

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Oláh Barnabás

**A mentális egészség determinánsainak és az
egészségfejlesztés szervezeti szintű lehetőségeinek
vizsgálata orvostanhallgatók körében**

**DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
DEBRECEN, 2024**

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

**A mentális egészség determinánsainak és az
egészségfejlesztés szervezeti szintű lehetőségeinek
vizsgálata orvostanhallgatók körében**

Oláh Barnabás

Témavezető: Prof. Dr. Kósa Karolina



**DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
DEBRECEN, 2024**

TARTALOMJEGYZÉK

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	1
ÁBRÁK JEGYZÉKE.....	2
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	3
1. BEVEZETÉS	4
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	9
2.1. Az orvostanhallgatók mentális egészségének determinánsai az egyetem és az egyén szintjén.....	9
2.2. A pszichológiai segítségkeresés jellemzői orvostanhallgatók körében.....	10
2.3. A tanulmányi motiváció	14
2.3.1. A tanulmányi motiváció meghatározása	14
2.3.2. A tanulmányi motiváció mérése	15
2.3.3. A hagyományos és a személyközpontú mérési megközelítés összehasonlítása	16
2.3.4. A tanulmányi motiváció összefüggése a mentális egészséggel	17
2.4. Online pszichológiai szolgáltatások kialakítása és igénybevételének vizsgálata	18
2.5. Vizsgálati célok	20
3. METODIKÁK	22
3.1. Az orvostanhallgatók mentális egészségét kedvezőtlenül befolyásoló tényezők és a beavatkozások lehetséges pontjainak feltárása kvalitatív módszerrel	22
3.1.1. Minta	22
3.1.2. Az adatgyűjtés módszere, az interjú struktúrája	22
3.1.3. A vizsgálat menete	24
3.1.4. Adatelemzés	25
3.2. A pszichológiai segítségkeresést akadályozó tényezők és megoldási lehetőségek orvostanhallgatók körében.....	27
3.2.1. Az interjúk struktúrája	27
3.2.2. Az adatok elemzése.....	27
3.3. Tanulmányi motivációs profilok és összefüggéseik a mentális egészséggel elsőéves orvostanhallgatók körében.....	28

3.3.1. Mintavétel és adatgyűjtés.....	28
3.3.2. Mérőeszközök	29
3.3.3. Statisztikai elemzés	30
3.4. Online pszichológiai szolgáltatások kialakítása és igénybevételének vizsgálata	31
3.4.1. Mintavétel és adatgyűjtés.....	31
3.4.2. Statisztikai elemzés	32
4. EREDMÉNYEK.....	32
4.1. Az orvostanhallgatók mentális egészségét kedvezőtlenül befolyásoló tényezők és a beavatkozások lehetséges pontjai	32
4.1.1. Egyetemi szint: Tanulmányokkal kapcsolatos stresszorok és megoldási lehetőségeik	34
4.1.2. Egyetemi szint: Egyetemi kommunikációval kapcsolatos stresszorok és megoldási lehetőségeik.....	39
4.1.3. Egyetemi szint: Hallgatói kapcsolatokkal összefüggő stresszorok és megoldási lehetőségeik.....	40
4.1.4. Egyéni szint: Egyéni jellemzőkből eredő stresszorok és megoldási lehetőségeik..	41
4.2. A pszichológiai segítségkeresést akadályozó tényezők és megoldási lehetőségek orvostanhallgatók körében.....	45
4.2.1. Intrapersonális tényezők.....	46
4.2.2. Interperszonális tényezők.....	48
4.2.3. Extrapersonális tényezők	50
4.2.4. Az online tanácsadással kapcsolatos attitűdök	51
4.3. Tanulmányi motivációs profilok és összefüggéseik a mentális egészséggel elsőéves orvostanhallgatók körében.....	54
4.3.1. Tanulmányi motivációs profilok azonosítása klaszteranalízissel	55
4.3.2. Tanulmányi motivációs profilok azonosítása kvantilis számítással	57
4.3.3. A tanulmányi motivációs profilok és a mentális egészség összefüggései	58
4.4. Online pszichológiai szolgáltatások kialakítása és igénybevételének vizsgálata	62
4.4.1. A portál látogatói és az önsegítő anyagok igénybevételének mintázata.....	62
4.4.2. Az önsegítő anyagokkal kapcsolatos preferenciák	63

5. MEGBESZÉLÉS	67
5.1. Az orvostanhallgatók mentális egészségét kedvezőtlenül befolyásoló tényezők és a beavatkozások lehetséges pontjai	67
5.2. A pszichológiai segítségkeresést akadályozó tényezők és megoldási lehetőségek orvostanhallgatók körében.....	71
5.3. Tanulmányi motivációs profilok és összefüggéseik a mentális egészséggel elsőéves orvostanhallgatók körében.....	73
5.4. Online pszichológiai szolgáltatások kialakítása és igénybevételének vizsgálata	75
5.5. A kutatás erősségei és korlátai.....	76
5.6. Konklúzió	79
5.7. Kitekintés.....	81
6. ÖSSZEFOGLALÁS	82
SUMMARY.....	85
7. IRODALOMJEGYZÉK.....	88
7.1. Hivatkozott közlemények	88
7.2. Az értekezés alapjául szolgáló és egyéb közlemények listája	104
7.3. Az értekezéshez kapcsolódó nemzetközi és hazai konferencia előadások	107
8. TÁRGYSZAVAK.....	108
KEYWORDS	108
9. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	109
10. FÜGGELÉK	110
10.1. Az értekezés alapjául szolgáló közlemények	110

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

AMS: Academic Motivation Scale (Tanulmányi Motivációs Skála)

ANOVA: Analysis of variance (Varianciaanalízis)

MT: Megbízhatósági tartomány

DE: Debreceni Egyetem

GHQ-12: General Health Questionnaire (Lelki Egészség Kérdőív 12-ites változata)

HÖK: Hallgatói Önkormányzat

IKEB: Intézményi Etikai Bizottság

LPA: Latent profile analysis (Látens profilelemzés)

OLEF: Országos Lakossági Egészségfelmérés

RKEB: Regionális Kutatásetikai Bizottság

SD: Standard deviation (Szórás)

SDT: Self-Determination Theory (Öndeterminációs elmélet)

WHO: World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Llewellyn-Thomas modellje a páciensek egészségügyi döntéshozatalát befolyásoló tényezőkről.....	14
2. ábra. Az tanulmányi motivációs klaszterprofilok centroidjai a motiváció három alszkálájának átlagpontszámai szerint	55
3. ábra. A pszichológiai distressz 95%-os konfidencia intervallumának lineáris illesztése az intrinzik motiváció (bal) és az amotiváció (jobbra) standardizált összpontszámaira.....	60
4. ábra. Az élettel való elégedettség 95%-os konfidencia intervallumának lineáris illesztése az intrinzik motiváció (balra) és az amotiváció (jobbra) standardizált összpontszámaihoz.....	61
5. ábra. A főbb tartalmi kategóriák megtekintési aránya kurzustípusonként	64
6. ábra. A COVID-19 mentális egészségre gyakorolt hatásainak kezelését segítő anyagok megtekintési aránya kurzustípusonként	64
7. ábra. A tanulást segítő tartalmak megtekintési aránya kurzustípusonként.....	65
8. ábra. A stresszkezelési anyagok megtekintési aránya kurzustípusonként.....	66

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A deduktív elemzéshez használt kódfa.....	26
2. táblázat. A minta demográfiai jellemzői	32
3. táblázat. A mentális egészség determinánsai és az egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges pontjai a magyar és az angol nyelvű orvosképzés hallgatóinak szemszögéből	33
4. táblázat. A pszichológiai segítségkérés akadályai és azok elhárításának lehetőségei (beavatkozások) a vizsgálatban résztvevő orvostanhallgatók szemszögéből.....	45
5. táblázat. A minta tanulmányi motivációjának és mentális egészségének jellemzői	54
6. táblázat. A tanulmányi motivációs klaszterprofilokba tartozó hallgatók megoszlása a teljes mintában és nemek szerint	56
7. táblázat. Az extrinzik motivációhoz tartozó alszálak átlagai a tanulmányi motiváció három kategóriájában (profiljában)	57
8. táblázat. A hallgatók aránya tanulmányi motivációs típusonként a kvantilis számítás alapján	58
9. táblázat. A pszichológiai morbiditás kockázati csoportjainak megoszlása és az étellel való elégedettség szintje tanulmányi motivációs klaszterprofilok szerint	59
10. táblázat. A portált 2020. április 15. és 2021. április 15. között megtekintő orvostanhallgatók demográfiai jellemzői.....	63
11. táblázat. Az orvostanhallgatók mentális egészségét potenciálisan kedvezőtlenül befolyásoló tényezők a rendszer, az intézmény és az egyéni szintjén.....	71

1. BEVEZETÉS

A fiatal felnőttkori felsőoktatási évek pszichés szempontból kritikus periódust jelentenek a hallgatók számára, ugyanis ebben az életszakaszban történik meg a serdülőkorból a felnőttkorba való átmenet, ami számos olyan helyzetet teremt, amely alkalmazkodást kíván az egyéntől. A fiatal felnőttek számára általánosságban a legjelentősebb mentális terhelést többek között a szülőkről való leválással járó függetlenedés és a megnövekedett felelősségek vállalása jelenti. A továbbtanulók kihívásait tovább növeli a felsőoktatásba való belépésre vonatkozó döntés és az ezzel járó következmények és felelősségek vállalása anyagi, társas és tanulmányi szempontból egyaránt [1]. Ide tartoznak a hallgatói státus, mint jogi helyzet velejárói, a felsőoktatási intézményi környezethez való adaptáció, a szociális integráció, továbbá különösen a tanulmányi kötelezettségek és elvárások teljesítése, a lemorzsolódás elkerülése, és a jövőbeli karrier megalapozása. Az orvostanhallgatók esetében a nagyfokú tanulmányi terhelés és a más szakokhoz képest nagyobb mértékű elvárásoknak való megfelelési nyomás további mentális kihívás elé állítja őket [2]. Az orvostanhallgatók mentális állapota az 1980-as évek elejétől kezdve fokozott figyelmet kapott a nemzetközi szakirodalomban. Lloyd és Gartrell már korai, 1984-ben végzett vizsgálataik során rámutattak arra, hogy az amerikai orvostanhallgatók körében magas arányban fordulnak elő pszichiátriai tünetek az átlagpopulációhoz viszonyítva [3]. Firth 1986-os elemzése azt támasztotta alá, hogy a brit orvostanhallgatók 76%-ánál jelentkezett pszichés tünetképződés, szemben az azonos életkori csoportba tartozó, nem orvostanhallgató, hanem dolgozó fiatalok 34%-ával [4]. A kutatási téma iránti növekvő érdeklődést jól érzékelteti, hogy míg 1981 és 2000 között mindössze öt publikációt találunk a "medikus hallgatók" ('medical students') és „mentális egészség” ('mental health') témájában, addig 2001 és 2023 között már 195 ilyen vizsgálatot listázott a PubMed adatbázisa (PubMed keresés, lekérve: 2023. október 10.).

Kutatásunk gyújtópontja a mentális egészség. Ennek a fogalomnak, illetve a mentális állapotnak a populációs vizsgálatait mind elméleti keret, módszertan és eredmények tekintetében rendkívül változatosak. Kósa és Bíró [5] hazai tanulmányunkban ismertetik Manwell és munkatársai nemzetközi áttekintését [6], amely négy különböző szemléleti keretet azonosított a szakirodalomban, de nem talált nemzetközi konszenzust a mentális egészség általánosan alkalmazható modelljéről. Ennek következtében a mentális egészséggel kapcsolatok vizsgálatok módszertana és eredményei is változatosak a kutatók által használt elméleti háttér függvényében.

A mentális egészség definíciója az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint „olyan jólléti állapot, melyben az egyén képes felhasználni saját képességeit, megbirkózni a mindennapi élet stresszhelyzeteivel, produktívan és eredményesen dolgozni, és hozzá tud járulni saját közössége életéhez.” [7] A populációs szintű vizsgálatokban a mentális egészség közvetlenül nem mérhető, így arra egyes mentális és/vagy viselkedéses funkciók vizsgálatán keresztül tudunk becsléseket tenni.

A mentális egészség és betegség/zavar differenciálása sem egyértelmű. Van olyan koncepció, amely szerint a mentális betegség nem különálló konstruktumként, hanem a mentális egészség mint kontinuum részeként értelmezendő [6]. A mentális betegség / mentális zavar közti különbségre és a „zavar” fogalmának használatára a pszichiátriai tankönyvek rendszerint felhívják a figyelmet. A mérési lehetőségeket illetően a mentális zavarok epidemiológiai vizsgálatai számára új dimenziókat jelentettek a mentális és/vagy viselkedéses zavarok együttjárását (komorbiditását) tanulmányozó elemzések. A komorbid mentális zavarok nagy mintán végzett komplex statisztikai vizsgálatok eredményei alapján Vollebergh és munkatársai [8] három látens faktort azonosítottak: szorongás-szenvedésnyomás, félelem, szerhasználattal összefüggő zavarok. A leggyakoribb mentális zavarokat a tünetek megjelenése alapján "internalizáló" (szorongás, személyes szenvedésnyomást okozó állapotok: disztímia, major depressziós epizód, generalizált szorongás; félelem: specifikus fóbia, agorafóbia, szociális fóbia, pánikzavar) és "externalizáló" (szerhasználat) csoportokra osztják. Így a mentális egészség mérésekor is gyakran ezek a dimenziók kapnak figyelmet.

A szakirodalom világszerte konszenzust mutat arra vonatkozóan, hogy az orvostanhallgatók mentális egészsége kedvezőtlenebb a nem orvostanhallgató kortársaikéhoz képest. Körükben a szorongás, depresszió és kiégés nagymértékben jelentkezik, és ennek következtében nemcsak gyengébb tanulmányi teljesítmény, hanem fokozott cinizmus, szerhasználati problémák és akár az öngyilkosság is előfordulhat [9]. Több mint 4600 kanadai orvostanhallgatót vizsgált kutatás egyértelműen kimutatta, hogy önbevallás alapján az orvostanhallgatók jelentősen nagyobb arányban számoltak be hangulati és szorongásos zavarokról, mint az azonos életkori csoportba tartozó, egyéb szakokon tanuló társaik [10]. Az Észak-Amerikán kívüli angol nyelvű országok, egyebek közt Nagy-Britannia, Új-Zéland, HongKong, Nigéria, India orvostanhallgatói között több tanulmány is vizsgálta a szorongás (7,7-65,5%), depresszió (6,0-66,5%) és pszichológiai distressz (12,2-96,7%) előfordulását. Ezeknek az eredményeknek a diverzitása tükrözi a kérdés kiemelt fontosságát és a felmérések minőségének változékonyságát [11]. Ázsiai országokban tanuló orvostanhallgatókat érintő szisztematikus áttekintés eredményei azt mutatták, hogy

ebben a csoportban a szorongásos zavarok előfordulási aránya 7,04%, míg a depresszióé 11% volt [12]. A depresszió kialakulásának kockázata 1,63-szor nagyobb volt a preklinikai hallgatóknál (1-4 év) a klinikai hallgatókhoz képest. Szaúd-Arábia keleti részén egy 527 fős, 5-6. évfolyamos orvostanhallgatók alkotta mintában több mint egyharmaduk (39,27%) számolt be depressziós tünetekről [13]. Rotenstein és munkatársai 2016-ban végzett metaanalízise 43 országban tanuló több mint 120.000 orvostanhallgatóra kiterjedő 195 tanulmányát foglalta magában. Az eredmények alapján a hallgatók 27,2%-a (95%MT: 9,3-55,9%) mutatott depressziós tüneteket, és minden tizedik hallgató (11,1%, 95%MT: 7,4-24,2%) számolt be öngyilkossági gondolatokról az egyetemi évek alatt [14]. Az orvostanhallgatók öngyilkossági aránya is magasabb, mint az azonos életkorú átlagpopulációé, és az orvosi egyetem elvégzése után is emelkedett marad [10,15].

Az orvostanhallgatók körében végzett hazai vizsgálatok legfőképpen 1) a hivatás, pályaválasztás, jövőkép [16,17] 2) a hallgatói eredményesség és lemorzsolódás [18] 3) a társas hatások [19] és 4) az egészségi állapot és egészségmagatartás [20–31] témái köré csoportosíthatóak. Ezek eredményei mind segítik a hallgatók állapotának a megismerését, és támpontokat tudnak szolgáltatni a hallgatói jóllét növeléséhez. Megjegyzendő azonban, hogy a szubklinikai és klinikai szintű mentális zavarok fokozott prevalenciája ellenére a hazai képzőhelyeken rendelkezésre álló intervenciók a hallgatók korlátozott körére terjednek ki, a hatékonyságukról pedig kevés kutatási eredmény áll rendelkezésre [32]. A szervezeti szintű intervenciók rendszerint felülről jövő kezdeményezések által valósulnak meg, miközben az egészségfejlesztés Ottawai Kartájának irányelvei szerint a résztvevőket be kell vonni a beavatkozások tervezésébe, végrehajtásába és értékelésébe is [20]. Különösen érvényes ez olyan fiatal szakemberekre, akik későbbi munkájuk során maguk is fognak alkalmazni egészségfejlesztési intervenciókat. A hazai eredmények alapján a 2000-es évek elején a Semmelweis Egyetem orvostanhallgatóinak közel 30%-a számolt be magas szintű distresszről [29]. A Debreceni Egyetem 2010-ben mintegy minden ötödik orvoshallgatójánál állapítottak meg patológiás szintű pszichés distresszt [33]. A Semmelweis Egyetem és a Szegedi Tudományegyetem orvostanhallgatóinak körében végzett vizsgálat egyaránt kimutatta, hogy a hallgatók körülbelül 20%-a tapasztal magas szintű, és mintegy 60%-a közepes mértékű érzelmi kimerültséget [24]. Ádám és Hazag 2013-ban végzett kutatásában a megkérdezett orvostanhallgatók negyede számolt be gyakori kimerültségről és cinizmusról, míg több mint fele jelezte a produktivitás számottevő csökkenését [30]. A kihívásokkal való megküzdés kedvezőtlen módjaira utal, hogy Terebessy 2015-ös vizsgálatában a Semmelweis Egyetem

orvostanhallgatóinak körében 17,6% volt a dohányzás, és 79,6% a bármilyen mértékű alkoholfogyasztás gyakorisága [22]. A Debreceni Egyetem orvostanhallgatóinak korábbi felméréseiben [27] a válaszadók 83%-a fogyasztott alkoholt, 29%-uk naponta vagy alkalmanként dohányzott, 14%-uk kipróbálta a marihuánát, 8%-uk pedig nyugtatókat vagy altatókat használt orvosi javaslat nélkül.

Mindezek mellett nemcsak a képzés alatt, hanem a pályára lépést követően is fokozottabb a pszichés tünetképződés az orvosok körében az átlagpopulációhoz képest (MDA National 2011). A korai prevenció szempontjából fontos eredmény, hogy Polujanski és munkatársai 184 fős német mintán a medikus hallgatók 10,9%-át mentális tünetképződés szempontjából már az egyetemre való belépéskor is magas kockázatúnak azonosította [34]. A szerzők feltételezik, hogy az új tanulási gyakorlatokkal való szembesülés, az új kapcsolatok formálása, a vizsgákhoz való hozzászokás, és sok esetben a megváltozott életkörülmények (pl. új városba költözés) általánosságban jelenthetnek kockázatot az egyetemisták mentális egészségére. Az orvostanhallgatók körében mindezeket tovább fokozhatja a más szakokhoz mérten kiemelkedően stresszes oktatási környezet. A más szakokhoz mérten kiemelkedő mértékben stresszes oktatási környezet és magas elvárások további mentális terheket rónak a hallgatókra, különös tekintettel a már eleve vulnerábilis személyekre. További probléma, hogy különféle akadályok miatt a segítségre szoruló hallgatóknak kevesebb, mint ötöde jut megfelelő pszichés ellátáshoz [35]. A mentális problémákkal terhelt hallgatói évek után potenciálisan következő kedvezőtlen életút elkerülése miatt fontos, hogy a jövő orvosai nemcsak szakmailag, de mentálisan is felkészülten lépjenek a pályára.

Míg az orvostanhallgatókat jellemző mentális problémák epidemiológiai leírására mára már bőségesen találunk közleményeket, sokkal kevesebb figyelem jut az e problémák kezelését célzó beavatkozásokra. A szubklinikai és klinikai szintű mentális zavarok fokozott prevalenciája ellenére a hazai képzőhelyeken rendelkezésre álló intervenciók a hallgatók korlátozott körére terjednek ki, és a hatékonyságukról nem állnak rendelkezésre információk. A szervezeti szintű intervenciók rendszerint felülről jövő kezdeményezések által valósulnak meg, miközben az egészségfejlesztés Ottawai Kartájának irányelvei szerint a résztvevőket be kell vonni a beavatkozások tervezésébe, végrehajtásába és értékelésébe is [36]. Különösen érvényes ez olyan fiatal szakemberekre, akik későbbi munkájuk során maguk is fognak alkalmazni egészségfejlesztési intervenciókat. Ennek megfelelően vizsgálatunkban személyközpontú megközelítést alkalmaztunk, amely a kvalitatív és kvantitatív kutatási stratégiáinkban egyaránt érvényesült.

Célunk volt feltárni, hogy hallgatói szemszögből melyek a legjelentősebb distressz források a debreceni orvosképzésben, illetve, hogy melyek lennének a minél több hallgatóra kiterjedő és igényeikre leginkább reflektáló egyéni, szervezeti és rendszerszintű beavatkozási pontok.

Az intervenciós igények feltérképezésekor figyelmet szenteltünk az egyetemi mentálhigiénés szolgáltatóknál való segítségkeresést akadályozó, illetve facilitáló tényezőkre is. Külön érintettük az online pszichológiai intervenciókat illető orvostanhallgatói preferenciákat. Erre vonatkozóan a Debreceni Egyetem internetre adaptált komplex mentálhigiénés segítő szolgáltatásának keretében biztosított beavatkozások igénybevételi mintázatát is elemezni terveztük.

A lehető legkorábbi prevenció jegyében a tanulmányi motivációra való bemeneti szűrési lehetőségek vizsgálatára is kitértünk. A Tanulmányi Motivációs Skála új kiértékelési módjait terveztük kidolgozni és tesztelni annak érdekében, hogy jól elkülöníthető, és a mentális egészséget bejósolni képes motivációs profilokat azonosítsunk elsőéves orvostanhallgatók körében

2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. Az orvostanhallgatók mentális egészségének determinánsai az egyetem és az egyén szintjén

Az orvosképzéshez kapcsolódó és a kedvezőtlen mentális egészségi állapot kialakulásában szerepet játszó tényezőket többségében kvantitatív kutatások vizsgálták. Ezek alapján a legjelentősebb tényezők között szerepelt a tananyag nagy mennyisége, a vizsgák nagy száma, a bukástól való félelem, az iránymutatás hiánya az egyetem és a felsőbb évesek részéről [37], a hosszú képzési idő, az oktatás minőségével való elégedetlenség [38]. Mindezek mellett a hallgatók beszámoltak még a szabadidő és az alvás hiányáról [15], az időbeosztási problémákról, a fokozott teljesítményszorongásról, és a kevés konzultációs lehetőségről is [39]. Ez utóbbi kapcsán nem hagyható figyelmen kívül az intézmény mérete és a hallgató/oktató arány. Saját kutatásunk kezdetén az aktuális létszámadatok alapján 2957 orvostanhallgató folytatott tanulmányokat az egyetemen a 2020/21-es tanév első félévében. A szakirodalomból ismert, hogy a magasabb diáklétszámok növelik a kiegészés tünetek – mint pl. az érzelmi kimerülés, teljesítménycsökkenés [40] – megjelenésének kockázatát az oktatók körében, ami képes kedvezőtlenül visszahatni a hallgatók mentális állapotára.

A szakirodalomban kevés olyan, Európában végzett kutatást találtunk, amelyek kvalitatív módszerrel célozták meg az orvostanhallgatók mentális egészségét potenciálisan veszélyeztető tényezők feltárását, és ezek közül is csak egy vizsgálta a megoldási lehetőségeket is. A hallgatókkal készített, félig strukturált egyéni interjúkra alapozott vizsgálatok azt tárták fel, hogy a képzés preklinikai szakaszában a középiskolából az egyetemre való átmenetet, a vizsgaidőszak terhét, az elsajátítandó tudás mélységét, a szigorú hiányzási szabályokat, és az elméleti tananyagból hiányzó klinikai vonatkozásokat észlelték a hallgatók stresszorként [41]. A képzés klinikai szakaszában olyan stresszorokat azonosítottak, mint a bizonyítási kényszer, a túl sok rutinmunka, a felkészületlenség érzése, és a szakmai identitás kialakításának nehézsége [41–43].

Két olyan németországi kutatást azonosítottunk [44,45] amelyek nemcsak a stresszorokat vizsgálták, hanem a potenciális beavatkozási pontokat is az orvostanhallgatók szemszögéből. Kötter és munkatársai azonban mindössze két fókuszcsoporthal dolgoztak, és technikai hiba miatt az egyik interjúnak az átirata elveszett, így a következtetéseik korlátozottan értelmezhetőek. Weber és munkatársai fókuszcsoporthoz tartozó kutatásában az azonosított stresszorok

többsége rendszerszintű volt, pl. a vizsgák nagy száma, az oktatás gyenge minősége, az időnyomás, és a teljesítménykényszer. Mindezek mellett társas tényezőket is azonosítottak stresszorként, mint az adminisztrátorokkal, tanárokkal, hallgatótársakkal való interakciós nehézségek, továbbá egyéni stresszorokat, mint a személy önmagával szembeni magas elvárásai. A beavatkozásokat illetően a hallgatók ugyan relevánsnak tartották az egyéni pszichológiai segítségnyújtást, de a legfontosabbnak inkább a tanulmányokkal kapcsolatos rendszerszintű változtatásokat tekintették.

A kvantitatív módszertan fontos adatokkal szolgál az orvostanhallgatók stresszorainak meghatározásához, de korlátját képezi, hogy a standardizált adatgyűjtés során a hallgatók a kutatók által meghatározott potenciális tényezőkre adnak választ. Emiatt figyelmen kívül maradhatnak olyan determinánsok és beavatkozási pontok, amelyek az orvostanhallgatók számára relevánsak lennének [45,46]. Az egészségfejlesztés Ottawai Kartája szerint az egészségfejlesztési kezdeményezésekbe be kell vonni azokat, akik érintettek/érdekeltek a tervezés, végrehajtás és értékelés minden szakaszában [36]. Ezt az irányelvet az orvostanhallgatók pszichés terheltségének megértéséhez és mentális egészségük fejlesztéséhez is alkalmazni kellene. Ezt segítik a kvalitatív kutatások, melyek eredményei segítenek olyan beavatkozások megtervezésében és megvalósításában, amelyek közvetlenül reflektálnak a hallgatói igényekre. Ezáltal nő annak az esélye, hogy a hallgatók ezen intervenciókat igénybe veszik, azokba bekapcsolódnak [45]. Nincs tudomásunk azonban olyan hazai vizsgálatról, amely kvalitatív módon próbálta volna megismerni a hallgatók nézőpontját az orvostanhallgatókkal összefüggő stresszorokról és beavatkozási lehetőségekről.

2.2. A pszichológiai segítségkeresés jellemzői orvostanhallgatók körében

A felsőoktatásban tanulókról általánosságban elmondható, hogy pszichés problémák esetén kevésbé tanúsítanak segítségkereső magatartást, mindannak ellenére, hogy az intézményekben rendszerint rendelkezésre állnak mentálhigiénés szolgáltatások. Az Egészségügyi Világszervezet felméréseiben a 12 hónapos vizsgált periódusban a mentális zavarokkal küzdő hallgatók 83,6%-a semmilyen ellátásban nem részesült [35]. Jellemzően évekkal a mentális problémák megjelenése után történik meg az, hogy az érintettek megteszik az első lépést, és igénybe veszik az ellátást [47], habár a hosszú ideig kezeletlen mentális zavarok rosszabb életminőséghez és kedvezőtlenebb klinikai kimenetekhez vezethetnek [48]. Meglehetősen kevés olyan tanulmány látott napvilágot, amely kifejezetten az orvostanhallgatók által igénybe

vett mentálhigiénés szolgáltatásokról nyújt információt. A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján azonban ebben a populációban is jelentős a mentális zavarok alulkezeltsége [49,50]. Egy amerikai magán orvosi egyetemen 322 orvostanhallgató (a vizsgálat évében a teljes hallgatói populáció 57%-a) bevonásával végzett vizsgálatban 15,2%-nál mérték magas depresszió kockázatot (a Beck Depresszió Kérdőív összpontszáma 7 fölött volt), akiknek 75%-a semmilyen kezelésben nem részesült [35]. A Debreceni Egyetemen orvosi karán működő „Ariadné fonala” mentálhigiénés konzultációs szolgálat elérhető forgalmi adatai szerint a 2016-os naptári évben az orvoskaron tanulók 5,03%-a, a 2017-es naptári évben 9,03%-a, a 2018-as évben 5,09%-a vette azt igénybe.

Az orvostanhallgatók pszichés problémáinak leírásával számtalan kutatás foglalkozott, de a mentálhigiénés segítségkeresést akadályozó tényezők feltárása kevés kutatásnak került a fókuszába. Az egyetemi hallgatók körében általában olyan tényezők akadályozzák a segítségkeresési tendenciákat, mint a tünetek azonosításának nehézségei [51], az alacsony kockázatbecslés a tüneteket illetően [52], a problémák megoldására irányuló túlzott önállóság [53], a szolgáltatások elérhetőségéről szóló információk hiánya, a szégyenérzet [54], és a segítségkereséssel kapcsolatos észlelt stigmatizáció [55]. Ezeknek az eredményeknek az orvostanhallgatókra való rávetítése korlátozott, mivel ők számos releváns dologban különböznek a többi egyetemistától, például tudatosabb egészségmagatartás jellemző rájuk [56]. Képzésükből adódóan jobban ismerik az egészségügyi rendszert, és jobban értik a korai kezelés igénybevételének fontosságát. Ezen túlmenően már tanulmányaik kezdetétől fogva megismerkednek az egészség biopszichoszociális modelljével egy sor magatartástudományi és pszichológiai kurzuson keresztül, amelyek során kapcsolatba kerülnek pszichológiában képzett oktatókkal is. Számos tanított tantárgyuk a mentális egészséggel, pszichiátriai rendellenességekkel, valamint a különböző betegségek és kóros mentális állapotok kockázatértékelésével foglalkozik. Ezért pozitívabb attitűdöt mutathatnak a pszichológiai segítségkérés iránt, amint azt egy 103 orvostanhallgató és 395 általános népességből származó résztvevő bevonásával végzett vizsgálat eredményei is mutatták [57]. Ennek ellenére a mentális egészségügyi problémák kezeletlensége az orvostanhallgatók körében még mindig aggasztó, és hiányoznak azok a kutatások, amelyek a segítségkeresés speciális akadályait vizsgálják ebben a populációban.

A PubMed adatbázisban mindössze 20 olyan cikket találtunk, amelyek címében a "medical students"/"medical school" és a "help-seeking" keresőszavak szerepeltek (PubMed keresés, lekérve: 2023. október 22.). A 20 tanulmány közül mindössze három tartalmazott releváns

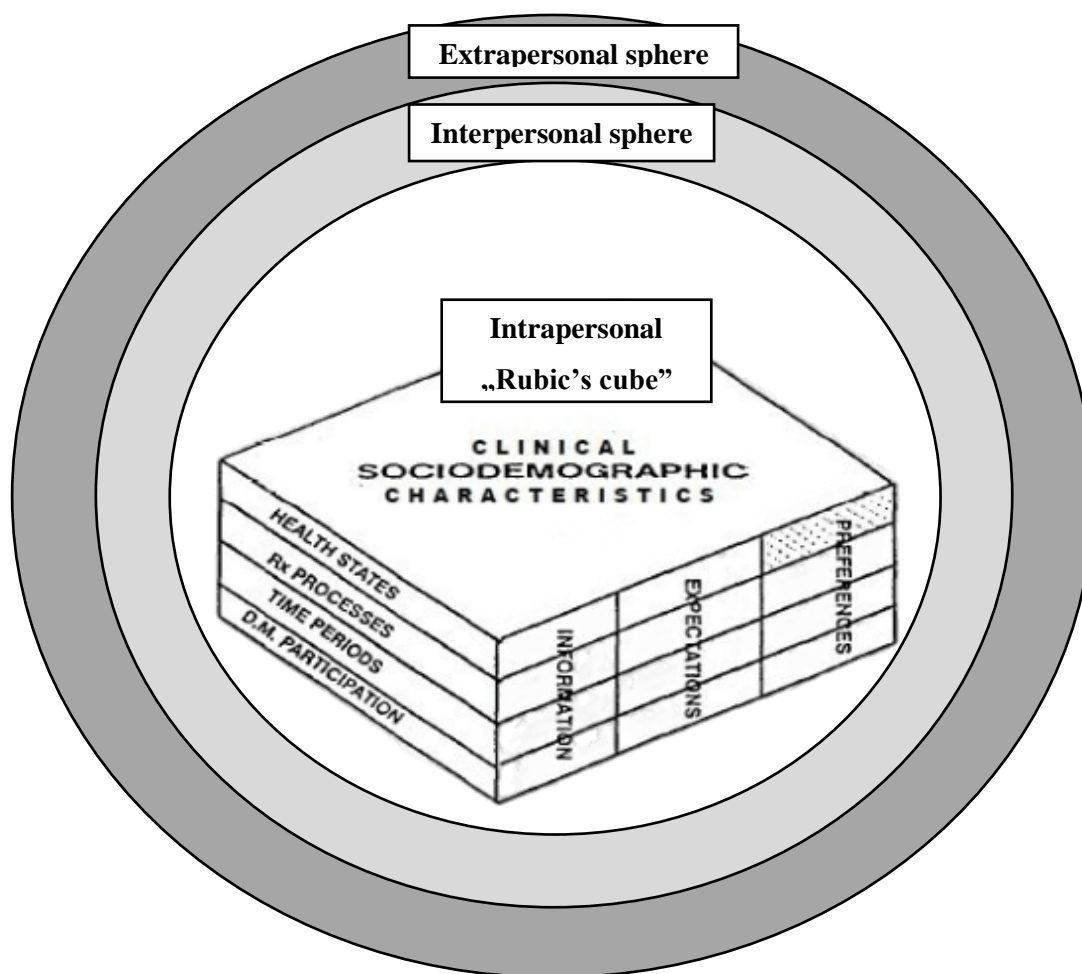
eredményeket a segítségkeresés lehetséges akadályairól a stigmatizáció mellett; azonban a vizsgálati személyek vagy csak egy speciális csoportot, vagy az orvostanhallgatók korlátozott számát képviselték [58–60]. A hivatkozási listák ellenőrzése után további három releváns tanulmányt azonosítottunk, amelyek közül azonban csak egy származott az elmúlt 15 évből [35,50,61]. A korábban említett néhány általános akadályozó tényezőt [50,61] túlmenően az orvostanhallgatók körében specifikus visszatartó erőként jelent meg az a félelem, hogy az esetleges pszichiátriai diagnózis az egészségügyi nyilvántartásba kerül, ami negatívan befolyásolhatja későbbi orvosi karrierjüket, különösen akkor, ha az egyetem biztosítja az ellátást [59,60].

