

A MAGATARTÁSTUDOMÁNYI TÁRGYAK OKTATÁSA AZ ORVOSKÉPZÉSBEN

Barabás Katalin

habilitált egyetemi docens, SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika Magatartástudományi Csoport
bar@nepsy.szote.u-szeged.hu

Analízis. Valóban, a múlt század tudománya sikeresen szétszedte az embert. Jöhetne már valaki, aki megint összerakja.

Karinthy Frigyes

A magatartástudományok megjelenése az orvostudományok curriculumában

A jövődő orvosok képzése mindig is alapvető része volt az orvoslásnak, már a Hippokratészi eskü is követelményként említette a „művészet átadását” a tanítványoknak. Az orvostudományok mind a mai napig különleges helyet foglal el a felsőoktatásban. Az orvostudományok képzése a legkomplexebb oktatási forma: a magas szintű ismeretek, klinikai készségek mellett a gyógyító hiteles magatartását is el kell sajátítani.

Az oktatási kérdések kiindulópontja az ideális orvos paradigmája. Az „ideális orvos” tulajdonságainak ismeretében lehet az oktatási folyamatokat fejleszteni. A mindenkor társadalmi elvárások, az egészségügyi ellátás fejlődési irányai határozzák meg az orvoslást, a kívánalmaknak megfelelő orvos profilját és így a képzés irányvonalait is.

Évszázadokon keresztül az európai orvostudományokban a tudós orvos volt a példakép. Az oktatásban az elmélet és gyakorlat szétvált, sem Oxfordban, sem Cambridgeben nem voltak oktató kórházak, de Páduában, Bécsben és Párizsban is csak az elméletet sajátították el a hallgatók. A XVI. századig

Giovanni Battista da Monte (Montanus) (1498-1551) tette az első kísérletet az egyetemi és klinikai oktatás összekapcsolására: „Kövezték tanáraikat a betegágyhoz, hogy megfigyeljék a beteg kinézetét, a párbeszédét, tüneteit, majd megvizsgálják pulzusát és megfigyeljenek mindent, ami ahhoz szükséges, hogy a betegségről ismereteket szerezhessenek.”

Thomas Sydenham (1624-1689) angol orvos az életmód, a viselkedés megbetegítő és gyógyító szerepét hangsúlyozta: „becsulta könyveit, és betegeit figyelte”. Az angol kollégáját mélyszélesen tisztelő leydeni Hermann Boerhaave professzor (1668-1738) is a modern klinikai orvoslás egyik megteremtője, aki sokkal fontosabbnak tartotta a betegágy melletti gyakorlati tudást, mint az „öncélú okoskodást”. Számos tanítványa európai és amerikai orvosegyetemek alapítója lett. A szemlélet így vált általánossá, hogy orvostudományban nincs klinikai gyakorlat nélkül (O'Malley, 1970).

A klinikai oktatás két pilléren nyugszik: az egyik a természettudományon bizonyítható ismereteket jelenti, a másik pillért az ún. humanisztikus komponensek alkotják, ezen belül megkülönböztetjük a hermeneutikát, azaz a páciens viselkedésének megértését és az orvosi munkát meghatározó etikai elgondolásokat. A magatartástudományi tárgyak jórészt az orvosi tevékenység humanisztikus komponenseinek megértését szolgálják.

