

Stresszforrások, következményeik valamint a megküzdési stratégiák orvostanhallgatók körében

Sárközy Virág Ph.D.-hallgató¹,
Dr. habil. Barabás Katalin egyetemi docens¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

I. Bevezetés

Az orvosképzés – természetéből adódóan – fizikailag és érzelmileg egyaránt megterhelő a hallgatók számára. Az egyetemi évek alatt számos stresszforrás azonosítható. Hangsúlyos a tanulmányi követelmény, az elsajátítandó nagy ismeretanyag, a szakmai inkompetencia érzése, a bizonytalan jövőkép, az egyetemi beilleszkedés és az elvárásoknak való megfelelés.

A hallgatók továbbá szociális és magánéleti problémákkal szembesülnek, amelyek összefüggésben állnak az időgazdálkodással. A tanulás mellett nem marad idő a szociális kapcsolatok fenntartására. Az otthoni környezetből történő kiszakadás, a szülőktől való pénzügyi függés, vagy a tanulmányok melletti munkavállalás mind kihívásokkal teli, új helyzetet teremt.

Negatív következményei a koncentrációs képesség csökkenésében, az alacsony önértékelésben mutatkoznak meg, továbbá hozzájárulhatnak a szorongás, a depresszió és az öngyilkosság megjelenéséhez. (1,2,3,4,5)

A stressz – amely mentális vagy érzelmi igénybevétel során jelenik meg – a szervezet nem specifikus reakciójaként határozható meg, amellyel reagál minden ingerre, kihívásra és alkalmazkodik. A szervezet védekezését szolgálja, ugyanakkor károsodását idézheti elő az adaptálódásra fordított energia fokozott elhasználása révén. (6)

Az a kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén ezeket a külső vagy belső helyzeteket, hatásokat igyekszik kezelni, a megküzdés. Fontos eleme a kiértékelés, amely során a személy mérlegeli, hogy az adott helyzet felülmúlja-e aktuális forrásait és ennek megfelelően ad válaszreakciót.

A megküzdési mechanizmusok a szakirodalomban többféle osztályozásban is megjelennek. Közös bennük, hogy a megküzdés aktív–passzív, illetve megközelítő–elkerülő jellegét hangsúlyozzák. A stratégiák lehetnek maladaptívak és adaptívak is. Az előbbiekhez tartozik a gyógyszerek, fájdalomcsillapítók használata, az alkoholfogyasztás, a dohányzás, az étkezési szokások megváltozása (túlzott mértékű vagy nagyon alacsony tápanyagfogyasztás). Hatékony megküzdési módok a fizikai aktivitás, az új tanulási módszerek,

a meditáció vagy egyéb relaxációs technikák elsajátítása, a strukturált szabadidő-eltöltés, vagy a társas támogatás keresése. Az újabb stratégiák elsajátítása hozzájárul ahhoz, hogy a későbbiekben kiszámíthatóbbá váljanak a már megtapasztalt feszültségkeltő események. (7)

A hallgatóknak nehéz megbirkózniuk az új helyzetekkel, ezért a stressz csökkentését célzó tevékenységek fokozzák az egészségesebb életmódhoz és a testi-lelki jóllét fenntartásához való alkalmazkodást.

Számos vizsgálat kutatja, létezik-e és milyen a kapcsolat az átélt nehézségek és a hallgatók teljesítménye, jólléte között. Fontos annak tisztázása, hogy a stressz a csökkent teljesítmény következménye, vagy a nem megfelelően kezelt helyzet, a rossz megküzdési stratégiák állnak összefüggésben a fennálló problémákkal.

A tanulmányunkban áttekintett cikkek az orvosi egyetemen eltöltött időszakban megjelenő stresszforrásokat, megterhelőnek értékelt eseményeket, a következményeket és az ezekre adott válaszreakciókat, megküzdési stratégiákat összegzik a hallgatók értékelése alapján.

II. Az orvosképzés stresszforrásai

Carter és munkatársai felmérésében (7) az orvostanhallgatók 65%-a értékelte saját stressz-szintjét magasnak. Több országban végzett vizsgálatok hasonló tapasztalatokról számolnak be. (4,5,8,9,10,11,12) Ez nem meglepő, hiszen a hallgatók folyamatos értékeléssel, időhiánnyal, új helyzetekkel szembesülnek. A tanulmányok megkezdésétől egészen a hatodik év végéig a problémák széles spektruma jelenik meg, ezért a megterhelő eseményeket képességjellemzők szerinti felosztásban mutatjuk be. (13).

1. A stressz természete és forrásai az alapozó évek során

1.1. Új szociális kapcsolatok, személyes tapasztalatok

A felsőoktatásban tanulmányaikat megkezdők számára a megszokott életvitelben változás következik be. Az eddigi

családi és baráti közegekből kiszakadnak és új követelményekkel, tanulási környezettel szembesülnek.

