

Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Києво-Могилянська академія»

Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Кафедра соціології

Кваліфікаційна робота
освітній ступінь – бакалавр

на тему:

**ПРОФЕСІЙНЕ СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА ДОДИПЛОМНІЙ
МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ В УКРАЇНІ**

Виконала студентка 4-го року навчання,
спеціальності соціологія

Малачкова Катерина Сергіївна

Наукова керівниця:
Степурко Тетяна Георгіївна,
PhD, магістр соціології
Рецензентка: Ігнащук Олена,

Доцент кафедри Школа охорони здоров'я Національного університету
«Києво-Могилянська академія».

Київ-2022

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО- МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА ДОДИПЛОМНОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ 6

1.1. КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ПОНЯТТЯ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ.....	6
1.2. СКЛАДОВІ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРЯ ПІД ЧАС ДОДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ	9
1.3. СТРУКТУРА ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРЯ В УКРАЇНІ.....	2
1.4 КОМПЕТЕНЦІЇ І КУРІКУЛА ДОДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	5

РОЗДІЛ 2. СПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ КРІЗЬ ПРИЗМУ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ..... 12

2.1 МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	12
2.2 ВИБІР ПРОФЕСІЇ ТА ПЕРШІ РОКИ НАВЧАННЯ, ЯК АДАПТАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЇ	17
2.3. НАВЧАННЯ В УНІВЕРСИТЕТІ ЯК ПРОЦЕС ЗДОБУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ	21
2.4. ОСВІТНЄ СЕРЕДОВИЩЕ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНЕ СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРЯ.....	27
2.5. ЗДОБУТТЯ І ВІДПРАЦЮВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК МАЙБУТНІМИ ЛІКАРЯМИ	30

ВИСНОВКИ..... 47

ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ 49

Додаток А.....	54
Додаток Б.	55
Додаток В.....	55

ВСТУП

Протягом останніх років (2017-2020) в Україні розпочалися суттєві зміни як в охороні здоров'я, так і в розумінні та організації медичної освіти: повільно, але поступово змінюються інституційні підвалини професії (від сфокусованої на теорії до більш практично орієнтованої - наприклад, з'являються симуляційні центри), заклади вищої медичної освіти здобувають більше автономії, змінюються вимоги до вступників, а також вимоги до оцінювання знань і навичок майбутніх фахівців. Щоправда увага дослідників рідко сфокусована на виявленні особливостей української системи медичної освіти і її змін. Проте трансформація системи медичної освіти ускладнюється як закостенілістю політик і практик, які не зазнавали докорінних змін останні десятиліття, так і з огляду на масштаб медичної освіти, а саме значну кількість людей, задіяних в медичній освіті - більше 11 000 викладачів та більше 150 000 студентів (Медична освіта, 2019), непросту структуру, яка також включає місця практики в лікарнях і інших закладах охорони здоров'я. Здебільшого ненаукові джерела (Леухіна, 2019) і рідкісні наукові роботи (Москалюк В.Д., Сидорчук А.С., 2014) вказують на те, що медична освіта в Україні не завжди закладає бажані суспільством цінності і ставлення медичних працівників, проте здобуття клінічних навичок, й більше - теоретичних знань надавачів медичної допомоги оцінюється експертами на задовільному рівні. Підготовка майбутнього спеціаліста має ґрунтуватися на теоретичних знаннях та оволодінні практичних навичок (але також і включати набуття цінностей, важливих для професійної діяльності). Це розпочинає відбуватися ще на так званому “додипломному” етапі медичної освіти (магістерська програма “Медицина”, Педіатрія” тощо), тож дослідження саме цього етапу є необхідним для кращого розуміння викликів у набутті компетентностей

майбутнього лікаря, а також консистентності з вимогами і очікуваннями суспільства.

Іншими словами, важливо знайти відповідь на таке питання: Чи спрямована медична освіта на те, щоб сформувати висококваліфікованого лікаря та які тенденції і зміни відбуваються в процесі здобуття компетентностей. З огляду на важливість професії лікаря в суспільстві і надзвичайно велику відповідальність лікаря щодо оновлення знань і практичних навичок, щоб відповідати змінам в епідеміологічних, соціальних вимірах суспільства, лікар має як здобути таку професійну основу, ставлення до розвитку, яка б забезпечувала достатню довіру суспільства до медицини. Професіоналізм лікарів і шлях професійного становлення видаються важливими компонентами в вищорівневих цілях доступності, якості і ефективності медичної допомоги кожної країни.

Загалом одностайного розуміння професійного становлення серед науковців не виявлено, саме тому концептуалізація цього терміну (як у медичній площині, так і в українському контексті) може вважатися прогалиною в знаннях. Так, здебільшого наразі описуються психологічні чинники та фактори формування лікаря як особистості (Філоненко, 2016; Герасимчук, 2013; Кахно, 2010), однак інші складові як от структурні й соціально – економічні особливості не розкриті в українському (й пострадянському) контексті. Більше того, поняття “професійне становлення лікаря” не є добре визначеним (професійної дискусії щодо того, що включає в себе професійне становлення і що не включає, чим воно є особливим для України на сторінках українських наукових журналів не виявлено), як і розуміння факторів, котрі є ключовими при входженні в професію і важливими для подальшої практики лікаря. Наприклад, особливості hard/soft skills, які засвоюються завдяки курікулі, а також які існують культурні коди (цінності, правила поведінки, традиції), що можуть

передаватися як через “приховану курікулу” (hidden curricula) так і просто під час практичних занять з викладачами-практиками.

Метою є виявити і описати особливості і сприйняття студентами та освітянами додипломної медичної освіти в Україні (на прикладі одного з медичних університетів) як першої сходинки на шляху професійного становлення лікарів. Мета дослідження може бути досягнута за умови реалізації таких **завдань**:

- 1) виявити ключові особливості додипломної медичної освіти як середовища, а якому майбутній лікар робить перші кроки професійного становлення;
- 2) концептуалізувати поняття професійного становлення лікаря, виявляючи теоретичні підходи та шляхи професійного становлення лікарів;
- 3) виявити фактори, які сприяють чи перешкоджають адекватному професійному становленню лікаря;
- 4) описати сприйняття здобувачів освіти щодо внеску закладу вищої медичної освіти в їхнє професійне становлення.

У даній роботі **об’єктом** дослідження є студенти медуніверситету (досвід тих, хто навчається); лікарі-практики (як колишні студенти і тепер випускники медуніверситету); освітяни (викладачі, представники адміністрації, гаранті програм).

Предметом дослідження є сприйняття організації додипломної медичної освіти освітянами, практиками та студентами крізь призму здобутих компетентностей.