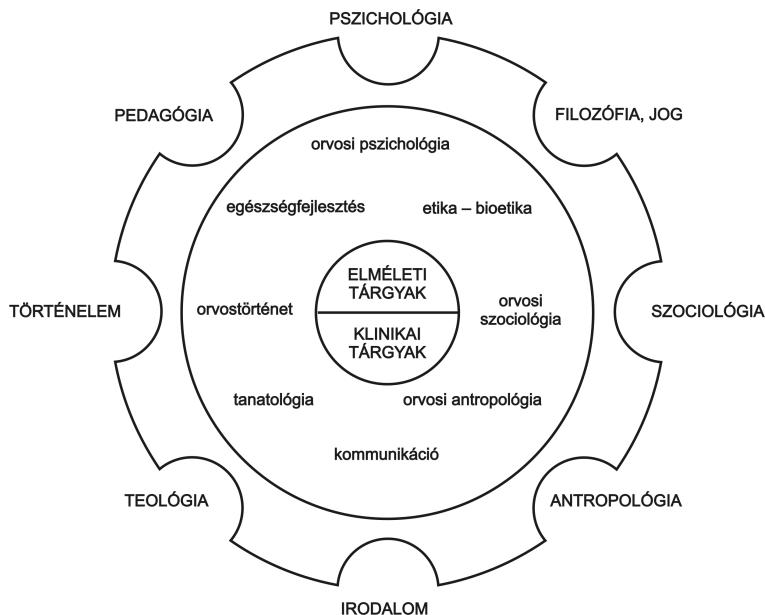
A XX. század második felében nyilvánvalóvá vált, hogy az emberi magatartás az egyik legfontosabb kockázati tényező a betegségek kialakulásában, ezen összefüggések feltárására irányuló kutatások nyitották meg az egyetemek kapuit a tudományterület számára.

1946-ban jött létre az első munkacsoport a Harvard Egyetemen, de az orvostudományhoz kapcsolódva 1950-ben az University of Chicagón alakult meg az első magatartástudományi csoport.

Az amerikai egyetemek curriculumában a hatvanas évektől szerepelnek magatartástudományi tárgyak. A John Hopkins University volt az egyik élenjáró egyetem, ahol a tantárgyfüzér létjogosultságot nyert (Sierles, 1992). Európában, így hazánkban is a hagyományos orvosképzésben sokáig a tudás átadására fordítottak nagyobb hangsúlyt. A nyolcvanas évekre a „tudásrobbanás” nehezen követhetővé tette az újabb és újabb ismereteket. Ma a hallgatóknak az informatika

tudománya segít a megújuló információk kezelésében. Viszont a készségek felértékelődtek a *high technology* világában: minél több műszer áll rendelkezésre, annál inkább függ az orvos teljesítménye a hagyományos készségektől. Az orvos-beteg kommunikáció elsőrendű jelentőségű, az emberi interakció fontossága nyilvánvalóbb, mint valaha. A nyugati orvosképző egyetemek az új kihívásoknak megfelelően integrálták a humanisztikus komponens feltárását segítő tárgyakat. A magatartástudományokat alkotó diszciplínák átszövik a képzést. Csakis akkor tud teljesülni a kibocsátott új orvossal szembeni elvárás, ha a hallgatók az orvosi pszichológiai, az orvosi etikai, az orvosi antropológiai, az orvosi szociológiai, valamint a kommunikációs ismereteket, készségeket elsajátítják.

„A magatartástudományt az integratív elmélet igénye hozta létre, az orvostudomány, a pszichológia, a szociológia, az etika, az antropológia, a neuroanatómia, a neurofiziológia, a biológia, sőt a politikai tudomá-



1. ábra • A magatartástudományi tárgyak kapcsolatrendszere

nyok eredményeire támaszkodva. Az emberi magatartás törvényszerűségeit és fejlesztésének lehetőségeit vizsgálja, rendszerszemléletű interdiszciplináris megközelítésben, tehát az ember és környezete közötti kölcsönhatások folyamatában.” (Kopp – Pikó, 2001). Több tudományág szintéziséből létrejövő tudományterület, az alkotó különböző diszciplínák a közös vonások hangsúlyozása mellett megtartják a sajátos módszertanukat, hagyományaikat.

Az orvosképzésben a diszciplína-fűzér egyrészt a beteg és a populáció megismerhetőségét és adekvát, személyre szabott, illetve a közösség esetében a társadalmi és kulturális tényezőket figyelembe vevő beavatkozás lehetőségeit oktatja, másrészt magának a helyes orvosi magatartásnak a kialakítását is segíti.

A magatartástudomány oktatásának módszertani sajátosságai

Napjainkban az alapvetően a diagnózison és kezelésein alapuló orvoslással, a biomedicinával (Callahan, 1998) szemben a beteget középpontba állító biopszichoszociális szemléletű medicina (Niemi, 1987; Brook et al., 1998) igazolja a szükséges változtatásokat, nevezetesen új célok és módszerek bevezetését a curriculum első évétől fogva. A sokféle alapvető diszciplína integrációja az orvosi curriculumban az interdiszciplináris és interprofesszionális együttműködés megtervezése bonyolult strukturális és szervezési változtatásokat igényel a modern hallgatócentrikus oktatás kialakítására.