Az első év az új barátságok kialakulásának időszaka. Ez a folyamat különösen hangsúlyos, ha a hallgató az ország más részéből érkezik, kollégiumba vagy albérletbe költözik, és megkezdí önálló életének kialakítását. Megtanul személyes környezetében új emberekhez alkalmazkodni, velük együtt élni, és a felmerülő konfliktusokat önállóan kezelni, megoldani.

Távol kerül a család, a családtagok érzelmi támogatása, így az egyetemi városban egy új szocializációs folyamat indul meg: barátok, ismerősök, új társas támogatási formák keresése, amely szerencsés esetben megvalósul, egyébként izolációhoz vezethet. Az elmagányosodás további problémákat vet fel a felsőbb egyetemi évek alatt. A társas támogatás hiányának következményeit szemlélteti *Shaikh és munkatársainak* vizsgálata, amely szerint a kollégista hallgatók alacsonyabb mértékű stresszről számoltak be, mint bejáró évfolyamtársaik. (5)

Ebben az életszakaszban előtérbe kerül a párkapcsolat témaköre is. Az eriksoni szakaszelméletben a fiatalkorra, pontosan erre az időszakra jellemző az intim kapcsolat keresése, elérése és amennyiben ez sem szociális, sem érzelmi szinten nem valósul meg, akkor a későbbiekben az izoláció, az elszigetelődés lesz jellemző. (14)

Megindul az önálló életvitel kialakítása, amely még nem teljes, mert a hallgató saját egzisztencia híján szüleitől függő helyzetben van. Optimális esetben még további hat évig áll fenn ez az átmeneti állapot, a hallgatónak, mint önálló felnőttnek nincs gazdasági és döntési függetlensége. (15) Az anyagi terheltség, a szegénység, a felmerülő költségek (könyvek, lakás/kollégium, létfenntartás) további stresszforrást jelentenek. (16)

Az életstílus is megváltozik, a szabadidős és rekreációs tevékenységek aránya lecsökken. Kevesebb a fizikai aktivitás és az alvásidő is, amelyek együttesen gátolják a szervezet megújulását, s a fizikai egészség és az érzelmi jóllét általános csökkenésével járnak együtt. (17)

1.2. Tanulmányok

Az elsőéves hallgatók gyakran küzdenek a növekvő munkakövetelményeknek való megfeleléssel és az új iskolai körülményekhez való alkalmazkodással. Ekkor a hallgatókban még élénken él a középiskolai jó tanulmányi eredmények, az elismertség képe, amelyre a későbbiekben is számítnak. Az egyetemen már nehezebb az évfolyam élmezőnyébe kerülni. Megjelenik a kudarctól, a teljesítménytől való féltel. (5,10,18,19)

A tananyag mennyisége és számonkérési módja is újszerű, így ehhez kell alkalmazkodniuk a megfelelő időbeosztással, tanulási stratégiával.

Guthrie és munkatársai (16) elsőéves hallgatók beszámoló alapján a megterhelő események közül első három helyen a munkaterhelést, a boncolást és az oktatókkal való konfliktust azonosították. Hasonló eredményekre jutott *Miller* elsőéves medikusok vizsgálatánál. A hallgatók a munkaterhe-

lést, az oktatási formát és az időbeosztást is stresszesnek értékelték. Összességében a társas aktivitás és a tanulmányi feladatok ellátása közötti optimális egyensúly hiánya érhető tetten. (20)

Az órák mellett a folyamatos tanulás a mindennapok része lesz, kevesebb rekreációs programra hagyva ezzel időt. A szociális kapcsolatok beszűkülnek, főként hallgatótársakkal marad idejük érintkezni, tanulócsoporthoz formájában. Ezzel összhangban *Bunevicius és munkatársai* feltárták, hogy az orvostanhallgatók kevésbé extrovertáltak és kevésbé nyitottak új tapasztalatok szerzésére, mint bölcsészkaron tanuló kortársaik, ugyanakkor érzelmileg stabilabbak náluk. (11)

Az egyetem preklinikai éve alatt az emberekkel való hatékony kommunikáció, az ön- és emberismeret háttérbe szorul, a hangsúly főként a teljesítménymotiváción van. (21) A hallgatók nem találkoznak beteggel, így sokan számolnak be a haszontalanság érzéséről, úgy vélik, hogy még nincsenek meg a képességeik, kompetenciáik a beteggel való találkozáshoz, és nem tudnak aktív szerepet játszani a betegellátásban. Az orvosképzéshez fűződő elvárásaiktól eltérő tapasztalatokat szereznek.

Magyarországon a debreceni és a szegedi egyetemek orvosi karán 1999-ben, illetve 2001-ben végeztek vizsgálatot, amelyben a hallgatók szerepfelfogását, pályaképet, szakmai identitását, képzéssel való elégedettségét, szakmai terveit vizsgálták. (22,23) A felmérés eredményei szerint a hallgatók 36%-a csalódott elvárásaiban, 20%-a nem tartja magát alkalmasnak a pályára, több mint egyharmada gondolkodott egyetemi tanulmányainak megszakításán, idő előtti befejezésén. A fókuszcsoporthoz vizsgálatok rámutattak, hogy a hallgatók úgy érzik, rosszul ítélték meg képességeiket, önmagukat a pályára alkalmatlannak tartják, és meghatározó számukra a tanulmányi kudarc. Ez a légkör és hozzáállás negatívan hat a tanulmányi eredményességre, a pályaszocializációra, a hivatáshoz való viszonyra és nem utolsósorban az egészségre. Ahogyan a szerzők is rávilágítanak, a kapott eredmények arra ösztönöznek, hogy olyan megoldásokat, eszközöket kell találni és bevezetni, amelyek segítik és támogatják a hallgatók boldogulását az egyetemi évek alatt.