У даному дослідженні ми застосовуємо комплексне розуміння професійного становлення й вивчаємо соціальні та інші фактори становлення лікарів, і не вдаємося в деталі психологічних особливостей. З огляду на відмінність сприйняття своєї професії, її престижності (Степурко,

Оксамитна, 2014) й способів здобуття компетенцій в різних медичних спеціальностях, наприклад, хірургії та терапії, ми фокусуємося на професійному становленні лікарів - випускників Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова через наявність доступу до саме цієї групи фахівців. Дослідження ґрунтується на застосуванні якісної методології, а саме на проведенні напівструктурованих глибинних інтерв'ю зі студентами, освітянами і лікарями. Для дослідження було обрано Вінницький національний медичний університет, добір респондентів відбувався з огляду на принцип доступності інформантів, цілеспрямованої вибірки та з частковим застосуванням методу снігової кулі. Всього опитано 21 інформантів, які мають різні вікові (лікарі, які нещодавно закінчили навчання в ЗВО й лікарі з досвідом, а отже й різний рівень професійних знань і навичок) й структурні характеристики.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО- МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА ДОДИПЛОМНОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

1.1. Концептуалізація поняття професійного становлення

Лікарі – важлива професія для суспільства, оскільки вона стосується найбільшої цінності – людського життя. Проблема лікарського професіоналізму не вичерпана, і питання “на чому має ґрунтуватися підготовка майбутнього фахівця” лишається відкритим. Загалом, вивченням професійного становлення на вітчизняному науковому просторі займалися Б. Г. Ананьєв (1968), І. Д. Бех (1992) і В. В. Рибалка (1998). Вони зазначають, що “професійна придатність” (як завершений результат професійного становлення) розглядається як сукупність особистісних якостей людини, які впливають на успішність засвоєння навчальної програми та ефективність виконання трудової діяльності. С.І. Лябикописує професійне становлення як вияв професіоналізму, що виражається у застосуванні набутих знань, вмінь і використанні їх на практиці, як і в здатності самостійно приймати рішення у різних ситуаціях. В. С. Полюк (2012) писав, що навчально-пізнавальний процес – це період, під час якого у студентства відбувається процес професійної соціалізації. У цей час відбувається формування ціннісних орієнтацій, інтересів, професійного зацікавлення та, як наслідок, мотиваційного ядра. Студенти починають розуміти специфіку майбутньої професії та соціальні норми, правила (Полюк, 2012). Таким чином, професійна ідентичність включає не лише знання, навички, але й цінності, інтереси, засвоєння певної професійної культури і мотивації.

Л.Г. Подоляк, В.І Юрченко (2005) виокремлюють напрями професіоналізації студентів:

- 1) Професіоналізуються всі пізнавальні процеси: професійне сприймання і професійна спостережливість, професійна пам'ять, професійна уява, професійне мислення. Формується професійна настанова на всі пізнавальні процеси.
- 2) Фахівець із вищою освітою повинен засвоїти не тільки знання, уміння й навички, а й самостійно виробляти засоби досягнення поставлених професійних цілей, а для цього повинні бути сформовані механізми планування своєї діяльності, програмування своїх дій, оцінки результатів і їх корекція.
- 3) Особистість студента набуває професійну спрямованість, що має такі прояви:
 - професійна мотивація, загальне позитивне ставлення, схильність і інтерес до професійної діяльності (прагнення до реалізації смислу служіння суспільству, державі, людям);
 - розуміння і прийняття професійних завдань з оцінкою власних ресурсів для їх розв'язання;
 - бажання вдосконалювати свою підготовку до професійної діяльності, підсилюються мотиви самоосвіти і самовиховання;
 - планування задовольняти матеріальні й духовні потреби, займаючись працею в галузі своєї професії.

Відповідно до цієї концепції, професійна спрямованість або становлення включає в себе розуміння та прийняття цілей професійної діяльності; зацікавленість у розв'язанні проблем.

Отже, професійне становлення - це процес, який починається під час засвоєння та застосування набутих знань на практиці, тобто відбувається під час навчання, проте цей процес не закінчується разом із закінченням навчання в університеті. Також у цей період відбувається формування ціннісних орієнтирів та спрямування своїх дій на подальший розвиток у

професійній діяльності, проте кожна професія має особливості її опанування.

На пострадянському просторі тематику професійного становлення розглядали більше з психологічної точки зору. Наприклад, як сукупність особистісних якостей людини, які впливають на успішність засвоєння навчальної програми або як особисту мотивацію. Окрім формування та засвоєння знань, дослідники також описують, що професійне становлення включає в себе і задоволення професією. Увага приділяється ціннісним орієнтаціям та інтересам, тобто фокус зміщений більше на особистісні показники. Якщо якимось і обговорюється явище професійної соціалізації, то радше звертається увага на особисте бажання вдосконалювати свою підготовку до професійної діяльності через самоосвіту та самовиховання.

Розгляд професійного становлення в такому ключі має свої недоліки, адже тут повністю стирається вплив соціальних й інституціональних чинників. Таких аспектів не вистачає для відтворення повного та систематизованого уявлення про процес професійного становлення, тому це важливо дослідити. Закрити таку прогалину в розумінні професійного становлення допоможуть закордонні дослідження, які описують фактори наставництва, наявності рольової моделі, тиску однолітків або соціальної відповідальності, які стосуються професійного життя. Такі фактори є нічим іншим, як соціалізацією у професійній сфері. Проте закордонні дослідники не використовують поняття “професійного становлення”, натомість ми помічаємо оперування такими поняттями як “професіоналізація”, “професійна соціалізація” та “формування професійної ідентичності”. З огляду на відсутність схожих досліджень на теренах України, ми приділяємо особливу увагу складовим професійного становлення в охороні здоров'я, адже, це важливо для розробки стратегії розвитку людських ресурсів. Власне, розуміння, що саме мотивує лікарів-інтернів не залишати

професію та виявлення бар'єрів, які перешкоджають просуватися в професії, і стимулів, які сприяють ефективнішому входженню в професію, є важливою доказовою базою для випрацювання стратегічних рішень як на рівні закладів освіти, охорони здоров'я, так і на регіональному і національному рівнях.

1.2. Складові професійного становлення лікаря під час додипломного навчання

Кожна професія має свої особливості як в реалізації професійних завдань, в професійній культурі, так і в специфіці здобуття професії, тож професійне становлення лікарів в дечому відмінне від становлення інших професій.

