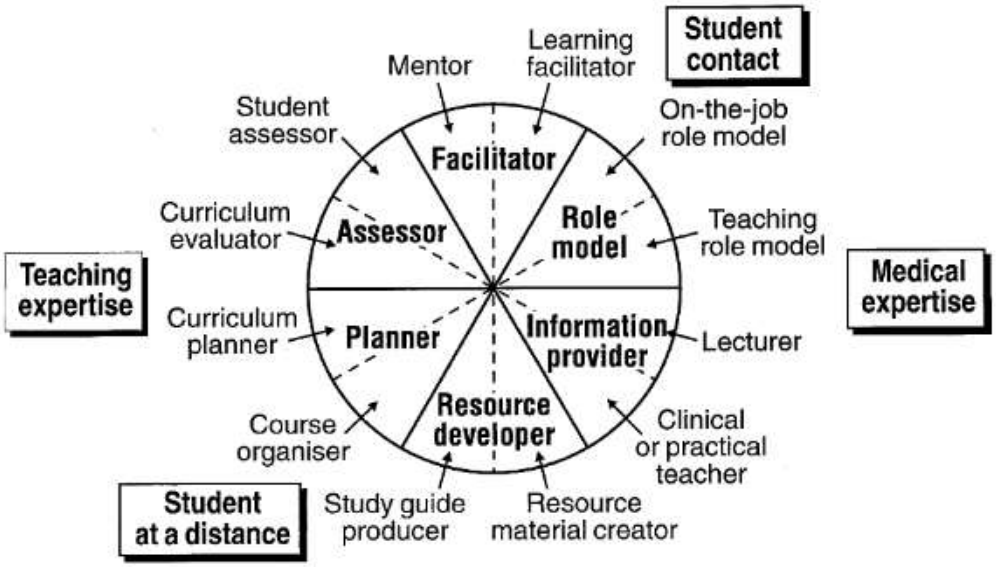
2.2.2. Tanárszerepek

A Medical Teacher című folyóiratban már 2000-ben megjelent egy cikk Harden és Crosby szerzőpárostól, akik a következőképpen határozták meg az orvosképzésben résztvevő tanárok szerepeit:

- információ átadó
- példakép
- facilitátor
- értékelő
- tervező és
- forrás fejlesztő (Harden és Crosby, 2000 p. 5).

Ahogy láthatjuk a szerepekből, a szaktudás, az orvosszakma tudása – legyen az bármilyen magas szintű – nem mindig elégséges. Szükséges tehát oktatói készségekkel, oktatásmódszertani tudással is rendelkeznie az oktatónak. A fenti szerepek további szerepekre bonthatók az alábbi ábra szerint:

1. ábra: A 12 tanárszerep



Forrás: Harden és Crosby, 2000 p. 6.

Tekintsük át e szerepeket kicsit részletesebben:

A *Lecturer*, azaz az előadó az egyik legrégebbi szerepe az oktatóknak. Ez jelenti azt, hogy a tanárok felelőssége az információ, a tudás, az ismeret átadása a hallgatók számára, ahol a tanár tudós szerepében tündököl. Harden és Crosby szerint megtörtént már egyfajta elmozdulás az orvosoktatásban, legalábbis, ami az előadásokat illeti, de ezeknek a teljes eltörlése megkérdőjelezhető lenne megítélésük szerint (Harden és Crosby, 2000. p. 8).

A *clinical or practical teacher*, azaz a klinikai vagy gyakorlati oktatásban résztvevők azok, akik klinikai körülmények között, kórházakban, kórtermekben adják át a tudást a hallgatóknak. Az orvosképzésben ez a szerep az, amelyiket a legfontosabbnak tartanak. Itt nyílik lehetőségük az oktatóknak az adott eset kapcsán saját tapasztalataik átadására is.

Az *on-the-job role model*, azaz, hogy az orvos példaképként jelenik meg a hallgatók előtt orvosként is, egy fontos tanári szerep, amellyel már több kutató is foglalkozott. Walton megállapította, hogy a tanár, mint példakép a tanulás egyik fontos szegmense, amely befolyásolja a hallgatókat a jövőbeni választásaik, szakmai hozzáállásuk kapcsán (Walton, 1985. p. 50). Az oktatók, mint klinikusok példaképként szolgálnak a hallgatók számára, amelyet McAllister és munkatársai 1997-ben megerősítettek. Szerintük a

klinikus személye kiemelkedően fontos a tanulásban, a klinikus szerep kialakításában, a hallgatók jövőjének formálásában (McAllister és munkatársai, 1997. p. 53). Falvo szerint a tanárok példaszerepe sokkal hatásosabb az oktatásban, mint más egyéb oktatási módszer. 1991-ben Falvo és munkatársai arra a következtetésre jutottak, hogy a példakép szerep oktatási szempontból hatékonyabbnak bizonyul, mint az előadások vagy megbeszélések formájában történő oktatás (Falvo és munkatársai, 1991. pp. 227-231). Irvine a brit General Medical Council elnöke szerint a klinikus oktatók által mutatott példa alapvető fontosságú, mert a hallgatók a jó példák alapján tanulnak a legtöbbet (Irvine, 1999. p. 1175).

A *the role model as a teacher*, azaz a tanári példakép – az előző szerephez képest – azt hangsúlyozza, hogy a tanárok példaképként való léte nem csak a klinikai szerepkörben, hanem az „osztályteremben" is kiemelkedően fontos (Harden és Crosby, 2000. p. 10). A szerzőpáros szerint problémának tekinthető az, ha nem orvos végzettségű oktatók vesznek részt a képzésben, mert ebben az esetben a hallgatóknak nehézségeket okozhat, hogy megtalálják a releváns pontokat abban, hogy amiket tanulnak, fontos az orvosi karrierjük szempontjából (Harden és Crosby, 2000. p. 10).

A *facilitator*, azaz a csoportot vezető, támogató szerep egyre fontosabbá kezd válni a tanulási, tanítási paradigma változásai kapcsán. Barrows and Tamblyn már 1980-ban említi, illetve Davis és Harden pedig 1999-ben világított rá arra, hogy a tanárok szerepe nem az, hogy információt adjanak át, hanem az, hogy ösztönözzék a hallgatókat a tanulásra, különböző problémák középpontba helyezésével. Harden és Crosby is azt hangsúlyozza, hogy a tanár szerepe nem csupán az információ átadására szorítkozik, hanem inkább arra, hogyan segítse elő a hallgatók tudásának növekedését (Harden és Crosby, 2000. p. 10).

Az oktatók *mentor* szerepe az évek során változó és sokféleképpen interpretált szerep. Véleményünk szerint a mentor az, aki mind a tudásátadásban, mind a gondolkozás formálásában, mind a konkrét munkában jelentős segítséget nyújt egy hallgató számára.

A *student assessor*, azaz a hallgatók munkájának értékelője nagymértékben különbözik az eddigi szerepektől. Az eddigi oktatói szerepekben a hallgatók segítése, jövőjük alakításában való részvétel volt a fontos, ezen szerep azonban arról szól, hogy a tanárok „ítéletet" mondanak a hallgatók tevékenységéről, tudásukról (Harden és Crosby, 2000. p. 12).

A *curriculum assessori* szerepben, azaz a tantervek ellenőreként is fontos szerepet játszanak az oktatók. Nem csak a konkrét oktatási feladatok ellátása a dolguk, hanem az oktatást tágabban tekintve, a szakma oktatásának megfelelőségét is hivatottak figyelni, ellenőrizni. Harden és Crosby szerint ebben kiemelt szerepet kap a hallgatók és más oktatók által adott feedback, melyek segítségével a kurrikulumok kialakítása megfelelhet az elvárásoknak.

A következő szerep a *curriculum planner*, azaz a tantervtervező szerep, amely Harden és Crosby szerint szintén elengedhetetlen. A kurrikulum megtervezésekor kell figyelembe venni a szükségleteket és az igényeket, amelyeket az adott szakma megkíván, és az oktatási, számonkérési módszerek is ekkor kerülnek meghatározásra. Felhívják a figyelmet arra, hogy sok felsőoktatási intézményben bizottság működik ezen feladat ellátására (Harden és Crosby, 2000. p. 13).

Az előző szereppel összefüggésben a *course planner*, azaz a kurzustervező szerepe az oktatóknak az, amikor megtervezik az adott kurzusokra vonatkozó oktatási anyagot, figyelembe véve a kurrikulumban lefektetett célokat, elvárásokat. Harden és Crosby szerint e szerep gyakorlása lehetőséget ad az oktatók számára, hogy jelentős befolyást gyakoroljanak az oktatási folyamatra, illetve annak tartalmára. Ugyanezen szerepüket erősítette meg Toohey is, aki szerint a felsőoktatásban dolgozó tanárok nagy előnyre tehetnek szert e szerep kapcsán az oktatás más területein dolgozó munkatársaikkal szemben (Toohey, 1999).

A *resource material creator* szerep, azaz a tananyagkészítői szerep az elmúlt időszakban vált kiemelkedően fontossá, hiszen az oktató, mint a tudás bázisa elképzelés sokat változott az elmúlt években. Napjainkra fontosabbá vált az, hogy az oktatók utat mutassanak és segítsék a hallgatókat jó szakemberré válni ahelyett, hogy kőbe vésett tananyagokhoz ragaszkodnának. Ennek egyik fontos szegmense a tananyagok átalakítása az új céloknak megfelelően. Ez sok energiát és időt igényel, de a kor elvárásainak való megfelelés, a jó szakemberképzés miatt elengedhetetlen.

A tananyagkészítő szerep mellett a *study guide producer* szerep is fontos, sőt Harden és Crosby szerint fontosabb is sok más szerepnél, hiszen a tanárok inkább már menedzseri szerepben funkcionálnak, mint egyszerű tudásátadóként. A study guide-ok segítségével a hallgatóknak meg lehet mutatni a helyes tanulási irányt, a fellelhető és hasznos tanulási

anyagokra fel lehet hívni a figyelmet, így irányítva a hallgatókat a jó szakemberré válásban (Harden és Crosby, 2000. p. 14).

A fejezetben vázolt 12 oktatói szerep rávilágít arra, hogy mennyi különféle feladattal, szereppel kell megbirkóznia az orvoskari oktatóknak, illetve arra, hogy a maga módján mindegyik, egyenként is mennyire fontos, és hogy milyen kapcsolat van az egyes szerepek között. Sokszor az egyes szerepeket az oktatók párhuzamosan használják. A Harden és Crosby által készített – korábban bemutatott – 1. ábra észak-déli tengelye mentén látható, hogy ezek a szerepek inkább a hallgatókhoz köthetők, míg a kelet-nyugati tengelyen lévő szerepek pedig inkább a tanárok oktatási/tudományos kompetenciáit veszik figyelembe. Azt, hogy melyik szerep kerül éppen előtérbe, nagymértékben függ a környezet elvárásaitól. Az orvosképzésben folyamatosan változnak a hallgatók elvárásai, és ennek mentén az oktatóknak mindig újabb és újabb kompetenciákat és szkilleket kell alkalmazniuk. Mindezek mellett Kugel azt hangsúlyozza, hogy az oktatási tevékenység az oktatásban eltöltött idő múlásával is változik. Először az oktatók magukra fókuszálnak, majd a szakmai részekre, aztán kezdik el a hangsúlyt a tanításra és később a tanulásra helyezni (Kugel, 1993. pp. 315-328). Ebből azt a következtetést lehet levonni, hogy az oktatók továbbképzése kardinális kérdés abban, hogy az oktatás színvonalát a hallgatói elvárások mentén lehessen kialakítani. Gwee cikkében található a következő Woosley idézet, amely kellőképpen foglalja össze a fent leírtakat: “An academic who only presents facts is not a teacher; a teacher is one who nurtures the learning process and thereby modifies behavior and patterns of thinking for a lifetime” (Gwee, 2003. p. 8).

2.2.3. Didaktikai módszerek a medikus oktatásban

Attól függetlenül, hogy a korábbi évtizedekben az orvosképzésben nem terjedt el a pedagógiai alapismeretek elsajátításának minimum követelménye, az oktatók sokféle didaktikai, oktatási módszert alkalmaznak az általuk látottak, tapasztaltak, valamint saját motivációik alapján. Falus Iván a Didaktika című könyvben felsorolja a következő módszereket (Ballér és munkatársai, 2003):

- ✓ Előadás
- ✓ Magyarázat
- ✓ Elbeszélés
- ✓ Tanulók kiselőadásai

- ✓ Megbeszélés
- ✓ Vita
- ✓ Szemléltetés
- ✓ Munkáltató módszer
- ✓ Projektmódszer
- ✓ Tanulási szerződés
- ✓ Kooperatív oktatási módszer
- ✓ Szimuláció, a szerepjáték és a játék
- ✓ Tanulmányi kirándulás
- ✓ Házi feladat

Már a 2003. évi kiadásban is láttunk Magyarországon a mai napig is újfajta oktatási módszernek számító elemeket, mint pl. a kooperatív oktatási módszert. Ennek lényege a kiscsoportos foglalkozásokon túl az, hogy a résztvevők egyfajta intellektuális és szociális fejlődését is szolgálja, azaz a hallgatók együttes munkát végeznek, és felelősek a tanulmányi teljesítményükért.

Ezeken az oktatási módszereken felül a 21. század „Z" és Alfa generációja számára a technika fejlődése kapcsán újfajta eszközök teremtettek lehetőséget új didaktikai módszerek alkalmazására. A hallgatók ma már bárhol, bármikor és gyakorlatilag bármilyen módon képesek információhoz jutni, annak monopóliuma nem az oktatóké többé. Így tehát, véleményünk szerint, az újonnan megjelenő didaktikai módszerek alkalmazásának nem a lexikális tudás minél jobb átadására, hanem a kompetencia fejlesztésére[7] lenne érdemes a hangsúlyt fektetniük. Ezt erősítik meg Tuka és munkatársai is a következőképpen: „A korábbi főleg lexikális tudás-alapú oktatás helyett megjelennek például a kognitív pedagógia, a reflektív és kritikai gondolkodás, szociális és személyes kompetenciák fejlesztésének igényei, a kooperatív tanulásszervezés lehetőségei." (Tuka és munkatársai, 2011). Azaz arra a kompetenciára, hogyan használják a megszerzett tudást, hogyan tudnak a felmerült problémákra megfelelő megoldásokat találni, vagy hogyan tudják a megszerzett különböző tudást egymásra építeni és hasznosítani. Úgy gondolom, hogy az e-learning lehetőségét feltétlenül meg kell teremteni minden

[7] A kompetencia latin eredetű szó és illetékességet, valamire képességet jelent. A kompetenciák a személyiség komponensrendszerei, a döntés és kivitelezés megvalósulását szolgáló motívum- és képességrendszerek (Nagy, 2000. p. 32).

felsőoktatási intézményben, hiszen az előbb említettek miatt a hallgatók máshova helyezik a hangsúlyt, mint a korábbi generációk. Életük, napjaik sokkal nagyobb részét élik a virtuális térben, tartózkodjanak fizikailag akár az egyetem falain belül vagy azokon kívül.

2.2.4. A képzési és kimeneti követelmények változásai

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

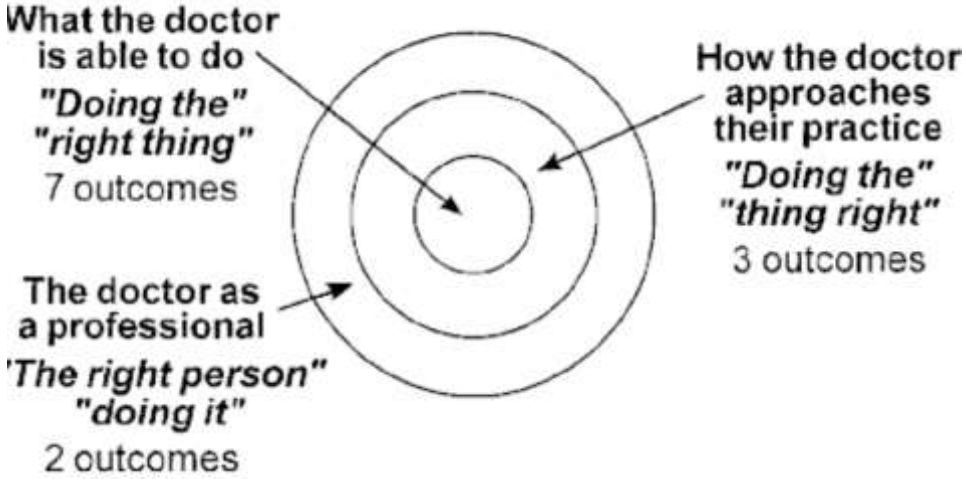
A nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény 108. §-a rendelkezik arról, hogy mit értünk képzési és kimeneti követelmények alatt. E szerint a képzési és kimeneti követelmények (továbbiakban KKK) „azoknak az ismereteknek, jártasságoknak, készségeknek, képességeknek (kompetencia) összessége, illetve az a tudás, amelynek megszerzése esetén az adott szakon oklevél kiadható". A legkorábbi KKK, a 36/1996. (III. 5.) Kormányrendelet az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről tartalmazta az általános orvostudományi szakra vonatkozó jellemzőket, amelyek az oklevél kiadásához szükségesek voltak. Ez a kormányrendelet 2006. február 28-ig volt hatályos. A kormányrendeletben a képzési célok megfogalmazásában elsősorban a tudás, az ismeret játszott szerepet, a készségekre való utalás a szakmai készségek fogalomban jelent meg. Ez utóbbi az adott betegellátás technikai részletét foglalta magába. Ezzel szemben a 2017-ben hatályban levő KKK, a 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról, már nagymértékben átalakult. Az ismeretek és a tudás mellett megjelentek az orvossal szembeni képességekre és attitűdökre vonatkozó elvárások is. A képességek között felsorolnak bizonyos, a korábbi KKK-ben ismeretként definiált tevékenységeket, emellett megtalálhatóak a kommunikációra vonatkozó képességek is. Az attitűdök résznél pedig kiemelt szerepet kap a kommunikáció mellett az empátiával való viselkedés, a kritikus értékelés, az agresszió kezelése és az etikus viselkedés.

Mindezek mellett olyan elvárások is megjelennek az orvosokkal szemben, mint a függetlenség, az autonómia, a döntési képesség. Ezek összességében azt mutatják, hogy a most végzett orvosokkal szembeni elvárások egészen mások már, mint a tíz évvel ezelőtt végzetekkel szembeni követelmények voltak.

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

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

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



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

A 2. ábra látható modell szerint az orvosnak a következőkre kell képesnek lennie: tudja, hogy mi a megfelelő tennivaló az adott helyzetben („doing the right thing”), ezt helyesen hajtsa végre („doing the thing right”), és a megfelelő személy is legyen arra, hogy ezt elvégezze („the right person doing it”) (Harden, Crosby, Friedman, 1999). A szakmai tudás, a professzionális ismeretek mellett egyre inkább más képességek iránti szükségletek is megfogalmazódtak. Ahogy Goleman idézi Ruth Jacobs-t: „a szakmai tudás alapvető az orvosi munka elvégzéséhez, de az orvosi munkában elért teljesítményt a tudás mellett a többi kompetencia határozza meg” (Goleman, 1998). E szerint az érzelmi intelligencia, a személyes kompetenciák sokkal nagyobb szerepet játszanak a jó

teljesítmény elérésében, mint a kognitív és a technikai ismeretek. Spady (1994) ugyanezt erősíti meg – hasonlóan a három körből álló modellhez –, azaz, azon túl, hogy az orvosoknak tudniuk kell, hogy mit csinálnak, fontos, hogy ezt jól csinálják, és a megfelelő orvos végezze el.

Nem szabad azonban elfelejtkezni az ún. rejtett kurrikulumról sem, amely láthatatlanul, de következményeit tekintve nagyon is láthatóan jelen van az orvosképzésben. Erről Bánfalvi Attila publikált több alkalommal az elmúlt másfél évtizedben (Bánfalvi, 2003(1), 2003(2), 2017). A rejtett kurrikulum lényege, hogy tartalmai nem erősítik a formális kurrikulumot, hanem azzal ellentétes irányba hatnak. „A hirdetett kurrikulum az empátiát, a vele kapcsolatos odafigyelő és válaszoló képességeket, a szenvedés enyhítését, a bizalom, a hűség fontosságát, és a páciens legjobb érdekének szem előtt tartását hangsúlyozza. A hallgatólagos „tananyag" azonban az objektivitást, a távolságtartást, az óvatosságot, az érzelmekkel szembeni bizalmatlanságot erősíti." – írja Bánfalvi (2017). Talán nem szükséges külön hangsúlyozni, hogy a KKK-ban megfogalmazott szempontok (és az orvosképzés hivatalosan közvetített értékei), valamint a rejtett kurrikulum által közvetített értékek nagyon is gyakran kerülnek egymással konfliktusba, lecsapódva az oktatókon, a hallgatókon és nem utolsó sorban a pácienseken egyaránt.

2.3. Hazai orvosképzés, fókuszban a PTE ÁOK

A felsőoktatásban kiemelt szerepet kap az egészségtudományi képzés, hiszen az idősödő társadalmakban a civilizációs betegségek megjelenésével az élet minden területén újabb és újabb egészségi és egészségügyi kihívások jelennek meg. A nagyfokú igény az egészségügyi szakemberek képzésére hazai és nemzetközi szinten is megjelenik, s teszi az orvosképzést egyrészt sikerágazattá, másrészt pedig egy olyan területté, amely folyamatos fejlesztést igényel.

Az orvosképzésben az oktatás-kutatás-gyógyítás hármas egysége adja meg a lehetőséget a fejlődésre és biztosítja a mindennapi helyzetekkel való megbirkózást. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma által 2016-ban kiadott Fokozatváltás a felsőoktatásban – középtávú szakpolitikai stratégia című dokumentumban is ennek fontosságát emelik ki,

amely szerint a három egység szorosan kapcsolódik egymáshoz. A gyógyítás általi tapasztalatszerzés segíti a kutatási és oktatási kérdések meghatározását, amelyek kibontására a kutatási munka során van lehetőség, és ezek átadására pedig az oktatás biztosítja a platformot. A képzési terület fontosságát jelöli az is, hogy a hazai hallgatók nagy többsége magyar állami ösztöndíjas képzésben folytathatja tanulmányait, ezzel célozva meg a nyugdíjazásra kerülők új szakemberekkel való pótlását. A stratégia számos célkitűzést határoz meg. Többek között a kikerülő szakemberek tapasztalatszerzésének több módja közül kiemelt szerepet kap a klinikai oktatás színvonalának emelése, amely kulcsfolyamatnak tekintendő a magas szintű oktatás fenntartásához. Ebben a célkitűzésben meghatároznak olyan készségeket is, amelyek fejlesztése elengedhetetlen. Ilyenek például „a kritikus, magas időfaktorú szituációkban döntéshelyzet megélésének biztosítása, interperszonális oktatás bevezetése – orvos-nővér csapatban való dolgozás élményének megtapasztalása, valamint a csapatmunka gyakorlása, a gyakorlati teljesítmény közös értékelésének bevezetése" (EMMI, 2016.6 pp. 61-63). A dolgozat szempontjából kiemelendő az is, hogy a stratégia a személyi háttér fejlesztése kapcsán megemlíti: „az oktatóknak megfelelő oktatás-módszertani ismeretek és készségek birtokában kell lennie ahhoz, hogy az elméleti tudását és klinikai tapasztalatait a jól tervezett oktatási folyamat során átadhassa." (EMMI, 2016.6 p. 63). Ezen felül pedig a stratégia hangsúlyt helyez arra, hogy az oktatók problémamegoldó-képessége, helyzetfelismerése olyan kompetenciák, amelyek a hazai egészségügyben elengedhetetlenek, és amelyek fejlesztését a betegágy mellett töltött gyakorlat elősegíti.

Az orvosképzés Pécsett 1367-ben, a Pécsi Egyetem alapításával kezdődött. Bár a történelem viharai az egyetemi szintű képzést átmenetileg szüneteltették, a feltárt adatok alapján a szünetelés évei alatt is folyamatosan volt Pécsett valamilyen felsőfokú egészségügyi képzés. Az egyetemi szintű orvosképzés újjáéledése szorosan kapcsolódik a trianoni eseményekhez. Emiatt költözött Pécsre 1923-ban – rövid budapesti kitérő után – az 1912-ben alapított pozsonyi Erzsébet Tudományegyetem. A megtelepedést követően csakhamar elindult az orvosképzés, ami 1951 után az önálló Pécsi Orvostudományi Egyetemen folytatódott. 2000 óta, mint a Pécsi Tudományegyetem[8] Általános Orvostudományi Kara folytatja tevékenységét.

[8] **Pécsi Tudományegyetem**

A PTE Szervezeti és Működési Szabályzata pontosabban, lényegre törőbben definiálja az oktatókkal szemben támasztott jogokat (23. és 24. §) és kötelezettségeket, de nagyrészt ezek is csak a Nftv. 35. §-ának átírását jelentik. Egyetlen ponton érzek bővebb magyarázatot, az pedig a 24. § (1) bekezdése, amely szerint az oktató kötelessége, hogy „részt vegyen az Egyetem oktatómunkájában, így különösen az oktatási foglalkozások (előadások, szemináriumok, gyakorlatok megtartásában) vezetésében, a vizsgáztatásban, tartsa be a tanulmányi- és vizsgarendet".

A Pécsi Tudományegyetem Szervezeti és Működési Szabályzatának 4. számú melléklete, A Pécsi Tudományegyetem foglalkoztatási követelményrendszere (továbbiakban Fkr.) rendelkezik még az oktatók minősítéséről, amely kapcsán az oktatás egy következő aspektusát említi az 52. § (1) bekezdésének b) pontjában a következők szerint: „az oktatáshoz kapcsolódó egyéb tevékenység (így különösen szakdolgozati témavezetés, tudományos diákköri tevékenység, nemzetközi mobilitási programokban való részvétel és oktatás)". Az Fkr-ben oktatási tapasztalati igény első körben az adjunktusokra fogalmazódott meg, így az már a docensi és egyetemi tanári kinevezésnek is előfeltétele. A tanársegédek esetében nincs ilyen kitétel. Összehasonlítva az Nftv. rendelkezéseivel, ez már egyfajta szigorításnak tudható be. Az Nftv 31.§-ban tett tudományos fokozatra való utalás kapcsán érdemesnek tartom megemlíteni a Fkr. 83. § (1) bekezdését is, amely szerint „az oktató a heti teljes munkaidejéből – két egymást követő tanulmányi félév átlagában – egyetemi vagy főiskolai tanári munkakörben legalább heti nyolc, docensi munkakörben legalább heti tíz, adjunktus, tanársegéd és mesteroktató munkakörben legalább heti tizenkét órát köteles a hallgatók felkészítését szolgáló előadás, szeminárium, gyakorlat, konzultáció megtartására (a továbbiakban: tanításra fordított idő) fordítani. Az oktató munkaideje legalább húsz százalékában tudományos kutatást […]" végez. Az arányokat elemezve tehát az látható, hogy az oktató munkaidejének 20%-ában kutat,

A Pécsi Tudományegyetemet (PTE) Nagy Lajos király alapította 1367-ben. A XVIII. század végétől folyik Pécsen felsőoktatás, azonban egyetemi képzés csak 1923-ban került áthelyezésre a pozsonyi egyetem falai közül. 1982-től hívjuk a pécsi egyetemet Janus Pannonius Tudományegyetemnek, amikor is a Tanárképző Főiskola integrálása megtörtént. A ma tíz karból álló egyetem 2000-ben bontakozott ki teljesen, amikor a Pollack Mihály Műszaki Főiskolát, a Pécsi Orvostudományi Egyetemet és a szekszárdi Illyés Gyula Pedagógiai Főiskolát beolvasztották a Pécs Tudományegyetembe. Ennek eredményeképpen a fejezet írása idején 2017-ben 210 szak közül válogathatnak a leendő egyetemisták. A pécsi Egyetem az egyik legnagyobb hallgatói létszámmal rendelkező felsőoktatási intézmény. Mindemellett fontos megemlíteni azt is, hogy az egyetem Pécs városának legnagyobb direkt és indirekt munkáltatója (pl. éttermek, taxi- és egyéb szolgáltatók), valamint lakosai jelentős részének plusz megélhetési bevételi forrás biztosítója (lakáskiadás stb. révén).

25%-ában oktat[9]. A számokat tekintve ez érdekes következtetés levonására késztet, hiszen a tudományos előmenetel számít alapvető kritériumnak a továbbfoglalkoztatás és a jövedelem szempontjából is, azonban arra (törvény szerint) kevesebb időt szán az oktatói munkakörben foglalkoztatott egyén, mint a tanításra (beleérte a 25%-on felüli, az órákra való felkészülés plusz %-os arányát is).

Tovább szűkítve az oktatókra vonatkozó szabályokat, áttekintésre érdemes még a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának e témában kiadott a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar szakmai előmeneteli kritériumainak és az oktatói munkakörre vonatkozó pályázat elbírálási rendjének szabályzata. Ebben utalást találunk arra, hogy a tanársegédi munka elvégzésének kritériuma az önálló gyakorlati oktatás végzése, valamint részvétel az idegen nyelvű tanulócsoportok oktatásában. Egyetemi tanárok esetében pl. a Kar már 16 év oktatási és vizsgáztatási gyakorlatot is elvár. Ezen elvárások mind-mind az oktatási munka minőségét és színvonalát próbálják biztosítani. Ezen felül egy oktatásmódszertani kurzus ajánlott és kötelező elvégzésének feltétele is megjelenik a tanársegédek, illetve adjunktusok vonatkozásában.

A korábbi fejezetben tárgyalt pedagógusszerep változásainak nyomai láthatóak a PTE ÁOK-on is, ahol gyakori vélemény az oktatók körében, hogy a diákok megváltoztak és már nem a régiek sem a felkészültség (előképzettség), sem a hozzáállás tekintetében. Ennek kapcsán áttekintettük a PTE ÁOK weboldalát, ahol ez a vélemény jelenik meg pl. az ÁOK legendás professzorainak szentelt weboldal tartalmi részében is. Ezen az oldalon a professzorok szakmai nagyságát, tudásuk elmélyültségét, elhivatottságukat jelenítik meg az írások. Nem vitatva ezen interjúk tartalmát, az életutak nagyszerűségét, a visszaemlékezés sajátosságait, témánk szempontjából fontos, hogy ez a típusú szemlélet nyújtja a példát sok, ma már professzorként (vagy más beosztásban) oktató kollégának. A hallgatókkal kapcsolatos nézetek, paradigmák automatikus átvétele az idősebb, nagy tekintélyű kollégáktól, nem segíti a szükségletalapú, megoldásfókuszú változtatásokat, és a 21. századi elvárásokhoz való igazítást a képzésben. Az eredménnyel való elégedetlenség sem veti fel sajnos mindig a problémákkal való szembenézés, vagy éppen

[9]A Fkr 83. § (2) bekezdése értelmében a tanításra fordítható idő mennyisége, aránya a következőképpen módosítható: „a munkáltatói jogkör gyakorlója a tanításra fordított időt negyven százalékkal megemelheti, illetve huszonöt százalékkal csökkentheti. A csökkentés, emelés összefüggő időtartama legfeljebb két félévre szólhat.”

az adekvát kérdések feltételének szükségletét. Ezek nélkül pedig lassan fogalmazódik meg a változtatás szükségessége.

Az orvosképzés egyik sajátja – a pedagógiai oktatás hiányában – az, hogy a fiatal oktatók idősebb oktató kollégáiktól, rendszerint az adott intézet, klinika egyik egyetemi tanárától, tekintélyes professzorától sajátítják el az oktatás, a tanítás mesterségét. Beülnek az előadásaikra, részt vesznek a gyakorlataikon, szemináriumaikon és megfigyelik az oktatás tartalmát, valamint az idősebb oktató viselkedését a hallgatókkal szemben. Ugyanez történik a vizsgáztatások alkalmával is. Az idősebb oktatók szemléletét, módszereit, attitűdjeit veszik át a fiatalabbak is, ritkán kérdőjelezve meg annak korszerűségét, létjogosultságát, illeszkedését a hallgatókhoz, vagy éppen a 21. századi betegellátáshoz. A tekintélyelv mellett erős hatást gyakorol az oktató kollégákra az adott szervezeti egységben uralkodó minta, ami a szervezeti kultúra részeként előbb-utóbb a saját normájává is válik. Ramani szerint azon kollégák, akik mentorokkal rendelkeztek a tanítási folyamat elsajátítása közben, sokkal magabiztosabbak voltak, jobban értették az oktatás fontosságát (Ramani, 2006. p. 21). Véleményem szerint mentorprogramok kialakítása, azaz az oktatóvá „nevelés" szervezett formába öntése kulcselem lehet az oktatói utánpótlás szempontjából – ha a mentorok kiválasztása, felkészítése is tudatosan és korszerű módon történik.

A PTE ÁOK már több évtizede, de 2012-től különösen korszerű Feedback rendszert működtet, ami az oktatói munka hallgatói véleményezését takarja. A rendszer hozzásegíti az oktatókat ahhoz, hogy megismerjék a hallgatók elégedettségét az oktatómunkájuk egyes dimenzióival kapcsolatban (de a visszajelzés nem hivatott az oktatás minőségét vizsgálni), és indirekt módon segít a célok meghatározásában is. A Feedback nem csak oktatói, tantárgyfelelősi szinten, hanem intézeti szinten is segíthet meghatározni azt, hogy milyen dimenziók fejlesztése tudja a hallgatók oktatással való elégedettségét növelni (pl. szervezettség javítása, követelmények egyértelmű megfogalmazása stb.).

A Feedback rendszerből levont következtetések alátámasztják, hogy a hallgatók ismeretszerzési igényeinek formái megváltoztak. Az előadások formájában történő oktatást sokkal kevésbé értékelik, mint a gyakorlatorientált képzéseket. A változásnak kiváló példája, hogy a PTE ÁOK-on egy 2012-ben, hallgatói kezdeményezésre indított projekt eredményeképpen 2016 elején megnyitott a Medi Skills Lab – Szimulációs Oktatási Központ. A labor fő feladata a graduális és posztgraduális képzésben résztvevő

orvostanhallgatók és orvosok manuális készségeinek fejlesztése, szimuláció segítségével. A szimulációs központra rendkívül nagy érdeklődés mutatkozik mind az oktatók, mind a hallgatók körében, amely tovább jelezheti a 21. századi új oktatási módszerek megjelenésének és használatának szükségességét.

Összességében, a PTE ÁOK esetében is érdemes áttekinteni és átgondolni a képzések tartalmát, formáját és az oktatásban használt módszereket, reagálva a kor elvárásaira. Ennek első lépése az lenne, hogy az oktatók felismerjék a következőket:

- az oktatás kulcsfontosságú a jövő orvosnemzedékét tekintve,
- a tanítás tanulható, és ez elsősorban motiváció kérdése, nem feltétlenül veleszületett képesség (Ramani, 2006. p. 19),
- a tanítási paradigma helyett a tanulási paradigma szükségességét,
- az oktatás minőségi mutatóit a végzett diákok visszajelzései határozzák meg,
- a hallgatók oktatással szemben támasztott elvárásai kulcsfontosságúak az oktatási módszerek, kompetenciák meghatározásakor.

Az előbb említett kompetenciák pontos definiálása, azaz a jövő nemzedékének orvosaitól elvárt képességek és készségek meghatározása, valamint az azokra való felkészítés világszerte fontos feladat (lenne) az orvosképző helyeken. Ehelyett ma még sok esetben a szükséges kompetenciák hivatalos deklarálása mellett a már korábban említett rejtett kurrikulum működik, amely éppen e kompetenciák kialakulása és megerősödése ellen hathat.

3. A KUTATÁS MÓDSZEREI

3.1. A kutatás célcsoportjai

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

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

3.2. Kérdőíves felmérés

A kérdőíves felmérésre 2017 őszén került sor az előzőekben említett magyarországi orvosképző helyeken.

Bár az orvosképzés standardjai a fejlett országokban nagyon hasonlóak, szinte egyetemlegesek, a hazai KKK, mint jogszabály egyes elemeit nemzetközi szintű összehasonlításban nem vizsgálták. Mivel e témában hazai kutatásról sem tudunk, saját fejlesztésű kérdőívet dolgoztunk ki több fázisban hipotéziseink vizsgálatára mind az oktatók, mind a hallgatók és a páciensek számára.

A kérdőív kidolgozásában egy szakértői csoport működött közre, melynek tagjai között oktatók, minőségbiztosítási szakemberek mellett szociológusok, klinikusok és

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

3.2.1. Kérdőív összeállítása, kérdések és itemek meghatározása

A kérdőív első fő része a KKK-ban található kompetenciákra vonatkozott[10] az *oktatói* kérdőívek (lásd 3. sz. melléklet) esetében, amelyeket három kérdéskör mentén vizsgáltunk. Az első az volt, hogy a KKK-ban található kompetenciák fontosságát az orvosi szakma szempontjából milyennek ítélik. A második kérdéskörben azt vizsgáltuk, hogy megítélésük szerint vajon a hallgatók a képzés során – a végzés idejére – mennyire sajátítják el ezeket a kompetenciákat. A harmadik kérdéskör pedig arra irányult, hogy vajon ő, mint oktató mennyire közvetíti saját tárgyai, kurzusai vonatkozásában e kompetenciákat.

A *hallgatói* kérdőívben (lásd 4. sz. melléklet) a KKK kapcsán két kérdést tettünk fel. Az első arra vonatkozott, hogy mennyire tartják ezeket a kompetenciákat fontosnak az orvosi munkavégzés során, a második arra, hogy mennyire elégedettek ezek közvetítésével az oktatás folyamán.

A *páciensek* kérdőívében (lásd 5. sz. melléklet) az első kérdéskör az volt, hogy mennyire tartják fontosnak az adott tulajdonságokat (=kompetenciákat) egy orvosnál, a második pedig az, hogy tapasztalataik szerint milyen mértékben rendelkeznek azokkal a tulajdonságokkal az orvosok (másképp fogalmazva: mennyire elégedettek velük azokban a dimenziókban).

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

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

Mivel a KKK-ban a kompetenciák hosszú sora található, ezért szükséges volt ezeket a kérdőív terjedelmi hosszára való tekintettel lerövidíteni, csoportosítani. Fontos megjegyezni, hogy Magyarországon a 90-es évek közepétől folyamatosan bővült az elvárt kompetenciák köre a KKK-ban. A képességekre és attitűdökre vonatkozó hangsúlyosabb elvárások – így pl. a kommunikációra, karrierépítésre, munka-magánélet egyensúlyára vonatkozóak – azonban csak 2013-ban jelentek meg először a KKK-ban. A mai, hatályban lévő rendeletet 2016-ban adták ki. Fontos azt is megemlíteni, hogy mivel a KKK határozza meg a kurrikulumot, ezért ez jelentős hatással van az oktatásban használt stratégiákra, a számonkérések, valamint az oktatás és tanulás módszertanára is (Harden és munkatársai, 1999). A Harden és munkatársai által leírt három körből álló modell[11] alapján az újonnan bekerült kompetenciák elsajátítása új módszertant, új megközelítést kíván, és mivel ezen készségek, képességek nem teljesen egyértelműen definiálhatók, inkább implicit, mint explicit módon közvetíthetők, reflexiókat, megbeszéléseket, példamutatást igényelnek az oktatóktól.

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

További fontos szempont volt annak eldöntése, hogy a kérdések megfogalmazásánál zárt vagy nyílt végű kérdéseket alkalmazzunk-e? A nyílt végű kérdések előnye, hogy lehetőséget adnak arra, hogy a válaszadó saját maga fogalmazza meg a válaszát, a kutatói prekoncepciótól mentesen. A zárt kérdések csak arra biztosítanak módot, hogy a kérdőívet kitöltő személy előre megfogalmazott válaszokra reagáljon (Veres, 2006), ám feldolgozásuk lényegesen egyszerűbb.

[11] E modell szerint az orvosnak a következőkre kell képesnek lennie: tudja, hogy mi a megfelelő tennivaló az adott helyzetben („doing the right thing”), ezt helyesen hajtsa végre („doing the thing right”), és a megfelelő személy is legyen arra, hogy ezt elvégezze („the right person doing it”) (Harden és munkatársai, 1999. pp. 546-562).

A kérdőív első része általános adatokra vonatkozott szervezeti és egyéni szinten, a második rész tartalmazta az oktatók és a hallgatók esetében a két fő szakmai részt (pácienseknél a pedagógiai vonatkozású kérdések nem szerepeltek a kérdőívben). A választható felelettípusok között használtuk a kényszerválasztást, a kategórialistát, a rangsorolást és a becslési skálát (Szokolszky, 2004). A rangsorolás és becslési skála esetében numerikus skálát alkalmaztunk, nevezetesen a Likert-skálát, amely az egyetértés minőségét méri egy kijelentéssel kapcsolatban. Az 5 fokozatú skála, amely hasonló az iskolai osztályzáshoz, lehetőséget biztosított az oktatók és hallgatók számára az adott szempont értékelésére.

3.2.2. Kérdőív validálása

A kérdőív validálásának folyamatában elsőként az úgynevezett face validity módszert alkalmaztuk, amely az adott kérdőív kapcsán arra utal, hogy a kérdőív valóban azt méri-e, amire terveztük. Ezt a tesztelést kis mintán végeztük el tizenöt oktató, hatvan hallgató és harminc páciens bevonásával[12]. A kérdőíveket a részvevők összességében világosnak, érthetőnek, megválaszolhatónak találták. Néhány helyen kellett csupán pontosítani a kérdéseket ahhoz, hogy a válaszadók többé-kevésbé azonosan értelmezzék azokat – elkerülve a jelentősebb félreértéseket.

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

Mivel a hallgatói kérdőívet a nemzetközi hallgatók miatt angol és német nyelvre is le kellett fordítani, ezért a kérdőívszerkesztésért felelős szakértői csoport a nyelvi érvényesség (Guillemin, Bormardier, Beaton, 1993; Beaton, Bombardier, Guillemin,

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

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

A kérdőív validálásának következő fázisában a Cronbach alfa értékek kiszámításához ugyanabban, a face validity-nél már említett szűkebb körben vizsgálódtunk. Azaz az oktatók esetén 15, hallgatók esetén pedig az egyes nyelvi csoportokban 20-20-20, a páciensek esetén 30 válasz alapján dolgoztunk. Az eredmények az 1. táblázatban találhatók. Látható, hogy a legkisebb Cronbach alfa érték 0,820, az összes többi pedig 0,9 feletti, így a kérdéseink konzisztensnek, validnak minősíthetők.

1. táblázat: A belső konzisztencia, validálás becslése Cronbach alfa segítségével az egyes lekérdezett csoportokban az előmintákra vonatkozóan (N_O=15, N_{HA}=20, N_{HM}=20, N_{HN}=20, N_P=30)

Oktatók		**Hallgatók**				**Páciensek**	
Kérdés-számok	**Cronbach alfa**	**Kérdés-számok**	**Cronbach alfa**			**Kérdés-számok**	**Cronbach alfa**
			Angol	**Magyar**	**Német**		
8	0,907	7	0,984	0,932	0,970	5	0,864
10	0,820	8	0,986	0,934	0,962	6	0,962
11	0,937	9	0,947	0,922	0,937		
15	0,960	10	0,924	0,923	0,912		

Forrás: saját szerkesztés

A teljes lekérdezést követően a belső konzisztencia ellenőrzése céljából újra kalkuláltuk a Cronbach alfákat a fenti csoportokban. Az eredmények minimuma ezúttal 0,869, és a legtöbb adat az alábbi táblázatban is 0,9 feletti. Ezek alapján validáltnak tekintjük a kérdőívünket.

2. táblázat: A belső konzisztencia, validálás becslése Cronbach alfa segítségével az egyes lekérdezett csoportokban az összes kérdőívre vonatkozóan (N_O=439, N_{HA}=334, N_{HM}=982, N_{HN}=199, N_P=1.115)

Oktatók		Hallgatók				Páciensek	
Kérdés-számok	Cronbach alfa	Kérdés-számok	Cronbach alfa			Kérdés-számok	Cronbach alfa
			Angol	Magyar	Német		
8	0,912	7	0,973	0,901	0,907	5	0,811
10	0,948	8	0,980	0,950	0,970	6	0,956
11	0,963	9	0,935	0,889	0,896		
15	0,918	10	0,926	0,869	0,889		

Forrás: saját szerkesztés

Kérdőívünk validálásának utolsó fázisában, főhatásokba sorolás lehetőségének tesztelésével a kompetenciák fontosságára faktoranalízist készítettünk. Ez a kompetenciacsoport faktoranalízisre a KMO érték (0,915) alapján különösen alkalmas, amit a Bartlett teszt szignifikancia értéke (p=0,000) is megerősített. A legalacsonyabb kommunalitás érték (0,443), és az értékek többsége legalább 0,5-0,6 közötti. A teljes megmagyarázott varianciahányad 59,78%, azaz a létrehozott 5 faktor együttesen ekkora részét fedte le az eredeti változótérnek. Az eredményeket a 3. táblázatban mutatjuk be.