A fenti szükségletek kielégítése értelmében maguk a magatartástudományi tárgyak tesznek a legtöbbet, hiszen az oktatási módszerfejlesztés pszichológiai, pedagógiai, szociológiai, kommunikációs, etikai ismeretek alkalmazása nélkül nem történhet. Hatékony oktatásuk érdekében gyökeresen új módszereket igyekeztek kidolgozni. A hagyományos tantárgyi oktatás mellett meg-

jelent az integrált oktatás, majd 1965-ben a kanadai McMaster Universityn kialakított új módszertan, a kontextusban történő tanulás, azaz a *problem based learning* (PBL) indult hódító útjára (Barrows – Abrahamson, 1965; Neufeld – Barrows, 1974). A PBL segítségével a magatartástudomány eredményeit felhasználva kialakított oktatási módszertan egyúttal jól alkalmazható lett a tárgyaink oktatására is. Hamarosan, 1974-ben Európában az újonnan alapított University of Limburgon, azaz a Maastrichti Egyetemen honosították meg az akkor forradalminak tekintett módszert. Az UTMSH Trainee Guide (1996) az alábbi definíciót adja a módszernek: A PBL olyan módszer, amelyben problémák kontextusként szolgálnak és stimulust biztosítanak az alap pszichoszociális és klinikai tudományok elsajátításához. A PBL-ben a probléma az elsődleges, és stimulusként szolgál a hallgató számára ahhoz, hogy identifikálni tudja a probléma megértéséhez szükséges ismereteket, továbbá azokat az alapokat és koncepciókat, amelyekben a probléma nyugszik (Barrows, 1986). Ebben a módszerben az oktató, a tanár nem tanít, hanem *tutorként*, *facilitátorként* működik közre. A hallgatók öt-hat főből álló kiscsoportos foglalkozások során megtanulnak együttműködve, mégis önállóan dolgozni, és viselkedésük egyre inkább az orvosok viselkedéséhez válik hasonlóvá.

A legtöbb európai orvosegyetemen, így a magyarokon is, a hagyományos curriculum keretein belül történik a PBL implementációja (Szabó, 1997). A kommunikáció, az etika, az egészségfejlesztés oktatása például alkalmazza a PBL sajátosságait. Itt már az individuális tantárgyi érdekeket, kereteket átlépő integratív módszer érvényesül, amely során a hallgatók tanulmányaik kezdetétől foglalkoznak az orvosi tevékenységgel kapcsolatos problémák megértésével és megoldásával (Bound – Feletti, 1991). Végül is ez a módszer visszatérést jelent a tantárgy-

központú, ún. párhuzamos curriculum előtti módszerhez, akkor is intuitíve tanultak, és a legkitűnőbb hallgatók ma is, ugyanígy intuitíve sajátítják el a hivatást. Az új ebben a módszerben az, hogy a professzionális gyakorlat-hoz a humanisztikus technológia kapcsolódik. A módszer legfőbb értéke, hogy olyan kompetens szakemberek hagyják el az egyetemet, akik képesek az önmaguk által irányított tanulásra és az egész életen át tartó önképzésre (Szabó, 1997).

Az összes kognitív, pszichomotoros és kommunikációs készség együttesét orvosi kompetenciának nevezzük. Ezt meg kell különböztetni az orvosi teljesítménytől, amely fogalom az orvos aktuális klinikai viselkedését jelöli; például mit csinál az orvos a valóságban, amikor kapcsolatba kerül a beteggel vagy közösséggel. A kompetencia egy ideális helyzetre utal, amire az orvos képes, ezen alapul az aktuális viselkedése is. Az orvosképzés nagy kihívása, hogy képes legyen megbecsülni a szakmai teljesítményt is. Mind a szakmai kompetencia, mind a majdani aktuális teljesítményt nyújtó viselkedés kialakításában a magatartástudományi tárgyaknak kulcsszerepük van. A magatartástudományi tárgyak összevont szigorlati vizsgálja arra szeretne vállalkozni, hogy megpróbálja megbecsülni a hallgatók későbbi teljesítményét. Hazánkban a magatartástudományi tárgyakat oktató egyetemi tanszékek egységes szemléletük révén képesek a modern orvosképzés hallgatóközpontú formáját megvalósítani, így ezek a tanszékek egyúttal az oktatásfejlesztés műhelyeiként is működhetnek.

