

A korai klinikai tapasztalat hatása az orvosi identitás fejlődésére

Fábry Szabolcs dr.¹ ■ Torzsa Péter dr.²
Tim Dornan dr.^{2, 3} ■ Eőry Ajándék dr.² 

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

³Centre for Medical Education, Queen's University Belfast, United Kingdom

Bevezetés: Az orvosképzés végső célja, hogy az új orvosgenerációk nemcsak tárgyi tudás tekintetében, hanem érzelmi, intellektuális és gyakorlati szempontok alapján is alkalmasak legyenek a betegek biztonságos gyógyítására. A munkahelyi tanulás hatékonyan segítheti ennek a folyamatnak a megvalósulását.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja az volt, hogy feltárjuk a klinikai környezetben, valódi betegen végzett tanulás összetevőit preklinikai éveikben járó orvostanhallgatóknál.

Módszer: 2019 és 2024 között keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk a Semmelweis Egyetemen preklinikai tanulmányaikat végző (első-, másodéves) orvostanhallgatókkal, akik kiscsoportos formában, háziorvosi praxisokban, 48 oktató orvossal vettek részt egy szemeszteren keresztül klinikai gyakorlaton, amelynek célja az oktató háziorvos által kiválasztott betegek anamnézisérvételének tanulása volt. A Manchester Clinical Placement Index szabad szöveges válaszainak használatával mértük a tanulási környezet hatását. Elemzésünkhöz kvalitatív módszerként latens konstruktelemzést végeztünk.

Eredmények: Összesen 883 hallgatói választ elemeztünk. Az elemzés három fő témát eredményezett, a mentor által teremtett befogadó, egyenrangú, kollegiális tér lehetővé tette a hallgatók aktív részvételét. A feladatok végrehajtásának megfigyelése és a személyre szabott, előremutató visszajelzés a tanulási folyamat kulcspontjai voltak. A gyermekkorból felnőttkorba, illetve laikusból professzionális szerepbe lépés, valamint a klinikusi és az oktatói szerep közötti különbségek elmosódása voltak a legmeghatározóbb feszültségforrások.

Megbeszélés: A korai klinikai tapasztalat elősegítette, hogy a hallgatók hivatástudata erősödjék azáltal, hogy az elméletben tanultakat klinikai kontextusban, személyes jelentéstartalommal gazdagítva tanulmányozhatták. Az oktató hivatástudata és humánuma olyan példaképpel szolgált, amely hozzájárul az orvosi pálya iránti elköteleződéshez, és megalapozza a humánus, személyközpontú gyógyítást.

Következtetés: A tapasztalt klinikus oktató által vezetett munkahelyi tanulás a hallgatók aktív szerepvállalásán és példaképeken keresztül segíti a professzionális identitás fejlődését, miközben lehetővé teszi, hogy a hallgatók elméleti tanulmányaikat klinikai kontextusba helyezték.

Orv Hetil. 2025; 166(41): 1611–1621.

Kulcsszavak: egyetemi orvosképzés, szociális környezet, szociális tanulás, közösségi hálózatok, kvalitatív elemzés

Influence of early clinical experience on the development of professional identity of medical students

Introduction: The goal of medical training is to ensure that new generations of doctors are not only knowledgeable, but have the emotional, intellectual and practical capabilities to treat patients safely. Workplace-based learning can facilitate this process effectively.

Objective: The aim of our study was to explore the components of real patient learning among medical students in their preclinical years.

Method: This cross-sectional survey was conducted between 2019 and 2024 at Semmelweis University, with small groups of medical students in their preclinical (1st, 2nd) years during a semester-long practical in primary care practices with 48 general practitioner preceptors. The aim was to learn taking the medical history of patients. The Manchester Clinical Placement Index was applied to measure the influence of the learning environment. We undertook latent construct analysis on free-text answers provided by students.

Results: A total of 883 answers were analyzed. Three key themes emerged, the welcoming social environment created by the preceptor, facilitated active involvement of students. Observation of the implementation of tasks, and forward looking, personalized feedback provided for students were key elements of the learning process. Transition from

childhood to adulthood and from layperson to professional were key sources of tension during the practical, just like the blurring of the differences between the routine of patient care and the role as preceptor.

Discussion: Early clinical experience has been shown to strengthen the vocation of foundational year medical students by enabling them to put their theoretical knowledge into clinical context and enriching it with personal meaning. The preceptors' commitment and humanity served as a role model that contributes to commitment to the medical profession and lays the foundation for humane, person-centered approach to healing.

Conclusion: Preceptor-led workplace learning facilitates professional identity formation through enabling participation in practice and role-modelling; while their theoretical knowledge is placed into clinical settings.

Keywords: undergraduate medical education, social environment, social learning, community networks, qualitative research

Fábry Sz, Torzsa P, Dornan T, Eőry A. [Influence of early clinical experience on the development of professional identity of medical students]. *Orv Hetil.* 2025; 166(41): 1611–1621.

(Beérkezett: 2025. augusztus 9.; elfogadva: 2025. augusztus 21.)

Rövidítések

AMEE = (Association for Medical Education in Europe) Európai Orvosi Oktatási Szövetség; DREEM = (Dundee Ready Educational Environment Measure) az oktatási környezet mérésére szolgáló kérdőív; MCPI = (Manchester Clinical Placement Index) az orvostanhallgatók tanulásának mérésére szolgáló kérdőív a klinikai gyakorlat alatt

Az orvoscépzés egyik legfontosabb feladata, hogy a végzett orvosok megfelelő szakmai felkészültség mellett identitásukban is megérjenek a betegség melletti munkára. A klinikai gyakorlatok fontos elemei a képzésüknek. Ezen belül a korai klinikai tapasztalat az elméleti és gyakorlati tudást összekapcsolja, miközben érzelmi aspektusokkal gazdagítja azt, és valódi, emberi kapcsolatokon keresztül megvalósuló kontextusba helyezi [1]. A nemzetközi gyakorlat változó mértékű és formájú megvalósítást mutat [2], bár a hallgatók ebben az időszakban nagyon fogékonyak a betegekkel való kapcsolatteremtésre [3, 4]. Míg az alapozó évek jelentős elméleti tudást eredményeznek, a klinikai – betegségekkel kapcsolatos – orvosi ismeretek hiánya miatt fontos a tanulási környezet, illetve a tapasztalt klinikus oktató, a mentor szerepe [5].

A gyakorlati tudás megszerzése hely- és helyzetfüggő és tapasztalat alapú: az orvos, a hallgató és a beteg hármának interakciójában, munkahelyi környezetben, betegellátás közben születik meg [6, 7]. A klinikai gyakorlatban zajló betegalálkozások során a kiszámíthatatlan helyzetek potenciális nehézségeket okozhatnak [8, 9]. Ezek gyakran nem a tárgyi tudás hiányosságaiból származnak, hanem a gyakorlati készségek hiányosságaiból, a szakmai felettesek korlátozott elérhetőségéből, a szak személyzet vonatkozásában tapasztalt tudás- és prioritásbeli különbségekből, a betegekkel való kommunikáció nehézségeiből és a hallgatók kulturális, illetve habituális jellemzőiből [10]. A gyakorlatorientált képzés sajátossága, hogy a hallgatók és az oktatók viszonya más jellegű, mint a tradicionális tanár-diák kapcsolat, amelyben az

oktató leadja a tananyagot, a hallgató pedig elsajátítja azt [11, 12]. A munkahelyi tanulás során az oktató azáltal segíti a hallgató fejlődését, hogy aktív jelenléte mellett a klinikai környezetben – meghatározott instrukciók mentén – a hallgató biztonságosan léphet ki a komfortzónájából, miközben a feladat elvégzésére összpontosít. Ebben a helyzetben az oktató biztatja és jelenlétével támogatja a hallgató tanulási folyamatát, aki így biztonságos környezetben gyakorolhat [13].