3. táblázat: A kompetenciák oktatók szerinti fontosságának rotált komponens mátrixa (N=277)

Kompetenciák	Faktorok				
	1	2	3	4	5
Team munkára való alkalmasság	X				
Hatékony időgazdálkodás	X				
Karrierépítési lehetőségek ismerete	X				
Folyamatos továbbképzéseken való részvétel	X				
Asszertivitás alkalmazása	X				
Társas intelligencia fejlesztése	X				
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	X	X			
Konfliktuskezelés	X	X			
Érzelmi intelligencia fejlesztése	X	X			
Munka-magánélet egyensúly kialakítása	X	X			

Kompetenciák	Faktorok				
	1	2	3	4	5
Problémamegoldó képesség	X		X		
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	X				X
Emberi méltóság figyelembevétele		X			
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése		X			
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatás		X			
Betegek tisztelettel való kezelése		X			
Rugalmas gondolkodás		X	X		
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel		X			X
Elméleti tudás			X		
Szakmai gyakorlat			X		
Diszciplínák történetének ismerete			X	X	X
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek				X	
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele				X	
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről					X

Forrás: saját szerkesztés

Az első faktort személyes képességek névvel illettük, mivel ezek a képességek, kompetenciák minden eredményesen dolgozó munkavállalóra érvényesek. A második faktort intellektuális és érzelmi képességeknek neveztük el. A harmadik faktornak az orvosi alapképességek nevet adtuk, mivel ezen klasszikus, nélkülözhetetlen szakmai képességeket, tudást várjuk el alapvetően egy orvostól. A negyedik faktor nem beazonosítható. Az ötödik faktort társas képességekként azonosítottuk, amely tulajdonképpen az orvos-beteg kapcsolatra reflektál.

A kompetenciák oktatók általi – saját megítélésük szerinti – közvetítés mértékére vonatkozóan is végeztünk faktoranalízist. Ennek a kompetenciacsoportnak a KMO értéke 0,936, tehát különösen alkalmas faktoranalízisre, melyet a Bartlett teszt szignifikancia értéke (p=0,000) ezúttal is alátámasztott. Ezekkel összhangban a legalacsonyabb kommunalitás érték ez esetben 0,579, az értékek többsége 0,7-0,9 közötti. A teljes megmagyarázott varianciahányad 73,31%, vagyis együttesen ekkora részét fedte le az eredeti változótérnek az újonnan létrejött négy faktor. Az eredményeket a 4. táblázatban foglaltuk össze.

4. táblázat: A kompetenciák oktatók által közvetített mértékének rotált komponens mátrixa (N=301)

Kompetenciák	**Faktorok**			
	1	**2**	**3**	**4**
Emberi méltóság figyelembevétele	X			
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	X			
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	X			
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	X			
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatás	X			
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	X			
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	X			
Betegek tisztelettel való kezelése	X			
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	X			
Konfliktuskezelés	X	X		
Érzelmi intelligencia fejlesztése	X	X		
Munka-magánélet egyensúly kialakítása	X	X	X	
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	X	X		X
Team munkára való alkalmasság		X		
Asszertivitás alkalmazása		X		
Társas intelligencia fejlesztése		X		
Hatékony időgazdálkodás		X		
Problémamegoldó képesség		X		X
Rugalmas gondolkodás		X		X
Karrierépítési lehetőségek ismerete			X	
Folyamatos továbbképzéseken való részvétel			X	
Diszciplínák történetének ismerete			X	
Elméleti tudás				X
Szakmai gyakorlat				X

Forrás: saját szerkesztés

Az első faktort részint az előző faktoranalízis mintájára intellektuális, érzelmi és társas képességek névvel illettük. A kettes faktort személyes képességeknek neveztük (a munka világában való boldoguláshoz szükséges készségek). A harmadik faktor nem volt beazonosítható. A negyedik faktort pedig az orvosi alapkészségek közvetítése néven definiáltuk.

3.3. Felhasznált statisztikai módszerek

3.3.1. Validálás során használt statisztikai módszerek

3.3.1.1. CVR – Content Validity Ratio

„A kvantitatív tartalom validálás módszerében a legfontosabb és helyes tartalmát választjuk ki a kérdőívnek, amit a Content Validiy Ratio-val (CVR-rel) kvantifikálunk. Ebben az esetben a szakérők állást foglalnak arról, hogy adott item szükséges-e adott kérdésben a kérdőív céljának eléréséhez. Ennek alapján minden itemet értékelnek 1-3-ig, ahol az 1: nem szükséges, a 2: hasznos, de nem kritikus, a 3: alapvető fontosságú a témához" (Zamanzadeh és munkatársai, 2015. p. 4). A CVR -1 és 1 között mozog. A magasabb értékelés a szakértők további konzultációját igényli adott itemmel kapcsolatban. A CVR kiszámítási módja:

$$CVR = \frac{(N_e - \frac{N}{2})}{\frac{N}{2}}$$

ahol N_e azon szakértők száma, akik alapvető fontosságúnak ítélték az elemet, N pedig az összes értékelésbe bevont szakértő száma. A CVR értéke besorolható a következőkben bemutatott Lawshe tábla alapján (3. ábra). Mivel esetünkben 15 tagú volt az értékelő bizottság, 0,49 volt az a kritikus érték, amely feletti CVR-ű itemeket bent tartottunk a kérdőívben.

3. ábra: A különféle szakértői létszámokhoz tartozó „kritikus” CVR értékek

TABLE 1
Minimum Values of CVR and CVR_t
One Tailed Test, p = .05

No. of Panelists	Min. Value*
5	.99
6	.99
7	.99
8	.75
9	.78
10	.62
11	.59
12	.56
13	.54
14	.51
15	.49
20	.42
25	.37
30	.33
35	.31
40	.29

—When all say "essential," the CVR is computed to be 1.00, (It is adjusted to .99 for ease of manipulation).
—When the number saying "essential" is more than half, but less than all, the CVR is somewhere between zero and .99.

Forrás: Lawshe, 1975. p. 568.

3.3.1.2. Cronbach alfa

„A Cronbach Alfa a reliabilitást, belső konzisztenciát mérő együttható. Megjelenése óta (1951) az egyik legfontosabb és legszélesebb körben elterjedt statisztika a kutatásban, ideértve a kérdőív készítést és használatot.

Kiszámítási módja a következő:

$$\frac{N^2 \times M(COV)}{SUM(\frac{VAR}{COV})}$$

ahol N^2 a skálában szereplő itemek számának négyzete, M(COV) az átlag belső kovarianciája, amely megmutatja, hogy átlagosan, együttesen a skála itemei mennyire szóródnak, a SUM(VAR/COV) a variancia/covariancia mátrix összes elemének összege (Cortina, 1993. pp. 1-2).

3.3.1.3. Faktoranalízis

A faktorelemzés módszere adattömörítésre, az adatstruktúra feltárására és validálásra szolgál, melynek során a kiinduló változókat úgynevezett faktorváltozókba vonja össze, amelyek közvetlenül nem figyelhetők meg. „A módszer nagy számú, általában intervallumskálán mért változó közti kapcsolatrendszer feltárására, bemutatására szolgál, amelynek végeredményeként kimutatható, hogy mely eredeti változók tartoznak össze" (Sajtos és Mitev, 2007. p. 249). A faktorelemzés eredményeinek bemutatása során vizsgáljuk a kommunalitás értékeket (amelyek azt mutatják meg, „hogy egy változó varianciájának mekkora részét magyarázza az összes faktor együttesen, azaz mekkora a közös varianciahányad" (Sajtos és Mitev, 2007. p. 250). Kitérünk továbbá arra is, hogy a KMO érték és a Bartlett teszt eredménye alapján alkalmas-e egyáltalán a kiválasztott változócsoport faktoranalízisre. Külön értelmezzük az összes megmagyarázott varianciahányadot, amely megmutatja, hogy az újonnan létrejött faktortér az eredeti változótér információtartalmának mekkora hányadát fedi le. Az eredmények sorában az is szerepel minden esetben, hogy hány új faktor jött létre, és hogy milyen faktorstruktúrát alkotnak a kiinduló változók. Ezt követően történt meg az új faktorok elnevezése. A validálás során az oktatói kérdőívből a kompetenciák fontosságát és a közvetítés mértékét tömörítettük nagyobb hatásokba ennek a módszernek a segítségével.

3.3.2. Elemzés során használt statisztikai módszerek

Minden elemzést az IBM SPSS Statistics Data Editor program 26.0-ás verziójával végeztük. A statisztikai eszköztárból leíró statisztikákat, GAP mátrixokat, a kétmintás t-próbát, a varianciaanalízis és faktoranalízis módszerét választottuk. A leíró statisztikák közül a számtani átlagot és a szórást használtuk, ezekkel a jellemzőkkel érzékeltetve a válaszadók véleménye alapján az egyes kompetenciák, illetve pedagógiai szempontok egymáshoz képest való elhelyezkedését.

3.3.2.1. GAP mátrix

A GAP mátrix egy olyan kétdimenziós ábra, amelynek egyik tengelyén az orvosi munkához való fontosság, másikon pedig az elsajátítás vagy a közvetítés mértéke

szerepel. Az ábra ezek fényében mutatja meg a kapcsolatot adott kompetenciák között. A két tényező (fontosság és elégedettség) összevetése mutatja az eltérés mértékét. Az *oktatói* GAP mátrixok esetében az egyik tengelyen az orvosi munkához való kompetenciák vélt fontossága, a másikon pedig vagy az e kompetencia hallgatók általi elsajátításának mértéke (vagyis az oktatók hallgatókkal való elégedettsége) vagy a maguk általi közvetítés mértéke (vagyis az oktatók saját magukkal való elégedettsége) szerepel. A *hallgatói* vizsgálat elemzéséhez készült GAP mátrixban az adott kompetencia hallgatók által megítélt fontossága az egyik, és az oktatók általi közvetítés mértéke a másik tengely. E kettő összevetése mutatja, hogy mely kompetenciát ítélik fontosabbnak a hallgatók, mint amennyire azt közvetítik az oktatók a tanítás során, vagy éppen fordítva: melyek közvetítésével elégedettebbek a hallgatók, mint amennyire azt az orvosi munkához fontosnak ítélik. Készítettünk GAP mátrixot az oktatók és hallgatók véleményének összevetése céljából is. A páciensek vizsgálata során a GAP mátrixokon szintén a kompetenciák orvosi munkához való fontossága és a velük való elégedettség, illetve ugyanez nem szerinti bontásban látható. Az utolsó GAP mátrix zárja a kérdőíves vizsgálat elemzése részt, amelyen az oktatók, a hallgatók és a páciensek véleménye együttesen látható a közös tizenhat kompetencia vonatkozásában, a fontosságra vetítve az elégedettség mértékét.

Az ábrákon a negatív „gap” (rés) az lesz, ahol az adott kompetencia az átló alatt szerepel. Ez azt jelenti, hogy a megkérdezett csoport (oktatók/hallgatók) fontosabbnak ítéli a vizsgált kompetenciát, mint amennyire az elsajátításra, illetve közvetítésre kerül az oktatás folyamatában. A pozitív „gap” (rés) pedig éppen az ellentétjét jelenti a fentieknek, és az adott kompetencia az átló felett szerepel az ábrán. Jelentése: a hallgatók eredményesebben sajátítják el az adott kompetenciát, mint amennyire azt az oktatók fontosnak tartják az orvosi munkához, illetve – a hallgatói oldalról nézve – elégedettebbek azok közvetítésével oktatóik részéről, mint amennyire fontosnak tartják azt. Akkor beszélünk zéró „gap”-ről (résről), ha a „fontosság” és az „elégedettség” azonos mértékű az adott kompetenciánál. Másként fogalmazva: a negatív „gap” alulteljesítést, a pozitív „gap” felülteljesítést, a zéró „gap” pedig optimális teljesítést jelent.

3.3.2.2. *Kétmintás t-próba*

A hipotézisellenőrzés a statisztikai módszerek közül az, amelyet sokfajta tudományág használ, hiszen a célja bizonyos előfeltételezésnek („sejtés”) a meglévő adatok alapján történő vizsgálata, tesztelése. A kétmintás t-próba az egyik leggyakrabban használt hipotézisvizsgálati módszer, ugyanis ennek célja két alapsokasági várható érték egyezőségének minta alapján történő tesztelése. Azt vizsgáljuk meg tehát két csoport átlagának, szórásának és létszámának felhasználásával, hogy az alapsokaságban a két csoport várható értéke megegyezik-e. A kiinduló, vagy más néven nullhipotézise a kétmintás t-próbának az, hogy a vizsgált két csoport várható értéke azonos (Pintér és Rappai, 2007). Ezt használtuk a dolgozat során olyan esetekben, amikor két, összehasonlítandó csoport értékei álltak rendelkezésre, és arra voltunk kíváncsiak, hogy ezek statisztikailag egyezőnek minősülnek-e.

3.3.2.3. *Varianciaanalízis*

A varianciaanalízis (ANOVA) a statisztikai hipotézisvizsgálat másik legtöbbet alkalmazott módszere. Arra alkalmas, hogy a fent bemutatott kétmintás t-próbához hasonlóan csoportok átlagait hasonlítsa össze statisztikailag, de az ANOVA kettőnél több csoportot is képes összevetni. Nullhipotézise, hogy az összehasonlítandó x csoport átlaga azonos statisztikailag. „Rendkívül különböző kérdésfeltevések esetén is indokolt a varianciaanalízis, a három leggyakoribb alkalmazási területe: 1. kettőnél több (rész) sokaság várható értékének egyezőségére vonatkozó hipotézis ellenőrzése; 2. homogenitás-vizsgálat; 3. vegyes kapcsolat (kvalitatív es kvantitatív változó közötti kapcsolat) szignifikáns voltának tesztelése. Ez a három probléma gyakorlatilag ugyanazt jelenti, vagyis, hogy megkíséreljük egy vagy több minőségi ismérv alapján képzett részmintákban a kiválasztott mennyiségi ismérv szerinti különbözőséget számszerűsíteni” (Pintér és Rappai, 2007. p. 380). A dolgozat során ezt a módszert használtuk, amikor a hallgatói nyelvi csoportok véleményét kellett összevetni egymással. Post hoc tesztnek varianciahomogenitás esetén az LSD-t választottuk, míg, ha a szórásnégyzetek nem egyeztek meg a Levene teszt szerint, akkor a Tamhane’s T2-t.

3.4. Mélyinterjúk az oktatók körében

3.4.1. A mélyinterjúk célja, a módszer választásának indoklása

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

A kvantitatív kutatás erőssége, hogy nagy elemszámú mintán, szisztematikus (de meglehetősen zárt) adatgyűjtéssel számszerű adatokhoz juthatunk, melyeken statisztikai elemzéseket végezve tárhatjuk fel a kutatás tárgyát képező jelentősebb összefüggéseket. A kvalitatív kutatások nyitottabb módszertana ezzel szemben a probléma mélyebb feltárására és megértésére törekszik. A kapott eredmények e módszerrel azonban nem számszerűsíthetők, statisztikai elemzések rajtuk nem végezhetők. Bár a kvantitatív módszer sem tekinthető „teljesen objektívnek", a kvalitatív módszereknél a kutató saját szubjektuma a kutatás alapvető része.

Annak érdekében, hogy a vizsgált kutatási témánkat „saját környezetében" értsük meg mélyebben, és ott, ahol a kutatások eredményeire építő beavatkozásokat is tervezzük, félig strukturált mélyinterjúkat készítettünk a PTE ÁOK magasan kvalifikált, a teljes oktatási folyamatot jól ismerő és elismert oktatóival. A cél az volt, hogy lehetőleg fixálódott kutatói prekoncepcióktól mentesen ismerjük meg a kollégák oktatással kapcsolatos tapasztalatait, elképzeléseit, és munkájuk e területén a saját fejlődésükkel kapcsolatos motivációit.

3.4.2. A mélyinterjúk készítésének körülményei

A felkért interjúalanyok mindegyike vállalta a kutatásban való részvételt, azaz a beszélgetést. A mélyinterjúk időtartama 60-90 perc között volt. Az interjúk face-to-face helyzetben, kollegiális hangulatban, korrekt, nyugodt körülmények között zajlottak. Az interjúkat – a megkérdezettek engedélyével, annak érdekében, hogy ne veszítsünk információkat – hangfile-ba rögzítettük, majd legépeltük és részletesen elemeztük.

A válaszadás során a beszélgetőpartnereknek lehetőségük nyílt saját oktatási tevékenységükről beszélni, véleményt nyilvánítani anélkül, hogy korlátoztuk volna őket időben, tartalomban. A mélyinterjúkat a szakma szabályai szerint végeztük, így mondanivalójukat nem kísérte semmilyen megítélés, elítélés, egyetértés vagy egyet nem értés.

A mélyinterjúk mindegyikét a disszertáció írója készítette, így a feldolgozás során szükségszerűen fellépő „torzítások" következetesek, és egyirányba mutatnak.

3.4.3. A mélyinterjú kérdései

A félig strukturált interjúk során a következő kérdéseket tettük fel az interjúalanyoknak, miután ismertettük a teljes kutatás és az adott beszélgetés célját, illeszkedését a többi, e témában folytatott vizsgálat közé.

1. Mi az a három dolog, amiért jó oktatónak lenni?
2. Mi az a három dolog, amiért nem jó oktatónak lenni?
3. Miért lett oktató?
4. Mit vár el saját magától, mint oktatótól az adott kurzus/óra tartása kapcsán? Más szavakkal: mikor elégedett magával, mikor érzi jól magát az órája után?
5. És azt tudja, hogy a hallgatók mit várnak el Öntől? Vajon ők mikor elégedettek – mit gondol erről?
6. Ha visszaemlékszik diákkorára, elégedett lenne azzal az oktatóval diákként, akit most megtestesít oktatóként? Ha igen, milyen tulajdonságait emelné ki, amit miatt elégedett lenne a mostani önmagával?
7. Előre tervezi-e a kurzusait, az óráit? Mi alapján teszi ezt? Hogyan szokott megtartani egy tipikus órát? Kérem, mesélje el, hogy elképzelhessem.
8. Mi az, ami Ön szerint jól működik az óráin? Miért gondolja így?
9. És mik azok a jellemző problémák, amiket oktatóként meg kell oldania? Hogyan tudja ezeket megoldani?
10. Van valami, amivel szeretné kiegészíteni az óráját, mert attól az jobb lenne?

11. Képezi magát oktatóként? Ha igen, hol, hogyan, mivel? Milyen témában? Milyen didaktikai módszereket ismer? Használja ezeket? Miért éppen azokat?

12. Ha az Ön gyermeke hallgató lenne, mit gondol: mi lenne az ideális módja az eredményes tanulásnak, tanításnak egy orvoskaron a 21. században? Ön mikor lenne nyugodt a gyereke képzését illetően?

13. Milyen az „elég jó" oktató az orvosképzésben? Milyen képességekkel, készségekkel rendelkezik az elég jó oktató?

14. Ismer-e olyan oktatót a karon, aki közel áll ehhez az elképzelt „elég jó" oktatóhoz? (Nem kötelező megnevezni, de kérem, ha lehet ne már elhunyt oktatók legyenek a régmúltból, hanem az „itt és most"-ból hozzon példát). Őt / őket milyen tulajdonságai (képességei, készségei) alapján gondolja jónak? Milyen szkillek kellenek ahhoz, hogy jó oktató legyen valaki? (Ha nem említette spontán, rákérdeztünk a következőkre: szakmai ismeretek, didaktikai ismeretek, kommunikációs ismeretek, pedagógiai ismeretek, a tanulási folyamat szervezése és irányítása, alkalmazkodási képesség, döntési és helyzetfelismerési képesség, empátiás képesség, szakmai együttműködésre való képesség.)

15. Pedagógia kurzus indítása a karon – Mit gondol erről a koncepcióról?

16. Milyen előnyei vannak a pedagógiai ismereteknek az orvosképzésben?

17. Milyen problémákat lát ezzel kapcsolatban? Mi akadályozza az „elterjedését"?

18. Milyen hozzáadott értéke lenne az oktatói pedagógiai szkilleknek a magyar és a külföldi hallgatók számára?

19. Növelné-e a kar versenyképességét, vonzerejét a jobb minőségű hallgatók számára, ha itt tudatosabb és korszerűbb oktatói pedagógiai munka folyna, vagy nem ezen múlik a dolog?

20. Van-e különbség a pedagógus és az oktató között véleménye szerint? Végül is Ön, hogy látja? Szükséges, hogy az oktató pedagógusként is „működjön" egy orvoskaron?

21. Van-e még valami, amit szeretne elmondani a témával kapcsolatban?

4. EREDMÉNYEK

A kutatás eredményeit ebben a fejezetben, a következő struktúrában mutatjuk be. A kvantitatív vizsgálatok eredményeiből elsőként az *oktatók és hallgatók* körében végzett kérdőíves vizsgálat mintavételét, a válaszadók körét és legfontosabb jellemzőit ismertetjük. Ezt követően a Képzési és Kimeneti Követelményekből kiválasztott kompetenciák fontossága, az azokkal való elégedettség és a közvetítés mértéke szempontjából elemezzük az adatokat az oktatói és hallgatói vélemények alapján. Az elemzés következő részében foglalkozunk a pedagógiai kompetenciákra vonatkozó eredményekkel. Ezt követően a *páciensek* körében végzett kérdőíves elemzés bemutatásával folytatjuk a dolgozatot – az oktatók és a hallgatók körében végzett elemzési struktúrához hasonlóan. Az oktatók körében végzett kvalitatív kutatás, a *mélyinterjúk* eredményeinek kiértékelésével zárjuk a fejezetet.

4.1. Kérdőíves vizsgálat eredményei – oktatók és hallgatók

4.1.1. Mintavétel és a válaszadók köre

Az oktatóktól összesen 439 kitöltött kérdőív érkezett vissza a magyarországi négy orvosképző helyen, melynek megoszlását az alábbi adatsor szemlélteti:

1. adatsor: Oktatók megoszlása képzőhelyenként

Képzőhely	Oktató (fő)
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar	84
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar	201
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar	51
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar	95
Nincs adat	8
Összesen	439

Forrás: saját szerkesztés

A hallgatóktól összesen 1.515 kérdőív érkezett három tannyelven (kivétel a Debreceni Egyetem, ahol nincs német nyelvű általános orvosképzés). A négy orvosképző helyen tanuló hallgatók megoszlását a következő adatsor mutatja:

2. adatsor: Hallgatók szakonkénti megoszlása az egyes képzőhelyeken

Képzőhely	Általános orvos szakos hallgatók (fő)	General medicine szakos hallgatók (fő)	Allgemeine Humanmedizin szakos hallgatók (fő)
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar	187	104	
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar	348	160	153
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar	220	40	37
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar	223	25	7
Nincs adat	4	5	2
Összesen	982	334	199

Forrás: saját szerkesztés

A fenti adatsorokból látható, hogy a kitöltés az egyes képzőhelyeket tekintve egyenetlen volt. Mivel az orvosképzés világszerte nagy hasonlóságokat mutat, és az egyes képzőhelyek eredményeinek önálló elemzése az eredeti céljaink között sem szerepelt, így a továbbiakban együtt kezeljük a válaszokat.

A kérdőíves felmérés kapcsán nem törekedtünk reprezentatív minta elérésére, hanem csak arra, hogy az adott célcsoportból (oktatók, hallgatók) minél több kitöltés érkezzen. A hallgatói lehetséges teljes elemszám 13.464, az oktatók körében pedig 1.790 fő lett volna a létszámadatok alapján a kitöltés időszakában a négy orvosképző helyen. Ennek megfelelően a kitöltési arányok a következőképpen alakultak: a hallgatók esetében 11,8%-ot, az oktatóknál pedig 24,5%-ot sikerült elérnünk. A megkérdezettek relatíve jelentős száma miatt úgy véljük, hogy az elemzés segítségével megbízható képet kaphatunk arról, milyen az oktatók, hallgatók viszonyulása a KKK-ban foglalt kompetenciákhoz az orvosi szakmát tekintve, illetve, hogyan ítélik meg az oktatók és a hallgatók az oktatók pedagógiai felkészültségét.

4.1.2. A vizsgálatban résztvevők legfontosabb jellemzői

Mivel mind az oktatói, mind a hallgatói célcsoport meglehetősen homogénnek tekinthető, így kevés háttérváltozót tettünk be a kérdőívbe.

Az oktatói kérdőívet kitöltő összesen 439 főnek 42,6%-a foglalkozik elsősorban betegellátással, 21% kutatással, 35,5%-nak pedig elsődleges feladata az oktatás (0,9% nem válaszolt). Munkahelyük (elméleti intézet vagy klinika) a következőképpen oszlik meg:

3. adatsor: Oktatók megoszlása a munkahely jellege szerint

Munkahely	Oktató (fő)	Arány (%)
Elméleti intézet	235	53,5
Klinika	197	44,9
Nincs adat	7	1,6
Összesen	439	100,0

Forrás: saját szerkesztés

Szakképzettségüket tekintve 67,7%-uk általános orvosként, 29,2%-uk pedig egyéb diplomásként végzett (3,1% nem válaszolt).

Az oktatók életkorára szándékosan nem kérdeztünk rá, arra azonban igen, hogy mennyi ideje oktatnak. Az oktatásban eltöltött idő válaszadóink körében való megoszlását az alábbi adatsor mutatja:

4. adatsor: Az oktatók oktatási tapasztalata

Oktatási tapasztalat (év)	Oktató (fő)	Arány (%)
Egy évnél rövidebb ideje	11	2,5
1-5 éve	83	18,9
6-10 éve	54	12,3
11-20 éve	119	27,1
21-30 éve	94	21,4
30 évnél hosszabb ideje	76	17,3
Nincs adat	2	0,5
Összesen	439	100,0

Forrás: saját szerkesztés

A hallgatókkal kapcsolatban arra kérdeztünk rá, hogy a kérdőív kitöltésének időpontjában hányadik szemeszterben folytatták tanulmányaikat.

5. adatsor: Hallgatók megoszlása szemeszterenként

Szemeszter	Hallgató (fő)	Arány (%)
1	287	18,9
2	52	3,4
3	355	23,4
4	33	2,2
5	221	14,6
6	20	1,3
7	191	12,6
8	10	0,7
9	149	9,8
10	13	0,9
11	123	8,1
12	34	2,2
Összesen	1.488	98,2
Nincs adat	27	1,8
Összesen	1.515	100,0

Forrás: saját szerkesztés

Az megállapítható, hogy a felsőbb évfolyamokon összességében – a lemorzsolódás következtében – kevesebb hallgató tanul, mint az alsóbb évfolyamokon (főként az 1-4. szemeszterben).

4.1.3. Képzési Kimeneti Követelmények

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

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

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

1. szempontsor: Kérdőívben szereplő szempontok eredeti és rövidített nevei

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

Forrás: saját szerkesztés

4.1.3.1. A kompetenciák fontosságára vonatkozó értékelések

Az alábbi táblázat azt mutatja, hogy a KKK-ban található kompetenciák fontosságát a számtani átlagok[13] alapján hogyan értékelik az oktatók és a hallgatók. A táblázatban jeleztük az oktatói és a hallgatói átlagok különbségét is, így az előjelekből leolvasható, hogy az oktatók vagy a hallgatók ítélték-e az adott szempontot fontosabbnak.

5. táblázat: Az orvosi munkához szükséges kompetenciák fontossága az oktatók és a hallgatók szerint, a kettő közti eltérés és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N_O=434[14], N_H=1.497)

Kompetenciák	**Oktatók**	**Hallgatók**	**Eltérés**	**p-érték (t-próba)**
	Fontosság	**Fontosság**	**oktató - hallgató**	
Elméleti tudás	4,77	4,60	0,17	0,000**
Szakmai gyakorlat	4,91	4,78	0,13	0,000**
Diszciplínák történetének ismerete	2,78	2,51	0,27	0,000**
Rugalmas gondolkodás	4,78	4,61	0,17	0,000**
Emberi méltóság figyelembevétele	4,85	4,64	0,21	0,000**
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	3,98	4,07	-0,09	0,132
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	4,19	4,16	0,03	0,679
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,40	4,23	0,17	0,000**
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,58	4,21	0,37	0,000**
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,51	4,41	0,10	0,016*
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	4,41	4,21	0,20	0,000**
Betegek tisztelettel való kezelése	4,88	4,74	0,14	0,000**
Munkavégzéshez való pozitív hozzáállás	4,65	4,56	0,09	0,000**
Problémamegoldó képesség	4,64	4,54	0,10	0,004**
Stressz kezelése[15]	-	4,63	-	-

[13] A számtani átlagok az érvényes válaszok alapján keletkeztek minden vizsgált csoportban, így minden táblázat alatt szerepel, hogy éppen hány vélemény képezi a számértékeket.
[14] Az oktatói létszámot jelöli az "N_o", a hallgatóit pedig az „N_H". A táblázatban az N értéke mindig azt a válaszadói létszámot jelenti, amely az összes szempont közül a legalacsonyabb volt.
[15] A kérdőív online programozása során az oktatói kérdőív kompetencialistájából a stresszkezelés fontosságára való rákérdezés kimaradt. Egy kutató számára nagy tanulság, hogy még a leggondosabbnak tűnő ellenőrzés után is maradhatnak hibák a kérdőívben, és a többszörös ellenőrzés elkerülhetetlen. E

Kompetenciák	Oktatók	Hallgatók	Eltérés	p-érték (t-próba)
	Fontosság	Fontosság	oktató - hallgató	
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,02	4,02	0,00	0,961
Team munkára való alkalmasság[16]	4,50	4,45	0,05	0,245
Konfliktuskezelés	4,61	4,42	0,19	0,000**
Hatékony időgazdálkodás	4,55	4,52	0,03	0,519
Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,37	4,38	-0,01	0,785
Munka-magánélet egyensúly kialakítása	4,57	4,56	0,01	0,706
Karrierépítési lehetőségek ismerete	4,00	4,13	-0,13	0,012*
Folyamatos továbbképzéseken való részvétel	4,35	4,25	0,10	0,028*
Asszertivitás alkalmazása	3,88	4,07	-0,19	0,000**
Társas intelligencia fejlesztése	4,19	4,31	-0,12	0,011*

Forrás: saját szerkesztés
** 1%-os, * 5%-os szignifikancia szint mellett eltér az *oktatók* és a *hallgatók* véleményének átlaga adott kompetencia esetében.

Bár első ránézésre az átlagok közti különbségek „elhanyagolhatónak" tűnnek, a csillaggal jelölt szempontok fontosságát az *oktatók* átlagosan érdemben magasabbra értékelik statisztikailag, mint a *hallgatók*. Ahol nincs jelölés, ott 5%-os szignifikancia szinten nincs különbség az oktatók és hallgatók véleményének átlaga között a fontosság megítélésében. A táblázatban bemutatott eredmények alapján az alábbi megállapításokat tehetjük: az általunk felsorolt 24 kompetenciából, melyek a KKK-hoz kapcsolódnak, 17 tényezőt fontosabbnak ítéltek az orvosi munkához az *oktatók*, mint a *hallgatók*, egy tényezőt pedig azonos fontosságúnak minősítettek. Az *oktatók* tizenhárom, a *hallgatók* pedig kilenc szempontot értékeltek 4,5-5,0 közötti fontossággal. A *hallgatók* által jelölt kilenc tényezőt az oktatók preferencia-sorrendje is tartalmazza. Ezek a következők:

- Szakmai gyakorlat
- Betegek tisztelettel való kezelése
- Emberi méltóság figyelembevétele
- Rugalmas gondolkodás

hiányosság elfedése helyett, tanulságként szeretném a magam számára és a jövőbeli kutatásaim végzése szempontjából ezt levonni. Megjegyzem, hogy feltételezésem szerint e kompetencia fontosságát – éppen a személyes érintettség, az egyéni tapasztalatok miatt is – az oktatók feltehetően magasra értékelték volna.

[16] Sajnálatosan a „technikai hiba" a team munkára való alkalmasság kompetencia esetében is megismétlődött. Itt ugyan a fontosság kérdezése következetes volt, de az e kompetencia elsajátítására vonatkozó elégedettség az oktatóknál nem fog megjelenni a későbbiekben.

- Elméleti tudás
- Munkavégzéshez való pozitív hozzáállás
- Problémamegoldó képesség
- Munka-magánélet egyensúly kialakítása
- Hatékony időgazdálkodás.

A fentieken túl a konfliktuskezelés, a betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása, a betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről, és a team munkára való alkalmasság az, amelyeket az *oktatók* még a legmagasabb átlagértékű (azaz 4,5-5,0) tényezők közé soroltak a fontosság tekintetében. A *hallgatók* ezeket valamivel alacsonyabb fontosságúnak értékeltek az orvosi munkához, a 4,0-4,5 közötti sávban helyezték el.

Az *oktatók* átlagpontszámai alapján úgy tűnik, hogy a betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele a gyógyítás során, és az asszertivitás olyan tényezők, amelyek „közepes fontossággal esnek latba" az orvosi munkához szükséges kompetenciák sorában. E tényezők szubjektív fontosság értéke a 3,5-4,0 közötti sávban található, miközben a *hallgatók* e két szempontot ennél azért valamivel magasabbra értékelték (4,0-4,5 közötti sávba kerültek). A legalacsonyabb értékű tényező a fontosság tekintetében a *hallgatók* és az *oktatók* véleménye szerint is az orvosi diszciplínák történeti áttekintése (mely a 2,5-3,0 közötti sávban helyezkedik el).

Az alábbi táblázatban a három legfontosabb kompetenciát tüntetjük fel az *oktatói* és *hallgatói* vélemények alapján.

6. táblázat: Az orvosi munkához szükséges három legfontosabb kompetencia az oktatók és a hallgatók szerint és a kettő közti eltérés (átlag, N_O=434, N_H=1.497)

Legfontosabbnak ítélt kompetenciák	**Oktatók**	**Hallgatók**	**Eltérés**
	Fontosság	**Fontosság**	**oktató-hallgató**
Szakmai gyakorlat	4,91	4,78	0,13
Betegek tisztelettel való kezelése	4,88	4,74	0,14
Emberi méltóság figyelembevétele	4,85	4,64	0,21

Forrás: saját szerkesztés

E sorrendből látható, hogy mind az *oktatók*, mind a *hallgatók* a szakmai gyakorlatot, a betegek tisztelettel való kezelését és az emberi méltósággal kapcsolatos szempontokat sorolták az első három, az orvosi munkához legfontosabb kompetenciák közé, mégpedig megegyező sorrendben. Figyelemre méltó továbbá az is, hogy az *oktatók* átlagban mindhárom szempontra valamivel magasabb pontszámot adtak, mint a *hallgatók*. Az oktatóknál a 4,91-es, a hallgatóknál a 4,78-as átlag volt a legmagasabb.

A *hallgatók* oktatási nyelvek szerinti csoportosítása a fontossági preferenciákban mutat némi eltérést. Az alábbi táblázat jelzi, hogy mind az angol (4,49), mind a *német hallgatóknál* (4,78) a betegek tisztelettel való kezelése foglalja el az első helyet. A második helyen az *angol hallgatóknál* a szakmai gyakorlat (4,46), a németeknél az emberi méltóság figyelembevétele (4,69) áll. A *magyar hallgatók* a szakmai gyakorlatot (4,90) az első helyre, a betegek tisztelettel való kezelését (4,81) a második helyre tették, és az emberi méltóság figyelembevétele (4,70) csupán az ötödik helyre került.

Érdemes a sorrendre és a fenti átlagpontszámokra egy pillantást vetni. A német *hallgatóknál* csak az első helyen lévő szempont, a betegek tisztelettel való kezelése (4,78) esetében látható magasabb átlagérték, mint a magyar *hallgatók* által ötödikként jelölt szempont (emberi méltóság figyelembevétele) esetében (4,70). Azaz ezt az egyetlen dimenziót kivéve a magyar *hallgatók* rendre magasabb értékeket adtak az egyes tényezőknek, mint a külföldiek.

7. táblázat: A különböző nyelven tanuló hallgatói csoportok által legfontosabbnak vélt kompetenciák helyezései (N_A=325, N_M=977, N_N=191)

Mennyire tartja fontosnak az orvosi munkához az alábbiakat?	**Angol**	**Magyar**	**Német**
Betegek tisztelettel való kezelését	1.	2.	1.
Emberi méltóság figyelembevételét	3.	5.	2.
Szakmai gyakorlatot	2.	1.	3.
Munkavégzéshez pozitív hozzáállást	3.	8.	4.
Rugalmas gondolkodást	10.	3.	7.
Stressz kezelését	4.	4.	9.

Forrás: saját szerkesztés

Legkevésbé fontos szempontnak *mind az oktatók, mind a hallgatók* körében egyöntetűen az orvosi diszciplínák történeti áttekintése bizonyult (oktatók: 2,78, hallgatók összesen: 2,51, melyből angol hallgatók: 3,05, német hallgatók: 2,47, magyar hallgatók: 2,34). Meglepő módon az *angol hallgatók* gondolták ezt a szempontot a legfontosabbnak, hiszen mind az oktatókkal, mind a *magyar és német hallgatókkal* összehasonlítva nagyobb átlagos fontosságot jelöltek (ennek okát nem vizsgáltuk).

Két fontos megállapítás tehető. Egyrészt az orvosi munkához legfontosabbnak és legkevésbé fontosnak ítélt szempontok megegyeznek az *oktatók* és *hallgatók* preferenciasorrendjében, másrészt a KKK-ban szereplő szempontok túlnyomó többsége az *oktatók* és a *hallgatók* véleménye szerint is fontosak az orvosi munkához.

4.1.3.2. A kompetenciák elsajátítására vonatkozó értékelések

A fontosság mellett azt is vizsgáltuk, hogy a szóban forgó kompetenciát vajon milyen mértékben sajátították el a hallgatók az oktatók szerint, illetve a hallgatók saját magukra vonatkoztatva hogyan látják mindezt. Mivel objektív mérőszám nem áll rendelkezésünkre, hogy ezeket mérni tudjuk, másként úgy fogalmazhatunk: vajon mennyire elégedettek a kompetenciák elsajátításával a vizsgált szereplők. Az *oktatók* e kompetenciák elsajátítására vonatkozó elégedettséget a teljes orvosi képzés idejére, a *hallgatók* pedig saját, eddigi tanulmányaik időszakára vonatkozóan értékelték. A következő táblázat mutatja az egyes kompetenciákkal kapcsolatos elégedettséget az *oktatók* és a *hallgatók* véleménye alapján:

8. táblázat: A kompetenciák elsajátításával való elégedettség az oktatók és hallgatók szerint, a kettő közti eltérés és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N_O=343, N_H=981)

Kompetenciák	**Oktatói elégedettség**	**Hallgatói elégedettség**	**Eltérés oktató-hallgató**	**p-érték (t-próba)**
Elméleti tudás	3,67	3,24	0,43	0,000**
Szakmai gyakorlat	2,70	2,43	0,27	0,000**
Diszciplínák történetének ismerete	2,61	2,62	-0,01	0,903
Rugalmas gondolkodás	2,72	2,83	-0,11	0,000**
Emberi méltóság figyelembevétele	3,02	3,45	-0,43	0,000**
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	2,84	3,16	-0,32	0,000**
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	2,79	3,12	-0,33	0,000**
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	2,52	2,95	-0,43	0,000**
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	2,65	3,02	-0,37	0,000**
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	3,10	2,99	0,11	0,000**
„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel	2,69	2,69	0,00	0,976
Betegek tisztelettel való kezelése	3,39	3,72	-0,33	0,000**
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	2,86	2,94	-0,08	0,231
Problémamegoldó képesség	2,76	2,93	-0,17	0,009**
Stressz kezelése	2,16	2,47	-0,31	0,000**
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	2,66	2,66	0,00	0,896
Team munkára való alkalmasság[17]	-	3,01	-	-
Konfliktuskezelés	2,37	2,60	-0,23	0,000**
Hatékony időgazdálkodás	2,49	2,74	-0,25	0,000**
Érzelmi intelligencia fejlesztése	2,40	2,91	-0,51	0,000**
Munka-magánélet egyensúly kialakítása	2,28	2,52	-0,24	0,001**
Karrierépítési lehetőségek ismerete	3,18	2,51	0,67	0,000**
Folyamatos továbbképzéseken való részvétel	3,36	2,52	0,84	0,000**
Asszertivitás alkalmazása	3,08	2,60	0,48	0,000**
Társas intelligencia fejlesztése	2,68	2,86	-0,18	0,009**

** 1%-os szignifikancia szint mellett eltér az *oktatók* és a *hallgatók* véleményének átlaga adott kompetencia esetében. Forrás: saját szerkesztés

[17] ld. a 16. lábjegyzetben leírtakat

A táblázatból látható, hogy mind az *oktatók*, mind a *hallgatók* az elméleti tudás, a betegek tisztelettel való kezelése és az emberi méltóság figyelembevétele kompetenciák elsajátításával a legelégedettebbek a képzésben.

A legalacsonyabb elégedettség értékek az *oktatóknál* a stressz kezelése (2,16), illetve a *hallgatóknál* a szakmai gyakorlat (2,43) esetében jelentkeztek. Ez utóbbival kapcsolatban emlékeztetőül felhívjuk a figyelmet arra, hogy mind az *oktatók*, mind a *hallgatók* fontossági sorrendjében a szakmai gyakorlat áll egyértelműen az élen. A szakmai gyakorlattól – a *hallgatói* elégedettségi vagy inkább „elégedetlenségi" sorrendben – a stressz kezelése (2,47) nem sokkal marad el. Összességében a stresszkezelést az *oktatók* a legkevésbé, a *hallgatók* pedig a második legkevésbé elsajátított kompetenciának minősítik.

Megállapítható, hogy az orvosi munkához szükséges kompetenciák tényleges elsajátításával való elégedettség – az *oktatói* és *hallgatói* válaszok átlaga alapján – messze elmarad azok fontosságának megítélésétől (utóbbinál a szempontok többségét négyes átlagnál magasabb értékekkel jelölték a válaszadók). Az elégedettség vizsgálatánál a legmagasabb értékkel jelölt kompetencia 3,67-es átlaggal bír az *oktatói* értékeléseket, és 3,72-es átlaggal a *hallgatói* véleményeket figyelembe véve. Az *oktatók* a hallgatók elméleti tudásával a legelégedettebbek, míg a *hallgatók* a képzés során leginkább elsajátított készségnek, kompetenciának a betegek tisztelettel való kezelését tartják. (Ez azért is figyelemre méltó, mert a fontosság tekintetében az *oktatók* és a *hallgatók* a második legfontosabb kompetenciának éppen ezt a szempontot jelölték. Azaz, ezt akár sikerként is el lehetne könyvelni, ha nem lenne jelentős „gap" a fontosság és az elsajátítás mértéke, azaz az elégedettség között: 4,74 vs 3,72, tehát a sorrend önmagában nem elegendő az értékeléshez.)

A szakmai gyakorlat az elégedettséget tekintve az *oktatóknál* 2,70-es, a *hallgatóknál* 2,43-as átlagértéket kapott. Másként úgy fogalmazhatjuk, hogy e rendkívül fontosnak tartott dimenzió a közepesnél rosszabb elégedettséget váltott ki mind az *oktatókból*, mind a *hallgatókból*, de az elméleti tudással való elégedettség sem éri el a „jó" minősítést sem (különösen a *hallgatók* elégedetlenek vele). Bár a *hallgatók* valamivel elégedettebbek oktatóikhoz viszonyítva a betegek tisztelettel való kezelése és az emberi méltóság figyelembevétele kompetenciák elsajátításával, az alacsony átlagpontszámok a képzők számára nem adnak derűlátásra okot.

Figyelemre méltó az is, hogy az *oktatóknál* a 2,0-2,5, illetve a 2,5-3,0 közötti sávba kerülő kompetenciákat a *hallgatók* is vagy hasonló, vagy inkább valamivel magasabb értékkel jelölték az elégedettség tekintetében. (Ezek a következők: konfliktuskezelés, hatékony időgazdálkodás, érzelmi intelligencia fejlesztése, munka-magánélet egyensúly kialakítása, betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele, stressz kezelése, problémamegoldó képesség, munkavégzéshez való pozitív hozzáállás, partneri viszony kialakítása a betegekkel, betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének figyelembevétele, a betegek érzelmi reakcióinak kezelése, betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele, betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele.) Hangsúlyozzuk azonban, hogy ezek mind alacsony, sőt nagyon alacsony értékeket takarnak, azaz az elégedettség mértéke a közepesnél is rosszabb, gyakran éppen csak elégséges.

A 3,0-3,5, illetve a 3,5-4,0 közötti *oktatói* értékelések sávban pedig pont az ellenkezőjét tapasztalhatjuk többségében: a *hallgatók* szerint ezeket a kompetenciákat kevésbé sajátítják el (azaz ők kevésbé elégedettek velük), mint ahogy azt az *oktatóik* gondolják. (Ezek a következők: betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről, karrierépítési lehetőségek ismerete, folyamatos továbbképzéseken való részvétel, asszertivitás alkalmazása). Mint ahogy arra az előzőekben már utaltunk egy szempont jelent kivételt ebben a sorban: a betegek tisztelettel való kezelése (oktatók 3,39, hallgatók 3,72).