A felsorolt eredmények zömmel inkább kvantitatív vizsgálatokból származnak, amelyek nem feltétlenül alkalmasak arra, hogy mélységében feltárják az orvostanhallgatók véleményét a segítségkérés észlelt akadályairól és a kívánt beavatkozásokról [46]. Az Ottawai Karta már korábban említett irányelvei szerint az érintettek bevonása az egészségfejlesztési intervenciók tervezési, a végrehajtási és az értékelési szakaszába elengedhetetlen [36]. Ezt az elvet a segítségkereső magatartás útjában álló akadályok elhárítását célzó beavatkozásokra is érdemes alkalmazni. A témával kapcsolatos kvalitatív kutatások azonban hiányosak, és azt egyetlen tanulmány sem vizsgálta, hogy a kelet- és közép-európai egyetemi hallgatókat milyen tényezők tartják vissza szükség esetén a pszichológushoz fordulástól.

A Debreceni Egyetem az elmúlt több, mint két évtized alatt két mentálhigiénés szolgáltatást is fenntartott. Az egyik szolgáltatás (Mentálhigiénés és Esélyegyenlőségi Központ) minden egyetemi polgár számára elérhető, míg a másik (Ariadné fonala) főleg az orvoskar hallgatóinak elérhető. Mindkét szolgálatnál a hallgatók legalább egy, legfeljebb 4 alkalom térítésmentes konzultációt kaptak e-mailen történt bejelentkezés után. A diszkrét a kéréstől számított 24 órán belül rendszerint válaszol a megkeresésre, és a kliens általában egy héten belül időpontot kap, az ellátást képzett pszichológusok biztosítják. Az egyetemek többsége, köztük a Debreceni Egyetem is a koronavírus világjárvány előtt kizárólag személyes tanácsadást kínált a hallgatóknak. A társas távolságtartási intézkedések azonban szükségessé tették az online oktatási konzultációkra való áttérést. A hirtelen paradigmaváltás fokozott érdeklődést generált az online pszichológiai beavatkozások iránt is [62]. A feltételezések szerint az online tér csökkentette a személyes segítségkéréssel kapcsolatos stigmatizációt és szégyenérzetet, ez azonban még nem bizonyított egyértelműen [63]. Mindezek mellett az orvostanhallgatóknak az internet alapú pszichológiai intervenciók iránti attitűdjéről is hiányosak a szakirodalmi adatok [64].

Kutatásunk ezen fázisának elméleti kereteként Llewellyn-Thomasnak a páciensek egészségügyi döntéshozatalát leíró modellje szolgált (1. ábra) [65].

Ez a megközelítés három különböző, de egymással összefüggő területen keresztül modellezi a kliensek egészségügyi döntéseit. A modell középpontjában egy háromoldalú "intrapersonális Rubik-kocka" áll, ami azt modellezi, hogy milyen tényezők együttese által zajlik le a döntési folyamat a páciensben: (1) a döntési helyzet egészségügyi determinánsai amelyet ismertetnek a pácienssel: a beteg egészségi állapota, a kezelés folyamata, az idői tényezők, a kliens részvétele a döntéshozatalban; (2) a betegek nézőpontja: tudása, elvárásai és preferenciái; és (3) a beteg klinikai, szociodemográfiai és pszichológiai jellemzői. Az intrapersonális réteg lehetővé teszi a betegek számára, hogy alaposan megfontolják döntéseiket. Ezt veszi körül az "interperszonális szféra", ami a döntési folyamatban közvetlenül részt vevő egyének - köztük a családtagok és az egészségügyi szakemberek - cselekedeteit és jellemzőit, valamint a közöttük zajló információáramlást foglalja magában. Mindez be van ágyazva az "extrapersonális" szférába, amely az egészségügyi döntéshozatalt befolyásoló szociokulturális, társadalmi-politikai kontextust és a rendszerszinten jelenlevő tényezőket jeleníti meg.



1. ábra. Llewellyn-Thomas modellje a páciensek egészségügyi döntéshozatalát befolyásoló tényezőkről (Forrás: Llewellyn-Thomas [1995] és saját szerkesztés)

2.3. A tanulmányi motiváció

2.3.1. A tanulmányi motiváció meghatározása

A motivációkutatások fő tárgya az emberek viselkedésének mélyebb megértése, különös tekintettel arra, hogy mi áll az adott viselkedés háttérében, milyen tényezők hajtják őket az adott cselekedetek elindítására, fenntartására és lezárására. A legszélesebb körben alkalmazott elméleti keretként a témában Deci és Ryan öndeterminációs elmélete (Self-Determination Theory, SDT) szolgál. Az elmélet az embereknek az autonómia, a kompetencia és a kötődés iránti eredendő szükségletére helyezi a hangsúlyt, amelyek kielégülésének talaján bontakoznak ki a személyes növekedés, a tanulás és a másokhoz való kapcsolódás természetes tendenciái [66].

Az elméletben egy adott cselekvés autentikus volta, öndetermináltsága folytonos skálára illeszthető, és három fő motivációs típus mentén jellemezhető. Az intrinzik motiváció (IM) azt jelenti, hogy a személy egy adott tevékenységbe a tevékenység végzéséből közvetlenül származó belső kielégülés miatt fektet energiát és erőfeszítést. Az extrinzik motiváció (EM) esetén a tevékenység inkább valamilyen konkrét külső vagy belső ok miatt kerül végrehajtásra, inkább célirányosan, mintsem pusztán önmagáért. Az extrinzik motiváció több altípusba sorolható: külső szabályozás, introjektált szabályozás, identifikált szabályozás és integrált szabályozás. Az első két típust, a külső és az introjektált szabályozást együtt kontrollált motivációnak nevezzük, mivel a tevékenységet külső tényezők vagy belső nyomás irányítja, és az egyén nem érzi azt sajátjának. Az identifikált és integrált szabályozás már nagyobb fokú autonómiát tükröző formák, ezekben az esetekben az egyén úgy érezheti, hogy önállóan irányítja cselekedeteit. Az amotiváció (AM) azt jelenti, hogy egy személy elveszítette az érdeklődését a tevékenység irányába, a tevékenységre irányuló intrinzik és extrinzik motiváció teljes hiánya figyelhető meg [67].

2.3.2. A tanulmányi motiváció mérése

A tanulási motivációval kapcsolatos kutatásokban a legszélesebb körben alkalmazott mérőeszköz a Vallerand és munkatársai által kidolgozott Tanulmányi Motivációs Skála (Academic Motivation Scale [AMS]), amely az öndeterminációs elméletre épül (Self-Determination Theory, [SDT]). A mérőeszközt eredetileg középiskolás diákokra tervezték, majd később adaptálták egyetemi hallgatói mintára is [68]. Az AMS az intrinzik motivációt többdimenziósan definiálva, annak három fő altípusát különíti el: a tudásra irányuló intrinzik motivációt, a megvalósításra irányuló intrinzik motivációt és a stimuláció megtapasztalására irányuló intrinzik motivációt.

A tudásra irányuló intrinzik motiváció az új ismeretek elsajátításának élvezetét ragadja meg, míg a megvalósításra irányuló intrinzik motiváció az új célok elérésének törekvéseit foglalja magában. A stimuláció megtapasztalásának intrinzik motivációja az egyén érzékszervi stimulációkat kereső indíttatását jelenti [69]. A mérőeszköz az extrinzik motiváció eredeti négy altípusa helyett hármat tartalmaz, miután az integrált szabályozás alfaktort pszichometriai okokból eltávolították.

Az AMS középiskolai és egyetemi változatának validitása és megbízhatósága többszörösen bizonyított. A mérőeszköz eredeti hétfaktoros szerkezetét további elemzések is megerősítették,

és rendszerint jó belső konzisztenciát találtak [69,70]. A számos nyelvre lefordított változatok megfelelő pszichometriai tulajdonságait középiskolások [69,71–73] és felsőoktatásban tanulók [74–79] körében végzett vizsgálatok is igazolták.

2.3.3. A hagyományos és a személyközpontú mérési megközelítés összehasonlítása

Az AMS-28 értékelése a hagyományos mérési sztenderdek szerint működik, a 7 motivációs altípusnak megfelelően 7 folytonos skálapontszámot eredményez. Ez az eljárás egyszerű és időtakarékos módja a tendenciák, átlagok, aggregált adatok csoportszintű vizsgálatának [80]. A hét különböző értéket azonban nem lehet összességében elemezni, vagyis ez az értékelés nem nyújt lehetőséget a válaszadók motivációs típusokba (intrinzik motiváltak, extrinzik motiváltak vagy amotiváltak) való besorolására, habár az SDT egyértelműen elhatárolja ezt a 3 típust az öndeterminációs kontinuumon. A szakirodalomban közölt értékelési rendszer alapján az AMS-28 leíró értelmezése, a motivációs típusok egyéni különbségeinek feltárása nem lehetséges. Az AMS-pontszámok személyközpontú mérési megközelítésére lenne szükség a motivációs profilok azonosításához, hogy az értékelési rendszer összhangba kerüljön az SDT-vel, és lehetővé váljon a csoportokon/profilokon belüli egyéni különbségek feltérképezése. Ez lehetővé tenné a profilokon belüli változók közötti összefüggésének vizsgálatát és olyan mintázatok feltárását, amelyeket a hagyományos csoportszintű korrelációs elemzésekkel nem lehet megragadni [81].

A szakirodalomban található egyes tanulmányok, amelyek az AMS alskálák alapján felállítható motivációs profilokat próbálták meghatározni középiskolai [82–85] és egyetemi mintán egyaránt [83,85,86]. Azonban orvostanhallgatók körében mindössze néhány kutatás látott eddig napvilágot [87–89], melyek szerzői nem az eredeti, hanem módosított faktorstruktúrákkal dolgoztak.

Az utóbbiak közül az első vizsgálatot 2004-ben egy 294 brazil orvostanhallgatói mintán végezték. A kutatásban kombinálták az intrinzik motivációs alskálákat az indentifikált extrinzik motiváció alskálával, illetve a külsőleg szabályozott és az introjektált szabályozás extrinzik motivációs alskálákat. Ezek mellett az amotivációt külön kezelték. Négy motivációs profilt azonosítottak, amelyek nem feleltek meg egyértelműen az öndeterminációs elmélet által meghatározott típusoknak [89]. Egy 844 fős holland medikus mintában [87] a szerzők az AMS alskálák közül az intrinzik motiváció alskáláinak összesítésével (= „intrinzik motiváció”) és a külső és introjektált extrinzik szabályozás skálák kombinálásával (= „kontrollált motiváció”)

dolgoztak, kihagyva az extrinzik identifikált szabályozás és az amotiváció alszállát. Négy motivációs profilt határoztak meg, és a hallgatókat ezekben a profilokba sorolták: magasan intrinzik + magasan kontrollált (HIHC), magasan intrinzik + alacsonyán kontrollált (HILC), alacsonyán intrinzik + magasan kontrollált (LIHC) és alacsonyán intrinzik + alacsonyán kontrollált (LILC). Ugyanezt az elemzési eljárást alkalmazta Shrestha és Pant 2018-as vizsgálatában egy nepáli orvostanhallgatói mintán [88]. Mindezek alapján az öndeterminációs elmélettel összhangba hozható AMS-értékelési módszertan további finomítása indokolt.

2.3.4. A tanulmányi motiváció összefüggése a mentális egészséggel

Számos tanulmány talált pozitív irányú kapcsolatot a kedvező mentális egészségi állapot és az intrinzik motiváció között, és negatív irányú összefüggést a kontrollált/extrinzik motivációval, ha a mentális állapotot olyan mutatókkal jellemezték, mint például a pozitív hangulat, vitalitás, személyes növekedés, pozitív megküzdési stratégiák és önfejlesztés [66,90–93]. Az élettel való elégedettség és a tanulmányi motiváció kapcsolatát illetően a vizsgálatok rendszerint azt találták, hogy minél inkább intrinzik, autonóm irányba mutató a diákok tanulmányi motivációja, annál elégedettebbek az életükkel [94,95] és annál magasabb szintű szubjektív jóllétről számolnak be [91,96,97]. A kutatások alapján a kontrollált/extrinzik motiváció által vezérelt tanulmányi elköteleződés nem hatékony az autonómia, a kompetencia és a kötődési igények kielégítésében, ami az élettel való alacsonyabb mértékű elégedettséghez [98], valamint amotivációhoz vezethet [99].

A tanulmányi motiváció és a mentális egészség összefüggéseiről megállapított bizonyítékok főként középiskolai mintákból vagy nem orvostanhallgatóktól származnak, a motiváció felmérésének hagyományos megközelítését alkalmazva. A PubMed adatbázisában az "academic motivation", "mental health" és "medical students" keresőkifejezések használatával csak egy releváns publikációt találtunk (PubMed keresés, 2023.06.13). Kunanithaworn és munkatársai thaiföldi orvostanhallgatók körében vizsgálták a tanulmányi motivációt az AMS-28 skálával [100]. Kutatásukban útelemzéssel tesztelték a motiváció, a mentális egészség és egyéb pszichológiai tényezők közötti kapcsolatot, amelyből kiderült, hogy a motiváció különböző altípusai különálló determinánsokkal rendelkeznek, illetve, hogy az orvosi pálya választását az intrinzik és extrinzik motiváció nagyobb mértékben jósolja be, mint az amotiváció. Az utóbbi növeli a depressziós tünetek megjelenésének kockázatát. E kutatás irodalomjegyzékének áttekintése során két további publikációt azonosítottunk a témában.

Park és munkatársai 60 dél-koreai orvostanhallgató körében vizsgálták szintén útelemzéssel a motiváció, a stressz, a depresszió és a személyiségjegyek közötti szekvenciális kapcsolatot [101]. A kapott modell alapján a motiváció közvetve, a tanulmányi teljesítményen keresztül fejt ki hatását a stresszre. Ennek megfelelően az amotivált hallgatók számára egy erősen versengő környezetben nehézséget okozhat a jó tanulmányi teljesítmény fenntartása, ami megnövekedett stresszszinthez vezethet. Del-Ben és munkatársai longitudinális vizsgálatában 85 brazil elsőéves orvostanhallgató körében azt találták, hogy a csökkent tanulmányi motiváció képes bejósolni a megnövekedett szorongást, valamint a szabadidős és társas élet zavarát a tanév során [102].

2.4. Online pszichológiai szolgáltatások kialakítása és igénybevételének vizsgálata

Az új digitális technológiákat a hallgatók egyre gyakrabban használják a mentális egészséggel kapcsolatos információk és támogatás forrásaiként, a preferenciáikról azonban kevés megbízható információ áll rendelkezésünkre és többek között a nemek közötti különbségekről sincs egyértelmű képünk a kutatási eredmények nagy szórása miatt [64]. Az internetalapú önségítő anyagok költséghatékony eszköznek tekinthetők a mentális egészség támogatására, és javasoltak lehetnek azoknak a hallgatóknak, akik a megőlyegzéstől való félelem vagy a szégyen miatt nem hajlandók személyesen segítséget kérni [103]. Az ilyen szolgáltatások fejlesztéséhez a szakértők mellett az érintettek bevonására is szükség van [36]. A meglévő online szolgáltatások értékelése a használati szokások leírásával és a leginkább elért anyagok azonosításával valósítható meg. Ez viszonylag könnyen elvégezhető, mivel az online szolgáltatások igénybevételét maga az elérést biztosító platform követi nyomon, amely így megbízható adatokat szolgáltat a használatról. A megtekintési arány kiszámításához azonban a potenciális felhasználók teljes számára vonatkozó információra is szükség van, amely információ hiányzik azokból a felmérésekből, amelyekben az online anyagok meghatározatlan számú személy számára állnak rendelkezésre.

A COVID-19 pandémia alatt egyes tanulmányok szerint az egyetemi hallgatók mintegy felének volt szüksége külső segítségre, hogy megbirkózzon a világjárvány által teremtett helyzettel [104]. Az orvostanhallgatók mentális egészsége még aggasztóbbnak bizonyult a nem orvosi képzésben részt vevő, azonos életkori csoportba tartozó társaikhoz képest [10]. A COVID-19 világjárvány tovább súlyosbította az orvoscépzéssel eleve együtt járó mentális terhelést [105], míg a szociális távolságtartásra irányuló korlátozások csökkentették a

potenciálisan igénybe vehető támogatásokat [106]. Ez világszerte, így Magyarországon is szükségessé tette új online mentálhigiénés szolgáltatások kifejlesztését [62,105,106].

A pandémia hazai kezdete után a Debreceni Egyetem orvostanhallgatói számára egyéni konzultációs lehetőséget biztosító „Ariadné fonala” pszichológiai konzultációs szolgálatot internetre adaptáltuk úgy, hogy az érdeklődő diákoknak az online portálon, az üzenetküldési funkción keresztül kellett kérniük konzultációt. Egy diszpécser 24 órán belül felvette a kapcsolatot a hallgatóval, megadva egy pszichológus e-mail címét, akivel a segítő portálon kívüli platformon (a portálon kívül, amelyen az első kapcsolatfelvétel történt) volt lehetőség online videós üléseken való részvételre. (2020. novemberében ezt megváltoztattuk, és az egyéni tanácsadás igénylésének módját visszaállítottuk a korábbi állapotra, azaz újra a portálon kívül, e-mailben kellett bejelentkezniük a hallgatóknak.)

A négy szemközti online konzultáció lehetősége mellett önszertő, tanulást is segítő anyagok széles kínálatát is kialakítottuk. Ezeket a változatos formátumú (pdf, audio, videó vagy mobilalkalmazás) és időtartamú anyagokat az alábbiak szerint csoportosítottuk: (1) tanulást segítő tartalmak; (2) stresszkezelési technikák; (3) a COVID-19 pszichés hatásaival való megküzdést segítő anyagok.

A tanulás segítésére kidolgoztunk egy prezentációt, amely bizonyítékokon alapuló tanulási technikákat és konkrét időmenedzsment tippeket is tartalmazott. Emellett jegyzetkészítő/szervező és időgazdálkodást segítő mobilalkalmazásokat is ajánlottunk. A stresszkezelő anyagok között különböző hosszúságú videókat kínálunk a mélylégzés, a relaxáció, a mindfulness meditáció és a jóga témájában, valamint relaxációs hanganyagokat és stresszkezelésben segítő mobilalkalmazásokat is ajánlottunk. A COVID-19 pszichés hatásaival való megküzdés segítéséhez írott, közvetlenül a pandémiához kapcsolódó, a jóllét fenntartását támogató forrásokat osztottunk meg.

Ilyen módon egy sokfajta igényt kielégítő, komplex szolgáltatásokat tartalmazó online csomagot alakítottunk ki, amelyet az egyetem távoktatási portálján külön erre a célra létrehozott felületen („Ariadné fonala”) egy hónappal a világjárvány hazai deklarációja után, 2020. április 15-án tettünk elérhetővé minden hallgató számára, önkéntes regisztrációt követően, előfeltételek nélkül. A magyar portál mellett angol nyelvű online változatot is elindítottunk, hogy mind a magyar mind az angol képzésben résztvevő hallgatók számára elérhető legyen a szolgáltatás.

A felület naplózási rendszere automatikusan nyomon követte az önsegítő anyagokhoz való hozzáférést, lehetőséget biztosítva arra, hogy feltérképezhessük az orvostanhallgatók preferenciáit.

2.5. Vizsgálati célok

A szakirodalom alapján az orvostanhallgatók mentális egészségi állapota világszerte kedvezőtlen [14]: magasabb körökben a mentális egészségi problémák prevalenciája és a pszichológiai morbiditás kockázata a nem orvostanhallgató kortársakhoz képest [33]. A probléma nem feltétlenül a képzésbe való belépéskor veszi kezdetét, és nem szűnik meg a képzés befejeztével, ugyanis a medikus hallgatók 10,9%-a már az egyetemre való belépéskor magas kockázatúnak számít [34], és a pályára lépést követően is fokozott köztük a pszichés tünetképződés [107]. Erre tekintettel a hallgatók egyetemi karrierje során szükség van mentálhigiénés támogatásra és preventív beavatkozásokra, amelyek számos módon kínálhatók. A hatékony intervenciók tervezése érdekében az alábbi kutatási célokat fogalmaztuk meg:

1. Azonosítani kívántuk a medikusok által legjelentősebbnek vélt distressz forrásokat.

A szakirodalomból is ismert, hogy az orvostanhallgatókat érintő stresszorok változatosak, egy részük általánosan jellemző az orvosképzésre, más részük képzőhelyenként és egyénenként változhat. Ezért célunk volt a Debreceni Egyetemen az érintettek, vagyis a hallgatók szemszögének kvalitatív módszerrel való megismerése a stresszforrások mélyebb megértése érdekében.

2. Célul tűztük ki a hallgatók széles körére kiterjeszhető és igényeikre leginkább reflektáló szervezeti szintű preventív lehetőségek azonosítását.

2.1. Egyik konkrét célunk volt, hogy a stresszorok mellett az ezekhez kapcsolódó potenciális beavatkozási pontokról együttesen kapjunk átfogó képet a hallgatók nézőpontjából.

2.2. Másik konkrét célunk volt azon tényezők feltárása, amelyek visszatartó erőt jelentenek az orvostanhallgatók számára az egyetemi mentálhigiénés szolgáltatások igénybevételét illetően; fel kívántuk mérni az ezen tényezők felszámolását vagy hatásuk mérséklését szolgáló szervezeti lehetőségeket is, szintén a hallgatók igényei alapján. Külön kitértünk a hallgatók nyitottságának és preferenciáinak feltérképezésére az online tanácsadással kapcsolatban.

3. További célunk volt a Tanulmányi Motivációs Skála új kiértékelési módjának kidolgozása és tesztelése annak érdekében, hogy jól elkülöníthető és a mentális egészséggel összefüggő motivációs profilokat azonosítsunk elsőéves orvostanhallgatók körében. Hallgatók azonosítása motivációs profilok szerint lehetővé tenné a hallgatók szűrését tanulmányi motiváció szempontjából, segítve a korai prevenciót. Hipotézisünk szerint az orvosi tanulóikban alacsony fokú öndeterminációval jellemezhető hallgatók fokozott pszichés distresszről, és az élettel való kisebb mértékű elégedettségéről számolnak be, mint nagyobb mértékben öndeterminált, motiváltabb társaik.
4. Vizsgálni kívántuk egy, egyetemi online platformra adaptált komplex mentálhigiénés segítő szolgáltatás keretében nyújtott önsegítő beavatkozások igénybevételi mintázatát. A világjárvány korai szakaszában tett ajánlások szerint a pandémia mentális egészségre tett következményeit és a lehetséges beavatkozásokat is fontos kutatás tárgyává tenni [108]. Ezzel összhangban Intézetünk a veszélyhelyzet elrendelését követő 3 hétben önálló online portálra adaptálta az „Ariadné fonala” mentálhigiénés szolgáltatást, önsegítő tartalmakkal kiegészítve azt.

Ezen vizsgálati célkitűzések elérésétől azt várjuk, hogy (1) hatékony megoldási lehetőségeket találunk az orvosképzést övező distresszforrások kezelésére; (2) feltárjuk a segítségkeresési magatartás útjában álló akadályokat; (3) hatékony módot találunk a tanulmányok kezdetén már magas kockázatúnak és vulnérabilisnak vélhető orvostanhallgatók szűrésére; és (4) azonosítani tudunk széles körben és költséghatékony módon alkalmazható pszichológiai intervenciókat.

3. METODIKÁK

3.1. Az orvostanhallgatók mentális egészségét kedvezőtlenül befolyásoló tényezők és a beavatkozások lehetséges pontjainak feltárása kvalitatív módszerrel

3.1.1. Minta

A fókuszcsoporthoz vizsgálat résztvevőit a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karának 1-6. évfolyamos orvostanhallgatói közül toboroztuk, akik két különböző nyelvű szakon, magyarul vagy angolul folytatják tanulmányaikat. Mivel a magyar és angol nyelvű hallgatók több téren is eltérő helyzetben vannak pl. a tanulmányaik finanszírozása, az oktatás nyelve, a társas kapcsolatok és a kulturális környezet szempontjából, ezért külön gyűjtöttünk adatokat a magyar, és külön a külföldi hallgatók körében. Két magyar és két angol csoportot, vagyis összesen 4 fókuszcsoporthoz terveztünk, minimum 6, maximum 10 résztvevővel. A résztvevők elérhetőségének és bevonásának megkönnyítése érdekében hólabda mintavételezési módszert alkalmaztunk. A 4 fókuszcsoporthoz 4 különböző személyen keresztül toboroztuk.

A fókuszcsoporthoz kialakításánál fontos szempont volt, hogy a csoport összetétele nemek és évfolyamok tekintetében változatos legyen. A kutatás nem arra irányult, hogy évfolyamonként ismerjük meg a stresszorokat és a megoldásokat. Feltételeztük, hogy a felsőbb évfolyamok diákjai emlékeznek a korábbi évek általános tapasztalataira. A vizsgálat idején aktuális hallgatói önkormányzat képviselői külön meghívást kaptak az interjúkra. Ők aktív szerepet játszanak a közösségi életben, kiterjedt társas hálójával rendelkeznek, és széleskörű rálátásuk van az orvostanhallgatók problémáira. Így jelenlétüket a mintában különösen fontosnak tartottuk az eredmények érvényességének növelése érdekében. A vizsgálatot jóváhagyó etikai engedély száma: DE RKEB/IKEB 5821-2021.

3.1.2. Az adatgyűjtés módszere, az interjú struktúrája

Fókuszcsoporthoz, strukturált interjúk segítségével kívántuk azonosítani a diákok által tapasztalt stresszorokat és az ezek kezelésére irányuló lehetséges megoldásokat. Ez az adatgyűjtési módszer nagyobb válaszadási szabadságot biztosít a résztvevőknek a standardizált kérdőíves eljárásokhoz képest, mert olyan új szempontok és információk merülhetnek fel,

amelyek korábban nem jutottak a kutató tudomására; előre meghatározott kérdésekre adott limitált válaszok helyett a nézőpontok széles skálája tárható fel. A módszer időhatékony és lehetőséget biztosít a javaslatok megvitatására és a konszenzus kialakítására [109]. A kutatást a Kvalitatív Kutatások Jelentésének Összevont Kritériumai (Consolidated criteria for reporting qualitative research, COREQ) iránymutatásai alapján végeztük [110].

A kutatási kérdésekkel összhangban az interjúk célja az alábbi két fő téma körbejárása volt: (1) milyen stresszorok állnak az orvostanhallgatók kedvezőtlen mentális egészségének hátterében, és milyen intervenciók szolgálhatnak megoldásként az orvostanhallgatók szemszögéből, (2) melyek az egyetemen elérhető pszichológiai tanácsadás igénybevételének akadályai, és milyen intézkedésekkel számolhatók fel ezek az akadályok. A második kérdéscsoporttal kapcsolatos módszertant és eredményeket külön fejezetekben tárgyaljuk.

Az első kérdéscsoport témáit két szinten határoztuk meg: egyetemi (intézményes) és egyéni szintű stresszorok és intervenciók. Ezekben belül további fő- és altémákat különítettünk el melyekhez tematikus nyitókérdéseket társítottunk. A bevezetést és az interjú folyamatára vonatkozó információk ismertetését követően az első kérdéssorozaton belül két szinten összesen 4 fő témát és 16 altémát terveztünk meg az alábbiak szerint.

Egyetemi szint:

1. Tanulmányi problémák (altémák: tanulandó anyag mennyisége; az oktatás minősége; a segédanyagok minősége; szigorú hiányzási szabályzat; vizsgáztatási rendszer; diplomamunka; a hallgatók által bevezetett egyéb altémák).
2. Egyetemi kommunikációval kapcsolatos problémák (altémák: elégtelen információmennyiség, észlelt bánásmód, a hallgatók által említett egyéb altémák).
3. Társas kapcsolatokkal összefüggő problémák (altémák: a társas támogatás hiánya; kirekesztés; egyéb, a hallgatók által felvetett altémák).

Egyéni szint:

4. Egyéni jellemzőkkel kapcsolatos nehézségek (altémák: időgazdálkodási nehézségek; nem hatékony tanulási technikák; elégtelen stresszkezelési készségek; egyéni karrierlehetőségek; nemi különbségek; kultúra; egyéb, a hallgatók által felvetett altémák).

A témák kibontása során a résztvevők az interjúvázlatban szereplő fő témákról és altémákról beszéltek, de ezek mellett új kérdéseket és szempontokat is felvetettek.

3.1.3. A vizsgálat menete

Az interjúkra 2020. novemberében és decemberében került sor. A vizsgálat idején érvényben lévő COVID-19 járványügyi intézkedések miatt az interjúkat online videokonferencián keresztül, a Cisco Webex 41.4.7.10 szoftver (Cisco Systems, Inc., San Jose, CA, USA) segítségével végeztük. A résztvevők saját fiók nélkül, vendégfelhasználóként csatlakozhattak az interjúhoz. Az interjú céljáról a toborzáskor és az interjú elején kaptak információt a résztvevők. Az interjú megkezdése előtt a hallgatók önkéntes, tájékozott beleegyezésüket adták a részvételhez, valamint ahhoz, hogy a csoportban elhangzottakról hangfelvétel készüljön. Személyi azonosítást lehetővé tevő adatokat nem rögzítettünk, és a hallgatókat biztosítottuk arról, hogy a tőlük kapott információkat bizalmasan kezeljük, névtelenül dolgozzuk fel, és a válaszaikból nem lehet majd beazonosítani őket.

Mind a moderátor (Oláh Barnabás [OB], okleveles egészségpszichológus, a disszertáció szerzője) és a moderátor asszisztens (Rádi Bence Márk [RBM], egészségpszichológia MSc) a résztvevőkkel azonos korosztályba tartozott (18-25 év), de nem végeztek tanulmányokat az általános orvosképzésben, nem dolgoztak az egyetemi mentálhigiénés szolgálatnál, és nem álltak sem formális, sem informális kapcsolatban a résztvevőkkel. Ezen okok miatt feltételezhető volt, hogy a hallgatók a következményektől függetlenül képesek lesznek negatív véleményt is megfogalmazni a képzésükről. A résztvevőknek általában voltak ismerőseik a csoportokban. Az ismerősök jelenléte gátolhatja a csoport véleményétől való eltérést, különösen, ha egyesek úgy érzik, hogy a kérdést illető véleménykülönbség elítélendő [111]. Ugyanakkor az a tudat, hogy a csoportban vannak mások is, akik hasonló véleményen vannak, akár könnyítheti is a megnyílást [112]. A moderátor már a kezdetektől fogva arra bátorította a résztvevőket, hogy szabadon fejtsék ki véleményüket, és tartsák tiszteletben egymás válaszait. Minden résztvevőt bátorítottunk, hogy vegyen részt a vitában. Amikor szükséges volt, a moderátor az egyes fókuszcsoportok során kérdésekkel igyekezett mélyebben feltárni egy-egy témát, a beszélgetést az észlelt stresszforrás (vagy segítségkeresési akadály) mögöttes okaira irányítani, és végül facilitálni a megoldások javasolását. A téma megvitatása csoportonként körülbelül másfél órán át tartott. A koronavírus világjárvány okozta stressz hatásai ad hoc jellegük miatt nem képezték a kutatás részét, mivel a vizsgálat középpontjában kifejezetten az orvosképzéssel kapcsolatos kérdések álltak. Az egyik csoportban a résztvevők csak egy utalást tettek a járványra, de a fent említett okok miatt arra kértük a hallgatókat, hogy az orvosképzéssel általánosságban kapcsolatos, a világjárványtól független tényezőkre összpontosítsanak.

3.1.4. Adatelemzés

Az összesen 360 perc terjedelmű hangfájlok Word-dokumentumba történő szó szerinti átírása 46.874 szó terjedelmű szöveget eredményezett.