A munkahely aktív szerepet játszik az orvosi identitás alakításában, mert a gyakorlathoz szükséges készségek elsajátításában és a betegellátás optimalizálásában kulcsfontosságú a váratlan helyzetek megoldása [7, 14]. Ebben a környezetben a tapasztalt klinikus oktató támogatása a kiszámíthatatlan, gyakran pszichológiailag is megterhelő szituációt képes biztonságossá tenni. Ennek építőkövei szervezési, affektív és pedagógiai vonatkozásúak: a betegalálkozást megelőző elméleti vagy gyakorlati felkészítés, illetve a munkahelyi tanulás során a hallgatóknak adott instrukciók, azok végrehajtásának megfigyelése és a visszajelzés a pedagógia formális elemei. Emellett kiemelendő az informális támogatás: a klinikai munka körül forgó beszélgetés, a tapasztalatcsere, melynek során a klinikus alakítja a hallgatók gondolkodását, elősegítve, hogy a gyakorlat igazi, élő beteggel végzett tanulássá és készségfejlesztéssé váljon. A betegalálkozások lehetőséget nyújtanak arra, hogy a hallgató kontextusba helyezze, strukturálja és megerősítse a már megtanultakat [13, 15], és képes legyen a betegséget a beteg ember kontextusában megérteni [16], ami aztán a későbbiekben lehetővé teszi az individualizált kezelés kialakítását [17]. A kompetitív, szakmai hierarchián alapuló oktatás (oktató-hallgató viszony) nem segíti a betegellátáshoz szükséges empátia és altruizmus kialakulását, és meggátolja a hallgatók érzelmi fejlődését [18].

Ennek a nem specifikus kontextuális hatásnak – a társas kapcsolatok által alakított munkahelyi tanuláshoz – a jelentősége annyira felértékelődött az orvoscépzésben, hogy a minőségének mérésére és értékelésére speciális

mérőeszközöket fejlesztettek ki, amelyek segítségével a hallgatók képzéséért felelős gyakorlati helyek értékelése minőségfejlesztési céllal megvalósulhat. Világviszonylatban kétféle mérőeszközt használnak [19]: a Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) [20, 21] és a Manchester Clinical Placement Index (MCPI) kérdőíveket [22]. A DREEM 50 tételből álló mérőeszköz, mely 5 doménen, számszerűsítve méri a hallgatók benyomásait a tanulási környezet klímájával kapcsolatban. Az MCPI ezzel szemben összesen 8 tételt tartalmaz, amelyek a tanulási környezetet és a tanítást egyaránt számszerűsítik. A számokkal kifejezett minőség alkalmas arra, hogy egy adott intézmény jó és rossz oldalairól profilt lehessen létrehozni, vagy hogy az oktatási környezetről kialakult hallgatói értékelések összehasonlíthatók legyenek egy intézményen, egy kohorszon belül vagy intézmények között [23]. Az MCPI 8 tételénél ezeken felül lehetőség van szabad szöveges válaszokkal jellemezni az adott gyakorlati hely jó és fejlesztésre szoruló jellegzetességeit, így arra is alkalmas, hogy mély, közvetlenül a hallgatói visszajelzéseket figyelembe vevő, ok-okozati betekintést tegyen lehetővé.

Jelen tanulmányunkban arra törekedtünk, hogy az egyik legkritikusabb átmenet – a preklinikai évek – klinikai tapasztalatszerzésének jellegzetességeit mutassuk be az MCPI szabad szöveges válaszainak elemzésével, feltárva, hogy melyek azok a kulcsfontosságú alkotóelemek, amelyek az orvostudományi képzés korai fázisában elősegítik a klinikai tapasztalatszerzést, és biztosítják azt a közegét, amelyben az orvostanhallgatók professzionális identitása biztonságban fejlődhet.

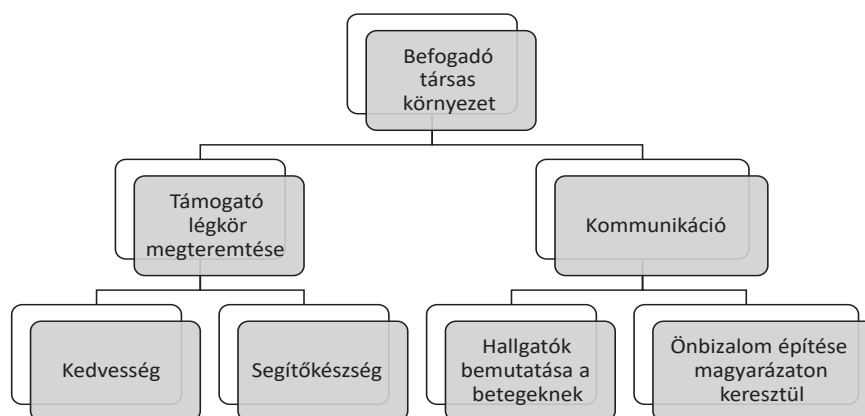
Módszer

A Bevezetés a betegellátásba tárgy kiscsoportos (7–10 fő) képzés a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán, amelynek keretében elsőéves orvostanhallgatók a háziorvosi rendelőben, rendelések közötti időben, egy-egy tapasztalt oktató családorvos által kiválasztott beteget kérdeznek ki anamnézisééről hétről hétre, egy szemeszteren keresztül. A tárgy újszerűsége miatt a

képzésben csak előzetesen felkészített oktatók vehetnek részt akkor is, ha egyébként nagy oktatói múlttal rendelkeznek a Családorvosi Tanszéken. 2019-ben, valamint 2021 és 2024 között a gyakorlat eredményességét a hivatalos egyetemi rendszer mellett az MCPI segítségével értékeltük. A kérdéseket vagy az egyetem zárt rendszerén keresztül küldtük ki, vagy papíralapon töltötték ki a hallgatók az adott oktatási blokk végén. A válaszadási arány 17–50% között változott. Az egyetem regionális kutatásetikai bizottsága jóváhagyta a vizsgálatot, az etikai engedély száma: 243/2019.

Manchester Clinical Placement Index (MCPI)

Az MCPI-t 2012-ben fejlesztették ki *Dornan és mtsai* [22]. A mérőeszköz elméleti és empirikus alapjait a tapasztalati tanulás (experience-based learning) modellje biztosította, kontextusát pedig egy közösségorientált, horizontálisan integrált orvostudományi képzési program, amelynek keretében mind a kórházi, mind pedig a háziorvosi praxisban végzett tanulás környezetének minősége értékelhető volt. A mérőeszköz 8 tétele két faktoron a kórházi gyakorlati helyek varianciájának 78%-át, a háziorvosi gyakorlati helyek 82%-át magyarázta. A két faktor a tanulási környezet 5 tétele (szakmai vezetés, fogadtatás, személyzet, felszereltség, szervezethez) és a gyakorlati oktatás (instrukció, megfigyelés, visszajelzés) 3 tétele volt. A kérdőív úgy épül fel, hogy egyes tételeihez meghatározás tartozik, majd ezt követi egy 7 pontos Likert-skálán a tétel számszerű értékelése az adott gyakorlati hely vonatkozásában. A Likert-skála pontszámértékeihez tartozó magyarázatok: 0 = egyáltalán nem értek egyet, 3 = egyet is értek meg nem is, 6 = teljes mértékben egyetértek. A számszerű értékelés mellett minden tételnél szabad szöveges válaszadásra is lehetőség van, lehetővé téve, hogy a hallgatók kommentálják gyakorlati helyük erősségeit vagy gyengeségeit az adott tétel vonatkozásában. A mérőeszköz magyar verzióját a szerzővel együttműködésben alakítottuk ki, és a magyar adaptáció is ezen együttműködés keretében valósult meg 2023-ban [24]. A kérdőív magyar változata az 1. függelékben található.