2. A korai klinikai szakasz stresszfaktorai

2.1. Csalódottság és tabuk

Az előző szakaszban felsorolt tényezők a felsőbb évek megélésére is hatással vannak. A másodéves orvostanhallgatók szignifikánsan magasabb szorongásról számolnak be, mint az elsőévesek. Ez az eredmény az idősebb medikusoknál a lelki egészségi állapot romlását mutatja. (24,25) *Midtgaardék* norvég orvostanhallgatók között végzett felmérése alapján a hallgatók egyharmada számolt be lelki problémáról a képzés első három évében. (12) A háttérben álló faktorokat számos tanulmány vizsgálta.

Svédországban (10) a harmadéves hallgatók magas stresszként értékelték a jövő miatti aggodalmat, amely a teherbírással

és a kompetenciával áll összefüggésben. *Firth* tanulmányában arról számol be, hogy a negyedéves angol orvosok megterhelőnek ítélik a betegekkel való beszélgetést, valamint az esetbemutatást és a halál, haldoklás témakörét. (8) További probléma, hogy a hallgatók zöme az elsajátítandó ismeretek mélységét tisztázatlannak érzi, főképp a nagyobb fajsúlyú vizsgákkal kapcsolatban, a képzést pedig személytelennek ítéli meg. (20)

A kudarcból való félelem, a szorongás, a frusztráció következménye lehet az, hogy a kezdeti lelkesedés, a „segítő” és „gyógyító” attitűd a felsőbb évekre kezd alábbhagyni. A hallgatók kritikusabban szemlélik saját helyzetüket és a betegeket. (13) Habár az orvosi hivatás választásánál a leggyakrabban megjelölt ok az embereknek való segítség, ez az idealista felfogás gyakran fordul át cinizmusba. (26) A cinizmus és a részvét hiánya egyaránt negatív hatással van az egyéni teljesítményre és később az ellátott betegekre.

A képzés alatt megjelennek a társadalomban tabunak ítélt témák, mint a halál, a haldoklás, az elmúlás, ehhez kapcsolódóan pedig a tetem és a hozzá való viszony (vö. 16). Sajnos kevesen kezelik megfelelően ezeket a helyzeteket. A képzés alatt nap mint nap szembesülnek a halállal, akár a bonctermekben, akár a későbbi klinikai szakaszban, a gyász jellemzőivel, így a hozzátartozókkal, a rossz hír közlésével és az erre adott szélsőséges reakciókkal. A halottal való találkozás kezdetben nehéz. A hallgatóknak nincs sok lehetőségük megosztani másokkal, hogy milyen érzések, gondolatok merültek fel bennük a tetemmel kapcsolatban.

Tabuként szerepel továbbá a szexualitás. Feszültséget jelenthet az ellenkező nemű beteg vizsgálata. Bizonyos szakterületek velejárája az intim vizsgálati helyzet (urológia, nőgyógyászat), amelyre ráerősítenek a társadalmi elvárások. Emellett a szexualitásról, a nemi betegségekről beszélni is nehéz, nemcsak az orvosnak/hallgatónak, hanem a páciensnek is. Fontos ezért saját korlátaink ismerete, a megfelelő kommunikációs stratégiák elsajátítása.

2.3. A késő klinikai időszak stresszfaktorai

2.3.1. Gyakorlat és jövőorientáció

Az utolsó évek szintén stresszes időszaknak számítanak, ezért nagy figyelem és támogatás szükséges ebben az időszakban is. 2009-ben pakisztáni hallgatók között végzett felmérésből kiderül, hogy a megkérdezett utolsó éves hallgatók a munkaterhelést (47,4%), illetve a kollégákkal és az egészségügyi személyzettel való kapcsolatot tekintették a legmegterhelőbb eseményeknek (27), emellett jelentős kockázati tényező a jövőkép bizonytalansága. (28)

A felsőbb klinikai években a gyakorlatra kerül a hangsúly. Csökken a bukástól, a tanulmányi kudarcból való félelem. A hallgatók egyre több ismeretet szereznek a betegellátás területén, és jobban érzik az orvosszerephez kapcsolódó visszajelzéseket. A pozitív tapasztalatok hatására csökken az előző időszakra jellemző cinizmus. Ugyanakkor az elmélet és a gyakorlat közötti távolság jelentőssé válik. Az elméleti szinten elsajátított értékek az empátia, a bizalom, az együtt-

érzés, míg a gyakorlat és a rejtett curriculum a tárgyilagosságot, a távolságtartást és bizalmatlanságot mutatja. (21)