A tartalomelemzést, a kódolástól a deduktív elemzésig az interjúkat is készítő (OB és RBM) végezték el egymástól függetlenül, mind manuálisan, mind az NVivo tartalomelemző szoftver (QSR International, Burlington, MA, USA) segítségével. A kódolás Mayring módszerén alapuló deduktív-induktív kvalitatív tartalomelemzéssel történt [113]. Az interjúvázlat fő témáit fő kategóriákká alakítottuk, és az altémákat, amennyiben stresszforrásként azonosítottuk őket, alkategóriákká formáltuk (deduktív kategóriaépítés). A deduktív elemzéshez használt kódfa az 1. táblázatban látható. Az interjúk során elhangzottak alapján vagy új kategóriák (stresszor/megoldás) kerültek a rendszerbe, vagy a meglévő kategóriákat bontottuk tovább (induktív kategóriaképzés). A két kódoló mind a négy fókuszcsoportot egymástól függetlenül kódolta. Ezután összehasonlításra került a két független rendszer, majd a feltárt különbségek megvitatása után került kialakításra a végleges, konszenzuson alapuló kategóriarendszer. A kiegyensúlyozott megközelítés biztosítása érdekében ezt egy nemrég végzett általános orvos is felülvizsgálta, aki nem vett részt a vizsgálat megtervezésében és lebonyolításában. Az illető saját egyetemi tapasztalatai alapján elfogadhatónak vélte a kategóriarendszert, változtatásokat nem javasolva. A végső felülvizsgálatot és jóváhagyást a vizsgálatvezető végezte. A magyar és a külföldi hallgatók válaszait külön-külön elemeztük, majd az eredményeket összesítettük. A végleges kategóriarendszert a 3. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. A deduktív elemzéshez használt kódfa

Kódnév	Leírás	Példa
1. Tanulmányokkal összefüggő problémák		
Az elvárt tananyag mennyisége	A követelmények teljesítéséhez elsajátítandó tananyag volumene	Túl sok az elsajátítandó tananyag
Oktatás minősége	Az oktatók tanítási módjai	Nem érthető információátadás
Segédanyagok minősége, mennyisége	Kapnak-e megfelelő segítséget a hallgatók az oktatás során	Nincs jegyzet
Szigorú hiányzási szabályzat	Mennyire méltányos a hiányzások elbírálása	Hiányzás miatti csúszás olyan tantárgyakkal, amelyek egyébként pótolhatók lennének
Szakedolgozat	Milyen stresszhelyzetek merülnek fel a szakedolgozat teljesítése kapcsán	Kevés az iránymutatás
Vizsgáztatási rendszer	Elvárások a vizsgán, bánásmód a vizsgáztatók részéről	Irreális elvárások, észlelt igazságtalanság
2. Egyetemi kommunikációval összefüggő problémák		
Információhiány	Elegendő-e a kapott információ mennyisége	Tanulmányi ügyeket illető információhiány, bizonytalanság
Észlelt szervezeti bánásmód	Mennyire van jelen a tisztelet és segítőkészség az egyetemi dolgozók részéről	Tisztelet és segítőkészség észlelt hiánya
3. Társas kapcsolatokkal összefüggő problémák		
Társas támogatás hiánya	Mennyire segítőkész a hallgatói közösség	Jegyzetek megosztásának hiánya egymás között
Kirekesztődés	Mennyire könnyű beilleszkedni a közösségbe	Túlzott „klikkesedés”
4. Egyéni jellemzőkkel kapcsolatos nehézségek		
Időbeosztási nehézségek	Nem tudja produktívan felhasználni az idejét	Nincs elég ideje felkészülni a vizsgákra
Nem megfelelő tanulási technikák	Az tananyag elsajátításához, felidőzéséhez szükséges készségek fejlesztésre szorulnak	Az anyag bemagolása
Élgtelen stresszkezelő készségek	Nem tudnak megküzdeni a képzéssel összefüggő nehézségekkel	A kudarcból való félelem rontja a teljesítményét
Egyéni karrier kilátásai	Milyen a hallgatók szakmai jövőképe	Bizonytalan/negatív kilátások
Nemi különbségek	Vannak-e specifikusan egyik vagy másik nemet érintő stresszorok	A hosszú tanulmányok és gyermekvállalás összeegyeztetésének nehézségei nők körében
Kultúra	megnehezíti-e az alkalmazkodást a kulturális háttérben	nehéz beilleszkedni az új kulturális környezetbe

3.2. A pszichológiai segítségkeresést akadályozó tényezők és megoldási lehetőségek orvostanhallgatók körében

3.2.1. Az interjúk struktúrája

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúkkal végzett kvalitatív vizsgálat második célja az volt, hogy feltárjuk az orvostanhallgatók nézeteit a Debreceni Egyetemen a mentálhigiénés szolgáltatások igénybevételét érintő akadályokkal és ezek megoldási lehetőségeivel kapcsolatban. Az első és a második fő témához kapcsolódó beszélgetések a hangfelvételeken elkülöníthetők voltak. Ezzel a témával kapcsolatban a következő kérdéseket határoztuk meg a félig strukturált interjúhoz:

1. Melyek azok az akadályok, amelyek miatt az orvostanhallgatók pszichés nehézségeik ellenére nem veszik igénybe az egyetemen elérhető pszichológiai szolgáltatásokat?
2. Minden egyes említett akadályra vonatkozóan kérdés volt, hogyan lehetne ezeket felszámolni vagy mérsékelni.
3. Milyen mértékben nyitottak az orvostanhallgatók az online pszichológiai tanácsadás lehetőségére?
4. Milyen típusú online tanácsadást részesítenének előnyben az orvostanhallgatók: videó- vagy írásban történő konzultáció?
5. Hogyan ítélik meg az orvostanhallgatók az online tanácsadást a személyes tanácsadással összehasonlítva?

3.2.2. Az adatok elemzése

A második téma összesen 120 perc terjedelmű hangfelvételeinek szó szerinti átgépelése 15.625 szó terjedelmű szöveget eredményezett, amelyen az előzőekben említett két független kódoló végzett tartalomelemzést az NVivo tartalomelemző szoftver segítségével (Nvivo Content Analysis Software 12 for Windows, QSR International, Burlington, MA, USA) Mayring kvalitatív tartalomelemzési módszerét követve [113].

A segítségkeresés akadályaira és az ezek megszüntetésére irányuló javaslatokra vonatkozó kutatási kérdéseinket deduktív módon fő kategóriákká alakítottuk ("akadályok", "beavatkozások"), és induktív módon további alkategóriákat hoztunk létre (pl. "a stigmatizációtól való félelem"; "kampányok a stigmatizáció csökkentésére"). Az online

tanácsadás iránti nyitottságra és ennek különböző formátumainak (videó, írásban történő alapú) elfogadására, illetve az online vagy személyes tanácsadás iránti preferenciára vonatkozó kutatási kérdéseket 8 fő kategóriába fordítottuk át:

- (1.1.) „nyitottság az online tanácsadás iránt”;
- (1.2.) "az online tanácsadás elutasítása";
- (2.1.) "preferencia a videós tanácsadás iránt";
- (2.2.) "a videós tanácsadás elutasítása";
- (2.3.) "preferencia a szöveges tanácsadás iránt";
- (2.4.) "a szöveges tanácsadás elutasítása";
- (3.1.) "preferencia az online tanácsadás iránt (a személyes tanácsadással szemben)";
- (3.2.) "preferencia a személyes tanácsadás iránt (az online tanácsadással szemben)".

Ezután a tartalomelemzési egységeket, azaz minden olyan gondolategységet, amely tartalmaz választ a kutatási kérdésekre, deduktív kódolással fő kategóriákba csoportosítottuk, és kategóriánként összegeztük az egységek számát.

A tartalomelemzés az első kutatási témával megegyező lépésekben zajlott. Az utolsó fókuszcsoportban csak egy új induktív kategória jelent meg ("az ülések korlátozott száma"), és az online tanácsadással szembeni nyitottságra, illetve ennek preferenciájára vonatkozó válaszok következetesen hasonló mintát követtek mind a négy csoportban. Ezért úgy véltük, hogy az adatok elfogadható szaturáltságát ezen a ponton négy csoport (két magyar és két külföldi csoportos interjú) után elértük.

3.3. Tanulmányi motivációs profilok és összefüggéseik a mentális egészséggel elsőéves orvostanhallgatók körében

3.3.1. Mintavétel és adatgyűjtés

A tanulmányi motiváció és mentális egészség összefüggését vizsgáló keresztmetszeti kutatásban való részvételre a Debreceni Egyetem összes elsőéves orvostanhallgatója (N=632) meghívást kapott e-mailben az egyetem adminisztrációs rendszerén keresztül a 2021/22. tanév első félévi vizsgaidőszakának kezdetén. Az első felhívást 1-1 hét múlva összesen két emlékeztető üzenet követte, vagyis összesen 3 felhívást kaptak a hallgatók. A felhívás tartalmazta a kutatásról való tájékoztatást, illetve a linket, amely a vizsgálati kérdőívcsomaghoz

vezette a válaszadót, amely az egyetem kérdőívkezelő honlapján volt elérhető 2021. december 14. és december 31. között. A vizsgálat etikai engedélyének száma: DE RKEB/IKEB: 5923-2021.

3.3.2. Mérészközök

A kérdőívcsomag demográfiai kérdések mellett (nem, életkor, etnikai hovatartozás külföldi hallgatók esetében), a Tanulmányi Motivációs Skála 28 tételes, felsőoktatásban tanulóakra adaptált változatát (AMS-C 28), a Lelki Egészség Kérdőívet (GHQ-12) és egy étellel való elégedettség mérésére szolgáló itemet tartalmazott.

3.3.2.1. Tanulmányi motiváció skála (AMS-28)

A Tanulmányi Motivációs Skála 28 tételes, az állításokat egy 7 pontos Likert-skálán értékelhetik a válaszadók (1 = egyáltalán nem jellemző; 7 = teljes mértékben jellemző). A skála tételei hét alfaktorba tagolódnak (minden alfaktorban négy tétel található): (1) tudás iránti, (2) megvalósítás iránti és (3) stimuláció iránti intrinzik motiváció (Cronbach alfa = 0,91), valamint a (4) külsőleg szabályozott, (5) introjektált, (6) identifikált extrinzik motiváció (Cronbach alfa = 0,86), és az (7) amotiváció (Cronbach alfa = 0,83) [69]. A kérdőív kiértékelésekor az alskálára adott válaszokból átlagot számítottunk, illetve a fő faktorokhoz tartozó tételek összegét is kiszámoltuk. A külföldi hallgatók a kérdőív angol nyelvű változatát, a magyar hallgatók a Tanulmányi Motivációs Skála [114] magyar változatának orvostanhallgatókra adaptált verzióját kapták, melyet néhány releváns kifejezés megváltoztatásával hoztunk létre.

3.3.2.2. Lelki egészség kérdőív (GHQ-12)

A „Lelki egészség kérdőív” 12 tételes változatát (GHQ-12) használtuk a pszichés distresszből eredő pszichológiai morbiditás kockázatának becslésére. A kérdőív tételeit egy 4 pontos Likert-skálán kell megválaszolni [115,116]. Minden tétel egy-egy tünet megjelenését méri. A kiértékeléskor a kérdőív 0-0-1-1 pontozási rendszerét alkalmaztuk, azaz a tünetek hiányát jelző 1-es és 2-es válaszokat 0-nak, a tünetjelző 3-as és 4-es válaszokat 1-nek kódoltuk. Így egy 0 és 12 közötti összpontszámot kaptunk (Cronbach alfa = 0,89), amelyet bináris változóvá alakítottuk át. Ehhez a 4 feletti pontszámot elérőket tekintettük magas kockázatúnak.

A vágóértéket az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) jelentéséből vettük át [117]. Ily módon 0 összpontszám alacsony, 1 összpontszám magas kockázatot jelzett.

3.3.2.3. Élettel való elégedettség

A résztvevők arra a kérdésre, hogy „Összességében mennyire elégedett Ön az életével mostanában?” egy 0-tól ("Egyáltalán nem") 10-ig ("Teljesen mértékben") terjedő skálán válaszoltak [118].

3.3.3. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzést az SPSS v. 23.0 (IBM, Armonk, NY, USA) és a Stata-16.1 (StataCorp LLC, College Station, TX) programcsomaggal végeztük. A leíró statisztikákat követően a kategorikus változók összefüggéseit 2x2-es elrendezés esetén Fischer-féle egzakt próbával, egyéb esetben Pearson khi-négyszet próbával vizsgáltuk. A folytonos változók esetében az eloszlásvizsgálathoz Kolmogorov-Smirnov próbát alkalmaztunk. Az AMS alsókálák, a GHQ-12 összpontszám és az élettel való elégedettség nemek közötti különbségeit Mann-Whitney teszttel vizsgáltuk. A korrelációs elemzésekhez Pearson korrelációt használtunk. A kérdőívek belső konzisztenciájának vizsgálatához Cronbach-alfa mutatókat számoltunk. A tanulmányi motivációs profilokat a következő két módszerrel azonosítottuk:

1. Kétlépcsés klaszteranalízis

A skáladimenziók számának csökkentése érdekében előzetesen külön-külön megvizsgáltuk a három intrinzik motivációs alsókála és a három extrinzik motivációs alsókála közötti korrelációkat. Az intrinzik motivációs alsókálák ($r=0,66-0,70$; $p<0,001$) és az extrinsic motivációs alsókálák ($r=0,40-0,42$; $p<0,001$) következetesen közepesen erős szignifikáns korrelációt mutattak, ezért háromfaktoros megoldást alkalmaztunk. Valamennyi faktor jó belső konzisztenciát mutatott (intrinzik motiváció: $\alpha=0,91$, extrinsic motiváció: $\alpha=0,86$; amotiváció: $\alpha=0,93$). A tanulmányi motivációs profilok csoportközi különbségeit a motivációs tényezők és az élettel való elégedettség folytonos változói terén ANOVA-val elemeztük, post-hoc tesztként a Tukey-tesztet szolgált. A motivációs típusok csoporton belüli különbségeit egymintás t-próbával ellenőriztük. A csoportkohézió mértékét, azaz az alanyok saját csoportjukhoz való illeszkedését a Silhouette-együtthatóval jellemeztük.

2. Bináris változók létrehozása

Annak érdekében, hogy a főként intrinzik motivált, extrinzik motivált és az amotivált tanulókat egyértelműen meg tudjuk különböztetni, bináris változókat konstruáltunk. Az elemzés alapját a három fő motivációs típus altípusainak összesített pontszámai képezték. A legérzékenyebb, vagyis a motivációs kategóriákat legpontosabban elkülönítő kategorizáció azonosítására először kvantiliseket (terciliseket és deciliseket) hoztunk létre az összesített pontszámokból. Ezután a felső kvantilisben lévőket és az alatta lévőket keresztáblába rendeztük az alábbiak szerint: 3. tercilis vs. 1-2. tercilis; 9-10. tized vs. 1-8. tized, 10. tized vs. 1-9. tized.

3.4. Online pszichológiai szolgáltatások kialakítása és igénybevételének vizsgálata

3.4.1. Mintavétel és adatgyűjtés

A vizsgálat kezdetén az egyetem összes magyar (n=1.282) és külföldi (n=1.707) orvostanhallgatója értesítést kapott az egyetem adminisztrációs rendszerén keresztül a szolgáltatás elérhetőségéről, amelyet két további emlékeztető üzenet követett.

A távoktatási portál a felületen végzett minden online tevékenységet automatikusan naplózza a belépéstől a kilépésig, így lehetséges a portálon található összes anyag igénybevételének, megtekintésének nyomon követése. A hallgatók a távoktatási portálra egyetemi azonosítójukkal léptek be; a belépéssel hozzájárultak ahhoz, hogy tevékenységüket a rendszer nyomon kövesse. A távoktatási portálról a hallgató neve és képzésének típusa (angol vagy magyar nyelvű képzés) közvetlenül megismerhető, továbbá a hallgató tantárgylistája is, ami alapján becslés tehető az évfolyamára és a tanulmányi terv típusára (ajánlott, vagyis mintatanrendet követő vagy egyéni [„csúszás”]). A pontosítás érdekében az utóbbiakat egy, az egyetem adminisztrációs rendszeréhez való hozzáférésre jogosult személy közreműködésével pontosítottuk. Az igénybevétellel kapcsolatos adatokat a kurzusok elindításától számított 1 év időtartamra, 2020. április 15-től 2021. április 15-ig kértük le elemzés céljára.

Az etikai engedélyt a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága bocsátotta ki (az etikai engedély száma: RKEB_IKEB.5586A).

3.4.2. Statisztikai elemzés

A leíró statisztikák mellett a kategorikus változók közötti kapcsolatot a Pearson-féle khi-négyzet-próba segítségével teszteltük. A folytonos változók nem követtek normál eloszlást, ezért összefüggéseik elemzését a Mann-Whitney-tesztel végeztük. A statisztikai elemzés során az SPSS ver. 23 (IBM, Armonk, NY, USA) statisztikai programcsomagot használtuk.

4. EREDMÉNYEK

4.1. Az orvostanhallgatók mentális egészségét kedvezőtlenül befolyásoló tényezők és a beavatkozások lehetséges pontjai

A négy fókuszcsoportban összesen 26 diák (13 magyar és 13 külföldi) vett részt. Az angol nyelvű képzés külföldi hallgatói 10 különböző országból származtak. A csoportok 6-7 főből álltak. Az általános orvosképzés mind a hat évfolyamról voltak résztvevőink: 4 diák az 1. évfolyamról, 6 a 2. évfolyamról, 3 a 3. évfolyamról, 5 a 4. évfolyamról, 7 az 5. évfolyamról és egy a 6. évfolyamról. A résztvevők átlagéletkora 21,8 év volt ($SD = 1,88$). A nemek tekintetében a férfiak voltak többségben ($n = 16, 73\%$). A minta nem reprezentatív az orvostanhallgatói populációra nézve a nem és a tanulmányi év tekintetében. Az alanyok demográfiai jellemzőit a 2. táblázat mutatja.

2. táblázat. A minta demográfiai jellemzői

Demográfiai változók	n (%)
Állampolgárság	
Magyar	13 (50)
Külföldi	13 (50)
India	3 (12)
Egyiptom	2 (8)
Izland, Jordánia, Nigéria, Irak, Tajvan, Zimbabwe, Vietnám, Pakisztán,	1-1 (4-4)
Életkor (év, átlag\pmSD)	21,8 (\pm 1,88)
Nem n (%)	
Nő	7 (27)
Férfi	19 (73)
Évfolyam n (%)	
1.	4 (15)
2.	6 (23)
3.	3 (12)
4.	5 (19)
5.	7 (27)
6.	1 (4)

Az interjúk átlagosan másfél órát öleltek fel, összesen 360 perc volt a teljes időtartamuk. Az interjú anyaga a szó szerinti átgépelés után 46.874 szóterjedelmű volt. A tartalomelemzés eredményeként 4 fő kategóriát, 24 alkategóriát és 80 kódot azonosítottunk (3. táblázat).

3. táblázat. A mentális egészség determinánsai és az egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges pontjai a magyar és az angol nyelvű orvostudományi hallgatóinak szemszögéből

Stresszorok	Megoldások/javaslatok
1. Tanulmányok (egyetemi szint)	
Oktatás	
Az elvárt tananyag mennyisége	Elvárt tananyag rövidítése (csak magyar) Több forrás (csak angol) Egyéni tanulási technikák fejlesztése
Egyes tanárok jellemzői (pl. információátadás érthetőségének és motiváció hiánya)	-
Segédanyagok minősége, mennyisége	Intézeti anyagok, jegyzetek kiadása
Ellentmondások a tananyagban (csak magyar)	Egységes tananyag
A gyakorlati oktatás hiányosságai	Gyakorlatorientáltabb oktatás Kiscsoportos esetmegbeszélés
Szigorú hiányzási szabályzat	Megértőbb hozzáállás a betegség miatti hiányzásokhoz
Szakkolgozat elkészítése	Több segítség és információ
Tanmenet (csak magyar)	Anatómia első félévtől
Számonkérés	
Vizsgák szervezése	Sorra kerülési időszáv meghatározása (csak magyar) Félévközi teljesítési lehetőségek és azok beszámítása a végső jegybe (csak angol)
Vizsgák tartalma	Egyértelmű követelményrendszer
Egyes vizsgáztatók stílusa	Interkulturális érzékenyítés (csak angol)
Évismétlés veszélye/kötelező átlag elérése (csak magyar)	Évet ismétlőknek mentálhigiénés tanácsadás
2. Egyetemi kommunikáció (egyetemi szint)	
Kései tájékoztatás	Egyetemi információs hálózat fejlesztése
Elégtelen információmennyiség	Csoportpatronusi program kialakítása (csak angol)
Észlelt szervezeti bánásmód	Oktatók túlerheltségének csökkentése Interkulturális érzékenyítés (csak angol)
3. Hallgatói kapcsolatok (egyetemi szint)	
Integráció - kirekesztődés	
Kezdeti beilleszkedés (csak angol)	Csoportvezető szerepének erősítése Több közösségi program
Kulturális különbségek (csak angol)	Több közösségi program
Évet ismétlők lenézése (csak magyar)	-
4. Egyéni jellemzők (egyéni szint)	
Időbeosztási nehézségek	Készségfejlesztő tréning Számonkérések jobb időbeli elosztása (csak magyar) Követelmények csökkentése (csak magyar)
Nem megfelelő tanulási technikák	Készségfejlesztő tréning
Elégtelen stresszkezelő készségek	Készségfejlesztő tréning Egyéni pszichológiai tanácsadás Önsegítő csoport Szervezeti kockázatkezelési beavatkozások Pszichoedukáció (csak magyar) Pszichológiai szűrés (csak magyar)
Egyéni karrier kilátásai	Hatékony karriertanácsadás
Nemi különbségek	-
Egyes személyiségjellemzők (pl. perfekcionizmus, introverzió)	-

4.1.1. Egyetemi szint: Tanulmányokkal kapcsolatos stresszorok és megoldási lehetőségeik

Az interjúkn elhangzottak szemléltetésére szolgáló idézeteket dőlt betűvel, idézőjelben közöljük, zárójelben a fókuszcsoporthoz számával (Fcs. 1-4.), a képzés nyelvvel (magyar vs. angol) és az évfolyammal (1-6. évfolyamok). Eredményeink szerint mind a magyar, mind a külföldi diákok fókuszcsoporthoz a tananyag tanításával és számonkérésével kapcsolatban jelentkeztek a legjelentősebb stresszorok.

4.1.1.1. Az elvárt tananyag mennyisége

Kivétel nélkül mind a négy fókuszcsoporthoz az első, spontán említett fő stresszforrás általában a tananyag mennyiségéhez kapcsolódott. Egyes esetekben a stressz központi okaként a kötelező tananyag indokolatlannak vélt terjedelmét, az elsajátítására rendelkezésre álló viszonylag kevés időt és a követelmények teljesíthetőségének bizonytalanságát jelölték meg.

"- (...) tanulok két hetet és még akkor is idegeskedek, hogy amúgy mit fognak kérdezni. Mert mindig meg tudnak lepni valamivel. (...) Annyira nagy és szerteágazó az anyag, meg annyira kiszámíthatatlanok tényleg a tanárok (...)"

-Abszolút, ez az örökös bizonytalanság. Mégis mi a francot fognak tőlünk számonkérni, ezt akkor és ott tudjuk meg." (Fcs. 1., magyar 3. évf.; 3. évf.)

"-Inkább egy néhány vizsgánál a tananyag mennyiség az, ami a legnagyobb stresszt okozza a hallgatóknak. Meg, hogy kevés rá az idő.

„-Nekem az volt a legrosszabb, hogy nincs egy adott követelményrendszer, ami alapján tanulni kellene." (Fcs. 3., magyar, 5. évf.; 5. évf.)

"A második és harmadik évben a tanulnivaló elég nagy mennyisége sok distresszel jár." (Fordítás; Fcs. 2., angol, 4. évf.)

"A tananyag mennyiségére gondolok [mint legfőbb stresszforrás], amelyet rövid idő alatt kell megértenünk, elsajátítanunk." (Fordítás; Fcs. 4., angol, 3. évf.)

4.1.1.2. Egyes tanárok jellemzői

A résztvevők azonosítottak néhány olyan tanári jellemzőt, amelyek frusztrációt jelentettek számukra az oktatás során. Ezek közé tartozott a diákok részéről észlelt lelkesedés és erőfeszítés hiánya, amit a tanári munkaterhelésnek tulajdonítottak.

"Úgy vettem észre, hogy először is túl vannak hajszolva és mind tudjuk, hogy alulfizetettek. (...) Úgy tűnt nekem, hogy nincs túl sok idejük tanítani minket." (Fordítás; Fcs. 2., angol, 4. évf.)

Kiemelték továbbá az érthető információátadás időnkénti hiányát és azt a tényt, hogy az angolul tanulóknak vannak olyan tanáraik, akikkel nyelvi akadályokba ütköznek.

"Bárcsak több energiát fektetnének abba, amit tanítanak." (Fordítás; Fcs. 2., angol, 4. évf.)

"Vannak doktorok, akik nem beszélnek angolul, nem tudnak velünk angolul kommunikálni." (Fordítás; Fcs. 4., angol, 5. évf.)

4.1.1.3. Segédanyagok minősége/mennyisége

A résztvevők visszajelezték, hogy sokszor nem egyértelmű számukra, hogy milyen forrás – könyv, jegyzet, órai előadásanyag – szükséges egy-egy vizsgára való felkészüléshez. Amennyiben rendelkezésre is álltak a segédanyagok, úgy az esetenként több száz vagy akár ezer oldalt is elérő anyagok jelentős frusztrációt jelentettek, mert nem találtak elegendő időt az elsajátításukra.

"Most a 4. éven azt találom a legstresszesebbnek, hogy megszerezzük az információkat, mint az előadás diasora és ilyenek, néha nincs semmi információ. Senki se tudja, hogy melyik könyvet használjuk (...) és nagyon sok idő elmegy arra, hogy próbáljuk megtalálni a legjobb forrást." (Fordítás; Fcs. 4., angol, 4. évf.)

4.1.1.4. Ellentmondások a tananyagban

Emellett a magyar diákoknak nehézséget okozott a kötelező irodalomként megjelölt könyvekben és az intézmények által kiadott jegyzetekben, illetve a jegyzeteken belül is a néha egymásnak ellentmondó információk.

"Mert van, hogy még a handout-ban is ellentmondásos egy anyagon belül a tananyag. És ez egyébként nem egy ritka dolog, szerintem elég gyakran előfordul." (Fcs. 1., magyar, 2. évf.)

4.1.1.5. A gyakorlati oktatás hiányosságai

A magyarul és angolul tanuló hallgatók is gyakran érezték úgy, hogy a gyakorlati képzés hiányos, ami alacsony kompetenciaérzethez és az orvosi pályára való elégtelen felkészültség érzéséhez vezetett.

"... Nem nagyon figyelnek oda rád [az orvosok]. Szóval nekik végezniük kell a munkájukat, amiben te csak akadályozod őket. De ez változó attól függően, hogy melyik orvost kapod vezetődnék. Van, aki talán tanít neked egy keveset, és már azt is sikernek kell tekinteni, mert ez több mint a semmi." (Fordítás; Fcs. 4., angol, 4. évf.)

4.1.1.6. Szigorú hiányzási szabályzat

A hallgatókra nagy nyomást tud gyakorolni a betegség miatti távolléttel kapcsolatos szabályzat.

"Hogyha már esetleg 2 hétre kiestél, mit tudom én, most így megbetegedtél, akkor vége volt kb. az egész félévednek, tehát még itt betegnek se lehet lenni ennek az egyetemnek az elején. Engem annyira felháborított anno, még a mai napig is egyébként." (Fcs. 2, magyar, 5. évf.)

4.1.1.7. Szakdolgozat

A szakdolgozat megírásáról is jelentős stresszforrásként számoltak be a hallgatók. A magyarok hangsúlyozták, hogy nehéz volt témavezetőt találniuk, míg az angol nyelvű hallgatók úgy érezték, nem kaptak elegendő tájékoztatást a kutatási lehetőségekről.

"Egy 3 hónappal ezelőtt kezdtem el és most sikerült talán találni valakit, de még nem válaszolt az e-mailjeimre." (Fcs. 3, magyar, 5. évf.)

"Úgy gondolom, hogy rengeteg olyan kutatási lehetőség van, amiről a nemzetközi diákok nem tudnak." (Fordítás; Fcs. 4., angol, 4. évf.)

Ezenkívül mindkét csoportban általános volt az az érzés, hogy kevés segítséget kapnak szakdolgozatuk megírásához.

"Én arra számítottam, hogy nem tudom, egy kicsit több segítséget kapunk abban, hogy egy diplomamunkát, ami az utolsó 4 félévre van elosztva, hogy kell elkezdenünk." (Fcs. 3, magyar, 5. évf.)

4.1.1.8. Tanmenet

A magyar hallgatók úgy érezték, hogy az első évben oktatott elméleti tárgyak nem adják meg számukra azt az élményt, amit az orvosi egyetemről vártak a felvételi előtt, és ennek következtében sokan elvesztették a motivációjukat.

"Szerintem ez a legnagyobb probléma az egész oktatásban, hogy annyira rosszul van szervezve az első két év, hogy a fölösleges tárgyakat túlhangsúlyozzák, hogy majd ott megtanul tanulni az ember, és ezáltal totálisan kiölik azt a minimális motivációt is, ami benne maradna másodévre." (Fcs. 1, magyar, 2. évf.)

4.1.1.9. A vizsgák szervezése

A hallgatók a tananyag számonkérésével kapcsolatban számos stresszorra is hivatkoztak, amelyek negatív hatást gyakorolnak a mentális egészségükre. A vizsgaszervezést illetően a magyar résztvevők kiemelték, hogy a vizsgaidőszakokat túlszűfoltnak érzik, különösen a harmadik évtől kezdve. Emellett a vizsgákra való hosszú várakozási idő is problémát jelentett számukra. Előfordult, hogy még ha reggel jelentek is meg a vizsgára, csak délután hívták be őket, és az ez idő alatt átélt nagyfokú stressz megviselte őket. A külföldi hallgatók aggodalmukat fejezték ki azzal kapcsolatban, hogy tudásukat csak a vizsgán nyújtott teljesítményük alapján értékelik, és nem számítanak a félévközi prezentációk, beszámolók és beadandók. Utóbbiakat is tanácsosnak vélnék, hogyha a végső jegy részét képeznék, emellett ezekre hasznos eszközként tekintenek az önbizalomépítés és a tudásbővítés szempontjából.

"Ahonnan jöttem, ott nem így csinálják. (...) A beadandók, a prezentációk és mindenféle extra dolgok nemcsak beszámítottak a jegyedbe, de növelték a hallgatói magabiztosságot is. Megtapasztalod, hogyan kell előadni a tudásodat, hogyan kell beadandót írni, (...) hivatkozni és ilyesmit. Szóval nő az önbizalmad, és mire végzel nemcsak vizsgák, vizsgák, vizsgák, hanem megtanulod ezeket a készségeket is." (Fordítás; Fcs. 2., angol, 4. évf.)

4.1.1.10. A vizsgák tartalma

A külföldi diákok frusztrálónak vélték, hogy az értékelés esetenként egyetlen vizsgatételen alapul. A résztvevők negatívumként említették még, hogy sokszor nincsenek egyértelmű követelmények és útmutatás arra vonatkozóan, hogy az irodalomként megjelölt könyveket mi alapján dolgozzák fel. A hallgatók úgy érezték, hogy a tanárok sokszor túlságosan a részletre térnek ki a számonkérések során, és nem feltétlenül a releváns információkra koncentrálnak.

"Én azt vettem észre, hogy a teszteknél alapvetően rámennek ezekre a lényegtelen, részletes dolgokra." (Fcs. 1, magyar, 3. évf.)

4.1.1.11. Egyes vizsgáztatók stílusa

A vizsgáztatás stílusát illetően az angol nyelvű képzés hallgatói arról számoltak be, hogy ők vagy ismerőseik észleltek már személyesen tanári elfogultságot, igazságtalanságot vagy következetlen bánásmódot a szóbeli vizsgákon.

"Szerintem itt mindenkinek van rossz vizsgával, rossz szóbeli vizsgával kapcsolatos élménye, ami nem volt tisztességes, vagy elfogult volt valamilyen szempontból, ugyanis ez nagyon gyakori. Mire eléred a másodévet, addigra biztos találkozol egy rossz vizsgáztatóval." (Fordítás; Fcs. 4., angol, 4. évf.).

4.1.1.12. Az évisméltés veszélye

A magyar diákok hangsúlyozták, hogy az állami finanszírozás fenntartása érdekében az előírt átlag elérésére irányuló nyomás miatt is megterhelők számukra a vizsgaidőszakok és egyes tantárgyaknál az elvárt tananyag indokolatlannak vélt mennyisége (megjegyzendő, hogy a hallgató 3,0 átlagot említ, de a 2016-tól képzésbe lépőkre, tehát az általunk vizsgáltakra már új szabály volt érvényben: 2,5 alatti átlag és 18 kredit nem teljesítése esetén kerülnek átsorolásra önköltséges képzésre).

"Ami most van, ugye, hogy 3,0 átlag (...) kell ugye, hogy bent lehessen maradni állami képzésen. Ez lett egy pár éve nagyon nagy stresszforrás." (Fcs. 1., magyar, 2. évf.)

4.1.1.13. Megoldási lehetőségek hallgatói szemmel

A diákok számos lehetséges beavatkozási pontot vázoltak fel a tanulmányokkal kapcsolatos stresszorok kezelésére. A tanítást illetően a résztvevők általánosságban úgy vélték, hogy a leadott anyag mennyisége szükséges ahhoz, hogy naprakész szakemberekké váljanak, de a magyarok egy részének az a javaslata, hogy egyes részeket lehetne kevésbé részletesen tanítani. A vizsgára való felkészüléshez szélesebb körű forrásokat igényelnek a hallgatók. Pozitív példaként említették azokat az intézeteket, amelyek egy adott félévre vonatkozóan közzéteszik az egyes kurzusok tananyagát. A magyar hallgatók hangsúlyozták, hogy fontos lenne ezeket a handoutokat egységesíteni, hogy ne tartalmazzanak esetenként egymásnak ellentmondó információkat. A hallgatók úgy vélték, hogy a tananyag hatékonyabb elsajátítása érdekében lenne igény a tanulásmódszertani tréningekre. Általános volt az igény a gyakorlat-orientáltabb oktatásra, arra, hogy több időt töltsenek a klinikán, és jobban kihasználják az ott töltött időt. A magyar körében felmerült, hogy a kiscsoportos esetmegbeszélések hasznos

információkkal szolgálhatnának. Emellett több útmutatást és segítséget szeretnének a diplomamunkájuk megírásához, valamint pontosabb tájékoztatást az általános követelményekről és a kutatási lehetőségekről.

A diákok számos javaslatot tettek a vizsgáztatási rendszerrel összefüggő stresszhatások mérséklésére. További igényük még a félév közbeni beadandók és prezentációk bevezetése és beszámítása a végső jegybe. A magyar diákok úgy vélték, hogy az évismétlőknek fokozott szükségük lehet a mentálhigiénés támogatásra. Szintén a magyarok körében merült fel, hogy az egyetemre való kezdeti motivációt fenntarthatóbbá lehetne tenni azzal, ha már az első félévtől kezdve tantárgy lenne az anatómia.

4.1.2. Egyetemi szint: Egyetemi kommunikációval kapcsolatos stresszorok és megoldási lehetőségeik

4.1.2.1. Kései tájékoztatás

Az egyetemi kommunikációt illetően a hallgatók negatívumként említették a kései tájékoztatásokat.

"(...) az információáramlás nem mindig jó, (...) ha valami történik pénteken, akkor csütörtök éjjelkor megkapod, hogy ja amúgy reggelre éréjél már be ide vagy oda, vagy oldd meg magadnak." (Fcs. 1., magyar, 2. évf.)

4.1.2.2. Elégtelen információmennyiség

Minden csoportban megjelenő visszajelzés volt, hogy az egyetemről kapott információk mennyisége nem elegendő, amit a hallgatók az egyetemi részlegek közötti kommunikációs problémáknak és a túlterhelt adminisztrátoroknak tudnak be.

"Az egyetemre bekerülve nincs igazi iránymutatás, hogy hogyan kaphatsz segítséget. (...) Azt mondják, ha bármi problémánk van, beszéljünk a tanulmányi osztállyal, de (...) ők adminisztrátorok, nem igazán tudják hogyan működik a tanszék, ezért elküldenek egy tanulmányi felelőshöz. Szóval ez egy olyan kör, ahol senki nem tudja, mit kell csinálni és egyáltalán nincs iránymutatás." (Fordítás; Fcs. 2., angol, 4. évf.)