1. ábra | A tematikus elemzés mintadiagramja

1. függelék Manchester Clinical Placement Index (MCPI)**Szakmai vezetés**

Szakmai vezetésről akkor beszélünk, ha egy vagy több tapasztalt orvos (szakorvos, családorvos, rezidens) felelősséget vállal az oktatásáért.

Kérem, jelölje, mennyire ért egyet az alábbi állítással, ha 0 = egyáltalán nem értek egyet, 3 = egyet is értek meg nem is, 6 = teljes mértékben egyetértek.

A gyakorlati helyemen volt szakmai vezetés □

Kérem, füzzön magyarázatot egyik vagy mindkét állításhoz:

A szakmai vezetés jó volt, mert ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

A szakmai vezetést fejleszteni lehetne ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

A hallgatók fogadtatása

A megfelelő fogadtatás olyan fogadás, amelyben kifejtésre kerül, hogyan járul hozzá a gyakorlati hely a valódi betegen történő tanuláshoz.

Kérem, jelölje, mennyire ért egyet az alábbi állítással, ha 0 = egyáltalán nem értek egyet, 3 = egyet is értek meg nem is, 6 = teljes mértékben egyetértek.

Megfelelő fogadtatásban volt részem ezen a helyen □

Kérem, füzzön magyarázatot egyik vagy mindkét állításhoz:

A fogadtatás jó volt, mert ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

A fogadtatást fejleszteni lehetne ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

Támogatás – személyzet

Az a támogatás, amelyet a gyakorlati hely személyzetétől (orvos, titkárnő, recepciós, nővér vagy mások) kapott a valódi betegen történő tanuláshoz.

Kérem, jelölje, mennyire ért egyet az alábbi állítással, ha 0 = egyáltalán nem értek egyet, 3 = egyet is értek meg nem is, 6 = teljes mértékben egyetértek.

Támogatást kaptam azoktól az emberektől, akikkel ezen a helyen találkoztam □

Kérem, füzzön magyarázatot egyik vagy mindkét állításhoz:

A gyakorlati helyen jó volt, hogy egy vagy több ember a személyzet tagjai közül ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

A támogatást fejleszteni lehetne ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

Instrukció

A klinikai oktatás tartalmaz arra vonatkozó instrukciókat, hogy hogyan lehet végrehajtani a feladatokat (például anamnézis felvétele, vizsgálat, különböző beavatkozások) valódi betegeken.

Kérem, jelölje, mennyire ért egyet az alábbi állítással, ha 0 = egyáltalán nem értek egyet, 3 = egyet is értek meg nem is, 6 = teljes mértékben egyetértek.

Elmagyarázták, hogyan hajtsam végre a szükséges feladatokat valódi betegeken □

Kérem, füzzön magyarázatot egyik vagy mindkét állításhoz:

Az instrukcióban jó volt, hogy ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

Az instrukciót fejleszteni lehetne ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

Megfigyelés

A klinikai oktatás része, hogy a tanár megfigyeli, ahogy a hallgató végrehajtja a feladatot valódi betegeken.

Kérem, jelölje, mennyire ért egyet az alábbi állítással, ha 0 = egyáltalán nem értek egyet, 3 = egyet is értek meg nem is, 6 = teljes mértékben egyetértek.

Az oktatóm figyelte, ahogy végrehajtom a feladatot valódi betegeken □

Kérem, füzzön magyarázatot egyik vagy mindkét állításhoz:

A megfigyelésben jó volt, hogy ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

A megfigyelést fejleszteni lehetne ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

Visszajelzés

A klinikai oktatás során az oktatók visszajelzést adnak arról, hogy hogyan teljesítette a feladatot valódi betegeken.

Kérem, jelölje, mennyire ért egyet az alábbi állítással, ha 0 = egyáltalán nem értek egyet, 3 = egyet is értek meg nem is, 6 = teljes mértékben egyetértek.

Kaptam visszajelzést arról, hogy hogyan teljesítettem a feladatot valódi betegeken □

Kérem, füzzön magyarázatot egyik vagy mindkét állításhoz:

A visszajelzésben jó volt, hogy ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

A visszajelzést fejleszteni lehetne ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

Felszereltség

A tanulási környezetbe beletartozik, hogy a hallgatóknak van helyük (például jegyzetet írni, olvasni vagy az oktatást hallgatni) és segédanyaguk (könyvek, számítógép vagy egyéb anyagok), amelyek segítik a valódi betegen végzett tanulást.

Kérem, jelölje, mennyire ért egyet az alábbi állítással, ha 0 = egyáltalán nem értek egyet, 3 = egyet is értek meg nem is, 6 = teljes mértékben egyetértek.

A gyakorlati helyemnek megfelelő volt a felszereltsége □

Kérem, fűzzön magyarázatot egyik vagy mindkét állításhoz:

A felszereltséggel kapcsolatban jó volt, hogy ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

A felszereltséget fejleszteni lehetne ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

A gyakorlati hely szervezettsége

Egy megfelelően szervezett gyakorlati helyen a tanítással és a tanulással kapcsolatos tevékenységek úgy vannak szervezve, hogy elősegítsék a valódi betegen tanulást.

Kérem, jelölje, mennyire ért egyet az alábbi állítással, ha 0 = egyáltalán nem értek egyet, 3 = egyet is értek meg nem is, 6 = teljes mértékben egyetértek.

A gyakorlati helyemnek megfelelő volt a szervezettsége □

Kérem, fűzzön magyarázatot egyik vagy mindkét állításhoz:

A szervezettséggel kapcsolatban jó volt, hogy ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

A szervezettséget fejleszteni lehetne ... (kifejtendő szöveg rubrikája)

MCPI-pontozási útmutató

A tanulási környezet minőségét százalékban fejezzük ki az alábbi formula szerint:

$(\text{Szakmai vezetés} + \text{Fogadtatás} + \text{Személyzet} + \text{Felszereltség} + \text{Szervezettség}) \times 100 / 30\%$

A képzés minőségét százalékban fejezzük ki az alábbi formula szerint:

$(\text{Magyarázat} + \text{Megfigyelés} + \text{Visszajelzés}) \times 100 / 18\%$

Megbízható mérőeszközként működik, ha több mint 10 válaszadó pontszámait átlagoljuk. A kifejtendő válaszokat felhasználhatjuk a számbeli különbségek magyarázatára és az erősségek és javítanivalók beazonosítására, minőségfejlesztési céllal.

2. függelék**I. A kontextus szerepe a korai klinikai tapasztalatszerzésben****I. 1. A fogadtatás jelentősége**

- „Nem volt kellemetlen a helyzet, az orvos minden betegnek elmondta, ki vagyok, és miért vagyok itt, így a betegek sem feszengtek és én sem. A rendelőben engem, mint hallgatót nagyon kedvesen és segítőkészen fogadtak...” (2021/81)
- „Világosak voltak, pontosak, ugyanakkor nem voltak szájbarágóságok sem, nem úgy magyarázta el a Doktornő a feladatokat, mintha hülyék lennénk, hanem mint akik tényleg képesek azt sikeresen megcsinálni. Ez egyrészt önbizalmat adott nekünk is, illetve a beteg sem izgult, hogy rajta tanulunk, hiszen bízott benne, hogy képesek vagyunk rá.” (2022/175)
- „Életünk első orvos-beteg találkozása során nagy megnyugvást nyújtott, hogy a gyakorlatvezetőnk mellettünk volt az anamnézis felvételekor, szükség esetén terelte a beszélgetést a megfelelő irányba...” (2024/48)
- „Nyugodt környezetben, kedves alkalmazottakkal tudtunk találkozni, illetve, hogy a betegek is nagyon közvetlenek, közlékenyek voltak a megszokott környezetükben, látszott, hogy bizalmat éreznek irántunk is.” (2021/105)