Nyelvi csoportok szerint az alábbi eredményeket kaptuk: Az *angol* nyelven tanuló *hallgatók* a legjobban elsajátított készségnek, kompetenciának a betegek, hozzátartozók emberi méltóságának figyelembevételét gondolják (3,38). A *magyar és a német hallgatók* a betegek tisztelettel való kezelésével (sorrendben: 3,84; 3,72) a leginkább elégedettek. Ez a szempont egyébként az *angol hallgatóknál* is a második helyre került.

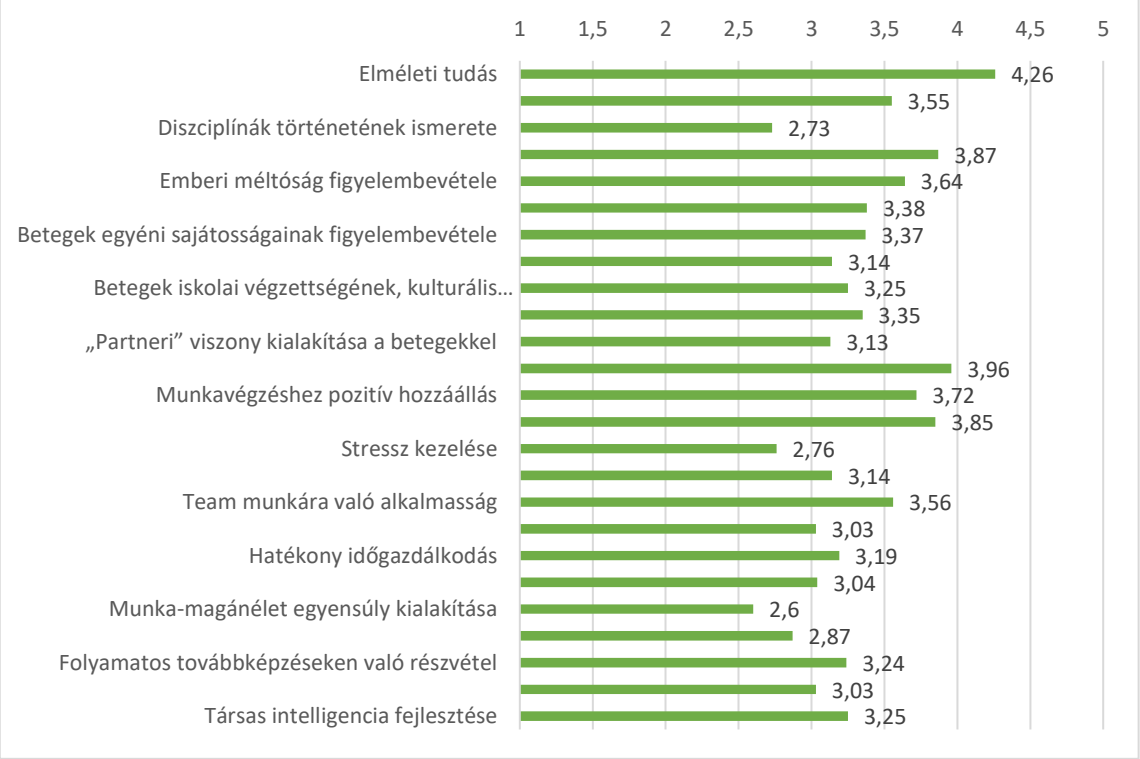
4.1.3.3. A kompetenciák közvetítésére vonatkozó értékelések

Az *oktatók* véleményét arról is megkérdeztük, hogy a saját tárgyuk/kurzusuk – megítélésük szerint – milyen mértékben közvetíti a vizsgált kompetenciákat a hallgatók számára, illetve, hogy az adott szempont közvetítése releváns-e a tanított tárgyuk során. E kérdés esetében is – áttételesen – az elégedettség megítéléséről van szó, igaz, ebben az esetben az oktatók saját munkájukkal kapcsolatos elégedettségéről beszélhetünk. Érdemes ugyanis azt is vizsgálni, hogy az oktatók által fontosnak ítélt kompetenciák

hallgatók általi elsajátításában/ elsajátíttatásában az oktatók a saját tantárgyaik révén hogyan vesznek részt. Azaz, annak „megtanítását” másoktól várják, vagy maguk is aktívan közreműködnek ezek közvetítésében, „begyakoroltatásában”.

Az *oktatók* úgy látják, hogy tantárgyuk a mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudást és ismeretanyagot közvetíti a legjobban (4,26), legkevésbé pedig a munka-magánélet egyensúly kialakítására fektetnek hangsúlyt az oktatási folyamatban (2,60). Az egyes kompetenciákra vonatkozó átlagokat a következő ábrán tüntettük fel.

4. ábra: A kompetenciák közvetítése saját tárgy oktatása során az oktatók szerint (átlag, N=263)



Forrás: saját szerkesztés

Összesítve: az ábrán huszonöt kompetencia látható, amelyből mindösszesen négy olyan van, amelyet az *oktatók* úgy gondolnak, hogy kevesebb, mint 3,00-as átlaggal közvetítenek (diszciplínák történetének ismerete 2,73, stressz kezelése 2,76, munka-magánélet egyensúly kialakítása 2,60, karrierépítési lehetőségek ismerete 2,87). Tizenhárom kompetencia közvetítésének mértékét a 3,00-3,50 közötti sávban helyezik el, míg mindösszesen nyolc kompetenciáról gondolják azt, hogy ezeket 3,5-ös átlag feletti eredményességgel közvetítik. Az *oktatók* értékeléseinél a legtöbb esetben a „közepes”

dominál. Ez másként fogalmazva azt jelenti, hogy az *oktatók* maguk is kritikusan értékelik a kompetenciák saját maguk általi közvetítését, és nem túlságosan elégedettek velük.

Különösen figyelemre méltó ez mindannak ismeretében, hogy az adott kompetenciát mennyire tartják fontosnak az oktatók az orvosi munkához.

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

A dolgozatban ez idáig a Képzési és Kimeneti Követelményekben megfogalmazott kompetenciákkal kapcsolatban néztük meg külön a fontosságot, és külön a kompetencia elsajátítására vonatkozó elégedettséget az oktatók és a hallgatók szemszögéből. A továbbiakban a fontosság és az elsajátítás mértéke (azaz áttételesen az elégedettség) között meglévő kapcsolatokat az úgynevezett GAP mátrixban elemezzük. Az alábbi táblázatban az elégedettség és a fontosság átlagértékeit, és azok különbségeit, azaz az ún. „gap" értékét láthatjuk.

9. táblázat: A kompetenciák fontossága, az elsajátításukkal való elégedettség az oktatók szerint és azok eltérései (átlag, N=343)

Kompetenciák	**Oktatói értékelés**		
	Fontosság	**Elégedettség az elsajátítással**	**GAP (elégedettség-fontosság)**
Elméleti tudás	4,77	3,67	-1,10
Szakmai gyakorlat	4,91	2,70	-2,21
Diszciplínák történetének ismerete	2,78	2,61	-0,17
Rugalmas gondolkodás	4,78	2,72	-2,06
Emberi méltóság figyelembevétele	4,85	3,02	-1,83
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	3,98	2,84	-1,14
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	4,19	2,79	-1,40
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,40	2,52	-1,88
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatás	4,58	2,65	-1,93
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,51	3,10	-1,41
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	4,41	2,69	-1,72
Betegek tisztelettel való kezelése	4,88	3,39	-1,49
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,65	2,86	-1,79

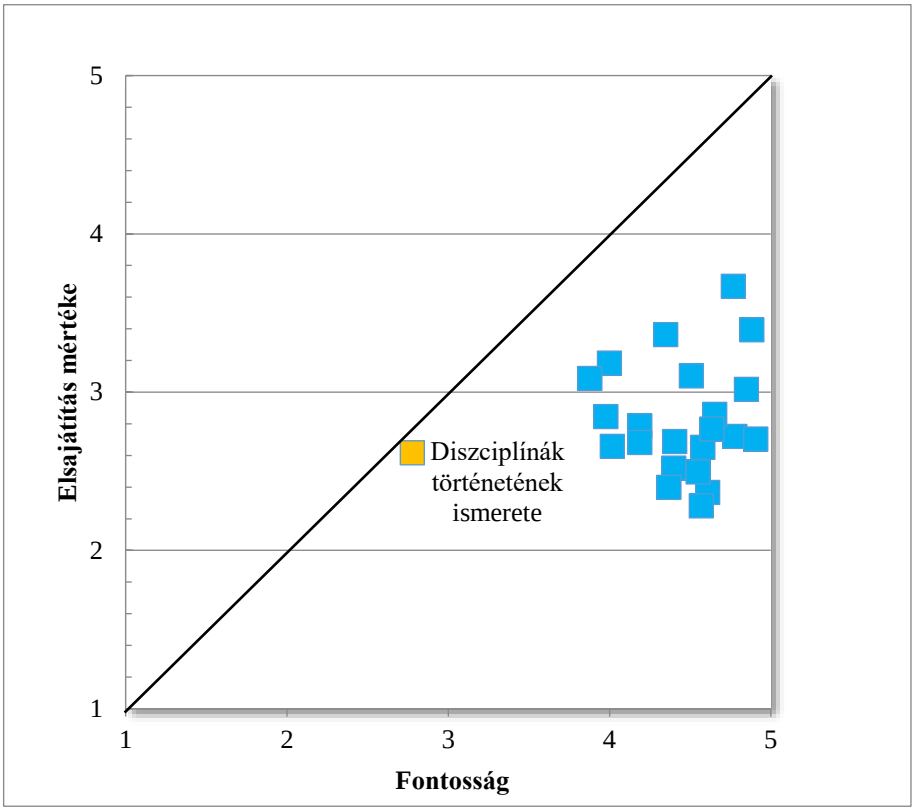
Kompetenciák	Oktatói értékelés		
	Fontosság	**Elégedettség az elsajátítással**	**GAP (elégedettség-fontosság)**
Problémamegoldó képesség	4,64	2,76	-1,88
Stressz kezelése[18]	-	2,16	-
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,02	2,66	-1,36
Team munkára való alkalmasság[19]	4,50	-	-
Konfliktuskezelés	4,61	2,37	-2,24
Hatékony időgazdálkodás	4,55	2,49	-2,06
Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,37	2,40	-1,97
Munka-magánélet egyensúly kialakítása	4,57	2,28	-2,29
Karrierépítési lehetőségek ismerete	4,00	3,18	-0,82
Folyamatos továbbképzéseken való részvétel	4,35	3,36	-0,99
Asszertivitás alkalmazása	3,88	3,08	-0,80
Társas intelligencia fejlesztése	4,19	2,68	-1,51

Forrás: saját szerkesztés

Az oktatók által jelölt fontossági értékeket és az elsajátítás mértékét (elégedettséget) láthatjuk az alábbi GAP mátrixon (5. ábra). Látható a jelzésre használt négyzetek alapján, hogy a kompetenciák mindegyikénél alulteljesítést regisztrálhatunk.

[18] ld. 15. lábjegyzet
[19] ld. 16. lábjegyzet

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

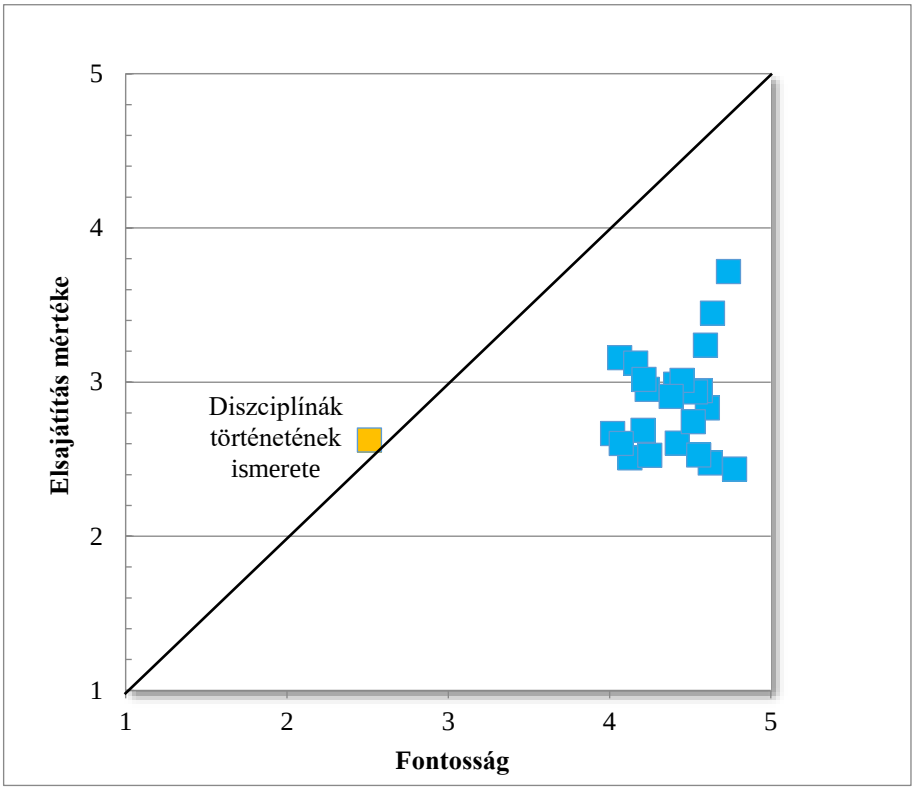


Forrás: saját szerkesztés

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

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

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

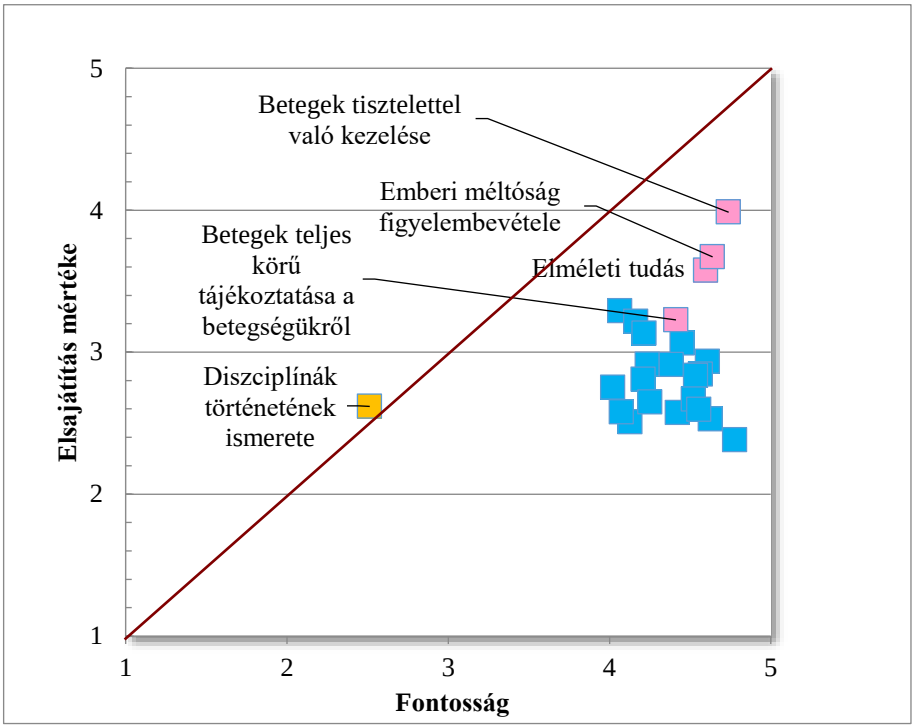


Forrás: saját szerkesztés

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

Ezen a ponton érdemes azt megjegyeznünk, hogy a fenti ábrán a *hallgatói* válaszok mind az első, mind pedig az tizenkettedik szemeszterben tanuló hallgatók együttes véleményét tartalmazzák. A *hallgatók* az elsajátítás mértékét máshogy is láthatják, amikor már tanulmányaik végén járnak, így megvizsgáltuk külön azt is, hogy a tizenegyedik és tizenkettedik szemeszterüket töltő hallgatók véleménye tartalmaz-e eltéréseket az összes hallgató véleményétől. Ezt mutatja a következő ábra.

7. ábra: A kompetenciák fontossága és az elsajátításukkal való elégedettség a 11. és 12. szemeszteres hallgatók szerint (átlag, N=126)



Forrás: saját szerkesztés

A fenti és az előző ábrát összevetve látható, hogy markáns eltérés az összesített *hallgatói* vélemények, illetve a szigorló éves hallgatók véleménye között nincs. Az egyes dimenziókkal való elégedettség nem növekedett a végzés felé. A 25 kompetenciából mindössze négy esetében van statisztikailag is kimutatható különbség az átlagok vonatkozásában az alsóéves és a végzős hallgatók között ($p<0,05$). Mind a négy esetén magasabb az elsajátítás mértékének megítélése a végzős hallgatók szerint. Ezek a következők: az elméleti tudás, az emberi méltóság figyelembevétele, a betegek teljes körű tájékoztatása betegségükről, és a betegek tisztelettel való kezelése. Sajnálatos módon azonban összességében e kompetenciáknál, még a végzéshez közel is, alulteljesítés mutatkozik. Mivel a többi 21 szempont esetén nincs eltérés, a dolgozat további részében a két hallgatói csoport külön történő kezelését, véleményük elkülönített elemzését nem tartjuk indokoltnak.

10. táblázat: A kompetenciák elsajátításával való elégedettség az alsóéves és végzős hallgatók szerint, és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N_A=826, N_V=141)

Kompetenciák	Hallgatói elégedettség		p-érték (t-próba)
	Alsóéves	Végzős	
Elméleti tudás	3,18	3,58	0,000**
Szakmai gyakorlat	2,43	2,38	0,635
Diszciplínák történetének ismerete	2,62	2,62	0,984
Rugalmas gondolkodás	2,81	2,93	0,201
Emberi méltóság figyelembevétele	3,42	3,67	0,022*
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	3,14	3,29	0,155
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	3,11	3,22	0,316
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	2,95	2,91	0,721
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatás	3,00	3,13	0,156
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	2,94	3,23	0,011*
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	2,65	2,81	0,178
Betegek tisztelettel való kezelése	3,68	3,99	0,003**
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	2,95	2,85	0,363
Problémamegoldó képesség	2,95	2,84	0,331
Stressz kezelése20	2,46	2,53	0,522
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	2,64	2,75	0,248
Team munkára való alkalmasság21	3,00	3,06	0,581
Konfliktuskezelés	2,59	2,58	0,871
Hatékony időgazdálkodás	2,75	2,67	0,490
Érzelmi intelligencia fejlesztése	2,90	2,91	0,949
Munka-magánélet egyensúly kialakítása	2,51	2,60	0,415
Karrierépítési lehetőségek ismerete	2,50	2,51	0,932
Folyamatos továbbképzéseken való részvétel	2,49	2,65	0,124
Asszertivitás alkalmazása	2,60	2,58	0,844
Társas intelligencia fejlesztése	2,88	2,79	0,426

** 1%-os, * 5%-os szignifikancia szint mellett eltér az alsóéves és a végzős hallgatók véleményének átlaga adott kompetencia esetében. Forrás: saját szerkesztés

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

Összevetve azt, hogy az *oktatók* milyen mértékben gondolják az adott kompetenciát fontosnak és milyen mértékben közvetítik azt a saját tárgyuk oktatásában, a következő

[20] ld. 15. lábjegyzet
[21] ld. 16. lábjegyzet

állapítható meg. Mind a huszonöt szempont esetében az oktatók fontosabbnak tartják az adott kompetenciát, mint amennyire azt tárgyuk oktatásában közvetítik.

11. táblázat: A kompetenciák fontossága, a közvetítés mértéke az oktatók szerint, és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N=263)

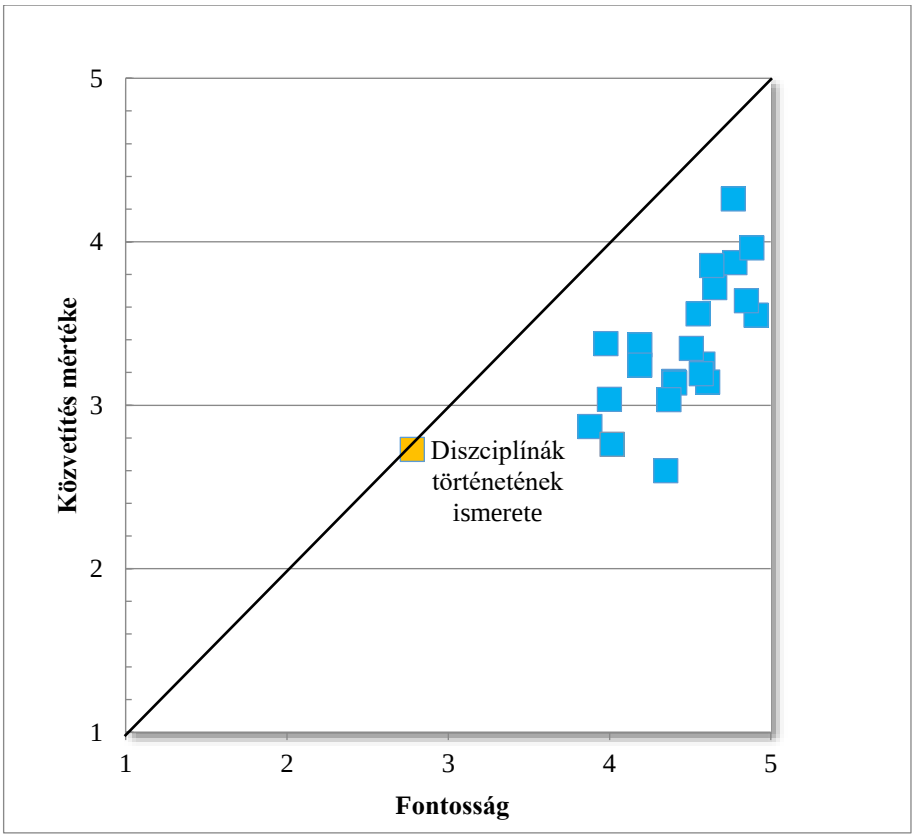
Kompetenciák	**Oktatói fontosság**	**Oktatói közvetítés**	**p-érték (t-próba)**
Elméleti tudás	4,77	4,26	0,000**
Szakmai gyakorlat	4,91	3,55	0,000**
Diszciplínák történetének ismerete	2,78	2,73	0,542
Rugalmas gondolkodás	4,78	3,87	0,000**
Emberi méltóság figyelembevétele	4,85	3,64	0,000**
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	3,98	3,38	0,000**
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	4,19	3,37	0,000**
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,40	3,14	0,000**
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,58	3,25	0,000**
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,51	3,35	0,000**
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	4,41	3,13	0,000**
Betegek tisztelettel való kezelése	4,88	3,96	0,000**
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,65	3,72	0,000**
Problémamegoldó képesség	4,64	3,85	0,000**
Stressz kezelése[22]	-	2,76	-
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,02	3,14	0,000**
Team munkára való alkalmasság	4,50	3,56	0,000**
Konfliktuskezelés	4,61	3,03	0,000**
Hatékony időgazdálkodás	4,55	3,19	0,000**
Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,37	3,04	0,000**
Munka-magánélet egyensúly kialakítása	4,57	2,60	0,000**
Karrierépítési lehetőségek ismerete	4,00	2,87	0,000**
Folyamatos továbbképzéseken való részvétel	4,35	3,24	0,000**
Asszertivitás alkalmazása	3,88	3,03	0,000**
Társas intelligencia fejlesztése	4,19	3,25	0,000**

** 1%-os szignifikancia szint mellett eltér az alsóéves és a végzős hallgatók véleményének átlaga adott kompetencia esetében. Forrás: saját szerkesztés

A fenti táblázatban és az alábbi ábrán az *oktatók* fontosság preferenciáit vetettük össze az *oktatói* közvetítés mértékével.

[22] ld. 15. lábjegyzet

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



Forrás: saját szerkesztés

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

A következő táblázatban és ábrán a *hallgatók* fontosság preferenciáit vetettük össze az oktatói közvetítés mértékével.

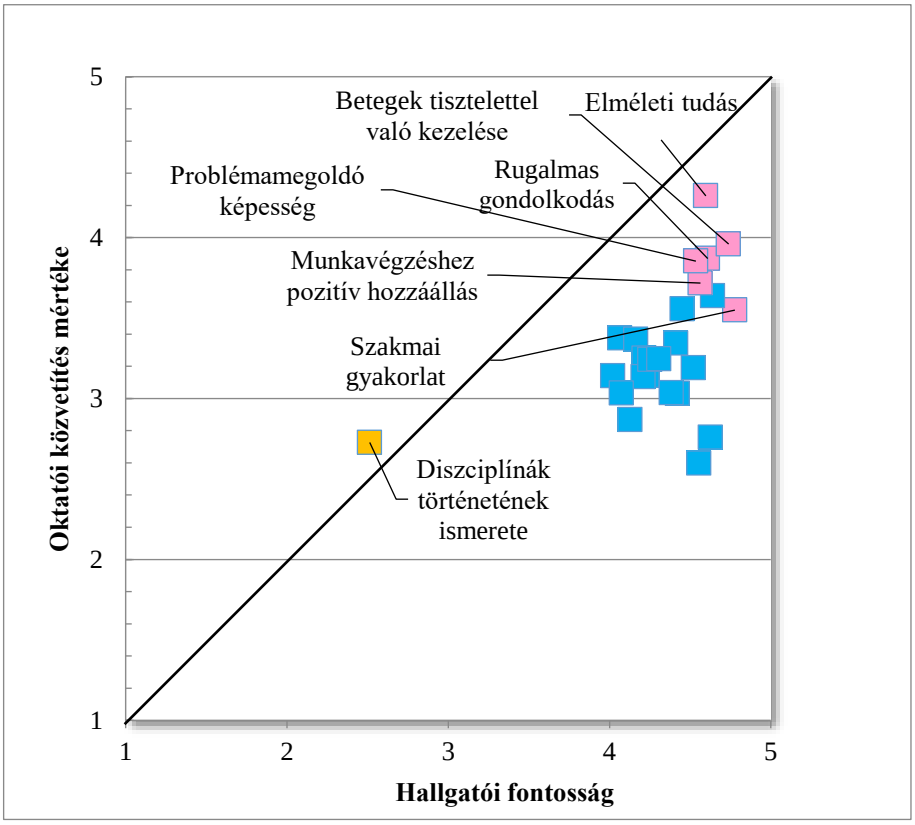
12. táblázat: A kompetenciák fontossága a hallgatók szerint és a közvetítés mértéke az oktatók szerint (átlag, N_H=1.497, N_O=263)

Kompetenciák	**Hallgatói fontosság**	**Oktatói közvetítés mértéke**
Elméleti tudás	4,60	4,26
Szakmai gyakorlat	4,78	3,55
Diszciplínák történetének ismerete	2,51	2,73
Rugalmas gondolkodás	4,61	3,87
Emberi méltóság figyelembevétele	4,64	3,64
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	4,07	3,38
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	4,16	3,37
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,23	3,14
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatás	4,21	3,25
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,41	3,35
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	4,21	3,13
Betegek tisztelettel való kezelése	4,74	3,96
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,56	3,72
Problémamegoldó képesség	4,54	3,85
Stressz kezelése	4,63	2,76
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,02	3,14
Team munkára való alkalmasság	4,45	3,56
Konfliktuskezelés	4,42	3,03
Hatékony időgazdálkodás	4,52	3,19
Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,38	3,04
Munka-magánélet egyensúly kialakítása	4,56	2,60
Karrierépítési lehetőségek ismerete	4,13	2,87
Folyamatos továbbképzéseken való részvétel	4,25	3,24
Asszertivitás alkalmazása	4,07	3,03
Társas intelligencia fejlesztése	4,31	3,25

Forrás: saját szerkesztés

Az ábra jól szemlélteti, hogy egy kompetenciában van csupán felülteljesítés, nevezetesen a diszciplínák történeti ismeretében. Sajnálatos módon a többi kompetencia közvetítésében az *oktatók* „alulteljesítenek" nem csupán saját megítélésük, hanem a *hallgatók* szerint is.

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



Forrás: saját szerkesztés

Külön érdemes kiemelni az *oktatói* és *hallgatói* kompetencia-fontosság preferencia tekintetében az első három kompetenciát és összevetni azokat az oktatók „tanítási (közvetítési) gyakorlatával". Emlékeztetőül: mind az oktatók, mind a hallgatók által a legfontosabbnak ítélt szempont (a mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlat) kapcsán az oktatók 3,55-tel jelölték saját tárgyuk vonatkozásában a közvetítés mértékét (ez a szempontok sorrendiségében a nyolcadik leginkább közvetített készségnek minősül). Az *oktatók* szerint az elméleti tudás az, amelyet leginkább közvetítenek (4,26), a második helyen pedig a betegek tisztelettel való kezelésének szempontja (3,96) végzett. Az elméleti tudás egyébként az *oktatók* fontossági listáján az ötödik, a *hallgatóknál* hatodik helyen áll. A betegek tisztelettel való kezelése az *oktatóknál* és a *hallgatóknál* szintén a második helyet foglalja el. Ez utóbbi egyébként az a készség, amelyet az *oktatók* (és a *hallgatók* is) az első háromban lévő legfontosabb kompetenciának tartanak és közvetítenek is tantárgyaik oktatása során. Figyelemre méltó, hogy az *oktatók* szerint a rugalmas gondolkodás a harmadik olyan szempont, amelyet leginkább közvetítettnek

gondolnak a saját tárgyuk oktatásában. A *hallgatók* szerint ez a szempont fontosságát tekintve az ötödik helyre került. Az *oktatók* szerint az általuk negyedikként leginkább közvetített készség a problémamegoldó képesség, melyet ötödikként a munkavégzéshez szükséges pozitív hozzáállás követ. Ezen szempontok a *hallgatók* által ítélt fontossági listán a kilencedik és hetedik helyen állnak. Érdemes azt is megemlíteni, hogy mindkét szempont esetében az értékelések a 3,5-4,0 közötti sávba sorolhatók, azaz a *hallgatók* szerint ezek fontosak. Az *oktatók* szintén ebbe a range-be sorolták az előbbi két szempontot a közvetítés mértékére vonatkozóan. A diszciplínák történeti áttekintése szempont esetében látható ismét az, hogy e szempont a GAP mátrixban a vonal felett helyezkedik el, azaz ennek közvetítése magasabb értéket kapott, mint e szempont hallgatók által jelölt fontossági értéke. Ezt az egyet kivéve a *hallgatók* rendre magasabb fontossági értékeket jelöltek meg, azaz alulteljesítés regisztrálható a kompetenciák oktatói közvetítésénél – a *hallgatók* megítélése szerint.

4.1.3.6. A kutatási kérdésekből hiányzó kompetenciák – ahogy az oktatók látják

Külön rákérdeztünk arra, hogy vajon minden fontos orvosi kompetencia szerepelt-e az általunk megadottak között? Az oktatók így saját maguk is felsorolhatták azokat a kompetenciákat, amelyek megítélésük szerint fontosak az orvosi szerephez. A válaszokat áttekintve az állapítható meg, hogy az oktatók többnyire a kérdőívben szereplő kompetenciákat ismételték meg, vagy részletesebben fejtették ki azokat, illetve olyanokat is megadtak, amelyek nem számítanak kompetenciának. Egyedüliként az interkulturális kompetencia volt az, amely érdemben kiegészítette a kérdőívben szereplő listát.

4.1.4. Pedagógiai ismeretek

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

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

A dolgozat következő részében bemutatjuk, hogy a hallgatók szerint milyen mértékben rendelkeznek a vizsgált képességekkel az oktatók, és azt követően fogunk írni arról, hogy a fejlesztésre hol van szükség oktatói és hallgatói szempontból.

4.1.4.1. A pedagógiai ismeretek megléte a hallgatók szerint

A hallgatóknak feltett kérdés arra fókuszált, hogy megítélésük szerint milyen mértékben rendelkeznek az oktatók bizonyos képességekkel, ismeretekkel. Függetlenül az oktatási nyelvtől, a következő megállapítást tehetjük: az oktatók szakmai ismereteit (4,38) értékelték messze a legmagasabbra a *hallgatók* a felsorolt kilenc kompetencia közül, ahogy azt az alábbi táblázat mutatja.

13. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismeretekkel való rendelkezése a hallgatók szerint, az oktatási nyelvek bontásában (átlag, N_A=319, N_M=967, N_N=193)

	Összes	Angol	Magyar	Német
Szakmai ismeretek	4,38	3,98	4,50	4,44
Didaktikai ismeretek	3,12	3,40	2,96	3,40
Kommunikációs ismeretek	3,18	3,03	3,23	3,17
Pszichológiai ismeretek	2,89	3,09	2,80	3,02
A tanulási folyamat szervezése, irányítása	2,87	3,01	2,79	3,03
Alkalmazkodási képesség fejlesztése (pl. rugalmasság az oktatásban a hallgatók, illetve a betegek igényeinek és elvárásainak figyelembevételével)	2,98	2,86	2,99	3,10
Döntési és helyzetfelismerési képesség	3,62	3,19	3,79	3,46
Empátiás képesség	3,02	2,84	3,03	3,28
Szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása	3,51	3,19	3,63	3,45

Forrás: saját szerkesztés

A táblázat adatai alapján jól látható, hogy a felsorolt kilenc szempont esetében egyetlen egy kapott (a szakmai ismeretek) négyes átlagnál magasabb értéket. Két kompetencia (döntési és helyzetfelismerési képesség (3,62) és a szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása (3,51)) a 3,5-4,0 közötti értékelési sávban helyezkedik el. A többi hat szempont pedig 3,5 alatti átlagértékelést kapott. Ez azt mutatja, hogy a *hallgatók* többségében közepes körüli (vagy annál rosszabb) értékekkel jelölték az „oktatók tudását, kompetenciáját" a felsorolt területeken. Ezen alacsonyabb értékeléssel rendelkező szempontok közé tartozik a kommunikációs ismeretek megléte is, amely az oktatói készségek között kiemelkedő szereppel bír. Az oktatók szakmai ismereteitől jelentősen elmarad a többi vizsgált pedagógiai ismeret megítélése a *hallgatók* által. A pszichológiai ismeretek, a tanulási folyamat szervezése, irányítása és az alkalmazkodási képesség fejlesztése (pl. rugalmasság az oktatásban a hallgatók, illetve betegek igényeinek és elvárásainak figyelembevételével) még a hármas átlagot sem éri el az összevont hallgatói csoportban.

A *hallgatóktól* a tanulási folyamat szervezése és irányítása szempont kapta a legalacsonyabb értékelést (2,87), azaz megítélésük szerint ezzel rendelkeznek legkevésbé az oktatóik. Ha nyelvenként vizsgáljuk azon kompetenciákat, amelyekben a legkevésbé „jók" az oktatók, az alábbi eredményt kapjuk:

- magyar hallgatók szerint: tanulási folyamat szervezése és irányítása (2,79),
- angol hallgatók szerint: empátiás készség (2,84),
- német hallgatók szerint: pszichológiai ismeretek (3,02).

Oktatási nyelvek szerinti bontásban jelentősebb különbségek regisztrálhatók még az oktatói szakmai ismeretek megítélésében is. Az alábbi táblázatban láthatóak a részletek:

14. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismereteinek három hallgatói nyelvi csoport szerinti megítélésére vonatkozó szignifikancia értékek (N_A=319, N_M=967, N_N=193)

Pedagógiai ismeret	**p-érték (ANOVA)**	**Melyik csoport tér el a másiktól?**
Szakmai ismeretek	,000	angol-magyar**
		angol-német**
Oktatásmódszertani/didaktikai ismeretek	,000	angol-magyar**
		magyar-német**
Kommunikációs ismeretek	,008	angol-magyar*
Pszichológiai ismeretek	,000	angol-magyar**
		magyar-német*
A tanulási folyamat szervezése, irányítása	,001	angol-magyar**
		magyar-német**
Alkalmazkodási képesség (pl. rugalmasság az oktatásban a hallgatók, illetve a betegek igényeinek és elvárásainak figyelembevételével)	,054	
Döntési és helyzetfelismerési képesség	,000	angol-magyar**
		magyar-német**
		angol-német*
Empátiás képesség	,000	angol-magyar*
		angol-német**
		magyar-német*
Szakmai együttműködésre való képesség	,000	angol-magyar**
		angol-német*
		magyar-német*

** 1%-os, * 5%-os szignifikancia szint mellett eltérnek az átlagok a három nyelvi csoportban adott pedagógiai képesség esetében. Forrás: saját szerkesztés

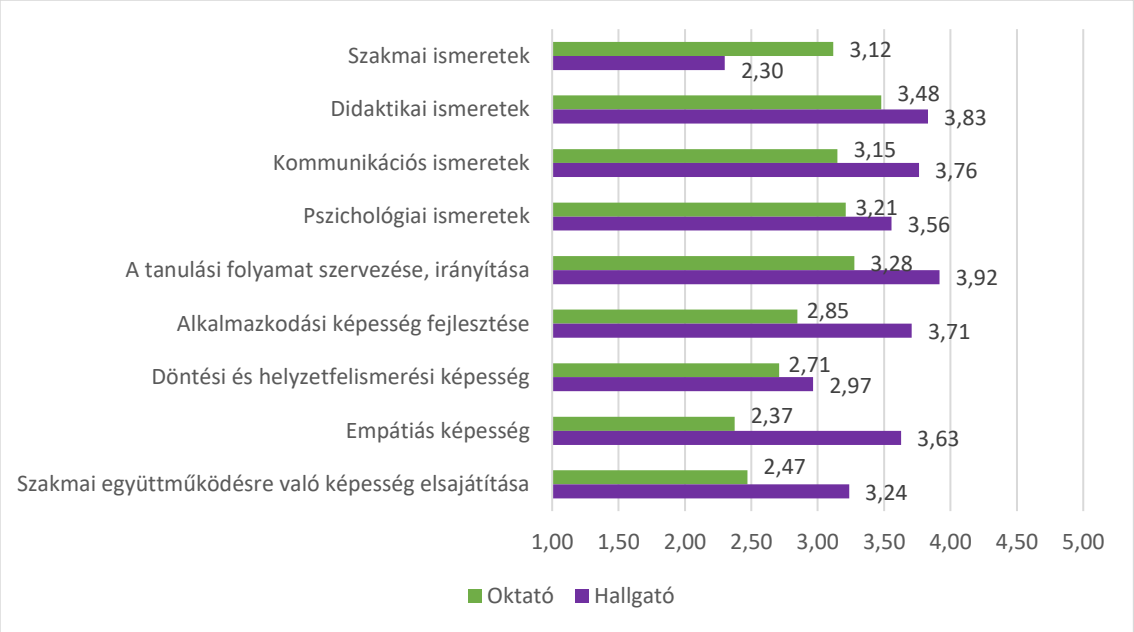
Az alkalmazkodás kivételével (p=0,054) minden vizsgált pedagógiai ismeret esetén lényeges különbség van 5%-os szignifikancia szint mellett az egyes nyelvi csoportok megítélésében (p<0,05). Az angol nyelven tanuló hallgatók lényegesen kritikusabbak a véleménynyilvánításban, mint a magyarul, illetve a németül tanulók. Több tényezőnél látható az is, hogy a német csoport véleménye tér el érdemben a magyartól, mivel rendre a magyar hallgatók értékelték alacsonyabbra az oktatók kiemelt pedagógiai ismereteit. A három utolsó szempontnál (döntési és helyzetfelismerési, empátiás, szakmai együttműködésre való képesség) pedig mindhárom nyelvi csoport átlaga érdemben eltér egymástól. A döntési és helyzetfelismerési és a szakmai együttműködésre való képesség hasonló megítélési mintázatot mutat; a magyar hallgatók által adott értékelés átlaga a legmagasabb, ezt követi a német és a „sereghajtó” az angol. Az empátiás készség esetén a német nyelven tanuló hallgatók adták a legjobb értékelést, és ismét az angol hallgatók megítélése szerint a leggyengébbek ebből a szempontból az oktatók.

4.1.4.2. A pedagógiai ismeretek fejlesztésének szükségessége az oktatók és a hallgatók szerint

A kérdőívekben szereplő – e területre vonatkozó – két kérdés összehasonlítása során az alábbi eredményeket regisztráltuk. (Az oktatóknak az alábbi kérdést tettük fel: „Ön, mint az orvoskar oktatója az oktatási munka során érzi-e az alábbi témakörökkel kapcsolatban, hogy ismeretei bővítésre szorulnának?" / A hallgatóknak pedig a következő kérdésre kellett válaszolniuk: „Ön szerint az orvoskaron oktatóknak mely területen lenne szüksége képzésre, továbbképzésre?")

Az eredményeket az alábbi ábrán mutatjuk be. Az ábra értelmezéséhez emlékeztetőül: a Likert skálán az 1-es jelentése egyáltalán nem, az 5-ösé pedig teljes mértékben.

10. ábra: Az oktatók pedagógiai ismereteire vonatkozó fejlesztendő területek értékei az oktatók és hallgatók szerint (átlag, N_O=433, N_H=1.472)



Forrás: saját szerkesztés

A fenti ábrából kiolvasható, hogy a szakmai ismereteket leszámítva a *hallgatók* minden területen jelentősebb képzési szükségletet fogalmaznak meg oktatóik számára, mint ők saját maguknak. Figyelemre méltó az is, hogy a kilenc szempontból az *oktatók* mindösszesen öt esetében gondolják hármas átlagszint felett, hogy szükséges lenne bővíteni ismereteiket. Ez azt is jelentheti, hogy az *oktatók* alapvetően elégedettek saját

tudásukkal, hiszen egyetlen esetben sem éri el a fejlesztési igény még a 3,5-ös átlagot sem. A *hallgatók* ezzel szemben hat dimenzióban haladják meg ezt, és 3,5-ös átlagszint felett javasolják a továbbképzést oktatóiknak, illetve még egyet hármas átlagszint felett.

Az *oktatók szerint* leginkább a didaktikai ismereteik (3,48), a tanulási folyamat szervezése és irányítása (3,28), valamint a pszichológiai ismereteik (3,21) szorulnak bővítésre. Felhívjuk azonban a figyelmet arra, hogy a legmagasabb átlaggal jelölt kompetenciák is a 3,5-ös átlagszint alatt helyezkednek el, amely legfeljebb közepeshez közeli igényt jelent az ötfokozatú skálán történő értékeléskor (didaktikai ismeretek, a tanulási folyamat szervezése, irányítása, pszichológiai ismeretek, kommunikációs ismeretek, szakmai ismeretek). Az értékelt kilenc szempontból négy szempont pedig a hármas értéket sem éri el (alkalmazkodási képesség fejlesztése, döntési és helyzetfelismerési képesség, szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása, empátiás képesség.) Azaz, feltételezhető, hogy e területeken a meglévő kompetenciáikkal elégedettek az oktatók. Megjegyezzük, hogy az alkalmazkodási képesség mellé a kérdőívben zárójelben a következő megjegyzést fűztük: pl. rugalmasság az oktatásban a hallgatók, illetve a betegek igényeinek és elvárásainak figyelembevételével. Ezt a szempontot mindössze 2,85-ös átlaggal jelölték az *oktatók*, azaz még közepes szinten sem fogalmazódik meg igény ezen a területen a fejlődésre. Az oktatásban való rugalmasság egy orvosi képzés esetében, főként a klinikai modulban, kiemelt fontossággal bír (ahol a páciensek összetétele határozza meg alapvetően az oktatás témáját és annak megvalósítását is), de nem tekinthetünk el az oktatásban történő rugalmasságtól sem (a hallgatók szükségleteire, igényeire való ráhangolódást tekintve, mely eredményesebb kimenetet hozhatna). Másként fogalmazva: ez összességében azt jelenti, hogy nem túl erős a motiváció e területeken a továbbképzésre, azaz az oktatók alapvetően elégedettek a meglévő ismereteikkel, készségeikkel a felsorolt dimenziókban.

A *hallgatók szerint* oktatóiknak a következő területen lenne a legnagyobb szükségük továbbképzésre, fejlődésre: tanulási folyamat szervezése, irányítása (3,92). Összesen pedig hat olyan terület van, amelyeknél az oktatóknak 3,5-ös átlagszint felett lenne szükségük ismereteik bővítésére – legalábbis a hallgatóik megítélése alapján: a tanulási folyamat szervezése, irányítása, didaktikai ismeretek, kommunikációs ismeretek, alkalmazkodási képesség fejlesztése, empátiás képesség, pszichológiai ismeretek. Egy kompetenciánál 3,5 alatti értéket jelöltek (szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása), illetve kettőnél még ennél is alacsonyabbat, három alatti értékeket

regisztrálhattunk (döntési és helyzetfelismerési képesség, szakmai ismeretek) – ha fejlődési igényről van szó.