4.1.2.3. Észlelt szervezeti bánásmód

A megkérdezettek szerint a szervezeti bánásmód néha kevésbé diákbarát, segítőkész és empátikus, ami szerintük többek között a tanárok túlterheltsége miatt is lehet. Az angol nyelvű diákok hangsúlyozták, hogy úgy érzik, nincs kihez fordulniuk, ha igazságtalanságot vagy előítéletet érzékelnek.

"Azt érzem, hogy az egész egyetemet ez jellemzi egyébként, a megértésnek a hiánya. Mindig ezt láttam, és most is ezt látom, hogy ez megy az egyetemen." (Fcs. 2., magyar, 5. évf.)

4.1.2.4. Megoldási lehetőségek hallgatói szemmel

A hallgatók számos javaslatot tettek az egyetemi kommunikáció területén történő beavatkozásra is. Az angol nyelvű képzésben tanuló hallgatók megemlítették, hogy az információáramlási problémák ellensúlyozására hasznos lenne egy mentorprogram létrehozása a külföldi hallgatók számára. A résztvevők úgy vélték, hogy javítani kell az egyetemi információs hálózatot. Az oktatók túlterheltségének csökkentését szintén fontosnak tartották a tanár-diák kapcsolat fejlesztése érdekében. A külföldi tanulók szerint az adminisztrátorok és tanárok interkulturális tudatosságának fejlesztése nagyban hozzájárulhatna az általuk érzékelt előítéletek csökkentéséhez.

4.1.3. Egyetemi szint: Hallgatói kapcsolatokkal összefüggő stresszorok és megoldási lehetőségeik

4.1.3.1. Kezdeti beilleszkedés

A beilleszkedéssel kapcsolatban az angol nyelvű képzésben tanulók hangsúlyozták, hogy eleinte gyakran nehéznek találják a beilleszkedést, és a kezdetekben sokan magányosak, vagy csak a saját országukból származó diákokkal érintkeznek.

"Ez a nemzetközi diákokra vonatkozik, és általában véve hiányzik egy olyan közösség, amely mindenki számára elérhető, vagy egy olyan terület, ahol mindenki közösen találkozhat. Úgy érzem, hogy ez nem segítette a beilleszkedést, ami csak ahhoz vezetett, hogy az emberek az ismerős környezetbe térjenek vissza. Ha értitek, mire gondolok. Tehát ez az egyik legnagyobb probléma, amivel szembesülök." (Fordítás; Fcs. 4., angol, 2. évf.)

4.1.3.2. Kulturális különbségek

A külföldi tanulók között vannak, akik előítéleteket tapasztaltak más kultúrájú diákok részéről, vagy a saját kultúrájukhoz tartozó diákok rekesztették ki őket, mert nyíltan vállalták kultúrájukat és vallásukat.

"Ugyanabból a kultúrából és különböző kultúrákból is [van, aki észlel előítéletet]. Oké, vannak emberek, akik támogatják őket. Nem is tagadom ezt a tényt, de vannak olyanok is, akik mondjuk közvetlenül vagy közvetve támadják őket." (Fordítás; Fcs. 4, angol, 5. évf.)

4.1.3.3. Az évet ismétlők lenézése

A magyarok azt emelték ki, hogy a csúszásban lévő hallgatókkal szemben esetenként nem befogadóak az új csoporttársak.

"Most másodéven érezzük, hogy akik csúszunk az adott csoportunkba, ott mi le vagyunk nézve." (Fcs. 1, magyar, 2. évf.)

4.1.3.4. Megoldási lehetőségek hallgatói szemmel

A felmerült szociális stresszorokkal kapcsolatban a résztvevők fontosnak tartották, hogy megerősítsék a csoportvezetők szerepét és felelősségét annak érdekében, hogy a csoportjukban lévő diákok ne érezzék magukat egyedül és/vagy kirekesztve. Az angol nyelvű képzés résztvevői fontosnak tartották, hogy olyan csoportléggör legyen, ahol nyíltan lehet beszélni ezekről a kérdésekről. Felvetették továbbá, hogy több közösségi programra lenne szükség a diákok és a magyarok közötti integráció elősegítése érdekében.

4.1.4. Egyéni szint: Egyéni jellemzőkből eredő stresszorok és megoldási lehetőségeik

4.1.4.1. Időbeosztási nehézségek

Az egyéni szintű stresszorok tekintetében a diákok egyetértettek abban, hogy az időgazdálkodással kapcsolatos nehézségek a stressz egyik fő forrását jelentik, de rámutattak arra is, hogy az időgazdálkodásban az egyéni különbségek fontos szerepet játszanak.

"(...) Általában az szokott a legnagyobb gond lenni, hogy azt hiszik, hogy egy-két hét elég, és aztán nem elég vagy szorgalmi időszakban nem tanult annyit." (Fcs. 1., magyar, 3. évf.)

"A második évben nagyon kevés szabadidő volt, az első év második félévében szintén. A harmadik évtől kezdve több időm lesz egyéb dolgokra a tanulás mellett, mert hozzászoksz, hogy mennyit kell tanulni és jobban tudsz menedzselni és fel tudod fedezni a könyveken kívüli életet." (Fordítás; Fcs. 4., angol, 5. évf.)

4.1.4.2. Nem megfelelő tanulási technikák

A válaszok arra is utalnak, hogy a felkészülés során problémát jelentenek a nem megfelelő tanulási technikák.

"Több időt töltenek a könyvek előtt, mint kellene, mert azt gondolják, hogyha x ideig ülök a könyv felett, akkor jobb eredményt érek el, de ez nem igaz." (Fordítás; Fcs. 2., angol, 6. évf.)

4.1.4.3. Elégtelen stresszkezelő készségek

A résztvevők úgy érezték, hogy az orvostanhallgatók nagy része nem bírja jól a stresszt, nem tud megbirkózni a vizsgaszorongással, és nagyon nehezen tűri a kudarcot.

"Azt látom a többiekén, hogy egy-egy zh előtt mindenki annyira rástresszel, hogy nem tud aludni meg nem tud enni előtte. De gondolom, ehhez valószínűleg hozzá kell szokni." (Fcs. 1, magyar, 1. évf.)

"Úgy látom, hogy a legnagyobb probléma az, hogy az orvostanhallgatók egy része általában, akik stresszesebbek, a kudarcot nem tudják a helyükön kezelni." (Fcs. 2., magyar, 4. évf.)

4.1.4.4. Az egyéni karrier kilátásai

Az egyéni karrierlehetőségekkel kapcsolatban a külföldi diákok kiemelték, hogy nagyon bizonytalanok az egyetem utáni elhelyezkedésüket illetően, és úgy érezték, hogy jó elméleti ismeretekkel rendelkeznek, de kevés gyakorlati tudással, ami szerintük hátrányt jelenthet az álláskeresésnél.

"Azt hiszem sokan itt csak tanulni akarunk, megszerezni a diplomát és utána hazamenni vagy esetleg másik országba. (...) Egy kissé hátrányban vagyunk, mert (...) a Debreceni Egyetemen nagyon jó az elméleti tudásunk, de a gyakorlati készségeink nagyon kevesek." (Fordítás; Fcs. 4., angol, 5. évf.)

A magyar diákok negatívan tekintettek a jövőre a magyar egészségügyi rendszer egyes sajátosságai és az orvosok csökkent társadalmi presztízse miatt. Tanulmányaik során a fő stresszor számukra a szakirányválasztással kapcsolatos döntésképtelenség volt.

"A gyakorlatokon lehetne megnézni, hogy mit szeretnénk. Nekem ez a legkétségbeejtőbb igazából, hogy nem foglalkoznak az emberrel, nem viszik bele úgy a mindennapokba egy gyakorlat során, és igazából alig látunk valamit. Tehát én nagyon szívesen, sokszor szoktam mondani, hogy akár meg is dupláznám a 6. évet, csak hogy el tudjam dönteni. Én például nagyon bizonytalan vagyok, hogy merre tovább. És úgy érzem, hogy kevés az idő. Nem láttunk eddig bele, pedig itt vagyunk 5. éven, és azért már csak jó lett volna egy kicsit többet tapasztalni." (Fcs. 2, magyar, 5. évf.)

4.1.4.5. Nemi különbségek

A magyar diákok beszámoltak arról, hogy tapasztaltak már olyat, hogy az oktató a vizsgákon az egyik vagy a másik nemet részesíti előnyben.

"Igazából vizsgán ilyen óriási különbségek vannak. Tehát, hogy nekem volt olyan, hogy szerintem így nemek szerint is megkülönböztetik ott az embereket, sőt ez biztos." (Fcs. 1, magyar, 3. évf.)

A női résztvevők tapasztalták már úgy, hogy keményebben kellett küzdeniük gyakorlatokon bizonyos feladatok elvégzéséért.

"Hát nekem amúgy sok minden beugrott (...) Emlékszem sebészet gyakorlaton voltunk, és az egyik csoporttársammal együtt voltam és ő már egész nap bent állt műtétéken (...) És csoporttársunk, már tényleg a 3. műtét volt, és azt mondták, hogy ő jöjjön már be, mert ő fiú." (Fcs. 3., magyar, 5. évf.)

A nők emellett megemlítették a családalapítás, a gyermekvállalás és a hosszú egyetemi és szakképzési időszakok összeegyeztetésének nehézségeit.

"Azért van egy olyan nyomás is, hogy azért nőként egyszer - hiába tart sokáig az egyetem - családot kell majd valamikor alapítani." (Fcs. 1., magyar, 3. évf.)

4.1.4.6. Személyiségjellemzők (perfekcionizmus, introverzió)

Több résztvevő szerint az orvostanhallgatók körében is gyakoriak olyan személyiségjegyek, mint például a perfekcionizmus.

"(...) van olyan, aki két héttel előtte elkezd tanulni és végigvizsgálja az egészet, hogy úristen, hogy lesz meg, meg gyomorgörcse van miatta, meg nem tud aludni, és annyira maximalista akar lenni. Mert ugye középiskolában, aki orvosira jön, az azért nagyon gyakori, hogy kitűnő volt, vagy ahhoz közeli, nagyon jó átlaggal, és amikor idejön, akkor át kell szokni, hogy nem lehet, vagyis nagyon nehéz megtartani azt az 5,0-s átlagot." (Fcs. 1., magyar, 2. évf.)

Az angol nyelvű képzésben részt vevő diákok szerint az extravertió-introverzió vonás meghatározhatja az egyén beilleszkedési, kapcsolatépítési és információhoz jutási képességét, és ebből a szempontból az introvertáltak nagyobb stresszkockázatnak vannak kitéve.

"Nagyon nehéz volt introvertáltként idejönni. (...) Nem ijedhetsz meg attól, hogy kérdezz és segíts kérj, még akkor se, hogyha ez számodra nem természetes. Ezt meg kell tanulni, mert különben lemaradsz az információkról." (Fordítás; Fcs. 2., angol, 4. évf.)

4.1.4.7. Megoldási lehetőségek hallgatói szemmel

A beavatkozási lehetőségeket illetően a résztvevők úgy érezték, hogy a diákok nyitottak lennének az időgazdálkodási technikák fejlesztését célzó tréningekre. Emellett a magyar hallgatók szerint a vizsgák jobb eloszlása a félév során segítene abban, hogy több idejük maradjon a felkészülésre, és néhányan felvetették, hogy a követelmények csökkentése is nagy segítség lenne. Az időgazdálkodási készségek javítása mellett a tanulási technikák javítására is nyitottak, de az angolul tanulók közül néhányan úgy érezték, hogy erre csak az alsó évfolyamok tartanának igényt, mivel a felsőbb évfolyamokban tanulók már talán kevésbé hajlandóak változtatni módszereiken. A diákok úgy érezték, hogy a kiscsoportos stresszkezelési tréningek is érdeklődésre tarthatnak számot. A visszajelzések szerint az egyéni pszichológiai tanácsadás és a támogató csoportokban való részvétel csak korlátozott számú diák számára lehet releváns a segítségkéréssel kapcsolatos stigma miatt. Egy másik megoldásként azt említették, hogy az egyetem szervezeti szintű intézkedések révén csökkentse a stresszorokat. A magyar hallgatók közül néhányan úgy vélték, hogy hasznos lenne egy éves szűrővizsgálatot tartani mentális egészségre. Mindannyian egyetértettek abban, hogy hatékony pályaorientációs tanácsadásra van szükség a karrierbizonytalanságok kezelésére.

4.2. A pszichológiai segítségkeresést akadályozó tényezők és megoldási lehetőségek orvostanhallgatók körében

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk 2. fő témájának megvitatása a 480 perces teljes időtartamból összesen 120 percet, csoportonként kb. 30-30 percet ölelt fel. Az átgépelést követően a hanganyag 15.625 szónak felelt meg. A minta megegyezik az Eredmények fejezet 4.1. pontjában ismertetett mintával.

Összesen 11 különböző akadályt azonosítottunk, amelyek Llewellyn-Thomas [37] elméleti keretének megfelelően 3 szinten csoportosíthatóak: intraperszonális, interperszonális és extraperszonális tényezők. Ezen akadályok mérséklésére vagy megszüntetésére 8 különböző javaslat merült fel. Az akadályokat és a beavatkozásokat a 4. táblázatban bemutatott kategóriarendszerben párosítottuk.

4. táblázat. A pszichológiai segítségkérés akadályai és azok elhárításának lehetőségei (beavatkozások) a vizsgálatban résztvevő orvostanhallgatók szemszögéből

	Akadályok	Beavatkozások
Intraperszonális tényezők	Alacsony kockázatbecslési készség	Pszichoedukáció Szolgáltatás promóciója
	Túlzott önállóságra való törekvés	Pszichoedukáció Szolgáltatás promóciója
	A szolgáltatás hatékonyságába vetett hit hiánya	Szolgáltatás promóciója
	A nyitottság hiánya	Online tanácsadás biztosítása Szolgáltatás promóciója
Interperszonális tényezők	A szolgáltatásokkal kapcsolatos információk hiánya	Az információáramlás javítása
	Félelem a problémák felvállalásától	Online tanácsadás biztosítása
	A tanácsadókkal és a folyamattal való ismeretlenség	Pszichoedukáció Rutin szűrés
Extraperszonális tényezők	A mentális egészségügyi ellátásra vonatkozó biztosítás hiánya (külföldi hallgatók)	A biztosítás kiterjesztése
	Korlátozott ülészámú tanácsadás	A tanácsadások ülészámának növelése
	Kedvezőtlen szociokulturális attitűdök	Rutin szűrés
	Stigmatizációtól való félelem	Rutin szűrés Kampányok a stigma csökkentésére

4.2.1. Intrapersonális tényezők

4.2.1.1. Alacsony kockázatbecslési készség

A diákok nem ismerik fel problémáik súlyosságát, és kevésbé képesek megítélni, hogy mikor tudnak egyedül megbirkózni a problémáikkal, és mikor kell szakember segítségét kérniük.

" Saját magamból indulok itt most ki leginkább, én nem tudnám magamról azt, hogy mikor kellene elmennem pszichológushoz, nem tudom, hogy mikor van az, hogy már túl sok, nem tudom, hogy mikortól vagyok beteg, úgymond, vagy, hogy idézőjelesen mondjam." (Fcs 1., magyar, 2. Évf.)

A diákoknak segítségre lenne szükségük annak eldöntéséhez, hogy mikor forduljanak szakmai segítséghez.

"- Meg az is hatalmas gond, hogy azt hisszük, hogy ez normális, hogy mindenkinek ugyanaz a problémája, mindenki ugyanazzal az akadállyal küzd, neki is rossz, énnekem is rossz, és beletörődöm abban, hogy ez neki is rossz, hát ez nekem normális. És mindenkinél máskor fog eljönni az a pont, amikor azt mondja majd, hogy nekem ebből elég.

- És ezt ne tekintsük normálisnak, és ezt szerintem mindenkinek el kéne mondani, hogy ne tekintse azt normálisnak, hogy neki rossz." (FG1, HU, Y2 és Y3)

" Érdekelheti őket valamilyen alapszintű tájékoztató, vagy, hogy milyen problémák léphetnek fel orvostanhallgatóknál, ilyen előadásszerűre inkább van esély " (FG1, HU, Y3)

"Azt hiszed, hogy nincs is rá szükséged." (Fordítás: FG2, INT, Y1)

"- (...) továbbra is fel kell hívni a figyelmet a mentális egészség megőrzésének a fontosságára.

- Ez lényeges, de a figyelemfelkeltés nem elég, cselekedni is kell. (...) Ne csak e-maileket küldözgessenek nekünk a mentális egészségről, nem, megfelelő tettekre van szükség, hogy ezek mik lehetnek, azt nem tudom." (Fordítás: FG2, INT, Y4 és Y1).

4.2.1.2. Túlzott önállóságra való törekvés

A résztvevők úgy vélekedtek, hogy az orvostanhallgatóknak van egyfajta büszkeségük a tudásukra, ami megakadályozza őket abban, hogy egy másik szakmából származó személyhez forduljanak segítségért.

" Mert egy orvostanhallgatóban tényleg ott van az, hogy büszkeség, meg satöbbi, és nem fog elmenni, hogy jaj, akkor most én jöttem, mert nekem ezzel van bajom, az nagyon ritka." (FG1, HU, Y2)

"Még akkor is, ha tényleg szükséged lenne valaki más segítségére, azt mondd, hogy nah, meg tudom csinálni egyedül is, még akkor is, ha már véged van, és tényleg szükséged lenne rá [segítségre]." (FG2, INT, Y4)

4.2.1.3. A szolgáltatás hatékonyságába vetett hit hiánya

Az egyetemen elérhető szolgáltatásokkal kapcsolatos általános hozzáállás a megkérdezettek körében inkább negatív volt annak ellenére, hogy nem rendelkeztek személyes tapasztalatokkal.

"És egyébként mennyire vélitek megfelelőnek a jelenleg elérhető szolgáltatásokat?" (Moderátor)

"Hát, semennyire szerintem." (FG1, HU, Y2)

"Szerintem egyáltalán nem jók." (Fordítás: FG2, INT, Y4)

"(...) az emberek valóban kételkednek a hatékonyságukban." (Fordítás: FG4, INT, Y5)

4.2.1.4. A nyitottság hiánya

A pszichológiai tanácsadás iránti nyitottság hiányáról a diákok körében csak a magyarok számoltak be.

"Itt igazából szerintem valahogy így a kezdeti lépés nincs meg, hogy elkezdjenek ezzel törődni [a mentális egészségükkel]." (FG1, HU, Y2)

Mindezek orvoslására véleményük szerint a tanácsadást könnyen elérhetővé kell tenni; ennek egyik eszköze az online tanácsadás biztosítása lenne. Az egyetem 2020 áprilisában online tanácsadást indított, de a részt vevő hallgatók nem tudtak erről. A rutinszerű éves szűrővizsgálat is felmerült, mint a hallgatók hajlandóságát potenciálisan növelhető intézkedés.

"Könnyen elérhető legyen [a szolgáltatás]." (FG1, HU, Y3)

"Interneten is lehessen beszélgetni, főleg most COVID-os időben, sok embernek egyébként nagyon sokat tudna segíteni, és annyi, hogy az ember rákattint egy linkre." (FG1, HU, Y2)

"Meg szerintem, hogy ha az lenne, hogy ha akarod, ha nem, ha érzed, ha nem, tessék, és el kell menni 1 évben egyszer [pszichológiai szűrésre]. Szerintem senkinek nem ártana." (FG3, HU, Y5)

4.2.2. Interperszonális tényezők

4.2.2.1. A szolgáltatásokkal kapcsolatos információk hiánya

A résztvevők általában úgy vélték, hogy a rendelkezésre álló szolgáltatásokról szóló tájékoztatás nem megfelelő. A hallgatók nincsenek tisztában az egyetemen rendelkezésre álló segítségnyújtási lehetőségekkel, vagy a kommunikáció hiánya, vagy a nem megfelelő és/vagy nem használt csatornákon közvetített információk miatt.

"Aki nincs benne nagyon a közösségi életben, az nem tudja [hogy léteznek szolgáltatások]." (FG1, HU, Y2)

Egy 4. évfolyamos hallgató úgy vélte, hogy az egyetem mentálhigiénés szolgáltatása csak az elmúlt félévben indult el, noha a szolgáltatás már több mint 20 éve működik.

"-Mit gondoltok, a diákok miért nem mennek el pszichológiai konzultációra? Mik a fő akadályok?" (Fordítás: Moderátor)

"-A szolgáltatás csak a múlt félévben indult." (Fordítás: FG2, INT, Y4)

Több külföldi hallgató vélte úgy, hogy az egyetem nem használ megfelelő kommunikációs csatornákat a mentálhigiénés szolgáltatásokról szóló információk közvetítésére.

"Tartanak egy [élő Facebook közvetítést], ahol megpróbálnak kapcsolatba lépni a diákokkal, anélkül, hogy felismernék, hogy a diákok nagy többsége nem használja a Facebookot." (Fordítás: FG2, INT, Y)

A pszichológiai szolgáltatások igénybevételének javítása érdekében javasolták a szolgáltatások szélesebb körű népszerűsítését, mind online, mind személyes úton.

"Szerintem alap, hogy egy nagyon jól informált weboldal legyen, amin úgy utána tudnak olvasni az emberek tényleg, hogyha ráadják a fejüket. Legyen nagyon durván bepromózva, hogy azért néha felbukkanjon az emléükben, hogy van ilyen." (FG1, HU, Y1)

"- Jöjjenek be az előadásokra [a szolgáltatók], mondják el, hogy léteznek, mert köztudott, hogy a Neptunt senki sem olvassa igazán." (Fordítás: FG2, INT, Y6)

4.2.2.2. Félelem a problémák szakember előtt történő felvállalásától

Arra a kérdésre, hogy a diákok számára milyenek kellene lennie a mentálhigiénés szolgáltatásoknak, a magyarok első és leghatározottabb válasza az anonimitás biztosítása volt. Ez a problémák felvállalásától, a „lelepleződéstől” való félelemre, mint komoly akadályra utal. A nemzetközi hallgatók körében azonban nem merült fel ilyen jellegű félelem. Az online tanácsadás lehetőségét a „lelepleződéstől” való félelem csökkentésének lehetséges eszközeként említették.

"- Milyeneknek kellene lenniük a mentálhigiénés szolgáltatásoknak, hogy minél inkább igénybe vegyék őket? [Moderátor]

- Anonim.

- Tényleg, tényleg az, hogy lehessen teljesen anonim, vagy esetleg csak telefonon, vagy online, kamera nélkül beszélgetni, satöbbi." (FG1, HU, Y3 és Y2)

4.2.2.3. A tanácsadók/tanácsadási folyamat ismeretlensége

A tanácsadók és a tanácsadási folyamat ismeretének hiánya szintén a segítségkérés akadályaként szerepelt mind a magyar, mind a külföldi hallgatók esetében. A résztvevőknek nem voltak világos elképzeléseik arról, hogy mi történik egy pszichológusnál.

"(...) a másik meg az, hogy mire számítson az ember. Hogy elmegy valaki pszichológushoz, az oké, de hogyan tovább, ott mire számítson? Nem tudja az ember, hogy mire számítson, és az ismeretlentől valahogy így félünk, és ezért nem fog elmenni." (FG1, HU, Y2)

"Számomra ez arról is szól, hogy a pszichológust, mint személyt ismerem-e, (...) nehéz megnyílni valaki előtt, aki nem ismer engem személyesen." (Fordítás: FG4, INT, Y2)

"(...) így betekintést nyerni, hogy jobban meghozni az embereknek a kedvét, vagy igazából nem is a kedvüket kell meghozni, hanem csak, hogy el merjenek menni egy ilyenre." (FG3, HU, Y5)

4.2.3. Extrapersonális tényezők

4.2.3.1. A mentális egészségügyi ellátás biztosítási fedezetének hiánya

A nemzetközi hallgatóknak az orvosi egyetem megkezdése előtt egészségbiztosítást kell kötniük, ez azonban nem terjed ki a mentális egészségügyi ellátásra. Az egyetem által nyújtott, meghatározott alkalommal biztosított tanácsadásban részesülhetnek, de az ezen túlmenően esetlegesen szükséges egészségügyi ellátásért fizetniük kell. Hangot adtak annak az igényüknek, hogy a biztosítási fedezetet terjesszék ki a mentálhigiénés szolgáltatásokra is. (A magyar hallgatók is korlátozott számban vehetnek igénybe tanácsadást az egyetemen, de az egészségbiztosításuk fedezi az azon túlmenő egészségügyi pszichiátriai/pszichoterápiás szolgáltatásokat.)

"Nem kapunk több támogatást, hacsak nincs TAJ-kártyánk, amivel nem mindenki rendelkezik... A legtöbben egyszerűen nem engedhetik meg maguknak [a magánellátást], mert egy pszichiáterhez való kezelés, ha szükséges, körülbelül 25 000 forintba kerül gyógyszerek nélkül." (Fordítás: FG2, INT, Y6)

4.2.3.2. Korlátozott számú tanácsadás

A diákok négy konzultáción vehetnek részt térítésmentesen az egyetemi mentálhigiénés szolgáltatóknál. A külföldi hallgatók nagyon kevésnek tartották ezeknek üléseknek a számát.

"(...) Szerintem teljesen el kellene törölniük ezt a korlátozást." (Fordítás: FG4, INT, Y5)

4.2.3.3. Kedvezőtlen szociokulturális attitűdök és a stigmatizációtól való félelem

Az akadályok másik csoportját a származási országból hozott kedvezőtlen szociokulturális attitűdök és a megbélyegzéstől való félelem jelentette. Ez a téma minden csoportban felmerült, és megvitatása jelentős időt vett igénybe. A résztvevők elmondták, hogy a segítséget kérő diákokat nemcsak a társaik, hanem saját maguk is negatívan ítélik meg (önstigmatizáció).

"- Meg Magyarországon nincs meg ennek a, hogy mondjam, szokása.

- Meg fél, hogy kinézik miatta, hogy neki emiatt segítségre van szüksége, segítséghez fordul, és fél, hogyha megtudják, hogy ő ezzel elment egy szakemberhez, akkor mit fognak emiatt gondolni. És már magának is bemeséli, hogyha ő most elmegy pszichológushoz, akkor ő már annyival kevesebb lesz." (FG1, HU, Y2 és Y2)

"- Azt hiszem, itt jön a képbe a kultúra, mert ahonnan a legtöbben származunk, ott a mentális egészség egy mítosz és a terápia olyan, mint egy varázslat. Szóval a legtöbbször számára ... azt hiszem, ez inkább ... nem hiszünk az ilyesmiben. Ez olyan lesz, mint egy stigma.

- Igen, azt hiszem, a megbélyegzés egy nagyon nagy tényező, mert azt hiszem... azt hiszem, számomra, úgy értem, a személyes tapasztalatomból beszélek." (Fordítás: FG4, INT, Y5 és Y4)

A magyar diákok a rutinszerű szűrővizsgálatokat nemcsak a mentális egészség javításának, hanem a segítségkéréssel kapcsolatos stigma csökkentésének eszközeként is javasolták, míg az angol képzésben tanuló diákok a stigmacsökkentő kampányok szükségességét emelték ki.

"- Igen, ha másért nem, már csak azért is jó lenne [a kötelező szűrés], hogy talán nagyobb társadalmi elfogadása lenne ennek a dolognak, mert azért még mindig elég nagy tabu, ahogy mondta is, tehát erre is jó lenne azért.

-Ha kicsit kötelező jellegű lenne, így azok, akik esetleg élnének vele, de kellemetlennek gondolják stb, akkor ugye rá vannak kényszerítve és nem óztkodnának ettől az egészsőtől. (FG3, HU, Y5 és Y5)

"Ha növelnék a tudatosságot [a mentális egészség megőrzésére] egymás között [a külföldi diákok között], ha valóban bátorítanánk egymást, akkor ezt [a megbélyegzést] megszüntethetnénk." (Fordítás: FG4, INT, Y5)

4.2.4. Az online tanácsadással kapcsolatos attitűdök

4.2.4.1. Nyitottság az online tanácsadás iránt

Összesen 13 tartalomelemzési egység fejezte ki az orvostanhallgatók pozitív hozzáállását az online tanácsadáshoz, míg ötben tükröződött ennek az elutasítása.

Nyitottság az online tanácsadás iránt:

"(...) most rájöttek az előnyére, és sokkal többen nyitottabbak lennének erre."

(FG1, HU, Y3)

"Szerintem az online tanácsadás jó lenne, mivel olyan környezetben vannak, ahol kényelmesen érzik magukat (...)." (Fordítás: FG2, INT, Y1)

Az online tanácsadás elutasítása:

"Én semmit nem szeretek online csinálni, számomra ez a legrosszabb megoldás." (FG3, HU, Y5)

4.2.4.2. Az online tanácsadás különböző módozatai iránti preferenciák

A diákok azon a véleményen voltak, hogy az írásban történő/chates tanácsadás bizonyos esetekben hatékony lehet, és ha anonimitással párosul, növelheti a segítségkérési szándékot. Ugyanakkor következetesen a videós tanácsadást részesítették előnyben az írásban történő tanácsadással szemben. 10 tartalomelemzési egység szólt a videó-alapú tanácsadás mellett, míg 4 ellene, ezek közül háromban az anonimitás hiánya volt az elutasítás oka. Az írásban történő tanácsadás preferenciája 4 egységben jelent meg, főként az anonimitás miatt, míg 8 egység szólt az elutasítás mellett a nonverbális információk hiánya és a feltételezett alacsonyabb hatékonyság miatt.

Az írásban történő tanácsadás preferálása:

"-A másik meg, hogy az anonim levél, az is jó, mert van, aki például csak arra vágyik, hogy leírja a kis problémáit, és a baráti körének, ismerősi körének nem fogja elmondani, mert fél, hogy lenézik. Viszont, ha leírja egy ilyen kis anonim levélben... Lehet csak arra vár, hogy visszairják neki, hogy jó úton haladsz, nem jó úton haladsz, mit kéne csinálni, vár egy visszacsatolást, egy választ.

-Vagy nem is feltétlenül vár választ rá...

-Csak leírni.

-Ha kiadja magából, akkor már könnyebb." (FG1, HU, Y2 és Y3)

A videó-alapú tanácsadás előnyben részesítése:

"Szerintem jobb videón, mint írásban, mert számít, hogy látjuk a másik arcát és azt, hogy hogyan mondja, mert írásban gyakran előfordulnak félreértések, még barátok között is, nem ismerjük az intonációt, nem tudjuk, hogy mire gondolnak, ezért jobb, ha látjuk egymást." (FG3, HU, Y5)

"- Szerintem egy kicsit személytelen, amikor valaki csak gépel. (...) Szóval szerintem a chatelés nem biztos, hogy mindenkinek megfelel, de szerintem például egy Skype-hívás talán jobb lenne bizonyos esetekben.

- Az emberek kevésbé lennének nyitottak (a videohívás helyett a chatelésre)." (Fordítás: FG4, INT, Y2 és Y5)

4.2.4.3. A személyes és az online tanácsadás összehasonlítása

Az online tanácsadás iránt 13 tartalmi egységben jelent meg előnyben részesítés, míg hasonlóan 13 egység szólt inkább a személyes tanácsadást preferálása mellett.

Az online tanácsadás előnyben részesítése:

"(...) ha személyesen nem menne el, akkor legalább ebbe [online tanácsadás] valószínű, hogy sokan szívesebben belemennének." (FG1, HU, Y3)

„Csak, ha ki akarja magából adni, akkor felesleges találkozni személyesen, mert az időigényes, nem költséghatékony." (FG1, HU, Y2)

A személyes tanácsadás előnyben részesítése:

" A személyes az meggyőzőbb, az igazibb." (FG1, HU, Y3)

"Ideális lenne? Szerintem az első lehetőség jobb lenne, a személyes terápia, de még jobb lenne, ha lenne lehetőség online is? Igen, mindenképpen kellene, hogy legyen, de nem hiszem, hogy annak kellene lennie a főnek, amit kínálnak (...)." (Fordítás: FG2, INT, Y4)

4.3. Tanulmányi motivációs profilok és összefüggéseik a mentális egészséggel elsőéves orvostanhallgatók körében

A vizsgálati minta 189 (válaszadási arány 29,9%), magyar és angol nyelven tanuló elsőéves orvostanhallgatóból állt (átlagéletkor = $19,38 \pm 2,03$ év, 72% nő. A hallgatók 59,3%-a volt kaukázusi, 22,2%-a ázsiai és 18,5%-a afrikai. A tanulmányi motiváció és a mentális egészség változóinak leíró statisztikáit és nemek szerinti összehasonlásait az 5. táblázat tartalmazza. A mintában az intrinzik és az amotivációs alszkálák, valamint az Élettel Való Elégedettség Skála nem követett normális eloszlást, míg az extrinzik motiváció alszkála igen. A mintában a nemek között egyik változó sem mutatott szignifikáns különbséget.