I. 2. A szervezettség mint keretrendszer hatása a tanulásra

- „Orvosi rendelőben teltek az órák, így igazán beleláthattunk, hogy a mindennapokban, hogy zajlik a rendelés, milyen eszközöket találunk bent stb. Jó volt, hogy nem iskolapadban ülve csak egy tankönyvből tudtunk így tanulni.” (2022/36)
- „Rendelés utáni időpontban mentünk, így nem akut ellátás közepette kellett kikerdeznünk a beteget, hanem nyugodt körülmények között.” (2022/124)
- „Előre tisztáztuk, hogy hogyan is fognak kinézni az egyes alkalmak, illetve az egész félév felépítése, mire számítsunk és tőlünk mit várnak majd el.” (2019/138)
- „Jól volt felépítve a gyakorlat, volt idő a betegek részletes megismerésére, kérdéseink feltevésére, majd a csoport külön is ki tudta elemezni a helyzetet.” (2022/208)
- „Az elején még ő mondta, mit csináljak, utána fokozatosan adta át a terepet, és az utolsó órán már végig csak megfigyelt és a végén értékelte a munkám.” (2019/188)

II. A klinikai környezetben végzett tanulás sajátosságai

- „Az első órán beszélgettünk arról miért is vagyunk ott, mit is szeretnénk elérni ezzel a tárggyal és ezt hogyan fogjuk megvalósítani. Illetve minden beteg előtt kaptunk egy kis iránymutatást Doktornőtől, hogy mire próbáljunk meg fókuszálni, de sosem lőtte le a »poént«, hogy mi a betegség, vagy célja a gyakorlatnak, arra magunktól kellett rájönni a kommunikáció és kikerdezés során.” (2022/78)

- „A doktornő kedvesen kiemelte, mit csináltunk jól és min lehetne még javítani. Elmagyarázta az esetleges hibák okát, ha kellett, újra megmutatta a helyes végrehajtást és segített a javításban.” (2019/130)
- „A feladat után, a csoporttal együtt következtetéseket vontunk le, először mi magunk mondtuk el, hogyan éreztük az adott feladat teljesítését, majd az oktató a közben leírt jegyzete alapján, és utána több ötletet és magyarázatot is kaptunk, hogy hogyan lehetne máskor jobban kivitelezni ezt a feladatot.” (2024/56)
- „Utána részletes visszajelzést kaptunk, hogy a kérdéseink a betegek felé jók voltak-e és hogy merre lehetett volna még vinni a beszélgetést vagy mire lehetett volna még reflektálni.” (2022/55)
- „Rengeget tanulhattam magamról. És amikor kritikát mondtak, utána mindenki megpróbálta beleépíteni a kikérdezésbe a következő alkalommal, mindenki javítani szeretett volna az anamnéziszfelvétel módjában.” (2023/43)
- „Rengeget tapasztalattal rendelkezett, segítőkész volt, minden kérdésünkre válaszolt szívesen. Látszott, hogy rengeteg tudással rendelkezik, öröm volt tőle tanulni. Gyakran hangzottak el bölcs gondolatok, amit nem csak a későbbi orvosi karrierünk során tudunk használni, hanem a mindennapi életünkben is.” (2022/68)
- „Felkérte a beteget, hogy ő is fejezze ki véleményét azzal kapcsolatban, hogy mik az igényei egy kezelőorvos felé. Ez számomra hasznos tapasztalat volt.” (2019/22)
- „A betegek elmondása alapján a doktornő rendkívüli részletességgel vizsgálja meg pácienseit, hatalmas tudással rendelkezik és pontos diagnózist alkot, ... A doktornő így példaképpé vált, amelyet az is elősegített, hogy apró trükköket elárulva járult hozzá ahhoz, hogy a későbbiekben mi is JÓ orvosok legyünk...” (2023/31)
- „Érkezett egy beteg az órára, aki mesélt magáról és a betegségéről, hogy ő hogyan élte meg ezt az életében, és nagy tapasztalat volt, hogy betekintést kaphattunk arról, hogy milyen érzelmek játszódtak le benne, mikor kiderült a betegsége és hogy a családja hogyan fogadta a hírt...” (2023/34)
- „Rávilágított arra, hogy mindig a beteget kell látni, mint embert, nem pedig a betegséget. Kihangsúlyozta az empátia, a jó kommunikáció, szervezőképesség fontosságát.” (2023/66)

III. Szerepkonfliktus a tanulás során

- „Pontosan tudtam, mit és hogyan kell csinálnom, a beteg észre sem vette, hogy nem vagyok profi.” (2022/23)
- „Segített nekünk a betegek kikérdezésében, mielőtt megérkezett a beteg megbeszéltük, hogy mit kell kérdezni és hogyan érdemes vezetni a beszélgetést...” (2019/125)
- (Az instrukciókat fejleszteni lehetne) „azzal, ha konkrét tanácsokat adna arra vonatkozólag, hogy ebben a mesterként helyzetben miként érdemes a beteget szólítani, összességében hogyan beszéljünk, kb. milyen kérdéseket tegyünk fel, közbeszólhatunk-e, ha a beteg hosszasan beszél stb.” (2022/33)
- „Az oktató nem segített abban, hogy a páciens az egyáltalán nem releváns magánéleti információkat ne részletezte, nem tanította meg, hogy hogyan kellene egy ilyen esetet kezelni.” (2023/18)
- „Voltak betegálgázások, melyeken mi hallgatók szóhoz sem juthattunk, nem kérdezhettük a beteget, mivel gondolatmenetét nem szakította meg egyszer sem a kérdések feltételéhez...” (2019/10)
- „Az anamnéziszfelvételt csoportosan végezve inkább a beteg önállóan beszélt, vagy az oktató segítette kérdésekkel, így a hallgatók kevésbé vettek részt a folyamatban...” (2019/136)
- „A félév elején kifejezetten, aztán már kevésbé, de még előfordult, hogy a tanárnő keményen, már-már bántóan leszidott minket és elmondta, hogy mennyire nagyon rosszul kérdeztük ki a beteget (főleg a legelső alkalommal) és emiatt úgy éreztük, hogy nem vette figyelembe azt, hogy mi még sosem csináltunk ilyet...” (2022/204)

Kvalitatív elemzés

Érdeklődésünk homlokterében a preklinikai években zajló, valódi betegkapcsolaton alapuló, munkahelyi környezetben megvalósuló tanulás sajátosságai álltak, és az, hogy ennek milyen összetevői játszottak szerepet a professzionális identitás alakulásában. A keretrendszer a munkahelyi tanulás AMEE-irányelve adta [13], amelyben az MCPI-t a gyakorlati tanulás mérőeszközeként határozták meg. Az MCPI-re adott szabad szöveges válaszok jelentették a gazdag forrást, amelynek latens konstruktumelemzését végeztük el [25]. Ennek során F. Sz. és E. A. az összegyűjtött szöveges válaszokat végigolvasva, azokat tematikusan csoportosította, majd a témákat egymáshoz való viszonyulásuk alapján összerendezték, és T. D.-vel koncepcionális modellt fejlesztettek

ki (1. ábra). Azokat a hallgatói szabad szöveges válaszokat, amelyek a leginkább jellemzik a fő témákat, szó szerint idézzük az Eredmények fejezetben. A többi, értelmezésünket támogató válasz azonosítóit (évszám és a válasz sorszáma) feltüntettük a szövegben, de teljes terjedelmükben is olvashatók a 2. függelékben.

Eredmények

A Bevezetés a betegellátásba tárgy 2019 és 2024 közötti időszakának összesen 883 hallgatói válaszát elemeztük kvalitatív módszerekkel. Elemzésünk három fő témakört jelenített meg: I) a kontextus szerepét, II) a tárgyra jellemző specifikus, tanulást elősegítő összetevőket, III) a tanulás során fellépő szerepkonfliktusokat.