Толкотт Парсонс був першим, хто запропонував трактувати медичну практику як механізм соціальної системи, яка опікується випадками хворих. У стосунках між лікарем та хворим з'являються інституалізовані ролі та взаємозв'язки, а також визначаються права та обов'язки обох сторін. Парсонс робив наголос на тому, що хворий (пацієнт) не має достатньої кількості знань та компетенцій для того, щоб самостійно діагностувати в себе хворобу та прописати собі лікування. Під час цієї взаємодії, з боку лікарів зберігається відповідальність за покращення здоров'я пацієнтів. Як наслідок, з боку пацієнтів формується система очікувань щодо поведінки лікаря та його дій під час надання допомоги (Parsons, 1951). Проте подальший розвиток систем охорони здоров'я і відносин лікар - пацієнт характеризувався відходом від патерналістичної моделі до більш партнерської взаємодії лікар - споживач медичної допомоги, адже значна відповідальність з дотримання рекомендацій лікаря, і врахування індивідуальних особливостей знаходиться на людині - пацієнтові (Кутузова і ін., 2015). Спираючись на теорію Парсонса, відносини лікаря та пацієнта також відтворюють соціальну структуру суспільства та мають свої

особливості. Конструювання цих стосунків є частиною професійного становлення лікарів і тому може піддаватися аналізу для покращення цієї системної взаємодії.

У своїй дисертації В.П. Андронов (1992) звернув увагу на те, що рівень підготовки лікаря-спеціаліста не завжди відповідає стандартним вимогам інших професій. Після закінчення навчання, випускники не завжди вміють правильно поставити діагноз та обрати правильну тактику лікування. Власне, Андронов (1992) виявив актуальну проблему відсутності формування професійного мислення у студентства, - у медицині під час навчання більша концентрація відбувається на емпіричному стилі мислення, тобто від одиничного до загального, від конкретних предметів до абстрактного значення слова, яке характеризує клас деяких схожих предметів (Давидов, 1979). Дослідник рекомендує розвивати у студентів теоретичне мислення, адже тоді вони матимуть змогу мислити більш творчо та критично, а також будуть здатні до аналізу та рефлексії. Відсутність такого стилю мислення може бути пов'язаним пізніше з низькою зацікавленістю у навчанні майбутніх лікарів.

К.М. Левитан (1991) виділяє 3 основні стадії професійного зростання:

- підготовча (так звана “довузівська”), пов'язана із вибором професії;
- початкова (вузівська) під час якої формуються основи професійних навичок та вмінь;
- основна (післявузівська), під час якої відбувається навчання на інтернатурі та отримання першого професійного досвіду.

В даній науковій роботі вивчається друга стадія з огляду на більшу професійну спрямованість та на те, що саме тоді відбувається формування базових професійних навичок та засвоєння професійних традицій, що відсутнє у вітчизняних дослідженнях.

Загалом, професія лікаря - ключові компетентності - описані в рамці професії CanMED (2015) і очікується, що лікар не лише лікуватиме людей

(тобто матиме клінічні компетентності), а й також демонструватиме розвинені лідерські, комунікаційні, адвокаційні наукові, партнерські компетентності. Ці шість аспектів є обов'язковими для “медичного експерта” (лікаря).

Саме на “підготовчій - вузівській” стадії такі компетентності розвиваються, поглиблюються. Помічено особливості професійного становлення, залежно від року навчання: студенти старших курсів звертають увагу в більшій мірі на саму суть професії, на цілі здійснення діяльності (Фельдман, 2011). Також для них значущу роль відіграє мотиваційний потенціал професії і важливим фактором залишається задоволеність від професії. Якщо задоволеність низька, то це призводить до її поверхневого освоєння і можливо виходу з професії.

Окрім формування та засвоєння знань, професійне становлення включає в себе також задоволеність (Кудрявцев, 1998): для досягнення ефективних результатів у навчанні студентам необхідна тісна взаємодія із викладачами. Тоді під час професійного розвитку у студента буде підвищуватися пізнавальна мотивація та як наслідок це забезпечуватиме кращу включеність у процес навчання. Викладачі часто скаржаться на пасивність студентів, хоча можливо студентам як раз не вистачає контакту та особистої взаємодії із викладачем (Степурко й ін., 2019).

Професійний шлях медичного працівника формується під впливом багатьох факторів, які також включають особисті цінності й прагнення до реалізації потенціалу, установки і особливості батьків, навчальний процес й формування стосунків пацієнт - лікар, які формуються в клінічному середовищі, часто поза межами університету. Разом і в сукупності ці компоненти є важливими для професійного становлення. Barat (2019) вивчаючи особливості студентів (майбутніх неврологів) вказує на важливість інтересу до допомоги людям, рівня освіти батьків лікарів, ефективного наставництва (менторства), раннього зацікавлення

нейронауками та терапевтичного зв'язку між пацієнтом і лікарем. Навпаки, інтерес випускників до неврології може бути стриманий з фінансових міркувань (наприклад, особистий борг та річний дохід) та "нейрофобії"

13

Також виявляється, що "ентузіазм/ прихильність", "досвід роботи за спеціальністю" та "самооцінка" виокремлюються в британському дослідженні як найбільш впливові фактори, які можуть надихнути випускників займатися неврологією. Для того, щоб підтримувати ентузіазм та зацікавленість молодих спеціалістів на довготривалу перспективу, було запропоновано проводити спеціалізовані тренувальні програми. Для того, щоб такі менторські програми були успішними, вони мають включати в себе ранню професійну соціалізацію та сучасний портрет практичної неврології. Це дасть можливість створити краще уявлення про практичні ролі та лікувальне середовище лікарів.

Edge з колегами (2017), досліджуючи сприйняття вакцинування від грипу, окреслює важливість «соціалізації», або професійного становлення, що включає наявність рольової моделі, професіоналізм, тиск з боку однолітків, соціальну відповідальність, попередній досвід та страх побічних ефектів. (див. Додаток Б). Окрім цього, аспекти «розуміння вакцин» та «вигода-зручність» враховані як інші важливі фактори. Незважаючи на вакцинацію як предмет дослідження, все ж таки описані соціальні й структурні фактори, згадані в статті, є надзвичайно цінними для розуміння професійного становлення й добре систематизованими.

Також важливим фактором є повторювання дій за лікарем-консультантом. Молоді спеціалісти зазначають, що дуже часто їхня робота полягає у тому, щоб просто записувати усе, що говорить лікар-консультант і потім виконувати їхні доручення. Під час своєї соціалізації молоді спеціалісти

^{*13} Нейрофобію приписують до недоліків в медичній освіті і є характеризують страхом перед нейронаукою та неврологією через значущу сприйнятність труднощів нейронауки та неврологічної диференціальної діагностики порівняно з іншими спеціальностями.¹³

формують розуміння, що означає бути професійним лікарем, а лікар-консультант є їхнім прикладом. Молоді лікарі вказують на те, що роблять (повторюють) все те, що робить їхній ментор, тому прийняття або неприйняття вакцини залежить від прикладу ментора. Варто підкреслити, що практика менторства чи клінічного консультанта поки не є системно впровадженою у навчання лікарів-інтернів в Україні, тож закордонні стовпи медичної освіти можуть бути помічними.