Az új évezred orvosai: globális követelményrendszer és a magatartástudományok

A XXI. század orvosainak egyre inkább standardizált módon kell dolgozniuk, az orvos-beteg találkozás minden egyes lépése során számot kell tudni adniuk a bizonyítékokon

alapuló döntéseikről. Ugyanakkor a beteg egyediségének figyelembevétele, a személyes kapcsolat, a jó kommunikáció szintén jogos elvárás, de a közösségi orvoslás, a népegészségügy is megkívánja, hogy az adott populáció szociológiai, kulturális paramétereit ismerjük, ha meg akarjuk érteni a közösség körében meglévő elváltozásokat, és adekvát választ akarunk erre adni. A fejlett országokban közös egészségügyi problémák jelentkeztek: nevezetesen a populáció elöregedése, a megromlott természetes és munkakörnyezet. A fő halállokokat jelentő betegségek háttérében életmódbeli tényezők szerepelnek. Az egészségüggyel szemben egyre növekvő elvárások alakulnak ki.

Tradicionalisan az orvosi tudás, kutatás nem ismer határokat. Az orvoslás tipikusan „globális hivatás”. Mára számos multilaterális, nemzetközi kapcsolatrendszer kinyitotta a kapukat az orvosok és a hallgatók előtt, és a diplomák kölcsönös elismerése megkívánja a közös minőségi standardok felállítását. Szükségessé vált az orvosképzés globális követelményrendszerének kidolgozása. Erre 2002-ben került sor, a Core Committee, Institute for International Medical Education tizennégy, nemzetközi orvosképzéssel foglalkozó szervezet együttműködése révén alkotta meg az 1800 orvosképző hely számára közös követelményrendszerének ajánlását (Global Minimum Essential Requirements – GMER) (Schwarz – Wojtczak, 2002). Ebben a magatartástudományi ismeretek, készségek az új évezred orvosképzési követelményrendszerének középpontjában állnak.

A világon mindenütt az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi gyakorlat alapvető változásokon mentek át, a gazdasági megfontolások, a pénzügyi viszonyok meghatározó szerepe veszélyeztetheti az orvosi humanisztikus értékeket, a képzés erre válaszolva ezen értékek megvédését és megerősítését tartja legfőbb feladatának. A biotech-

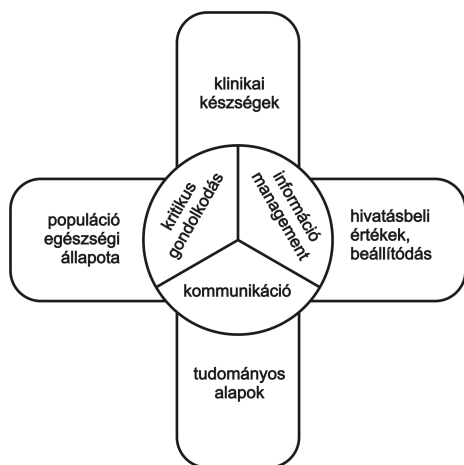
nológia, az informatika gyors fejlődése új etikai, társadalmi, jogi kihívásokat jelent az orvostudomány számára, és ez a tudomány és művészet egyensúlyának megőrzésére szólít fel. A képzés fontos feladata, hogy a jövő orvosait felkészítse a gyorsan változó egészségügyi környezethez való alkalmazkodásra. Az új curriculumban kiemelt hangsúlyt kapnak a társadalomtudományok, a gazdasági ismeretek és az információ-menedzselés.

A képzés kimentét így határozzák meg:

- A végzett orvos legyen képes igazolni magas szintű szakmai kompetenciáját, amely biztosítja a páciens jólétét szem előtt tartó minőségi ellátást.