A hallgatókat oktató orvosok a képzés alatt az orvosi identitás alapjául szolgáló modellként szerepelnek. Személyiségük éppúgy hat a hallgatók pályaszocializációjára, mint kommunikációs stílusuk és szakmai tudásuk. Ezért az orvosok körében megjelenő depresszió és kiégés csökkenti az oktatás hatékonyságát, a orvosok gyakran a tanultakkal ellentétben etikátlanságot, hibákat tapasztalhatnak. (29)

A képzés késői szakaszában a hallgatók elsajátítják, hogy hogyan lássanak el betegeket, de arra nem készülnek fel, hogy hogyan gondoskodjanak és figyeljenek oda magukra, és saját jóllétük monitorozására. (2) Ennek elsajátítása hosszú távú befektetés, pozitív hatása egyéni és intézményes szinten hosszú távon jelenik meg.

Előtérbe kerül a családalapítás, az egzisztenciális önállóság kialakításának igénye. A hallgatónak határozott elképzelése lesz arról, milyen szakorvos szeretne lenni, amely további képzést, időráfordítást jelent. A végzős orvostanhallgatók előtt még több évnnyi tanulás, hierarchia- és megélhetési harc áll. Magyarországon sem a rezidensi helyek, sem az egészségügyi rendszer nem kecsegtetnek sok lehetőséggel. Ezen alapul az orvosok jövőképeinek bizonytalansága.

III. Megküzdési stratégiák

Az egyetemi évek alatt átélt stresszes események hozzájárulnak az orvosok egészségi állapotát jellemző szomorú képhez. Ismert, hogy gyakori a devianciajelenségek előfordulásának aránya, az egészségkárosító és addiktív viselkedésformák megjelenése. (7,10,22,27,30) A felsőoktatási tanulmányok megkezdését megelőző időszakban és az egyetemre való bekerüléskor a depresszió előfordulása nem haladja meg a magyar átlagnépességét. Ugyanakkor a második tanév végére a depresszió prevalenciája már háromszor nagyobb, mint az átlagpopulációban. (13) Hasonló eredményeket találunk a külföldi összefoglalókban is. (9,11,24,31) További deviáns következmény lehet az öngyilkosság, amely a balesetek után a második leggyakoribb halálok a orvosok között. (32)

Hazai és nemzetközi publikációk foglalkoznak a hallgatók megküzdési stratégiáinak feltérképezésével, amelyek ismerete segítséget nyújthat pszichológiai és fizikai jóllétük fenntartásával kapcsolatos programok kidolgozásához. Első lépésként fontos információval szolgál a orvosok saját stratégiáikkal való elégedettsége, amelyet *Shaikh és munkatársai* vizsgáltak. Eredményeik szerint a hallgatók igen nagy része, 75%-a tartja kielégítőnek saját megküzdési mechanizmusait. (5) Bár szubjektíve hasznosnak érzik alkalmazott stratégiáikat, ez nem tükröződik az egészségi állapotuk minőségével foglalkozó tanulmányok következtetéseiben. Hazai példa a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karán közelmúltban végzett felmérés, amely az egészségi állapot mellett az egészségmagatartással is foglalkozott. Az eredmények alapján a lelki egészséggel kapcsolatos zavarok magas pontszáma az orvostanhallgatók körében figyelmet igényel. (33)

1. Maladaptív megküzdési stratégiák

1.1. Dohányzás

A dohányzás – külföldi felmérések alapján – igen gyakran fordul elő ebben a populációban. A pakisztáni hallgatók közel 40%-a tartja hatékony stresszcsökkentő módszernek. (27). *Richmond* (38) összefoglalása alapján világszerte 0–57% az előfordulása férfiak, 0–44% nők körében. Az értékek kontinensenként és országoként is változnak, Európában gyakoribb, mint Ázsiában.

A magyarországi vizsgálat eredményei szerint az orvostanhallgatók kisebb arányban dohányoznak, mint az átlagnépesség azonos korcsoportja (naponta dohányzik 15% vs. 38%). (33) Ugyanakkor fontos figyelembe venni, hogy a Szegedi Tudományegyetemen végzett 2008-as felmérés szerint az első évtől az ötödik évig nő a dohányzás mértéke. (39) Hatása az alkoholfogyasztáshoz, a drogok használatához, az étkezési szokások megváltozásához hasonlóan egyéni és társas szinten is megjelenik.