Більше того, важливо підкреслити, що через неналежну професійну підготовку лікарів (про що йшлося на початку цього підрозділу) відбувається зниження якості медичної допомоги, яка надається пацієнтам (Фельдман, 2011). На думку авторки дослідження, фундаментальною умовою розвитку спеціаліста є підвищення рівня його професійної самосвідомості та становлення його “професійного-Я”.

Таким чином, очікується, що під час професійного становлення лікаря здобуваються не лише клінічні компетентності, а й цінності професійної спільноти, які дотичні до служіння суспільству, безперервний професійний розвиток - оновлення клінічних і інших знань й навичок, вкладання власного досвіду в професійне становлення молодших менш досвідчених колег, мотивація до роботи й задоволеність. Професійне становлення починається ще до вступу в університет, коли відбувається (осмислений) вибір професій, проте формування основ професії має місце вже в медичних університетах, інститутах.

1.3. Структура професійного становлення лікаря в Україні

Структура здобуття лікарем професії в закладах вищої медичної освіти виглядає наступним чином (див.рис. 2 - станом на 2017 рік): 6 років навчання в медичному університеті (окремі факультети “Медицина”, “Педіатрія” й інші дотичні до лікарських професій - фармацевти і тд). Після завершення магістерської програми (яка стала магістерською в 2015 році з

огляду на болонський процес, а до того - випускники 6-річної програми отримували диплом “спеціаліста”), інтернатура є наступною сходинкою отримання спеціалізації і шляхом до диплома лікаря. Структура вищої медичної освіти в Україні заснована на системах освіти передових країн світу відповідно до рекомендацій ЄС, ЮНЕСКО, ООН та інших міжнародних організацій. (Ukrainian Medical Council) Будучи невід’ємною складовою української освітньої системи, вища медична освіта в Україні регулюється законом «Про вищу освіту», положенням «Про спеціалізацію (інтернатуру)» і положенням «Про клінічну ординатуру». “Майбутні лікарі - інтерни протягом 1 - 3 років (залежно від спеціальності) проходять теоретичне навчання (так зване очне) в закладі вищої медичної освіти й разом з тим практичне (заочне) навчання в закладах охорони здоров'я (лікарнях). Наразі так, післядипломне навчання, або ж інтернатура, – це 1–3-річна спеціалізація, яку повинні пройти всі випускники закладів вищої медичної освіти, якщо вони мають на меті здобути клінічну спеціальність. За умови успішного завершення інтернатури видається сертифікат лікаря-спеціаліста (вказується клінічна спеціальність), який дозволяє лікарям займатись практичною діяльністю за обраною спеціальністю. (Степурко й ін., 2019, с.13).

З огляду на три важливі стовпи компетентнісного підходу (цілі навчання, методи викладання і оцінювання), Міністерство охорони здоров'я внесло зміни в оцінювання компетентностей студентів. У березні 2017 року затверджено порядок проведення Єдиного державного кваліфікаційного іспиту в сфері охорони здоров'я. Згідно з новим порядком, студенти-медики повинні скласти іспити КРОК 1 і 2, міжнародний іспит з основ медицини (відбувалося лише в 2019 році), іспит на знання англійської мови та ОСК(П)І – практично-орієнтований іспит, покликаний об’єктивно оцінити практичні навички студентів. («Стратегія розвитку медичної освіти в Україні», 2019)

Так, унікальним досвідом було проведення Міжнародного іспиту з основ медицини (International Foundations of Medicine — IFOM) у рамках Єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ). Основна мета іспиту — перевірка рівня професійної компетентності із фундаментальних дисциплін. Тестові завдання охоплюють питання нормальної та патологічної анатомії та фізіології, а також біохімії, гістології, фармакології тощо. IFOM Basic Science складається з компонентів, кожен з яких має свою вагу. Іспит унеможлиблює корупцію у процесі допуску студентів до професії лікаря, адже результати перевіряють незалежні міжнародні експерти. IFOM слугує ефективним інструментом для оновлення навчальних планів і освітніх програм закладів вищої освіти до рівня найкращих медичних університетів світу. Такий іспит було проведено 1–3 липня 2019 р. для студентів III курсу спеціальності «Медицина». Загалом протягом 1-3 липня іспит мали скласти 12 877 студентів-медиків. Деякий час цей іспит, який є частиною Єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ), студенти намагалися бойкотувати. Загалом IFOM склали 10 099 студентів - це понад 77% третьокурсників. Зокрема майже 89% студентів склали IFOM українською мовою у веб-форматі. Із 2 783 студентів, що не з'явилися на іспит, 45 надали докази поважних причин. Середнім балом складання іспиту було 30,24%. (Прес-центр МОЗ, 2019) З іншого боку, оцінювання компетентностей має сенс тоді, коли є спільне розуміння щодо переліку знань, навичок і ставлень у випускника. Проте аж до кінця 2021 року “Медицина” не мала освітнього стандарту, що робило систему оцінювання і систему здобуття компетентностей неконгруентною. За результатами дослідження “Оцінювання освітнього середовища студентів медиків і медичних сестер у закладах вищої медичної освіти в Україні” (Степурко Т. та ін, 2019) 77% студентів мали задовільне сприйняття свого освітнього середовища. 78% студентів позитивно сприймають своїх викладачів. Проте, кожен третій студент негативно

оцінює свій навчальний процес. Основними аспектами освітнього середовища, що негативно оцінюються студентами, є (а) відсутність системи підтримки студентів, які відчують стрес; (б) надмірна увага до здобуття фактологічних знань; (в) авторитаризм викладачів; (г) відсутність упевненості в достатній підготовці до майбутньої професії; і (д) викладання, яке не направлене на розвиток впевненості студентів.

Отже, додипломна медична освіта є досить тривалою та багатогранною, якщо порівнювати з іншими освітніми програмами, включає в себе оцінювання знань і навичок студентів, яке затверджено на національному рівні. Протягом останніх років було спроби запровадити міжнародні підходи в оцінюванні теоретичних знань випускників медичних факультетів, проте після першого екзамену, така практика більше не мала повторення. Вона має свої особливості структури, яка включає в себе не лише методи викладання, спеціалізовані предмети, а й також формування ціннісних систем у контексті інституції, це все має свої стадії та кроки.