5. táblázat. A minta tanulmányi motivációjának és mentális egészségének jellemzői

	Teljes minta (n=189)	Férfi (n=53)	Nő (n=136)	Teszt statisztika	p-érték
AMS alszkálák					
Mdn (Q25-Q75)					
Intrinzik motiváció	4,83 (3,83-5,58)	5,00 (4,25-5,63)	4,67 (3,68-5,58)	U=3197,00	0,228 ^a
Extrinzik motiváció	5,00 (4,13-5,83)	5,08 (4,08-6,04)	4,92 (4,17-5,58)	U=3233,50	0,273 ^a
Amotiváció	1,00 (1,00-1,75)	1,00 (1,00-1,75)	1,00 (1,00-1,75)	U=3519,50	0,787 ^a
Pszichológiai distressz	6,00	5,00	7,00	U=3000,00	0,073 ^a
Mdn (Q25-Q75)	(3,00-9,00)	(3,00-8,50)	(3,00-9,75)		
Pszichológiai distressz					
n (%)					
Magas kockázat	118 (62,4)	28 (52,8)	90 (66,2)	–	0,101 ^b
Alacsony kockázat	71 (37,6)	25 (47,2)	46 (33,8)		
Élettel való elégedettség	7,00	7,00	6,50	U=3294,50	0,355 ^a
Mdn (Q25-Q75)	(5,00-8,00)	(5,00-8,00)	(5,00-8,00)		

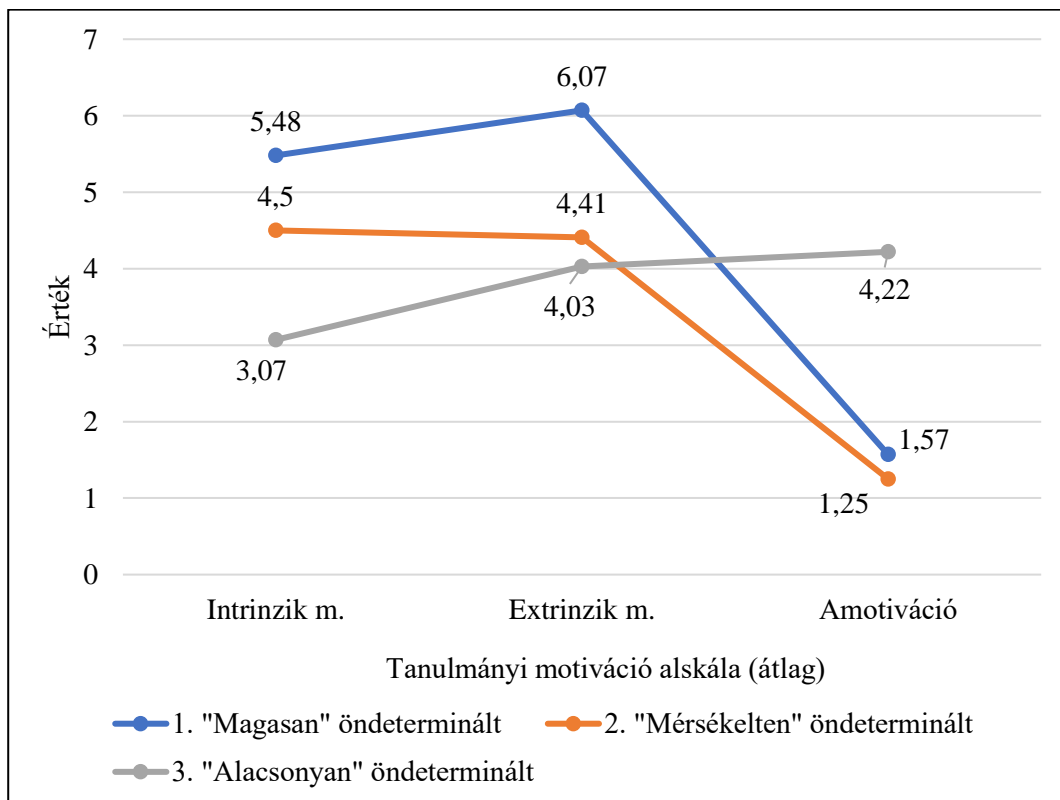
^a Mann-Whitney U teszt alkalmazása a nemek közötti különbségek összehasonlítására.

^b Fischer-féle egzakt próba alkalmazása a nemek közötti különbségek összehasonlítására.

AMS = Academic Motivation Scale (Tanulmányi Motivációs Skála)

4.3.1. Tanulmányi motivációs profilok azonosítása klaszteranalízissel

A tanulmányi motivációs profilok feltárására kétlépéses klaszteranalízist végeztünk a három fő motivációs típus mentén (intrinzik motiváció, extrinzik motiváció, amotiváció). Ennek eredményeként három klasztert találtunk (2. ábra). Az átlagosan 0,4-es értékű Silhouette-együttható jól elkülönülő klasztereket jelzett. Az 1. klaszterben ("Magasan" öndetermináltak, n=59) az extrinzik motiváció átlaga volt a legmagasabb (M=6,07, SD=0,41), ezt szintén magas szintűnek minősülő intrinzik motiváció követte (M=5,48, SD=0,60) és alacsony szintű amotiváció (M=1,57, SD=0,95). A 2. klaszter ("Mérsékelt" öndetermináltak, n=111) tagjai esetében az intrinzik (M=4,50, SD=1,06) és extrinzik motiváció (M=4,41, SD=0,87) átlaga hasonló és mérsékelt szintet mutatott, míg az amotiváció szintje alacsony volt (M=1,25, SD=0,36). A 3. klaszter ("Alacsony" öndetermináltak, n=19) azokból állt, akiknél az amotiváció közepes szintje (M=4,22, SD=1,02) volt a legmagasabb faktorátlag, ezt követte az extrinzik motiváció közepes szintje (M=4,03, SD=1,16) és alacsony intrinzik motiváció (M=3,07, SD=1,30). A 6. táblázat azt mutatja, hogy a tanulmányi motivációs klaszterprofilok nemek szerinti megoszlásában nem mutatkoztak szignifikáns különbségek (Pearson-féle khinégzet próba, $\chi^2 = 3,72$; $p = 0,156$).



2. ábra. A tanulmányi motivációs klaszterprofilok centroidjai a motiváció három alskálájának átlagpontszámaitól függően

6. táblázat. A tanulmányi motivációs klaszterprofilokba tartozó hallgatók megoszlása a teljes mintában és nemek szerint

	Teljes minta (n=189)	Férfi (n=53)	Nő (n=136)	Teszt statisztika	p-érték
"Magasan" öndeterminált n (%)	59 (31,2)	22 (41,5)	37 (27,2)		
"Mérsékelten" öndeterminált n (%)	111 (58,7)	27 (50,9)	84 (61,8)	$\chi^2 = 3,72$	0,156 ^a
"Alacsonyan" öndeterminált n (%)	19 (10,1)	4 (0,08)	15 (11,0)		

^a Pearson-féle khi-négyzet próba

Egymintás t-próbát alkalmaztunk a faktorok átlagainak összehasonlítására a klasztereken belül. A próba referenciaértéke minden esetben az összehasonlítandó páros magasabb faktorértéke volt. Két faktorpárt kivéve, mindhárom klaszteren belül minden faktor átlaga szignifikánsan különbözött egymástól. Az intrinzik (M=4,5, SD=1,06) és extrinzik motiváció (M=4,41, SD=0,87) szintjei nem különböztek szignifikánsan ($t[110]=0,964$; $p=0,337$) a „Mérsékelten” öndeterminált klaszterben; hasonlóképpen az extrinzik motiváció (M=4,03 SD=1,16) és az amotiváció (M=4,22, SD=1,02) átlagai sem különböztek ($t[18]=0,726$, $p=0,477$) az "Alacsonyan” öndeterminált klaszterben. Ezen eredmények tisztázása érdekében megvizsgáltuk az extrinzik motiváció alszkálái közötti különbségeket (7. táblázat). Azt találtuk, hogy a "Magasan" és "Mérsékelten” öndeterminált profilokban az extrinzik motivációs faktorban szignifikánsan dominált az "identifikált szabályozás" alfaktor, amely az SDT kontinuumon az intrinzik motivációhoz legközelebb álló extrinzik motivációs altípus. Az "Alacsonyan” öndeterminált profilban az extrinzik motivációs alszkálák közepes szintet mutatnak, a „külső szabályozás” alszkála nem szignifikáns dominanciájával, amely az amotivációhoz legközelebb álló extrinzik motivációs altípus.

A csoportok közötti különbségeket tekintve minden faktor átlaga szignifikánsan eltérő volt a három klaszterben, kivéve az extrinzik motiváció szintjét az "Alacsonyan" (M=4,03 SD=1,16) és a "Mérsékelten” öndeterminált klaszterek között (M=4,41, SD=0,87) (ANOVA, $F[2;186]=96,27$; Tukey post hoc teszt $p=0,132$).

7. táblázat. Az extrinzik motivációhoz tartozó alskálák átlagai a tanulmányi motiváció három kategóriájában (profiljában)

	Extrinzik motiváció alskálák		
	Identifikált szabályozás	Introjektált szabályozás	Külső szabályozás
"Magasan" öndeterminált M (SD)	6.37 (0.50)	6.01 (0.74)	5.80 (0.90)
	ref.	t(58)=5.86**	t(58)=8.96**
„Mérsékeltén” öndeterminált M (SD)	5.13 (1.14)	4.07 (1.20)	4.03 (1.48)
	ref.	t(110)=9.73**	t(110)=10.10**
"Alacsonyan" öndeterminált M (SD)	4.07 (1.52)	3.73 (1.48)	4.28 (1.46)
	t(18)=0.62	t(18)=1.63	ref.

ref. = referenciaérték (a csoporton belüli összehasonlításoknál a legmagasabb alskálaérték)

(egymintás t-próba), **p<0,001

4.3.2. Tanulmányi motivációs profilok azonosítása kvantilis számítással

Elsőként terciliseket hoztunk létre, melyek alapján a 3. tercilisbe tartozó tanulókat hármas kereszttábla elemzés során az 1. és 2. tercilisekbe tartozókkal összehasonlítva azt az eredményt kaptuk, hogy a tanulók 4,7%-a mind az amotiváció, mind az intrinzik motiváció terén a 3. tercilisbe tartozott. Emiatt nem tudtunk jól elkülöníthető csoportokat alkotni. A decilisek létrehozását követő számítás során először a felső 2 kategóriát hasonlítottuk (9. és 10. decilis) az összes többihez (1-8. decilis), ami azt eredményezte, hogy három (1,59%) hallgató egyszerre tartozott az amotivált és az intrinzik motiváltak közé, és 24,3%-uk volt egyszerre kifejezetten extrinzik és intrinzik módon motivált. Ezt követően a 10. decilisbe tartozókat az 1-9. decilisekbe tartozókkal hasonlítottuk össze, melynek eredményeként a leginkább amotivált tanulók (az amotiváció 10. decilisébe tartozók) közül senki sem került a leginkább intrinzik módon motiváltak közé (az intrinzik motiváció 10. decilisébe), és a tanulók 14,3%-a került be az extrinzik és intrinzik módon motiváltak közé is (8. táblázat).

8. táblázat. A hallgatók aránya tanulmányi motivációs típusonként a kvantilis számítás alapján

	Leginkább intrinzik módon motivált	Leginkább extrinzik módon motivált	Leginkább amotivált	Egyértelműen nem besorolható
I. 9-10. decilisek vs. 1-8. decilisek	11.1% (21)	11.6% (22)	13.7% (26)	63.5% (120)
II. 10. decilis vs. 1-9. decilisek	7.4% (14)	5.3% (10)	9.5% (18)	77.7% (147)

Az I.-gyel jelölt, kevésbé szigorú számítás szerint a diákok 13,7%-a, míg a II., szigorúbb értékelés esetén 9,5%-uk tekinthető amotiváltnak. Az utóbbi értékelés (a 10. decilis és a többi összehasonlítása) esetén nem volt különbség a nemek között egyik motivációs típust illetően sem (intrinzik: $p=0,639$, extrinzik: $p=0,300$, amotiváció: $p=0,748$).

4.3.3. A tanulmányi motivációs profilok és a mentális egészség összefüggései

Elsőként Pearson-féle khi-négyzet próbát alkalmaztunk a tanulmányi motivációs profilok és a pszichológiai distressz konkurens kritériumvaliditásának tesztelésére (9. táblázat). Míg a pszichológiai morbiditás magas kockázatával (GHQ pontszám >4) jellemezhetőek aránya hasonló: 57,6%, illetve 59,5% volt a "Magasan" és a "Mérsékeltlen öndeterminált" klaszterekben, addig az "Alacsonyan öndeterminált" klaszterben szignifikánsan magasabb, 94,7% volt ez az arány (Pearson-féle khi-négyzet próba, $\chi^2(2)=9,45$, $p=0,009$).

A pszichés distressz mutatószámának mediánja is jelentősen magasabb volt az "Alacsonyan öndeterminált" klaszterben (Mdn=9,00, Q25-Q75: 8,00-11,00) a "Magasan" (Mdn=6,00, Q25-Q75: 6,00-9,00; Mann-Whitney U=252,50; $p<0,001$) és a "Mérsékeltlen öndeterminált" (Mdn=6,00, Q25-Q75: 3,00-9,00; Mann-Whitney U=511,00, $p<0,001$) klaszterekhez képest (nem ábrázolt). A pszichológiai distressz szintjében viszont nem találtunk szignifikáns különbséget a "Magasan" és a "Mérsékeltlen" öndeterminált klaszterprofilok között (Mann-Whitney U=3223,50, $p=0,867$).

9. táblázat. A pszichológiai morbiditás kockázati csoportjainak megoszlása és az étellel való elégedettség szintje tanulmányi motivációs klaszterprofilok szerint

	Tanulmányi motivációs profilok klaszterelemzéssel n (%)			Teszt statisztika	p-érték
	"Magasan" öndeterminált (n=59)	"Mérsékeltén" öndeterminált (n=111)	"Alacsonyán" öndeterminált (n=19)		
Pszichológiai distressz n (%)					
Magas kockázat	34 (57,6)	66 (59,5)	18 (94,7)	$\chi^2 (2)=9,45$	0,009 ^a
Alacsony kockázat	25 (42,4)	45 (40,5)	1 (5,3)		
Élettel való elégedettség M (SD)	6,8 (1,83)	6,46 (2,26)	3,53 (2,29)	F[2,186]=17,92	<0,001 ^b

^a Pearson-féle khi-négyzet próba

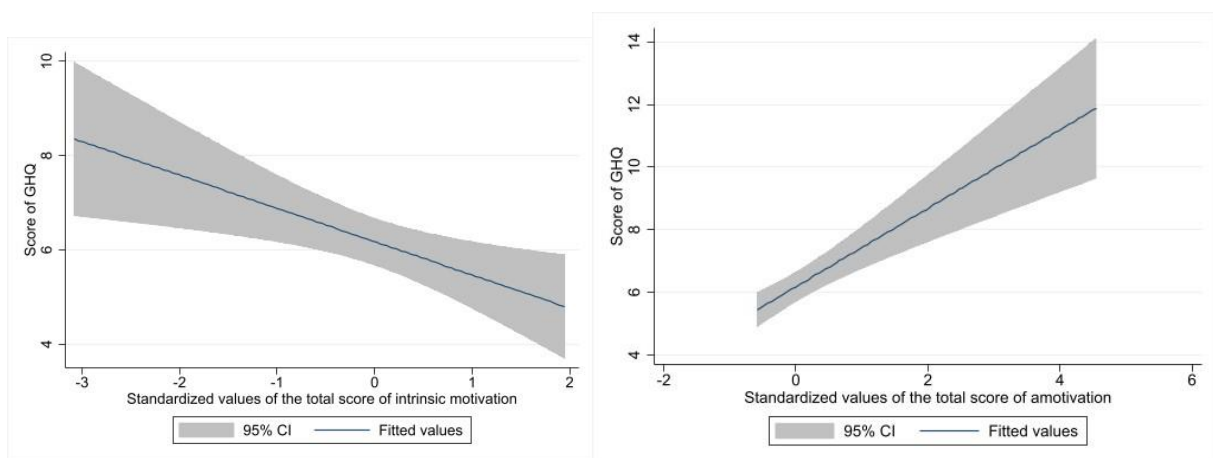
^b ANOVA, Tukey post-hoc teszttel

A konkurens kritériumvaliditást tovább teszteltük az étellel való elégedettségnek a tanulmányi motivációs klaszterprofilok közötti különbségének vizsgálatával (9. táblázat). Az "Alacsonyán" öndeterminált profilhoz tartozás az étellel való elégedettség szignifikánsan alacsonyabb szintjével járt együtt (M=3,53, SD=2,29) a "Magasan" öndeterminált (M=6,80, SD=1,83; ANOVA, F[2,186]=17,92; p<0,001; Tukey post-hoc teszt p<0,001) és a "Mérsékeltén" öndeterminált (M=6,46, SD=2,26; ANOVA, F[2,186]=17,92; p<0,001; Tukey post-hoc teszt p<0,001) profilokhoz képest.

Megvizsgáltuk a mentális egészség-mutatók és a kvantilis számítással létrehozott motivációs típusok kapcsolatát is. Fisher-teszt alkalmazásával ellenőriztük a kóros szintű pszichés distresszről beszámoló arányának különbségeit a 10. decilisben lévők körében a motivációs tényezők minden csoportjában az 1-9. decilishez képest. Az 1-9. decilishez tartozókhöz viszonyítva a kóros mértékű pszichés distresszt mutató tanulók aránya nem volt szignifikánsan magasabb az intrinzik módon motivált (11,02%, p=0,175) és az extrinzik módon motivált (6,78%, p=0,776) 10. deciliséhez tartozó tanulókhoz képest. A patológiás distressz magas kockázatának kitett tanulók aránya szignifikánsan magasabb volt viszont az amotiváció 10. decilisében lévők esetében az 1-9. decilisben lévőkhez képest (13,56%, p=0,011). Szignifikáns különbség volt az étellel való elégedettség mediánjaiban is a kvantilisekkel létrehozott motivációs típusok között. Ezen belül a leginkább intrinzik (Mdn: 7; Q25-Q75:6-

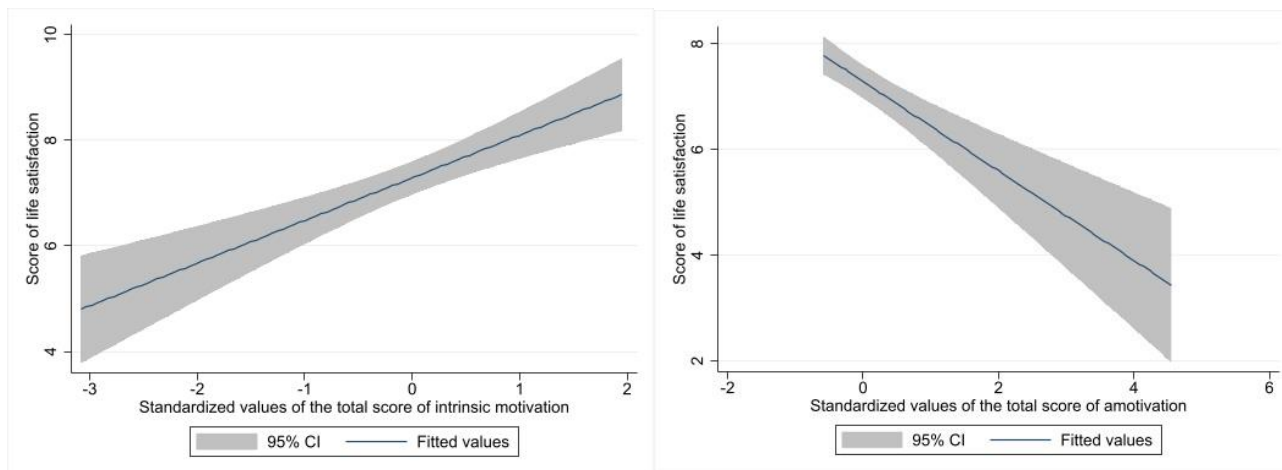
9,5) vagy leginkább extrinzik (Mdn: 8; Q25-Q75:7-9) típusúak nem mutattak különbséget az étellel való elégedettségben, de az amotiváltak étellel való elégedettsége szignifikánsan alacsonyabb mértékű volt az előzőekhez képest (Mdn: 4,5; Q25-Q75:4-6; $p < 0,001$). A három motivációs típus legmagasabb decilisébe tartozók és a többi résztvevő étellel való elégedettségének összehasonlítására Kruskal-Wallis-tesztet használtuk. Az elemzés során nem találtunk szignifikáns különbséget az intrinzik ($p = 0,629$) és az extrinzik ($p = 0,321$) motiváció tekintetében, de az amotiváció esetében a legmagasabb decilishez tartozók szignifikánsan alacsonyabb mértékű étellel való elégedettségről számoltak be az 1-9 decilishez tartozókhoz képest ($p < 0,001$).

Végül a pszichológiai distressz összesített pontszámát illesztettük a tanulmányi motiváció három típusának standardizált összesített pontszámára. Az intrinzik motiváció és a pszichológiai distressz közötti szignifikáns negatív irányú korrelációt találtunk ($p = 0,006$), azaz az intrinzik motiváció magasabb szintje alacsonyabb distressz-szinttel járt együtt; míg az amotiváció szintje és a patológiás distressz között szignifikáns pozitív irányú összefüggést találtunk ($p < 0,001$) (3. ábra). Az extrinzik motiváció szintje és a distressz-szint között nem figyeltünk meg szignifikáns összefüggést ($p = 0,758$, nincs ábrázolva).



3. ábra. A pszichológiai distressz 95%-os konfidencia intervallumának lineáris illesztése az intrinzik motiváció (bal) és az amotiváció (jobbra) standardizált összpontszámaira.

Ezután az étellel való elégedettség pontszámait illesztettük a tanulmányi motiváció 3 fős kálájának standardizált összesített pontszámára (4. ábra). Szignifikáns pozitív korrelációt találtunk az intrinzik motiváció és az étellel való elégedettség standardizált összpontszáma között ($p < 0,001$).



4. ábra. Az étellel való elégedettség 95%-os konfidencia intervallumának lineáris illesztése az intrinzik motiváció (balra) és az amotiváció (jobbra) standardizált összpontszámaihoz

Ezzel ellentétben, szignifikáns negatív korreláció mutatkozott az amotiváció és az étellel való elégedettség standardizált összpontszáma között ($p < 0,001$). Az extrinzik motiváció standardizált összpontszáma és az étellel való elégedettség között nem találtunk szignifikáns korrelációt ($p = 0,080$, nincs ábrázolva).

4.4. Online pszichológiai szolgáltatások kialakítása és igénybevételének vizsgálata

4.4.1. A portál látogatói és az önsegítő anyagok igénybevételének mintázata

Az egyetem magyar nyelvű orvosképzésében résztvevő hallgatók 14,3%-a ($n=183$) (nők: 71,6%) és az angol nyelvű képzésben tanulók 16,1%-a ($n=275$) (nők: 58,9%) látogatta meg a honlapot 2020. április 15. és 2021. április 15. között. Közülük a magyar hallgatók 53,6%-a ($n=98$) és a külföldi hallgatók 50,5%-a ($n=139$) nem mutatott további aktivitást az oldalon, azaz nem tekintette meg az önsegítő anyagok egyikét sem. A legtöbb magyar hallgató az első (18,6%) és az ötödik évfolyamról (27,3%) volt. Egy vagy több sikertelen tantárgy miatt 17,5%-uk ($n=32$) volt csúszásban. A külföldi hallgatók többsége az első (24,4%) és a harmadik (20,7%) évfolyamból volt. A külföldi hallgatók közül 19,3% ($n=53$) egyéni tanrendet követett. A magyar és az angol nyelvű képzéseken nem volt szignifikáns különbség az egyéni tanrend szerint tanulóhallgatók arányát illetően ($p=0,836$). A nők szignifikánsan magasabb arányban léptek be a portálba ($p=0,006$). A magyar és a külföldi hallgatók között az évfolyam tekintetében marginálisan szignifikáns különbséget találtunk: a külföldi hallgatók közül nagyobb arányban voltak jelen az első évfolyamból, mint a magyarok körében ($p=0,05$).

Az egyéni tanrendet követő külföldi hallgatók közül 28%-kal kevesebben (37,7%, $n=20$) tekintettek meg legalább egy önsegítő tartalmat a mintatanterv szerint haladókhöz képest (52,3%, $n=116$) ($p=0,058$). Az egy látogatóra jutó megtekintett anyagok száma is alacsonyabb volt a körükben (Mdn=0, Q25-75: 0-1; nem csúszók: Mdn=1, Q25-Q75: 0-1,25; Mann-Whitney $U=4900,50$, $p=0,041$). A portált meglátogatott hallgatók demográfiai jellemzőit a 10. táblázat mutatja be.

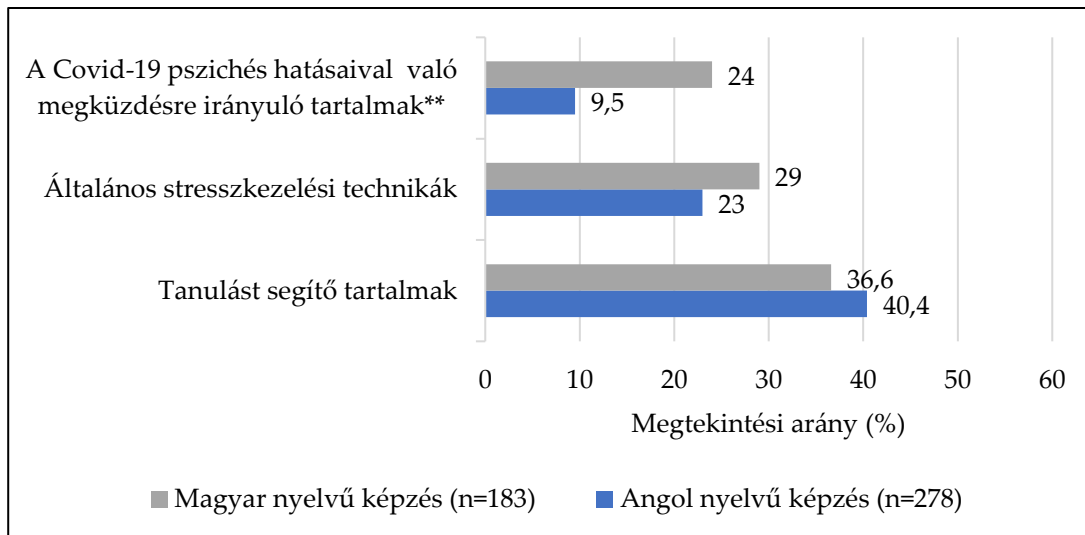
10. táblázat. A portált 2020. április 15. és 2021. április 15. között megtekintő orvostanhallgatók demográfiai jellemzői

	Magyar orvostanhallgatók (n = 183)	Külföldi orvostanhallgatók (n = 275)	p-érték ^a
A rendelkezésre álló anyagok bármelyikét megtekintők n (%)	85 (46,4)	136 (49,5)	0,528
Nem n (%)			
Férfi	52 (28,4)	113 (41,1)	0,006*
Nő	131 (71,6)	162 (58,9)	
Évfolyam n (%)			
1.	34 (18,6)	67 (24,4)	0,050
2.	20 (10,9)	36 (13,1)	
3.	28 (15,3)	57 (20,7)	
4.	28 (15,3)	42 (15,3)	
5.	50 (27,3)	44 (16,0)	
6.	23 (12,6)	29 (10,5)	
Egyéni tanrendet követő hallgatók („csúszás”) n (%)	32 (17,5)	53 (19,3)	0.630

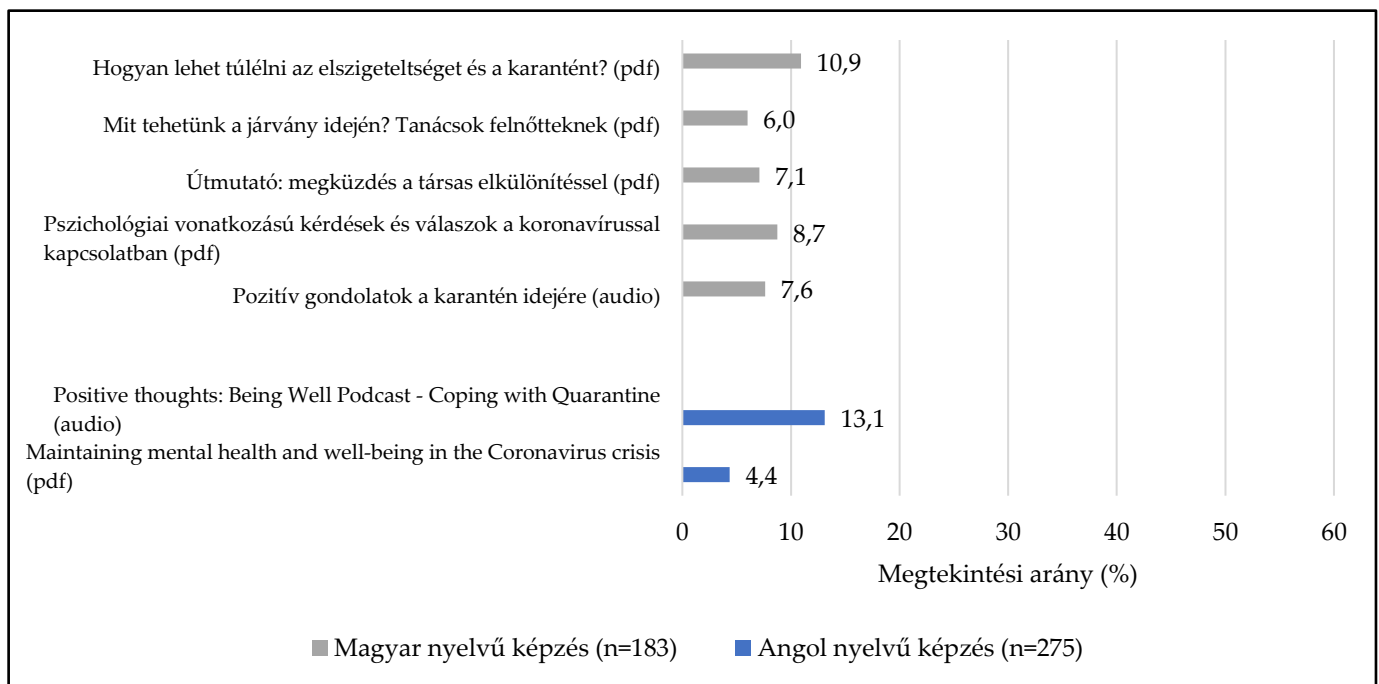
^a Pearson-féle khi-négyzet próba

4.4.2. Az önsegítő anyagokkal kapcsolatos preferenciák

Amint azt az 5. ábra mutatja, a magyar orvostanhallgatók 36,6%-a (n=67) és a külföldi orvostanhallgatók 40,4%-a (n=111) tekintett meg tanulási készségek fejlesztését célzó anyagot (p=0,614), míg stresszkezelési technikákkal kapcsolatos tartalmakat a magyarok 29%-a (n=53) és a külföldi hallgatók 23,4%-a (n=64), ami nem mutatott szignifikáns különbséget a két hallgatói populáció között (p=0,491). A COVID-19-hez kapcsolódó tájékoztató anyagok hozzáféréseit illetően már szignifikáns csoportkülönbségeket találtunk (p<0,001). A magyar hallgatók 24%-a (n=44) nyitott meg legalább egy ilyen tartalmat, míg a külföldi hallgatók 9,5%-a (n=26). A COVID-19-hez kapcsolódó magyar és angol nyelvű anyagok egyet leszámítva azonban nem voltak azonosak (6. ábra), ami korlátozta a megtekintési arányok torzításmentes összehasonlíthatóságát. Az egyetlen azonos anyag (a karanténnal való megbirkózást segítő pozitív gondolatokról szóló podcast) esetében a megtekintési arányban nem volt szignifikáns különbség a magyar és a külföldi orvostanhallgatók között (p=0,056).



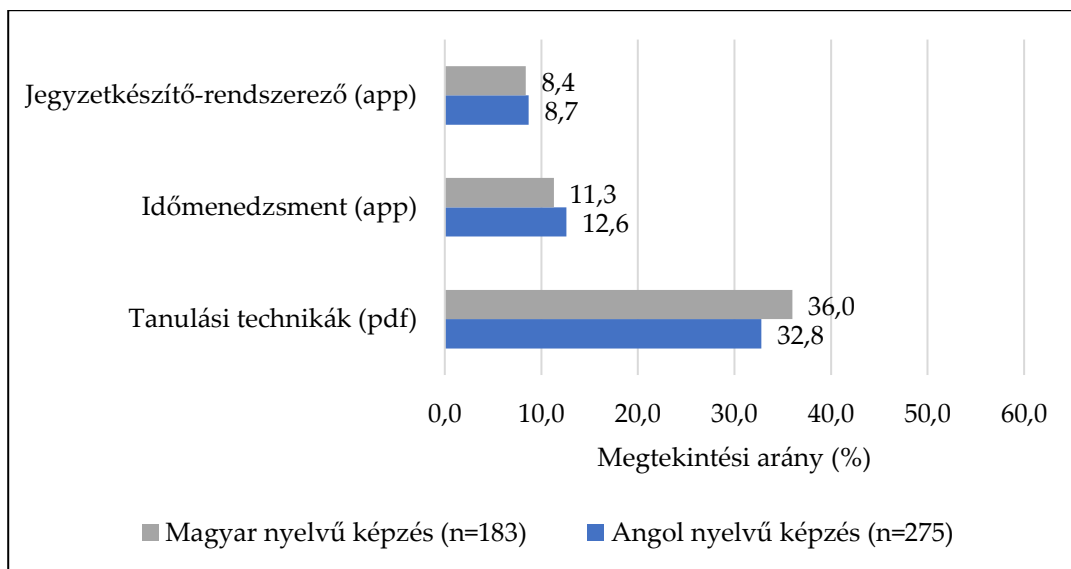
5. ábra. A főbb tartalmi kategóriák megtekintési aránya kurzustípusonként; ** $p < 0,001$



6. ábra. A COVID-19 mentális egészségre gyakorolt hatásainak kezelését segítő anyagok megtekintési aránya kurzustípusonként

Ami a tanulási készségek fejlesztésére szolgáló anyagok igénybevételét illeti, mindkét csoportban a hatékony tanulási technikákat ismertető prezentációt nyitották meg a legtöbben, ezt követték az időgazdálkodást segítő anyagok, valamint a jegyzetkészítő és rendszerező mobilalkalmazások (7. ábra). A magyar és külföldi diákok között nem volt szignifikáns különbség a tanulási készségek fejlesztését célzó anyagok megtekintését illetően, és sem az

évfolyam, sem a tanulmányi terv (egyéni [„csúszás”] vagy mintatanterv) nem mutatott összefüggést a különböző tartalmak iránti érdeklődéssel. A nemek tekintetében azonban a magyarok körében a nők (11,5%, n = 15) szignifikánsan nagyobb érdeklődést mutattak a jegyzetkészítő és rendszerező segédlet iránt, mint a férfiak (1,9%, n=1) (p=0,040). Ez az összefüggés a nemzetközi csoportban megfordult a férfiak javára (13,3%, n=15; nők: 4,9%, n=8; p=0,014).