A kontextus szerepe a korai klinikai tapasztalatszerzésben

A fogadtatás jelentősége

A kezdő orvostanhallgatók számára ismeretlen volt a klinikai környezet, ezért különösen nagy jelentősége volt az oktató, illetve a személyzet részéről megtapasztalt fogadtatásnak abban, hogy feloldódjanak, otthonosan érezzék magukat, és el tudják végezni a rájuk bízott feladatot (2022/118).

„Mindenki nagyon kedves és segítőkész volt velünk, a portás úrtól a takarítónőig, orvosok, akik minket tanítottak stb. Jól esett egy ilyen légkörben lenni. Én személy szerint úgy éreztem, hogy becsülnék ott minket, hallgatókat és hogy örülnek nekünk.” (2022/118)

Az orvos oktató befogadó, megnyugtató légkört teremtett azzal, hogy kedves és segítőkész volt a hallgatók felé. Azáltal, hogy bemutatta őket a betegeknek, megszüntette az ismeretlen helyzetből fakadó feszültséget (2021/81). Az orvos úgy kommunikálta a feladatot a hallgatók felé a beteg előtt, hogy az a hallgatók önbizalmát megerősítette abban a tekintetben, hogy el tudják végezni a feladatot, a betegek hallgatókba vetett bizalmát pedig fokozta (2022/175). A feladat elvégzése közben az oktató támogató jelenléte fokozta a hallgatók biztonságérzetét (2024/48). A betegek a számukra megszokott környezetben voltak, így könnyen együttműködtek a hallgatókkal (2021/105). Ezekkel a tényezőkkel az oktató olyan támogató társas környezetet alakított ki, ahol a hallgató a közösség részévé tudott válni.

A szervezethez mint keretrendszer hatása a tanulásra

Az elméleti tárgyakra fókuszáló korai orvoseképzésben maga a rendelő – mint a klinikai munka helyszíne – új típusú, izgalmas tanulási környezetet jelentett (2022/36), amelyben a hallgatók az oktató osztatlan figyelmét élvezték (2022/124). A tárgy tartalmi és formai felépítésével kapcsolatos információk (2019/138; 2022/208), illetve a tájékoztatás arról, hogy hogyan épül fel az önálló munka a szemeszter során (2019/188), olyan keretrendszert biztosított, amely állandóságával elősegítette, hogy a hallgatók figyelmüket teljes egészében a feladatra összpontosítsák.

A klinikai környezetben végzett tanulás sajátosságai

A gyakorlatokon az oktató központi szereppel bírt, ő kötötte össze a hallgatókat a klinikai környezettel, ő volt a házigazda ebben az új világban. A kollegiális és oldott hangulat teremtette meg azt a nyitottságot, amelyben a hallgató ki mert lépni a komfortzónájából, és úgy gyakorolt a beteggel a csoport és az oktató jelenlétében, hogy tudta, nem jelenthet gondot, ha hibázik, és a hibáit kijavítják. Az oktató folyamatos figyelő és egyben támogató jelenléte aktívan elősegítette, hogy a hallgatók olyan te-

vékenységet is el tudjanak végezni, amelyet önállóan nem tudtak volna.

„Végig figyelemmel követett minket, de csak akkor szólt közbe, ha az feltétlenül szükséges volt. Így volt lehetőségünk kipróbálni magunkat, közelebb kerülni egy »éles« helyzet megtapasztalásához, de közben megnyugtató volt, hogy nem vagyunk magunkra hagyva...” (2023/93)

A klinikai környezetben végzett tanulás folyamatában a hallgató volt az aktív szerepvállaló, az oktató pedig elősegítette a későbbi – orvosi – szerepkörének megfelelő új képesség kialakítását (2019/70). A hatékony tanulás meghatározott lépéseket követett: először a hallgatók megfigyelték az oktatót munkavégzés közben, ezt követte a gyakorlás, az oktató jelenlétében (2022/175) védett körülmények között végzett munka, végül egyedül oldották meg a feladatot az orvos folyamatos támogatása mellett, majd erről személyre szabott visszajelzést kaptak (2022/78). Ezek a lépések vezettek a szükséges gyakorlati tudás megszerzéséhez, amellyel a hallgatók az adott szakmai tevékenységet képesek voltak klinikai környezetben elvégezni (2024/48).

„...részletes elméleti felkészítést kaptunk, amit közvetlenül ezután ki is próbálhattunk. Az instrukciók egyértelműek és követhetőek voltak, alkalmazásukról a beteg távozását követően visszajelzést kaptunk az oktatótól.” (2019/70)

A fejlődéshez közös megbeszélést és visszajelzést igényeltek a hallgatók. A visszajelzés alapvető jelentőségét a jó gyakorlat megerősítése, illetve a hibák kiküszöbölése adta (2019/130), azonban a hallgató fejlődését úgy támogatta a leginkább, ha ösztönző és támogató formában valósult meg, érzelmi biztonságban (2024/56; 2022/55). A tanulási folyamat újszerűsége miatt előnyös volt, ha az oktató reflektált a feladat tartalmi vagy formai elemeivel kapcsolatos hallgatói érzelmekre, gondolatokra (2019/174), mert ezzel feloldhatóvá vált az esetlegesen kialakuló feszültség. A szakmai és személyes elemekre való teljes odafigyelés együttesen segítette a szakmai identitás kialakulását (2022/8) és a személyes fejlődést (2023/43).

„A gyakorlatvezető igyekezett megismerni minket a gyakorlat alatt, és minden eset után odafigyelt arra ki hogyan élte meg az adott szituációt. Minden bétén visszakérdezett, hogy a bét folyamán lett-e új kérdés a múltbeli beteggel kapcsolatban.” (2019/174)

„Saját hibáinkból tanulhattuk meg az anamnéziszfelvétel lépéseit, elkezdhattuk elsajátítani az orvosi gondolkodásmódot. Mindig kijavított minket a Tanár, tanácsokat adott, és mi magunk és csoporttársaink is értékelhettük a teljesítményünket.” (2022/8)

Az orvos ebben az új világban a titkokba beavató közösségalkotó (2022/68) volt, aki aktív támogatásával a száraz elméleti tudást a klinikai tapasztalatából és az orvos-beteg interakciókból nyert humán vonatkozásokkal úgy gazdagította (2023/51), hogy azzal az orvosi identitáshoz elengedhetetlenül szükséges képességeket is bővítette (2024/111). A kapcsolat során a humán, emberi

vonatkozások domináltak (2019/22), az oktató támogatása mellett a hallgató a beteg emberre tudott összpontosítani (2023/31), még ha a kérdések az egészségi állapot, a betegség köré rendeződtek is. E feltételek mellett a páciens információforrás (2023/34), tanulási partner és az orvos-beteg kapcsolat humánumának forrása lehetett (2023/66).

„Átbeszéltünk többféle feladatot nem csak a gyakorlatias oldalát ezeknek, de az emberi részüket is. Hogyan lehet a páciensekhez a legnagyobb figyelemmel és empátiával fordulni, milyen fontos a kommunikáció ahhoz, hogy sikeres diagnózist tudjunk felállítani és a betegek is érezzék, hogy jó kezekben vannak.” (2023/51)

„A gyakorlatvezetőnk folyamatosan figyelt arra, hogy mind szakmailag (pl. latin orvosi kifejezések gyakorlása), mind emberileg (például udvarias, empátikus odafigyelés a betegekhez) újabb és újabb képességekkel gazdagodjunk a gyakorlatok végére.” (2024/111)

Szerepkonfliktus a tanulás során

A korai klinikai betegkapcsolatok során megjelent az oktató-hallgató-beteg hármában a professzionális és a laikus, valamint a valós és a kívánt szerep közötti konfliktus. Az oktató és a beteg szakértő volt a betegség vonatkozásában, mert az oktató orvos a betegség klinikai jellegzetességeit (diagnózis, terápia, prognózis), míg a páciens a betegség hatását (saját élettapasztalat) ismerte. A hallgatók ezekkel nem voltak tisztában. Az ebből fakadó bizonytalanságot esetenként – jövőbeli szerepüket hangsúlyozva – színlelt professzionalizmussal (2022/23) vagy automatikusan ismételt, az oktató által előre megadott kérdésekkel (2019/125) próbálták oldani. Klinikai tudás és személyközpontú nyitottság nélkül az előre megadott kérdések ismétlése (2021/173) a hallgatókban szerepkonfliktust generált (2022/33), ami végül a páciensről való elhatárolódáshoz vezetett (2019/51).