1.4 Компетенції і курікула додипломної медичної освіти

Здобуття визначених компетенцій (знань, навичок, ставлень і цінностей) на додипломному рівні освіти знаходять відображення у курікулі (або навчальній програмі). Shirley Grundy (1987) вважала, що програма активностей повинна бути розроблена таким чином, щоб студенти досягали певних освітніх й інших навчальних цілей або ж завдань. Тобто організація навчального процесу, навчального плану та освітньої системи в цілому мають розвивати професійне мислення та зацікавленість у майбутній професії. Навчальний план та його формування з боку викладачів та адміністрації структурує професійне становлення студента. Glen Has (1987) запропонував таке визначення курікулі – досвід який набувають учні, створений завдяки теоретичній та дослідницькій базі або ж професійній

практиктиці освітньої програми, метою якої є досягнення широких цілей і пов'язаних з цим конкретних завдань.

Професорка медичної освіти Великої Британії Джанет Грант (2018) підкреслює важливість курікули в здобутті компетентностей лікарів. Курікула – це одна з головних складових навчального процесу, це управлінський, ідеологічний та плановий документ, який повинен:

- повідомляти учню, чого саме очікувати, включаючи вимоги до вступу, тривалість та організацію програми та її гнучкість, систему оцінювання та методи підтримки студентів;
- порадити викладачам, що робити, щоб доставити зміст і підтримати учнів у виконанні ними особистих завдань та підвищенні кваліфікації;
- допомогти закладу виставити відповідне оцінювання навчанню студентів та здійснити відповідні оцінки освітнього забезпечення;
- розповісти суспільству, як школа виконує свій обов'язок створити наступне покоління лікарів відповідним чином. (Janet Grant, 2018)

Основні елементи ефективної медичної освіти – планове та організоване навчання, структуроване отримання досвіду, зразки для наслідування/рольові моделі та середовище навчання. Вони є взаємозалежними та доповнюють один одного (Maudsley, 2001). Flexner (1930) підкреслив, що навчальний процес включає як формальний, так і неформальний елементи. За останні роки медичні педагоги визнали важливість розмежування формально-явного та прихованого вимірів у процесі становлення лікарем. Прихований навчальний план стосується звичаїв культури, які передаються, але не відкрито визнаються, шляхом офіційних та неформальних освітніх дій/заходів.

Типовим визначенням поняття прихована курікула є: прихована курікула – це сукупність неписаних, неофіційних та часто непередбачених уроків,

цінностей та перспектив, які учні засвоюють у школі. Хоча «офіційна» навчальна програма складається з курсів, уроків та навчальних заходів, в яких беруть участь студенти, а також знань та навичок, які викладачі навмисно викладають студентам, прихована навчальна програма складається з невисловлених або неявних академічних, соціальних та культурних повідомлень, які повідомляються учням під час навчання. На сьогоднішній день прихована курікула в основному позиціонує студентів як одержувачів, а викладачів як постачальників прихованих навчальних програм. Студенти обирають різні риси, моделі поведінки, узагальнюючи їх у суміш цінностей. Викладачі мають домінантну роль, вони передають не тільки знання та навички, а також норми та цінності професії. Неважливо відбувається свідомо чи несвідомо, проте це все одно має відбиток на студентах.

Wright та ін. зазначили, що 90% студентів визначили одного або декількох зразків для наслідування лікаря під час навчання на медичному факультеті. Frederik W. (1994) зазначав, що під час професійного розвитку лікаря є засвоєння етичних принципів, проте є розмежування між педагогічним підходом до навчання, коли під час “офіційних” лекцій, наприклад “етика та деонтологія” розповідають як варто поводитися з пацієнтом та споглядання на професійну ідентичність лікаря, які інструменти комунікації застосовуються у ході клінічної роботи в залежності від ситуації та обставин. Щоб бути ефективнішим, навчання повинно проводитись у середовищі, яке підкреслює дух допитливості, підтримує та розуміє потреби та прагнення студентів, характеризується цивілізованістю та чутливістю до культурних, етнічних та гендерних питань. Декани та викладачі повинні серйозно думати про зразки для наслідування та середовище навчання та діяти відповідно до цього, щоб створити максимально підтримуючу та зразкову освітню середу. Hafferty (1994) та колеги зазначають, що викладання етики стало «чарівною кулею»

медицини у 1990-х роках. Досліджуючи проблеми системи, розриву зв'язку між лікарем і пацієнтом, процесом втрати медициною захисної сили, поява моральних складнощів у пацієнта, зв'язків з технологічною медициною, викликають більший розголос та стає зрозуміло, як важливо викладати формальну етику в медичних школах. Розробка навчальних програм у медичній освіті – це арена, на якій ведеться багато ідеологічних битв. Існує декілька різних поглядів щодо, наприклад, того, чому повинні навчитися студенти-медики, як вони цього повинні навчитися, які якості ми хочемо, щоб вони розвивали, де знаходиться наукова база, де мають бути здобуті навички спілкування та обстеження пацієнтів, як довго це повинно прийматися і чи хочемо ми визначити їх завдання з точки зору результатів чи компетенцій. Заклик до включення до навчальної програми навичок управління, лідерства, професіоналізму, спілкування та викладання зберігається.

Існує декілька способів, за якими може скластись навчальна програма: формування методом Тайлера, основна п'ятиступенева модель ADDIE, шестикрокова модель Керна, освітні стратегії від Flexner, опортуністична модель, SPICES та модель PRISM. Модель Flexner орієнтована на викладача, на дисциплінованість та на надання знань. У той час як PRISM орієнтована на практику, інтердисциплінарність, різноманітність локацій під час навчання та має коротші курси. Існує потреба у контекстуалізованому підході до розробки навчальної програми. Також на створення медичної курікули можуть впливати різні теорії навчання (problem-based learning, learner-centered design), різні професійні практики (робота команди, етика), соціальні цінності, мультипрофесіональні елементи досвіду, медична експертиза і т.д. (Додаток В). Проте, автор зазначає, що оскільки дизайн курікули формується в рамках обмежених ресурсів, людського капіталу та враховуючи вплив стейкхолдерів, навчальна програма не може бути відірваною від соціального контексту. У таблиці А можна помітити, що

контекстом можуть бути такі аспекти як: система охорони здоров'я в цілому, соціальний стан, політичні імперативи, економічний стан, очікувана тривалість життя, тощо. Отже, будь-які рішення щодо планування навчальної програми потрібно приймати обережно, систематично на основі ресурсів, культури, цінностей та контексту.

Debra зі співавторами (2019) зазначали, що існує невідповідність між навчальними потребами студентів та реаліями сучасних клінічних умов, тому вони імплементували нову форму курікули в Southern Illinois University School of Medicine. Створюючи нову навчальну програму третього курсу, вони прагнули створити освітнє середовище, яке дозволило б чітко практикувати клінічне мислення, а також дало можливість студентам інтегруватися в центр медичної роботи, а не залишатися на периферії. Вони хотіли, щоб студенти занурились у клінічну роботу, а не ховалися за навчанням для оцінювання. Автори статті поділили роботу третього курсу на три компоненти:

1. Критичні клінічні компетентності – в режимі онлайн, навчальна програма на основі відео.
2. Основні клінічні посади* ¹⁰(перші 8 місяців третього року).
3. Персоналізований навчальний план (останні 15 тижнів третього курсу).