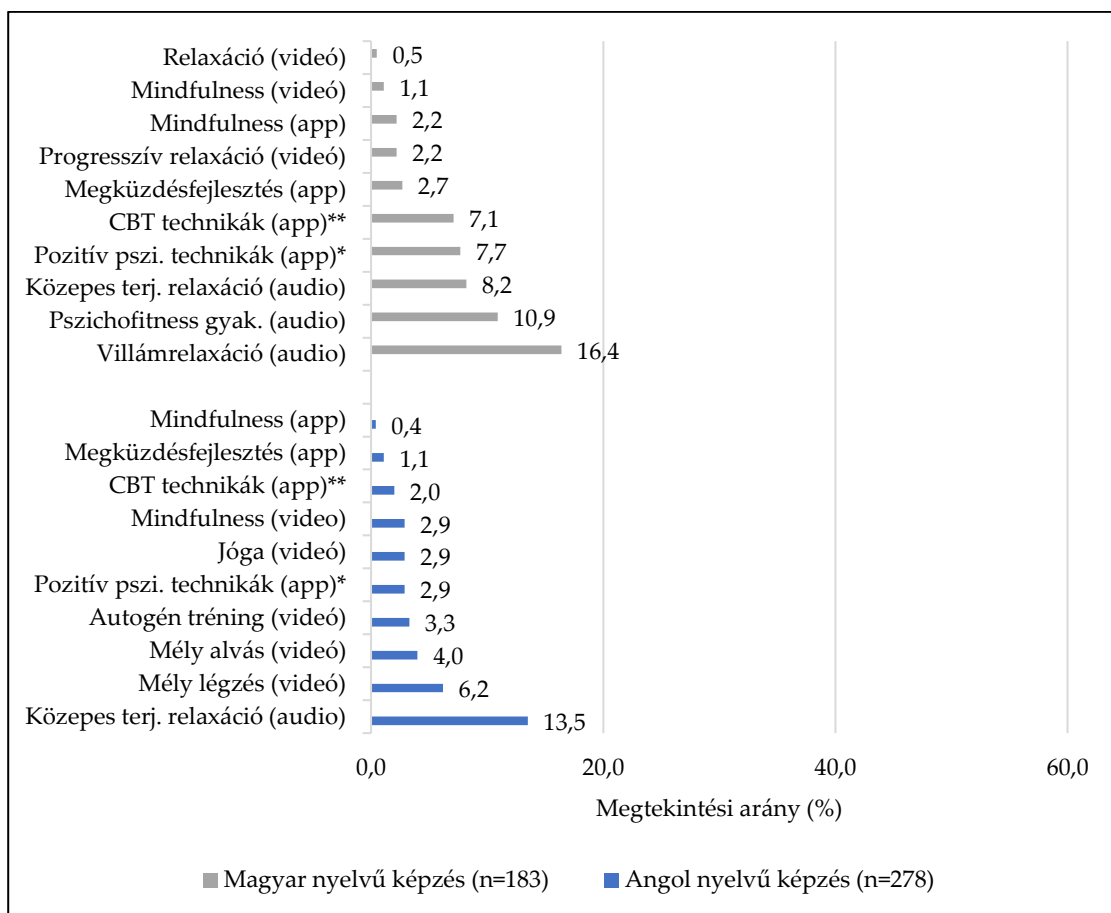


7. ábra. A tanulást segítő tartalmak megtekintési aránya kurzustípusonként

A stresszkezelési anyagok típusait tekintve a relaxációs hanganyagokat nyitották meg a legtöbben (8. ábra). A magyarok körében a nagyon rövid, 2 percnél rövidebb időtartamú relaxációs hanganyagok iránt volt a legnagyobb érdeklődés (16,4%, n=30), ezt követték a stresszkezeléssel foglalkozó mobilalkalmazások, különösen a pozitív pszichológián (7,7%, n=14) és a kognitív viselkedésterápiás (CBT) technikákon alapuló (7,1%, n=13). Az összes többi stresszkezelési anyag megtekintési aránya 3% alatt volt a magyar diákok körében. A külföldi hallgatói populációban a stresszkezelő anyagokat illetően a magyar nyelvű anyagokkal megegyező tartalmú, 5-15 percig tartó, közepes hosszúságú relaxációs anyagok megtekintési aránya volt a legmagasabb (13,5%, n=37), ezt követték a mélylégzésről szóló videó anyagok (6,2%, n=17). Az összes többi angol nyelvű anyag megtekintési aránya 6% alatt volt. A magyar hallgatók a nemzetközi hallgatókhoz képest szignifikánsan nagyobb érdeklődést mutattak a pozitív pszichológiai technikákon (p=0,020) vagy CBT elemeken (p<0,001) alapuló mobilalkalmazások iránt.

Sem az évfolyam, sem a tanulmányi terv típusa (egyéni vagy mintatanterv) nem függött össze a stresszkezelő anyagok preferenciájával egyik csoportban sem. A középhosszú relaxációs audió anyagokat a magyar férfiak szignifikánsan nagyobb arányban (15,4%, n=8) vették igénybe, mint a nők (5,3%, n=7) (p=0,026). Az angol nyelvű képzésben tanuló női hallgatók 4,9%-a (n=8) nyitotta meg a jóga videóanyagot, míg a külföldi férfiak eziránt nem mutattak érdeklődést (0,0%) (p=0,017).

Ami az online egyéni konzultációkat illeti, 2020 áprilisa és novembere között egyetlen bejelentkezés sem érkezett a portálon keresztül. 2020 novemberében a konzultációk kapcsolattartási módját visszaállítottuk személyesre, amint azt a Módszerek részben tárgyaltuk. Ettől kezdve 2021 áprilisáig az egyéni konzultációt kérő hallgatók száma hasonló volt, mint a konzultációt kérő hallgatók átlagos száma ugyanezen időszak alatt az előző három év átlaga alapján.



8. ábra. A stresszkezelési anyagok megtekintési aránya kurzustípusonként;
* p<0,05, ** p<0,001

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. Az orvostanhallgatók mentális egészségét kedvezőtlenül befolyásoló tényezők és a beavatkozások lehetséges pontjai

A fókuszcsoportos kutatásban résztvevő, magyar és angol nyelvű képzésben tanuló hallgatók visszajelzései alapján az orvostanhallgatók mentális egészségét befolyásoló stresszorok négy fő kategóriába sorolhatók (tanulmányok, egyetemi kommunikáció, társas kapcsolatok, egyéni jellemzők). A kvalitatív tartalomelemzés eredményének megfelelően a legelső spontán említett probléma rendszerint az elvárt tananyag mennyisége és a követelmények teljesíthetőségével kapcsolatos bizonytalanság volt, ami jelzi ennek a tényezőnek a kiemelt hatását a hallgatók mentális állapotára. Az azonosított stresszorok kezelésére a hallgatók számos olyan beavatkozási pontot javasoltak, amelyek rendszerszintű intézkedéseket igényelnek, többek között az oktatás és a vizsgák szervezésének átalakítását, a vizsgákat érintő problémák csökkentését, és készségfejlesztő csoportfoglalkozások indítását. Jó példa erre a Debreceni és a Semmelweis Egyetemen működő Humánia Pályaszocializációs csoport, ahol felmérések alapján a résztvevők a társaikhoz képest megnövekedett jóllétet tapasztaltak és kevésbé mutatták a kiégés jeleit [119].

Eredményeink összhangban vannak a témában korábban megjelent kvalitatív tanulmányokkal [41,120]. Általánosságban elmondható, hogy az elsajátítandó tananyag mennyisége rendkívül nagy nyomást gyakorol a hallgatókra [45]. A magyarok nehezményezték még a hiányzási szabályokat, rugalmatlannak és túlzónak vélték a betegség miatti hosszabb hiányzás következményeit. Az állandó jelenlét fenntartására irányuló nyomás más egyetemeken is problémát jelent [45]. A megkérdezettek visszajelzései alapján az államilag támogatott tanulmányok megszakadásának, azaz az egyéni tanrendre való áttérés („csúszás”), az önköltséges finanszírozásra való átsorolás és a lemorzsolódás veszélye egyaránt jelentős distresszforrás az orvosképzésben. A Debreceni Egyetem kutatóinak vizsgálatai azt mutatták, hogy a lemorzsolódás szempontjából veszélyeztetettebbek a férfiak, a pénzügyi problémákkal küzdő, az alacsonyabb státuszú településről származó, és a szakképzésből érkező egyetemi hallgatók, míg a női nem és az apa magas iskolai végzettsége protektív tényező [121].

Vincent Tinto hallgatói integrációs elmélete szerint a közösségi beilleszkedés nehézségei, a pozitív társas kapcsolatok kialakításának és fenntartásának kihívásai nemcsak a distressz forrásai, hanem végső soron a hallgatói sikeresség és lemorzsolódás fontos meghatározói is.

Tinto és mások is megerősítették, hogy a felsőoktatási intézmény hallgatóra gyakorolt hatása a hallgató intézménybe való beágyazottságának, integráltságának a függvénye [122–124]. Az elmélet szerint minél több csoportnak, szerveződésnek tagja egy hallgató a campuson belül, minél több interakciót folytat a társakkal, oktatókkal, az egyetem munkatársaival, annál inkább beágyazódik, s lesz védettebb a lemorzsolódással szemben. Ugyanakkor az intézményen kívüli tagságok, kapcsolatok kifelé húzó erőként hathatnak a hallgatókra, ami akár ronthatja a tanulmányi eredményességet, s végső soron lemorzsolódáshoz vezethet.

Tinto elméleti keretéből kiindulva Pusztai és munkatársai 2019-ben vizsgálták a Debreceni Egyetem hallgatói körében a társas beágyazódás hatásait a lemorzsolódásra³². Az egyetemen belüli és kívüli közösségekbe – civil szervezetek, sport- és vallási közösségek – való beágyazódás hatásait vették górcső alá. A helyi eredmények csak részben igazolták Tinto elméletét. A szerzők azt találták, hogy az egyetemen belüli és kívüli civil szervezetekhez való tartozás és aktív önkéntes szerepvállalás egyaránt pozitív kapcsolatban áll a tanulmányi perzisztenciával, és védőfaktorok a lemorzsolódással szemben. A sportkörökhöz való tartozás az eredmények alapján rontja a hallgatók tanulmányi perzisztenciáját, még akkor is, ha intézményen belüli sportkörbe való beágyazódásról van szó. Mindezt az magyarázhatja, hogy a sporttevékenység időt, energiát és fókuszot egyaránt elvon az akadémiai kötelezettségektől. Különösen erős lehet ez a hatás a sportkörök tagjai körében, akiket ennek a közösségnek a normái és elvárásai döntően befolyásolhatnak, és szeparálhatják őket egyéb intézményi közösségektől. Szintén a Debreceni Egyetem hallgatóira vonatkozó megállapítás, hogy további kivételt képez Tinto elmélete alól az egyetemen kívüli egyházi közösségekbe való integráció, amely, noha campuson kívüli közösség, mégis védőfaktor a lemorzsolódással szemben. Mindez magyarázható a vallásosság érték és attitűdformáló erejével [125], és azzal is, hogy az egyetemen belüli vallási szerveződések száma jóval korlátozottabb. A hallgatói integráció mértékének összefüggése a lemorzsolódással és végső soron a hallgatók jóllétével, továbbá általánosságban az adott egyetemről származó releváns kutatási eredmények figyelembevétele fontos szempont a szervezeti szintű egészségfejlesztő beavatkozások tervezésekor.

A hallgatók hiányosságokat éreztek az oktatói odaszentelődésben, és elégtelennek ítélték a gyakorlati oktatás mennyiségét és a szakdolgozat megírásához nyújtott segítséget, a konzultációs lehetőségeket. A résztvevők válaszai alapján fontos lenne, hogy az élvezet és az érdeklődés fenntartása is szempont legyen a képzési program tervezésekor, annak érdekében, hogy a diákok ne veszítsék el a kezdeti motivációjukat. Kihangsúlyozták az igényüket, hogy már a képzés korai szakaszában is több gyakorlati tapasztalatot szerezhessenek. Számos tanulmányi eredményei azt mutatják, hogy a korai klinikai tapasztalat növeli a hallgatók tanulási

motivációját, a biztonságérzetet és a kompetenciaérzést a betegellátásban, valamint elősegíti a klinikai gondolkodás fejlődését [126,127]. Weber és munkatársai németországi kutatásában is beszámoltak a gyakorlati képzés és a kielégítő útmutatás észlelt hiányosságairól, ami esetükben az egészségügyi szakemberek alacsony számára volt visszavezethető [45]. Gyakori visszajelzés volt, hogy egy-egy vizsga során nagy stresszforrást jelent az adott tanár észlelt igazságtalansága és az objektív értékelés hiánya, ami szintén összhangban van a szakirodalomban korábban közölt eredményekkel [45]. Az igazságtalannak észlelt, szubjektív vizsgáztatás háttérben felmerülhet az oktatók pedagógiai tudatosságának problémaköre, esetleg az oktatás és vizsgáztatás kapcsán a formatív és szummatív értékelésekkel kapcsolatos oktatói kompetenciák problémái és/vagy hiányosságai, ezek vizsgálata azonban nem szerepelt a kutatás céljai közt.

A szervezeti kommunikáció és az információáramlás észlelt hiányosságai, és esetenként a tanároktól és adminisztrátoroktól kapott bánásmód jelentős stresszforrás lehet a hallgatók számára, amint arról Weber és munkatársai beszámoltak [45]. Ezek a visszajelzések vélhetően azonban nem oldhatók meg pusztán a kommunikációs folyamatok javításával, mivel azok összefüggenek a szervezeti kultúrával, ezért annak erősítését, a szervezeten belüli folyamatok esetleges elakadásának feltárását igénylik. A szakirodalomból tudjuk, hogy egy szervezet kommunikációs problémái gyakran nem egyszerűen izolált technikai hibák, hanem a szervezeti kultúrában gyökerező tényezőkkel kapcsolatosak. Az erős szervezeti kultúrákban konszenzus van az értékekről és az azokra alapozott gyakorlatokról. A világosan meghatározott értékek és gyakorlatok megkönnyítik az információcserét, és képessé teszik a feleket az összehangolt, együttműködést igénylő cselekvések végrehajtására a szervezet minden szintjén. Az értékekről, meggyőződésekről, gyakorlatokról és célokról való konszenzus és világos kommunikáció pozitív munkakörnyezetet biztosít, melyben a felek megértik, hogy mikor mik az elvárások, melyek a siker feltételei és elérési útjai, így végső soron a szervezeti kultúra a szervezeti kommunikáción keresztül fejti ki hatását az adott szervezet eredményességére [128].

További hasonlóság, hogy a német orvostanhallgatók és társaik közötti interakciót szintén gyakran övezik társas problémák. Radcliffe és Lester megállapításai szerint is fontos a csoportvezetők, konzulensek, felsőbb éves hallgatók és az oktatók támogató hozzáállása, összességében egy olyan légkör megteremtése, amelyben nyíltan kifejezhetők és megvitathatók a problémák [41].

Korábbi tanulmányok arról is beszámoltak, hogy a hallgatók igényt tartanak a stresszkezelési kurzusokra [129] és a tanulmányok segítése érdekében az időgazdálkodási készségek fejlesztését célzó tréningekre [120]. Ezekre utaló igény a saját vizsgálatainkban is felbukkant. A hallgatók tanulással kapcsolatos egyéni nehézségei utalhatnak a metakognitív

tudatossággal kapcsolatos problémákra. Metakognitív tudatosság alatt a gondolkodási folyamatok, a tanulási stratégiák, technikák ismeretét, szervezését, szabályozását, összességében a tanulás közbeni szellemi tevékenység aktív szervezését értjük [130]. A diákok metakognitív hiányosságaira utaló eredmények kapcsán kérdés azonban, hogy e tudatosságot a felsőoktatásba való belépéskor kell-e kialakítani, nem pedig már korábban; ha pedig e tudatosság és ehhez kapcsolódó készségek alakítást és fejlesztést kívánnak a felsőoktatási tanulmányok megkezdésekor, akkor nem kellene-e ezt szisztematikusan, minden felsőoktatási kurrikulumba beiktatni, alkalmi extrakurrikuláris tréningek helyett.

Két magyar egyetem hallgatói mintáját is magában foglaló nemzetközi vizsgálat megállapította, hogy a hallgatók egészségfejlesztő magatartásformákról alkotott elképzelései egyetemenként eltérőek voltak [20]. Hazai kutatási előzmények is megerősítik, hogy a nők életében a szakmai, a feleség és az anyai szerepek közötti konfliktus jelentős stresszt okozhat és ez a konfliktus már a hallgatói élet során is jelen lehet [131], ami szintén rávilágít a stresszkezelési készségek fejlesztésének szükségességére már az egyetem alatt [131]. Hazai bizonyítékok szerint a pályaszocializációs műhelyek és a rendszeres testmozgás ösztönzése az egyetemi sportéletben való részvétel révén segíthet az orvostanhallgatók mentális egészségének javításában [22]. Az ország valamennyi egyetemén léteznek mentálhigiénés programok, de ezek működéséről nem találtunk hatástanulmányokat.

Az orvostanhallgatók mentális egészségét veszélyeztető, rendkívül változatos determinánsok soktényezős modellben értelmezhetők. A hallgatókat megannyi, minőségileg és mennyiségileg változatos inger éri, amelyek pszichoszociális kockázatot jelenthetnek számukra. Az 11. táblázat összefoglalja azokat a tényezőket, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják az orvostanhallgatók mentális egészségét. Ezeket az oktatási rendszer, az intézmény és az egyén szintjén csoportosítottuk.

11. táblázat. Az orvostanhallgatók mentális egészségét potenciálisan kedvezőtlenül befolyásoló tényezők a rendszer, az intézmény és az egyéni szintjén

	Determinánsok
Oktatási rendszer szintje	A képzés szerkezete
	A belépéskori és a képzés alatti szelektivitás
	<i>Finanszírozás</i> [15]
	Ösztöndíjrendszer
	<i>Tanterv (pl. az elmélet és gyakorlat aránya)</i>
	<i>Az elsajátítandó tananyag mennyisége, minősége/nehézsége</i> [132]
Intézményes szint	Tanulmányi határidők [132]
	<i>Hiányzási szabályzat</i> [44]
	<i>Vizsgaszervezés</i> [44]
	<i>Oktatásszervezés</i> [15]
	<i>Szakedolgozatírási követelmények és lehetőségek</i> [44]
	Szakmai szocializáció [15]
	<i>Szervezeti kommunikáció</i> [132]
	<i>Szervezeti bánásmód</i> [132]
	<i>Társas támogatás</i> [133]
	<i>Társas integráció</i> [134]
	<i>Tanulás-szabadidő egyensúly</i> [15]
Egyéni szint	<i>Tanulási és időmenedzsment stratégiák</i>
	Életkor, évfolyam
	<i>Nemi különbségek</i> [29]
	<i>Pályakép</i> [15]
	<i>Stresszkezelési készségek</i>
	A származási család társadalmi háttere [134]
	<i>Kultúra, értékrend, vallásosság</i> [135]

Megjegyzés: a dőlt betűvel jelölt tényezőkről saját kutatásunk is szolgáltat eredményeket

5.2. A pszichológiai segítségkeresést akadályozó tényezők és megoldási lehetőségek orvostanhallgatók körében

A fókuszcsoportos kutatásunk második témájának eredményei betekintést nyújtottak az orvostanhallgatók segítségkeresésének akadályaiába a Debreceni Egyetemen, valamint az általuk javasolt megoldásokba, amelyekkel ezek az akadályok megszüntethetők vagy mérsékelhetők. Az interjúk anyagának kvalitatív tartalomelemzése során az azonosított

tényezők közül a stigmatizációval kapcsolatos kedvezőtlen szociokulturális attitűdöket és a rendelkezésre álló szolgáltatásokról való információhiányt emelték ki mind a magyar és mind a külföldi orvostanhallgatók.

A magyar és az angol nyelvű képzés hallgatói körében egyaránt azonosított segítségkeresési akadályok voltak az alacsony kockázatbecslési készség, a túlzott önállósági vágy, és a szolgáltatásokról való nem megfelelő tájékoztatás is. Legjobb tudomásunk szerint a tanácsadókkal és a tanácsadási folyamattal kapcsolatos ismeretlenség, mint jelentős akadályozó tényező nem kapott figyelmet korábbi tanulmányokban. A kapcsolódó korábbi kutatásokkal [59,60] ellentétben saját mintánkban nem merült fel akadályként az egészségügyi dokumentációs rendszerbe való bekerüléstől való félelem. Ennek egyik lehetséges magyarázata az lehet, hogy egyetemünk mentálhigiénés szolgáltatásai teljesen függetlenek az egészségügyi rendszertől, és a találkozások nem rögzülnek az egészségügyi nyilvántartásban.

A hasonlóságokon túl különbségek is megmutakoztak a magyar és a külföldi diákok között. A nyitottság hiánya és a problémák felvállalásától való félelem a magyarok körében volt markánsabb. Csak a nemzetközi hallgatók fogalmaztak meg néhány személyen kívüli akadályt, mint a rendelkezésre álló ülések számának keveslése, és a mentálhigiénés ellátást fedező egészségbiztosítás hiánya (utóbbi érthetően csak számukra releváns). Ezek az eredmények összhangban vannak az egyetemi mentálhigiénés szolgáltatások igénybevételére vonatkozó adatokkal, amelyekből azt láthatjuk, hogy a külföldi hallgatók nyíltabban kérnek segítséget, és gyakrabban veszik igénybe ezeket a szolgáltatásokat, mint magyar társaik. Egyetemi hallgatói populáció mintáiban végzett korábbi tanulmányok azt mutatták, hogy a szakemberhez való fordulás legszélesebb körben megjelenő akadályai az észlelt stigma [53], a mentálhigiénés szolgáltatások ismeretének hiánya [54], a pszichés problémákkal kapcsolatos alacsony kockázatbecslési képesség [136], és az önmenedzselés preferálása [52]. Nem medikus és medikus hallgatók képzésében és szocializációjában mutatkozó jelentős különbségek ellenére eredményeink azt sugallják, hogy az orvostanhallgatók és a nem orvostanhallgatók segítségkeresésének az egyetemi szolgáltatók irányába többnyire közös akadályai vannak.

Tudomásunk szerint saját vizsgálatunk úttörő olyan szempontból, hogy nemcsak a segítségkérés akadályait vizsgálja közvetlenül, hanem azt is, hogy a hallgatók hogyan vélekednek az akadályok csökkentésére irányuló beavatkozásokról. A hallgatók kifejezték, hogy a pszichoedukációt célzó intézkedéseket hasznosnak tekintenék, mert ezáltal javulhatna a hallgatók kockázatbecslő képessége, a mentális állapotuk súlyosságának és/vagy a kezelés potenciális szükségességének felismerése. Ezt tovább segíthetnék egyes, már meglévő internet- és mobilalapú kockázatformáló alkalmazások és önsegítő beavatkozások, amelyek kísérleti

jelleggel bevezethetők lehetnének, hogy segítsék a diákokat mentális egészségi állapotuk felmérésében és a problémák alacsonyküszöbű kezelésében [103]. A mentális egészség rutinszerű felmérése is megfontolandó [137], de ez csak akkor vezethető be, ha a mentálhigiénés szolgáltatások képesek a szűrés következtében várhatóan megnövekedő ellátási igények fogadására. A fentiekben azonosított akadályok csökkentésének egyik lépése az egyetem mentálhigiénés szolgáltatásait bemutató jelenlegi információs csatornák és platformok elérhetőségének és igénybevételek vizsgálatára. Ennek eredményétől függően lehetne ezen információs felületek disszeminációját átgondolni, és/vagy egy integrált új honlapot létrehozni, amely a magyar és a külföldi hallgatók által egyaránt használt közösségi felületeken széles körben terjeszthető lenne. A naprakész információk rendszeres biztosítása minden hallgató számára nemcsak az ismereteiket növeli, hanem hozzájárul a mentális egészséggel kapcsolatos kérdések destigmatizálásához is, és remélhetőleg a hallgatók nagyobb elkötelezettségét eredményezi [138]. Csökkenthetné a stigmatizáló attitűdöket a tanterv megváltoztatása és a mentális betegekkel való korábbi kapcsolatfelvétel biztosítása, ami jelenleg 5. éven történik meg.

Az orvostanhallgatók többségében nyitottak voltak a mentálhigiénés segítség online formáira. Amíg az anonimitás lehetőségét az írásban történő tanácsadás egyik fő erősségének tekintették, a videó formátum esetében ennek hiánya visszatartó erőként jelent meg. Az online videós tanácsadás azonban információdúsabb és személyesebb jellege miatt inkább részesült előnyben, mint az írásos alapú tanácsadás. Mindazonáltal az egyéni igények és a probléma pontos jellege is olyan tényezők, amelyek meghatározzák a tanácsadás preferált formáját. Ennek megfelelően a mentális segítségnyújtás különféle formáiban is érdemes tükrözni a kliensek és szükségleteik sokféleségét. A személyes és az online tanácsadás lehetőségének fenntartása csökkentheti a szakadékot a segítségre szoruló és a segítséget igénybevevők aránya között

5.3. Tanulmányi motivációs profilok és összefüggéseik a mentális egészséggel elsőéves orvostanhallgatók körében

Kutatásunk harmadik témája a tanulmányi eredményességben fontos szerepet játszó tényező, a motiváció vizsgálata volt; konkrétan a Tanulmányi Motivációs Skála új értékelési módjait teszteltük. A kutatás elméleti keretként Deci és Ryan öndeterminációs elmélete szolgált, amely az amotiváció, extrinzik motiváció és intrinzik motiváció kontinuum szerinti fokozatait különbözteti meg [66]. Személyközpontú elemzési megközelítést alkalmazva

motivációs profilokat azonosítottunk, tesztelve az eredmények konkurens validitását. A három fő motivációs típus mentén kétlépéses klaszteranalízissel három jól elkülöníthető motivációs profilt sikerült feltárnunk: A "Magasan öndeterminált" profil magas szintű intrinzik és extrinzik motivációt és alacsony szintű amotivációt jelez. A "Mérsékelten öndeterminált" profilba tartozók az intrinzik és extrinzik motiváció mérsékelt szintjével és alacsony amotivációval jellemezhetőek. Az "Alacsonyan öndetermináltak" csoportjának fő jellemzői az amotiváció viszonylag magas szintje, amely a másik két klaszterben megfigyelt amotiváció szintet szignifikánsan meghaladja, valamint a mérsékelt szintű extrinzik és a csökkent intrinzik motiváció. A motivációs profilok létrehozását célzó módszertanunk a szakirodalomban elterjedtől különböző, új módszernek tekinthető, emiatt eredményeink csak korlátozottan hasonlíthatóak össze mások hasonló kutatásaival. Ezek közül Kusurkar és munkatársai a hollandiai Utrechtben [87], valamint Shrestha és Pant Nepálban [88] négy, előre meghatározott klasztert, a magas/alacsony - intrinzik/kontrollált (extrinzik) motiváció kombinációit használták, és sikeresen csoportosították az egyéneket ezekbe a kategóriákba. Velük ellentétben mi nem határoztuk meg előre a lehetséges kategóriák számát, és három különböző profilt kaptunk, összhangban az öndeterminációs-kontinuummal. A hallgatók motivációs profilok szerinti eloszlását illetően eredményeink az utrechti mintához hasonlóak, ahol a legnagyobb arányban az intrinzik és extrinzik módon egyaránt motiváltak voltak (25,2%), őket követték a főként extrinzik úton (31,8%), majd a főként csak intrinzik módon motiváltak (26,1%), végül az amotiváltak (16,9%) [87]. Eredményeinkkel ellentétben a nepáli mintában (Shrestha és Pant, 2018) az amotivált hallgatók a második legmagasabb arányban voltak jelen (23,8%), ezt a csoportot az egyszerre magasan intrinzik és extrinzik módon motivált hallgatók csoportja előzte meg (36,1%). Saját kutatásunkban a mintánkat alkotó orvostanhallgatók 10,1%-a az "Alacsony" önmeghatározási klaszterbe esett, ami az amotiváció figyelmet érdemlő szintjét mutatja; több mint fele (58,7%) "Mérsékelt" önmeghatározást mutatott; és körülbelül minden harmadik hallgató (31,2%) volt az önmeghatározás "Magas" kategóriájába sorolható. A kvantilisszámításon alapuló módszerünket tekintve a válaszadók 7,4%-a leginkább intrinzik módon, 5,3%-a főként extrinzik módon motivált, és 9,5%-a határozottan amotivált.

A mentális egészség és a tanulmányi motiváció kapcsolatát illetően eredményeink összhangban vannak más, a szakirodalmi áttekintésben már felsorakoztatott tanulmányokkal. Saját kutatásunk is megerősíti azt a megfigyelést, hogy a tanulmányi motiváció és a mentális egészség mutatói között szoros összefüggés áll fent: az amotiváció, illetve az öndetermináció alacsony szintje a pszichológiai morbiditás megnövekedett kockázatával [90–94,96,97,99] és az étellel való elégedettség csökkent szintjével jár együtt [94,95].

5.4. Online pszichológiai szolgáltatások kialakítása és igénybevételének vizsgálata

A COVID-19 vilájárvány első évében a meghívott orvostanhallgatók mintegy hatoda vette igénybe az egyetem orvostanhallgatói számára a járvány kezdetén kialakított és elérhetővé tett komplex online támogató szolgáltatást. A kurzusok megtekintési aránya hasonló volt a szakirodalomból ismert egyéb online mentálhigiénés szolgáltatásoknál tapasztaltakhoz. March és munkatársai vizsgálatában egy átlagpopulációból és egyetemi hallgatóból válogatott 308 fős mintában a válaszadók mindössze 3,6%-a preferálta az önsegítő online anyagokat; 10,7% preferálta a terapeuta által vezetett online beavatkozásokat, és a többség (85,7%) a személyes tanácsadást tartotta kívánatosnak [139]. Egy másik kutatásban két amerikai főiskolán megkérdezett egyetemi hallgatók (n=662) 10,1%-13,8%-ának volt online vagy telefonos mentálhigiénés tapasztalata [140]. Vizsgálatunkban a női hallgatók szignifikánsan nagyobb arányban mutattak segítségkereső magatartást, ami szintén megfelel a szakirodalomban leírt trendeknek [141].

A kifejezetten a pandémia pszichológiai terheinek enyhítését célzó tartalmak iránt viszonylag csekély volt az érdeklődés. Ez valószínűleg azzal magyarázható, hogy szolgáltatásaink elindításának idejére (2020. április közepe) a pandémiával kapcsolatos információk széles választéka állt már rendelkezésre mind az egyetemen belül, mind azon kívül. További meglepetést okozott, hogy a mindfulness meditáció, mint általában népszerű technika [142] egyik csoportban sem keltett kiemelt érdeklődést. Emellett a külföldi hallgatók a magyar hallgatókhoz képest kevés érdeklődést mutattak a mentális egészséggel kapcsolatos mobilalkalmazások iránt. A stresszcsökkentő módszerek közül mindkét csoport a rövid, audio formátumú stresszkezelési technikákat részesítette előnyben, valószínűleg a kényelmességük miatt. Összehasonlítva a stresszcsökkentő módszerek és a tanulási készségek fejlesztése iránti érdeklődést, következtetésünk szerint az orvostanhallgatók még a pandémia idején is határozottan a tanulási készségek javítását célzó beavatkozásokat preferálták.

Az egy vagy több nem teljesített vizsga miatt egyéni tanrendet követő nemzetközi hallgatók kisebb érdeklődést mutattak az önsegítő anyagok iránt, ellentétben azzal a feltételezésünkkel, hogy a nem teljesített vizsgák a kevésbé hatékony tanulási készségekkel és/vagy stresszkezelési technikákkal függhetnek össze, és ebből kifolyólag ezek a hallgatók fokozottabb érdeklődést mutatnak az ilyen tartalmak iránt. A tanulmányi kudarc a segítség elutasításával együttesen felveti annak lehetőségét, hogy itt az amotivált hallgatók egy részével van dolgunk. Esetükben az optimális beavatkozás a korai pályaorientációs tanácsadás lehet annak biztosítása érdekében,

hogy motivációjuknak megfelelő pályát válasszanak, ami az egyéni, állami és egyetemi erőforrások hatékonyabb felhasználását is szolgálja.

A szolgáltatás első félévében, amikor az újonnan létrehozott portálon keresztül kellett egyéni online konzultációra bejelentkezni, nem érkezett ilyenre kérelem, szemben a vizsgált időszak második felével, amikor visszatértünk a személyes ellátásra, és a jelentkezések száma visszaállt a pandémia előtti szintre. Ez valószínűleg azzal magyarázható, hogy a hallgatóknak a portálra való belépéshez az egyetemi azonosítójukat kellett használniuk, ami megszüntette az anonimitást. Ez visszatartó erő lehetett, annak ellenére, hogy ez a lépés csak a kapcsolatfelvételre szolgált, és a későbbi online konzultáció ezen a rendszeren kívül történt, amiről egyértelmű tájékoztatást is nyújtottunk. Amint visszaállítottuk az egyéni tanácsadásra való jelentkezés módját az online platformon kívülre, a szolgáltatás forgalma visszaállt a korábbi szintre. Mindez azt sugallja, hogy a névtelenség biztosítása kiemelten fontos a személyes pszichológiai konzultációt igénybe vevő orvostanhallgatók számára. Ez összhangban van egy 8 országra kiterjedő, 13.984 elsőéves egyetemi hallgató bevonásával végzett kutatás eredményeivel [143]. A tanulmány a segítségkérés determinánsainak széles spektrumát mérte, de az eredmények alapján csak a túlzott önállóságra való törekvés és a problémák felvállalásának a félelme volt közvetlen prediktora az alacsony segítségkeresési hajlandóságnak. A vizsgálat egyes mentális tünetek összefüggését is vizsgálta a segítségkereséssel és annak akadályaiival, amelyek közül a depressziós és szorongásos tünetek mutatták a legjelentősebb összefüggést a szégyennel. Tekintve, hogy minden negyedik középiskolai hallgatónak magas a depresszió kockázata [14], valószínűsíthető, hogy a szégyen a kezelés igénybevételének az egyik legkiemelkedőbb visszatartó ereje ebben a populációban.

5.5. A kutatás erősségei és korlátai

A kutatásban alkalmazott fókuszcsoportos módszertan erőssége volt, hogy lehetőséget adott az orvostanhallgatók körében számos potenciális stresszforrás feltárására, miközben lehetőségünk volt a megoldásokra vonatkozó elképzeléseket is explorálni. A kvalitatív stratégia – a kvantitatív vizsgálati módszerekkel ellentétben – biztosította a kérdések mélyebb körbejárását és a szenzitívebb témákba való betekintést is. A résztvevők inspirálták egymást, és közösen fogalmazhattak meg ötleteket a szervezeti szintű egészségfejlesztési javaslatokra. A vélemények szabad kifejezését megkönnyítette, hogy a moderátorok azonos korcsoportba tartoztak a megkérdezettekkel, hozzájuk hasonló státuszban voltak mesterszakos hallgatóként, illetve doktoranduszként, de nem álltak előzőleg sem formális, sem informális kapcsolatban a

résztevőkkel. Mindazonáltal nem zárható ki a társas kívánatossági torzítás, vagyis a moderátoroknak vagy más csoporttagoknak esetlegesen tulajdonított elvárásoknak való megfelelés. A csoporttagok között voltak olyanok, akik jól ismerték már egymást, ami akár visszatartó erő lehetett bizonyos álláspontok felvetésétől, azonban ezt kevésbé gondoljuk hangsúlyosnak annak fényében, hogy a csoporttagok aktívan részt vettek a csoportokban, és egyes kényes témákat (pl. a saját, páciensként szerzett tanácsadási tapasztalatok) is nyíltan megvitattak. Az online kommunikációs forma lehetséges hátrányai, mint például a technikai és hálózati problémák nem nehezítették az adatgyűjtést, de a testbeszéd megfigyelése ezáltal azonban korlátozott volt. A résztvevők körülbelül egyharmada hallgatói önkormányzati tag volt, ami növelte az eredmények érvényességét, mivel a HÖK tagjai általában nagyobb rálátással rendelkeznek a diákok igényeire és problémáira.