„A megfelelő sorrendben és alaposan feltettük a kérdéseket, de a végére a mi fejünkben nem állt össze semmi, mivel nincsenek alapismereteink. Így kicsit értelmetlennek éreztük.” (2021/173)

„Türelemre tanított, mert orvosi pályafutás során rengeteg időt kell hallgatnunk míg valaki össze-vissza beszél, majd ezekből racionális következtetéseket kell levonnunk.” (2019/51)

Az elsőéves orvostanhallgatók laikus, sőt néhol gyermeki szemmel közelítették meg a helyzetet. Ez a nyitottság értéket képviselt a professzionális találkozások során, hiszen az emberek közötti humánus megközelítés volt az alapja. Mivel a preklinikai években a képzés felépítéséből adódóan nem volt klinikai tudásuk, nehezen tudták orvosként meghatározni magukat (2023/85).

„...a betegek személyesebb kérdéseknél jobban meg tudtak nyílni, illetve szerintem a szorongásuk is csökkenhetett, hiszen mi idős emberek szemében inkább az unokájukra hasonlítunk, az orvosuk pedig egy köztisztelőben álló személy.” (2023/85)

Ennek a humánus megközelítésnek a megtartásához folyamatos oktatói támogatás kellett (2023/18), hiszen a szerepkonfliktusból és a klinikai helyzetek mindig jelen lévő bizonytalanságából adódóan a hallgatók tapasztalatlansága fenntartotta a feszültséget (2019/10), és szükségük volt az oktatói támogatásra, hogy klinikai szempontból értelmezzék a beszélgetés tartalmi elemeit és a valódi betegkapcsolatot (2022/133).

„Személy szerint úgy gondolom, hogy első éves hallgatóként még nagyon messze állunk attól, hogy bármilyen kapcsolatban álljunk egy pácienssel és a meghívott nénik, bácsik sem tudták megfelelően kezelni a helyzetet. Szakmai tudásunk még nincs, ezért nagyon gyakran elterelődött a téma, nem volt orvosi vonatkozása a beszélgetésnek (de megtanultunk rozsos kenyeret sütni, focizni, könyvelni, főzni és a diabeteses étrendet is) így sajnos nagyon sokszor éreztük azt, hogy csak az időmet vesztegetem a rendelőben.” (2022/133)

Klinikai oktatóként is egyensúlyt kellett találni a klinikus és az oktatói identitás között. Előfordult, hogy az oktató az elsőéves hallgatók speciális helyzetét nem értve klinikusként állt a helyzethez (2019/136), vagy olyan információkat adott a hallgatók kezébe, amelyeket a medikusok nem tudtak szakmai kontextusba helyezni (2019/22). A szakmai fókusz hiánya mellett érzelmileg is megterhelő környezet jöhetett létre akkor, ha nem készítette fel megfelelően a hallgatókat az adott feladatra (2019/167), vagy negatív érzelmeket generált (2022/204). Sőt a betegnek is kellemetlenséget okozhatott, ha keret nélkül bizalmas információkat osztott meg a hallgatókkal (2019/37).

„...Többször tapasztaltam, hogy az oktatók nincsenek tisztában azzal, hogy a hozzájuk érkező orvostanhallgatók hol tartanak a tanulmányaikkal (például a gyakorlatvezetőm rendszerint megkérte a beteget, hogy sorolja fel, milyen gyógyszereket szed, melynek következtében mi hallhatunk 15 idegen gyógyszernevet, amit nem tudtunk leírni, és az oktató csak néha árulta el, hogy mire is írta fel azt a gyógyszert).” (2019/22)

„Az orvos ad egy gondolati sémát, ami mentén el lehet kezdeni gondolkodni, és kérdezgetni a beteget célirányosan. Ezzel szemben minden felkészítés nélkül a mélyvízbe dobott minket, magunktól meg nehezen találtuk ki, pontosan hogy is kérdezzünk.” (2019/167)

„Volt olyan beteg, aki a Doktornőtől nem kért teljeskörű felvilágosítást az állapotát illetően, viszont nekünk erről nem szólt előre a Doktornő, így a betegnek feltett kérdéseinkkel csaknem olyan információkhoz jutott a beteg, amikről nem szeretett volna tudni.” (2019/37)

Megbeszélés

Eredményeink alapján a korai klinikai tapasztalatszerzés olyan lehetőséget jelentett, amelyben a biztonságot a mentorral való kapcsolódás adta, állandóan változó környezetben – a betegtalálkozások kapcsán. Ennek meghatározó jegye a mentor befogadó, meleg személyisége

volt, mely a hierarchia korlátait lebontva pszichológiailag biztonságos teret hozott létre. A pszichológiailag biztonságos térben az együttműködő csoport minden tagja egyenrangú, és minden egyéni hozzájárulás értéket képvisel [26]. A közös gondolkodás fókuszában a tanulás során elérhető fejlődés egyéni perspektívái állnak, ezért bátorítja a nyílt kérdésfelvetést és megbeszélést [26, 27]. Vizsgálatunkban a tanulás az adott helyzetek kiszámíthatatlanságából fakadó feszültségforrások megoldása során valósult meg. Míg az automatizmusok (klinikus szerep) és a sémák (előre meghatározott kérdések) alkalmazása nem eredményezett hatékony tanulást, addig az együttműködés szereplői között a probléma megoldására fókuszáló interakció lehetővé tette, hogy a hallgatók identitása alakulni kezdjen. Ilyen interakció volt, ha az oktató a beteggel való találkozás kezdetén kollegiálisan bemutatta a hallgatókat, elhelyezve őket a közösségben, és kommunikációjával fokozta a feladat sikeres kivitelezésébe vetett hitüket, bizalmat ébresztve irántuk a betegben is. Idetartozott az is, hogy figyelő jelenlétével engedte kibontakozni a hallgatókat, de szükség esetén közbelépett, és segítette őket, hogy megoldást találjanak egy-egy kialakult problémás helyzetre. A beteg távozása után adott oktatói visszajelzés a hallgató fejlődését szolgálta, míg ha átbeszélték a gyakorlattal kapcsolatban kialakult hallgatói érzelmeket és gondolatokat, azzal segítették a feszültség oldását. Ez tette lehetővé az úgynevezett expanzív tanulást [28]: a gyakorlati alkalmazás közben kialakított és megerősített új viselkedésmintázatok létrejöttét. Azt a kontextust, amelyben ez megvalósul, proximális fejlődési zónának nevezzük [29, 30]. Ennek során – támogató környezetben – a hallgatók képesek komfortzónájukból kilépve olyan feladatokat is elvégezni, amelyekre saját, pillanatnyi tudásuk alapján nem lennének alkalmasak [31, 32].