Студенти вчаться міркувати клінічно, вивчаючи 12 головних скарг (наприклад, головний біль і біль у животі), це дозволяє студентам порівняти свої клінічні міркування з висновками практикуючих лікарів різних спеціальностей, які оцінюють одні й ті самі випадки. Відео дозволяють студентам "побачити" мислення лікарів – ціль, яку часто наслідують в

¹⁰ Основні клінічні посади були розроблені, щоб забезпечити клінічне занурення в спеціальності. Студенти чергуються через вісім ротацій, кожні чотири тижні тривалістю (внутрішня медицина, психіатрія, педіатрія, хірургія, сімейна медицина, неврологія, невідкладна допомога та акушерство-гінекологія). На додачу до подальшого вдосконалення клінічних міркувань, на восьмимісячний період були поставлені дві цілі: спілкування з медициною та надання студентам можливості знайти свою медичну спеціальність.

теоретичній частині медичної освіти, але рідко систематично досягається на практиці. Основні клінічні посади були розроблені для забезпечення клінічного занурення у спеціальності.

На додачу до подальшого вдосконалення клінічних міркувань, на восьмимісячний період було встановлено дві цілі: спілкування в медицині та надання студентам можливості знайти свою медичну спеціальність. Як відповідь на потребу в більш індивідуалізованому підході, було запропоновано гнучку 15-тижневу навчальну програму. Студенти зустрічалися зі своїми консультантами та обирали графік, який найкраще відповідав їхнім особистим потребам у навчанні. Деякі студенти обирали конкретну спеціальність, що давало їм "глибше занурення" у конкретному напрямку. Студенти, які ще не обрали спеціальність, але все ж звузивши варіанти, оберталися у межах конкретних спеціальностей, щоб зробити вибір.

Курікула також може включати в себе регулювання того, як студенти соціалізуються та включаються в робочу команду. Створюючи більш близькі стосунки з професійною командою та студентами, можна досягти кращої залученості в клінічну культуру, що сприяє кращій професіоналізації.

Важливо також розуміти, що навчальне середовище існує всюди і щоразу, коли студенти збираються: від амфітеатру до розмови за пізньою нічною кавою. Тож, укладачі курікули/декани/адміністрація університетів під час створення курікули мають звертати увагу не тільки на "офіційну" частину, але й також можливо на приховану. Адже саме завдяки цим компонентам відбувається значна частина формування професійної ідентичності майбутнього лікаря. Професійна орієнтація формується не лише через здобуття клінічних знань, а й також через культурні (ціннісні, етичні, моральні) коди, які часто передаються "подвійними повідомленнями/сигналами".

Отже, структура професійного становлення студентів на додипломному етапі складається з офіційних та неофіційних частин. Хоча частіше за все у більшості вітчизняних досліджень зверталась увага на такі складові як: навчальний план, кількість/якість знань та етапи професіоналізації, проте варто також збалансовано звертати увагу на такі особистісні показники як: сприйняття навчального середовища студентами, доступність до викладачів чи менторів та прихований навчальний план. Усі ці фактори загалом однаково впливають на процес професіоналізації майбутнього лікаря та, як наслідок, на його задоволеність професією.

РОЗДІЛ 2. СПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ КРІЗЬ ПРИЗМУ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ

2.1 Методологія дослідження

Дана робота використовує якісницьку методологію й ґрунтується на емпіричному дослідженні. З огляду на поставлені мету й завдання дослідження, одиницею вибірки є учасники освітнього процесу - студенти, освітяни (адміністрація університету, викладачі). Робота ґрунтується на:

- 1) первинному матеріалі з інтерв'ю з курсової, а саме щодо сприйняття додипломної медичної освіти, здобутих професійних компетенцій і соціалізації. В курсовій опитано 11 осіб. Збір даних відбувався в 2020 році;
- 2) інтерв'ю з (а) лікарями-практиками щодо оцінювання їхнього досвіду додипломної освіти та інтернатури; (б) медичними освітянами щодо формування курікули (організація навчання - ментори, рольові моделі, і т.д.) і як можна покращити організацію навчання для кращої професійної соціалізації випускників; (в) студентів щодо їхнього досвіду здобуття додипломної освіти. Збір даних відбувався навесні 2021 року.
- 3) тріангуляція даних – експертне інтерв'ю з Младеною Качурець, заступницею Міністра охорони здоров'я (2019), директоркою Академії Добробут.

Пілотного дослідження чи претесту не заплановано з огляду на якісницький дизайн, який є відносно гнучким і дозволяє вносити деякі зміни в інструментарій і в підхід під час польового етапу. Методом збору даних обрано напівструктуровані інтерв'ю з огляду на наявність сензитивних

питань під час інтерв'ю, де людина буде мати більше простору для висловлення власної думки. Уніфіковані опитники можуть схилити респондента надавати соціально-схвалювальну відповідь. Місце проведення інтерв'ю узгоджувалося з кожним респондентом особисто, задля того, аби створити максимально комфортні умови для інтерв'юйованого. Середня тривалість інтерв'ю складала 60 хвилин, а мінімальна тривалість інтерв'ю була 36 хвилин й максимальна 89 хвилин. Вибірка сформована, враховуючи кілька принципів: принцип доступності інформантів, принцип максимальної варіації, але також з частковим застосуванням методу снігової кулі. Принцип максимальної варіації врахований у професійному досвіді інформантів, тож ми виокремили декілька груп: (а) лікарі-практики; (б) медичні освітяни; (в) майбутні лікарі (досвід тих, хто навчається). З огляду на імовірно різні траєкторії професійного становлення, інформантами є як лікарі, які працюють у комунальних закладах охорони здоров'я, так і у приватних клініках.

Напівструктуровані інтерв'ю відбувалися на основі розроблених гайдів для різних груп інформантів, які склалися з чотирьох частин:

А - Вибір професії і університету

Б - Медична освіта: організація навчання

В - Медична освіта: освітнє середовище

Г - Підсумовуючі питання

В даній науковій роботі вивчається перша і друга стадії професійного становлення (К.М. Левитан, 1991) з огляду на те, що саме тоді відбуваються в університеті перші етапи професійної адаптації та здобувається перший практичний досвід з пацієнтами. Дослідження останнього особливо бракує у вітчизняних дослідженнях.