1.2. Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztás szintén gyakori stresszcsökkentő módszerként szerepel a hallgatók repertoárjában. Egy újkeletű vizsgálatban feltárták, hogy az elsőéves orvosok több mint 20%-a tartja a túlzott alkoholfogyasztást hatékony megküzdési módszernek, amely arány az évek előrehaladtával nő. A képzés befejező évében ez az érték 29% volt. (27)

Ghodse és Howes áttekintése mutatja, hogy az angliai orvostanhallgatók 26%-a heti egyszer iszik túlzott mennyiségű szeszes italt. (34) Ez összhangban áll *Guthrie és munkatársai* eredményeivel. (35)

A magyarországi adatok tanúsága szerint a orvosok 50%-a iszik heti rendszerességgel alkoholt. (33) Gyakran a szociális programok kísérőjelensége, az első egyetemi rendezvények (gólyatábor, gólyabál) is beilleszkedést segítő voltát hangsúlyozzák, megalapozva ezzel a későbbi fogyasztási szokásokat. A hallgatók véleménye szerint segít a szorongás csökkentésében, amelyet a követelmények és a túlzott felelősség miatt éreznek. Arra nincs bizonyíték, hogy az alacsony tanulmányi teljesítmény és a túlzott alkoholfogyasztás között kapcsolat lenne, mégis az ivási szokások hatással vannak az egészségre, a munkára mind hallgatóként, mind később, orvosként. (36)

Összességében az alkoholfogyasztás maladaptív megküzdési stratégia, nagy arányban fordul elő az orvostanhallgatóknál, és a későbbiekben pszichikai és fizikai egészségromláshoz vezethet.

1.3. Drogok, gyógyszerek használata

Az illegális drogok és fájdalomcsillapítók használatával kapcsolatban számos tanulmány látott napvilágot. Az orvosok drogfogyasztási szokásairól gazdag irodalom áll rendelkezésre, ebből néhány jellemző hivatkozást emeltünk ki. Az orvostanhallgatók körében a szerfogyasztás korosztá-

lyukkal összehasonlítva alacsonyabb mértékű, bár előfordulása így is 3 és 10% között mozog. (9) Kiugró eredményeket mutatnak be *Pickard és munkatársai*, a vizsgált angol populációban az illegális drogokkal való visszaélés 33% volt. (37) A legtöbb összefoglaló szerint azok a hallgatók, akik kábítószerhasználatról számolnak be, már az orvosi egyetem megkezdése előtt éltek vele.

A magyar tapasztalatok szerint a hallgatók 27%-a használt már valamilyen drogot vagy gyógyszert stresszcsökkentő céllal. (33) Az adatok szerint a szerhasználat előfordulása nem kiugró, mégis figyelmet igényel, hosszú távú negatív következményei miatt.

1.4. Az étkezési szokások megváltozása

Ismert jelenség, hogy stressz hatására az étvágy vagy jelentősen megnő vagy lecsökken, ezzel befolyásolva a szervezet energiaellátását és hatékony működését. Vizsgaidőszakban a hallgatók kevés időt fordítanak a megfelelő és választékos táplálkozásra, amit az az eredmény is alátámaszt, hogy a orvosok körében a testtömeg-index (BMI) kategóriái alapján a soványak aránya kétszeres a korosztály átlagához képest. (33) A megterhelő eseményekre lehet túlzott tápanyagbevitellel is reagálni, amely hosszú távon elhízáshoz vezethet. Bár a hallgatók körében az alacsony testsúly fordul elő nagyobb arányban, mindkét szélsőség hat az egészségre és a hiteles orvosról a laikusok által kialakított képre.

2. Adaptív megküzdési stratégiák

2.1. Társas támogatás keresése

A társas támogatás keresése az egyik leggyakrabban alkalmazott adaptív helyzetkezelő módszer. Ennek bizonyítására a kutatók önkitöltős, rangsoroláson alapuló kérdőíveket használtak, amelyben a hallgatók osztályozták a szerintük hatékony megküzdési stratégiákat. Egybevágó eredmények születtek Angliában, Amerikában és az arab térségben is. (2,4,5,9) A társas támogatás magában foglalja az egyetemi kortársak, barátok és a családi kötelék megtartó erejét.

A csapatszellem pozitív hatásáról tanúskodik *Tyssen és munkatársainak* vizsgálata. Az általuk felmért végzős hallgatók véleménye szerint a „nem támogató környezet” elemi problémát jelent az alkalmazkodás szempontjából. (32) *Molnár és munkatársai* szintén a környezet támogató funkcióját hangsúlyozzák. Felmérésük eredményei szerint inkább azon hallgatók hajlamosak depresszióra a képzés alatt, akiknek társas támogatása alacsony. (21) Mindezek alapján a szociális kötelékek megléte fontos támogató funkcióval bír, ennek ismerete kiindulópont lehet mentális segítő programok kialakításakor.

2.2. Fizikai aktivitás és strukturált szabadidő-eltöltés

Az amerikai hallgatók a társas támogatás mellett az orvosi környezetből való kikapcsolódást, a rekreációs tevékenysé-

geket tartották fontos eszköznek *Lee és Graham (2) vizsgálatában*. Ilyen tevékenységek a szabadidős fizikai aktivitás, a moziba járás vagy a kirándulás. (2,4) A sport, az alvás és a zenehallgatás pozitív hatását említette a medikusok 50%-a *Shaikh és munkatársai vizsgálatában*. (5)