A következőkben azt tekintjük át, hogy mely területeken van az *oktatók és a hallgatók* szerint a legkevésbé szükségük fejlődésre. Az *oktatók* szerint legkevésbé az empátiás készségük az, amely kapcsán tudásukat bővíteni szeretnék (2,37). Csak utalunk arra, hogy a hallgatók ezt teljesen másként látják (3,63-as átlagpontszámot adtak e dimenzióra). A szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása (2,47) nem sokkal marad el a legkevésbé fejlesztendő területtől, de ezt is másként látják a hallgatók (3,24). A *hallgatók* által jelölt legkevésbé preferált terület, amelyben az oktatóknak nem igazán szükséges fejlődniük, az a szakmai ismeretek (összesített átlag: 2,30), és amelyet az oktatók az ötödik helyen jelöltek fejlesztésként a kilenc témakör közül (3,12).

A *hallgatói* nyelvi csoportok véleményét tekintve az alábbi területeken lenne leginkább szükség oktatóik fejlődésére:

- magyar hallgatók szerint: oktatásmódszertani/didaktikai ismeretek (4,13),
- angol hallgatók szerint: kommunikációs ismeretek (3,70),
- német hallgatók szerint: kommunikációs ismeretek (3,58) esetében.

Érdekes, hogy a magyar hallgatók körében a szükségességi szint a négyes átlagot is túllépte, ezzel szemben az angol és német hallgatók az átlagot tekintve kisebb értékkel jelölték az első helyen szereplő szempontokat.

A hallgatói szükségletek összességét tekintve a tanulási folyamat szervezése (3,92) a leginkább fejlesztendő terület az oktatók számára. A didaktikai ismeretek (3,83) a második, a kommunikációs ismeretek (3,76) pedig a harmadik helyen szerepel. A kommunikációs készségek esetén, feltételezhetően a külföldi hallgatók véleményét nagymértékben formálta az, hogy Magyarországon, idegen nyelvű oktatásban vesznek részt, illetve jelentős kulturális különbségek is befolyásolhatják egymás megfelelő megértését, elfogadását, de ennek igazolására az adataink nem elegendőek. Ezért kaphatott elsődleges preferenciát a kommunikációs ismeretek dimenzió, vagy pedig eleve tudják a hallgatók, hogy ez az egyik legfontosabb területe az orvosi munkának (a válaszadást befolyásoló tényezőket azonban ilyen részletességgel nem vizsgáltuk).

Az adott nyelvi hallgatói csoportok véleményét figyelembe véve a legkevésbé szükséges az oktatói ismeretek fejlesztése az alábbi területen:

- magyar hallgatók szerint: szakmai ismeretek (2,18),
- angol hallgatók szerint: szakmai ismeretek (2,76),
- német hallgatók szerint: szakmai ismeretek (2,13) esetében.

Az oktatók és hallgatók válaszainak elemzésekor azt láthatjuk, hogy *mindkét csoport* szerint az első két helyen a tanulási folyamat szervezése, irányítása, illetve a didaktikai ismeretek állnak. Azaz mindkét csoport által kívánatos fejlesztendő területekről beszélhetünk. Az oktatók véleménye ebből a szempontból a magyar hallgatókéval egyezik meg, mivel ők is az első helyre tették a didaktikai ismereteket. Az angol és német hallgatók által elsőnek jelölt fejlesztendő kompetencia, a kommunikációs ismeretek azonban az oktatók által felállított sorrendben csak a negyedik helyet foglalja el.

Az alábbi táblázatból látszik, hogy az összes vizsgált kompetencia esetén 5%-os szignifikancia szint mellett érdemben eltér egymástól az oktatók és hallgatók véleményátlaga azzal kapcsolatban, hogy az oktatóknak adott területen szükségük van-e fejlődésre ($p<0,05$). Figyelemre méltó, hogy minden területen a *hallgatók* érzik erőteljesebben, hogy az oktatóknak szükségük lenne ismereteik bővítésére. Kivételt csak a szakmai ismeretek területe képez – itt az *oktatók* fogalmazzák meg erősebben a fejlődés igényét.

15. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismereteire vonatkozó fejlesztendő területek és az eltérésekre vonatkozó szignifikancia értékek az oktatók és hallgatók szerint (átlag, N=433)

Az oktatói pedagógiai ismeretek fejlesztendő területei	**Oktatók szerint**	**Hallgatók szerint**	**p-érték (t-próba)**
Szakmai ismeretek	3,12	2,30	0,000**
Didaktikai ismeretek	3,48	3,83	0,000**
Kommunikációs ismeretek	3,15	3,76	0,000**
Pszichológiai ismeretek	3,21	3,56	0,000**
A tanulási folyamat szervezése, irányítása	3,28	3,92	0,000**
Alkalmazkodási képesség fejlesztése	2,85	3,71	0,000**
Döntési és helyzetfelismerési képesség	2,71	2,97	0,000**
Empátiás képesség	2,37	3,63	0,000**
Szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása	2,47	3,24	0,000**

** 1%-os szignifikancia szint mellett eltér az oktatók és a hallgatók véleményének átlaga adott pedagógiai képesség esetében. Forrás: saját szerkesztés

4.1.4.3. A pedagógiai ismeretek megléte és fejlesztési, fejlődési igények

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

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

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

Forrás: saját szerkesztés

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

A szakmai ismeretek fejlesztése (3,12) az ötödik helyen áll, amely azt jelezheti, hogy az *oktatók* a továbbképzést szükségesnek vélik általában véve is, hiszen az egykor megszerzett tudás folyamatosan elavul és reagálni kell az orvostudomány változásaira.

Mielőtt a részletes elemzést bemutatnánk, arra hívjuk fel a figyelmet, hogy ezen kérdések kapcsán az értékelések nagy része a hármas átlag közelében található, ami azt jelzi, hogy nagyrészt semleges válaszokat próbáltak adni a *hallgatók*. A *hallgatók* a döntési és

helyzetfelismerési képesség (3,62) és a szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása (3,51) kompetenciát a második és harmadik helyre tették abban a rangsorban, amellyel – megítélésük, tapasztalataik alapján – az oktatóik rendelkeznek. Az oktatók e két területről hasonlóképpen nyilvánítottak véleményt, és jelentős fejlődési szándékot nem is fogalmaztak meg.

Figyelemre méltó továbbá, hogy a pszichológiai ismeretek és a tanulási folyamat szervezése és irányítása szempontok, amelyeket a *hallgatók* 2,89-cel és 2,87-tel utolsó helyekre jelöltek a rendelkezésre álló oktatói kompetenciában, többé-kevésbé az oktatói fejlődési szükségletekkel is találkozik, azaz, ha nem is erőteljes, de fejlődési igényt jeleztek e területeken (sorrendben: 3,21 és 3,28).

A *hallgatók* összevontan 4,38-as átlaggal jelölték az oktatói szakmai ismereteket, amely szerint ez az, amivel az oktatók a legnagyobb mértékben rendelkeznek, míg a tanulási folyamat szervezése, irányítása a 2,87-es átlaggal a leggyengébb kompetenciának bizonyult. Az erre a kérdésre adott válasz megegyezik azon válaszok inverzével, ahol a hallgatókat arról kérdeztük, hogy melyek azok a területek, ahol az oktatóknak további fejlődésre van szükségük. Ebben a kontextusban a leginkább fejlesztendő területnek a tanulási folyamat szervezését, irányítását jelölték (3,92), illetve a legkevésbé fejlesztendő területnek pedig a szakmai ismereteket (2,30) adták meg.

4.1.5. Szakmai ismeretek (KKK vs. pedagógiai ismeretek)

Érdemes külön is kitérni a szakmai ismeretekre, mint oktatói kompetenciával való elégedettségre és a fejlesztési szükségletekre. Ez az a kompetencia, amely egyrészt a legmagasabbra értékelt a hallgatók által (azaz ezzel a leginkább elégedettek oktatóik vonatkozásában), másrészt pedig ezzel összefüggésben a legkisebb átlagot kapta tőlük az oktatói „fejlesztési" terület vonatkozásában. A szakmai ismeretek alatt értjük a mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudást és ismeretanyagot, illetve a mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlatot. Az oktatók véleménye szerint ez a két szempont az orvosi munkához való fontosságra vonatkozó kérdés esetében az átlagokat tekintve benne volt a három legfontosabb kompetenciában (l. mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlat 4,91, 2. rugalmas szakmai gondolkodás 4,78, 3. mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudás és ismeretanyag 4,77). Ebből az következik, hogy az oktatók is fontosnak vélik a szakmai

ismereteket, és a hallgatók szerint ezzel rendelkeznek is (emlékeztetőül: a hallgatói átlagot tekintve ez a szempont 4,38-at kapott). A hallgatói átlagok nyelvi képzések szerint a következőképpen alakultak:

17. táblázat: Az oktatók pedagógiai ismeretekkel való rendelkezése és az ezekre vonatkozó szignifikancia értékek, az oktatási nyelvek bontásában (átlag, N_A=319, N_M=967, N_N=193)

Milyen mértékben rendelkeznek az alábbiakkal az oktatók?	**Átlag**			**p-érték (ANOVA)**
	Angol	**Magyar**	**Német**	
Szakmai ismeretek	3,98	4,50	4,44	0,000**
Didaktikai ismeretek	3,40	2,96	3,40	0,000**
Kommunikációs ismeretek	3,03	3,23	3,17	0,008**
Pszichológiai ismeretek	3,09	2,80	3,02	0,000**
A tanulási folyamat szervezése, irányítása	3,01	2,79	3,03	0,001**
Alkalmazkodási képesség fejlesztése (pl. rugalmasság az oktatásban a hallgatók, illetve a betegek igényeinek és elvárásainak figyelembevételével	2,86	2,99	3,10	0,054
Döntési és helyzetfelismerési képesség	3,19	3,79	3,46	0,000**
Empátiás képesség	2,84	3,03	3,28	0,000**
Szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása	3,19	3,63	3,45	0,000**

** 1%-os szignifikancia szint mellett eltér a három nyelvi csoport véleményének átlaga adott pedagógiai képesség esetében. Forrás: saját szerkesztés

Figyelemre méltó az is, hogy ugyan a *hallgatók szerint* leginkább az oktatók szakmai ismeretei a jók (vagy ezzel a legelégedettebbek), az *oktatók szerint* a saját tárgyuk – ha a fenti két kompetenciát (amelyeket szakmai ismeretek gyűjtőfogalommal jellemeztünk) vesszük figyelembe – akkor

- a mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudást és ismeretanyagot 4,26-os,
- a mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlatot 3,55-ös

átlaggal közvetítik.

A *hallgatóknál* e két szempont az orvosi munkához való fontosságra vonatkozó kérdésnél az átlagokat tekintve csak a mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlat (4,78) tekintetében foglalta el az első helyet. A mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudás és ismeretanyag (4,60) kompetencia a hallgatók fontossági sorrendjében már a hatodik helyre került (igaz, szintén nagyon magasnak minősített

átlagértékkel). Így az előbb levont következtetés (nevezetesen: az oktatók fontosnak vélik a szakmai ismereteket és a hallgatók szerint rendelkeznek is ezzel), oly módon árnyalódik, hogy a hallgatók e szakmai tudásnak csak az egyik tartalmi összetevőjét vélik nagyon fontosnak (szakmai gyakorlatot), az elméleti ismereteket „csak" fontosnak tekintik.

A jelzett tendencia a különböző nyelvi csoportokban is megjelenik. Ezt mutatja az alábbi táblázat, amiben jól látszik, hogy az oktatói szakmai ismeretek magasra értékeltek a hallgatók által, és fejlesztésüket éppen ezért nem is tartják különösebben szükségesnek.

18. táblázat: Az oktatók szakmai ismereteinek megléte és fejlesztésének szükségessége a hallgatók szerint, az oktatási nyelvek bontásában (átlag, N_A=319, N_M=967, N_N=193)

Hallgatói csoportok – oktatási nyelvenként	Szakmai ismeretek megléte	Továbbképzés szükségessége
Hallgatók összesen	4,38	2,30
Angol hallgatók	3,98	2,76
Magyar hallgatók	4,50	2,18
Német hallgatók	4,44	2,13

Forrás: saját szerkesztés

Összességében, az *oktatói és hallgatói értékelések* (függetlenül a képzés nyelvétől) azt mutatják, hogy az oktatók a szakmai ismeretek területén nagyon képzettek. A többi terület, amelyek a szakmai tudás, ismeretek átadásában játszanak szerepet, mindenképpen olyanok, amelyekben a hallgatók továbbképzést javasolnak jóval nagyobb mértékben, mint ahogy azt az oktatók szükségesnek látják. Másképp fogalmazva: hiába rendelkeznek az oktatók magas szintű szakmai tudással, ha azok átadása nem történik meg eredményesen az oktatás folyamatában, az orvosképzésben.

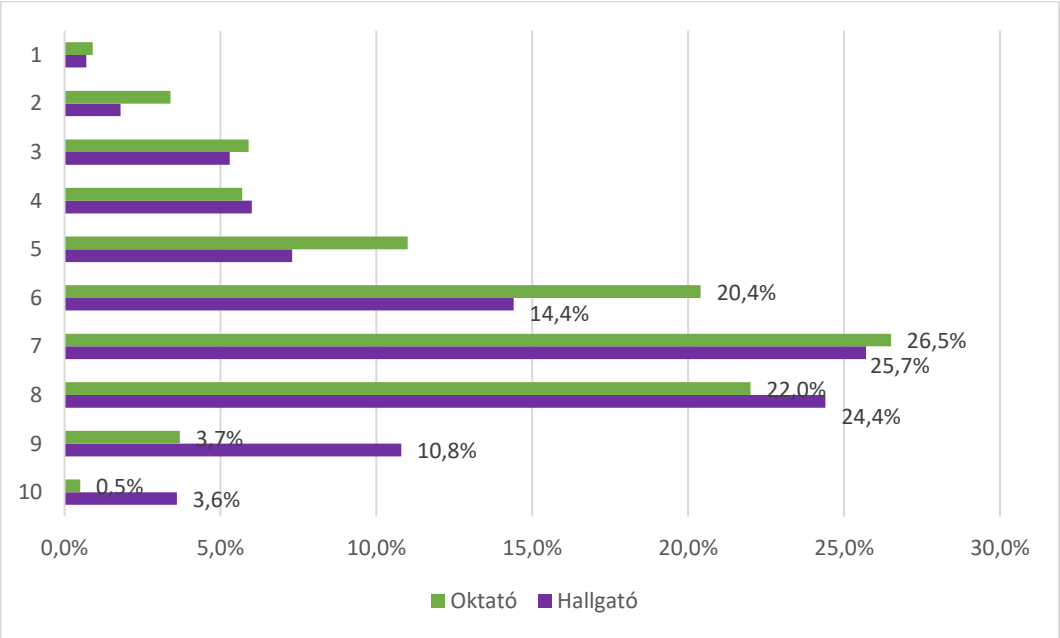
4.1.6. A kar oktatási színvonala az oktatók és a hallgatók szerint

A vizsgálatba bevont célcsoportok körében a kar oktatási színvonalát is értékeltettük. Az alábbi ábrán, az oktatói válaszokból azt láthatjuk, hogy a 10-es skálán (10=teljes mértékben, 1=legkevésbé) az átlagos érték: 6,25, mivel a kilences és tízes értéket adó oktatók száma elenyésző. Az oktatók többsége (68,9%) hatos, hetes és nyolcas szinten gondolja azt, hogy a kar oktatása megfelel a 21. század követelményeinek. Az oktatók

véleményátlaga sem a beosztás (beosztott munkatárs, középvezető, felsővezető, p=0,375), sem az oktatási tapasztalat (<1 év, 1-5 év, 6-10 év, 11-20 év, 21-30 év, >30 év, p=0,120), sem a nem (p=0,079) szerint nem tér el egymástól statisztikailag.

A hallgatói vélemények átlaga az oktatás színvonalára vonatkozóan 6,76, azaz valamivel kedvezőbb, mint az oktatóké. Összevetve az oktatói véleményekkel, a hallgatók 14,3%-a adta a legjobb, kilences és tízes értéket, azonban a hallgatói válaszoknál is a hatos, hetes és nyolcas értékek dominálnak (64%). Nem szerint van eltérés a kar oktatásának 21. századi követelményeinek való megfelelést tekintve (p=0,001), a férfiak (N=327) véleménye 6,45-ös, a nőké (N=645) pedig 6,89-es átlagot eredményezett, azaz a női hallgatók elégedettebbek az oktatással, mint férfi hallgatók. A szemeszterek szerinti bontást vizsgálva statisztikailag is érdemiek a különbségek (p=0,000). Ahogy egyre előrébb jutnak a hallgatók a tanulmányaikban, úgy válnak egyre kritikusabbá a kar oktatásának megítélésében e dimenzióban. Az első szemeszterüket töltők (N=286) esetén 7,64-es érték a maximum, az első éveseknél összességében (N=338) 7,5 körüli, a másod, harmadévesek esetén (N=625) 6,0-6,5 közötti, a negyed-, ötödévesek esetén (N=360) hatos körüli, míg a végzősöknél (N=157) 5,82-es átlag számszerűsíthető.

11. ábra: A kar oktatási színvonalának megoszlása az oktatók és a hallgatók szerint (%, N_O=439, N_H=1.515)

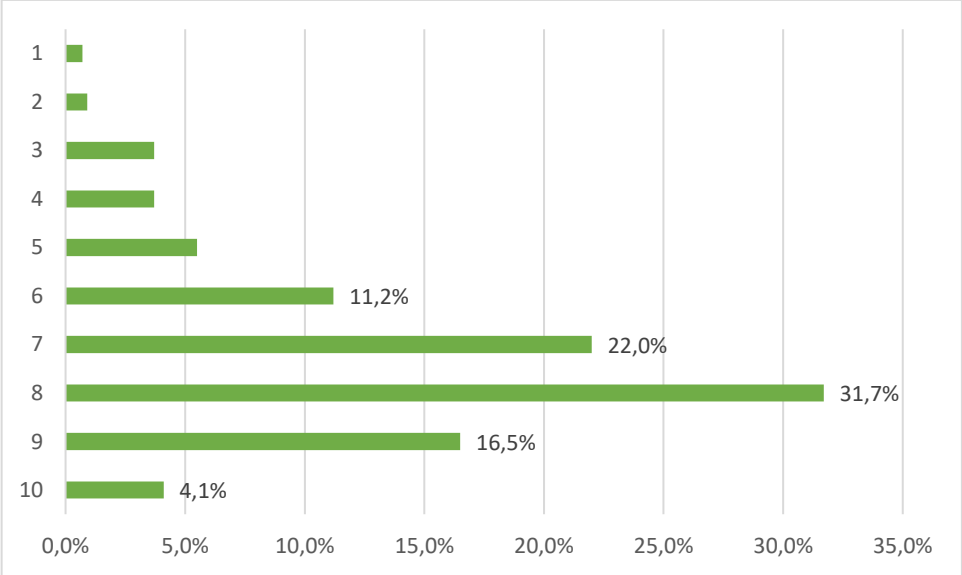


Forrás: saját szerkesztés

4.1.7. A saját tárgyuk oktatási színvonala az oktatók szerint

A következő kérdésben az oktatók arra adtak választ, hogy a saját tárgyuk oktatása mennyire felel meg a 21. század elvárásainak. Ennél a kérdésnél már kilences és tízes értékeket is nagyobb számban regisztrálhattunk az előző kérdéshez – amely a kar oktatási színvonalára vonatkozott – viszonyítva. Az egészet egyben tekintve azonban a hatos, hetes és nyolcas értékelések itt is túlsúlyban vannak (együttesen a válaszok 64,9%-a). Átlagosan 7,20-ra értékelték az elégedettségüket tekintve e szempontot, azaz az oktatók azt gondolják, hogy a saját tárgyuk közvetítése jobban megfelel a 21. század elvárásainak, mint a kari oktatás színvonala összességében. Az oktatók véleménye e kérdésről beosztás szerint eltérő (p=0,002). A beosztott munkatársak (N=216) értékelésének átlaga a legalacsonyabb, 6,94, míg a középvezetőké (N=151) és a felsővezetőké (N=66) is magasabb, rendre 7,39 és 7,71. Az oktatási tapasztalat (az oktatásban eltöltött évek száma) is meghatározza, hogy mennyire felel meg az oktatók szerint saját tárgyuk oktatása a 21. század elvárásainak (p=0,001). Az egy évnél kevesebb ideje oktatók véleménye 8,18-as (maximum), a 11-20 éve oktatóké (N=117) 6,83-as (minimum), a több, mint 30 éve oktatók (N=76) pedig 7,79-es átlagot eredményezett. Nemek szerint vizsgálva, ebben a dimenzióban nem találtunk eltéréseket 5%-os szignifikancia szint mellett (p=0,684).

12. ábra: A saját tárgyuk oktatási színvonalának megoszlása az oktatók szerint (%, N=439)

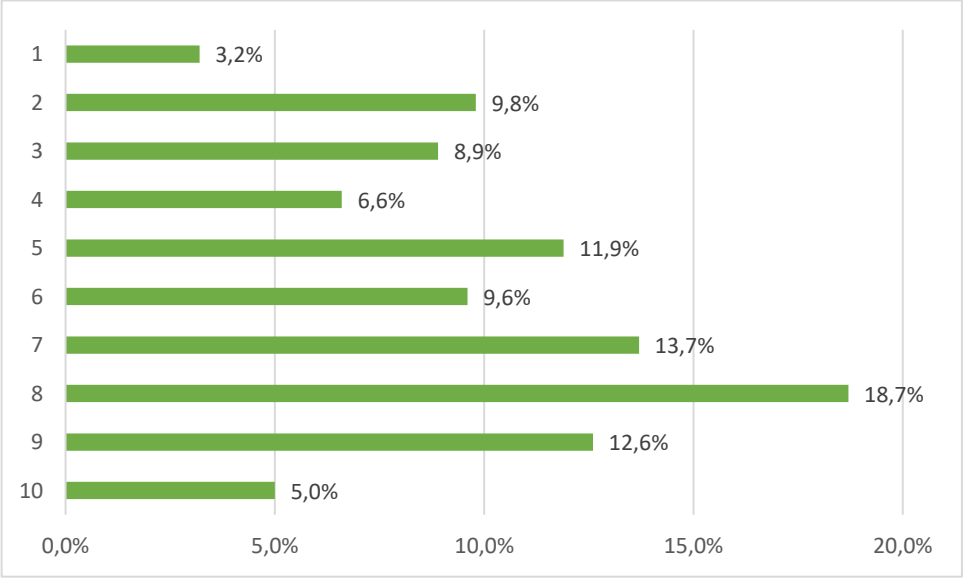


Forrás: saját szerkesztés

4.1.8. A saját tárgy oktatására vonatkozó befolyás az oktatók szerint

Annak a kérdésnek a vizsgálatánál, hogy vajon mekkora befolyása van tárgyának oktatására az adott oktatónak, 6,02-es átlagot kaptunk a válaszokat tekintve a tízes skálán (10=nagyon nagy, 1=semmilyen). Bizakodásra ad okot, hogy az oktatók 12,6%-a szerint kilences és 5%-a szerint tízes mértékben van ráhatása a saját tárgyának oktatására. Az oktatók 40,4%-a úgy értékelte, hogy inkább nincs (1-5) befolyása a saját tárgyának oktatására, azaz ők a mások által kitűzött célokat valósítják meg. Az ezzel való egyetértés fokát nem vizsgáltuk a kutatás során. Az eredményekből azonban kiderül, hogy minél magasabb beosztású az adott oktató, átlagosan annál inkább úgy érzi, hogy befolyása van a tárgyának oktatására (p=0,000). A beosztott munkatársak (N=217) átlaga 5,32, a középvezetőké (N=152) 6,47, a felsővezetőké pedig (N=66) 7,38. Mindhárom csoport átlaga érdemben eltér egymástól 5%-os szignifikancia szint mellett, és jól visszatükrözi az oktatási hierarchiát. Az eredményekből továbbá az is regisztrálható, hogy van különbség 5%-os szignifikancia szint mellett a befolyás mértéke között (p=0,000) annak függvényében, hogy az oktató hány év oktatási tapasztalattal rendelkezik. Minél több oktatási tapasztalata van az adott oktatónak, annál inkább úgy érzi, hogy befolyással van tárgyának oktatására. Az egy évnél rövidebb ideje oktatók átlaga 4,55, a harminc évnél hosszabb ideje oktatók átlaga 7,01. Az oktatók nemi megoszlása nincs hatással a saját tárgyra való befolyás mértékére (p=0,573).

13. ábra: A saját tárgy oktatására vonatkozó befolyás megoszlása az oktatók szerint (%, N=439)



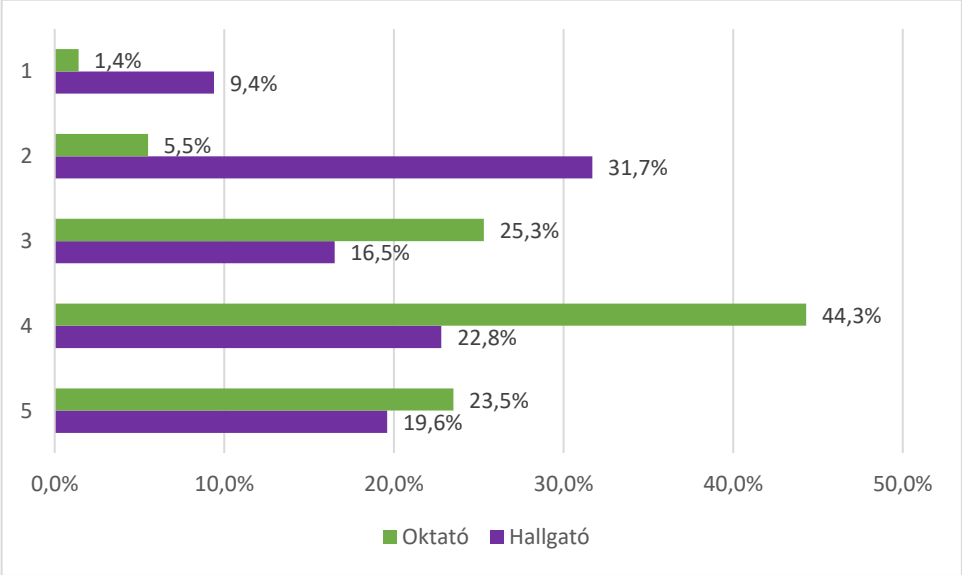
Forrás: saját szerkesztés

4.1.9. Hogyan érzik magukat az oktatók oktatói szerepükben, és a hallgatók a kar hallgatójaként?

Az alábbi ábra azt mutatja be, hogy egy ötös skálán, hogy érzi magát az oktató ebben a szerepében. Erre kérdésre 3,83-as átlagot kaptunk, amely számunkra a közepesnél magasabb értékelést mutatja. Az oktatók alapvetően jól érzik magukat ebben a szerepben, bár a kiválótól messze vannak összességében. Ötös értéket (azaz, hogy nagyon jól érzi magát oktatóként) a megkérdezett oktatók 23,5%-a, 44,3%-a pedig négyes értékelést adott. Mindösszesen 1,4% jelölte be, hogy egyáltalán nem érzi jól magát oktatói szerepében. 5%-os szignifikancia szint mellett az egyes beosztások szerint (p=0,001) különbség regisztrálható: a felsővezetői átlag (N=66, átlag=4,18) érdemben magasabb a másik kettőnél (középvezető: N=152, átlag=3,84, beosztott munkatárs: N=217, átlag=3,72). Megjegyezzük, hogy ez utóbbi kettő statisztikailag nem tér el egymástól. Az oktatási tapasztalatot tekintve is van különbség 5%-os szignifikancia szint mellett (p=0,014), de csak a harminc évnél hosszabb ideje (N=76, átlag=4,14) és a tizenegy-húsz éve (N=119, átlag=3,70) oktatók átlagai között. Az oktatók nemi megoszlása szerint nincs különbség arra vonatkozóan, hogy átlagosan, hogy érzik magukat oktatói szerepükben (p=0,532).

A hallgatók értékelése a hallgatói szerepben való „jóllétre" vonatkozóan már kevésbé kedvező. Arra kérdésre, hogy egy ötös skálán, hogy érzi magát a hallgató, mindössze 3,11-es átlagot kaptunk. Látható a válaszokból, hogy a hallgatók 42,4%-a négyes és ötös értéket jelölt. A hármas értéket adók a megkérdezettek 16,5%-át teszik ki. 41,1%-a hallgatóknak azonban nem elégedett, és rosszul vagy pedig nagyon rosszul érzi magát az adott kar hallgatójaként. Az eredmények azt mutatják, hogy sem a hallgatók tanulmányi előrehaladása – hogy hányadik szemeszterüket töltik a kérdőív kitöltésének időpontjában (p=0,078), sem pedig nemi hovatartozásuk (p=0,172) nincs hatással arra, hogy mennyire érzik magukat jól a kar hallgatójaként.

14. ábra: Hogy érzik magukat az oktatók és a hallgatók? – kérdésre adott válaszok megoszlása (%, N_O=439, N_H=1.515)



Forrás: saját szerkesztés

4.2. Kérdőíves vizsgálat eredményei – páciensek

4.2.1. Mintavétel és válaszadók köre

2019 nyarán az oktatók és hallgatók körében végzett kutatást kiegészítettük egy kérdőíves felméréssel, amit a páciensek, mint az egészségügyi ellátás végső felhasználói körében kérdeztünk le. Összesen 1115 legalább 18 éves személy vett részt a kutatásban. A lekérdezést a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán aktív jogviszonnyal rendelkező 14 orvostanhallgató (kérdezőbiztos) közreműködésével valósítottuk meg magyarországi egészségügyi ellátó helyeken[23]. Területi és intézményi kikötés nem volt, ott kérdezhettek, ahol a gyakorlatukat töltötték (az egyetlen kritérium az volt, hogy aktív ellátóhelynek kell lenni, ahol betegséggel fordulnak meg a páciensek). A jelentkezés a Hallgatói Önkormányzat segítségével történt, önkéntes alapon. A kérdezőbiztosokat személyes találkozás keretében készítettük fel a lekérdezés

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

módszeréről (face-to-face kérdezés) és arról, hogy milyen feltételeknek szükséges megfelelni a kérdezetteknek, illetve hogy milyen nehézségekkel és kihívásokkal fognak várhatóan találkozni az adatfelvétel során. A munkavégzésére rendelkezésre álló idő egy hónap volt, 2019.07.08-tól 2019.08.06-ig. A kérdezőbiztosoknak az alábbi helyszíneken volt lehetőségük a kérdőívek kitöltésére:

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

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

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

4.2.2. A vizsgálatban részvevő páciensek legfontosabb jellemzői

Az alábbi adatsorok mutatják be a megkérdezett páciensek jellemzőit a lekérdezés helyszíne, nemi megoszlása, életkora, állandó lakhelye és iskolai végzettsége szerint.

6. adatsor: A páciensek körében végzett kérdőíves felmérés helyszínei

Kérdőívek kitöltésének helyszíne	Mennyiség (db)	Arány (%)
Háziorvosi rendelő	406	36,4
Kórházi osztály	380	34,1
Szakorvosi ambulancia	329	29,5
Összesen	1.115	100,0

Forrás: saját szerkesztés

A lekérdezés helyszínét tekintve közel azonos arányokat kaptunk, bár a háziorvosi rendelő bizonyult a legnépszerűbb kérdezési helyszínnek (feltehetően a páciensek legkönnyebb hozzáférése okán).

7. adatsor: A páciensek nem szerinti megoszlása

Nem	Létszám (fő)	Arány (%)
Férfi	549	49,2
Nő	566	50,8
Összesen	1.115	100,0

Forrás: saját szerkesztés

A kérdezőbiztosok törekedtek a kvóta betartására, így a férfi-nő megoszlás megfelelő volt.

8. adatsor: A páciensek életkor szerinti megoszlása

Életkor (év)	Létszám (fő)	Arány (%)
Legfeljebb 30 év	216	19,4
31-40 év	110	9,9
41-50 év	151	13,5
51-60 év	187	16,8
61-70 év	243	21,8
71-80 év	157	14,1
80 év felett	51	4,6
Összesen	1.115	100,0

Forrás: saját szerkesztés

Ahogy a fentiekben bemutattuk, a kvótát három nagyobb korcsoport szerint állítottuk fel, amelyet megközelítőleg be is tudtak tartani a kérdezőbiztosok.

9. adatsor: A páciensek lakóhely szerinti megoszlása

Lakóhely	Létszám (fő)	Arány (%)
Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	50	4,5
Falu önálló háziorvosi ellátással	309	27,7
Város	756	67,8
Összesen	1.115	100,0

Forrás: saját szerkesztés

A páciensek több mint kétharmada – állandó lakóhelyét tekintve – városi lakos volt, s mindössze 4,5 %-uk élt olyan településen, ahol nem volt elérhető önálló háziorvosi szolgáltatás.

10. adatsor: A páciensek iskolai végzettség szerinti megoszlása

Iskolai végzettség	Létszám (fő)	Arány (%)
Felsőfok (egyetem vagy főiskolai végzettség)	267	23,9
Felsőfok diploma nélkül	80	7,2
Érettségi	344	30,9
Középiskola, szakközépiskola, szakiskola érettségi nélkül	291	26,1
Általános iskola	109	9,8
Egyéb	24	2,1
Összesen	1.115	100,0

Forrás: saját szerkesztés

A megkérdezett páciensek körében legmagasabb iskolai végzettségként az érettségi, illetve az érettségi nélküli középfokú végzettség dominál, de nincs lényeges lemaradásban ettől a felsőfokú végzettség sem. 10% alatt marad a maximum általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya.

4.2.3. Kérdőív felépítése

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

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

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

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

2. szempontsor: A páciensek kérdőívében szereplő kompetenciák rövid nevei

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

Forrás: saját szerkesztés

4.2.4. A kompetenciák értékelése

4.2.4.1. A kompetenciák fontosságára vonatkozó értékelések

A *páciensek* válaszainak átlagát az adott kompetencia fontosságára vonatkozóan az alábbi adatsor tartalmazza.

11. adatsor: A kompetenciák fontossága a páciensek szerint (átlag, N=1.115)

Kompetenciák	Fontosság
Elméleti tudás	4,86
Szakmai gyakorlat	4,82
Rugalmas gondolkodás	4,70
Emberi méltóság figyelembevétele	4,79
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	4,27
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	3,31
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,18

Kompetenciák	Fontosság
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,83
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,80
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	4,61
Betegek tisztelettel való kezelése	4,85
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,66
Problémamegoldó képesség	4,47
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,43
Konfliktuskezelés	4,34
Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,32

Forrás: saját szerkesztés

Az adatsorból látható, hogy az orvosi munkavégzéshez szükséges elméleti tudást (4,86), a betegek tisztelettel való kezelését (4,85) és a megfelelő, érthető tájékoztatást (4,83) értékelték a három legfontosabb kompetenciának a páciensek. Fontos azonban megjegyezni, hogy az orvosi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlat mindösszesen egy századdal kapott alacsonyabb értékelést, és a soron következő ötödik-hatodik „helyezést" elért kompetenciák sem maradtak el ennél jobban. Ezt követően majdnem egy tizeddel alacsonyabb fontosságúra értékelték a *páciensek* a rugalmas gondolkodást, így került az a hetedik helyre. Felhívnánk a figyelmet azonban arra, hogy az ötös skálán történő értékelés során a páciensek a tizenhat szempontból tizenötöt négyes átlag felett értékeltek. Másként fogalmazva: ezt a tizenöt szempontot fontosnak, vagy nagyon fontosnak értékelték. Mindösszesen egy szempont (a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele) került a négyes érték alá – a többihez viszonyítva – meglepően alacsony átlaggal (3,31).

4.2.4.2. A kompetenciákkal való elégedettségre vonatkozó értékelések

A *páciensek* a következőkben arra válaszoltak, hogy vajon azokkal a kompetenciákkal, amelyeket a fentiekben a fontosság szempontjából Likert-skálán értékeltek, mennyire elégedettek a betegellátás során. Az elégedettséggel kapcsolatos eredményeket az alábbi adatsor foglalja össze.

12. adatsor: A kompetenciákkal való elégedettség a páciensek szerint (átlag, N=1.115)

Kompetenciák	**Elégedettség**
Elméleti tudás	4,34
Szakmai gyakorlat	4,32
Rugalmas gondolkodás	4,01
Emberi méltóság figyelembevétele	3,94
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	3,97
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	3,71
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	3,79
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,00
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,00
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	4,14
Betegek tisztelettel való kezelése	4,10
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	3,93
Problémamegoldó képesség	3,93
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	3,96
Konfliktuskezelés	3,94
Érzelmi intelligencia fejlesztése	3,89

Forrás: saját szerkesztés

A legmagasabb értéket az elégedettséggel kapcsolatban az orvosi munkavégzéshez szükséges elméleti tudás (4,34) kapta. Az orvosi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlat (4,32) és a „partneri" viszony kialakítása a betegekkel kompetencia (4,14) került a második és a harmadik helyre. A tizenhat kompetencia közül hét kapott 4,00-es vagy annál magasabb átlagértéket, a többi szempont mind 4,00 alattit. Figyelemre méltó az, hogy a *páciensek* a legrosszabbul értékelt szempontot is 3,71-es átlaggal jelölték, amely az ötfokozatú skálán a közepesnél jobbnak mondható.

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

Az alábbi táblázat és – szemléletesebb formában – a 15. ábra mutatja be, hogy az adott kompetenciát a *páciensek* mennyire tartják fontosnak, mennyire elégedettek vele. Emellett rámutat e két érték közötti eltérésre (az ún. „gap"-re), és hogy ezen eltérés statisztikailag jelentős-e (p-érték).

19. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek szerint, a kettő közti eltérés és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N=1115)

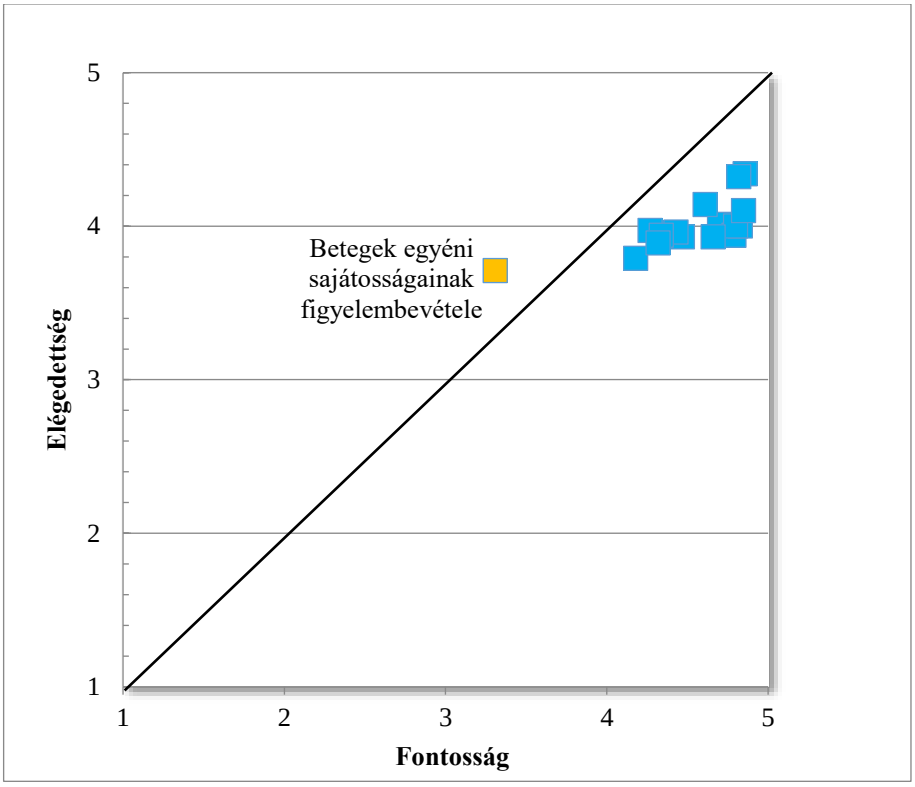
Kompetenciák	**Fontosság**	**Elégedettség**	**Eltérés (elégedettség-fontosság)**	**p-érték (t-próba)**
Elméleti tudás	4,86	4,34	-0,52	0,000**
Szakmai gyakorlat	4,82	4,32	-0,50	0,000**
Rugalmas gondolkodás	4,70	4,01	-0,69	0,000**
Emberi méltóság figyelembevétele	4,79	3,94	-0,85	0,000**
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	4,27	3,97	-0,30	0,000**
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	3,31	3,71	0,40	0,000**
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,18	3,79	-0,39	0,000**
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,83	4,00	-0,83	0,000**
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,80	4,00	-0,80	0,000**
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	4,61	4,14	-0,47	0,000**
Betegek tisztelettel való kezelése	4,85	4,10	-0,75	0,000**
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,66	3,93	-0,73	0,000**
Problémamegoldó képesség	4,47	3,93	-0,54	0,000**
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,43	3,96	-0,47	0,000**
Konfliktuskezelés	4,34	3,94	-0,40	0,000**
Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,32	3,89	-0,43	0,000**

** 1%-os szignifikancia szint mellett eltér a páciensek szerinti fontosság és elégedettség átlaga adott kompetencia esetében. Forrás: saját szerkesztés

Ahogy korábban már említésre került, a táblázatban látható negatív „gap" értékek azt jelzik, hogy az adott szemponttal kevésbé elégedettek a páciensek, mint amilyen mértékben fontosnak tartják azt, azaz e területen az orvosi tevékenységben – megítélésük szerint –alulteljesítés mutatkozik. A pozitív „gap" felülteljesítést jelent, azaz, hogy az adott kompetenciával a páciensek elégedettebbek, mint amennyire fontosnak tartják azt. A *páciensek* által jelölt fontossági értékeket és az elégedettség mértékét láthatjuk az alábbi GAP mátrixon is, amelyen jól látszik, hogy a páciensek kizárólag a betegek egyéni

sajátosságainak figyelembevételével elégedettebbek, mint amennyire az fontos nekik. Minden más szempont esetében a fontosság értéke magasabb volt, mint az elégedettségé.

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



Forrás: saját szerkesztés

4.2.5. A kompetenciák értékelései a páciensek alapvető jellemzőinek bontásában

4.2.5.1. Értékelések kitöltési helyszínenként

Tovább árnyalva a fenti eredményeket az alábbi táblázat mutatja a kitöltési helyszínek szerinti eredményeket:

20. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek szerint, a kitöltési helyszínek bontásában (átlag, N_H=406, N_K=380, N_{Sz}=329)

	Kompetencia/Kitöltés helyszíne	Háziorvosi rendelő	Kórházi osztály	Szakorvosi ambulancia
Fontosság	Elméleti tudás	4,82	4,90	4,86
	Szakmai gyakorlat	4,81	4,82	4,82
	Rugalmas gondolkodás	4,62	4,75	4,76
	Emberi méltóság figyelembevétele	4,73	4,81	4,82
	Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	4,24	4,33	4,25
	Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	3,37	3,27	3,29
	Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,18	4,14	4,23
	Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,85	4,84	4,78
	Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,81	4,80	4,80
	„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel	4,53	4,67	4,66
	Betegek tisztelettel való kezelése	4,80	4,85	4,90
	Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,52	4,74	4,73
	Problémamegoldó képesség	4,33	4,56	4,54
	Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,36	4,42	4,53
	Konfliktuskezelés	4,22	4,36	4,48
	Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,25	4,31	4,41
Elégedettség	Elméleti tudás	4,17	4,53	4,32
	Szakmai gyakorlat	4,16	4,48	4,33
	Rugalmas gondolkodás	3,75	4,25	4,06
	Emberi méltóság figyelembevétele	3,65	4,21	3,99
	Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	3,69	4,19	4,05
	Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	3,45	3,93	3,79
	Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	3,51	4,07	3,80
	Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	3,77	4,25	3,99
	Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	3,76	4,24	4,01
	„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel	3,88	4,37	4,18
	Betegek tisztelettel való kezelése	3,84	4,36	4,14
	Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	3,64	4,23	3,94
	Problémamegoldó képesség	3,64	4,20	3,98
	Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	3,72	4,19	3,98
	Konfliktuskezelés	3,70	4,15	3,99
	Érzelmi intelligencia fejlesztése	3,64	4,16	3,89

Forrás: saját szerkesztés

A táblázatból látható, hogy a fontosság tekintetében a háziorvosi rendelő esetében 4,85 és 3,37, a kórházi osztály esetében 4,90 és 3,27, szakorvosi ambulancia esetében 4,90 és 3,29 közötti értékeléseket kaptunk. 4,9 és 4,85-ös átlagokat látunk mindhárom ellátási helyszínen az első helyre értékelt szempontnál. A háziorvosi rendelőben megkérdezettek a betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatást (4,85), a kórházi osztályon az elméleti tudást (4,90), a szakorvosi ambulancián a betegek tisztelettel való kezelését tartják a legfontosabbnak. Legkevésbé fontos a *páciensek szerint* a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele mindhárom adatfelvételi helyszínen (háziorvosi rendelő 3,37; kórházi osztály 3,27; szakorvosi ambulancia 3,29). A második legkevésbé fontos szempont a betegek érzelmi reakcióinak kezelése – szintén mindhárom ellátási helyszín esetén. Az egyes szempontok fontossággal kapcsolatos átlagait tekintve nagy különbségeket nem tapasztaltunk. Ami figyelemre méltó, hogy a *háziorvosi rendelőben* megkérdezett páciensek a tizenhat kompetencia közül tizenkettőnél alacsonyabbra értékelték az adott szempont fontosságát, mint a *kórházi osztályon* kérdezettek és tizenegy szempontnál alacsonyabbra, mint a *szakorvosi ambulancián* megkérdezettek. Ez utalhat arra, hogy a háziorvosi ellátást felkeresők elvárásai alacsonyabbak, mint azon pácienseké, akik a progresszív ellátás magasabb szintjeit veszik igénybe. Összességében az is elmondható, hogy a *páciensek* szerint a tizenhat szempont közül tizenöt négyes átlagnál magasabb szinten fontos mindhárom ellátási helyszín esetében. Az egyedüli olyan szempont, amely négyes alatti átlagértéket kapott, hasonló értékeket mutat mindhárom kitöltési helyszínen.