Перед початком інтерв'ю, респондентам було дано короткий опис дослідження та вони були ознайомлені з його етичними принципами. Гайд інтерв'ю був використаний для керівництва/регулювання дискусією/дискусії, хоча напівструктурований підхід дозволяв гнучкість та деталізацію навколо кожного унікального досвіду учасника. Інтерв'ю були записані та затранскрибовані Малачковою Катериною. Деякі висловлювання редагувалися (наприклад, видалення повторюваних слів), було приховано додатковий контекст та унікальні ідентифікаційні коди учасника.

Усім учасникам дослідження гарантувалася конфіденційність. Із записами інтерв'ю працювала одна людина – Малачкова Катерина.

В підсумку, опитано 21 респонденти (див.Табл.2.1)

Таблиця 2.1. Соціально-демографічні характеристики респондентів/-ок

№	Ім'я респондента/-ки	Стать	Вік	Посада
1	Олена	жінка	25	лікар-інтерн
2	Зоя	жінка	25	лікар-інтерн
3	Олексій	чоловік	25	лікар-інтерн
4	Владислава	жінка	49	лікар у державній лікарні
5	Марина	жінка	37	не працює лікарем
6	Сергій	чоловік	29	лікар в приватному медичному закладі
7	Марія	жінка	52	лікар в “Українському товаристві сліпих та слабозорих”
8	Софія	жінка	24	лікар-інтерн

9	Ігор	чоловік	33	лікар та викладач
10	Ганна	жінка	27	лікар в приватному медичному закладі
11	Анастасія	жінка	25	лікар-інтерн
12	Лера	жінка	21	студентка 4 р.н.
13	Альона	жінка	22	студентка 5 р.н.
14	Богдана	жінка	23	студентка 6 р.н.
15	Ірина	жінка	23	студентка 6 р.н.
16	Кирило	чоловік	20	студент 3 р.н.
17	Віктор	чоловік	60	освітянин
18	Стефанія	жінка	38	освітянка
19	Анастасія	жінка	57	освітянка
20	Наталія	жінка	45	освітянка
21	Світлана	жінка	36	освітянка

Методологією аналізу даних була *інтерпретативна якісна методологія*, здійснено аналіз транскриптів інтерв'ю, що відбувався у 3 етапи згідно з класифікацією Майлса та Хабермана:

1. Редукція даних - стислий виклад матеріалу, кодування первинних даних, виділення ключових тем. Після аналізу транскриптів, отримані результати на цьому етапі були згруповані у 5 основних категорій – вибір професії, навчання в університеті, навчання на інтернатурі, фінанси, перший досвід роботи лікарем та загальні запитання.
2. Представлення даних – стислий та узгоджений звіт даних, який уможливорює подальші висновки з дослідження. Ця процедура дозволила виявити ключові відмінності в досвіді респондентів, що навчалися в різний період, та стала підставою для пояснення такого

стану речей, враховуючи соціально-політичний та культурний контексти. Також, за допомогою цього етапу стало зрозуміло, що деякі питання, що підіймаються в межах спілкування з респондентами, на думку дослідника, є менш актуальними в контексті досліджуваного феномену, а тому були вилучені з подальшого аналізу.

3. Висновки та верифікації – надання значення досліджуваним процесам та явищам.

Підтеми розвивалися індуктивно, орієнтуючись на фактори, які виявлялися найбільш важливим для учасників, а не їх загальне поширення. Гайд інтерв'ю неодноразово було переглянуто, особливо якщо з'явилися нові теми або у "негативному випадку" - приклад, що виникає, коли існуюча тема може бути переоцінена або недооцінена. Збір даних відбувався до тих пір, поки не спостерігалось насичення. Теоретичним насиченням вважався моменту в проведенні інтерв'ю, коли під час розмови відбувалися суттєві повторення й не з'являлося нових інсайтів. Учасники зазвичай описували коло сценаріїв під час своїх інтерв'ю, наприклад, у багатьох випадках один опитаний міг описати способи комунікації зі старшими викладачами.

Одним з обмежень цього дослідження є можливість зсуву даних через суб'єктивізм у формуванні вибірки, так як пошук респондентів на початку дослідження відбувався шляхом використання власних контактів. До того ж, вагомий вплив на результати має факт знайомства дослідниці з деякими респондентами, а отже знижує надійність даних. Факт знайомства з респондентами також може виступати як індикатор якості отриманих даних, адже респонденти можуть побоюватись засудження їх вчинків та дій дослідником. Також, передбачається, що залучення неформальних практик під час професійного становлення відбувається при більш високому статусі

або при зіштовхуванні з ієрархізованою системою (наприклад, при влаштуванні на роботу з головним лікарем медичного закладу), а студенти 3-6 років навчання ще не мали такого досвіду.

2.2 Вибір професії та перші роки навчання, як адаптаційні процеси професіоналізації

Як було зазначено в Розділі 1, професійне становлення відбувається як під час навчання в університеті (дослідниками визначається як друга стадія професійного становлення), так і під час першої стадії - коли майбутній студент обирає професію. Тож, розуміння того, що саме спонукало обрати професію лікаря, відіграє важливу роль у професійному становленні. Проте не менш важливими є такі аспекти - як вибір університету або подія в житті майбутньої лікарки чи лікаря, яка надихнула обрати саме такий професійний шлях. За свідченнями респондентів на вибір професії впливали стан власного здоров'я і наявність родичів-медичних працівників (Табл.2.2). Інформанти згадували також власні інтереси у медичній тематиці й альтруїстичні покликання. Однак найчастіше респонденти називають не один чинник, який її спонукав до вступу до медичного університету, а декілька.

Таблиця 2.2. Вибір професії лікаря через власне здоров'я, родинну медичну приналежність, альтруїстичні поклики

Мотив	Цитата
Власні проблеми зі здоров'ям	<i>“Так само у мене на обличчі (окуляри),також це є причиною, хотілося якось вилікувати це захворювання, не те що захворювання, а міопію. Якось так пішло в нашій медицині, чим людина хворіє, те, вона і хоче лікувати.Тато був мікрохірургом ока і я мав проблеми із зором, він водив мене по різних спеціалістам усе моє дитинство або сам проводив корекцію.”</i> (Леонід, лікар-інтерн, 25 років)