A szakirodalom alapján az aktív, munkahelyi tanulás elősegítéséhez elengedhetetlen a tanár intellektuális és társas kapcsolódása a hallgatókhoz [33]. Az ily módon, támogatott részvétellel zajló tanulás [13] során a hallgatók az elméleti tudást az eseteken keresztül kontextusba tudják helyezni, az oktatói aktív jelenlét pedig példákon és történeteken keresztül, a hallgatókkal zajló interakciók révén és a praxishoz tartozó munka bemutatásával a gyakorlásának támogatásával felerősíti és kiterjeszti a tanulást [18]. Vizsgálatunkban az oktató figyelő, aktív jelenléte segítette, hogy a hallgató és a beteg közötti interakció biztonságos legyen, és hogy a szakmaiság elvárását a hallgatók teljesíteni tudják. Ennek a hallgatói munka oktatói megfigyelése és az egyénre szabott, előremutató visszajelzés egyaránt elengedhetetlen feltételei voltak. A korai klinikai tapasztalatszerzés lehetővé teszi, hogy a hallgatók klinikai gondolkodása fejlődjen [34], jobban kontextusba tudják helyezni az elméleti tárgyakat [30], és a betegalázkodások során a szóbeli, vizuális és hangin-gerek segítik, hogy ne csak analitikusan, a tankönyvekből tanult módon, hanem mintázatokban is elkezdjenek gondolkodni [34, 35], ami a tapasztalt klinikusok sajátja

[36]. Ehhez hozzájárult, hogy a betegségek a betegalázkodások során személyes jelentéstartalommal gazdagodtak, élővé váltak [37]. Több összefoglaló közlemény eredményei alapján azok, akik képzésük korai éveiben klinikai tapasztalatot szereztek, jobban tudtak adaptálódni a szakmai környezethez, és kevesebb stresszt jelentett számukra a betegekkel való kapcsolatleremtés. Emellett a korai klinikai tapasztalatszerzés az orvos példaképeken keresztül segítette szakmai érésüket, és összességében is elégedettebbek voltak a képzésükkel [36, 38]. Az orvos oktatók mint példaképek felelőssége kifejezetten jelentős azon a téren is, hogy ne alakuljanak ki sztereotípiák egyes betegekkel vagy betegcsoportokkal szemben az orvostanhallgatókban, amelyek később akadályozhatják a szociális anamnézis feltérképezését és az egyénre szabott, optimális terápia alkalmazását [39].

Hallgatói válaszaink alapján a komplex helyzetek megbeszélésén és a visszajelzésen keresztül az oktató nemcsak segített a hibák kiküszöbölésében és a jó gyakorlat megerősítésében, hanem elültette a professzionális empátia csírait azzal, hogy az egészségi állapot és a betegség jellemzői kapcsán a beteg emberre összpontosított a kikerdezés során. Ebben a helyzetben a beteg ember információforrás, tanulási partner és az orvos-beteg kapcsolat humánnumának forrása is volt. A szakirodalomban ellentmondásos, hogy az orvos és beteg érzelmi egymásra hangolódása segíti vagy akadályozza-e a gyógyítást, illetve veszélyt jelent-e az orvos saját mentális egészsége szempontjából. Az érzelmi távolságtartás természetes velejárója a betegség és a gyógyulás tudományos, objektív, szakterületek szerint fragmentált megközelítésének [40]. Eredményeink alapján a mentor humánuma jelentős szerepet játszott a hallgatók orvosi identitásának formálásában. A humánus gyógyításban betöltött szerepét számos klinikai [36, 41] és oktatási [16, 42] tárgyú közlemény tárgyalja. Megállapításuk szerint a professzionális empátia nem öncélú azonosulást jelent a beteg érzelmeivel, hanem olyan ráhangolódást, amely elősegíti a bizalom kialakulását és fenntartását. Nemcsak affektív, érzelmi jellemvonásokkal bír, hanem kognitív összetevője is van, amely segíti, hogy az orvos megértse a beteg személyes tapasztalataiból és gondolataiból adódó perspektíváját, morális komponense pedig a szenvedés enyhítésével, illetve a jóllét növelésével kapcsolatos [43]. Ez a hozzáállás nemcsak a beteg gyógyulását segíti elő, hanem az orvos hivatástudatát is erősíti, a gyógyításnak személyes jelentéstartalmat adva [44].

Az orvostanhallgatók előzetes elképzelésekkel bírnak a jó orvos fogalmáról [45], számukra az orvos oktatók példaképek, pusztán jelenlétük is hatással van rájuk. Ugyanakkor az oktatók számára is új helyzetet jelent az orvostanhallgatókkal való foglalkozás [33, 46]. A sokszínű klinikai valóságban mégis ők a házigazdák, a szakértők, akiknek a hallgatói kapcsolatra is reflektálniuk kell [47], mivel a személyes faktoroknak közvetlen hatásuk lehet a hallgatók szakmai teljesítményére [48] és a humánus megközelítés kifejlődésére [43]. Az oktatók fel-

adata így a bizonytalansággal való megküzdés, a fokozatos függetlenedés [49], valamint a legitim szakmai identitás kialakításának támogatása [50]. A jelenlegi orvoscépzés nem támogatja következetesen a humánus gyógyítói attitűd kialakulását, amelynek alapvető feltétele, hogy a betegség kapcsán az orvos a beteg emberre fókuszál [51]. Ezért különösképpen fontos, hogy a preklinikai években tudatosan kialakított személyközpontú megközelítést vertikálisan is integráljuk az orvoscépzés curriculumába [16].

Limitációk

A szerzők arra törekedtek, hogy a jelenlegi, betegségközpontú orvoscépzés keretei között hitelesen mutassák be a preklinikai évek munkahelyi tanulásában természetesen megvalósuló személyközpontú megközelítés lehetőségeit az orvostanhallgatók válaszaik keresztül. Vizsgálatunkban kizárólagosan első- és másodéves hallgatókkal foglalkoztunk, ami nem teszi lehetővé, hogy eredményeinket a teljes graduális orvoscépzésre extrapoláljuk. Ez a típusú gyakorlati képzés csak a Semmelweis Egyetemen valósul meg, ezért nem alkalmazható olyan tanítási formákra, amelyek során a hallgatók előadásokat hallgatva tanulnak, vagy amelyeken az oktatói jelenlét nem valósul meg tartósan. Továbbá az oktatói munkát nem egységes, külső szempontrendszer szerint értékeltük, hanem a hallgatói visszajelzések alapján – mint a tanulást elősegítő szakmai kontextus részét. Továbbá elemzésünkben csak a hallgatók válaszait használtuk, nem ismerjük az oktatók és a betegek álláspontját.

Következtetés

Vizsgálatunk azt mutatta, hogy a Manchester Clinical Placement Index jól használható a munkahelyi tanulás összetevőinek mérésére, magyar környezetben, a preklinikai években. A szabad szöveges válaszok segítségével beazonosíthatóvá vált, hogy a korai klinikai tapasztalatszerzés során a mentor kollegiális, befogadó magatartása olyan, pszichológiailag biztonságos teret hozott létre, amely elősegítette a hallgatók aktív részvételét a praxisban. A beteg ezekben a kapcsolatokban nemcsak információforrás, de a humánus kapcsolódás alanya is volt, a mentor figyelme és személyes visszajelzése, valamint az életből hozott történetek pedig lehetővé tették, hogy az elméletben tanultak klinikai kontextusban kerüljenek értelmezésre, személyes jelentéstartalommal gazdagítva a tárgyi tudást. A reflexió – mind saját, érzelmi válaszaikra, mind pedig a beteg élethelyzetére, motivációjára vonatkoztatva – megalapozta a professzionális empátia kialakulását, a mentor elhivatottsága, lelkesedése pedig példaképpül szolgált a hivatástudat megerősítéséhez.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: F. Sz.: A hallgatói válaszok elemzése, az anyag kidolgozása, irodalmi áttekintés, a kézirat szövegezése. T. P.: A kézirat véleményezése. T. D.: Az anyag kidolgozása, a kézirat véleményezése. E. A.: A kérdőívek kiküldése, a hallgatói válaszok elemzése, az anyag kidolgozása, a kézirat szakmai véleményezése. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? Consensus survey. *BMJ* 2004; 329: 834.
- [2] Simmenroth A, Harding A, Vallersnes OM, et al. Early clinical exposure in undergraduate medical education: a questionnaire survey of 30 European countries. *Med Teach*. 2023; 45: 426–432.
- [3] Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ*. 2004; 38: 522–534.
- [4] Newton BW, Barber L, Clardy J, et al. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med*. 2008; 83: 244–249.
- [5] Dornan T, Boshuizen H, King N, et al. Experience-based learning: a model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. *Med Educ*. 2007; 41: 84–91.
- [6] Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Med Educ*. 2003; 37: 32–38.
- [7] Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: AMEE Guide No. 63. *Med Teach*. 2012; 34: e102–e115.
- [8] Smithson S, Hart J, Wass V. Students' hopes and fears about early patient contact: lessons to be learned about preparing and supporting students during the first year. *Med Teach*. 2010; 32: e24–e30.
- [9] Boor K, Scheele F, van der Vleuten CP, et al. How undergraduate clinical learning climates differ: a multi-method case study. *Med Educ*. 2008; 42: 1029–1036.
- [10] Dornan T, Ashcroft D, Heathfield H, et al. An in-depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to their medical education. EQUIP study. General Medical Council. London, 2009.
- [11] Varga Z, Póto Z, Czopf L, et al. Do we need special pedagogy in medical schools? – Attitudes of teachers and students in Hungary: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2020; 20: 472.
- [12] Lingard L, Schryer C, Garwood K, et al. 'Talking the talk': school and workplace genre tension in clerkship case presentations. *Med Educ*. 2003; 37: 612–620.
- [13] Dornan T, Conn R, Monaghan H, et al. Experience Based Learning (ExBL): clinical teaching for the twenty-first century. *Med Teach*. 2019; 41: 1098–1105.
- [14] Prince KJ, Van De Wiel M, Scherpbier AJ, et al. A qualitative analysis of the transition from theory to practice in undergraduate training in a PBL-medical school. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2000; 5: 105–116.
- [15] Alpár A. Presence and future of the teaching of anatomy, histology and embryology in the medical curriculum. [Az anatómia,