A táblázatból látható, hogy az elégedettség tekintetében a *háziorvosi rendelő* esetében 4,17 és 3,45, a *kórházi osztály* esetében 4,48 és 3,93, *szakorvosi ambulancia* esetében 4,33 és 3,79 közötti értékeléseket kaptunk. Az átlagértékeket tekintve a három legfontosabb szempont az elméleti tudás (háziorvosi rendelő 4,17; kórházi osztály 4,53; szakorvosi ambulancia 4,32), a szakmai gyakorlat (háziorvosi rendelő 4,16; kórházi osztály 4,48; szakorvosi ambulancia 4,33) és a partneri viszony kialakítása a betegekkel (háziorvosi rendelő 3,88; kórházi osztály 4,37; szakorvosi ambulancia 4,18). Azaz, mindegyik ellátási helyszín esetében megegyezik a három szempont és azok sorrendje is, amelyekkel a legelégedettebbek (eltérő átlagokkal). Itt is jól látható, hogy a háziorvosi rendelőben megkérdezett pácienseknek az elégedettségérzése – ha az átlagokat tekintjük – jelentősen elmarad a másik két csoportétól.

Azon szempontok esetében, amelyekkel a legkevésbé elégedettek, szintén láthatunk különbséget a kitöltési helyszíneket tekintve. A betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele és a betegek érzelmi reakcióinak kezelése mindhárom kitöltési helyszínen a legalacsonyabb és a második legalacsonyabb átlagértéket kapta (háziorvosi rendelő 3,45 és 3,51; kórházi osztály 3,90 és 4,07; szakorvosi ambulancia 3,79 és 3,80). A harmadik szempont, amellyel a *páciensek* legkevésbé voltak elégedettek, különbözik a három ellátási helyszínt tekintve. A háziorvosi rendelőben megkérdezett páciensek között a problémamegoldó képesség kapott 3,64-es átlagot, a kórházi osztályos páciensek a konfliktuskezelést (4,15), a szakorvosi ambulancián megkérdezett páciensek az érzelmi intelligenciát (3,89) jelölték a harmadik szempontnak, amellyel a legkevésbé elégedettek. Itt is megfigyelhető az, hogy a háziorvosi rendelőben felvett kérdőívek esetében kapott átlagértékek a legalacsonyabbak a másik két helyszínnel összehasonlítva. Érdekesség továbbá, hogy a kórházi osztályon levő páciensek elégedettségüket tekintve rendre magasabb értékeket mutatnak, mint a másik két helyszínen lévők.

Összességében megállapítható, hogy az elégedettségi mutatók között az adott helyszínek közötti átlagok eltérést mutatnak, mégpedig a kórházi osztályon kapott magasabb értékelések javára. A háziorvosi rendelőben megkérdezett páciensek adták a legalacsonyabb értékelést az elégedettség vonatkozásában.

4.2.5.2. Értékelések nemenként

A vizsgálatba bevonandók meghatározása során a nemek arányát közelítőleg azonosnak terveztük, így végül 549 férfi és 566 női válaszadó került a mintába. A következő táblázat a férfiak és a nők válaszainak átlagát mutatja mind a kompetenciák fontossága, mind az azokkal való elégedettségük kapcsán. A fontosság és az elégedettség átlagai közötti különbségeket pedig a GAP érték mutatja.

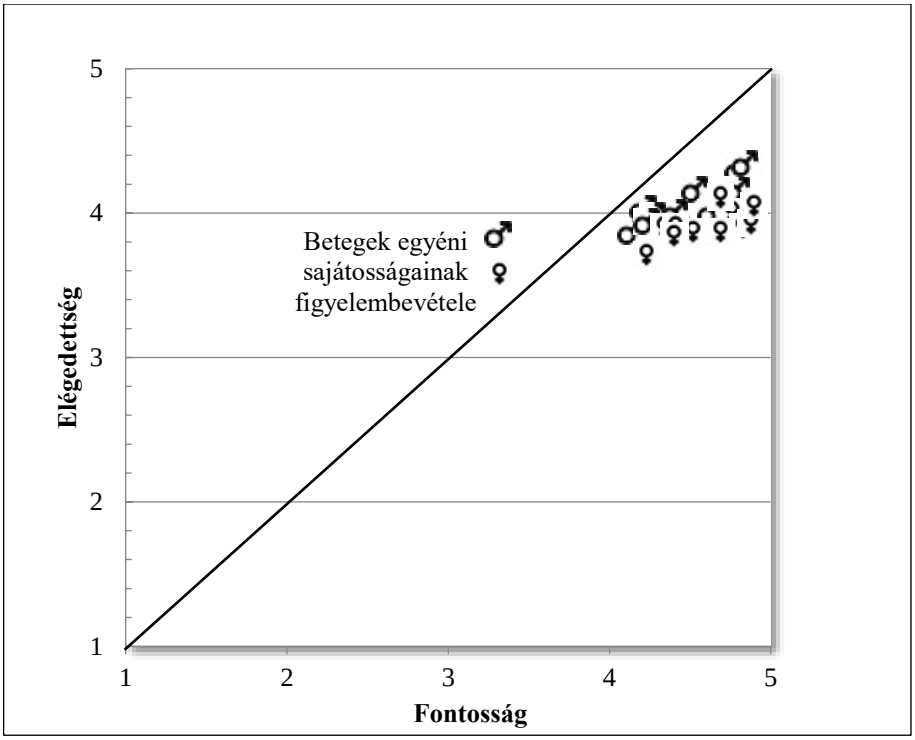
21. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek nemek szerinti bontásában, a kettő közti eltérés és az eltérésekhez tartozó szignifikancia értékek (átlag, N_F=549, N_N=566)

Szempontok		Fontosság (átlag)	p-érték (t-próba)	Elége-dettség	p-érték (t-próba)	GAP (elégedettség-fontosság)
Elméleti tudás	Férfi	4,84	0,100	4,34	0,978	-0,50
	Nő	4,88		4,34		-0,54
Szakmai gyakorlat	Férfi	4,80	0,168	4,30	0,357	-0,50
	Nő	4,84		4,34		-0,50
Rugalmas gondolkodás	Férfi	4,65	0,001**	4,02	0,771	-0,63
	Nő	4,76		4,01		-0,75
Emberi méltóság figyelembevétele	Férfi	4,74	0,003**	3,99	0,137	-0,75
	Nő	4,83		3,90		-0,93
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	Férfi	4,21	0,022*	4,03	0,024*	-0,18
	Nő	4,34		3,90		-0,44
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	Férfi	3,31	0,912	3,85	0,000**	0,54
	Nő	3,32		3,58		0,26
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	Férfi	4,13	0,080	3,87	0,014*	-0,26
	Nő	4,23		3,71		-0,52
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	Férfi	4,77	0,001**	4,07	0,019*	-0,70
	Nő	4,88		3,93		-0,95
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	Férfi	4,74	0,000**	4,07	0,014*	-0,67
	Nő	4,86		3,92		-0,94
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	Férfi	4,53	0,000**	4,16	0,392	-0,37
	Nő	4,69		4,11		-0,58
Betegek tisztelettel való kezelése	Férfi	4,79	0,000**	4,16	0,070	-0,63
	Nő	4,90		4,05		-0,85
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	Férfi	4,63	0,065	4,00	0,040*	-0,63
	Nő	4,69		3,87		-0,82
Problémamegoldó képesség	Férfi	4,42	0,020*	4,00	0,032*	-0,42
	Nő	4,52		3,87		-0,65
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	Férfi	4,40	0,268	4,00	0,170	-0,40
	Nő	4,46		3,92		-0,54
Konfliktuskezelés	Férfi	4,27	0,005**	3,98	0,146	-0,29
	Nő	4,41		3,90		-0,51
Érzelmi intelligencia fejlesztése	Férfi	4,23	0,002**	3,94	0,100	-0,29
	Nő	4,40		3,84		-0,56

** 1%-os, * 5%-os szignifikancia szint mellett eltér a nemek véleményének átlaga adott kompetencia esetében. Forrás: saját szerkesztés

A fontosságra adott átlagértékekből látható, hogy a *nők* rendre magasabb értékeket adtak, mint a *férfiak*, azaz minden kompetenciát fontosabbnak tekintenek, mint férfi társaik. Az elégedettség vonatkozásában pedig egy esetben volt egyező az adott kompetenciával való elégedettség, míg egy másik esetben a nők jeleztek nagyobb elégedettséget. Ezeket nem tekintve az összes többi esetben a férfiak voltak elégedettebbek, mint a nők. Mindent összevetve tehát a megkérdezett férfi páciensek „kevésbé" tartják fontosnak az adott kompetenciákat az orvosi munkához, és elégedettebbek is a megvalósulásukkal, míg a nők magasabb fontossági érték mellett elégedetlenebbek azokkal. Ezt mutatja az alábbi GAP mátrix is:

16. ábra: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek nemek szerinti bontásában (átlag; N_F=549, N_N=566)



Forrás: saját szerkesztés

Túlteljesítés azonban ugyanúgy, mint a nemek szerinti bontás nélküli GAP mátrixban, egy szempontnál látható csupán, amely a páciensek egyéni sajátosságainak figyelembevételét jelenti. Azaz ebben az esetben az regisztrálható, hogy a nők és a férfiak is elégedettebbek az adott szemponttal, mint amennyire azt fontosnak találták. Az összes többi kompetencia esetében alulteljesítést regisztrálhattunk.

4.2.5.3. Értékelések állandó lakóhelyenként

Állandó lakóhelyüket tekintve a kérdezetteket az alábbi kategóriákba soroltuk be:

- község önálló háziorvosi ellátás nélkül,
- község önálló háziorvosi ellátással,
- város (függetlenül annak nagyságától).

22. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség megítélésére vonatkozó szignifikancia értékek a páciensek szerint, a lakóhely bontásában (átlag, N_{FON}=50, N_{FO}=309, N_{V}=756)

Kompetencia	**Lakóhely kategória**	**Fontosság**	**p-érték (ANOVA)**	**Elégedettség**	**p-érték (ANOVA)**
Elméleti tudás	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,90	0,650	4,52	0,043*
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,87		4,39	
	Város	4,85		4,30	
Szakmai gyakorlat	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,78	0,382	4,36	0,593
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,85		4,36	
	Város	4,81		4,30	
Rugalmas gondolkodás	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,76	0,012	4,08	0,049*
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,78		4,12	
	Város	4,67		3,97	
Emberi méltóság figyelembevétele	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,80	0,969	4,18	0,000**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,79		4,11	
	Város	4,78		3,86	
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,12	0,514	4,14	0,085
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,28		4,05	
	Város	4,28		3,92	
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	3,52	0,607	4,04	0,029*
	Falu önálló háziorvosi ellátással	3,32		3,80	
	Város	3,30		3,66	

Kompetencia	Lakóhely kategória	Fontosság	p-érték (ANOVA)	Elégedettség	p-érték (ANOVA)
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,36	0,372	3,94	0,004**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,18		3,95	
	Város	4,16		3,71	
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,88	0,673	4,18	0,000**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,81		4,24	
	Város	4,83		3,89	
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,68	0,205	4,26	0,000**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,79		4,21	
	Város	4,81		3,89	
„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,64	0,054	4,32	0,003**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,69		4,27	
	Város	4,58		4,07	
Betegek tisztelettel való kezelése	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,88	0,240	4,38	0,000**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,88		4,27	
	Város	4,83		4,02	
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,72	0,020*	4,10	0,001**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,74		4,10	
	Város	4,63		3,85	
Problémamegoldó képesség	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,50	0,095	4,16	0,001**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,55		4,09	
	Város	4,44		3,86	
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,52	0,034*	4,18	0,003**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,52		4,09	
	Város	4,39		3,89	
Konfliktuskezelés	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,52	0,051	4,16	0,001**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,41		4,09	
	Város	4,30		3,86	
Érzelmi intelligencia fejlesztése	Falu önálló háziorvosi ellátás nélkül	4,42	0,053	4,18	0,000**
	Falu önálló háziorvosi ellátással	4,41		4,06	
	Város	4,27		3,80	

** 1%-os, * 5%-os szignifikancia szint mellett eltér a lakóhely szerinti véleményátlag adott kompetencia esetében. Forrás: saját szerkesztés

A fenti táblázatból látható, hogy a városban lakók kerültek legnagyobb arányban a felmérés résztvevői közé (67,8%), majd azon községekben élők, ahol önálló háziorvosi ellátás van (27,7%). 4,5%-ban érkezett válasz olyan személyektől, akik lakóhelyén nincs önálló háziorvosi ellátás. A legelégedettebb *páciensek* azok, akiknek a településén nincs háziorvosi ellátás, a városban élők pedig a legkritikusabbak. A fontosság átlagokat tekintve az egyes csoportok között a legnagyobb eltérés (0,22) a konfliktuskezelés kompetenciánál regisztrálható, azaz ennyivel fontosabbnak ítélik az önálló háziorvosi ellátás nélküli betegek (4,52) ezt a szempontot, mint a városiak (4,30). Ugyanígy 0,22-es különbség található a fontosság tekintetében a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele kompetenciánál is, de ezt egy értékkel kevésbé fontosnak ítélte mindkét említett csoport, azaz az önálló háziorvosi ellátás nélküli betegek (3,52) és a városban élők is (3,30). Ez utóbbi kompetencia az elégedettség megítélése esetében is az egyik maximális különbséget generálta, 0,38-at (az önálló háziorvosi ellátás nélküli községben élőké: 4,04, a városiaké 3,66). Ugyanígy 0,38-as megítélésbeli különbség van az érzelmi intelligencia fejlesztése esetén az elégedettség szempontjából (rendre 4,18 és 3,80 a két átlag).

A táblázatból látható, hogy a tizenhat kompetencia közül kilenc esetében nincs eltérés a fontosságot tekintve, a lakóhely vonatkozásában. Az elégedettségre adott válaszoknál azonban tizenegy szempontnál már 1%-os szignifikancia szinten láthatunk eltérést, azaz legalább két különböző településtípuson lakó csoportok válaszai eltérnek. Összességében tehát úgy tűnik, hogy az orvosi kompetenciával való páciensi elégedettséget befolyásolja az állandó lakóhely, annak urbanizáltsági foka.

4.2.5.4. Értékelések iskolai végzettségenként

Az iskolai végzettségre vonatkozó részletes adatokat tartalmazó táblázatot a 2. sz. melléklet tartalmazza, mert annak mérete és összetettsége miatt úgy látjuk, akadályozná a dolgozat átláthatóságát. A fontosság értékeket elemezve az iskolai végzettség vonatkozásában nagyon színes képet kapuk. Egyértelmű tendencia nem figyelhető meg a válaszokban. A maximális különbség (0,55) az egyes iskolai végzettségű csoportok között a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele kompetenciánál regisztrálható. Itt a diplomával rendelkező páciensek értékelésének átlaga 3,20, míg az egyéb iskolai végzettségű kategóriába tartozóké 3,75. Az elégedettség értékeket nézve az olvasható ki,

hogy azok a megkérdezettek, akik magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek (felsőfok, érettségi) magasabb átlagértékeket adtak meg, azaz elégedettebbek az ellátás során érvényesülő kompetenciákkal, mint az alacsonyabb végzettségű társaik. Az elégedettségi átlagoknál összességében nagyobbak a különbségek a páciensek egyes iskolai végzettség szerinti csoportjaiban. A szignifikancia értékeket tekintve a következőket láthatjuk:

23. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség megítélésére vonatkozó szignifikancia értékek a páciensek szerint, az iskolai végzettség bontásában ($N_{Á}$=109, N_{K}=291, $N_{É}$=344, N_{F}=80, N_{D}=267)

Szempontok	**Fontosság p-érték (ANOVA)**		**Elégedettség p-érték (ANOVA)**	
Elméleti tudás	0,304		0,000	**
Szakmai gyakorlat	0,036	*	0,000	**
Rugalmas gondolkodás	0,041	*	0,000	**
Emberi méltóság figyelembevétele	0,729		0,000	**
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	0,874		0,000	**
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	0,233		0,000	**
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	0,016	*	0,000	**
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	0,523		0,000	**
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	0,573		0,000	**
„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel	0,009	**	0,000	**
Betegek tisztelettel való kezelése	0,008	**	0,000	**
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	0,001	**	0,000	**
Problémamegoldó képesség	0,020	**	0,000	**
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	0,000	**	0,000	**
Konfliktuskezelés	0,000	**	0,000	**
Érzelmi intelligencia fejlesztése	0,000	**	0,000	**

** 1%-os, * 5%-os szignifikancia szint mellett eltér az iskolai végzettség szerinti véleményátlag adott kompetencia esetében. Forrás: saját szerkesztés

A táblázatból látható, hogy a fontosságot figyelembe véve a tizenhat kompetencia közül tíz esetében van különbség. Hat esetben nincs jelölés, ezen kompetenciáknál nincs különbség a fontosság megítélésében az iskolai végzettséget tekintve. Az elégedettségnél minden szignifikáns, tehát mindenhol regisztrálhatók különbségek, legalább két iskolai végzettség esetén egymáshoz képest.

4.2.5.5. A szakmai tényezők és az emberi tényezők fontossága a páciensek szerint

A páciensektől választ kaptunk arra a kérdésre is, hogy melyik tényező fontosabb a számukra egy orvosban, a szakmai vagy az emberi tényezők?

13. adatsor: Az orvosok szakmai és emberi tényezőinek fontossága a páciensek szerint

Kompetenciák	Létszám (fő)	Arány (%)
A szakmai és az emberi tényezők ugyanolyan fontosak	731	62,6
Csak a szakmai tényezők	13	1,1
Csak az emberi tényezők	6	0,5
Főleg a szakmai tényezők, de az emberi tényezők is fontosak	351	30,1
Főleg az emberi tényezők, de a szakmai tényezők is fontosak	67	5,7
Összesen	1.168	100,0

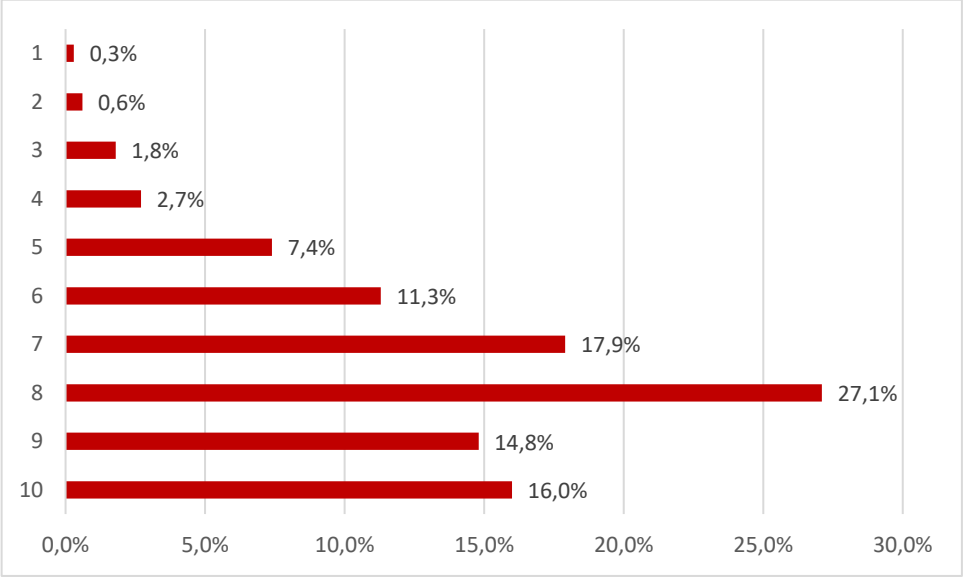
Forrás: saját szerkesztés

62,6%-ban azt a választ kaptuk, hogy egyformán fontosak ezek a tényezők. 1,1, illetve 0,5% válaszolt úgy, hogy csak az egyik, vagy csak a másik tényező fontos. 30,1%-a válaszadóknak viszont fontosabbnak tartja a szakmai tényezőket, de az emberi tényezőket is fontosnak ítéli. Ennek fordítottját mindösszesen a páciensek 5,7%-a választotta.

4.2.5.6. Az orvosokkal szembeni elvárásoknak való megfelelés a páciensek szerint

10-es skálán adták meg a páciensek az erre vonatkozó válaszaikat, ahol a 10-es érték a teljes mértékben való megfelelést, az 1-es érték pedig azt jelöli, hogy egyáltalán nem felelnek meg az orvosok az elvárásaiknak. 7,58-as átlagot regisztrálunk, amely relatíve magas értéket jelöl, azaz közel jó értékelést láthatunk. A páciensek 30,8%-a kilences és tízes értékelést adott, 45,0%-uk hetest és nyolcast. A többi válasz pedig a hattól lefelé eső tartományban található.

17. ábra: Az orvosokkal szembeni elvárásoknak való megfelelés a páciensek szerint (%, N=1.168)



Forrás: saját szerkesztés

4.3. Kérdőíves vizsgálat eredményei – oktatók, hallgatók, páciensek

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

A kompetenciák fontossága az orvosi munkához, valamint az elsajátítás és közvetítés mértéke	**Oktatók**			**Hallgatók**		**Páciensek**	
	Fontos-ság	**Hallgatói elsajátítás**	**Közvetítés**	**Fontos-ság**	**Elsajátítás**	**Fontos-ság**	**Elégedettség**
N	434	343	263	1.497	981	1.115	
Elméleti tudás	4,77	3,67	4,26	4,60	3,24	4,86	4,34
Szakmai gyakorlat	4,91	2,70	3,55	4,78	2,43	4,82	4,32
Rugalmas gondolkodás	4,78	2,72	3,87	4,61	2,83	4,70	4,01
Emberi méltóság figyelembevétele	4,85	3,02	3,64	4,64	3,45	4,79	3,94
Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	3,98	2,84	3,38	4,07	3,16	4,27	3,97
Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	4,19	2,79	3,37	4,16	3,12	3,31	3,71
Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,40	2,52	3,14	4,23	2,95	4,18	3,79

A kompetenciák fontossága az orvosi munkához, valamint az elsajátítás és közvetítés mértéke	Oktatók			Hallgatók		Páciensek	
	Fontos-ság	Hallgatói elsajátítás	Közvetítés	Fontos-ság	Elsajátítás	Fontos-ság	Elégedettség
Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,58	2,65	3,25	4,21	3,02	4,83	4,00
Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,51	3,10	3,35	4,41	2,99	4,80	4,00
„Partneri" viszony kialakítása a betegekkel	4,41	2,69	3,13	4,21	2,69	4,61	4,14
Betegek tisztelettel való kezelése	4,88	3,39	3,96	4,74	3,72	4,85	4,10
Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,65	2,86	3,72	4,56	2,94	4,66	3,93
Problémamegoldó képesség	4,64	2,76	3,85	4,54	2,93	4,47	3,93
Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,02	2,66	3,14	4,02	2,66	4,43	3,96
Konfliktuskezelés	4,61	2,37	3,03	4,42	2,60	4,34	3,94
Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,37	2,40	3,04	4,38	2,91	4,32	3,89

Forrás: saját szerkesztés

A fenti táblázatból látható, hogy az *oktatók, hallgatók és páciensek* válaszai alapján a következő szempontok találhatók az egyes válaszadói csoportokat tekintve az első három helyen a fontosságot tekintve: szakmai gyakorlat (oktatók: 4,91; hallgatók: 4,78; páciensek: 4,82), a páciensek tisztelettel való kezelése (oktatók: 4,88; hallgatók: 4,74; páciensek: 4,85), az emberi méltóság figyelembevétele (oktatók: 4,85; hallgatók: 4,64; páciensek: 4,79), elméleti tudás (oktatók: 4,77; hallgatók: 4,60; páciensek: 4,86) és a betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása (oktatók: 4,58; hallgatók: 4,21; páciensek: 4,83). Figyelemre méltó, hogy *az oktatóknál és a hallgatóknál* a fontossági sorrend megegyezik az átlagokat tekintve, a *páciensek* azonban további két szempontot emelnek a legfontosabbak közé (az elméleti tudást, illetve a betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatást). Másként úgy is megfogalmazhatjuk, a betegek szerint fontos, hogy az orvos „okos legyen", sokat tudjon (elméleti és szakmai gyakorlati tudás), és emellett tisztelettel kezelje a betegeket, valamint – a beteg állapotának megfelelő – tájékoztatást adjon.

Ugyanez a tendencia figyelhető meg a fontosság tekintetében a legalacsonyabb értékeknél, amely alapján a betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek (oktatók: 3,98; hallgatók: 4,07; páciensek: 4,27), a betegek terápiával szembeni elvárásainak (oktatók: 4,02; hallgatók: 4,02; páciensek: 4,43) és a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele (oktatók: 4,19; hallgatók: 4,16; páciensek: 3,31) kapta a három legalacsonyabb átlagot az *oktatóktól és hallgatóktól*. A *páciensek* is az utolsó három szempont között jelölték a betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek és a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevételét. Ezek mellett a betegek érzelmi reakcióinak kezelése (4,18) volt az a szempont, amely még az utolsó három helyre került a *pácienseknél*. Ez az *oktatói* fontosság listán (4,40) a tizenharmadik, a *hallgatói* értékelések (4,23) alapján pedig a tizenegyedik helyen áll. Érdekes azt is megfigyelni, hogy a legkevésbé fontos szempont az egyes célcsoportoknál különböző átlagértékkel került az utolsó helyre. *Az oktatók és a hallgatók* négyes átlag körüli értéket adtak (oktatók: a betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele 3,98; hallgatók: betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele 4,02) azoknak a kompetenciáknak, amiket ők a legkevésbé tartanak fontosnak az orvosi munka elvégzése közben. Az ötfokozatú Likert-skálán a négyes körüli átlag is fontosnak mondható, azaz ez a két vizsgálati csoport tulajdonképpen a felsorolt tizenhat szempont mindegyikét fontosnak ítélte. A *páciensek* esetében azonban a legalacsonyabb átlagértékkel jelölt kompetencia (a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele 3,31) már hármas átlagértékhez közelít, azaz az ötfokozatú Likert-skálán csak közepes fontosságúra ítélték. Az utolsó és utolsó előtti hely közötti 0,87-es eltérés akkora különbséget biztosít a második legkevésbé fontos szempontnak, hogy az így már a négyes átlag fölé kerül, azaz aligha mondható nem fontosnak. Tehát azt láthatjuk, hogy *mind a három vizsgált csoport* alapvetően fontosnak ítélte mind a tizenhat megkérdezett kompetenciát. Mindösszesen két tényező kapott 4,00-es átlagérték alatti pontszámot, a többit az *oktatók, hallgatók és páciensek* egyaránt fontosnak ítélték.

Az e kompetenciákkal való elégedettség mérése során is megállapítható, hogy az első három helyre a *három célcsoport válaszait tekintve,* öt szempont került: az elméleti tudás (oktatók: 3,67; hallgatók: 3,24; páciensek: 4,34), a betegek tisztelettel való kezelése (oktatók: 3,39; hallgatók: 3,72; páciensek: 4,10), a betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről (oktatók: 3,10; hallgatók: 2,99; páciensek: 4,00), az emberi méltóság

figyelembevétele (oktatók: 3,02; hallgatók: 3,45; páciensek: 3,94), és a „partneri” viszony kialakítása a betegekkel (oktatók: 2,69; hallgatók: 2,69; páciensek: 4,14).

A sorrendet tekintve látható a táblázatból, hogy az *oktatók* a hallgatók elméleti tudásával (3,67), a betegek tisztelettel való kezelésével (3,39), illetve a betegek teljes körű tájékoztatásával a betegségükről (3,10) szempontokkal voltak összességében a legelégedettebbek.

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

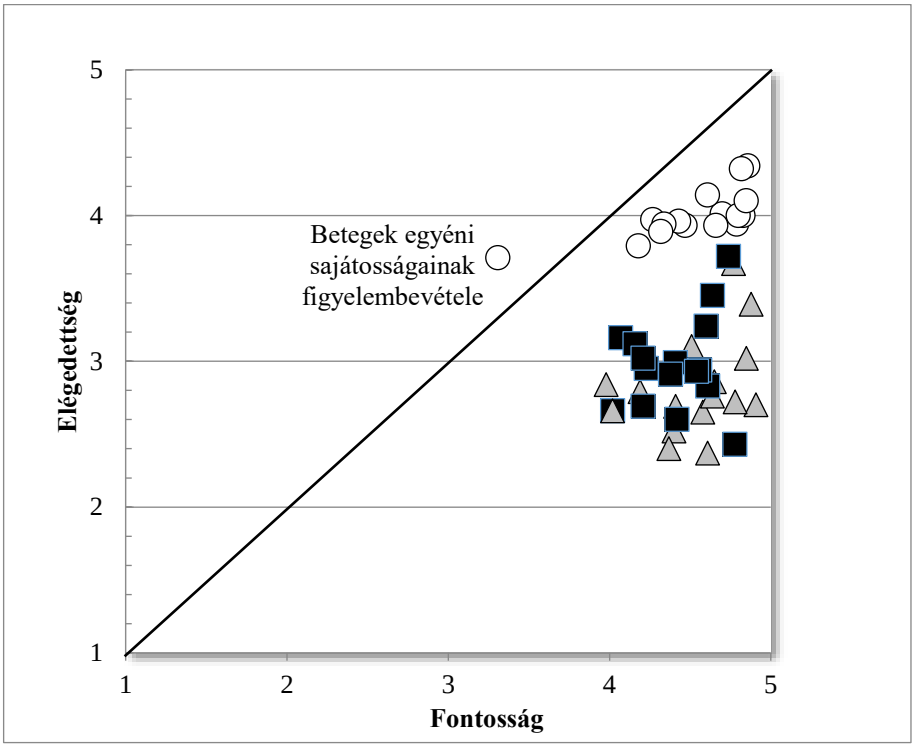
A *páciensek* szintén elégedettek az orvosok elméleti tudásával (4,34), és ez a szempont kapta a legmagasabb értékelést ezen a területen. Nem sokkal lemaradva ettől (4,32), a második helyre tették a szakmai gyakorlatot (amely meglepő lehet annak ismeretében, hogy a hallgatók az elégedettségi sorban ezt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

A *páciensek* az orvosok érzelmi intelligenciáját (3,89), a betegek érzelmi reakcióinak kezelését (3,79) és a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevételét (3,71) jelölték azon kompetenciáknak, amikkel a legkevésbé elégedettek. Ebből az első kettő – az érzelmi intelligencia fejlesztése (2,40), és a betegek érzelmi reakcióinak kezelése (2,52) – szerepel az *oktatók* elégedettségi listájának is a végén. A *hallgatók* ezek közül egyiket sem rangsorolták az utolsó helyekre. Ők a szakmai gyakorlattal (2,43), a betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevételével (2,66) illetve a konfliktuskezeléssel (2,6) voltak a legkevésbé elégedettek. Érdekes azt is megfigyelni, hogy a *páciensek* elégedettségi mutatói 3,71-4,34 átlagértékek között mozognak, az *oktatóké* 2,37-3,67 között, míg a *hallgatóké* 2,6-3,24 között van. Ez azt jelenti, hogy a

páciensek elégedettsége a 3,5-ös átlagérték felett van, miközben az *oktatók és hallgatók* általi értékelések ennél kritikusabbnak tűnnek – a rangsorolástól függetlenül.

Mindent összevetve tehát azt látjuk a 18. ábrán, hogy az átlóhoz, azaz az ún. „optimális teljesítéshez" az orvosi kompetenciákat tekintve legközelebb a páciensek értékelései állnak. Ez azt jelenti, hogy a számukra fontosnak tartott dimenziók az orvoslás folyamatában, ha nem is teljes mértékben, de valamelyest teljesülnek, az eltérés a fontosság és az elégedettség között esetükben a legkisebb mértékű. Nagyobb szakadék („gap") regisztrálható már a hallgatói értékelésekben és összességében a legkevésbé elégedettnek (pontosabb talán az elégedetlen megfogalmazást használni) az oktatók tűnnek.

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



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

4.4. Mélyinterjúk eredményei – oktatók

4.4.1. Az interjúalanyok jellemzői

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

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

4.4.2. Oktatói munkásság

4.4.2.1. Az oktatói lét előnyei és hátrányai

A megkérdezettek többsége szerint az oktatói hivatás egyrészt az oktató személyének hasznos, mivel számos pozitív élménnyel társul a gyakorlása. Ezek közül a következőket emelték ki a leggyakrabban: jó dolog fiatalokkal foglalkozni, nyomon követni a fejlődésüket, megismerni más, például a hallgatói perspektívát bizonyos kérdésekről. Másrészt pozitívuma e szakmának a folyamatos szakmai fejlődés lehetősége vagy akár egyfajta kényszere: mivel a hallgatói tanulás segítése, a tudás elmélyítése a feladatuk, ez szakmai inspirációt ad nemcsak az oktatási, de áttételesen a kutatási feladataikban is.

Hozzávetőleg a megkérdezettek fele (hét fő) utalt arra, hogy az oktatói lét hosszabb távú hatását különösen fontosnak érzi. Az oktató nyomot hagy a jövő nemzedékében, közreműködik a jövő „jó" orvosainak képzésében, és ez elhivatottságot, felelősséget ébreszt bennük, amely pozitív érzésekkel társul a számukra. Az egyik megkérdezett a következőt fogalmazta meg a fentiekkel kapcsolatban:

> *„Szerintem nagyon hosszú távon keresztül nyomot hagyunk a hallgatóságban. Ezt mostanában kezdtem kiszámolni. ... ha valaki pl. 25 éves korában elkezd oktatni és mondjuk csak 65 éves koráig csinálja - az is 40 évet jelent. De kezdve az első csoportjainál, azaz akiket legelőször oktatott, és nézve azokat, akiket 65 éves korában utoljára oktatott, azok is még élnek kb. 50 évet. Így egy évszázadon át nyomot hagy a hallgatókban. Ebbe kevesen gondolnak bele."*

Ezeken túlmenően az oktatás során érzett sikerélmény, a felemelő érzés, a változatosság jelent még meg a válaszokban a megkérdezettek egyötödénél arra a kérdésre, hogy miért is jó oktatónak lenni.

Néhányan jelezték csak azt az interjúalanyok közül, hogy azért jó oktatónak lenni, mert az oktatás által lehetőségük nyílik a kutatási projektjeikhez potenciális tehetségeket (kutatókat) keresni, és emellett a TDK munka reputálására is fel tudja használni az oktató-hallgató kapcsolatokat.

Egy-két válaszadó azért nem felejtkezett el az oktatói pótszabadságról sem, mint az oktatási tevékenység „bónuszáról".

A következő nyitott kérdésünk az előző fordítottja volt, amelyben arra kerestük a választ, hogy tud-e három olyan dolgot említeni, amiért nem jó oktatónak lenni. A megkérdezettek több mint fele a hallgatók motiválatlanságát és negatív viselkedésüket, a kontaktórákon tapasztalható érdektelenségüket említette. Egy-egy oktató konkrétan említette, hogy nehézséget okoz számára megbirkózni a nem egyetemre való hallgatókkal, s néha elkedvetleníti a diákokkal folytatott macska-egér harc, a sikertelenség érzése (például, ha a hallgató nem tudja a leadott anyagot a vizsgán).

A megkérdezettek több mint a fele (nyolc fő) jelezte, hogy saját maga is időhiánnyal, és az emiatt fellépő fáradsággal találja szemben magát bizonyos oktatási időszakokban.

A negatív élmények és érzések másik csoportjába (egy-egy említéssel) „technikai jellegű" ügyek kerültek, szemben az előbb említett „perszonális" jellegűekkel. Nem érzi, hogy

elegendő lenne a tárgyi tudása, nehéz számára az intelligens „kütyükkel” való küzdelem, fárasztó az oktatásban a monotonitás, a túl magas csoportlétszám, és van, akit az oktatás során a folyamatos beszéd is nagyon megterhel.

4.4.2.2. Miért választotta az oktatói pályát?

Kíváncsiak voltunk arra, hogy az egyetemi katedra választása mennyire volt tudatos a megkérdezetteknél: azaz készültek-e erre a feladatra (hivatásra), vagy csak „véletlenül” lettek oktatók.

Arra a kérdésre, hogy miért lett oktató, kilenc fő azt válaszolta, hogy azért, mert ez egyfajta „árukapcsolás” volt: a kutatás és az oktatás kölcsönösen kiegészítik egymást. Kicsit idealisztikusan fogalmazva: jó oktató akkor lesz valaki, ha kutat is, és ez fordítva is igaz. Egy elkötelezett kutató szívesen megosztja kutatásának eredményeit másokkal, például a hallgatókkal. Van azonban ennél prózaibb ok is: e két státusz (feladatkör) általában nemcsak funkcionálisan, hanem konkrétan (munkaköri leírás alapján is) összekapcsolódik.

Mindösszesen a megkérdezettek egyharmada, azaz öt fő jelezte, hogy mindig is kereste a lehetőséget az oktatásban való részvételre, gyermekként is erre vágyott, mert szereti látni, ahogy a hallgatók a tudás megszerzése által fejlődnek, változnak.

4.4.2.3. Elvárások saját magától oktatóként

Az oktatók válaszai között arra a kérdésre, hogy mit vár el saját magától, mint oktatótól az adott kurzus/óra tartása kapcsán, azaz, hogy mikor elégedett magával, mikor érzi jól magát az órája után, figyelemre méltó eredményeket kaptunk. Két típusú „elégedettség” tapasztalható: az egyik típus a hallgatóra, a másik típus az oktatóra (azaz saját magára) fókuszál.

A válaszadók többsége az elvárásokat és a saját magával való elégedettséget a hallgatók viselkedésén és eredményességén keresztül „méri”. Azaz, akkor érzik jól magukat oktatóként a bőrükben, ha a hallgatóknál motivációt, lelkesedést tapasztalnak az óráikon,

illetve a tudás átadása mérésekkel is igazoltan eredményes. Ezekről többnyire az órákon megjelenő kérdések által kapnak visszajelzést.

Az oktatók válaszai között a fentiek mellett hat olyan válasz volt rögzíthető, amely arra fókuszált, hogy milyen az ő saját oktatói szerepköre, viselkedése, amely aztán elégedetté teszi. Ezek általában a következők: ha képes interaktív, gyakorlatias órát tartani, magas tárgyi tudással rendelkezik, és ha megfelelően tud a hallgatók által feltett kérdésekre válaszolni.

4.4.2.4. Az érem másik oldala: a hallgatók elégedettsége az oktatóval – ahogy az oktató gondolja

Az előző kérdésnél arra voltunk kíváncsiak, hogy mikor elégedett az oktató saját magával, a következő kérdésünk pedig arra vonatkozott, hogy vajon a hallgatók mikor elégedettek, mit várnak el az oktatóktól – pontosabban erről mit gondolnak az oktatók, mi él ezzel kapcsolatban a fejükben. Öt oktató úgy vélte, hogy a hallgatóknak a vizsga sikeres teljesítése a leglényegesebb szempont, és az a fontos számukra, hogy az erre való megfelelő felkészítést megkapják az oktatójuktól. Négyen azt nyilatkozták, hogy a hallgatók elvárásai túlmutatnak azért a vizsgán, és fontos számukra, hogy az oktatók felkészítsék őket az orvosi munkavégzésre, azaz gyakorlatorientált tudást adjanak át. Ezen válaszok mellett elvétve jelentek meg még a következő oktatói reakciók: *„a hallgatók azt várják el, hogy a káoszban rendet teremtsek”, „a hallgatók ingerküszöbét megüssem”, „a tudást átadjam, kurrens anyagot adjak le*”.

4.4.2.5. Hogyan látja saját magát oktatóként – a diákkori énjével?

Az oktatókat szembesítettük korábbi – az oktatókról alkotott – elképzeléseikkel is. „Ha visszagondol, elégedett lenne-e azzal az oktatóval diákként, akit most megtestesít oktatóként? Ha igen, milyen tulajdonságait emelné ki, ami miatt elégedett lenne a mostani önmagával?” Erre a kérdésre a megkérdezettek többsége nem adott egyértelműen pozitív választ.

Hatan közülük azonban elégedettek lettek volna azzal az oktatóval, akit jelenleg ők megtestesítenek. A következő indokokat említették:

„érdekesen mondom... praktikus dolgokat is elmondok... életközeli órákat tartok... vicces, laza vagyok... sok pozitív feedbacket kapok... nem rettegnek a vizsgáimon, nincs pszichés stressz, nem félnek tőlem... mert inspiráló vagyok és nem csak infót akarok átadni... empatikus vagyok... szakmailag felkészült, alapos... emocionális vagyok... lelkesedéssel teli, odaadó... jó előadókészséggel rendelkezem... példamutató vagyok.. a visszajelzésekhez igazítom az órákat... kézzelfogható gyakorlati tudást adok át... az angol nyelvtudásom miatt... frissítem az előadásokat... sztorizok az órán... jól szintetizálom a tudást, közérthetően... holisztikus, interdiszciplináris szemlélettel... szeretem a határterületet is bemutatni... önironikus vagyok... le tudom venni a hallgatókat a lábukról"

Nyolcan ennél bizonytalanabb válaszokat fogalmaztak meg, azaz ők csak részben lennének elégedettek a valaha ideálisnak gondolt oktató-képpel. Az indokok között a jövőbeni fejlődés szükségessége jelent meg, pl. a pedagógiai készségekben, az elméleti tudás gyakorlatiasabbá tételében, a hallgatók partneri bevonásában, a gyakorlat-orientáltabb oktatásban. Hangsúlyosan jelent meg az időfaktor is, vagyis több időt lenne jó az oktatásra és az arra való felkészülésre szánni.

4.4.3. Oktatásfejlesztés

4.4.3.1. Ki mit tesz az oktatás fejlesztése érdekében?

A megkérdezett 15 oktató közül tizennégyen rendszeresen készülnek az óráikra. Egyrészről megpróbálják azokat bizonyos szempontok mentén fejleszteni, pl. hallgatói interaktivitás tervezése, pedagógia, didaktikai elemek alkalmazása segítségével. Másrészről szakmailag is frissítik az átadni kívánt tudásanyagot. Az oktatás szakmai értékelése kapcsán a kérdezettek azt jelezték, hogy a klinikai példa, vagy különösen a beteg bemutatása az órákon olyan elem, amely tapasztalataik szerint fenntartja a hallgatók figyelmét.

4.4.3.2. Ha az Ön gyermeke hallgató lenne...

A mélyinterjú vége felé haladva újabb személyes érintettséget „kapcsoltunk be”, az alábbi kérdéssel: ha az oktató gyermeke hallgató lenne, mit gondolna, mi lenne az ideális módja az eredményes tanulásnak, tanításnak az ÁOK-on a 21. században, illetve, mikor, milyen oktatási környezetben lenne nyugodt a gyereke képzését illetően. A válaszok közül hat vonatkozott a képzés gyakorlatorientáltságára. E szerint az oktatók közül hatan azt várnák el, hogy a képzés gyakorlatias és a gyermeke számára motiváló legyen. Két válasz érkezett a világos, egyértelmű elvárásokkal kapcsolatban, amelyek főként a számonkérésekre vonatkoztak. További két felvetés a logikus tananyagra, illetve az elméleti tudás valós környezetbe való ágyazására helyezte a hangsúlyt. Hasonlóan két válaszadó szerint fontos lenne, hogy felkeltsék és fenntartsák a hallgatókban a kíváncsiságot és a motivációt. Egy-egy válaszban említették meg azt, hogy stabil és biztos tudást kell, hogy adjon a képzés, tisztességes legyen a hallgatókkal való bánásmód, több kontakt legyen a klinikusokkal, és kisebb csoportban oktassák őket. Megfogalmazódott végül az is, hogy ne csak az intellektust fejlesszék az oktatók, hanem mást is, pl. az általános szemléletet, és kiemelték, hogy példaképként funkcionáljanak az oktatók.