- A végzett orvos legyen képes a betegség, a sérülés ellátására, az egészség védelmére, a betegségek megelőzésére, továbbá legyen képes a kiegyensúlyozott teammunkára más végzettségű emberekkel. Emellett képesnek kell lennie tanítani, tanácsot adni, páciens, családot, közösséget tájékoztatni egészségről, betegségről, kockázati tényezőkről és az egészséges életmódról.

- Legyen képes alkalmazkodni a megváltozott körülményekhez, orvosi működést



2. ábra • A globális minimum alapvető követelményrendszer területei (Core Committee, 2002)

szabályozó alapelvekhez, a változó orvosi technológiához, információkhoz, mindezt tegye úgy, hogy a legmagasabb hivatásbeli értékek és az etika ne sérüljön.

Természetesen az alább bemutatásra kerülő hét kimeneti *domain*-nel jellemzett követelményrendszer a különböző régiók társadalmi és kulturális kontextusába illeszkedően fog érvényesülni.

Mind a hét terület feltételezi a magatartástudományi tárgyak oktatását.

1. A *hivatásbeli értékek* domain nemcsak az etika, a bioetika, de az orvosi szociológia és orvosi antropológia ismeretanyagát, készségeit, a tanatológia, a palliatív ellátás elméletét és gyakorlatának elsajátítását is magában foglalja. Az elkötelezett orvosi magatartás kialakításában az orvostörténeti ismeretek is szerepet játszanak, a szakmai identitás kiépítésének klasszikus módjaként kerül a curriculumba.

2. A *tudományos megalapozás* területe megkívánja, hogy az emberi test normális és patológiás struktúrája és működése mellett a hallgató tisztában legyen a normális és abnormális emberi viselkedés törvényszerűségeivel is. Az orvosi pszichológia ezért mint megalapozó tudományos diszciplína szerepel. Ismerje a fejlődés törvényszerűségeit is a lelki működések szintjén, tehát a fejlődéslélektan is alapkövetelményként jelentkezik. Ennek a domainnek része, hogy a hallgató ismerje a különböző kockázati tényezőket, legyen tisztában mind a társadalmi, mind a környezeti intervenciók lehetőségeivel. Ebben az orvosi szociológia kap hangsúlyt, de ide tartoznak az orvosi antropológiai ismeretek is. Ugyancsak itt kapott helyet az a kíváncsok, hogy a végzett hallgató képes legyen a biokémiai, farmakológiai, sebészi, pszichológiai és társadalmi intervencióra mind az akut, mind a krónikus, mind a terminális állapotú beteg esetében. A magatartásorvoslás ismeretei mint követelmény jelentkezik tehát.

3. A kommunikációs készségek kialakítása teljes mértékben a magatartástudományi tárgyak kompetenciája. A hallgató sajátítsa el a jó kommunikáció képességét, beteggel, családdal, kollégákkal, az egészségügy más dolgozóival, de tudjon az adott közösséggel is effektív kapcsolatot kiépíteni, velük hatékonyan kommunikálni. Mindezt a magatartástudományi tárgyak körében oktatott kommunikációs készségfejlesztés hivatott elsajátíttatni.

4. A klinikai készségek követelményrendszerében az orvosi pszichológiai készségekre, orvosi szociológiai és orvosi antropológiai tudásra egyaránt szükség van, hiszen csak így teljesülhet az a kívánalom, hogy tudja értékelni az egészségi problémát, tudjon tanácsot adni a fizikai, pszichológiai, szociális és kulturális faktorok figyelembevételével.