- szövet- és fejlődéstan oktatásának jelene és jövője az orvosképzésben. *Orv Hetil.* 2024; 165: 323–331. [Hungarian]
- [16] Bansal A, Greenley S, Mitchell C, et al. Optimising planned medical education strategies to develop learners' person-centredness: a realist review. *Med Educ.* 2022; 56: 489–503.
- [17] Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ* 2000; 320: 526–527.
- [18] Dornan T, Kelly M. When I say ... pedagogy. *Med Educ.* 2021; 55: 676–677.
- [19] Kelly M, Bennett D, Muijtjens A, et al. Can less be more? Comparison of an 8-item placement quality measure with the 50-item Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM). *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015; 20: 1027–1032.
- [20] Roff S, McAleer S, Harden RM, et al. Development and validation of the Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM). *Med Teach.* 1997; 19: 295–299.
- [21] Dávidovics A, Makszin L, Németh T. A national DREEM: exploring medical and dental students' perceptions on their learning environment across Hungary. *BMC Med Educ.* 2024; 24: 1211.
- [22] Dornan T, Muijtjens A, Graham J, et al. Manchester Clinical Placement Index (MCPi). Conditions for medical students' learning in hospital and community placements. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2012; 17: 703–716.
- [23] Roff S. The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) – a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. *Med Teach.* 2005; 27: 322–325.
- [24] Fábrý S, Rózsa S, Hargittay C, et al. Evaluating real-patient learning in medical education. Hungarian validation of the Manchester Clinical Placement Index. *Front Med.* 2023; 10: 1265804.
- [25] Nigel K, Horrocks C, Brooks J. Interviews in Qualitative Research. 2nd edition. SAGE Publications, 2019.
- [26] Dienes Z. The credibility crisis and democratic governance: how to reform university governance to be compatible with the nature of science. *R Soc Open Sci.* 2023; 10: 220808.
- [27] McClintock AH, Fainstad T. Growth, engagement, and belonging in the clinical learning environment: the role of psychological safety and the work ahead. *J Gen Intern Med.* 2022; 37: 2291–2296.
- [28] Engeström Y, Pyörälä E. Using activity theory to transform medical work and learning. *Med Teach.* 2021; 43: 7–13.
- [29] Benő C. (ed.). Development of skills and school improvement. [Benő C. (szerk.) A képességek fejlődése és iskolai fejlesztése.] Akadémiai Kiadó, Budapest, 2003. [Hungarian]
- [30] Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: transforming theory into practice. *Med Teach.* 2012; 34: 161–164.
- [31] Yardley S, Brosnan C, Richardson J. The consequences of authentic early experience for medical students: creation of mētis. *Med Educ.* 2013; 47: 109–119.
- [32] Engeström Y. Developmental studies of work as a testbench of activity theory: The case of primary care medical practice. In: Chaiklin S, Lave J. (eds.) *Understanding practice: perspectives on activity and context.* Cambridge University Press, Cambridge, 1993; pp. 64–103.
- [33] Eőry A, Dornan T. Why a medical student's learning environment matters: the enabling effect of supportive social climates. *J R Soc Med.* 2024; 117: 329–332.
- [34] Diemers AD, Dolmans DH, Verwijnen MG, et al. Students' opinions about the effects of preclinical patient contacts on their learning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2008; 13: 633–647.
- [35] Bell K, Boshuizen HP, Scherpbier A, et al. When only the real thing will do: junior medical students' learning from real patients. *Med Educ.* 2009; 43: 1036–1043.
- [36] Reeve J. Interpretive medicine: supporting generalism in a changing primary care world. *Occas Pap R Coll Gen Pract.* 2010; 88: 1–20.
- [37] Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, et al. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach.* 2006; 28: 3–18.
- [38] Yardley S, Littlewood S, Margolis SA, et al. What has changed in the evidence for early experience? Update of a BEME systematic review. *Med Teach.* 2010; 32: 740–746.
- [39] Jáki T, Pejin L, Erdős C, et al. Stereotypes of medical students about different social groups. [Orvostanhallgatók sztereotípiái különböző társadalmi csoportokkal kapcsolatban.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1912–1919. [Hungarian]
- [40] Rocca E, Anjum RL. Complexity, reductionism and the biomedical model. In: Anjum RL, Copeland S, Rocca E. (eds.) *Rethinking causality, complexity and evidence for the unique patient: A CauseHealth Resource for Healthcare Professionals and the Clinical Encounter.* Springer International Publishing, Cham.; 2020; pp. 75–94.
- [41] Bálint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet* 1955; 265: 683–688.
- [42] Byrne M, Campos C, Daly S, et al. The current state of empathy, compassion and person-centred communication training in healthcare: an umbrella review. *Patient Educ Couns.* 2024; 119: 108063.
- [43] Weisz E, Cikara M. Strategic Regulation of empathy. *Trends Cogn Sci.* 2021; 25: 213–227.
- [44] Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med.* 2003; 18: 670–674.
- [45] Maudsley G, Williams EM, Taylor DC. Junior medical students' notions of a 'good doctor' and related expectations: a mixed methods study. *Med Educ.* 2007; 41: 476–486.
- [46] Cantillon P, Dornan T, De Grave W. Becoming a clinical teacher: Identity formation in context. *Acad Med.* 2019; 94: 1610–1618.
- [47] Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011; 86: 996–1009.
- [48] Artino AR, La Rochelle JS, Durning SJ. Second-year medical students' motivational beliefs, emotions, and achievement. *Med Educ.* 2010; 44: 1203–1212.
- [49] Yardley S, Westerman M, Bartlett M, et al. The do's, don'ts and don't knows of supporting transition to more independent practice. *Perspect Med Educ.* 2018; 7: 8–22.
- [50] Frost HD, Regehr G. "I AM a Doctor": negotiating the discourses of standardization and diversity in professional identity construction. *Acad Med.* 2013; 88: 1570–1577.
- [51] Shapiro J. Perspective. Does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Acad Med.* 2011; 86: 326–332.

(Eőry Ajándék dr.,
Budapest, Üllői út 25., 1091
e-mail: eory.ajandek@semmelweis.hu)