4.4.4. A tanóra

4.4.4.1. Mit jelent az órára való készülés?

Ez alatt elsősorban azt értik, hogy végiggondolják a tartandó órát (didaktikai szempontból, mint pl. belső összefüggések, sorrendiség, információk csoportosítása stb.), frissítik a tematikát, kérdéseket integrálnak az „óratervbe”, a klinikai oktatásban pedig a páciensekkel egyeztetnek. Mindösszesen egy oktató fogalmazta meg azt a különálló véleményét, hogy nem kell a „mély szakmát” oktatni, hanem átlátható, érthető anyag kell. Ezzel indokolta, hogy neki nyolcvan százalékban nem is kell készülnie az óráira. „*Le kell tisztázni a hallgatóknak a lényeget, minél egyszerűbb, annál jobb*.”

4.4.4.2. Milyen a tipikus óra?

A tipikus órák szóbeli elmondása alapján azt tapasztaltuk, hogy az előadások nagyjából mind a tizenöt megkérdezettnél hasonlóan zajlanak. PowerPoint prezentációt használnak,

frontális oktatási módszerrel tanítanak, legtöbbször egyirányú kommunikációval (oktatótól a hallgató irányába).

Vannak olyan oktatók, akik néha beleszőnek egy-két kérdést az előadásukba, jobb esetben bekapcsolva ezzel a hallgatóságot az előadás folyamatába. Az előadások frontális voltának ellensúlyozása kérdésekkel, gyakorlati teendőkkel ugyanis aktiválja a hallgatókat, tapasztalataik szerint. Hasonló hatást tudnak elérni esettanulmányokkal is. Mások történetet mesélnek, vagy cikkeket elevenítenek fel. Néhányan részösszefoglalásokat készítenek az előadás közben, amely segíti a megértést az ismétlés által. Gyakorlatok esetében a megkérdezett oktatók közül sokan törekednek arra, hogy páciensek bevonásával színesítsék az órákat. Egyedi példaként volt olyan oktató is, aki már „feladta a hallgatók bevonását az óráin" – az átélt kudarcai miatt.

Van olyan oktató, aki alapvetően a ppt-ben foglalt tudásanyagban hisz, és mindösszesen fél percet hagy egy-egy diára *(ez egy 45 perces előadással számolva kb. 90 dia megtekintését és befogadását kell, hogy jelentse – megjegyzés tőlem, VZs)*.

Az egyik oktató pedig arról számolt be, hogy egy idősebb kolléga óráit látogatja, tapasztalatszerzés céljából.

4.4.4.3. Mi működik jól az órán?

Eltérő válaszokat kaptunk arra a kérdésre, hogy mi az, ami az oktatók szerint jól működik az óráikon. Mindösszesen öt oktató adott hasonló választ, amely a hallgatók megkérdezésére, bevonására, az interaktív kurzusok tartására vonatkozott. Három fő jelezte, hogy szerinte a kurzusának a gyakorlati hasznossága az, amely jól működik. Szórványosan tűntek fel az alábbi válaszok:

> *„Hogy nem a tankönyvet adom le, hanem máshogy közelítem meg az anyagot"... „hogy idősebb kollégaként megyek be"... „nemzetközileg elfogadott ábraanyagot használok"... „személyesebbé tett sztorikat, történeteket mesélek"... „átlátható szerkezetű, logikus, követhető, érthető órákat tartok"*

4.4.4.4. Problémák, amelyekkel szembe kell néznie az oktatás során

A mélyinterjúk során arra a kérdésre, hogy mik azok a jellemző problémák, amivel oktatóként szembesül, a tizenöt megkérdezett közül tizenketten azt felelték, hogy

többnyire a hallgatókkal kapcsolatos problémák nehezítik az oktatási tevékenységüket. Az alábbi példákat említették:

> *„a nagy hallgatói létszám... más a hallgatói igény, mint a tananyag... a hallgató szellős diákat vár el, de ebből akar tanulni is... a fegyelmezetlen hallgatók... a generációs különbségek... a mobiltelefon figyelemelterelő hatása... a nem megfelelő szakmai alapok... a lankadó figyelem... az általános hallgatói hozzáállás... a hallgatók nem értik a logikát... a hallgatók motivációjának fenntartása, illetve egyáltalán annak felébresztése... a hallgatók tudásának „botrányos" volta... az előadások alacsony látogatottsága..."*

Néhány válaszban – pontosabban mindösszesen három esetben – az oktató személyére vonatkozó önreflexió vonatkozott az oktatást nehezítő tényező megnevezésére (pl. a hiányzó pedagógiai tudás, az oktatási feladatokra fordított idő hiánya, az oktatással kapcsolatos adminisztratív teher).

Mindezek mellett néhány oktató technikai problémákat jelzett: az oktatási helyszínek kicsi területe és a városban való szétszórt elosztása – a hallgatói késések okán – jelentenek említésre méltó zavart.

4.4.4.5. Mivel fejlesztené az oktatását?

Az oktatók válaszai alapján arra a kérdésre, hogy mivel szeretné kiegészíteni az óráját (ha lenne ideje és energiája ezzel foglalkozni) négy esetben az oktatási eszközök, módszerek javítása került előtérbe (pl. több animáció, film, 3D megjelenítés, képfúzió, PowerPoint jobb használata).

A többi válasz pedig a tanítási folyamat, a tanításban alkalmazott módszerek használata fejlesztésének szükségességére világít rá (pl. több interaktivitás, csoportmunka, kiscsoportos munka, több klinikai példa bevitele az órákra, páciensek integrálása – klinikai példák után hasonlók bemutatása hallgatói feladatokban).

4.4.4.6. Képezi-e magát oktatóként?

A mélyinterjúban résztvevő oktatók közül hét fő állította, hogy egyáltalán nem képezi magát oktatóként, nyolc fő pedig igennel válaszolt. Közülük mindösszesen öt megkérdezett tudott valamilyen pedagógiai jellegű képzésről beszámolni. A

következőket említették, mint olyan pedagógiai elemeket, amiket az oktatásuk során használnak, és megítélésük szerint fejlődnek is általuk oktatói képességeik:

> *„bevezetés, részösszefoglaló, összefoglaló beépítése az órámba, non verbális kommunikáció eszközeinek használata, kérdezés az órákon, a tanóra felépítése, frontális oktatás helyett más típusú módszerek alkalmazása pl. kiscsoportos oktatás, peer-to-peer, near peer, flipped classroom, case solving"*

Ezeken kívül az oktatók különböző könyvek olvasásáról, konferenciák látogatásáról és mások kurzusainak látogatásáról számoltak be.

Hárman említették azt, hogy megítélésük szerint fejlődnek, de ez kizárólag a szakmai területet érinti. Érdekes paradoxonként jelent meg a véleményekben (a jelenség mélyebb elemzése nélkül), hogy „*Romhányi Professzor Úr frontálisan oktatott, mégis számos kolléga és jómagam példaképe is*".

4.4.5. Az „elég jó" oktató

4.4.5.1. Milyen az elég jó oktató az orvosképzésben?

Arra a kérdésre, hogy milyen az „elég jó oktató az orvosképzésben" illetve, hogy milyen képességekkel, készségekkel rendelkezik az „elég jó oktató", a következő válaszokat kaptuk. Hat „megerősítő" válasz érkezett a szakmai kompetenciára (az elméleti tudásra), négy a gyakorlati tudás átadására, három az információ átadási képességre, három arra, hogy az oktató példaképe legyen a hallgatóknak, és szintén ugyanennyi arra, hogy az oktatónak jó szintetizáló képessége legyen annak érdekében, hogy be tudja mutatni az összefüggéseket. További három válasz arra vonatkozott, hogy az oktató jó kommunikációs készséggel rendelkezzen, és fenn tudja tartani a figyelmet. Két válaszadó utalt arra, hogy a jó oktatónak showman-nek kell lennie, aki „elviszi az előadást". Ezeken kívül egy-egy személy esetében jelentek meg a következő válaszok:

> *„fagyott-kedves" közötti személyiség legyen... próféta legyen, aki nem tudást ad át, hanem lelkesedést, hozzáállást, gondolkodásmintát... kritikus gondolkozásra tanít... rávilágít dolgokra, miért fontosak... hiteles... okos... türelmes... jó kapcsolatteremtési képességgel rendelkezik... pedagógiai attitűdje van... nem kalandozik el... motivált... inspiratív... tudja mit várnak el tőle a hallgatók... a*

hallgatókból kiváltja az érzelmeket, hogy az információ rögzüljön... monitorozza mennyire érthető, amit beszél... precíz.... az oktatóknak nyitottnak, magabiztosnak, szerénynek, alázatosnak, visszafogottnak kell lenniük"

4.4.5.2. Ismer-e itt és most ilyen „elég jó" oktatót?

Arra a kérdésre, hogy ismer-e olyan oktatót a karon most, aki közel áll az általa elképzelt elég jó oktatóhoz, leginkább nemleges, illetve kitérő válaszok születtek. Ennek okát abban látják, hogy nem nagyon (pontosabban egyáltalán nem) látogatják egymás óráit. Így a válaszok többségében egy korábbi példakép jelent meg a megkérdezett szeme előtt, és ezen személy kapcsán próbálták megfogalmazni, hogy milyen is a jó oktató. (A kérdés során ugyanis azt is kérdeztük, hogy az „elég jó" oktatót milyen tulajdonságai, képességei, készségei alapján gondolja jónak, azaz milyen szkillek kellenek ahhoz, hogy e kategóriába kerüljön valaki?)

Hatan említették, hogy a szakmai felkészültség nagyon fontos. Ezen túl négy válaszadó jegyezte meg, hogy a jó oktató legyen gyakorlatias, életközeli példákat hozzon, a mindennapos klinikai munkát hozza példaként, tudjon magyarázni, logikus, életszerű magyarázatokkal, gondolkozásra sarkalló legyen, érdekessé tudja tenni a dolgokat, érthető előadásmóddal fejezze ki tudását. Hárman jelezték, fontos, hogy rá tudjon világítani alapvető dolgokra, a lényegre törekedjen, és szintetizáló képessége legyen („lényeglátásra törő"). Két főtől érkezett a jó oktató kép kapcsán olyan válasz, amelyben a didaktika is megjelent, a humoros személyiség mellett. További két válaszadó tartja fontosnak, hogy a jó oktató megfelelően illusztráljon, amely komoly előregondolkozást igényel. Ketten jelezték azt is, hogy az oktatónak karizmatikus személyiségnek kell lennie (orgánum, retorikai, előadói képesség). Elvétve egy-egy válasz érkezett továbbá a következő tulajdonságok kapcsán:

„megtanítja a gyerekeket logikusan gondolkozni... felkészült... pedagógiai ismeretek biztosan kellenek hozzá... a hallgató mögött látja az embert... pontosan követhető követelményrendszere van... okos (amit mond, azt érti is)... tapasztalt... imádja az oktatást... nem sajnálja az időt az oktatástól... kíváncsiságot ébreszt... közös gondolkozásra sarkall... mennyiség helyett minőségre törekszik... jó élményt kelt a hallgatóban... technikai eszközökkel jól boldogul... jó önismerettel rendelkezik, hogy példa tudjon lenni... szeresse a szakmáját... tudás eleganciáját képviseli – azaz művészien bánik a tudással... jó stílusa van"

4.4.6. Pedagógia

4.4.6.1. A jó pedagógus/oktató ismérvei

A beszélgetések kapcsán részletesen kitértünk a jó pedagógus/oktató ismérveire is (szakmai, didaktikai, kommunikációs, pedagógiai ismeretek, a tanulási folyamat szervezése és irányítása, alkalmazkodási, döntési és helyzetfelismerési, empátiás és szakmai együttműködésre való képesség).

Egyenként részletesen elemezve a tizenöt mélyinterjúban résztvevő alanyunk válaszait, azt állapíthatjuk meg, hogy a szakmai ismereteket alaptudásnak tekintik.

A didaktikai ismereteket öt fő tartotta egyértelműen fontosnak, de a többi válaszban csak az jelenik meg, hogy jó lenne, ha lenne. Magyarázatképpen hozzáfűzik, hogy biztos nem ez a legfontosabb, de kellhet (valamire) – ez a bizonytalan válaszadás valószínűleg a didaktikai ismeretek hiányáról árulkodik (hallott róla, de nem biztos benne, hogy jól tudja miért is lenne a számára hasznos).

A kommunikációs ismeretek egyértelműen mindenki szerint nagyon fontosak.

A pedagógiai ismeretek kapcsán heten egyértelműen azt jelezték, hogy szükség lenne rá, két fő ezt a „valamelyest" kategóriába helyezte.

A tanulási folyamat szervezése és irányítása kapcsán kilenc oktató állította azt, hogy szükség van rá (pl. a hallgatói konzultációval, évközi számonkéréssel kapcsolatban). Mindösszesen egy oktató jelezte, hogy talán nem akkorra a jelentősége, mint a középiskolában.

Mind a tizenöt megkérdezett oktató határozottan jelezte, hogy az alábbi készségekre szüksége van egy oktatónak: alkalmazkodási képesség, döntési és helyzetfelismerési képesség, empátiás képesség, szakmai együttműködésre való képesség.

4.4.6.2. Szükség van-e pedagógiai képzésre egy orvoskaron?

A karon a pedagógia tartalmú kurzus bevezetését mind a tizenöt mélyinterjúban résztvevő oktató támogatja.

E támogatás okainak feltárása során, azaz, hogy az oktatók szerint a pedagógiai ismereteknek az orvosképzésben milyen előnyei lennének, azt felelték, hogy a személyes fejlődéshez járulna hozzá, további eszköztárral tudná felvértezni az oktatókat. Egy oktató

azt emelte ki, hogy azért volna fontos, mert a „*mostani követelményrendszer aszimmetrikus (a kutatás túl nagy szerepet kap, az oktatás túl általános)”,* egy másik pedig azt, hogy „*az oktatói szereppel és ennek azonosításával, egy ilyen kurzus segítségével új oktatói identitás alakulna ki, mindamellett, hogy megtanul ppt-t is készíteni*”. Ezen felül még egy figyelemreméltó válasz hangzott el – az utánpótlás kapcsán:

> *„Nagyon támogatom a pedagógiai fejlesztéseket, mert az oktatók egy része kényszernek éli meg az oktatást, és ez rontja a hírnevét a karnak. Lehetne pl. a PhD hallgatókat jobban elismerni, hogy itt maradjanak.”*

Az oktatók arra kérdésre, hogy látnak-e problémát a pedagógiai kurzussal kapcsolatban, többségében nemlegesen válaszoltak. Többen jelezték azonban, hogy az időhiány okozhat majd fennakadásokat.

Ezen felül inkább javaslatokat fogalmaztak meg, hogyan lehetne mindezt jól csinálni. Pl. érdemes volna olyan oktatókkal tartatni a kurzust, akik már ki is próbálták a módszereket, jó lenne az újabb innovatív módszerek és a klasszikus didaktikai módszerek tagolása, vagy online kurzus formájában is meg lehetne szervezni, tartani a kurzust.

4.4.6.3. Milyen hozzáadott értéke lenne a pedagógiai képzésnek, a több tudásnak e területen a hallgatók számára?

Az oktatók többsége szerint a magyar és külföldi hallgatók számára is jelentős hozzáadott értéke lehet az oktatók pedagógiai képzésének. A hallgatók lemorzsolódását csökkentené és segítené a hallgatókat az egyetemi élethez adaptálódni. Az egyik oktató így fogalmazta meg véleményét e kérdés kapcsán:

> *„Fontos, hogy a hallgatók ne futószalagon menjenek végig... a hallgató-hallgatóval nagyjából ezekről beszél: milyen a gyakorlat, ki vizsgáztatott, milyen volt az óra – elaludt, nem aludt el az órán, illetve arról, hova lehet elmenni bulizni.”*

Egyedi véleményként jelent meg az, hogy a hallgatóknak nincs szükségük oktatóik pedagógiai képzésére, sokkal inkább hosszabb távú élményre és azok „letapadására” a tanulmányaik során.

4.4.6.4. *Milyen hozzáadott értéke lenne a pedagógiai képzésnek e területen a kar számára?*

Az előző kérdéshez hasonlóan megkérdeztük azt is az oktatóktól, hogy a kar versenyképességét növelné-e, ha tudatosabb és korszerűbb oktatói-pedagógiai munka folyna? Kilenc fő egyértelmű igennel válaszolt, két fő bizonytalanságát fejezte ki. Három fő szerint nem ez a lényeg, mert ennek nincs döntő szerepe: a felvételizők úgysem látják az oktatási minőséget, sokkal inkább financiális szerepek játszanak közre abban, hogy melyik egyetemet választják, illetve a nemzetközi rangsorokban való jó szereplés számít.

4.4.6.5. *Oktató vagy pedagógus? Van-e különbség e kettő között?*

Arra a kérdésre, hogy vajon van-e különbség az oktató és pedagógus között, a megkérdezettek nagyobbik hányada e különbséget a következőkben látja: A pedagógust nevelőnek tartják, aki kizárólag oktatással foglalkozik, főállásban. Azaz életpálya-szerűen gyerekekkel foglalkozik, ezt tanulta az iskolarendszerben. Nem csak ismeretanyagot ad át, hanem nevel is, de nem vált ki hosszú távra való gondolkozást. Az oktatót pedig inkább információátadónak, felnőttekkel foglalkozónak és olyasvalakinek tartják, aki nem tanult oktatni.

Mind a tizenöt válaszadó oktató esetében előkerült azonban az a gondolat, hogy fontos lenne azért a pedagógiai tudás is az oktatók számára, mert ennek segítségével jobban tudnák támogatni a hallgatókat. Például felismernék a hallgatók rejtett igényeit is, személyesebbé tehetnék az oktatást, nem aláznák meg – akár szándéktalanul is – a hallgatókat. Összességében azt fogalmazták meg, hogy nem lehet „csak oktatónak” lenni. Pedagógus képzettséggel ugyanakkor nem rendelkeznek, és nincs is ehhez elég szakmai tudásuk. Sokan elmondták, hogy sajnos „csak oktatók”, de jó lenne ezen a területen (is) fejlődni, sőt néhányukat határozottan érdekli a pedagógia, sőt, van, aki pedagógusnak is vallja magát.

4.4.7. *Egyéb*

4.4.7.1. *Egyéb fejlesztési javaslatok*

Az oktatóknak lehetőségük volt a mélyinterjúhoz további kiegészítéseket tenni. Ezek között a technológiára utaltak többen, azzal a megjegyzéssel, hogy annak ismerete és

használata is komoly minőségi ugrást eredményezne az oktatásban. Továbbá kurrikulum reformot javasoltak, és megjegyezték, hogy sajnos azok az oktatók motiváltak a fejlődésre, akik amúgy is („ösztönből", saját belső motiváció kapcsán tett, az oktatási területen történő fejlesztésük miatt) jó oktatók.

4.4.8. A mélyinterjú vizsgálat összefoglaló megállapításai

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

- A megkérdezett oktatók többségében megtalálták helyüket, szerepüket az oktatási tevékenységben, egyrészt azért, mert fiatalos környezetben dolgozhatnak, másrészt pedig azért, mert az oktatás, a hallgatói tanulás segítése által biztosítottnak látják saját szakmai fejlődésüket is.
- Annak ellenére, hogy a megkérdezett oktatók közül kilencünknek az oktatói munka a kutatói léttel való „árukapcsolás" miatt vált életük részéve, mind a tizenöt megkérdezett alapvetően elégedett az oktatói szerepével.
- Szerepük lényegét abban látják, hogy szintetizálják a tudást a hallgatóknak. Elégedettségérzést az vált ki belőlük, ha a hallgatók kérdeznek, érdeklődést mutatnak, és a vizsgán is jól szerepelnek.
- Az interjúkból úgy tűnik, hogy a kérdezett oktatók többnyire készülnek az óráikra, amely alapvetően a szakmai anyag áttekintését és frissítését jelenti. Megfogalmazódott emellett az is, hogy szívesen hallanának oktatásmódszertani, didaktikai, pedagógiai ismeretekről, hogy fejlesszék tudásukat, még akkor is, ha ezen fogalmak pontos ismeretének hiányát többen felvetették (másként fogalmazva: a szükséglet már megfogalmazódott, hogy a szakmai tudás mellett másra is szükségük lenne az eredményesebb oktatáshoz, ám ennek tartalmát még nem nagyon tudták definiálni).
- Felvetődött az is, hogy az oktatók a tanításban alkalmazott módszereiket szívesen bővítenék. Többen példákat is tudtak hozni (pl. csoportmunka, kiscsoportos munka, több klinikai példa bevitele az órákra, a páciensek integrálása – a klinikai esetek után hasonlók bemutatása hallgatói feladatokban). Azaz jól érezhető volt a

beszélgetések során, hogy a megkérdezett oktatók nem zárkóznának el a továbbképzési lehetőségektől. Olyannyira nem, hogy – konkrét kérdésre válaszolva – maximálisan támogatják a pedagógiai tartalmú kurzus bevezetését a karon.

- Kiemelnénk azonban – annak ellenére, hogy ebben a dolgozatban ennek tárgyalására nem kerül sor – hogy az oktatók továbbra is időszűkében érzik magukat. A kutatási tevékenység, a hallgatók magas létszáma, illetve a betegellátó tevékenység olyan jelentős terhet ró rájuk, ahol az idővel és feladatokkal való versenyfutás nem kedvez az oktatásfejlesztési törekvéseken való gondolkodásnak és cselekvéseknek.

5. MEGBESZÉLÉS

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

5.1. Hipotézisekkel kapcsolatos döntések

A dolgozatban az alábbi hipotéziseket vizsgáltuk meg:

1. hipotézis:

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

A hipotézis három kompetencia esetében igazolódott be: a karrierépítési lehetőségek ismerete, az asszertivitás alkalmazása[24], és az érzelmi és társas intelligencia fejlesztése.

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

Ezen kompetenciák esetében az értékelések különbözőségét, azaz, hogy ezeket a hallgatók magasabb fontossággal értékelték, abban látom, hogy e területek, fogalmak társadalmi megjelenése és azok beépülése a köztudatba később történt, így ennek tudatos beépítése az orvosképzés reguláris folyamataiba még várat magára Magyarországon.

Tizennégy kompetencia esetében éppen az ellenkezőjét mutatják az eredmények, azaz, ezeket az oktatók tartották fontosabbnak a hallgatóknál:

- elméleti tudás
- szakmai gyakorlat
- diszciplínák történetének ismerete
- rugalmas gondolkodás
- emberi méltóság figyelembevétele
- betegek érzelmi reakcióinak kezelése
- betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása
- „partneri" viszony kialakítása a betegekkel
- betegek tisztelettel való kezelése
- munkavégzéshez pozitív hozzáállás
- problémamegoldó képesség
- konfliktuskezelés
- folyamatos továbbképzéseken való részvétel

A többi kompetencia esetén pedig nincs érdemi különbség az oktatói és hallgatói fontosság átlagos szintje között 5%-os szignifikancia szint mellett, vagyis ezeket statisztikailag is igazolhatóan, egyformán fontosnak ítélték az oktatók és a hallgatók:

- betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele
- betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele
- betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele
- team munkára való alkalmasság

- hatékony időgazdálkodás
- érzelmi intelligencia fejlesztése
- munka-magánélet egyensúly kialakítása

A nemzetközi szakirodalom több ponton is megerősíti azt, hogy rendkívül nagy szükség van a szkillekre, készségekre, kompetenciákra ahhoz, hogy az orvosok a jövőbeni orvoslás folyamatában eredményesebb orvosként, klinikusként és oktatóként tudjanak részt venni (Kugel, 1993. pp. 315-328; Moriates, 2019. pp. 674-677). Sajnos a szükséglet felismerése önmagában nem elegendő ahhoz, hogy az orvosképzésbe ezen kompetenciák beépüljenek. Szükség van ehhez egy oktatási modellre, a kurrikulum átalakítására, a tematikák tudatosítására, amelyekben ezeknek a kompetenciáknak a helye világosan látszik. Kurt Lewin (1943. pp. 113-131) szerint „there is nothing as practical as a good theory". Ez szintén megerősíti, hogy intézményesíteni szükséges az új kompetenciák beépítését az oktatásba. Artino és Konopasky (2018. p. 609) cikkében több ponton olvasható, hogy az oktatás elméleti és gyakorlati része elengedhetetlen az orvosképzésben. Ugyanakkor azt hangsúlyozzák, hogy csak az oktatók tapasztalatain alapuló képzés elavult (amelynek nagy részét az előzőekben említett két elem teszi ki) és szükség van egy olyan teóriára az orvosképzésben, amely sokkal inkább elveken, tudatos tervezésen alapszik, mint pusztán a tapasztalaton. A nemzetközi szakirodalom sem vitatja tehát, hogy az elméleti és a gyakorlati tudás adja az orvosképzés gerincét. E források és a saját kutatásaim is arra hívják fel a figyelmet, hogy érdemes egyensúlyt és szinergiát teremteni a hagyományos orvosképzés alapjait adó, és az újonnan megjelenő kívánatosnak tartott kompetenciák között.

2. hipotézis

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

A második hipotézisünket a vizsgált kilenc pedagógiai ismeret közül nyolc esetében alátámasztották a kutatás eredményei. Ezek esetében 5%-os szignifikancia szint mellett a hallgatók fokozottabban érzékelik úgy, hogy az oktatók jelenlegi pedagógiai tudása fejlesztésre szorulna, mint az oktatók. A szakmai ismeretek elem képezi a kivételt, amely esetén épp a hipotézis ellenkezője derült ki: az oktatók fontosabbnak tartják ezt átlagosan, mint a hallgatók (5%-os szignifikancia szint mellett). Összességében tehát – a kutatás

eredményei alapján – az oktatók kevésbé vannak tudatában annak, hogy pedagógiai készségekre is szükségük volna az oktatás során, illetve annak, hogy azokat fejleszteni volna szükséges. A didaktikai ismereteknél megjelenő legmagasabb átlag (3,48) – jóindulattal – utalhat arra, hogy valamilyen pedagógiai tudással kapcsolatos fejlődési szükségletek, gondolatok már felmerültek az oktatóknál. Az ötfokozatú skálán adott 3,48-as átlag azonban nehezen értékelhető erősebb szükségletnek, fejlesztendő területnek, hiszen inkább egy semleges álláspontot mutat. A hallgatók által adott átlagok (ugyan 4,0-es átlag feletti számokat esetükben sem láthatunk), összehasonlítva az adott szempontok oktatói átlagával és a kettő közötti értékelés közötti különbséggel, azonban szépen mutatják és támasztják alá a szakirodalomban, orvosképzéssel foglalkozó konferenciákon is többször és több szempontból vizsgált kérdéskört, nevezetesen a pedagógiai ismeretek szükségességét az orvosképzésben (Harden, 1999 pp. 546-552; Irby, 1994 pp. 333-342; Mcleod és munkatársai, 2009 pp. 117-124).

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

A hallgatók összességében a legmagasabbra az oktatók szakmai ismereteit jelölték (4,38-as átlaggal), míg a tanulási folyamat szervezése, irányítása a 2,87-es átlaggal a leggyengébb kompetenciának bizonyult. Csak zárójelben jegyezzük meg, nem biztos, hogy ez minden esetben az oktató dolga kellene, hogy legyen: főállású oktatásszervezők e feladatokat el tudnák látni, és egyben az oktatás minőségbiztosítási részét is felügyelhetnék[25].

Harden, Irby és Mcleod és munkatársai (2009) is foglalkoznak a szakirodalomban e témakörrel, és erősítik meg azt a gondolatot, hogy szükség van pedagógiai ismeretekre és tudásra az orvosképzésben. A dolgozat ezen részében Dent és Harden (2013) nevét tartjuk a legfontosabbnak kiemelni, akik többek között a Practical Guide of Medical Teacher című könyvet írták, amely az orvosképzés pedagógiai alapjait rögzíti.

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

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

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

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

3. hipotézis

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

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

Az oktatók, ahogy az első hipotézis kapcsán is láthattuk, szinte az összes, a KKK-ban megfogalmazott kompetenciát fontosnak ítélik, mégpedig négyes átlagnál magasabb szinten. Az első hipotézis vizsgálatakor az is kiderült, hogy a szempontok többségét az oktatók nagyobb fontossággal jelölték, mint a hallgatók. A közvetítés mértékével kapcsolatban arra mutat rá a kutatás, hogy az oktatók ugyan fontosnak tartják az adott kompetenciát, de közvetítésének mértéke – egy szempontot kivéve – négyes átlag alá került az oktatók értékelései szerint. Egyetlen szempont, az elméleti tudás volt az, amelyet az oktatók úgy véltek, hogy négyes átlagnál magasabb szinten közvetítenek a hallgatóknak. A kapott eredmények arra világítanak rá, hogy a lexikális, elméleti tudás, mint az orvosi szakma legfontosabb alapja, képezi az oktatók szerint az orvosképzés gerincét, amelyet a legjobban át tudnak adni a kurzusaik során. Ez az eredmény megegyezik a hallgatói elsajátítás mértékére vonatkozó oktatói véleményekkel, hiszen ott is az elméleti tudást jelölték meg a leginkább elsajátított szempontnak. A többi kompetencia esetében azonban a közvetítés mértéke a négyes átlagot sem éri el, amely azt jelenti, hogy az ötfokozatú skálán történő értékelés során – amelyet az iskolarendszerben is használunk – nem éri el a négyes „érdemjegy” szintjét.

A kutatás arra is rávilágít, hogy az oktatók megítélése a közvetítés mértékére és a hallgatók „tudásszintjére” vonatkozóan, különbözik a hallgatói megítéléstől. Ezen szempont esetében a hallgatók úgy vélik, hogy 3,24-es átlaggal sajátítják el az oktatás során az elméletet. A hallgatói átlagok 2,43-3,72 közötti értékeket mutatnak, ami felhívja a figyelmet arra, hogy a közvetítés, azaz az oktatás a hallgatók megítélése szerint, az eredményesség irányába tovább fejleszthető volna. Mindamellett nem szabad arról sem megfeledkeznünk, hogy a tanítás-tanulás egymással kölcsönhatásban lévő

tevékenységek, és a hallgatói teljesítmény nem róható fel egyedül az oktatóknak. A hallgatói felelősségvállalás a saját tanulásért, az életben, a szakmában való érvényesülésért attitűd és készség megtanítása is része lehet az oktatói munkának, amikor felnőttképzésről beszélünk. A mélyinterjúk tapasztalata, hogy a hallgatók felnőttként való kezelése a megkérdezett oktatók számára gyakran problémát jelent, hiszen a hallgatók sok esetben nem viselkednek felnőttként. Ezen nehézség főként az alapozó modulban jelentkezik. Több interjúban megfogalmazódott az is, hogy az alapozó modulban oktató munkatársaknak akár még pedagógusként való működése sincs távol a valóságtól[26]. Pedagógus minőségükben való működésük kapcsán egyrészről megjelenik a nevelői munka szükségessége, másrészről pedig az, hogy az oktatás során szükséges módszertani elemeket nem tudják beépíteni tudatosan az oktatás folyamatába. További nehézségként említették, hogy túl kevés idejük van az oktatási feladataik elvégzésére, ez főként a klinikus oktatóknak okoz problémát. Szakmai szempontból az előadásaikat átnézik, de pedagógiai, módszertani felkészülésre, vagy e területen történő továbbképzésre már nem fordítanak időt és energiát. Ennek egyik oldala az, hogy nincs is a legtöbb esetben erre szervezett lehetőség, a másik oldala pedig, amit a kutatás eredményei is alátámasztanak, hogy az oktatók kevésbé érzik a továbbképzés szükségességét. Volt olyan oktató, akinél a fásultság, a burn-out jelei is érzékelhetők voltak, amelyek szintén okát képezhetik a továbbképzés iránti motiváció hiányának. A dolgozat első fejezeteiben taglalt oktatói munkakörökben való karrierépítéshez szükséges szempontok sem támogatják az oktatók továbbképzését, hiszen az oktatás minőségének mérésére egyelőre az orvosképzésben nem került sor.

4. hipotézis

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

A hipotézis egy szempontot (a betegek egyéni sajátosságainak figyelembevételét) kivéve beigazolódott. A kutatás eredményei azt mutatják, hogy fontosság tekintetében a páciensek magasabb átlagértékeket adtak a kompetenciák többségére, mint az azokkal

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

való elégedettségük kapcsán ($p<0,05$). A betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele esetében mutatkozik felülteljesítés, ami azt jelenti, hogy elégedettebbek vele a páciensek, mint amennyire fontosnak vélik. Minden más szempontnál az látható, hogy a páciensek elvárásai magasabbak, mint az elégedettségük. A páciensek körében kapott eredmények is azt támasztják alá, hogy a „fogyasztói elégedettség" az orvoslás teljesítményével nem elégíti ki a szükségleteiket, így az oktatás során ezek elsajátíttatására és begyakoroltatására kiemeltebb figyelmet kell fordítani. A hallgatók képzése mellett a jelenlegi oktatói testület továbbképzése is hangsúlyt kell, hogy kapjon, amely során megtanulhatnak új oktatási módszereket, és elsajátíthatják az adott kompetenciákkal kapcsolatos tudásanyagot, fejleszthetik saját szkilljeiket.

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

5.2. A kutatás erősségei és korlátai

A doktori disszertációban bemutatott, a magyarországi orvosképzőhelyek nemzetközi, multikulturális egyetemi környezetében végzett kutatás erőssége, hogy széles körű, a magyar, az angol és a német képzésben résztvevő orvostanhallgatók, valamint a képzésükben részt vevő oktatók bevonásával készült. A páciensek megkérdezése pedig a

PTE ÁOK hallgatóinak a tanulmányaikhoz szorosan köthető helyszíneken történt, a PTE Klinikai Központjának segítségével.

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

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

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

A dolgozat másik korlátja a páciensek körében végzett vizsgálat esetében az, hogy a kompetenciák megítélésekor, amelyek általában az orvosi munkavégzésre vonatkoztak, a páciensek feltételezhetően – tapasztalataik alapján – egy vagy több, az általuk ismert adott orvosra, saját orvos-beteg találkozásaikra vonatkoztatták válaszaikat. Válaszadásukat befolyásolhatja (inkább pozitív irányba) az is, hogy adott helyzetükből fakadóan bizakodók. Bíznak az orvosok tudásában, amely szolgálja a gyógyulásukat, vagy éppen a kiszolgáltatottságuk miatt elképzelhető, hogy felülértékelik az orvosok kompetenciáit. Az általános társadalmi-politikai közhangulat, a média által sugallt kép szintén hatással van az értékelésre.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

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

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

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

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

7. ÖSSZEFOGLALÁS, JAVASLATOK

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

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

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

Az oktatók pedagógiai készségeinek fejlesztésére vonatkozó kérdések esetében látható, hogy a hallgatók magasabb elvárásokat és fejlesztési igényt fogalmaztak meg, mint maguk az oktatók. Ez rávilágít arra, amit a korábban idézett nemzetközi szakirodalmak

is alátámasztanak és folyamatosan vizsgálnak, azaz, hogy szükség van az orvosképzés pedagógiájának kidolgozására és implementálásra.

A kutatással kapcsolatos legfontosabb, új tudományos megállapítások:

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

Az empirikus vizsgálat összességében rámutatott arra, hogy az orvosképzésben – a szakmai területek mellett – további fejlesztési és fejlődési lehetőségek rejlenek, amelyeket az oktatási folyamat végrehajtói, az oktatók is megerősítettek. A törekvések sikeres megvalósításához elengedhetetlen az oktatók, hallgatók, sőt a betegek (és hozzátartozók) bevonása, hiszen szerepük e területek feltárásában, a komplex, rendszerszintű probléma feltárásában, a megoldási alternatívák kidolgozásában és a folyamatos visszajelzésekben alapvető fontosságú.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1/2016. (03.07.) számú dékáni utasítás a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának szakmai előmeneteli kritériumairól és az oktatói munkakörre vonatkozó pályázat elbírálási rendjéről). http://aok.pte.hu/hu/download/index/19882 megtekintve: 2016. 06.11.

18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1600018.EMM&timeshift=fffffff4&txtreferer=00000001.TXT megtekintve: 2017. 01.07.

2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100204.TV megtekintve: 2016. 06.09.

36/1996. (III. 5.) Kormányrendelet az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99600036.KOR&txtreferer=A0000001.SCM megtekintve: 2017. 01.07.

Artino Jr A R, Konopasky A (2018). The Practical Value of Educational Theory for Learning and Teaching in Graduate Medical Education. Journal of Graduate Medical Education, 10(6), 609-613.

Ballér E, Golnhofer E, Falus I, Kotschy B M, Nádasi M, Nahalka I, Petriné Feyér J, Réthy E-né, Szivák J, Vámos Á (2003). Didaktika - Elméleti alapok a tanítás tanulásához. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt, Budapest. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_519_42498_2/index.html megtekintve: 2016. 06. 24.

Bánfalvi A (2003). Az orvosképzés rejtett kurrikuluma. Magyar Felsőoktatás, 1(4-5-6), 62-67.

Bánfalvi A (2003). Az orvostanhallgatók fehér köpenye és a rejtett curriculum. LAM, 13(1), 73-75.

Bánfalvi A (2017). Egy rejtőzködő áramlat az orvosképzésben. Metszetek-Társadalomtudományi folyóirat, 6(2), 56-78.

Barabás K (2011). Orvosképzés a XXI. században. Egészségtudomány, LV, (1-8).

Barrows H S, Tamblyn R M (1980). Problem-based learning: An approach to medical education (Vol. 1). Springer Publishing Company.

Beaton D E, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M B (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine, 25(24), 3186-3191. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Bligh J, Prideaux D, Parsell G. (2001). PRISMS: new educational strategies for medical education. Medical Education, 35(6), 520-521.

Brew A, Boud, D. (1996). Preparing for new academic roles: An holistic approach to development. The International Journal for Academic Development, 1(2), 17-25.

Calderhead J (1996). Teachers: Beliefs and knowledge. In: Berliner D C, Calfee R C (Eds.). Handbook of educational psychology. Macmillan Library Reference, New York (NY).

Chen A, Ennis C D (1995). Content knowledge transformation: An examination of the relationship between content knowledge and curricula. Teaching and Teacher Education, 11(4), 389-401.

Cortina J M (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. Journal of applied psychology, 78(1), 98.

Csaba G J (2019). Az általános orvosi szak képzési és kimeneti követelményeiben megfogalmazott kompetenciák megítélése a betegek szemszögéből. PTE ÁOK Szakdolgozat.

Darling-Hammond L, Youngs P (2002). Defining “highly qualified teachers”: What does “scientifically-based research” actually tell us? Educational researcher, 31(9), 13-25.

Davis M H, Harden R M (1999). AMEE Medical Education Guide No. 15: Problem-based learning: a practical guide. Medical teacher, 21(2), 130-140.

Densen P (2011). Challenges and opportunities facing medical education. Transactions of the American Clinical and Climatological Association, 122, 48-58.

Dent J A, Harden R M (2013). A practical guide for medical teachers. 4th ed. Churchill Livingstone, London (UK).

Dewey C M, Jonker G, Ten Cate O, Turner T L (2017). Entrustable professional activities (EPAs) for teachers in medical education: has the time come? Medical teacher, 39(8), 894-896.

Emberi Erőforrások minisztériuma (2006. december 9.). Fokozatváltás a felsőoktatásban –középtávú szakpolitikai stratégia (http://www.kormany.hu/download/c/9c/e0000/Fokozatvaltas_Felsooktatasban_HONLAPRA.PDF) megtekintve: 2018. 07. 06.

Ernyey B, Schlégl Á, Füzesi Zs (2014). Lectures - a dying breed? Factors of a popular lecture. Review of Psychology, 21(1), 63.

Falvo D R, Smaga S, Brenner J S, Tippy P K (1991). Lecture versus role modelling: A comparison of educational programs to enhance residents ability to communicate with patients about HIV. Teaching and Learning in Medicine, 3(4), 227-231.

Faubl N, Füzesi Zs, Németh T. (Eds.) (2019). Kulturális sokféleség a PTE ÁOK oktatásában – az interkulturális kompetenciák fejlesztésének lehetőségei. PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Pécs. https://aok.pte.hu/docs/magtud/file/Kulturalis_sokfeleseg_a_PTE_AOK_oktatasaban.pdf

Fischer K, Sullivan A M, Krupat E, Schwartzstein R M (2019). Assessing the effectiveness of using mechanistic concept maps in case-based collaborative learning. Academic Medicine, 94(2), 208-212.

Fogarasi J (1833). Diákmagyar műszókönyv. Pest.

Frenk J, Chen L, Bhutta Z A, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, 376(9756), 1923-1958. https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4626403/Ed_HealthProfCommisionp5_40.PDF?sequence=1

Gable R K, Wolf M B (1993). Instrument development in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings. 2nd Ed. Kluwer Academic Publish, Boston (MA).

Gloviczki Z (2014). Tanár-e a pedagógus? Jelentéstörténeti vázlat. In: Torgyik J (szerk.) Sokszínű pedagógiai kultúra. 67-72. http://www.irisro.org/pedagogia2014januar/0110GloviczkiZoltan.pdf megtekintve: 2016. 06.12.

Goleman D (1998). Working with emotional intelligence. Bloomsbury, London: p. 21.

Grossman P L (1990). The making of a teacher: Teacher knowledge and teacher education. Teachers College Press, Teachers College, Columbia University.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. Journal of clinical epidemiology, 46(12), 1417-1432. https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n

Gwee M C E (2003). Medical education: issues, trends, challenges and opportunities. SMA News, 35(2), 5-8. https://www.sma.org.sg/sma_news/3502/commentary.pdf

Harden R M, Crosby J R, Davis M H, Friedman M (1999). AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5-From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. Medical Teacher, 21, 546-552. DOI: 10.1080/01421599978951

Harden R M, Crosby J R (2000). The good teacher is more than a lecturer–the twelve roles of the teacher. AMEE Medical Education Guide No 20. Medical Teacher, 22(4), 334-347. https://www.amee.org/getattachment/AMEE-Initiatives/ESME-Courses/AMEE-ESME-Face-to-Face-Courses/ESME/ESME-Online-Resources-China-Dec-2015/AMEE-Guide-20-Roles-of-the-teacher.pdf

Harden R M, Sowden S, Dunn, W R (1984). Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Medical education, 18(4), 284-297.

Hegyi I (1996). Siker és kudarc a pedagógus munkájában: A pedagógiai képességek és fejlesztésük módja. OKKER Oktatási Iroda.

Hesketh E A, Bagnall G, Buckley E G, Friedman M, Goodall E, Harden R M et al. (2001). A framework for developing excellence as a clinical educator. Medical education, 35(6), 555-564.

Irby D M (1994). What clinical teachers in medicine need to know. Academic Medicine, 69(5), 333-342.

Irvine D (1999). The performance of doctors: the new professionalism. The Lancet, 353(9159), 1174-1177.

Hilliard J (2018). Future medical education: Preparing, priorities, possibilities. Medical Teacher, 40 (10), 996-1003. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1503412

Juhász A, Faubl N, Varga Zs, Ernyey B, Schlégl Á (2018). Factors influencing students' satisfaction: results of 10 years follow up. In: Abstract book: AMEE 2018 An international association for medical annual conference. p. 509.

Király G, Dén-Nagy I, Géring Zs, Nagy B (2014). Kevert módszertani megközelítések, Elméleti és módszertani alapok. Kultúra és közösség, V(2), 95-104.

Kiss L (2019). A graduális orvosképzés nemzetközi trendjei. Orvosképzés, XCIV, 653-660.

Kokovay Á, Kiss L (2016). Képzők képzése a magyarországi orvosi egyetemeken. https://semmelweis.hu/oktatasmodszertan/files/2019/09/Kokovay_Kiss_oktatok_oktatasa.pdf

Kraiciné Sz M (2004): Egész életen át tartó tanulás, felnőttoktatás, felsőoktatás – kihívások az ezredfordulón. In: Filózófia-művelődéstörténet. Trezor Kiadó, Budapest, 253-274. http://mek.oszk.hu/09100/09174/09174.pdf

Krupat E, Richards J B, Sullivan A M, Fleenor T J, Schwartzstein R M (2016). Assessing the effectiveness of case-based collaborative learning via randomized controlled trial. Academic Medicine, 91(5), 723-729.

Kugel P (1993). How professors develop as teachers, Studies in Higher Education, 18(3), 315-328. https://www.mach.kit.edu/download/HowProfessorsDevelop.pdf

Lawshe C H (1975). A quantitative approach to content validity. Personnel psychology, 28(4), 563-575.

Lewin K (1943). Psychology and the process of group living. The Journal of Social Psychology, 17(1), 113-131.

Lochner L, Gijselaers W H (2011). Improving lecture skills: a time-efficient 10-step pedagogical consultation method for medical teachers in healthcare professions. Medical teacher, 33(2), 131-136.

Lucey C R (2013). Medical education: part of the problem and part of the solution. JAMA Internal medicine, 173(17), 1639-1643. doi:10.1001/jamainternmed.2013.9074, Published online: July 15, 2013.