2.3. Tanulási módszerek és új stratégiák elsajátítása

Az amerikai Case Western Reserve Egyetem orvosi karán kialakított *Help-program* az új stratégiák, alternatívák ismertetését tűzte ki célul. Drogprevenációs programokat, jólléttel kapcsolatos aktivitásokat, továbbá egy lelkiegészségvédő szolgálatot foglal magában, amelynek célja hatékony coping stratégiák ismertetése. Az általuk szervezett stresszcsökkentő módszerek: a relaxációs technikák, az autogén tréning, a jóga, az egészséges étkezés, a meditáció, az új megküzdési módok vagy a szociális kapcsolatok kialakítását segítő stratégiák elsajátítása. (2)

Bughi és munkatársai szintén egy intervenciós programot dolgoztak ki. Hatékonyságvizsgálataik eredménye alapján a program hatására (új tanulási stratégiák, relaxáció, légzésgyakorlat, autogén tréning és fizikai aktivitás) 49%-ról 22%-ra csökkent a hallgatók stressz-szintje. (40) *Supe* felméréseinek eredményei szerint a megerőltető eseményeket a hétköznapi részeként megélt hallgatók a pozitív átkeretést, a felelősség elfogadását és problémamegoldás-tervezést használtak coping technikaként. (41)

Az áttekintett tanulmányok eredményei és következtetései alapján feltételezhető, hogy a hallgatók nem ismernek számukra hatékony megküzdési stratégiákat, konfliktuskezelési technikákat. A külföldi és hazai szakirodalom többségében a maladaptív módokra helyezik a hangsúlyt, kevés adat áll rendelkezésre az adaptív módokról. Ugyanakkor az alkalmazkodást segítő stratégiák pozitív következményei hosszú távon hatnak a medikusok fizikai-lelki egészségére. A támogató intervenciós programok kidolgozásához mindkét típusú stratégia ismerete szükséges.

IV. Következtetés

A cikkben bemutatott tanulmányok változó módon közelítették meg a kérdést, attól függően, hogy a hallgatók melyik képzési szakaszt tartották a legmegerőltetőbbnek. A különbségek adódhatnak a curriculum, a kultúra és a vizsgált populációk különbözőségéből, valamint az eltérő mérőeszközök használatából. Ennek ellenére jól látható, hogy a képzés hat éve milyen stresszfaktorokat hordoz, amelyek nemcsak a tanulmányi teljesítményre vannak hatással, hanem a hallgató egész életét érintik. Fontos megjegyezni, hogy a jelentkező nehézséggel teli események több mint 80%-a a képzéshez köthető. (35) A medikusok kevés olyan coping stratégiával rendelkeznek, amelyet hivatásuk későbbi gyakorlása során alkalmazhatnak, amikor a stressz még kifejezettebben jelenik meg. Egy amerikai felmérés is ezt bizonyítja: a 12 legmegerőltetőbb foglalkozásból 8 egészségügyi munkakör. (40,42)

Az általunk összeállított irodalmi áttekintés igazolja, hogy a hallgatóknak alkalmazkodási nehézségekkel küzdenek. Az alacsony teljesítmény, a megerőltetőnek értékelt helyzet és az erre adott maladaptív megküzdési stratégiák ördögi körként fokozzák egymás hatását a képzés évei alatt, ezért egy intervenciós program kidolgozásának létjogosultsága van. (31) A nemzetközi tanulmányok és a hazai adatok alapján szükségszerűnek tűnik a magyar orvosképzésbe integrálódó, a magyar orvostanhallgatók stresszforrásait csökkentő oktatási módszer bevezetése. Ennek első lépése az oktatási terhelés újragondolása, hogy a tananyag, továbbá az orvostanhallgatók számára kialakítandó preventív és intervenciós programok fejlesztése során vegyék figyelembe a fenti faktorokat. A folyamat több lépcsőfokban valósulhat meg:

1. Amennyiben az oktatók tisztában vannak a hallgatókat érő megterhelő eseményekkel, és ennek alapján törekednek egy optimális orvos-hallgató viszonyra, már önmagában ez is pozitívan hathat a medikusok életére. (43)

A hallgatók nagy része, 35–40%-a küzd az egyetemi élethez való alkalmazkodással. Ezt megelőzendő szükséges, hogy tisztán lássák az orvosképzés és az orvosszerep egészségügyi kockázatait, és törekedjenek ezek korai felismerésére, kezelésére.

Az intézményeknek is lehetőséget kell biztosítaniuk olyan tevékenységek folytatására, amelyek segítik a medikusokat az egyetemi életben való eligazodásban, csökkentik a stresszfaktorok megjelenési valószínűségét és enyhítik negatív hatásait.

2. Az oktatási klíma, a légkör folyamatos monitorozása minőségbiztosítás segítségével.

3. Stresszkezeléssel, megküzdéssel, konfliktusmegoldással kapcsolatos, szabadon választható kurzusok beépítése a képzésbe. Az Egyesült Államokban és Kanadában egészségmegőrző programokat dolgoztak ki a medikusok számára, amelyek hatékonyságát folyamatosan ellenőrzik. (44)

4. A hallgatók bevonása kortárs segítő csoportok létrehozásával. A kortársak segítő beszélgetéssel intervenciós feladatokat látnak el, továbbá modellként hatnak társaikra, a folyamatos képzések során hatékony megküzdési stratégiákat sajátíthatnak el, és adhatnak át a többieknek. Munkájuk erőssége abban rejlik, hogy kapcsolataik révén elérik a hallgatókat, akik könnyebben fordulnak hozzájuk, és veszik igénybe segítségüket, így a megelőzés és a beavatkozás egyik színtere az egyetemen belül a kortárs-segítés révén valósulhat meg.