A kvalitatív kutatásokból levonható következtetésekre vonatkozó általános korlátok a saját kutatásunkra is vonatkoznak. Azáltal, hogy a fókuszcsoportban való részvétel teljesen önkéntes volt, és a válaszadók nem kaptak semmilyen incentívát a vizsgálatban való részvételért, feltételezhető, hogy az eredmények a tanulmányaik iránt leginkább elkötelezett hallgatók véleményét tükrözik, és nem reprezentatívak az orvostanhallgatókra általában. A hólabda mintavételi módszer szintén csökkentette az eredmények általánosíthatóságát. Bár a különböző fókuszcsoportokat különböző személyek által toboroztuk, a hallgatók általában olyan alanyokat jelöltek, akiket jól ismertek. Ezért lehetséges, hogy az azonos csoportba tartozó válaszadók hasonló attitűdökkel érkeztek, és a minta a teljes populáció egy kevésbé heterogén, a tanulmányaik és az egyetem iránt leginkább lojális hallgatók halmazát alkotja. A férfiak dominanciája a mintában további torzító tényező lehet, azonban a férfiakra köztudott, hogy a nőkhez képest kevésbé hajlamosak segítséget kérni mentális problémák esetén [144], így a segítségkeresési akadályok körbejárása szempontjából az ő válaszaik még nagyobb érdeklődésre tarthatnak számot.

A kutatásunkban azonosított stresszorok és beavatkozási pontok spektruma széles, ennek ellenére fennáll a lehetősége annak, hogy egy nagyobb mintán vagy eltérő mintavételi eljárás révén kapott mintában olyan szempontok is felmerülhettek volna, amelyek itt nem hangzottak el. További nehézséget jelent a debreceni képzésre specifikus problémák megkülönböztetése az ország más egyetemein folyó orvosképzésre jellemző problémáktól, mert a képzőhelyek, ha folytatnak is efféle vizsgálatot a nehézségek és hiányosságok részletes feltárására, kevésbé érdekeltek az eredmények közzétételében. A szakirodalom alapján inkább az általánosságban jelenlevő problémákra tehetünk becsléseket. Papp és Túry 2010-es felmérése alapján a Semmelweis Egyetemen 95 frissen végezett orvostól álló mintában a válaszadók 28%-a érezte

magát megfelelően felkészültnek az orvosi pályára [145]. Ezzel összefüggésben a válaszadók – ahogyan a jelen kutatásunk résztvevői is – elégedetlenségüket fejezték ki a gyakorlati képzésükkel, ami mellett sokan érezték azt is, hogy az elméleti képzés, bár nívós, számos felesleges részletet tartalmaz. A hatodik évfolyamos hallgatók képzése nagyban különbözik alsóbb éves társaikétól, közül azonban csak 1 fő volt jelen a vizsgálatban, ezáltal a szigorló évfolyamra jellemző potenciális stresszorok feltérképezésére további kutatásokra van szükség. Noha a fókuszcsoporthoz tartozó kutatások eredményei nem számszerűsíthetők, és csak egy egyetem hallgatóit vontuk be, a résztvevőket arra kértük, hogy a szerintük általánosságban fennálló stresszorokról és segítségkeresési akadályokról számoljanak be, és ne feltétlenül csak az általuk személyesen észlelt tényezőkről, ezáltal eredményeink alkalmasak hipotézisek alkotására a szervezeti szintű beavatkozási pontokat illetően.

A tanulmányi motiváció mérését célzó kutatásunkban a válaszadási arány viszonylag alacsony volt, valószínűleg azért, mert az adatgyűjtés a vizsgaidőszak első két hetében zajlott. Az önkéntes részvétel pedig magában hordozza annak a torzításnak a lehetőségét, hogy a kutatásban inkább a tanulmányaik iránt motiváltabb hallgatók vesznek részt, akik ezáltal potenciálisan felülreprezentálódhattak a mintában. Mindazonáltal a két eltérő módszerrel kapott egybehangzó eredményünk, hogy a válaszadó orvostanhallgatók mintegy tizede alacsonyan öndeterminált, indokoltá teszi a további kutatásokat. Az eredmények általánosításához további mérésekre van szükség, egyrészt a vizsgaidőszakon kívül is, másrészt reprezentatív mintán megismételve azt. Az általunk alkalmazott értékelési módszer összhangban van Howard és munkatársai ajánlásával, akik 486 minta és 13 különböző validált motivációs skálát alapján, összesen több, mint 205.000 résztvevő adataira támaszkodva arra a megállapításra jutottak, hogy a motiváció kontinuum szerű struktúrája miatt új értékelési módszerek létrehozására van szükség [146]. Howard és munkatársai a Látens Profilelemzés (LPA) mellett érveltek az egyének homogén motivációs alcsoportokba történő osztályozásra érdekében. Az LPA azonban feltételezi a normáeloszlást, ami a saját mintánkban az intrinzik motiváció és az amotiváció esetében nem teljesült, ezért esett a normáeloszlást nem követelő klaszteranalízis alkalmazására a választásunk.

Az internetre adaptált „Ariadné fonala” szolgáltatás igénybevétele elemző tanulmányunk egyik korlátja, hogy a hallgatók tisztában lehettek azzal, hogy aktivitásaikat automatikusan regisztrálja a rendszer; ez visszatartó erő lehetett azok számára, akik nem akarták felfedni segítségkeresési szándékukat. Limitációként említendő az alacsony mintaelemszám, mivel az összes meghívott hallgató 15%-a lépett be a portálra. Ez azonban összhangban áll az online szolgáltatásokhoz való hozzáférésre vonatkozó, fentebb ismertetett tendenciákkal, továbbá

tükrözi a várható igénybevétel nagyságrendjét hasonló online szolgáltatások vonatkozásában, amely nemigen növelhető az igénybevétel önkéntessége okán. Az intervenciókkal kapcsolatos preferenciák általánosítása az egyetem összes orvostanhallgatójára nem lehetséges. Tanulságos eredmény azonban, hogy épp azok mutattak csekély érdeklődést az önsegítő technikák iránt, akik a vizsgázással kapcsolatos nehézségeik okán egyéni tanrendet követnek, vagyis hallgatótársaiktól lemaradtak, és akiknek vélhetően a leginkább szükségük lenne támogatásra a tanulásban és a stresszkezelésben. Vizsgálatunk előnye, hogy az online szolgáltatásokat az egyetem valamennyi orvostanhallgatója korlátozás nélkül igénybe vehette és így átfogóbb képet kaphattunk a hallgatói preferenciákról. Következtetéseink a távoktatási portál naplózási rendszerének objektív mutatóiból származnak, ami pontosabban tükrözi a hallgatói preferenciákat, mint a széles körben elterjedten alkalmazott, kérdőív-alapú szubjektív önbevallások.

5.6. Konklúzió

Eredményeink alapján elsősorban olyan, egyetemi hatáskörben megvalósítható intézkedésekre lenne szükség, amelyek részben a tanulmányi követelmények teljesítését, vagyis a tanulást és a vizsgák sikeres teljesítését segítik, másrészt a mentális segítségnyújtás formáit bővítik, és az ahhoz való hozzáférésre vonatkozó információáramlást javítják. Az egyetemi szintű változtatások érintik a hallgatók legszélesebb körét, ezért, noha ezek megvalósítása nagy volumenű munkát kívánhat, ezek tekinthetők a leghatékonyabbaknak. A hallgatókat célzó beavatkozások biztosítása szintén rendszerszintű, egyetemi feladat. Eredményeink átfogó képet nyújtanak az egyetemi mentálhigiénés szolgáltatások igénybevételének akadályairól az orvostanhallgatók körében, valamint az ezek csökkentését célzó beavatkozások lehetséges köréről. Az orvostanhallgatók szemszögéből származó eredmények azt mutatják, hogy az intraperszonális, interperszonális és extraperszonális tényezők kölcsönösen jelentős szerepet játszanak a hallgatók segítségkérési döntésében. A segítségkereső magatartás több ponton is támogatható rendszerszintű, intézményes beavatkozásokkal, mivel számos akadály személyen kívüli és inkább extraperszonális eredetű. A stigmatizációtól való félelem és a problémák vállalásának nehézsége mellett a túlzott önmenedzselési igény, a gyenge kockázatbecslési készség, a megfelelő megküzdési mechanizmusok elégtelenségének felismerésének nehézségei egyaránt útjában állnak a segítségkeresésnek az orvostanhallgatók körében. A tanácsadás hatékonyságába vetett hit hiánya, valamint a szolgáltató és a folyamat ismeretlensége szintén

hátráltatja a pszichológushoz fordulást. A bizalmasság fokozottabb érzése miatt az orvostanhallgatók fogékonyak a videó formátumú tanácsadásra, ami kapunyitó funkciót tölthet be a későbbi személyes találkozások és az egészségügyi ellátás igénybevételének irányába. Így az online tanácsadás hozzájárulhat a szükséglet és a szolgáltatások igénybevétele közti szakadék mérsékléséhez. Az eredmények támpontot nyújtanak a mentálhigiénés szolgáltatások javításához és áttervezéséhez.

A motivációs profilok azonosítása kifejezetten hasznos, ugyanis az akadémiai motiváció, különösen annak magasabb mértékű autonómiát tükröző formái pozitív összefüggést mutatnak különböző tanulmányi eredményekkel [147]. Az akadémiai motivációs profil ismeretében nemcsak a pszichológiai alkalmazkodásra, hanem az önhatékonyagra [148], a tanulmányi eredményre és a lemorzsolódásra is tehetőek becslések [75].

A széles körben felkínálni tervezett intervenciók esetében érdemes figyelembe venni, hogy a hallgatók a világjárvány mentális egészségre gyakorolt káros hatásai mellett is döntően a tanulási technikák javítását célzó intervenciókat preferálták; stresszkezelés tekintetében pedig egyértelműen a rövid hanganyag formátumú relaxációs technikákat részesítették előnyben. A tanulási készségek fejlesztő segítség preferálása megmagyarázható annak ismeretében, hogy mentális terheik elsősorban a tanulmányi kihívásokból erednek [45]. Ennek következtében a hatékony tanulást segítő beavatkozások a stressz mértékét és az annak kezelésére vonatkozó szükségletet is csökkentheti. Ezen összefüggések további bizonyításához nemcsak az szükséges, hogy a hallgatók számára jól kidolgozott tréningek álljanak rendelkezésre, hanem az is, hogy mentális állapotuk és tanulmányi teljesítményük is nyomonkövethető legyen. Ehhez azonban követéses vizsgálatok szükségesek, amelyek a hallgatók anonimitás-preferenciájának ismeretében nehézkes. A tréningek akár a tanterv kötelező részét is képezhetnék. A tréningek mellett fontosak az önkéntes kortárs mentorprogramok, amelyek nemcsak a hallgatók tanulmányi készségeit fejleszthetik, hanem a kortárskapcsolatok bővítését és az orvostanhallgatók közösségébe való beilleszkedést is elősegíthetik. Az eredmények referenciapontként szolgálhatnak a populációt érintő egészségfejlesztési intézkedésekhez, és kijelölhetik az anyagi erőforrások jobb felhasználási módjait. Bármilyen szolgáltatás tervezése esetén azonban figyelembe veendő a célszemélyek öndetermináltságának (motivációjának) várható mértéke, melynek becsléséhez saját vizsgálatunk is szolgáltatnak adalékot.

5.7. Kitekintés

Bármilyen egészségfejlesztési intervenció csak akkor hatékony, ha azt a célcsoport hasznosnak véli és hajlandó a bevonódásra. Ezért a hallgatókat érintő egészségfejlesztési intervenciók tervezésénél, végrehajtásánál és majdani értékelésénél alapvetőnek tartjuk figyelembe venni az ő vélekedéseiket is a mentális egészségüket befolyásoló tényezőkről és arról, hogy az ő szemszögükből mi számít megoldásnak. A rendszerszintű változások egyben a leghatékonyabb egészségfejlesztési beavatkozások is, mivel a hallgatók legszélesebb körét érik el, és markáns preventív potenciáljuk van. Emellett azonban szükség van a hallgatók szűkebb körét célzó és egyéni jellemzőik fejlesztésére irányuló kezdeményezésekre is, akár a készségfejlesztő foglalkozások tanrendbe való integrálását. A gyakorlatban a hallgatók tanulmányi motivációs profiljának azonosítására és annak a visszajelzésére lenne szükség a pályaválasztás segítésében, ideális esetben még a továbbtanulási célok kijelölése előtt, de a motivációs profil alkalmazható az egyéni kockázatok előrejelzésében és a tehetséggondozó programokban is. A skála általunk bemutatott értékelési módjai pedig hozzájárulhatnak a mérőeszköz szélesebb körű felhasználásához leíró kutatásokban, fejlődési tanulmányokban vagy beavatkozások értékelésében. A jövőben feladat különféle beavatkozások tesztelése, illetve a motivációra való szűrés alkalmazhatóságának részletesebb kidolgozása.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

Kvantitatív módszereket alkalmazott kutatások világszerte következetesen rámutattak az orvostanhallgatók kedvezőtlen mentális egészségi állapotára, de ennek determinánsairól és a hallgatók által szükségesnek gondolt beavatkozásokról már jóval kevesebb vizsgálat született. Az orvostanhallgatók körében magasabb gyakoriságú pszichés zavarok ellenére többségük tünetek esetén sem kér professzionális segítséget. A hallgatók egy része már az egyetemre való belépéskor magasabb kockázattal rendelkezik, és vulnerábilisnak számít pszichés morbiditás szempontjából. A képzés jellegéből eredendően jelentős kihívásokkal teli orvosi tanulmányok mellett a COVID-19 világjárvány megjelenése tovább súlyosbította a hallgatók stresszterhelését, miközben drasztikusan csökkentette a stresszkezelést könnyítő társas interakciókat. Mindezen tényezők rávilágítanak annak szükségességére, hogy az orvostanhallgatók mentális állapotáról és annak meghatározó tényezőiről, továbbá a mentális állapot javítását segítő szolgáltatások hatékonyságáról minél pontosabb információkkal rendelkezünk.

A vizsgálat első célja az volt, hogy azonosítsuk azokat a szervezeti és egyéni szintű tényezőket, amelyek kedvezőtlenül befolyásolják a Debreceni Egyetem magyar és angol nyelvű orvoscépzésében részt vevő hallgatók mentális egészségét. Második célként a hallgatóknak a segítő beavatkozásokra vonatkozó javaslatait kívántuk megismerni, és törekedtünk arra is, hogy feltárjuk az orvostanhallgatók véleményeit az egyetemi mentálhigiénés szolgáltatások igénybevételét akadályozó tényezőkről, valamint az online tanácsadással kapcsolatos attitűdjeikről és preferenciáikról. Kutatásunk harmadik célja volt az öndeterminációs elmélet alapján tanulmányi motiváció vizsgálata és motivációs profilok (kategóriák) elkülönítése, és a kapott eredmények konkurens kritérium validitásának ellenőrzése a mentális egészség két mutatójával (pszichés distressz és élettél való elégedettség) elsőéves orvostanhallgatók mintáján. A kutatás utolsó, negyedik célja az volt, hogy a Debreceni Egyetem orvosi karának a koronavírus-járvány kezdetén internetre adaptált és kibővített mentálhigiénés szolgáltatásaink igénybevételét elemezzük. Az egyetemi távoktatási portálon elérhetővé tett online szolgáltatások a perszonalizált tanácsadás mellett önsegítő technikákat is tartalmaztak három témában: tanulási készségek fejlesztése, stresszkezelési technikák és a COVID-19 világjárvánnyal összefüggő mentális problémák kezelése. A portál egy éves forgalmát tettük elemzés tárgyává a látogatók aktivitását pontosan nyomon követő informatikai adatok alapján.

Az első két cél teljesítéséhez, vagyis az orvosképzést övező stresszorok és a segítségkeresés akadályainak, valamint a beavatkozások kiindulópontjainak feltérképezésére 4 fókuszcsoporthoz interjút készítettünk 26 orvostanhallgatóval (13 magyar és 13 külföldi hallgató) az I-VI. évfolyamról. Az interjúk hanganyagát rögzítettük és átírtuk, az így kapott anyagot pedig tartomelemzésnek vetettük alá az NVivo szoftverrel és manuálisan. A harmadik cél, a tanulmányi motivációs profilok és ezek mentális egészséggel való összefüggéseinek vizsgálatára elsőéves orvostanhallgatók körében végeztünk kérdőíves felmérést a Tanulmányi Motivációs Skála (AMS-28), a Lelki Egészség Kérdőív (GHQ-12) és az egy itemes Élettel Való Elégedettség Skála segítségével. A tanulmányi motivációs profilokat két módszerrel: klaszterelemzéssel és kvantilis-elemzéssel is létrehoztuk. A negyedik cél teljesítéséhez az egyetem távoktatási portálján két nyelven közzétett online önszegítő anyagok igénybevételét vizsgáltuk 2020 áprilisa és 2021 áprilisa között mind a magyar, mind a külföldi orvostanhallgatók körében, a portál naplózási rendszerében rögzített adatok alapján.

Az első kutatási témát illetően, a hallgatók által azonosított legfőbb stresszorok közé tartozott a tananyag nagy mennyisége, a vizsgarendszer sajátosságai (pl. a nem egyértelmű követelmények, a vizsgáztatók észlelt szubjektivitása, az igazságtalannak vélt értékelések), a tanulmányi segédanyagok és a gyakorlati képzések hiányosságai, valamint az egyetemen belüli információáramlással kapcsolatos problémák. A magyar hallgatók számára jelentős stresszforrásként jelentkezett az évisméltés és az önköltséges képzésre való áttérés veszélye. A tananyag nagy mennyisége miatt a hallgatók kifejezték igényüket olyan beavatkozásokra, amelyek célja a tanulási technikák és az időgazdálkodási készségek javítása, valamint a stresszkezelési és megküzdési készségek erősítése. A jövőbeli karrierrel kapcsolatos bizonytalanság mérséklése érdekében hatékony karriertanácsadásra merült fel igény.

A pszichológiai segítségkeresés akadályait feltáró második téma kapcsán az akadályok hierarchiája körvonalazódott intraperszonális, interperszonális és extraperszonális szinten a következők szerint. Az intraperszonális akadályok közé tartozik az alacsony kockázatbecslési készség, a túlzott önállóságra való törekvés, a szolgáltatások hatékonyságával kapcsolatos szkepticizmus, és a nyitottság hiánya. Az interperszonális tényezők közé tartoztak a hosszú várólistákkal kapcsolatos aggodalmak, a rendelkezésre álló szolgáltatásokat illető információhiány, a problémák felvállalásától való félelem, valamint a tanácsadókkal és a tanácsadási folyamattal kapcsolatos ismerethiány. Az extraperszonális akadályok között olyan tényezők szerepeltek, mint az egészségbiztosítási hiányosságok (külföldi hallgatók számára), a konzultációk limitált száma, a kedvezőtlen szociokulturális attitűdök, és a megbélyegzéstől való félelem. Ezen akadályok mérséklésére a hallgatók olyan javaslatokat tettek, mint a

pszichoedukáció, a rutinszerű szűrővizsgálat, a szolgáltatások hirdetése az egyetemen belül, és stigmacsökkentő kampányok szervezése. Javasolták továbbá a személyes mellett az online videós tanácsadás biztosítását.

A harmadik téma, a tanulmányi motivációs profilok vizsgálata 189 elsőéves medikus résztvevő által alkotott mintában történt (átlagéletkor = $19,38 \pm 2,03$ év, 72% nő). A klaszterelemzés három különböző öndeterminációs profilt (kategóriát) azonosított: "magasan" ($n=59$; intrinzik motiváció $M=5,48 \pm 0,60$; extrinzik motiváció $M=6,07 \pm 0,41$; amotiváció $M=1,57 \pm 0,95$), "mérsékelten" ($n=111$; intrinzik motiváció $M=4,5 \pm 1,06$; extrinzik motiváció $M=4,41 \pm 0,87$; amotiváció $M=1,25 \pm 0,36$) és "alacsonyán öndeterminált" ($n=19$; intrinzik motiváció $M=4,22 \pm 1,02$; extrinzik motiváció $M=4,03 \pm 1,16$; amotiváció $M=3,07 \pm 1,30$). Decilis számításokkal sikerült azonosítani a leginkább intrinzik ($n=14$, 7,4%), extrinzik módon motivált ($n=10$, 5,3%) és legkevésbé motivált (amotivált) ($n=18$, 9,5%) egyéneket. Az "alacsonyán öndeterminált" (amotivált) egyéneknél magasabb mértékű pszichológiai distressz és az étellel való elégedettség kedvezőtlenebb szintje mutatkozott.

A negyedik témát képező "Ariadné fonala" mentálhigiénés szolgálat bővített szolgáltatásait kínáló online platformját 458 orvostanhallgató látogatta meg az egy éves vizsgálati időszak alatt. A magyar nyelvűek 36,6%-a a tanulási készségek javítását segítő anyagok, 23%-a a stresszkezelési technikák iránt mutatott érdeklődést, utóbbiak közül a rövid relaxációs hanganyagokat részesítve előnyben. Az angol nyelvűek közül 40,4% a tanulási készségekkel kapcsolatos anyagokat, 29% pedig a stresszkezelési technikákat bemutató anyagokat nyitotta meg, utóbbiak közül ugyancsak a rövid relaxációs hanganyagokat részesítve előnyben. A COVID-19 mentális egészségre gyakorolt hatásával foglalkozó tartalmak elérési aránya a magyar nyelvűek körében 9,5%, az angol nyelvűek körében 24% volt.

Az orvostanhallgatók mentális egészségére kedvezőtlen hatást gyakorló szervezeti és egyéni tényezők orvoslására rendszerszintű beavatkozások szükségesek. Eredményeink kiindulási pontként szolgálhatnak különféle egészségfejlesztési intervenciók számára, ideértve az egyetemi mentálhigiénés szolgáltatások át- vagy újratervezési módjait is. A Tanulmányi Motivációs Skála újragondolt értékelési módszertanának alkalmazásával a hallgatók az öndeterminációs kontinuum "alacsony", "közepes" vagy "magas" szintjére sorolhatók be. Eredményeink amellet, hogy rávilágítanak a motivációs profilok és a mentális egészség jelentős összefüggésére, lehetőséget kínálnak az amotivált hallgatók azonosítására, amely segíthet csökkenteni a pszichés tünetek és megbetegedések előfordulását hallgatók körében. Az internetre adaptált mentálhigiénés platformon nyomkövetett hallgatói aktivitás mintázata rávilágít arra, hogy a stresszcsökkentő beavatkozásokkal szemben, azok helyett a hallgatók még

a világvárvány közepén is döntően a tanulási készségeik javítását célzó segítséget részesítették előnyben. Ez fontos adalék, amit szükséges figyelembe venni a hallgatói igényekre közvetlenül reflektáló, az érdeklődésükre számot tartó intervenciók tervezése során.

SUMMARY

A large body of global research has consistently highlighted the adverse mental health status of medical students, but much fewer studies have examined its underlying determinants and their potential remedies as required by students. Although medical students have been at increased risk of psychological distress, the majority of those experiencing mental problems do not seek professional help. Some of them are at an increased risk for psychological morbidity already at the beginning of their studies. The challenging environment of medical training has been compounded by the emergence of the COVID-19 pandemic which exacerbated students' stress levels while drastically reducing potentially supportive social interactions. All these factors underline the necessity of researching mental health and its determinants among medical students along with research on the utilization of mental health services provided for them.

The first objective of this study was to identify systemic and individual-level factors that negatively affect the mental health of students in the Hungarian and English courses of General Medicine at the University of Debrecen. As a second objective, the study also aimed at revealing the students' recommendations for potential interventions as well as uncovering students' perspectives on barriers that hinder the use of university mental health services, and their attitudes and preferences towards online counselling. The third objective was to distinguish profiles (categories) of academic motivation and demonstrate their concurrent criterion validity in relation to indicators of mental health (psychological distress and life satisfaction) in first-year medical students. The fourth objective was the detailed analysis of students' access to a collection of online available mental health services. These services were based on an existing service („Ariadne's thread") and expanded at the beginning of the pandemic to include not only personal consultation but self-help resources in three areas: improving study skills, stress management techniques, and mitigating stress caused by the COVID-19 pandemic, and were moved to the online learning management system of the university. The analysis was based on data from the system during one year.

In order to fulfill the first two objectives, that is, to identify stressors at the university, and systemic and individual-level barriers to help-seeking, as well as potential interventions, 4 focus

group interviews were conducted with 26 medical students (13 Hungarian and 13 international students) from years I-VI. These sessions were audio-recorded and transcribed, and the content of the resulting material was analysed using NVivo software and manual review. As to the third objective, academic motivation was assessed by the college version of the Academic Motivation Scale (AMS-28); mental health was examined by the General Health Questionnaire (GHQ-12) and the single-item measure of Life Satisfaction among first-year medical students. Profiles of academic motivation were constructed using two methods: two-step cluster analysis and quantile analysis. The fourth objective, namely the analysis of patterns of access to a collection of online mental help resources was based on the log data of the learning management system where this collection was available between April 2020 and April 2021 for Hungarian and international medical students.

As to the first research topic, the main stressors identified by students included the vast volume of study materials, grievances related to examinations (such as unclear requirements, examiner subjectivity, perceived unfairness regarding results), the shortage of study notes and aids, insufficiencies of practical trainings, and problems with information dissemination within the university. The looming risk of failing exams that may result in losing government-funded tuition emerged as a significant source of stress for Hungarian students. Due to the overwhelming volume of course material, students expressed a desire for help aimed at improving their study techniques and time management skills as well as strengthening their stress management and coping skills. Uncertainty about future career prospects emerged as another area where students would need career guidance.

Regarding the second topic, a hierarchy of barriers limiting access to mental health services were identified at intrapersonal, interpersonal and extrapersonal levels as follows. Intrapersonal barriers included perceived low risk, excessive self-reliance, scepticism about the effectiveness of mental services, and lack of openness. Interpersonal factors included concerns about long waiting lists, inadequate information about services, fear of exposure, and unfamiliarity with counsellors and the counselling process. Extrapersonal barriers included issues such as limitations of health insurance, low number of consultation sessions, socio-cultural attitudes and fear of stigma. To address these barriers, the students recommended psychoeducation, routine screening, social marketing of services, and campaigns to reduce stigma. They also suggested offering not only face-to-face but online video counselling as well. As to the third topic, academic motivation profiles were created from data of a sample of 189 first-year medical students (mean age = 19.38 ± 2.03 years, 72% female). Cluster analysis identified three distinct self-determination profiles: "high" ($n=59$; mean intrinsic motivation= 5.48 ± 0.60 ; mean extrinsic

motivation= 6.07 ± 0.41 ; mean amotivation= 1.57 ± 0.95), "moderate" (n=111; mean intrinsic motivation= 4.5 ± 1.06 ; mean extrinsic motivation= 4.41 ± 0.87 ; mean amotivation= 1.25 ± 0.36), and "low" level of self-determination (n=19; mean intrinsic motivation= 4.22 ± 1.02 ; mean extrinsic motivation= 4.03 ± 1.16 ; mean amotivation= 3.07 ± 1.30). Analysis based on deciles of motivation revealed 3 distinct categories including individuals with the highest intrinsic (n=14, 7.4%), extrinsic (n=10, 5.3%) and least motivated (amotivated) (n=18, 9.5%) orientations. Individuals with 'low' levels self-determination or amotivation showed increased psychological distress and reduced life satisfaction.

Results of the fourth topic were based on data of all 458 students who accessed the expanded online mental services portal „Ariadne's thread” any time during the one-year study period. 36.6% of Hungarian and 40.4% of the international students accessed materials helping to improve study skills; 23% of the Hungarian and 29% of the international students accessed stress management resources with a preference for brief audio relaxation techniques. Access rates for content addressing the impact of COVID-19 on mental health was 9.5% and 24%, respectively.

A number of organisational and individual factors affecting the mental health of medical students can be addressed through systemic changes and interventions to be implemented by the university. Our findings can inform these changes and interventions, including approaches to redesigning mental health services to improve accessibility for students. Our results on academic motivation profiles provide a practical method for positioning medical students on the self-determination continuum as being 'low', 'moderate' or 'high'. Our findings not only highlight the association of these profiles on mental health but also provide means to identify students struggling with motivation which is the basis to offer personal help thereby reducing the risk of psychological morbidity among students. The analysis of access to our expanded online mental health platform during one year of the pandemic highlighted the students' strong preference for study skills support over stress reduction interventions. These findings can be used either for the remodeling of existing or for the development of new interventions tailored to medical students.

7. IRODALOMJEGYZÉK

7.1. Hivatkozott közlemények

- [1] Arnett JJ, Žukauskiene R, Sugimura K. The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: Implications for mental health. *Lancet Psychiatry* 2014;1:569–76. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7).
- [2] Dyrbye L, Thomas M, Shanafelt T. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006;81:354–73. <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>.
- [3] Lloyd C, Gartrell N. Psychiatric symptoms in medical students. *Compr Psychiatry* 1984;25:552–65. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(84\)90036-1](https://doi.org/10.1016/0010-440X(84)90036-1).
- [4] Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292:1177–80. <https://doi.org/10.1136/BMJ.292.6529.1177>.
- [5] Kósa K, Bíró É. A mentális állapot populációs szintű vizsgálatának koncepciói és eszközei. *Mentalhigiéné És Pszichoszomatika* 2018;19:103–39. <https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.005>.
- [6] Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open* 2015;5. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2014-007079>.
- [7] World Health Organization (WHO). Mental health 2022. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI8Pjiw5LFhAMV8TkGAB2H7wYvEAAYASAAEgKetPD_BwE (elérve: 2024.01.17).
- [8] Vollebergh WAM, Iedema J, Bijl R V., De Graaf R, Smit F, Ormel J. The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:597–603. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.58.6.597>.

- [9] Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clin Proc* 2005;80:1613–22. <https://doi.org/10.4065/80.12.1613>.
- [10] Maser B, Danilewitz M, Guérin E, Findlay L, Frank E. Medical Student Psychological Distress and Mental Illness Relative to the General Population: A Canadian Cross-Sectional Survey. *Acad Med* 2019;94:1781–91. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002958>.
- [11] Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside north america: A systematic review. *Med Educ* 2014;48:963–79. <https://doi.org/10.1111/medu.12512>.
- [12] Cuttilan AN, Sayampanathan AA, Ho RCM. Mental health issues amongst medical students in Asia: A systematic review [2000-2015]. *Ann Transl Med* 2016;4. <https://doi.org/10.3978/J.ISSN.2305-5839.2016.02.07>.
- [13] AlShamlan N, AlShamlan R, AlShamlan A, AlOmar R, AlAmer N, Darwish M, et al. Prevalence of depression and its associated factors among clinical-year medical students in Eastern Province, Saudi Arabia. *Postgrad Med J* 2020;96:343–8. <https://doi.org/10.1136/POSTGRADMEDJ-2020-137578>.
- [14] Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Bradley Segal J, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016;316:2214–36. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>.
- [15] Bugaj TJ, Cranz A, Junne F, Erschens R, Herzog W, Nikendei C. Psychosocial burden in medical students and specific prevention strategies. *Ment Health Prev* 2016;4:24–30. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.12.003>.
- [16] Mohos A, Kolozsváry LR, Rinfel J, Varga A, Markó-Kucsera M, Torzsahos P. Orvostanhallgatók szakterület-választással kapcsolatos motivációi, fókuszban a háziiorvosi hivatás. *Lege Artis Medicinae* 2022;32:355–64. <https://doi.org/10.33616/LAM.32.027>.
- [17] Csörsz I. Az orvosi hivatásszemélyiség alakulásának társaslélektani meghatározói és fejlesztésének lehetőségei. *Orv Hetil* 2011;152:475–80. <https://doi.org/10.1556/OH.2011.29078>.

- [18] Dinyáné Szabó M, Pusztai G, Szemerszki M. Lemorzsolódási kockázat az orvostanhallgatók körében. *Orv Hetil* 2019;160:829–834. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31408>.
- [19] Kovács KE, Pusztai G, Kovács K, Nagy BE. A felsőoktatási társas integráció és a hallgatói egészségmagatartás kapcsolata. *PedActa (Cluj-Napoca)* 2018;8.
- [20] Riemenschneider H, Balázs P, Balogh E, Bartels A, Bergmann A, Cseh K, et al. Do socio-cultural factors influence medical students' health status and health-promoting behaviors? A cross-sectional multicenter study in Germany and Hungary. *BMC Public Health* 2016;16. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3228-1>.
- [21] Terebessy A, Czeglédi E, Balla BC, Horváth F, Balázs P. Medical students' health behaviour and self-reported mental health status by their country of origin: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2016;16:1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0884-8>.
- [22] Terebessy A. Orvostanhallgatók önértékelt egészségi állapota és egészségmagatartása. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, 2015.
- [23] Rosta E, Almási Z, Karácsony I, Konkoly Thege B, Hegedus K. Orvostanhallgatók egészség-magatartása. Mentálhigiénés készségfejlesztés a hazai orvosképzésben. *Orv Hetil* 2012;153:1153–7. <https://doi.org/10.1556/OH.2012.29374>.
- [24] Kovács M, Kovács E. “Veszélyben Az Orvostanhallgatók?”-Hallgatói Kiegészítés És Tanulmányok Iránt Mutatott Elkötelezettség. *Mentalhigiéné Es Pszichoszomatika* 2012;13:163–79. <https://doi.org/10.1556/Mental.13.2012.2.4>.
- [25] Sárközy V, Barabás K. Stresszforrások, következményeik valamint a megküzdési stratégiák orvostanhallgatók körében. *Egészségfejlesztés* 2009;5:41–7.
- [26] Bíró É, Ádány R, Kósa K. Mental health and behaviour of students of public health and their correlation with social support: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011;11:1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-871/TABLES/3>.
- [27] Bíró É, Balajti I, Ádány R, Kósa K. Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. *Orv Hetil* 2008;149:2165–71. <https://doi.org/10.1556/OH.2008.28427>.