McAllister L, Lincoln M, McLeod S, Maloney D (1997). Facilitating learning in clinical settings. Cheltenham, Stanley Thornes (Publishers) Ltd.

McLeod P, Steinert Y, Chalk C, Cruess R, Cruess S, Meterissian S et al. (2009). Which pedagogical principles should clinical teachers know? Teachers and education experts disagree Disagreement on important pedagogical principles. Medical teacher, 31(4), e117-e124.

Moriates C, Gandhi S, Vinas E (2019). How to Implement High-Value Health Care Training in Graduate Medical Education. Journal of Graduate Medical Education, 11(6), 674-677.

Murray H, Gillese E, Lennon M, Mercer P, Robinson M (1996). Ethical principles in university teaching. Ontario, Society for Teaching and Learning in Higher Education.

Nagy J (2002). XXI. század és nevelés. Osiris, Budapest.

Nagy S, Bencédy J, Kiss Á, Ágoston Gy (1976): Pedagógiai lexikon. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Ollé J (2010). Egy módszer alkonya: a katedrapedagógia végnapjai a felsőoktatásban. In: Dobó I, Perjés I, Temesi J (szerk.) Korszerű felsőoktatási pedagógiai módszerek, törekvések – konferencia előadások. NFKK füzetek 5. Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Nemzetközi Felsőoktatási Kutatások Központja. Budapest. ISBN 978-963-89082-0-9 http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/1231/1/NFKK_5_vegleges.pdf

Parmelee D X, DeStephen D, Borges N J (2009). Medical students' attitudes about team-based learning in a pre-clinical curriculum. Medical education online, 14(1), 4503.

Pécsi Tudományegyetem Szervezeti és Működési Szabályzatának 4. számú melléklete A Pécsi Tudományegyetem foglalkoztatási követelményrendszere http://pte.hu/sites/pte.hu/files/files/Adminisztracio/Szabalyzatok_utasitasok/PTE_SZMSZ/4mell-foglalkoztatasi20160317.pdf megtekintve: 2016. 06.09.

Pécsi Tudományegyetem, Szervezeti és Működési Szabályzat http://pte.hu/sites/pte.hu/files/files/Adminisztracio/Szabalyzatok_utasitasok/PTE_SZMSZ/pteszmsz20160421.pdf megtekintve: 2016. 06.09.

Pintér J, Rappai G (szerk.) (2007). Statisztika. Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar. Carbocomp Nyomda, Pécs.

Ramani S (2006). Twelve tips to promote excellence in medical teaching. Medical teacher, 28(1), 19-23. https://www.brown.edu/academics/medical/sites/brown.edu.academics.medical/files/uploads/Ramani,%20Subha.Twelve%20tips%20to%20promote%20excellence%20in%20medical%20teaching.pdf

Rappleye W C (1930). Current problems of medical education. Journal of the American Medical Association, 94(13), 915-917. doi:10.1001/jama.1930.02710390013005

Sajtos L, Mitev A (2007). SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv. Alinea Kiadó, Budapest.

Schlégl Á, Ernyey B, Füzesi Zs (2015). A student motivation system to evaluate lecturers in the Medical Faculty of Pécs. In: Association, of Medical Schools in Europe (Ed.) Evolution of Medical School Systems in Europe: Are we at a Risk? Berlin, Germany: Association of Medical Schools in Europe (AMSE). p. 59.

Schwartzstein R M, Roberts D H (2017). Saying goodbye to lectures in medical school—paradigm shift or passing fad. New England Journal of Medicine, 377(7), 605-607.

Spady W G (1994). Outcome-Based Education: Critical Issues and Answers. American Association of School Administrators.

Steinert Y, Mann K, Anderson B, Barnett B M, Centeno A, Naismith L, Ward H et al. (2016). A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance

teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. Medical teacher, 38(8), 769-786.

Szabolcs É (2012). Életkorok nemzedékek: a gyermek és ifjúkor időbelisége. In: Tóth-Mózer Sz, Lévai D, Szekszárdi J (szerk., szakmai lektor) Digitális Nemzedék Konferencia, Tanulmánykötet, Budapest. ISBN: 978-963-284-234-9 http://www.eltereader.hu/media/2014/05/Digitalis_nemzedek_2012_konferenciakotet_READER.pdf

Szokolszky Á (2004). Kutatómunka a pszichológiában. Osiris Kiadó, Budapest. pp. 320-355.

Toohey S (1999). Designing courses for higher education. The Society for Research into Higher Education & Open University Press.

Tsai M F, Jao J C (2020). Evaluation of the effectiveness of student learning and teacher instruction on team-based learning during quality control of diagnostic imaging. Medical Education Online, 25(1), 1732159.

Tuka Á, Oppe O, Dávid G (2011). Oktatás-módszertani füzetek. PTE Bölcsészettudományi Kar Politikai Tanulmányok Tanszék. Digitális Tankönyvtár, Budapest. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0050_12_modszertan/ch02s09.html

Van den Berg B A M, Bakker A B, Ten Cate T J (2013). Key factors in work engagement and job motivation of teaching faculty at a university medical centre. Perspectives on medical education, 2(5-6), 264-275. https://doi.org/10.1007/s40037-013-0080-1

Varga Zs, Füzesi Zs (szerk.) (2019). Fókuszban a hallgatók – hogyan oktassuk a következő orvosgenerációt? Egy workshop tanulságai. PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Pécs. https://aok.pte.hu/docs/magtud/file/Fokuszban_a_hallgatok_OOKT.pdf

Veres Z, Hoffmann M, Kozák Á (2006). Bevezetés a piackutatásba. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Walton H (1985). Overview of themes in medical education. In: Goodlad S (Ed.) Education for the Professions. The Society for Research into Higher Education & NFER-Nelson. pp. 49-51.

White C B (2007). Smoothing out transitions: How pedagogy influences medical students' achievement of self-regulated learning goals. Advances in Health Sciences Education, 12(3), 279-297.

Wilkes M, Cassel C, Klau M (2018). If we keep doing what we're doing we'll keep getting what we're getting: A need to rethink "academic" medicine. Medical teacher, 40(4), 364-371.

Williams B W, Harden J, Hafferty F, Nishigori H, Collett T, Kendall K (2019). How to train your dragon: Transforming faculty development in social and behavioural sciences. In: Abstract book: AMEE 2019 An international association for medical annual conference. p. 292.

Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A R (2015). Design and implementation content validity study: development of an instrument for measuring patient-centered communication. Journal of caring sciences, 4(2), 165-178. https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

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

Köszönöm a Viselkedéstudományok Doktori Program vezetőjének, Prof. Dr. Kállai János Professzor Úrnak, hogy kutatási témámat nyitottan fogadta és támogatta. Hálával és köszönettel tartozom a Magatartástudományi Intézet igazgatójának, Dr. Csathó Árpád egyetemi docensnek a támogatásáért, a szakmai tanácsaiért és a bizalmáért. A Magatartástudományi Intézet munkatársai kollegiális légkört biztosítottak, Polecsák Mária pedig a dolgozat széppé formálásban nyújtott pótolhatatlan segítséget.

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

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

MELLÉKLETEK

1. sz. melléklet: A tanítási és tanulási paradigma

A tanítási paradigma	A tanulási paradigma
Küldetés és célok	
Oktatási szolgáltatás nyújtása	Tanulási folyamat létrehozása
Cél a tudás átadása, a tanártól/intézménytől a tanulóra irányul	Cél, hogy a tanuló maga fedezze fel és konstruálja meg tudását
Kurzusok és programok ajánlása	Hatékony tanulói környezet létrehozása
Az oktatás minőségének javítása, gazdagítása	A tanulás minőségének javítása
A tanulók széles körének bevonása, mennyiségi mutatók	A tanulók sikerességének elérése, minőségi mutatók
A siker kritériumai	
Bemenet és erőforrások Az erőforrások mennyisége és minősége	Tanulási és tanulói eredményességi kilátások
A belépő diákok minősége	A kilépő diákok minősége Minőségi és mennyiségi kilátások
Curriculum-fejlesztés, expanzió	A tanulási technológiák fejlesztése, expanzió
A beiratkozottak számának és a jövedelemnek a növekedése	A tanulási növekmény és a hatékonyság együttese
Az intézmény minősége, oktatás	A tanulók „minősége”, tanulás
A tanítás-tanulás struktúrája	
Atomisztikus, a résztől az egészig	Holisztikus, az egésztől a részekig
Az idő konstans, a tanulás változó	A tanulás konstans, az idő változó
50 perces órák, három egységű kurzusok	Tanuló környezet
A tanóra fix, adott helyen és adott időben szerveződik, a tanuló alkalmazkodik	A környezet kész, amikor a hallgató érkezik, a környezet alkalmazkodik a tanulóhoz
Egy tanár — egy osztály	Bármilyen tanulási tapasztalati munka
Független diszciplínák, tanszékek	Kapcsolódó diszciplínák, tanszéki együttműködések
Lefedő tananyag	Specializált tanulási eredmények
Főként egyéni értékelés	Főként csoportos értékelés
Az elért szint, fokozat kredit-akkumuláció alapján történő megállapítása	Az elért szint, fokozat demonstrálható tudás és képesség alapján történő megállapítása
Tanulási teória	
A tudás „kívül létező entitás”	A tudás minden egyes személy elméjében „belül létező” entitás
A tudást *bit*ek szolgáltatják	A tudás oktatók által épül, jön létre (alkotódik)
A tanulás kumulatív és lineáris	A tanulás tanulóközpontú és tanuló által kontrollált
„Élő tanár”, „élő diák” szükségeltetik	„Élő tanár” nem, csak aktív tanuló szükségeltetik
Az osztályterem és a tanulás versenyszellemű és egyéni jellegű (kompetitívek és individuálisak)	A tanulói környezet és a tanuló kooperatív, kollaboratív és támogató
A tehetség és a képesség (adottság) ritka	A tehetség és a képesség (adottság) bőséges
A szabályok természete	
A tanári kar elsősorban előadókból áll	A tantestület elsősorban tanulás-módszertani és környezeti tervezőkből áll
A tanári kar és a diákok egymástól függetlenül dolgoznak	A tanárok (és oktatástechnikusok, tervezők, szervezők) és a diákok együtt dolgoznak *team*-munkában
A tanár osztályozza és minősíti a diákokat	A tanát fejleszti minden diák tehetségét, képességét
A nem oktató személyzet elsősorban a tantestületet szolgálja, s csak áttételesen a tanítás folyamatát, s kevéssé a tanuló tanulási folyamatát	A nem oktató személyzet minden tagja hozzájárul a tanulási folyamat eredményességhez
Minden tapasztalat tanít	A képessé tévő tanulás kihívás jellegű és komplex

Forrás: Kraiciné: 2004. pp. 262-264.

2. sz. melléklet

25. táblázat: A kompetenciák fontossága, a velük való elégedettség a páciensek szerint, az iskolai végzettség bontásában (átlag, szórás, $N_{Á}$=109, N_{K}=291, $N_{É}$=344, N_{F}=80, N_{D}=267, N_{E}=24)

	Kompetencia/Iskolai végzettség	**Általános iskola**		**Középiskola**		**Érettségi**		**Felsőfok, diploma nélkül**		**Diploma**		**Egyéb**	
		Átlag	**Szórás**	**Átlag**	**Szórás**	**Átlag**	**Szórás**	**Átlag**	**Szórás**	**Átlag**	**Szórás**	**Átlag**	**Szórás**
Fontosság	Elméleti tudás	4,88	0,35	4,82	0,51	4,88	0,40	4,91	0,28	4,84	0,44	4,96	0,20
	Szakmai gyakorlat	4,86	0,40	4,85	0,43	4,83	0,49	4,88	0,33	4,73	0,65	4,88	0,45
	Rugalmas gondolkodás	4,77	0,46	4,75	0,51	4,71	0,57	4,65	0,60	4,62	0,63	4,83	0,48
	Emberi méltóság figyelembevétele	4,83	0,43	4,78	0,50	4,77	0,54	4,80	0,46	4,78	0,49	4,92	0,28
	Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	4,37	0,89	4,28	0,96	4,26	1,04	4,31	0,96	4,23	0,90	4,29	0,81
	Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	3,55	1,46	3,37	1,59	3,26	1,57	3,28	1,48	3,20	1,50	3,75	1,51
	Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,43	0,83	4,25	0,92	4,10	1,01	4,18	0,95	4,09	0,96	4,21	1,02
	Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,83	0,59	4,81	0,50	4,81	0,58	4,81	0,48	4,87	0,41	4,96	0,20
	Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,80	0,62	4,82	0,46	4,77	0,58	4,80	0,43	4,83	0,48	4,67	0,70
	„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel	4,80	0,49	4,63	0,64	4,60	0,67	4,53	0,69	4,55	0,66	4,79	0,42
	Betegek tisztelettel való kezelése	4,91	0,35	4,88	0,36	4,84	0,43	4,89	0,42	4,77	0,53	4,96	0,20
	Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,80	0,45	4,72	0,55	4,66	0,63	4,55	0,76	4,56	0,67	4,83	0,48
	Problémamegoldó képesség	4,66	0,58	4,53	0,73	4,42	0,85	4,45	0,81	4,39	0,77	4,58	0,65
	Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,64	0,57	4,53	0,72	4,38	0,84	4,49	0,71	4,27	0,81	4,58	0,78
	Konfliktuskezelés	4,61	0,65	4,45	0,74	4,25	0,88	4,31	0,91	4,25	0,84	4,29	1,04
	Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,67	0,61	4,38	0,81	4,22	0,92	4,31	0,98	4,21	0,92	4,50	0,72

	Kompetencia/Iskolai végzettség	Általános iskola		Középiskola		Érettségi		Felsőfok, diploma nélkül		Diploma		Egyéb	
		Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Elégedettség	Elméleti tudás	4,64	0,65	4,37	0,80	4,31	0,77	4,06	0,82	4,24	0,73	4,83	0,38
	Szakmai gyakorlat	4,61	0,68	4,35	0,82	4,31	0,78	3,99	0,99	4,25	0,76	4,63	0,58
	Rugalmas gondolkodás	4,42	0,76	4,15	0,88	3,97	0,93	3,69	1,05	3,80	1,02	4,54	0,66
	Emberi méltóság figyelembevétele	4,30	0,84	4,12	0,92	3,86	1,10	3,61	1,12	3,76	1,01	4,38	0,82
	Betegek demográfiai-társadalmi-gazdasági jellemzőinek figyelembevétele	4,24	0,91	4,09	0,98	3,95	0,97	3,74	1,09	3,76	1,03	4,50	0,78
	Betegek egyéni sajátosságainak figyelembevétele	4,01	1,13	3,84	1,19	3,69	1,18	3,50	1,19	3,51	1,11	4,25	0,85
	Betegek érzelmi reakcióinak kezelése	4,17	1,03	3,91	1,02	3,73	1,13	3,56	1,09	3,60	1,12	4,29	0,96
	Betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatása	4,43	0,92	4,20	0,91	3,92	1,06	3,60	1,14	3,78	1,12	4,50	0,66
	Betegek teljes körű tájékoztatása a betegségükről	4,44	0,89	4,18	0,89	3,89	1,13	3,70	1,07	3,80	1,08	4,50	0,72
	„Partneri” viszony kialakítása a betegekkel	4,53	0,83	4,29	0,79	4,03	0,96	3,99	0,92	3,95	0,97	4,54	0,72
	Betegek tisztelettel való kezelése	4,50	0,86	4,29	0,86	3,99	1,06	3,90	0,99	3,91	1,07	4,67	0,56
	Munkavégzéshez pozitív hozzáállás	4,44	0,82	4,15	0,91	3,81	1,08	3,55	1,03	3,69	1,13	4,58	0,65
	Problémamegoldó képesség	4,37	0,77	4,14	0,89	3,84	1,02	3,66	1,12	3,68	1,11	4,46	0,72
	Betegek terápiával szembeni elvárásainak figyelembevétele	4,39	0,75	4,15	0,91	3,83	0,96	3,71	1,07	3,77	1,09	4,42	0,72
	Konfliktuskezelés	4,29	0,84	4,13	0,91	3,85	1,00	3,74	1,11	3,73	1,02	4,33	0,64
	Érzelmi intelligencia fejlesztése	4,39	0,78	4,10	0,92	3,77	1,08	3,58	1,00	3,66	1,12	4,38	0,65

Forrás: saját szerkesztés

3. sz. melléklet: Oktatói kérdőív

A VÁLASZADÁS ÖNKÉNTES!

KÉRDŐÍV

Kedves Kolléga!

Az oktatás minőségének javítása kulcsfontosságú Karunk életében. Az oktatás modernizálása és az újabb szakmai kihívásoknak való megfelelés érdekében szeretnénk megismerni az Ön véleményét.

A válaszok teljes körű megadásával komoly segítséget nyújt számunkra az oktatással kapcsolatos terveink reális meghatározásához. Hangsúlyozzuk, a kérdőív névtelen és nem alkalmas a válaszadók beazonosítására. Bár nem tartalmaz személyes és szenzitív adatokat, a válaszokat bizalmasan kezeljük, az adatokat csak összesített, feldolgozott formában tesszük közzé. A kérdőív kitöltése körülbelül 10 percet vesz igénybe. A felmérés eredményét tartalmazó jelentés a kar honlapján elérhető lesz.

A kérdőív kitöltése körülbelül 10 percet vesz igénybe. A kérdőív végén szereplő "küldés" gomb megnyomásával tudja számunkra is elérhetővé tenni az adatokat, így kérem, hogy a végén a gombra szíveskedjen kattintani.

Köszönjük az együttműködését!

Dr. Miseta Attila
dékán

1. Melyik képzőhelyen folytat oktatási tevékenységet?

Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar	1
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar	2
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar	3
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar	4
Egyéb……..	5

2. Munkaidejének legnagyobb százalékát mivel tölti el?

oktatással	1
kutatással	2
betegellátással	3

3. Beosztása:

Beosztott munkatárs	1
Középvezető	2
Felsővezető	3

4. Elméleti intézetben vagy klinikán dolgozik?

Elméleti intézet	1
Klinika	2

5. Mióta oktat a Karon vagy jogelőd intézményeiben?

egy évnél rövidebb ideje	1
1-5 év	2
6-10 év	3
11-20 év	4
21-30 év	5
30 évnél hosszabb ideje	6

6. Neme:

Férfi	1
Nő	2

7. Ön mennyire tartja fontosnak az orvosi munkához az alábbiakat?	**Egyáltalán nem fontos**	**2**	**3**	**4**	**Nagyon fontos**
1. A mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudást és ismeretanyagot	O	O	O	O	O
2. A mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlatot	O	O	O	O	O
3. Az egyes orvosi diszciplínák történeti áttekintésének ismeretét	O	O	O	O	O
4. A rugalmas szakmai és mindennapi gondolkodást	O	O	O	O	O
5. A betegek, hozzátartozók emberi méltóságának figyelembevételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
6. A betegek eltérő demográfiai (nem, kor) és társadalmi – gazdasági jellemzőinek figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
7. A betegek egyéni sajátosságainak figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során (pl. családi háttér, érzelmi állapot, szexuális orientáció)	O	O	O	O	O
8. A betegek (és hozzátartozók) érzelmi reakcióinak kezelését a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
9. A betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatást	O	O	O	O	O
10. A betegek teljes körű tájékoztatását a betegségükről	O	O	O	O	O
11. Hosszú távú „partneri” viszony kialakítását betegekkel, különös tekintettel a krónikus betegekre	O	O	O	O	O
12. A betegek tisztelettel való kezelését	O	O	O	O	O
13. Munkavégzéshez kapcsolódó folyamatos pozitív, motivált hozzáállást	O	O	O	O	O
14. Az egyéni problémamegoldó képességet (kreativitást) a mindennapi munkavégzés során	O	O	O	O	O
15. Stressz kezelését a kiégés megelőzésének érdekében	O	O	O	O	O
16. A betegek terápiával szembeni elvárásainak megfelelő figyelembe vételét	O	O	O	O	O

7. Ön mennyire tartja fontosnak az orvosi munkához az alábbiakat?	Egyáltalán nem fontos	2	3	4	Nagyon fontos
17. Team munkára való alkalmasságot mindennapokban	O	O	O	O	O
18. Konfliktuskezelést az egészségügyi teamen belül és az ellátottakkal (hozzátartozókkal)	O	O	O	O	O
19. Hatékony időgazdálkodást	O	O	O	O	O
20. Érzelmi intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O
21. Munka-magánélet egyensúly kialakítását	O	O	O	O	O
22. Karrierépítési lehetőségek ismeretét	O	O	O	O	O
23. Folyamatos továbbképzéseken való részvételt	O	O	O	O	O
24. Asszertivitás (önérvényesítés) alkalmazását	O	O	O	O	O
25. Társas intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O

8. Van-e olyan kompetencia, amely a fenti felsorolásban nem szerepel, de az Ön számára kiemelkedően fontos, azaz a fenti skálán 'nagyon fontosnak' értékelné?

1._____

2._____

3._____

9. Megítélése szerint milyen mértékben sajátítják el a hallgatók az alábbiakat a képzés során?	Egyáltalán nem	2	3	4	Teljes mértékben
1. A mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudást és ismeretanyagot	O	O	O	O	O
2. A mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlatot	O	O	O	O	O
3. Az egyes orvosi diszciplínák történeti áttekintésének ismeretét	O	O	O	O	O
4. A rugalmas szakmai és mindennapi gondolkodást	O	O	O	O	O
5. A betegek, hozzátartozók emberi méltóságának figyelembevételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
6. A betegek eltérő demográfiai (nem, kor) és társadalmi – gazdasági jellemzőinek figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
7. A betegek egyéni sajátosságainak figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során (pl. családi háttér, érzelmi állapot, szexuális orientáció)	O	O	O	O	O
8. A betegek (és hozzátartozók) érzelmi reakcióinak kezelését a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O

9. Megítélése szerint milyen mértékben sajátítják el a hallgatók az alábbiakat a képzés során?	**Egyáltalán nem**	**2**	**3**	**4**	**Teljes mértékben**
9. A betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatást	O	O	O	O	O
10. A betegek teljes körű tájékoztatását a betegségükről	O	O	O	O	O
11. Hosszú távú „partneri" viszony kialakítását betegekkel, különös tekintettel a krónikus betegekre	O	O	O	O	O
12. A betegek tisztelettel való kezelését	O	O	O	O	O
13. Munkavégzéshez kapcsolódó folyamatos pozitív, motivált hozzáállást	O	O	O	O	O
14. Az egyéni problémamegoldó képességet (kreativitást) a mindennapi munkavégzés során	O	O	O	O	O
15. Stressz kezelését a kiégés megelőzésének érdekében	O	O	O	O	O
16. A betegek terápiával szembeni elvárásainak megfelelő figyelembe vételét	O	O	O	O	O
17. Team munkára való alkalmasságot mindennapokban	O	O	O	O	O
18. Konfliktuskezelést az egészségügyi teamen belül és az ellátottakkal (hozzátartozókkal)	O	O	O	O	O
19. Hatékony időgazdálkodást	O	O	O	O	O
20. Érzelmi intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O
21. Munka-magánélet egyensúly kialakítását	O	O	O	O	O
22. Karrierépítési lehetőségek ismeretét	O	O	O	O	O
23. Folyamatos továbbképzéseken való részvételt	O	O	O	O	O
24. Asszertivitás (önérvényesítés) alkalmazását	O	O	O	O	O
25. Társas intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O

10. Megítélése szerint az Ön tantárgya(i) összességében mennyire közvetíti(k) az alábbiakat?	**Egyáltalán nem**	**2**	**3**	**4**	**Teljes mértékben**	**Nem feladata a tárgy(aim)nak**
1. A mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudást és ismeretanyagot	O	O	O	O	O	O
2. A mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlatot	O	O	O	O	O	O
3. Az egyes orvosi diszciplínák történeti áttekintésének ismeretét	O	O	O	O	O	O
4. A rugalmas szakmai és mindennapi gondolkodást	O	O	O	O	O	O
5. A betegek, hozzátartozók emberi méltóságának figyelembevételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O	O

10. Megítélése szerint az Ön tantárgya(i) összességében mennyire közvetíti(k) az alábbiakat?	**Egyáltalán nem**	**2**	**3**	**4**	**Teljes mértékben**	**Nem feladata a tárgy(aim)nak**
6. A betegek eltérő demográfiai (nem, kor) és társadalmi – gazdasági jellemzőinek figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O	O
7. A betegek egyéni sajátosságainak figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során (pl. családi háttér, érzelmi állapot, szexuális orientáció)	O	O	O	O	O	O
8. A betegek (és hozzátartozók) érzelmi reakcióinak kezelését a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O	O
9. A betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatást	O	O	O	O	O	O
10. A betegek teljes körű tájékoztatását a betegségükről	O	O	O	O	O	O
11. Hosszú távú „partneri” viszony kialakítását betegekkel, különös tekintettel a krónikus betegekre	O	O	O	O	O	O
12. A betegek tisztelettel való kezelését	O	O	O	O	O	O
13. Munkavégzéshez kapcsolódó folyamatos pozitív, motivált hozzáállást	O	O	O	O	O	O
14. Az egyéni problémamegoldó képességet (kreativitást) a mindennapi munkavégzés során	O	O	O	O	O	O
15. Stressz kezelését a kiégés megelőzésének érdekében	O	O	O	O	O	O
16. A betegek terápiával szembeni elvárásainak megfelelő figyelembe vételét	O	O	O	O	O	O
17. Team munkára való alkalmasságot mindennapokban	O	O	O	O	O	O
18. Konfliktuskezelést az egészségügyi teamen belül és az ellátottakkal (hozzátartozókkal)	O	O	O	O	O	O
19. Hatékony időgazdálkodást	O	O	O	O	O	O
20. Érzelmi intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O	O
21. Munka-magánélet egyensúly kialakítását	O	O	O	O	O	O
22. Karrierépítési lehetőségek ismeretét	O	O	O	O	O	O
23. Folyamatos továbbképzéseken való részvételt	O	O	O	O	O	O
24. Asszertivitás (önérvényesítés) alkalmazását	O	O	O	O	O	O
25. Társas intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O	O

11. Ön szerint mennyire felel meg a kar oktatása a 21. század elvárásainak? Ön hány pontot adna egy olyan 1-től 10-ig terjedő képzeletbeli skálán, ahol az 1-es a legrosszabb és a 10-es a legjobb minőséget jelzi?

____ pont

12. Ön szerint mennyire felel meg az Ön által oktatott tárgy(ak) a 21. század elvárásainak? Ön hány pontot adna egy olyan 1-től 10-ig terjedő képzeletbeli skálán, ahol az 1-es a legrosszabb és a 10-es a legjobb minőséget jelzi?

____ pont

13. Mit gondol, Önnek jelenleg mekkora befolyása van a tárgyának oktatására? Kérjük, használja a már megismert tízfokozatú skálát, ahol az 1-es jelentése, hogy semmilyen, a 10-es jelentése, hogy nagyon nagy.

___ pont

14. Ön, mint az Orvoskar oktatója az oktatási munka során érzi-e az alábbi témakörökkel kapcsolatban, hogy ismeretei bővítésre szorulnának?	**Egyáltalán nem**	**2**	**3**	**4**	**Teljes mértékben**
1. Szakmai ismeretek	O	O	O	O	O
2. Oktatásmódszertani/didaktikai ismeretek	O	O	O	O	O
3. Kommunikációs ismeretek	O	O	O	O	O
4. Pszichológiai ismeretek	O	O	O	O	O
5. A tanulási folyamat szervezése, irányítása	O	O	O	O	O
6. Alkalmazkodási képesség fejlesztése (pl. rugalmasság az oktatásban a hallgatók, illetve a betegek igényeinek és elvárásainak figyelembevételével	O	O	O	O	O
7. Döntési és helyzetfelismerési képesség	O	O	O	O	O
8. Empátiás képesség	O	O	O	O	O
9. Szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása	O	O	O	O	O

15. Mindent összevetve, hogy érzi magát oktatói szerepében?

Nagyon rosszul 1 2 3 4 5 Nagyon jól

16. Kérjük, ha bármilyen további észrevétele van a kérdőívvel kapcsolatban, ossza meg velünk.

.....

.....

.....

.....

Köszönjük a segítségét!

4. sz. melléklet: Hallgatói kérdőív

A VÁLASZADÁS ÖNKÉNTES!

KÉRDŐÍV

Tisztelt Hallgató!

Az oktatás minőségének javítása kulcsfontosságú Karunk életében. Az oktatás modernizálása és az újabb szakmai kihívásoknak való megfelelés érdekében szeretnénk megismerni az Ön véleményét.
A válaszok teljes körű megadásával komoly segítséget nyújt számunkra az oktatással kapcsolatos terveink reális meghatározásához. Hangsúlyozzuk, a kérdőív névtelen és nem alkalmas a válaszadók beazonosítására. Bár nem tartalmaz személyes és szenzitív adatokat, a válaszokat bizalmasan kezeljük, az adatokat csak összesített, feldolgozott formában tesszük közzé. A kérdőív kitöltése körülbelül 10 percet vesz igénybe.

A kérdőív kitöltése körülbelül 10 percet vesz igénybe. A kérdőív végén szereplő "küldés" gomb megnyomásával tudja számunkra is elérhetővé tenni a kitöltött kérdőívet, így kérem, hogy a végén a gombra szíveskedjen kattintani.

A felmérés eredményét tartalmazó jelentés a kar honlapján elérhető lesz.

Köszönjük a segítséget!

Dr. Miseta Attila
dékán

1. Melyik képzőhelyen folytatja tanulmányait?

Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar	1
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar	2
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar	3
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar	4
Egyéb……..	5

2. Milyen szakon folytat tanulmányokat?

Általános orvos	1
General medicine	2
Allgemeine Humanmedizin	3

3. Milyen nemzetiségű?

4. Jelenleg hányadik szemeszterét tölti az ÁOK-on?

____	szemeszter

5. Neme:

Férfi	1
Nő	2

6. Ön a jövőben melyik területen szeretne dolgozni?

oktatás	1
kutatás	2
betegellátás	3
egyéb, éspedig	4

7. Ön mennyire tartja fontosnak az orvosi munkához az alábbiakat?	**Egyáltalán nem fontos**	**2**	**3**	**4**	**Nagyon fontos**
1. A mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudást és ismeretanyagot	O	O	O	O	O
2. A mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlatot	O	O	O	O	O
3. Az egyes orvosi diszciplínák történeti áttekintésének ismeretét	O	O	O	O	O
4. A rugalmas szakmai és mindennapi gondolkodást	O	O	O	O	O
5. A betegek, hozzátartozók emberi méltóságának figyelembevételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
6. A betegek eltérő demográfiai (nem, kor) és társadalmi – gazdasági jellemzőinek figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
7. A betegek egyéni sajátosságainak figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során (pl. családi háttér, érzelmi állapot, szexuális orientáció)	O	O	O	O	O
8. A betegek (és hozzátartozók) érzelmi reakcióinak kezelését a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
9. A betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatást	O	O	O	O	O
10. A betegek teljes körű tájékoztatását a betegségükről	O	O	O	O	O
11. Hosszú távú „partneri” viszony kialakítását betegekkel, különös tekintettel a krónikus betegekre	O	O	O	O	O
12. A betegek tisztelettel való kezelését	O	O	O	O	O
13. Munkavégzéshez kapcsolódó folyamatos pozitív, motivált hozzáállást	O	O	O	O	O
14. Az egyéni problémamegoldó képességet (kreativitást) a mindennapi munkavégzés során	O	O	O	O	O
15. Stressz kezelését a kiégés megelőzésének érdekében	O	O	O	O	O

7. Ön mennyire tartja fontosnak az orvosi munkához az alábbiakat?	**Egyáltalán nem fontos**	**2**	**3**	**4**	**Nagyon fontos**
16. A betegek terápiával szembeni elvárásainak megfelelő figyelembe vételét	O	O	O	O	O
17. Team munkára való alkalmasságot mindennapokban	O	O	O	O	O
18. Konfliktuskezelést az egészségügyi teamen belül és az ellátottakkal (hozzátartozókkal)	O	O	O	O	O
19. Hatékony időgazdálkodást	O	O	O	O	O
20. Érzelmi intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O
21. Munka-magánélet egyensúly kialakítását	O	O	O	O	O
22. Karrierépítési lehetőségek ismeretét	O	O	O	O	O
23. Folyamatos továbbképzéseken való részvételt	O	O	O	O	O
24. Asszertivitás (önérvényesítés) alkalmazását	O	O	O	O	O
25. Társas intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O

8. Megítélése szerint milyen mértékben sajátította el az alábbiakat a képzés eddigi szakaszában?	**Egyáltalán nem**	**2**	**3**	**4**	**Teljes mértékben**
1. A mindennapi munkavégzéshez szükséges naprakész elméleti tudást és ismeretanyagot	O	O	O	O	O
2. A mindennapi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlatot	O	O	O	O	O
3. Az egyes orvosi diszciplínák történeti áttekintésének ismeretét	O	O	O	O	O
4. A rugalmas szakmai és mindennapi gondolkodást	O	O	O	O	O
5. A betegek, hozzátartozók emberi méltóságának figyelembevételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
6. A betegek eltérő demográfiai (nem, kor) és társadalmi – gazdasági jellemzőinek figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
7. A betegek egyéni sajátosságainak figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során (pl. családi háttér, érzelmi állapot, szexuális orientáció)	O	O	O	O	O
8. A betegek (és hozzátartozók) érzelmi reakcióinak kezelését a gyógyító tevékenység során	O	O	O	O	O
9. A betegek iskolai végzettségének, kulturális hátterének, kognitív állapotának megfelelő tájékoztatást	O	O	O	O	O
10. A betegek teljes körű tájékoztatását a betegségükről	O	O	O	O	O
11. Hosszú távú „partneri” viszony kialakítását betegekkel, különös tekintettel a krónikus betegekre	O	O	O	O	O
12. A betegek tisztelettel való kezelését	O	O	O	O	O

8. Megítélése szerint milyen mértékben sajátította el az alábbiakat a képzés eddigi szakaszában?	**Egyáltalán nem**	**2**	**3**	**4**	**Teljes mértékben**
13. Munkavégzéshez kapcsolódó folyamatos pozitív, motivált hozzáállást	O	O	O	O	O
14. Az egyéni problémamegoldó képességet (kreativitást) a mindennapi munkavégzés során	O	O	O	O	O
15. Stressz kezelését a kiégés megelőzésének érdekében	O	O	O	O	O
16. A betegek terápiával szembeni elvárásainak megfelelő figyelembe vételét	O	O	O	O	O
17. Team munkára való alkalmasságot mindennapokban	O	O	O	O	O
18. Konfliktuskezelést az egészségügyi teamen belül és az ellátottakkal (hozzátartozókkal)	O	O	O	O	O
19. Hatékony időgazdálkodást	O	O	O	O	O
20. Érzelmi intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O
21. Munka-magánélet egyensúly kialakítását	O	O	O	O	O
22. Karrierépítési lehetőségek ismeretét	O	O	O	O	O
23. Folyamatos továbbképzéseken való részvételt	O	O	O	O	O
24. Asszertivitás (önérvényesítés) alkalmazását	O	O	O	O	O
25. Társas intelligencia fejlesztését	O	O	O	O	O

9. Ön szerint milyen mértékben rendelkeznek az alábbiakkal az oktatók?	**Egyáltalán nem**	**2**	**3**	**4**	**Teljes mértékben**
1. Szakmai ismeretek	O	O	O	O	O
2. Oktatásmódszertani/didaktikai ismeretek	O	O	O	O	O
3. Kommunikációs ismeretek	O	O	O	O	O
4. Pszichológiai ismeretek	O	O	O	O	O
5. A tanulási folyamat szervezése, irányítása	O	O	O	O	O
6. Alkalmazkodási képesség fejlesztése (pl. rugalmasság az oktatásban a hallgatók, illetve a betegek igényeinek és elvárásainak figyelembevételével	O	O	O	O	O
7. Döntési és helyzetfelismerési képesség	O	O	O	O	O
8. Empátiás képesség	O	O	O	O	O
9. Szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása	O	O	O	O	O

10. Ön szerint az orvoskaron az oktatóknak mely területeken lenne szüksége képzésre, továbbképzésre?	**Egyáltalán nem**	**2**	**3**	**4**	**Teljes mértékben**
1. Szakmai ismeretek	O	O	O	O	O
2. Oktatásmódszertani/didaktikai ismeretek	O	O	O	O	O
3. Kommunikációs ismeretek	O	O	O	O	O
4. Pszichológiai ismeretek	O	O	O	O	O
5. A tanulási folyamat szervezése, irányítása	O	O	O	O	O
6. Alkalmazkodási képesség fejlesztése (pl. rugalmasság az oktatásban a hallgatók, illetve a betegek igényeinek és elvárásainak figyelembevételével	O	O	O	O	O
7. Döntési és helyzetfelismerési képesség	O	O	O	O	O
8. Empátiás képesség	O	O	O	O	O
9. Szakmai együttműködésre való képesség elsajátítása	O	O	O	O	O

11. Kérjük, értékelje a kar jelenlegi oktatásának színvonalát Ön hány pontot adna egy olyan 1-től 10-ig terjedő képzeletbeli skálán, ahol az 1-es a legrosszabb és a 10-es a legjobb minőséget jelzi?

____pont

12. Hogyan érzi magát a kar hallgatójaként

Nagyon rosszul 1 2 3 4 5 Nagyon jól

13. Kérjük, ha bármilyen további észrevétele van a kérdőívvel kapcsolatban, ossza meg velünk.

.....

.....

.....

Köszönjük segítségét!

5. sz. melléklet: Páciens kérdőív

A KÉRDŐÍV KITÖLTÉSE NEM KÖTELEZŐ!

KÉRDŐÍV

Kedves Hölgyem, kedves Uram!

Ebben a kérdőívben a **magyarországi orvosok** olyan tulajdonságairól, készségeiről kérdezzük Önt, amelyek a betegek szempontjából fontosak lehetnek. Kérjük, hogy tapasztalatainak megosztásával segítse az orvosképzés és a betegellátás színvonalának emelését.
A kérdőív kitöltése névtelen, a válaszadásból semmilyen hátránya nem származik.

Köszönjük a segítségét!

Dr. Csaba Gergely
Varga Zsuzsanna, PhD-hallgató (zsuzsanna.varga@aok.pte.hu)
Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna, egyetemi tanár

Kérjük, hogy a következő kérdéseknél karikázza be az Önre vonatkozó állításokat, illetve a véleményét leginkább kifejező választ.

1. Az elmúlt egy évben milyen gyakran találkozott orvossal betegellátás céljából?

Nagyon ritkán (évente egy-két alkalommal) vagy egyáltalán nem találkoztam orvossal	1
Ritkán találkoztam orvossal (évente kevesebb, mint hat alkalommal)	2
Rendszeresen találkoztam orvossal (havonta általában egyszer)	3
Gyakran találkoztam orvossal (hetente általában egyszer)	4
Nagyon gyakran találkoztam orvossal (hetente akár többször is, beleértve a kórházi tartózkodást is)	5

2. Jelenleg milyen formában került kapcsolatba az egészségügyi ellátással?

Betegként, háziorvosnál	1
Betegként szakorvosi ellátáson	2
Betegként fekvőbeteg osztályon	3
Csak a kérdőív kitöltése céljából	4

3. Ön szerint melyek egy **jó orvos legfontosabb tulajdonságai?** Kérjük, írja le (mondja el) azokat a tulajdonságokat, képességeket, amelyeket fontosnak tart, ha orvossal találkozik.

.....
.....
.....
.....
.....

4. Volt már **rossz tapasztalata orvossal?** Kérjük, írja le (mondja el), hogy mely tulajdonságok (vagy tulajdonságok hiánya) miatt nem volt elégedett azzal az orvossal.

.....
.....
.....
.....

5. A következő kérdések az orvosok **tulajdonságaira, készségeire vonatkoznak.** Először arra kérjük, mondja meg, hogy Ön mennyire tartja *fontosnak az adott tulajdonságokat egy orvosnál. Osztályozzon úgy, ahogy az iskolában szokás!* Adjon 1-est, ha az a tulajdonság egyáltalán nem fontos, és 5-öst, ha nagyon fontos.

Tulajdonságok / Készségek	**1 - Egyáltalán nem tartom fontosnak**	**2**	**3**	**4**	**5 - Nagyon fontosnak tartom**
1. **Az orvosi munkavégzéshez szükséges elméleti tudást és ismeretanyagot**	1	2	3	4	5
2. **Az orvosi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlatot**	1	2	3	4	5
3. **A rugalmas szakmai és mindennapi gondolkodást**	1	2	3	4	5
4. **A betegek, hozzátartozók emberi méltóságának figyelembevételét a gyógyító tevékenységük során**	1	2	3	4	5
5. **A betegek eltérő biológiai jellemzőinek figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során** (pl. nem, kor, súly, stb.)	1	2	3	4	5
6. **A betegek eltérő gazdasági-szociális jellemzőinek figyelembe vételét a gyógyító tevékenység során** (pl. foglalkozás, iskolai végzettség, családi háttér, szexuális hovatartozás stb.)	1	2	3	4	5
7. **A betegek (és hozzátartozóik) érzelmeinek kezelését a gyógyítás során** (pl. sírás, düh, szomorúság stb.)	1	2	3	4	5
8. **A megfelelő, érthető tájékoztatást**	1	2	3	4	5
9. **A betegek teljes körű tájékoztatását a betegségükről** (pl. a betegek kérdéseire adott kielégítő válaszok)	1	2	3	4	5
10. **Hosszú távú együttműködés kialakítását azon betegekkel, akik gyakran járnak orvoshoz a betegségük, állapotuk miatt** (pl: magas vérnyomás, cukorbetegség stb.)	1	2	3	4	5
11. **A betegek tisztelettel való kezelését**	1	2	3	4	5
12. **Az orvosi munkához való pozitív, lelkes hozzáállást**	1	2	3	4	5
13. **A gyógyítással kapcsolatos problémák megoldását**	1	2	3	4	5

Tulajdonságok / Készségek	**1 - Egyáltalán nem tartom fontosnak**	**2**	**3**	**4**	**5 - Nagyon fontosnak tartom**
(pl. külföldről szerzett gyógyszer, segédeszközök, földrajzi távolságok)					
14. **A betegek kezeléssel szembeni elvárásainak figyelembe vételét** (pl. műtét elutasítása, mellékhatások miatti gyógyszerváltás)	1	2	3	4	5
15. **A konfliktusok kezelését a betegekkel vagy a hozzátartozókkal**	1	2	3	4	5
16. **A betegek állapotával, helyzetével való együttérzést**	1	2	3	4	5

6. Másodszor arra kérjük, mondja meg, hogy Ön szerint az orvosok milyen mértékben *rendelkeznek az alábbi tulajdonságokkal, másképp fogalmazva: mennyire elégedett velük azon a téren. Osztályozzon úgy, ahogy az iskolában szokás!* Adjon 1-est, ha az adott tulajdonsággal egyáltalán nem elégedett, és 5-öst, ha nagyon elégedett vele.

Tulajdonságok / Készségek	**1 - Egyáltalán nem vagyok elégedett**	**2**	**3**	**4**	**5 - Teljes mértékben elégedett vagyok**
1. **Az orvosi munkavégzéshez szükséges elméleti tudással és ismeretanyaggal**	1	2	3	4	5
2. **Az orvosi munkavégzéshez szükséges szakmai gyakorlattal**	1	2	3	4	5
3. **A rugalmas szakmai és mindennapi gondolkodással**	1	2	3	4	5
4. **A betegek, hozzátartozók emberi méltóságának figyelembevételével a gyógyító tevékenységük során**	1	2	3	4	5
5. **A betegek eltérő biológiai jellemzőinek figyelembe vételével a gyógyító tevékenység során** (pl. nem, kor, súly, stb.)	1	2	3	4	5
6. **A betegek eltérő gazdasági-szociális jellemzőinek figyelembe vételével a gyógyító tevékenység során** (pl. foglalkozás, iskolai végzettség, családi háttér, szexuális hovatartozás stb.)	1	2	3	4	5
7. **A betegek (és hozzátartozóik) érzelmeinek kezelésével a gyógyítás során** (pl. sírás, düh, szomorúság stb.)	1	2	3	4	5
8. **A megfelelő, érthető tájékoztatással**	1	2	3	4	5
9. **A betegek teljes körű tájékoztatásával a betegségükről** (pl. a betegek kérdéseire adott kielégítő válaszok)	1	2	3	4	5

Tulajdonságok / Készségek	**1 - Egyáltalán nem vagyok elégedett**	**2**	**3**	**4**	**5 - Teljes mértékben elégedett vagyok**
10. **Hosszú távú együttműködés kialakításával azon betegekkel, akik gyakran járnak orvoshoz a betegségük, állapotuk miatt** (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség stb.)	1	2	3	4	5
11. **A betegek tisztelettel való kezelésével**	1	2	3	4	5
12. **Az orvosi munkához való pozitív, lelkes hozzáállással**	1	2	3	4	5
13. **A gyógyítással kapcsolatos problémák megoldásával** (pl. külföldről szerzett gyógyszer, segédeszközök, földrajzi távolságok)	1	2	3	4	5
14. **A betegek kezeléssel szembeni elvárásainak figyelembe vételével** (pl. műtét elutasítása, mellékhatások miatti gyógyszerváltás)	1	2	3	4	5
15. **A konfliktusok kezelésével a betegekkel vagy a hozzátartozókkal**	1	2	3	4	5
16. **A betegek állapotával, helyzetével való együttérzéssel**	1	2	3	4	5

7. Ön számára egy orvosban, amikor betegekkel találkozik, melyik a fontosabb – a **szakmai** (elméleti és gyakorlati tudás) vagy az **emberi** tényezők (tisztelet, együttérzés, jó kommunikáció stb.)?