Az áttekintést azért készítettük el, hogy alapot nyújtsunk a fent felsorolt fejlesztési lépésekhez, továbbá háttérrel biztosítsunk a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán beindított, hallgatói aktivitáson alapuló intervenciós program kidolgozásához.

Összefoglalás

A felsőoktatási intézményekben tanulók közül a legvulnerábilisabb csoportot az orvostanhallgatók jelentik. Nemzetközi és hazai kutatások igazolják, hogy az orvosképzés hat éve alatt a medikusokat számos stressz éri.

Tanulmányunkban – irodalmi áttekintés alapján – részletesen bemutatjuk a hallgatók stresszforrásait, amelyek a képzesi szinttől függően különbözőek lehetnek.

A megküzdési stratégiák ismertetésekor a maladaptív coping mechanizmusokat (dohányzás, alkohol, drog, étkezési szokások) részletezzük. Az adaptív megküzdési stratégiák bemutatásával az orvoshallgatók számára kialakított prevenció programokhoz szeretnénk alapot nyújtani. A tervezett intervencióban szerepet kapnak az oktatók, a hallgatók, s maga az intézményrendszer is.

Tanulmányunkban a hallgatói aktivitáson alapuló egészségfejlesztő program irodalmi megalapozottságát biztosítjuk.

Summary

Among those who study in higher education, the most vulnerable group is the group of medical students. International

and national studies prove that during the six years of medical training student's are affected by numerous stress.

In our study, based on literature review, we give a detailed description of the sources of stress which differ depending on the level of training.

We describe the coping mechanisms with the emphasis on the maladaptive coping strategies (smoking, alcohol, drugs, eating habits). By describing the adaptive coping mechanisms we would like to lay the foundation of prevention programs for medical students. In the intervention programs the teachers, the students and the institution also play a role.

In our article we insure the literature grounding of health improvement programs which are based on student's activity.

IRODALOM

1. Fish, C.–Nies, M. A.: „Health promotion needs of students in a college environment.” In: *Public Health Nursing*, 1996;13(2): 104–111.
2. Lee, J.–Graham, A. N.: „Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective.” In: *Medical Education*, 2001;35: 652–659.
3. Mouret, G. M. L.: „Stress in a graduate medical degree.” In: *Medical Journal of Australia*, 2002;177: 10–11.
4. Chew-Graham, C. A.–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.” In: *Medical Education*, 2003;37: 873–880.
5. Shaikh, B. T.–Kahloon, A.–Kazmi, M.–Khalid, H.–Nawaz, K.–Khan, N. A.–Khan, S.: „Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani Medical School.” In: *Education for Health*, 2004;17(3): 346–353.
6. Selye, J.: *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1966.
7. Carter, A. O.–Elzubeir, M.–Abdulrazzaq, Y. M.–Revel, A. D.–Townsend, A.: „Health and lifestyle needs assessment of medical students in the United Arab Emirates.” In: *Medical Teacher*, 2003;25(5): 492–496.
8. Firth, J.: „Levels and sources of stress in medical students.” In: *British Medical Journal*, 1986;29: 1177–1180.
9. Dyrbye, L. N.–Thomas, M. R.–Shanafelt, T. D.: „Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions.” In: *Mayo Clinic Proceedings*, 2005;80(12): 1613–1622.
10. Dahlin, M.–Joneborg, N.–Runeson, B.: „Stress and depression among medical students: a cross-sectional study.” In: *Medical Education*, 2005;39: 594–604.
11. Bunevicius, A.–Katkute, A.–Bunevicius, R.: „Symptoms of anxiety and depression in medical students and humanities students: relationship with Big-Five personality dimensions and vulnerability to stress.” In: *International Journal of Social Psychiatry*, 2008; 54(6): 494–501.
12. Midtgaard, M.–Ekeberg, Ø.–Vaglum, P.–Tyssen, R.: „Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study.” In: *European Psychiatry*, 2008;2: 505–511.
13. Túry, F.–Lajtai, L.: „Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái.” In: *Orvosi pszichológia* (Szerk.: Kopp, M.–Berghammer, R.), Medicina, Budapest, 2005. 237–249.
14. Lázár, I.: „Fejlődéslelektan.” In: *Orvosi pszichológia* (Szerk.: Kopp, M.–Berghammer, R.), Medicina, Budapest, 2005. 152–155.
15. Vaskovics, L.: „A posztadoleszcencia szociológiai elmélete.” <http://www.socio.mta.hu/mszt/20004/vaskovic.htm>, 2004.
16. Guthrie, E. A.–Black, D.–Shaw, C. M.–Hamilton, J.–Creed, F. H.–Tomenson, F. H.: „Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students.” In: *Medical Education*, 1995;29: 337–341.
17. Gisele, M.: „Stress in graduate medical degree.” In: *Medical Journal of Australia*, 2002;17: 10–11.
18. Liu, X. C.–Oda, S.–Peng, X.–Asai, K.: „Life events and anxiety in Chinese medical students.” In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997; 32: 63–67.
19. Wolf, T. M.: „Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school.” In: *Medical Education*, 1994;28: 8–17.
20. Radcliffe, C.–Lester, H.: „Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study.” In: *Medical Education*, 2003;37: 32–38.
21. Molnár, P.–Csabai, M.–Csörsz, I.: „Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány.” In: *Magyar Tudomány*, 2003;11: 1391–1401.
22. Csabai, M.–Barta, K.: „Az orvosi identitás alakulása. Orvostanhallgatók nézetei az orvosi pályáról, az orvosszerepről.” In: *Lege Artis Medicinæ*, 2000;8: 638–644.
23. Molnár, R.–Molnár, P.: „Az orvosi pályaszocializáció.” In: *Lege Artis Medicinæ*, 2002; 12: 250–254.
24. Aktekin, M.–Karaman, T.–Senol, Y. Y.–Erdem, S.–Hakan, E.–Akaydin, M.: „Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey.” In: *Medical Education*, 2001;35: 12–17.
25. Saipanish, R.: „Stress among medical students in Thai medical school.” In: *Medical Teacher*, 2003;25(5): 502–506.
26. Crandall, S. J.–Volk, R. J.–Loemker, V.: „Medical students' attitudes toward providing care for the underserved: are we training socially responsible physicians?” In: *Journal of the American Medical Association*, 1993;269: 2519–2523.
27. Yousafzai, A. W.–Ahmer, S.–Syed, E.–Bhutto, N.–Iqbal, S.–