5. A népesség egészsége és az egészségügyi ellátás ugyancsak feltételezi a magatartástudományi tárgyak adta ismeretek és készségek meglétét. Nemcsak a klinikai gyakorlatban megkerülhetetlen a magatartástudományok alkalmazása, hanem a megelőző orvoslás, a népegészségügy sem létezhet a magatartástudományi kutatások és alkalmazások nélkül. Mára valamennyi fejlett ország népbetegségeinek kockázati tényezői között ott szerepelnek az életmódból, a rizikómagatartásból származó tényezők, amelyek 47 %-ban határozzák meg az egészségi állapot minőségét. A preventív módszerek kialakítása érdekében a prediktív

tényezők meghatározása mellett a protektív magatartások feltárása, alkalmazása és oktatása a magatartástudományok kutatásának és alkalmazásának köszönhető. A társadalmi, kulturális ismeretek nélkül nehéz egy közösséget megérteni, annak érdekében tenni, de az etikai megalapozottságot szintén biztosítani kell. Az orvosi szociológia itt kiemelten integrálódik a terület által megkívánt tudás és készség kialakításába.

6. Az információ menedzsmentje domain olyan követelményrendszert állít fel, amelynek teljesítése a magatartástudományi tárgyakra visszafordítva, azok magasabb szintű alkalmazását teszi lehetővé.

7. A kritikus gondolkodás és kutatásterülete és a magatartástudományok kapcsolata egyértelmű. Olyan attitűd kialakítására kell törekedni, amely konstruktív szkepticizmust jelent és kutatásorientált beállítódást kíván. A magatartástudományoknak nagy befolyásoló szerepük lehet a kutatási irányultság, szemléletmód alakításában a redukcionista szemlélet mellett a komplex megközelítést preferáló kutatások hangsúlyozásával.

A fentiekben összefoglalt, ún. globális minimum alapvető követelmények eszközül szolgálnak az orvosképzés minőségének javítására és indirekt módon az orvosi gyakorlat minőségének emelésére. Valószínűleg ez fogja befolyásolni az orvosi iskolák curriculumait és oktatási folyamatait, amelyek az utat majd a kompetenciaorientált orvosképzéshez kövezik ki.

IRODALOM

Barrows, Howard S. – Abrahamson, Stephen (1964).

The Programmed Patient: A Technique for Appraising Student Performance in Clinical Neurology. *Journal of Medical Education*, **39**, 802-807

Barrows, Howard S. – Tamblyn, Robyn M. (1980):

Problem-Based Learning: *An Approach to Medical Education*. Springer Publishing Company, N. Y.

Barrows, Howard S. (1986): A Taxonomy of Problem-Based Learning Methods. *Medical Education*, **20**, 481-486

Bound, David J. – Feletti, Grahame I. (1991): Introduction. in Bound, David J. – Feletti, Grahame I.

(eds.) *The Challenge of Problem Based Learning*. Kogan Page Ltd., London, 13-20

Brook, David W. – Gordon, Cynthia – Meadow, Herbert C. (1998): Education in Behavioural Medicine. *Medical Teaching*, **20**, 241-246

Callahan, D. (ed.) 1998: *Medical Education and the Goals of Medicine*. *Medical Teaching*, **20**, 85-86

Core Committee, Institute for International Medical Education (2002): *Global Minimum Essential Requirements in Medical Education*. *Medical Teaching*, **24**, 130-135

Kopp Mária – Píró Bettina (2001): A magatartástudományok szerepe a nemzetközi és hazai orvosképzésben.

- zésben: Helyzetkép és lehetőségek. Orvosi Hetilap. **142**, 2715-2721
- Neufeld, Victor R. – Barrows Howard S. (1974): McMaster Philosophy: An Approach to Medical Education. Journal of Medical Education. **49**, 1040-1050
- Niemi, Päivi M. (1997): Medical Students Professional Identity: Self Reflexion During the Pre-Clinical Years. Medical Education. **31**, 408-415
- O'Malley, Charles Donald (1970): *The History of Medical Education*. University of California Press, Los Angeles.
- Schwarz, M. Roy – Wojtczak, Andrzej (2002): Global Minimum Essential Requirements: A Road towards Competence-Oriented Medical Education. Medical Teaching. **24**, 125-129
- Sierles, Frederick S. (Eds.) (1992): *Behavioural Science For Medical Students*. Williams Wilkins, Baltimore
- Szabó, J. Zs. (1997): A problémán alapuló tanulás („Problem-based Learning”) az orvosképzés megújításának egyik lehetséges módszere. Orvosképzés **72**, 67-75
- Trainee Guide* (1996): The University of Texas Medical School at Houston