Csak a szakmai tényezők	1
Főleg a szakmai tényezők, de az emberi tényezők is fontosak	2
A szakmai és az emberi tényezők ugyanolyan fontosak	3
Főleg az emberi tényezők, de a szakmai tényezők is fontosak	4
Csak az emberi tényezők	5

8. **Összességében** mennyire felelnek meg az orvosok általában az Ön elvárásainak? Képzelje el, hogy egy számegyenesen az 1-es az „*egyáltalán nem felelnek meg*” és a 10-es a „*teljes mértékben megfelelnek*” válaszokat jelöli. Ön hány pontot adna összességében? (Egy számot jelöljön.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Ha valamit még fontosnak tart az orvosi tulajdonságokkal, készségekkel kapcsolatban elmondani /leírni, kérjük, ossza meg velünk!

_____

_____

_____

_____

_____

10. Az Ön neme:

Férfi	1
Nő	2

11. Az Ön életkora:

_____ év (betöltött éveinek száma)

12. Lakhelye:

Város	1
Falu, önálló háziorvosi ellátással	2
Falu, önálló háziorvosi ellátás nélkül	3

13. Legmagasabb iskolai végzettsége:

Felsőfok diplomával (egyetemi vagy főiskolai végzettség)	1
Felsőfok diploma nélkül	2
Érettségi	3
Középiskola, szakközépiskola, szakiskola érettségi nélkül	4
Általános iskola	5
Egyéb	6

KÖSZÖNJÜK A SEGÍTSÉGÉT!

PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

1. Varga, Zsuzsanna; Pótó, Zsuzsanna; Czopf, László; Füzesi, Zsuzsanna: Do we need special pedagogy in medical schools? - Attitudes of teachers and students in Hungary: a cross-sectional study. BMC Medical Education 20: 1 Paper: 472, 10 p. (2020)
2. Varga, Zsuzsanna; Pótó, Zsuzsanna; Csaba, Gergely; Duga, Zsófia; Czopf, László; Füzesi, Zsuzsanna: How to teach future doctors? Research on the attitudes of teachers, students and patients towards the learning outcomes in medical education. In: AMEE 2020: The Virtual Conference: Abstract Book. (2020) pp. 578-578., 1 p.
3. Varga, Zsuzsanna: Többet vagy eredményesebben oktassunk? In: Varga, Zsuzsanna; Füzesi, Zsuzsanna (szerk.) Fókuszban a hallgatók - hogyan oktassuk a következő orvosgenerációt? : Egy workshop tanulságai. Pécs, Magyarország: PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, (2019) pp. 16-18., 3 p.
4. Varga, Zsuzsanna (szerk.); Füzesi, Zsuzsanna (szerk.): Fókuszban a hallgatók - hogyan oktassuk a következő orvosgenerációt? Egy workshop tanulságai. Pécs, Magyarország: PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet (2019) ISBN: 9789634294894
5. Zsuzsanna, Varga; Zsuzsanna, Pótó; László, Czopf; Zsuzsanna, Füzesi: Professional knowledge and/or soft skills are in the focus of teaching medical students? Attitudes towards medical education from the teachers' and students' perspective (2019). Annual European Conference on Assessment in Medical Education, Lodz, Poland, 2019. november 7-9. poszter
6. Adrienn, Vivien Juhász; Nóra, Faubl; Zsuzsanna, Varga; Balázs, Ernyey; Ádám, Tibor Schlégl: Factors influencing students' satisfaction: results of 10 years follow up. In: Absctract Book; AMEE 2018 an International Association for Medical Education Annual Conference (2018) pp. 509-509., 1 p.
7. Korinna, Kajtár; Bernadett, Potos; Klaudia, Csomor; Zsuzsanna, Varga; László, Czopf: Growth in Student Numbers at the University of Pécs Medical School Challenges and Proposed Answers. In: Best Practice for Research Teaching in Medical Education (2018) pp. 60-60., 1 p.
8. Zsuzsanna, Varga; László, Czopf; Zsuzsanna, Pótó; Zsuzsanna, Füzesi: Attitudes regarding the medical programme completion and exit requirements among

lecturers and students in Hungary. In: Best Practice for Research Teaching in Medical Education (2018) pp. 75-75., 1 p.

9. Eszter, Szubotics; Zsuzsanna, Varga; Attila, Miseta: Student mobility through the numbers of ECTS recognition at the University of Pécs Medical School. In: Challenges of Doctor Mobility in a Changing Europe: Standards and Recognition for Patient Safety (2016) pp. 49-50., 2 p.
10. Varga, Zsuzsanna: Teljesítményértékelési rendszerrel kapcsolatos attitűdök a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán. In: Csathó, Árpád; Tiringer, István; Kállai, János (szerk.) XIV. Magatartástudományi Napok: A pszichoszomatika modern szemlélete. Az orvostanhallgatók egészsége. Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar (PTE ÁOK), (2015) pp. 58-58., 1 p.
11. Varga, Zsuzsanna; Miseta, Attila: The University of Pécs Medical School is an internationally recognised centre for medical, dental and pharmacological education in the Trans-Danubia region of Hungary. In: Association, of Medical Schools in Europe (szerk.) Evolution of Medical School Systems in Europe: Are we at a Risk? Berlin, Németország: Association of Medical Schools
12. Varga, Zsuzsanna; Füzesi, Zsuzsanna: Attitudes towards perfomance appraisal in the University of Pécs Medical School. Népegészségügy 93: 2 pp. 133-134., 2 p. (2015)

Jelenleg egy kézirat megjelenésére várunk:

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

Varga et al. BMC Medical Education (2020) 20:472
https://doi.org/10.1186/s12909-020-02385-x

BMC Medical Education

RESEARCH ARTICLE Open Access

Do we need special pedagogy in medical schools? – Attitudes of teachers and students in Hungary: a cross-sectional study

Zsuzsanna Varga[1*], Zsuzsanna Pótó[1], László Czopf[2] and Zsuzsanna Füzesi[1]

Abstract

Background: The quality of medical education is a key factor. The fact that mostly physicians teach tomorrow's physicians without acquiring pedagogical skills before becoming a teacher is a cause of concern. In Hungary, where traditional teaching methods are common, and teachers have not had pedagogical courses in medical education there has not been any research dealing with the issue. On the one hand, we aimed with this cross-sectional study to examine the attitudes of teachers towards learning outcomes of medical students to get a view about the opinions about their importance and rate of delivery. On the other hand, we analyzed the pedagogical skills of teachers from the students' and teachers' perspective in Hungary.

Methods: Data collection through self-reported questionnaires in online form in all the four Hungarian higher education institutions offering medical education was carried out among teachers and students with active student legal status in 2017. We validated the questionnaires of the two respondents' groups. We used gap matrices to represent the correspondences of the delivery and perceived importance of the learning outcomes. We calculated averages of the pedagogical skills and compared them with t-tests.

Results: The response rates are 11.18% in case of the students (1505) and 24.53% in case of the teachers (439). The results indicate the lack of concordance between the rates of the learning outcomes in terms of their importance and delivery - no positive gap can be observed -, and the need for pedagogical skills among teachers and students. The opinions of students compared to teachers' are all statistically higher according to the averages.

Conclusions: The study results underline the necessity of a transition and paradigm shift in medical education from delivering solely professional knowledge towards pedagogically prepared practice and patient oriented teaching methods as well as acquiring pedagogical knowledge as part of the training of medical teachers in Hungary.

Keywords: Learning outcomes, Medical teacher, Medical education, Pedagogical skills, Gap matrix

* Correspondence: zsuzsanna.varga@aok.pte.hu
[1]Department of Behavioral Sciences, University of Pécs Medical School, Szigeti str. 12, Pécs 7624, Hungary
Full list of author information is available at the end of the article

© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Background

The quality of medical education is a key factor in securing future professional medical care, with the background of the global changes in medical knowledge and work regarding the fact that today's physicians teach tomorrow's physicians. Being expert in teaching, acquiring pedagogical knowledge and using teaching methods consciously can be beneficial for both parties - teachers and students - taking part in medical education. Based on some previous research comparing different types of pedagogical methods we believe that we can serve our students best by fusing elements of various traditional - such as lectures, if they refer to the traditional picture of a professor standing in front of and talking at a large group of students who are passively absorbing information - and non-traditional - such as team-based learning, case-based learning and interactive large-group learning sessions which include student engagement - pedagogical methods [1, 2].

International research suggests that using certain types of non-traditional methods may particularly be beneficial for students with lower academic performance. For example, in the study of Krupat at all [2] where students taking part in the research (and learning with case-based collaborative learning method) scored higher on examinations than those where traditional methods were used. Then the question arises: Why do teachers use traditional teaching methods in a wider range in medical education in Hungary, when several feedbacks given by students and findings results suggest the introduction and use of non-traditional teaching methods [1–6]?

To get answers to this question we aimed to analyze the attitudes towards the learning outcomes (which are determined by law for completion and exit requirements in Hungary and summarize the key knowledge, skills and attitudes medical students are expected to acquire by the time they qualify as doctors) and the pedagogical skills (which include professional, didactic, communicational, psychological knowledge, organizing and leading the learning process, improving adapting skills, decision making skills, empathy, learning the ability of professional cooperation [5, 6]) since teachers' attitudes, teaching experience and practices often shape their behavior during the courses acting as a teacher and a clinician-educator [7]. The attitude of "I do not need to know anything about educational theory to be a good teacher." [7] is no longer the way how teachers should approach teaching [7]. They must be able to use different types of educational tools along with the different learning methods [8]. Unfortunately, teachers participating in medical education are rarely experts in pedagogy. They usually acquire teaching skills based on their experience as learners and on the basis of their personal experience and observations [8, 9] that is the reason scientific literature is pointing to the inadequacy of the pedagogical knowledge of medical teachers [10–12]. In line with this, several research studies have been conducted in this field and directed attention to the need for reform of medical education [13] and a greater awareness of the requirement to train medical doctors as educators was raised, and special pedagogy courses have been set up to satisfy the needs of the students [14] and to ensure that besides their professional medical knowledge and skills they must guarantee teaching excellence [15–17].

In fact, Dent and Harden reviewed the topic of medical staff development extensively in the Practical Guide for Medical Teachers [18] and have been already put into practice in some medical schools (such as Duke–NUS Medical School, Nanyang Technological University, Harvard University), but not in Hungarian medical schools (with the exception of some project works such as an e-learning module prepared and financed by TÁMOP-4.1.1.C-13/1.).

The objective of our study was to get a deeper view with the method of gap analysis matrices on the attitudes of teachers and students in Hungary where non-traditional teaching methods are rarely used (except – clinical and other - practices), most teachers teach in lecture format with presentations. In our survey we asked the teachers whether they felt equipped to deliver the learning outcomes prescribed for medical student in Hungary to have a view on the effectiveness of traditional teaching methods. Besides we focused on the need for further development of teachers' pedagogical skills. Our intent was to raise the awareness for the change from teacher- to student-oriented teaching methods [19–23] that is the reason we analyzed the teachers' attitudes towards the learning outcomes of the general medicine major and the teachers' and students' pedagogical skills used by teachers in Hungary, using a national survey in an international setting. Our hypotheses were – based on our previous analyses dealing with students' satisfaction and students' feedbacks on teaching [24–26] – that teachers realize the learning outcomes of the profession of doctors more important than they focus on teaching them during their courses. The second one was that teachers estimate the importance of further development of the pedagogical skills less than students in Hungary.

Methods

Study design, questionnaire

Since there have not been any systematic studies analyzing the attitudes towards the learning outcomes and pedagogical skills in Hungarian medical schools therefore, we used self-developed online surveys in Hungarian, English and German language resulted a cross-sectional database. The study period was between 2017 November 9 to December 28. The four higher education institutions offering

medical education in Hungarian, in English and in German are as follows: Semmelweis University, Faculty of Medicine, University of Debrecen Faculty of Medicine (except German programme), University of Pécs, Medical School, University of Szeged Faculty of Medicine. In all four institutions international students are welcomed, the 12-semester training period is divided into two parts. The first part consists of a two-year preclinical study period in the basic sciences; the second part is focused on clinical studies and lasts for four years. The internship period takes place during the rotational year and is generally spent at University clinics or hospitals.

We developed two questionnaires, one for teachers and one for students in more phases. We constituted a committee of experts (dealing with educational matters, quality assurance, sociologists, linguists, representatives of the students) who took part in the development of the surveys.

In the first phase, we analyzed the learning outcomes listed in the Hungarian law for completion and exit requirements. In the second phase, we performed semi-structured interviews among fifteen teachers to get information about their teaching methods, the need for educational courses and their attitudes towards the learning outcomes listed in the Hungarian law for completion and exit requirements. Based on the first two phases – in the third phase – we generated the items and set up two dimensions of the questions to be able to use the gap matrix during the analysis. We selected thirty-one learning outcomes and defined the questions in terms of their importance and the rate of delivery. In case of the pedagogical skills we focused on the questions whether teachers need further educational training from the perspectives of the students and teachers based on pedagogical skills for the teacher's profession (listed in Table 4, Hegyi's, Ballér's grouping).

In sum, we asked questions regarding the importance, the rate of delivery, the rate of acquisition of the learning outcomes and the need for further development of teachers' pedagogical skills (Additional file 1, Additional file 2). From teachers' and students' perspective the following questions are considered relevant to this article:

1. How important do you consider the listed learning outcomes to perform your everyday job as a doctor? (teachers)
2. To what extent do you deliver the listed learning outcomes during your courses? (teachers)
3. To what extent do you think you need further development in the following pedagogical skills? (teachers)
4. What do you think in which pedagogical skills would be needed further education for the teachers in your Faculty? (students)

We used quantitative content validity method in the fourth phase. According to the evaluation of our panel of experts the CVR [27] was calculated for the chosen thirty-one items (in connection with the learning outcomes), for twenty-four the CVR was bigger than 0.49, so we kept those in the questionnaires (Table 1).

In case of the pedagogical skills, the nine selected items remained in the surveys as the expert committee qualified all of them essential according to the CVRs.

In the fifth phase, the committee reviewed the translated and the original versions as well to get semantic, idiomatic, experiential and conceptual equivalence [28–30], because with the help of the different language variations we were able to ask students of the English and German programs, coming from more than 60 different countries in the world. For the assurance of the linguistic validity of the questionnaire we used the back-translation technique, so the questionnaire was translated back from the target language into the original language by two independent translators.

In the sixth phase, we tested the face validity of the item pool. With this phase we aimed at testing the clarity of the wording of the questions, items in the questionnaire. Fifteen teachers and sixty students were asked to participate in this phase of our study at the University of Pécs, Medical School. We received comments on usage of words in some cases and we made some items more understandable with using examples. Finally, after the content and face validity process, in the final phase, we tested the Cronbach's alpha as well. According to its values the items have acceptable internal consistency (i.e. Cronbach's alpha, see Table 2).

Table 3 presents the estimates of internal consistency reliability (Cronbach's alpha) for each of the item groups (question numbers) in the teacher's and all the three languages versions of the student's questionnaire. The minimum of the Cronbach's alpha values is 0.820 and all the others are higher than 0.9 suggesting a good-to-excellent level of reliability.

Participants, sample

Based on the characteristics of the exploratory research, we strived to have filled out questionnaires in a boarder group of teachers and students that is the reason we sent out the questionnaires to the students having active legal status (13464) and teachers (1790) taking part in medical education in Hungary. We sent out the questionnaires two times in case of the students. In the beginning of November students get the questionnaire from the Dean's Offices of the Hungarian Universities and in the middle of November from the Students' Councils using social media as well. The response rates are 11.18% in case of the students (1505 students coming from more than 60 different countries [gender: male 551, female 952, not specified 2; language program: Hungarian 985, English 312, German 202; module: basic 727, preclinical

Table 1 The learning outcomes of physicians with their importance and delivery rates used in our questionnaires by the teachers

	Importance			Delivery		
	N	Mean	Std. Deviation	N	Mean	Std. Deviation
1. The timely theoretical and practical knowledge to the everyday work	438	4.77	0.49	420	4.26	0.85
2. The professional practice needed for the everyday work	437	4.91	0.35	364	3.55	1.12
3. The knowledge of historical overview of the medical disciplines	438	2.78	1.05	359	2.73	1.20
4. The flexible professional and everyday thinking	437	4.78	0.48	400	3.87	0.91
5. Respecting human dignity of the patients and the relatives during patient care	436	4.85	0.44	298	3.64	1.33
6. Respecting the different demographic (sex, age), social and economic characteristics during patient care	437	3.98	1.11	301	3.38	1.35
7. Respecting individual specialty during patient care (e.g. familiar background, emotional state, sexual orientation)	437	4.19	0.96	294	3.37	1.32
8. Treating the emotional reactions of the patients and the relatives during patient care	437	4.40	0.78	272	3.14	1.41
9. Giving information suitable to the patients' qualification, cultural background, cognitive state	438	4.58	0.70	288	3.25	1.37
10. Fully informing patients about their diseases	437	4.51	0.73	284	3.35	1.39
11. Establishing long term "partnerships" with patients (mostly with chronical diseases)	437	4.41	0.85	275	3.13	1.42
12. Handling patients as equals and with respect	437	4.88	0.41	302	3.96	1.25
13. An ongoing positive and motivated approach to work	436	4.65	0.58	347	3.72	1.12
14. The individual problem-solving skills (creativity) during everyday work	437	4.64	0.60	376	3.85	1.02
15. Handling appropriately patients' expectations on therapy	434	4.02	0.87	277	3.14	1.35
16. Ability to work as a member of a team (in everyday situations)	438	4.50	0.69	327	3.56	1.20
17. Handling conflicts within the educational team and with the patients (and relatives)	436	4.61	0.62	280	3.03	1.33
18. Good time management	437	4.55	0.66	325	3.19	1.24
19. Improving emotional intelligence	436	4.37	0.79	285	3.04	1.29
20. Work-life balance	436	4.57	0.70	263	2.60	1.34
21. Information about carrier opportunities	438	4.00	0.90	281	2.87	1.33
22. Participation in further educational courses	438	4.35	0.76	292	3.24	1.36
23. Using assertive communication skills	436	3.88	0.92	274	3.03	1.31
24. Improving social intelligence	436	4.19	0.85	293	3.25	1.28

The table shows the importance and delivery of learning outcomes form the teachers' perspective [mean importance: ($n_{max} = 438$, $n_{min} = 436$[a]), delivery ($n_{max} = 420$, $n_{min} = 263$)] and the standard deviations. The analysis shows that the importance of learning outcomes is rated all higher than their rate of delivery

[a] The n_{min} shows the number of teachers who elvaluated all of the aspects, the n_{max} shows the number of teachers who evaluated at least one aspect

Table 2 The estimates of internal consistency reliability (Cronbach's alpha) of teacher's the student's questionnaire (sample)

Teachers (*N* = 15)		Students (*N* = 60)			
Items of	Cronbach's alpha	Items of	Cronbach's alpha		
			English (*N* = 20)	Hungarian (N = 20)	German (N = 20)
the importance of learning outcomes	0.907	the importance of learning outcomes	0.984	0.932	0.970
the delivery of learning outcomes	0.937	the question to what extent teachers have pedagogical skills	0.947	0.922	0.937
the need for further development of pedagogical skills	0.960	the need for further development of pedagogical skills	0.924	0.923	0.912

Table shows the estimates of internal consistency reliability (Cronbach's alpha) for each of the item groups in the teacher's and all the three languages version of the student's questionnaire in the sample. According to its values the items have acceptable internal consistency

Table 3 The estimates of internal consistency reliability (Cronbach's alpha) of teacher's and student's questionnaire

Teachers (*N* = 439)		Students			
Items of	Cronbach's alpha	Items of	Cronbach's alpha		
			English (*N* = 334)	Hungarian (*N* = 982)	German (*N* = 199)
the importance of learning outcomes	0.912	the importance of learning outcomes	0.973	0.901	0.907
the delivery of learning outcomes	0.963	the question to what extent teachers have pedagogical skills	0.935	0.889	0.896
the need for further development of pedagogical skills	0.918	the need for further development of pedagogical skills	0.926	0.869	0.889

Table shows the estimates of internal consistency reliability (Cronbach's alpha) for each of the item groups in the teacher's and all the three languages version of the student's questionnaire in all surveyed data. According to its values the items have acceptable internal consistency

241, clinical 363, rotational year 157, not specified 27]) and 24.53% in case of the teachers (439 teachers [gender: male 248, female 190, not specified 1; teaching in the basic 235, clinical module 197, not specified 7; teaching experience in years: average 16.9, std. deviation 11.4, range 34.5, not specified 2]). Ethical approval for this study was granted by the Regional Ethical Committee of the University of Pécs. Missing data were not considered during the statistical analysis.

Learning outcomes

Teachers rated the learning outcomes on a Likert-scale regarding the fact whether they are important to the doctor's profession (rating scale: 1 = the least important, 5 = the most important) and to what extent they deliver them during the courses (rating scale: 1 = not at all, 5 = greatly).

Pedagogical skills

Regarding pedagogical knowledge and skills, we used nine pedagogical skills for the teacher's profession (listed in Table 4) based on Hegyi's, Ballér's grouping [31, 32] and the results and experiences of the preliminary interviews carried out with teachers as well as the pilot research about the comprehensibility of the questionnaire.

Teachers were asked to rank their intention of improvement of their skills on the nine specified pedagogical fields. In addition, students were asked to rate the areas where teachers need further development. The ratings were performed on a 5-point scale as in the case of the learning outcomes (rating scale: 1 = not at all, 5 = greatly.)

Statistical analysis

For data analysis gap matrices and independent sample t-tests (two-sided) were performed. Gap analysis matrix is a relationship matrix showing the gap between averages of two different factors, with one axis for the perceived importance and one for the delivery of a learning outcome. Application of the gap matrix in this study is used for demonstrating the difference between the importance of a learning outcome and the rate of delivery either in a negative or a positive way. The negative gap, when learning outcomes are under the diagonal, means that a learning outcome is rated more important than it

Table 4 Teachers' and students' view on and comparison (t-test) about the need for further development of pedagogical skills

Pedagogical skills	According to teachers		According to students		Significance of the difference between the means
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	
Didactic knowledge	3.48	1.15	3.83	1.23	$p < 0.01$
Organizing and leading the learning process	3.28	1.23	3.92	1.16	$p < 0.01$
Psychological knowledge	3.21	1.19	3.56	1.20	$p < 0.01$
Communication knowledge	3.15	1.23	3.76	1.16	$p < 0.01$
Professional knowledge	3.12	1.16	2.30	1.21	$p < 0.01$
Improving adapting skills (e.g. flexibility in education considering the needs and expectations of the students and patients)	2.85	1.16	3.71	1.18	$p < 0.01$
Decision- making skills and rapid assessment of the situation	2.71	1.23	2.97	1.24	$p < 0.01$
Learning the ability of professional cooperation	2.47	1.23	3.24	1.30	$p < 0.01$
Empathy	2.37	1.24	3.63	1.23	$p < 0.01$

Table shows the opinions of students and teachers about the necessity of developing on the nine surveyed pedagogical fields. Students' opinion compared to the opinions of teachers are all statistically higher according to the results of the t-tests ($p < 0.01$). (mean, nL = 436, nS = 1472)

is taught, so action is recommended to fulfil the needs of the respondents. On the contrary, the positive gap means that a learning outcome is delivered over the perceived needs (taught more by the teachers than its rate of importance). A zero gap or an optimal performance means that there is a balance between the two axes that is the importance and delivery of a specific learning outcome.

Results

Attitudes towards the importance of learning outcomes in relation to physicians' profession and their rate of delivery based on the teachers' answers

As shown in Fig. 1 and Table 1, the teachers in this study rated twenty of the important learning outcomes with an average higher than 4 and only four with an average equal with or lower than 4.

This analysis points out that teachers are mostly aware of the fact that learning outcomes would play an important role in performing the everyday professional work of a physician (as they rated them with high important rates), but they feel they are not conveying them at the appropriate level of importance. The teachers ranked the professional practice needed for everyday work (4.91) as the most important learning outcome, which has an average of 3.55 regarding its delivery. So, it is under the diagonal, showing a negative gap. Even in the case of the least important learning outcome (the knowledge of historical overview of the medical disciplines – 2.78), we can observe a negative gap; a higher rate of importance than delivery (2.73). With respect to the low difference between the two rates (0.05), this learning outcome seems to appear on the diagonal of the gap matrix. This finding can be observed in the cases of the most and least delivered learning outcomes as well. To sum it up, no positive gap can be observed in Fig. 1, suggesting that the learning outcomes are ranked by the teachers more important than they deliver them during the courses and teachers do not meet their own expectations during teaching.

Attitudes towards the need for further development of the pedagogical skills of teachers based on the teachers' and students' answers

Both teachers' and students' ratings were analyzed regarding the need for further development in pedagogical skills. As shown in Table 4, teachers rated the didactic knowledge (3.48), organizing and leading the learning process (3.28) as well as psychological knowledge (3.21) as the skills requiring further development. Empathy

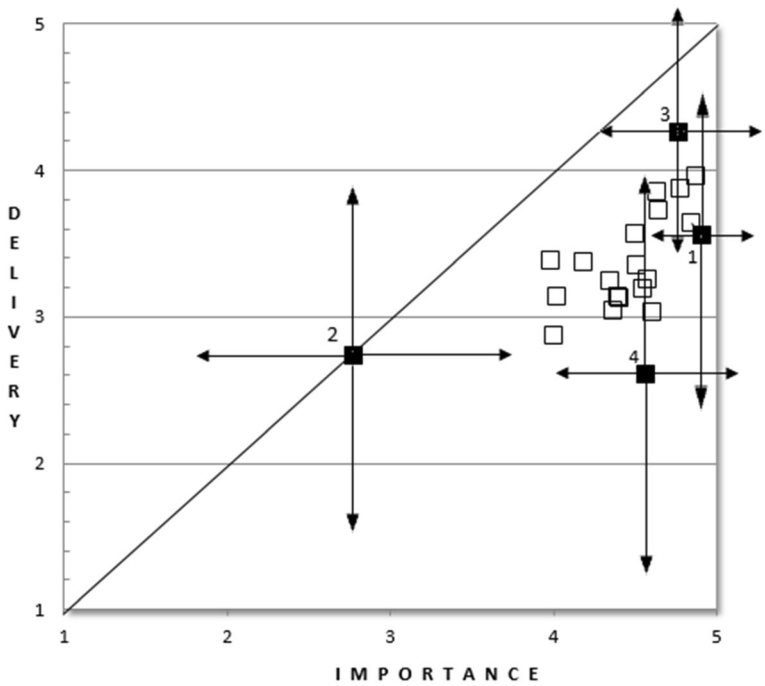


Fig. 1 Gap of the perceived importance and delivery of the learning outcomes according to the teachers. The matrix shows that all the learning outcomes are rated more important than its rate of delivery by the teachers [mean; importance: ($n_{max} = 438$, $n_{min} = 436$) (The n_{min} shows the number of teachers who evaluated all of the aspects, the n_{max} shows the number of teachers who evaluated at least one aspect.); delivery: ($n_{max} = 420$, $n_{min} = 263$)]. The arrows show the standard deviation of the ratings of importance and of delivery for the given learning outcome. The mean ratings and the standard deviation of the following items are shown in parentheses. Maximum of importance: The professional experience needed for everyday work (4.91; 3.55, difference: -1,36). Minimum of importance and on the diagonal: The knowledge of historical overview of the medical disciplines (2.78; 2.73, difference: -0,05). Maximum of delivery: The timely theoretical and practical knowledge to the everyday work (4.77; 4.26, difference: -0,51). Minimum of delivery: Work-life balance (4.57; 2.60, difference: -1,97)

(2.37), learning the ability of professional cooperation (2.47), decision-making skills (2.71) and improving adapting skills (2.85) received the lowest ratings from teachers.

Regarding the ratings of students, we observed that the highest averages appeared in the following fields: organizing and leading the learning process (3.92), didactic knowledge (3.83) and communication knowledge (3.76). Altogether, there were six factors that had averages higher than 3.5. The lowest ratings can be seen in the cases of the following pedagogical skills: professional knowledge (2.30), decision-making skills (2.97) and improving adapting skills (3.71) and learning the ability of professional cooperation (3.24).

The opinions of students about the necessity of developing on the nine surveyed pedagogical fields compared to the opinions of teachers are all statistically higher according to the results of the t-tests ($p < 0.01$). The opinions of students about the necessity of developing on the nine surveyed pedagogical fields in the different language groups differ significantly from each other. The students of the English program ranked the need for professional knowledge and decision-making skills at the highest level. There were three factors (empathy and learning the ability of professional cooperation, improving adapting skills) which were ranked by students of the German program lower than the other students. In the other four factors the Hungarian students 'average score was higher than in case of the other language groups.

Discussion

Our study shows the importance of learning outcomes in relation to the rate of delivery: teachers rated the importance of learning outcomes and rated how far they deliver them during their courses. Using gap matrix analysis, our hypotheses were confirmed because teachers do not deliver the analyzed learning outcomes as much as their importance and they are not as aware of the importance of learning pedagogical skills as students estimated they should.

Learning outcomes

Teachers rated all 24 learning outcomes as more important (4.39 in average) in the performance of the profession of doctors than their rates of delivery (3.29 in average). The fact that teachers rate the efficient delivery of the learning outcomes of physicians between the average of 3.00 and 4.00 suggests that teachers critically evaluate their teaching performance. Our study points out that only one learning outcome (the knowledge of historical overview of the medical disciplines) is nearly on the diagonal, meaning a "balance" between the estimated importance and actual delivery, which is insufficient to give a high quality of medical education. The results also suggest that teachers have high expectations, because they ranked the learning outcomes with high importance and think that it would be useful in the everyday job of a doctor, but they were not satisfied with their results in terms of delivery. Dissatisfaction of the teachers may have roots either in.

the fact that teachers do not want to deliver learning outcomes at a high quality level or they do not have enough pedagogical knowledge or time to prepare for teaching because of their other duties (e.g. participation in health care and scientific research). The lack of pedagogical knowledge and teaching methods [10–12, 33] and the fact that a different teaching method [2, 34] can give different results in terms of the delivery of learning outcomes as it is stated in Krupat's and White's articles [2, 35] can also be reasons for the lower rates. Although Steinert's [34] finding supports the initiatives designed to enhance teaching performance, in our research it seems that teachers do not think that improving their pedagogical skills can play an important role in being more efficient in teaching and narrow the gap between their and the students' expectations. Our results reflect the Hungarian practice, which lacks pedagogical courses for teachers and does not involve the quality of teaching in career as valuable as research activity is valued.

Pedagogical skills

There are striking differences in the ratings of teachers and students regarding pedagogical skills that require further investigations to find the specific reasons.

The ratings given by teachers for pedagogical skills indicate a relatively low interest in further development. Out of the nine pedagogical skills, only one is an exception, as the average for the need for further development was higher among teachers than students: the professional knowledge. This result does not support the paradigm shift from teacher to student-oriented learning, teaching method [18]. Furthermore, we would like to point out that students rated the need for professional knowledge with the lowest average. It suggests that they feel it the least crucial field for the further development of teachers. As a reason for having high teachers' rates can be that developing professional skills is a part of their everyday work as a doctor and highly valued in the carrier ladder. The other skills providing the basis for delivering knowledge, among others professional knowledge, were all rated higher by students (independently from the language of the program) than by teachers, so students recommend further development more than teachers think they should have. Critical evaluation of the teachers can be derived from the fact that medical teachers have not had pedagogical courses preparing them to teach [8] and their teaching skills are based on their experience as learners [9]. In Hungary, the

prerequisite of being a teacher in Medical Schools does not include the completion pedagogical courses. Besides, education has deep roots in traditional pedagogical methods and using non-traditional methods can require huge investments (such as infrastructural) and require a paradigm shift not only in methods, but in thinking, in health care protocols, in rules, in communication etc. One of the symposia, held during the 2019 conference of the Association for Medical Education in Europe (AMEE) entitled "How to train your dragon", dealt with the difficulties of paradigm shift needs to be done in teaching attitude to cope with the common enemy; a concern over the preparedness of students working in increasingly complex health care settings and the ability of medical schools to adapt to these demands. According to the presenters, faculty development opportunities (including pedagogical courses for medical teachers) are fundamental for the cultural transformations needed to tackle these challenges. These questions are challenging and have to be answered in the near future [36].

Furthermore, using pedagogical skills and methods during the courses are considered as a method mostly used in primary schools and not in higher education based on semi-structured interviews performed in the research. To put it in another way, in line with the results of previous studies [9, 12, 14] it is not enough to be educated in the medical doctor's profession, teachers should also know how to teach the profession effectively.

Limitations

While analyzing the results, we have to take into account that the pattern of the rankings of teachers' pedagogical skills suggests that their ratings were influenced by their everyday teaching routine, the way how they became teachers (without any pedagogical courses [8, 9]) and they may not be aware of their needs for further development [37]. Teachers who were taught by doctors during their own studies and became teachers based on their experience can have only a poor knowledge of pedagogical concepts, so another confounder can be that no glossary terms were attached to the questionnaires. Therefore, the comprehension of teachers and students as to the learning outcomes and pedagogical skills may contribute to the lack of concordance between the ratings.

Generalizability

Our findings have potentially important implications for changing the attitudes in teaching future physicians in Hungary and in those countries where non-traditional teaching methods are rarely used. First, to the best of our knowledge there has not been any questionnaire in the world analyzing the attitudes of teachers towards the learning outcomes and of teachers and students towards the pedagogical skills in Hungarian medical education. Second, our research and other studies such as the one of Hesketh et al. [14] reveal that students would be delighted if they could get a higher quality of education, especially regarding learning outcomes. Third, our research suggests that teachers may not recognize that learning pedagogical skills can have a huge contribution to the success of teaching and performance of students, besides professional medical knowledge as it is supported by Steinert as well [34]. The discrepancy between the rankings of teachers and students may have an impact on launching new pedagogy-based courses for teaching personnel. Fourth, the study reveals the need for a discourse between teachers and students and their expectations regarding teaching, professional techniques, method and curriculum development. Fifth and finally, the need for a teaching personnel capable of self-development in pedagogy is implied in the study, as well as building a system of special pedagogical education in medical education in Hungary. Moreover, the motivation for changing the teaching methods is being accelerated and forced by the appearance of COVID-19, since teachers have to adapt the new circumstances regarding distance (remote) learning which evokes new, creative ideas and solutions for teaching in a different way. These methods will not disappear after COVID-19 and a new, exciting period will start in medical higher education.

Although the study points out and international research outcomes also support the necessity for the further pedagogical development of teachers to deliver learning outcomes on higher level, there is a no published evidence suggesting the same expectation of the patients who are one of the major participants in healthcare. Due to the lack of this evidence and because the analysis is based only on the teachers' and students' opinions more evidence on the subject is needed.

Conclusions

The study underlines the results of previous studies so points to the necessity of a transition and paradigm shift in medical education from sharing exclusively professional knowledge to pedagogically prepared practice, patient and student oriented teaching methods (non-traditional teaching methods) in Hungarian medical education as well as emphasizing the acquisition of pedagogical skills as part of the training of medical teachers.

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at https://doi.org/10.1186/s12909-020-02385-x.

Additional file 1. Attitudes of teachers towards the importance, the rate of acquisition, the delivery of learning outcomes and the need for further development of pedagogical skills: a national survey. The questionnaire was designed to examine the attitudes of teachers towards learning outcomes of medical students in the four Hungarian higher education

institution offering medical education to get a view about the opinions about their importance and rate of delivery as well as to analyze the pedagogical skills of teachers from the teachers' perspective.

Additional file 2. Attitudes of students towards the importance, the rate of acquisition of learning outcomes and the need for further development of pedagogical skills: a national survey. The questionnaire was designed to examine the attitudes of students towards learning outcomes of medical students in the four Hungarian higher education institution offering medical education to get a view about the opinions about their importance and rate of acquisition as well as to analyze the pedagogical skills of teachers from the students' perspective.

Acknowledgements
The authors wish to thank the deans of the four Hungarian Medical Schools for their support and we would like to thank Árpád Csathó, Ph.D. (the Head of the Department of Behavioral Sciences) for his contribution to the successful completion of the study.

Authors' contributions
ZSV contributed to substantial contribution to the conception, design of work, interpretation of data, draft preparation, writing original. ZSP did analysis, validation, LCZ made supervision, ZSF gave substantial contribution to the conception, design of work, supervision. All authors read and approved the final manuscript and take full responsibility for the data presented.

Funding
There was no funding received for the publication of this manuscript.

Availability of data and materials
The datasets used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Ethics approval and consent to participate
Ethics approval for this study was granted by the Regional Ethical Committee of the University of Pécs (7632-PTE 2019). This study did not include experiments on animal or human subjects.
The respondents were explained the aim and procedures of the survey in the cover letter and were reassured about the anonymity of the questionnaire and the subsequent aggregate data analysis. Participants were given the opportunity to self-select their participation. Written consents were obtained from the participants. The study was conducted in compliance with the Helsinki Declaration.

Consent for publication
During distribution of the survey to potential respondents, they were informed that by completing the survey, they would be providing consent for their anonymized data to be used, analysed and potentially published. Consent was received from the participants for the publication of this manuscript.

Competing interests
The authors declare that they have no competing interests.

Author details
[1]Department of Behavioral Sciences, University of Pécs Medical School, Szigeti str. 12, Pécs 7624, Hungary. [2]1st Department of Medicine, University of Pécs Medical School, Ifjúság str. 13, Pécs 7624, Hungary.

Received: 1 July 2020 Accepted: 19 November 2020
Published online: 26 November 2020

References
1. Schwartzstein R, Roberts D. Saying goodbye to lectures in medical school — paradigm shift or passing fad? N Engl J Med. 2017;377(7):605–7. https://doi.org/10.1056/NEJMp1706474..
2. Krupat E, Richards J, Sullivan A, Fleenor T, Schwartzstein R. Assessing the effectiveness of case-based collaborative learning via randomized controlled trial. Acad Med. 2016;91(5):723–9. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001004.
3. Moriates C, Gandhi S, Vinas E. How to implement high-value health care training in graduate medical education. J Grad Med Educ. 2019;11(6):674–7. https://doi.org/10.4300/JGME-D-19-00750.1.
4. Fischer K, Sullivan A, Krupat E, Schwartzstein R. Assessing the effectiveness of using mechanistic concept maps in case-based collaborative learning. Acad Med. 2019;94(2):208–12. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002445.
5. Meng-Fang T, Jo-Chi J. Evaluation of the effectiveness of student learning and teacher instruction on team-based learning during quality control of diagnostic imaging. Med Educ Online. 2020;25(1):1732159. https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1732159.
6. Parmelee DX, DeStephen D, Borges JN. Medical students' attitudes about team-based learning in a pre-clinical curriculum. Med Educ Online. 2009;14(1):4503. https://doi.org/10.3402/meo.v14i.4503.
7. Wilkes M, Cassel C, Klau M. If we keep doing what we're doing we'll keep getting what we're getting: a need to rethink "academic" medicine. Med Teach. 2018;40(4):364–71. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1417580.
8. Artino AR, Konopasky A. The practical value of educational theory for learning and teaching in graduate medical education. J Grad Med Educ. 2018;10(6):609–13.
9. Irby DM. What clinical teachers need to know. Acad Med. 1994;69(5):333–42. https://doi.org/10.1097/00001888-199405000-00003.
10. Calderhead J. Teachers: beliefs and knowledge. In: Berliner DC, Calfee RC, editors. Handbook of educational psychology. New York (NY): Macmillan Library Reference; 1996.
11. Bligh J, Prideaux D, Parsell G. PRISMS: new educational strategies for medical education. Med Educ. 2001;35(6):520–1. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00984.x.
12. McLeod P, Steinert Y, Chalk C, Cruess R, Cruess S, Meterissian S, et al. Which pedagogical principles should clinical teachers know? Teachers and education experts disagree. Disagreement on important pedagogical principles. Med Teach. 2009;31(4):117–24. https://doi.org/10.1080/01421590802335900.
13. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376:1923–58. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
14. Hesketh EA, Ragnall G, Buckley EG, Friedman M, Goodall E, Harden RM, et al. A framework for developing excellence as a clinical educator. Med Educ. 2001;35(6):555–64. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00920.x.
15. Chen A, Ennis CD. Content knowledge transformation: an examination of the relationship between content knowledge and curricula. Teach Teach Educ. 1995;11(4):389–401. https://doi.org/10.1016/0742-051X(94)00041-4.
16. Darling-Hammond L, Youngs P. Defining "highly qualified teachers": what does "scientifically-based research" actually tell us? Educ Res. 2002;31(9):13–25.
17. Dewey CM, Jonker G, Cate O, Turner T. Entrustable professional activities (EPAs) for teachers in medical education: has the time come? Med Teach. 2017;39(8):894–6. https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1270447.
18. Dent JA, Harden RM. A practical guide for medical teachers. 4th ed. London (UK): Churchill Livingstone; 2013.
19. Harden RM, Crosby JR. The good teacher is more than a teacher – the twelve roles of the teacher. Med Teach. 2010;22(4):334–47. https://doi.org/10.1080/01421590409429.
20. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ. 1984;18(4):284–97. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1984.tb01024.x.
21. Kugel P. How professors develop as teachers. Stud High Educ. 1993;18(3):315–28. https://doi.org/10.1080/03075079312331382241.
22. Ramani S. Twelve tips to promote excellence in medical teaching. Med Teach. 2006;28(1):19–23. https://doi.org/10.1080/01421590500441786.
23. Toohey S. Designing courses for higher education. Philadelphia (PA): The Society for Research into Higher Education & Open University Press; 1999.
24. Juhász A, Faubl N, Varga Z, Ernyey B, Schlégl Á. Factors influencing students' satisfaction: results of 10 years follow up. In: Abstract book: AMEE 2018 An international association for medical annual conference; 2018. p. 509.
25. Schlégl Á, Ernyey B, Füzesi Z. A student motivation system to evaluate lecturers in the Medical Faculty of Pécs. In: Association, of Medical Schools in Europe (ed.) Evolution of Medical School Systems in Europe: Are we at a Risk? Berlin, Germany: Association of Medical Schools in Europe (AMSE); 2015. p. 59.

26. Ernyey B, Schlégl Á, Füzesi Z. Lectures - a dying breed? Factors of a popular lecture. Rev. of Psych. 2014;21(1):63.
27. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar AR. Design and implementation content validity study: development of an instrument for measuring patient-centered communication. J Caring Sci. 2015;4(2):165–78. https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017.
28. Guillemin F, Bombardier C, Beaton DJ. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. Clin Epidemiol. 1993;46(12):1417–32. https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n.
29. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000;25(24):3186–91. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014.
30. Gable RK, Wolf MB. Instrument development in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings. 2nd ed. Boston: MA Kluwer Academic Publishers; 1993.
31. Hegyi I. Siker és kudarc a pedagógus munkájában: a pedagógiai képességek és fejlesztésük módja. Budapest: Okker Oktatási Iroda; 1996. Hungarian.
32. Ballér E, Golnhofer E, Falus I, Kotschy BM, Nádasi M, Nahalka I, et al. Didaktika. Elméleti alapok a tanítás tanulásához. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó Rt; 2003. Hungarian.
33. Lochner L, Gijselaers WH. Improving lecture skills: a time-efficient 10-step pedagogical consultation method for medical teachers in healthcare professions. Med Teach. 2011;33(2):131–6. https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.498490.
34. Steinert Y, Mann K, Anderson B, Barnett BM, Naismith L, Ward H, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: a 10-year update: BEME guide no. 40. Med. Tech. 2016;38(8):769–86. https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1181851.
35. White CB. Smoothing out transitions: how pedagogy influences medical students' achievement of self-regulated learning goals. Adv Health Sci Educ. 2007;12(3):279–97. https://doi.org/10.1007/s10459-006-9000-z.
36. Williams BW, Harden J, Hafferty F, Nisghigori H, Collet T, Kendall K. How to train your dragon: Transforming faculty development in social and behavioural sciences. In: Abstract book. AMEE 2019 An international association for medical annual conference; 2019. p. 292.
37. Lowenthal W. Continuing education for professionals: voluntary or mandatory? J High Educ. 1981;52(5):519–38. https://doi.org/10.2307/1981839.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions

BMC