- [28] Pikó B. Stressz, coping és a pszichikai jóllét összefüggései preklinikai orvostanhallgatók körében. *Orv Hetil* 2014;155:1312–8. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.29953>.
- [29] Sima Á, Pikó B, Simon T. Orvosegyetemi hallgatók pszichés egészségének és egészségkárosító magatartásának epidemiológiai vizsgálata. *Orv Hetil* 2004;145:123–9.
- [30] Ádám S, Hazag A. Magas a kiégés prevalenciája magyar orvostanhallgatók között: az elmélyülés és pozitív szülői attitűdök mint lehetséges protektív tényezők. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika* 2013;14:1–23. <https://doi.org/10.1556/Mental.14.2013.1.1>.
- [31] Gács B, Tényi T, Pálfi K, Major J, Horváth-Sarródi A. Az orvostanhallgatók számára fenntartott mentálhigiéné segítségnyújtás szerepe. *Orv Hetil* 2023;164:1778–86. <https://doi.org/10.1556/650.2023.32889>.
- [32] Bíró É, Veres-Balajti I, Ádány R, Kósa K. Social cognitive intervention reduces stress in Hungarian university students. *Health Promot Int* 2017;32:73–8. <https://doi.org/10.1093/HEAPRO/DAU006>.
- [33] Bíró É, Balajti I, Dány RÁ, Kósa K. Determinants of mental well-being in medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:253–8. <https://doi.org/10.1007/S00127-009-0062-0/TABLES/3>.
- [34] Polujanski S, Rotthoff T, Nett U, Schindler AK. First-year Medical Students' Varying Vulnerability to Developing Depressive Symptoms and Its Predictors: a Latent Profile Analysis. *Academic Psychiatry* 2023;47:143–51. <https://doi.org/10.1007/s40596-023-01757-x>.
- [35] Tjia J, Givens JL, Shea JA. Factors Associated With Undertreatment of Medical Student Depression. *Journal of American College Health* 2010;53:219–24. <https://doi.org/10.3200/JACH.53.5.219-224>.
- [36] Kishegyi J, Makara P. Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta. In: Kishegyi J, Makara P, editors. *Az egészségfejlesztés alapelvei: Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*, Budapest: OEFI; 2004, p. 9–14.
- [37] Imran N, Tariq KF, Pervez MI, Jawaid M, Haider II. Medical Students' Stress, Psychological Morbidity, and Coping Strategies: A Cross-Sectional Study from Pakistan. *Acad Psychiatry* 2016;40:92–6. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0413-y>.

- [38] Gazzaz ZJ, Baig M, Al Alhendi BSM, Al Suliman MMO, Al Alhendi AS, Al-Grad MSH, et al. Perceived stress, reasons for and sources of stress among medical students at Rabigh Medical College, King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia. *BMC Med Educ* 2018;18:1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1133-2>.
- [39] Erschens R, Herrmann–Werner A, Keifenheim KE, Loda T, Bugaj TJ, Nikendei C, et al. Differential determination of perceived stress in medical students and high-school graduates due to private and training-related stressors. *PLoS One* 2018;13:1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191831>.
- [40] Saloviita T, Pakarinen E. Teacher burnout explained: Teacher-, student-, and organisation-level variables. *Teach Teach Educ* 2020;97. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2020.103221>.
- [41] Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: A qualitative study. *Med Educ* 2003;37:32–8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01405.x>.
- [42] Moczko TR, Bugaj TJ, Herzog W, Nikendei C. Perceived stress at transition to workplace: a qualitative interview study exploring final-year medical students’ needs. *Adv Med Educ Pract* 2016:15–27. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S94105>.
- [43] Verdonk P, Röntzsch V, De Vries R, Houkes I. Show what you know and deal with stress yourself: a qualitative interview study of medical interns’ perceptions of stress and gender. *BMC Med Educ* 2014;14:96. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-96>.
- [44] Kötter T, Pohontsch NJ, Voltmer E. Stressors and starting points for health-promoting interventions in medical school from the students’ perspective: a qualitative study. *Perspect Med Educ* 2015;4:128–35. <https://doi.org/10.1007/s40037-015-0189-5>.
- [45] Weber J, Skodda S, Muth T, Angerer P, Loerbroks A. Stressors and resources related to academic studies and improvements suggested by medical students: A qualitative study. *BMC Med Educ* 2019;19:1–14. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1747-z>.
- [46] Mazzola JJ, Schonfeld IS, Spector PE. What qualitative research has taught us about occupational stress. *Stress and Health* 2011;27:93–110. <https://doi.org/10.1002/SMI.1386>.

- [47] Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017;26:623–47. <https://doi.org/10.1007/S00787-016-0930-6>.
- [48] Wang P, Berglund P, Olfson M, Pincus H, Wells K, Kessler R. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:603–13. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.62.6.603>.
- [49] Gold JA, Johnson B, Leydon G, Rohrbaugh RM, Wilkins KM. Mental health self-care in medical students: a comprehensive look at help-seeking. *Acad Psychiatry* 2015;39:37–46. <https://doi.org/10.1007/S40596-014-0202-Z>.
- [50] Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med* 2002;77:918–21. <https://doi.org/10.1097/00001888-200209000-00024>.
- [51] Biddle L, Donovan J, Sharp D, Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociol Health Illn* 2007;29:983–1002. <https://doi.org/10.1111/J.1467-9566.2007.01030.X>.
- [52] Vidourek R, King K, Nabors L, Merianos A. Students' benefits and barriers to mental health help-seeking. *Health Psychol Behav Med* 2014;2:1009–22. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.963586>.
- [53] Eisenberg D, Hunt J, Speer N, Zivin K. Mental health service utilization among college students in the United States. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2011;199:301–8. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123>.
- [54] Gulliver A, Farrer L, Bennett K, Griffiths KM. University staff mental health literacy, stigma and their experience of students with mental health problems. *J Furth High Educ* 2019;43:434–42. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2017.1367370>.
- [55] Fletcher I, Castle M, Scarpa A, Myers O, Lawrence E. An exploration of medical student attitudes towards disclosure of mental illness. *Med Educ Online* 2020;25. <https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1727713>.

- [56] Steffen J, Schlichtiger J, Brunner S, Huber BC. Health promoting behaviour of medical versus non-medical students during COVID-19 pandemic: results from the COLA cross-sectional study. *J Transl Med* 2021;19. <https://doi.org/10.1186/s12967-021-02899-y>.
- [57] Smith LD, Peck PL, Mcgovern RJ. Comparison of medical students, medical school faculty, primary care physicians, and the general population on attitudes toward psychological help-seeking. *Psychol Rep* 2002;91:1268–72. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1268>.
- [58] Winter RI, Patel R, Norman RI. A Qualitative Exploration of the Help-Seeking Behaviors of Students Who Experience Psychological Distress Around Assessment at Medical School. *Academic Psychiatry* 2017;41:477. <https://doi.org/10.1007/S40596-017-0701-9>.
- [59] Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. “I wouldn’t want it on my CV or their records”: medical students’ experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003;37:873–80.
- [60] Shahaf-Oren B, Madan I, Henderson C. “A lot of medical students, their biggest fear is failing at being seen to be a functional human”: disclosure and help-seeking decisions by medical students with health problems. *BMC Med Educ* 2021;21:1–10. <https://doi.org/10.1186/S12909-021-03032-9/FIGURES/1>.
- [61] Menon V, Sarkar S, Kumar S. Barriers to healthcare seeking among medical students: a cross sectional study from South India. *Postgrad Med J* 2015;91:477–82. <https://doi.org/10.1136/POSTGRADMEDJ-2015-133233>.
- [62] Bertuzzi V, Semonella M, Bruno D, Manna C, Edbrook-childs J, Giusti EM, et al. Psychological Support Interventions for Healthcare Providers and Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol 18, Page 6939 2021;18:6939. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18136939>.
- [63] Kauer SD, Mangan C, Sancu L. Do online mental health services improve help-seeking for young people? a systematic review. *J Med Internet Res* 2014;16:1–18. <https://doi.org/10.2196/jmir.3103>.

- [64] Montagni I, Tzourio C, Cousin T, Sagara JA, Bada-Alonzi J, Horgan A. Mental Health-Related Digital Use by University Students: A Systematic Review. *Telemedicine and E-Health* 2020;26:131–46. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0316>.
- [65] Llewellyn-Thomas HA. Patients' Health-care Decision Making: A Framework for Descriptive and Experimental Investigations. *Medical Decision Making* 1995;15:101–6.
- [66] Deci EL, Ryan RM. The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychol Inq* 2000;11:227–68. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01.
- [67] Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemp Educ Psychol* 2020;61:101860. <https://doi.org/10.1016/J.CEDPSYCH.2020.101860>.
- [68] Vallerand RJ, Pelletier LG, Blais MR, Briere NM, Senecal C, Vallieres EF. On the assessment of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education: Evidence on the concurrent and construct validity of the academic motivation scale. *Educ Psychol Meas* 1993;53:159–72. <https://doi.org/10.1177/0013164493053001018>.
- [69] Vallerand RJ, Pelletier LG, Blais MR, Briere NM, Senecal C, Vallieres EF. The academic motivation scale: A measure of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education. *Educ Psychol Meas* 1992;52:1003–17. <https://doi.org/10.1177/0013164492052004025>.
- [70] Vallerand RJ, Blais MR, Brière NM, Pelletier LG. Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME). *Can J Behav Sci* 1989;21:323–49. <https://doi.org/10.1037/H0079855>.
- [71] Cokley KO, Bernard N, Cunningham D, Motoike J. A psychometric investigation of the academic motivation scale using a United States sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 2001;34:109–19. <https://doi.org/10.1080/07481756.2001.12069027>.
- [72] Fairchild AJ, Horst SJ, Finney SJ, Barron KE. Evaluating existing and new validity evidence for the Academic Motivation Scale. *Contemp Educ Psychol* 2005;30:331–58. <https://doi.org/10.1016/J.CEDPSYCH.2004.11.001>.

- [73] Smith KJ, Davy JA, Rosenberg DL. An Examination of the Validity of the Academic Motivation scale with a United States Business Student Sample. *Psychol Rep* 2010;106:323–41. <https://doi.org/10.2466/PR0.106.2.323-341>.
- [74] Ardenska M, Ardenska A, Tomik R. Validity and reliability of the Polish version of the Academic Motivation Scale: a measure of intrinsic and extrinsic motivation and amotivation. *Health Psychol Rep* 2019;7:254–66. <https://doi.org/10.5114/HPR.2019.86198>.
- [75] Barkoukis V, Tsorbatzoudis H, Grouios G, Sideridis G. The assessment of intrinsic and extrinsic motivation and amotivation: Validity and reliability of the Greek version of the Academic Motivation Scale. *Assess Educ* 2008;15:39–55. <https://doi.org/10.1080/09695940701876128>.
- [76] Can G. Turkish version of the academic motivation scale. *Psychol Rep* 2015;116:388–408. <https://doi.org/10.2466/14.08.PR0.116k24w5>.
- [77] Édi S, Guimarães R, Bzuneck JA. Psychometric properties of an instrument for assessing the motivation of university. *Ciências & Cognição* 2008;13:101–13.
- [78] Ribeiro M, Saraiva V, Pereira P, Ribeiro C. Academic Motivation Scale: Validity in Portuguese Public Higher Education. *RAC - Revista de Administração Contemporânea (Journal of Contemporary Administration)* 2019;23:288–310.
- [79] Stover JB, Iglesia G de la, Boubeta AR, Liporace MF. Academic Motivation Scale: adaptation and psychometric analyses for high school and college students. *Psychol Res Behav Manag* 2012;5:71. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S33188>.
- [80] Kusrkar RA, Mak-van der Vossen M, Kors J, Grijpma JW, van der Burgt SME, Koster AS, et al. ‘One size does not fit all’: The value of person-centred analysis in health professions education research. *Perspect Med Educ* 2021;10:245–51. <https://doi.org/10.1007/s40037-020-00633-w>.
- [81] Howard MC, Hoffman ME. Variable-Centered, Person-Centered, and Person-Specific Approaches: Where Theory Meets the Method. *Organ Res Methods* 2018;21:846–76. <https://doi.org/10.1177/1094428117744021>.

- [82] Tóth-Király I, Orosz G, Dombi E, Jagodics B, Farkas D, Amoura C. Cross-cultural comparative examination of the Academic Motivation Scale using exploratory structural equation modeling. *Pers Individ Dif* 2016. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.048>.
- [83] Vansteenkiste M, Sierens E, Soenens B, Luyckx K, Lens W. Motivational Profiles From a Self-Determination Perspective: The Quality of Motivation Matters. *J Educ Psychol* 2009;101:671–88. <https://doi.org/10.1037/a0015083>.
- [84] Wormington S V., Corpus JH, Anderson KG. A person-centered investigation of academic motivation and its correlates in high school. *Learn Individ Differ* 2012;22:429–38. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2012.03.004>.
- [85] Ratelle CF, Guay F, Vallerand RJ, Larose S, Senécal C. Autonomous, Controlled, and Amotivated Types of Academic Motivation: A Person-Oriented Analysis. *J Educ Psychol* 2007;99:734–46. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.99.4.734>.
- [86] Litalien D, Gillet N, Gagné M, Ratelle CF, Morin AJS. Self-determined motivation profiles among undergraduate students: A robust test of profile similarity as a function of gender and age. *Learn Individ Differ* 2019;70:39–52. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2019.01.005>.
- [87] Kusurkar RA, Croiset G, Galindo-Garré F, Ten Cate O. Motivational profiles of medical students: Association with study effort, academic performance and exhaustion. *BMC Med Educ* 2013;13. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-87>.
- [88] Shrestha L, Pant SN. Motivational Profiles of Medical Students of Nepalese Army Institute of Health Sciences. *J Nepal Health Res Counc* 2018;15:252–7. <https://doi.org/10.3126/jnhrc.v15i3.18850>.
- [89] Sobral DT. What kind of motivation drives medical students' learning quests? *Med Educ* 2004;38:950–7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01913.x>.
- [90] Black AE, Deci EL. The Effects of Instructors' Autonomy Support and Students' Autonomous Motivation on Learning Organic Chemistry: A Self-Determination Theory Perspective. vol. 84. 2000.
- [91] Burton KD, Lydon JE, D'Alessandro DU, Koestner R. The differential effects of intrinsic and identified motivation on well-being and performance: Prospective, experimental,

- and implicit approaches to self-determination theory. *J Pers Soc Psychol* 2006;91:750–62. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.750>.
- [92] Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, vol. 49, 2008, p. 182–5. <https://doi.org/10.1037/a0012801>.
- [93] Van Petegem K, Aelterman A, Van Keer H, Rosseel Y. The influence of student characteristics and interpersonal teacher behaviour in the classroom on student's wellbeing. *Soc Indic Res* 2008;85:279–91. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9093-7>.
- [94] Ratelle CF, Vallerand RJ. The Relationship Between School-Leisure Conflict and Educational and Mental Health indexes: A Motivational Analysis. *J Appl Soc Psychol* 2005;35:1800–23.
- [95] Salinas-Jiménez MDM, Artés J, Salinas-Jiménez J. Income, Motivation, and Satisfaction with Life: An Empirical Analysis. *J Happiness Stud* 2010;11:779–93. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9185-y>.
- [96] Martín-Albo J, Núñez JL, Domínguez E, León J, Tomás JM. Relationships between intrinsic motivation, physical self-concept and satisfaction with life: A longitudinal study. *J Sports Sci* 2012;30:337–47. <https://doi.org/10.1080/02640414.2011.649776>.
- [97] Niemiec CP, Lynch MF, Vansteenkiste M, Bernstein J, Deci EL, Ryan RM. The antecedents and consequences of autonomous self-regulation for college: A self-determination theory perspective on socialization. *J Adolesc* 2006;29:761–75. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.11.009>.
- [98] Chen Y, Huang SJ. The relationship between teacher autonomous support and high school students' self-motivation and basic psychological needs. *Journal of Southwest China Normal University (Natural Science Edition)* 2016;41:141–5.
- [99] Ryan RM, Deci EL. A Self-Determination Theory Perspective on Social, Institutional, Cultural, and Economic Supports for Autonomy and Their Importance for Well-Being. In: Chirkov et al., editor. *Human Autonomy in Cross-Cultural Context, Cross-Cultural Advancements in Positive Psychology*. 1st ed., Berlin: Springer Science+Business Media B.V.; 2011, p. 45–64. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9667-8_3.

- [100] Kunanithaworn N, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Paiboonsithiwong S, Songtrijuck N, Kuntawong P, et al. Factors associated with motivation in medical education: A path analysis. *BMC Med Educ* 2018;18:1–9. <https://doi.org/10.1186/S12909-018-1256-5/FIGURES/2>.
- [101] Park J, Chung S, An H, Park S, Lee C, Kim SY, et al. A structural model of stress, motivation, and academic performance in medical students. *Psychiatry Investig* 2012;9:143–9. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.143>.
- [102] Del-Ben CM, Machado VF, Madisson MM, Resende TL, Valério FP, Troncon LEDA. Relationship between academic performance and affective changes during the first year at medical school. *Med Teach* 2013;35:404–10. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.769675>.
- [103] Ebert DD, Van Daele T, Nordgreen T, Karekla M, Compare A, Zarbo C, et al. Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health: A Report of the EFPA E-Health Taskforce. *Eur Psychol* 2018;23:167–87. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/A000318>.
- [104] Wang X, Hegde S, Son C, Keller B, Smith A, Sasangohar F. Investigating mental health of US college students during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *J Med Internet Res* 2020;22. <https://doi.org/10.2196/22817>.
- [105] Miguel C, Castro L, Marques Dos Santos JP, Serrão C, Duarte I. Impact of COVID-19 on Medicine Lecturers' Mental Health and Emergency Remote Teaching Challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol 18, Page 6792 2021;18:6792. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18136792>.
- [106] Mittal R, Su L, Jain R. COVID-19 mental health consequences on medical students worldwide. *J Community Hosp Intern Med Perspect* 2021;11:296–8. <https://doi.org/10.1080/20009666.2021.1918475>.
- [107] Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? *Journal of Mental Health* 2011;20:146–56. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.541300>.
- [108] Mahase E. Covid-19: Mental health consequences of pandemic need urgent research, paper advises. *BMJ* 2020;369:m1515. <https://doi.org/10.1136/BMJ.M1515>.

- [109] O.Nyumba T, Wilson K, Derrick CJ, Mukherjee N. The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods Ecol Evol* 2018;9:20–32. <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12860>.
- [110] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19:349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- [111] Rudas J. Önismereti csoportok. Budapest: Animula Kiadó; 1999.
- [112] Vicsek L. Fókuszcsoport. Budapest: Osiris Kiadó Kft.; 2006.
- [113] Mayring P. Qualitative Content Analysis. *Forum Qual Sozialforschung* 2000;1. <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>.
- [114] Dombi E. Az időperspektíva hazai mérése, személyiségvonásokkal való összefüggéseinek vizsgálata és egy új jövőorientációs mérőeszköz kidolgozása. PhD Dissertation. Szegedi Tudományegyetem, 2018.
- [115] Balajti I, Vokó Z, Ádány R, Kósa K. Validation of the hungarian versions of the abbreviated sense of coherence (SOC) scale and the General Health Questionnaire (GHQ-12). *Mentalhigiene Es Pszichoszomatika* 2007;8:147–61. <https://doi.org/10.1556/MENTAL.8.2007.2.4>.
- [116] Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997;27:191–7. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>.
- [117] Örkény Á. *Lelki egészség. Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003*. Budapest: 2005.
- [118] Dolan P, Metcalfe R. Measuring subjective wellbeing: recommendations on measures for use by national governments. *J Soc Policy* 2012;41:409–27. <https://doi.org/10.1017/S0047279411000833>.
- [119] Rosta E, Almási Z, Karácsony I, Konkoly Thege B, Hegedus K. Orvostanhallgatók egészség-magatartása. Mentálhigiénés készségfejlesztés a hazai orvosképzésben. *Orv Hetil* 2012;153:1153–7. <https://doi.org/10.1556/OH.2012.29374>.

- [120] Tempiski P, Bellodi PL, Paro HB, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Med Educ* 2012;12:106.
- [121] Pusztai G, Kovács K, Markos V. Lemorzsolódó és perzisztens felsőoktatási hallgatók civil aktivitása. *Új kutatások a neveléstudományokban*, Budapest: L' Harmattan Kiadó; 2019, p. 262–80.
- [122] Astin AW. *What matters in college?* San Fransisco: Jossey-Bass/Wiley; 1993.
- [123] Tinto Vincent. *Leaving college : rethinking the causes and cures of student attrition.* University of Chicago Press; 1994.
- [124] Pusztai G. *A láthatatlan kéztől a baráti kezekig.* Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó; 2011.
- [125] Lehrer EL. Religion and high-school graduation: a comparative analysis of patterns for white and black young women. *Rev Econ Househ* 2006;4:277–93. <https://doi.org/10.1007/S11150-006-0005-4>.
- [126] Gehlhar K, Klimke-Jung K, Stosch C, Fischer MR. Do different medical curricula influence self-assessed clinical thinking of students? *GMS Z Med Ausbild* 2014;31:1–20. <https://doi.org/10.3205/zma000915>.
- [127] Lam TP, Irwin M, Chow LWC, Chan P. Early introduction of clinical skills teaching in a medical curriculum - Factors affecting students' learning. *Med Educ* 2002;36:233–40. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01142.x>.
- [128] Gochhayat J, Giri VN, Suar D. Influence of Organizational Culture on Organizational Effectiveness: The Mediating Role of Organizational Communication. *Global Business Review* 2017;18:691–702. <https://doi.org/10.1177/0972150917692185>.
- [129] Dederichs M, Weber J, Muth T, Angerer P, Loerbroks A. Students' perspectives on interventions to reduce stress in medical school: A qualitative study. *PLoS One* 2020;15:1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240587>.
- [130] Livingston JA. Metacognition: An Overview. *Psychology* 2003:259–66.

- [131] Gyórfy Z, Molnár R, Somorjai N. Gyógyítók helyzete és egészsége-a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése. *Mentálhigiéné Es Pszichoszomatika* 2012;13:107–26. <https://doi.org/10.1556/Mental.13.2012.2.1>.
- [132] Kapás Z. *Pszichoszociális kockázatértékelés*. 1. kiadás. Budapest: OMKT Kft.; 2012.
- [133] Hazag A, Major J. A hallgatói kiégés jelensége, orvosok lelki egészségvédelme. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika* 2008;9:305–22. <https://doi.org/10.1556/Mental.9.2008.4.2>.
- [134] Pusztai G. The Effects of Institutional Social Capital on Students' Success in Higher Education. *HERJ-Hungarian Educational Research Journal* 2014;4. <https://doi.org/10.14413/HERJ2014.03.06>.
- [135] Pusztai G. Hallgatói vallásosság és felsőoktatási beágyazottság. *EDUCATIO* 2013.
- [136] Gebreegziabher Y, Girma E, Tesfaye M. Help-seeking behavior of Jimma university students with common mental disorders: A cross-sectional study. *PLoS One* 2019;14:1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212657>.
- [137] Harrer M, Adam SH, Baumeister H, Cuijpers P, Karyotaki E, Auerbach RP, et al. Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. *Int J Methods Psychiatr Res* 2019;28:1–18. <https://doi.org/10.1002/mpr.1759>.
- [138] Li W, Denson LA, Dorstyn DS. Understanding Australian university students' mental health help-seeking: An empirical and theoretical investigation. *Aust J Psychol* 2018;70:30–40. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12157>.
- [139] March S, Day J, Ritchie G, Rowe A, Gough J, Hall T, et al. Attitudes Toward e-Mental Health Services in a Community Sample of Adults: Online Survey. *J Med Internet Res* 2018;20. <https://doi.org/10.2196/JMIR.9109>.
- [140] Toscos T, Carpenter M, Drouin M, Roebuck A, Kerrigan C, Mirro M. College students' experiences with, and willingness to use, different types of telemental health resources: Do gender, depression/anxiety, or stress levels matter? *Telemedicine and E-Health* 2018;24:998–1005. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0243>.
- [141] Parra-Cardona JR, DeAndrea DC. Latinos' Access to Online and Formal Mental Health Support. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 2014 43:2 2014;43:281–92. <https://doi.org/10.1007/S11414-014-9420-0>.

- [142] Daya Z, Hearn JH. Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Med Teach* 2018;40:146–53. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1394999>.
- [143] Ebert DD, Mortier P, Kaehlke F, Bruffaerts R, Baumeister H, Auerbach RP, et al. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *Int J Methods Psychiatr Res* 2019;28:e1782. <https://doi.org/10.1002/mpr.1782>.
- [144] Sagar-Ouriaghli I, Godfrey E, Bridge L, Meade L, Brown J. Improving Mental Health Service Utilization Among Men: A Systematic Review and Synthesis of Behavior Change Techniques Within Interventions Targeting Help-Seeking. *Am J Mens Health* 2019;13. <https://doi.org/10.1177/1557988319857009>.
- [145] Papp S, Túry F. A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota. *LAM-Tudomány* 2010;20:423–9.
- [146] Howard JL, Gagné M, Bureau JS. Testing a continuum structure of self-determined motivation: A meta-analysis. *Psychol Bull* 2017;143:1346–77. <https://doi.org/10.1037/BUL0000125>.
- [147] Guay F, Ratelle CF, Roy A, Litalien D. Academic self-concept, autonomous academic motivation, and academic achievement: Mediating and additive effects. *Learn Individ Differ* 2010;20:644–53. <https://doi.org/10.1016/J.LINDIF.2010.08.001>.
- [148] Kryshko O, Fleischer J, Grunschel C, Leutner D. University Students' Self-Efficacy for Motivational Regulation, Use of Motivational Regulation Strategies, and Satisfaction With Academic Studies: Exploring Between-Person and Within-Person Associations. *J Educ Psychol* 2022. <https://doi.org/10.1037/EDU0000785>.

7.2. Az értekezés alapjául szolgáló és egyéb közlemények listája



**DEBRECENI
EGYETEM**

**DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**

H-4002 Debrecen, Egyetem tér 1, Pf.: 400
Tel.: 52/410-443, e-mail: publikaciok@lib.unideb.hu

Nyilvántartási szám: DEENK/4/2024.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Oláh Barnabás
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola
MTMT azonosító: 10076966

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

- 1. Oláh, B., Münnich, Á., Kósa, K.:** Identifying academic motivation profiles and their association with mental health in medical school.
Medical Education Online. 28 (1), 1-13, 2023.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10872981.2023.2242597>
IF: 4.6 (2022)
- 2. Oláh, B., Rádi, B. M., Kósa, K.:** Barriers to Seeking Mental Help and Interventions to Remove Them in Medical School during the COVID-19 Pandemic: perspectives of Students.
Int. J. Environ. Res. Public Health. 19 (13), 1-18, 2022.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19137662>
IF: 4.614 (2021)*
- 3. Oláh, B., Kuritárné Szabó, I., Kósa, K.:** Transfer of Mental Health Services for Medical Students to Cyberspace during the COVID-19 Pandemic: Service Use and Students' Preferences for Psychological Self-Help Techniques.
Int. J. Environ. Res. Public Health. 19 (20), 1-10, 2022.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192013338>
IF: 4.614 (2021)*

További közlemények

- 4. Kovács-Tóth, B., Oláh, B., Kuritárné Szabó, I., Fekete, Z.:** Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire 10 item version (ACE-10) among Hungarian adolescents.
Front. Psychol. 14, 1-11, 2023.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1161620>
IF: 3.8 (2022)



* A befogadás évében (2021) a folyóirat impakt faktora: 4.614.



5. **Oláh, B.**, Bíró, É., Kósa, K.: Residence in segregated settlements (colonies) rather than Roma identity increases the risk of unfavourable mental health in Hungarian adults.
Front. Public Health. 11, 1-9, 2023.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1205504>
IF: 5.2 (2022)
6. **Oláh, B.**, Fekete, Z., Kuritárné Szabó, I., Kovács-Tóth, B.: Validity and Reliability of the 10-Item Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-10) Among Adolescents in the Child Welfare System.
Front. Public Health. 11, 1-10, 2023.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1258798>
IF: 5.2 (2022)
7. Kovács-Tóth, B., **Oláh, B.**, Kuritárné Szabó, I., Túry, F.: Adverse childhood experiences increase the risk for eating disorders among adolescents.
Front. Psychol. 13, 1-10, 2022.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1063693>
IF: 3.8
8. **Oláh, B.**, Rádi, B. M., Kósa, K.: Az orvostanhallgatók mentális egészségét kedvezőtlenül befolyásoló tényezők és a beavatkozások lehetséges pontjai hallgatói szemszögből.
Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 23 (3), 286-315, 2022.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/0406.23.2022.011>
9. Fekete, Z., Vass, E., Balajthy, R., Tana, Ü., Nagy, A. C., **Oláh, B.**, Domján, N., Kuritárné Szabó, I.: Efficacy of metacognitive training on symptom severity, neurocognition and social cognition in patients with schizophrenia: a randomized controlled trial.
Scand. J. Psychol. 63 (4), 321-333, 2022.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12811>
IF: 2.1
10. Kovács-Tóth, B., **Oláh, B.**, Papp, G., Kuritárné Szabó, I.: Assessing adverse childhood experiences, social, emotional, and behavioral symptoms, and subjective health complaints among Hungarian adolescents.
Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 15 (1), 1-12, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-021-00365-7>
IF: 7.494
11. Kaszás, B., **Oláh, B.**, Kovács-Tóth, B.: Az izomdiszmorfia összefüggése a testképpel és a korai maladaptív sémákat kialakító szülői magatartással.
Psychiatr Hung. 36 (2), 113-123, 2021.





12. Fekete, Z., Vass, E., Balajthy, R., Tana, Ü., Nagy, A. C., **Oláh, B.**, Kuritárné Szabó, I.: Basic demographic outcomes: additional findings of a single-blind, randomised, controlled trial on metacognitive training for psychosis.
Psychosis. 2021, 1-11, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2021.1952296>
13. Kovács-Tóth, B., **Oláh, B.**, Kuritárné Szabó, I.: Can the Cumulative Adverse Childhood Experiences (ACE) Score Actually Identify the Victims of Intrafamilial Childhood Maltreatment? Findings from a Study in the Child Welfare System.
Int. J. Environ. Res. Public Health. 18 (13), 1-13, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18136886>
IF: 4.614

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 46,036

**A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre):
13,828**

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2024.01.08.



7.3. Az értekezéshez kapcsolódó nemzetközi és hazai konferencia előadások

Oláh Barnabás, Rádi Bence Márk, Kósa Karolina: Understanding students' perspectives on interventions to improve mental health in medical school: a qualitative study (előadás). DOSZ-Health Sciences and Innovation Conference, online, 2021.01.29-30.

<https://www.dosz.hu/to/orvos--es-egeszsegudomanyi-osztaly/dokumentumok/konferenciaiak>

Oláh Barnabás, Rádi Bence Márk, Kósa Karolina: Barriers of mental health help-seeking and approaches to reduce them in medical school: the student's perspective (előadás). Medical Conference for PhD Students and Experts of Clinical Sciences, online, 2021.05.15.

<http://phdpecs.hu/rendezveny/medpecs21/?l=en>

Oláh Barnabás, Kuritárné Szabó Ildikó, Kósa Karolina: Transfer of mental health services for students to cyberspace during the pandemic (poszter). NKE XIV. Konferencia, Szeged, 2021.08.26-27. <https://nepegeszsegugyikonferencia.hu/>

Oláh Barnabás, Szikszai Alexandra Kitti, Labancz Eszter, Kuritárné Szabó Ildikó, Kósa Karolina: Az „Ariadné fonala” pszichológiai konzultációs szolgálat internetre adaptálása, és a felsőoktatásban tanuló elsőéves hallgatók mentális egészségének vizsgálata a Covid-19 járvány idején (előadás). MPT XXIX. Országos Tudományos Nagygyűlés, Székesfehérvár, 2021.08.26-28. <https://mptnagygyules.hu/>

Oláh Barnabás, Kuritárné Szabó Ildikó, Kósa Karolina: Transfer of mental health services for medical students to cyberspace during the Covid-19 pandemic: a study on service usage and the student's preferences for psychological self-help techniques (előadás). Lublin Medical Congress, Lengyelország, Lublin, Medical University of Lublin, 2021. November 18-20.

<https://limc.umlub.pl/>

Oláh Barnabás, Kuritárné Szabó Ildikó, Kósa Karolina: Az „Ariadné fonala” pszichológiai konzultációs szolgálat internetre adaptálása és az igénybevétel elemzése a pandémia alatt (poszter). Hullámtörés – XVII. Magatartástudományi Napok, Debreceni Egyetem, 2022. május 26-27. <https://konferencia.unideb.hu/hu/hullamtors>

8. TÁRGYSZAVAK

- orvostanhallgatók
- mentális egészség
- stresszorok
- egészségfejlesztés
- fókuszcsoport
- segítségkeresés
- online tanácsadás
- önsegítő pszichológiai technikák
- öndeterminációs elmélet
- tanulmányi motiváció

KEYWORDS

- medical students
- mental health
- stressors
- health promotion
- focus group
- help-seeking
- online counselling
- self-help psychological techniques
- self-determination theory
- academic motivation

9. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsősorban témavezetőmnek, Prof. Dr. Kósa Karolinának szeretném hálámat és köszönetemet kifejezni, hogy időt és energiát soha nem sajnálva folyamatos támogatást, biztatást és szakmai vezetést nyújtott az értekezés elkészüléséhez. További köszönettel tartozom azért, hogy a Magatartástudományi Intézet vezetőjeként ehhez minden feltételt biztosított számomra.

Köszönettel tartozom Prof. Dr. Ádány Rózának és Prof. Dr. Harangi Mariann-nak, hogy az Egészségtudományok Doktori Iskola vezetőiként támogatták a doktori tanulmányaimat. Külön köszönöm Lestárné Katkó Mónikának, az Egészségtudományok Doktori Iskola titkárának a készséges és rugalmas közreműködését az adminisztratív ügyek intézésében.

Köszönöm Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó, Prof. Dr. Münnich Ákos, Dr. Vincze Szilvia és Dr. Rohan Krishnan szakmai hozzájárulását a kutatások megvalósulásához.

Köszönöm továbbá Rádi Bence Márknak a fókuszcsoportos kutatásban nyújtott jelentős segítségét és Dr. Módis László hozzájárulását az adatelemzéshez.

Hálával tartozom minden személynek, akik a vizsgálatban való részvételükkel lehetővé tették az értekezés megvalósulását.

A kutatás részben az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-20-3 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával, az EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009 projekt támogatásával, amelyet az EU és az Európai Szociális Alap társfinanszírozott és az EFOP-3.6.1-16-2016-00022 "Debrecen Venture Catapult program" című projekt hozzájárulásával (az Európai Unió és az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával) készült.

10. FÜGGELÉK

10.1. Az értekezés alapjául szolgáló közlemények