- Siddiqi, M. N.–Zaman, M.: „Well-being of medical students and their awareness on substance misuse: a cross-sectional survey in Pakistan.” In: *Annals of General Psychiatry*, 2009; 8(8): o.n.
28. Raj, S. R.–Simpson, C. S.–Hopman, W. M.–Singer, M. A.: „Health-related quality of life among final-year medical students.” In: *Canadian Medical Association Journal*, 2000;162(4): 509–510.
29. Sorenson, R. D.: „Stress management in education: warning signs and coping mechanisms.” In: *Management in Education*, 2007;21:10–13.
30. Györfy, Zs.–Ádám, Sz.: „Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiegész alakulása az orvosi hivatásban.” In: *Szociológiai Szemle*, 2004;3: 107–127.
31. Stewart, S. M.–Lam, T. H.–Betson, C. L.–Wong, C. M.–Wong, A. M.: „A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school.” In: *Medical Education*, 1999;33: 243–150.
32. Tyssen, R.–Vaglum, P.–Gronvold, N. T.–Ekeberg, O.: „Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors.” In: *Journal of Affective Disorders*, 2001;64: 69–79.
33. Bíró, É.–Balajti, I.–Ádány, R.–Kósa, K.: „Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében.” In: *Orvosi Hetilap*, 2008;149(46): 2165–2171.
34. Ghodse, A. H.–Howes, K.: „Substance use amongst medical students.” In: *Health Trends*, 1994; 26:85–86.
35. Guthrie, E.–Black, D.–Bagalkote, H.–Shaw, C.–Campbell, M.–Creed, F.: „Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study.” In: *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1998; 98(5): 237–243.
36. Ritson, B.: „Alcohol and medical students.” In: *Medical Education*, 2001;35: 622–623.
37. Pickard, M.–Bates, L.–Dorian, M.–Greig, H.–Saint, D.: „Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds.” In: *Medical Education*, 2000;34: 148–150.
38. Richmond, R.: „Teaching medical students about tobacco.” In: *Thorax*, 1999;54: 70–78.
39. Pikó, B.: „Preklinikai orvostanhallgatók dohányzásának és dohányzással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata.” In: *Orvosi Hetilap*, 2008;149(52): 2471–2478.
40. Bughi, S. A.–Sumcad, J.–Bughi, S.: „Effect of Brief Behavioral Intervention Program in managing stress in medical students from two southern California Universities.” In: *Medical Education Online*, 2006;11(17). Elérhető: <http://www.med-ed-online.org>
41. Supe, A. N.: „A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College.” In: *Journal of Postgraduate Medicine*, 1998;44: 1–6. <http://www.jpjgmonline.com/text.asp?1998/44/1/1/389>
42. Rathbun, J.: „Helping medical students develop lifelong strategies to cope with stress.” In: *Academic Medicine*, 1995;70(11): 955–956.
43. Daly, M. G.–Willcock, S. M.: „Examining stress and responses to stress in medical students and new medical graduates.” In: *Medical Journal of Australia*, 2002;177: 14–15.
44. Wolf, T. M.–Randall, H. M.–Faucett, J. M.: „A survey of health promotion programs in U.S. and Canadian medical schools.” In: *American Journal of Health Promotion*, 1988;3: 33–36.