	“У мене були проблеми із зором, я весь час проводила в офтальмологічному відділенні, у мене осьова міопія була.” (Вікторія, 25 років, лікарка-інтерн) “Це все відбулося ще з дитячих років, бо я сама мала проблеми із зором і їх маю, у мене близькозорість, міопія. З дитинства почалося моє лікування, мені дуже сподобалося: як мене обстежують, що мені роблять, різні стьоклишка (скельця) підставляються. Навіть з того часу я вирішила, що я буду офтальмологом точно.” (Євгенія, 30 років, лікарка)
Наявність родичів - медиків	“Все таки вирішив піти по медицині, бо у мене вся сім'я в медицині” (Леонід, лікар-інтерн, 25 років) “У мене мама і тато лікарі, я виросла у лікарні. Я взагалі не уявляла, що є якісь ще професії.” (Вікторія, 25 років, лікарка-інтерн) “Я її не обирав (професію), у мене вся сім'я- лікарі.” (Богдан, 31 рік, лікар)
Власний інтерес до медицини	“Ну загалом, я вирішила ще вступати після 9 класу. Яюсь мені це подобалося, у мене в сім'ї медиків немає і для це було щось таке... ну загорілась. Мені дуже хотілось.” (Ольга, 25 років, лікарка-інтерн) “Мій хлопець закінчував інтернатуру з офтальмології, покликав до себе послуhati і мене зацікавило.” (Вікторія, 25 років, лікарка-інтерн) “Я з дитинства хотіла, мені було цікаво. У мене в сім'ї нікого з лікарів немає і нікого не було в найближчих поколіннях.” (Альона, 22 роки, студентка)
Альтруїстичні мотиви	“Були постійно якісь життєві ситуації, типу жінка йшла-йшла впала обличчям вниз, треба було допомогти і ось воно яюсь потихенько на це надихало, що треба допомагати. І також думав стати міліціонером, хотів допомагати людям, щоб не просто так прожити життя, а якусь допомогу дати...” (Леонід, лікар-інтерн, 25 років) “Мені хотілось допомагати людям. Постійно стикалася з ситуацією, коли приходиш в лікарню, а ставлення до пацієнта “так собі, як би це героїчно не звучало, але хотілося змінити цю штуку.” (Ірина, 23 роки, 6 курс) “Я вважаю, що у нас дуже багато такого покоління... старого, “совкового”, вони неправильно розуміють, як треба спілкуватися з пацієнтами, як його потрібно розташувати до себе і тому я думаю, що ми молоде покоління будемо нести цю місію, щоб нам більше довіряли” (Альона, 22 роки, 5 курс)

Цікаво, що ми не помічаємо одностайного сприйняття престижу і доходу від лікарської професії, так деякі інформанти зазначають, що професія вважається престижною, а інші – не престижною. Така відмінність може бути пов'язана як зі сприйняттям цінностей (для декого альтруїзм це

важливо), так і зі сприйняттям доходу лікаря, який також формує сприйняття престижності. (табл.2.3) Щодо доходу, то протилежні погляди можуть бути пояснені різницею між формальним і неформальним прибутком, але також і спеціальностями, які більш “фінансово” цінуються пацієнтами, і де є більше можливостей отримати неформальний дохід (як от хірурги, гінекологи тощо). Тож, лікарська професія є неоднорідністю за престижем як з огляду на дохід, так і на умови роботи, затребуваність пацієнтами, місце роботи (вузько-спеціалізовані центри, міські чи сільські заклади).

Таблиця 2.3. Вибір професії лікаря через престиж професії і прибуток

Мотив	Цитата
Престиж професії	<i>“Професія лікаря вважалася престижною, бо в ментальності моєї сім’ї лікар завжди користується повагою, оскільки він робить святу справу, допомагає людям, плюс оперує великим багажем знань. Лікар-це професія, при якій завжди буде робота.”</i> Ольга, 25 років, лікарка-інтерн)
	<i>«Престижна робота- це розумієш (розумієш), що ти серйозну роботу робиш, помилка лікарська завжди набагато дорожче коштує ніж у бухгалтерії чи не знаю, суп не так намішав, це про відповідальність”</i> (Богдан, лікар, 31 рік)
	<i>“Я тобі можу сказати навіть більше, я коли вступила, мені брат сказав- ого, оце да, оце ти вибрала, чого ти пішла саме в медицину? Ми всі взагалі не того складу розуму- що це важко для них, ну якось для них простіше було щось інше. Але так, вважалася престижною, якщо не брати оплачуваність лікарів у нашій державі, то в плані допомоги, наприклад, в плані самої професії, що це дійсно важко. Ну в моїй сім’ї немає такого, що батьки не шануються з лікарями.”</i> (Ольга, 25 років, лікарка-інтерн) <i>В принципі так, вважалось, що в цілому цю професію поважають”</i> (Юлія, лікарка-інтерн, 25 років)
	<i>“Я думаю, що лікар – це престижна професія, тому що хороший лікар – це освічена людина.”</i> (Кирило, 20 років, 3 курс)
Поєднання престижу і прибутку	<i>“...в той період 90-их років, коли були низькі зарплати... мені тато казав-лікар- це завжди престижно, в медицині завжди має краще бути, має рухатися до кращого. Престижна професія- вона має у суспільстві повагу. Про заробіток і говорилося, з одного боку, але з іншого боку, коли я закінчувала у 86-ому році школу, то більше йшли такі етично-моральні... (цінності)”</i> (Неля, лікарка, 51 рік)

	<i>Ні, професія не вважалася престижною, такий час був, на жаль. В 90-ті роки змінилося розуміння престижу, тоді все переводилося на гроші, це визначало твою позицію в суспільстві. В той час тато не приносив заробітку, в той час модно було бути, слово таке- “крутіком”. Мама тоді отримувала “зарплату” у пряніках і кабачковій ікрі, тай дякую, що хоч це було. ” (Дмитро, 32 роки, лікар)</i> <i>Професія в сім'ї вважалася не дуже престижною. Батьки багато чого пройшли самі, ну от якщо вважати в плані титулу- так, вони вважали це аристократичною роботою, в плані фінансовому- вважали для мене цю роботу не перспективною, тобто вони хотіли щоб я могла заробляти сама на себе майже відразу. Я зараз як лікар-інтерн отримую близько 3000. ” (Вікторія, 25 років, лікарка-інтерн)</i>
Гарантований прибуток як навіяно старшими родичами	<i>“За часів бабусі та дідуса -так, професія вважалася престижною. Не просто тому що часи були краще, але, на мою думку, була дійсно краща медицина. Але мені завжди казали, що хороший лікар без шматка ковбаси в кармані не залишиться, але дивлячись на реформи, які зараз проводяться, все менше і менше позитивних емоцій в моїй родині на нашу медицину: зарплата низька і треба тільки їхати за кордон.” (Леонід, лікар-інтерн, 25 років)</i>

Напроти ми помічаємо, що в деяких випадках людина обирає не стільки професію, скільки місце розташування університету чи потенційні фінансові вигоди від професії (Табл.2.4). Також респонденти - майбутні лікарі називають загальний інтерес до певних дисциплін, які є базисом для медицини:

“Обрав професію лікаря, бо маю схильність до гуманітарних наук. Медицина – це дуже цікава наука, у ній поєднано дуже багато різних галузей. ” (Кирило, 20 років, 3 курс)

Таблиця 2.4. Вибіру професії лікаря через інші міркування

Мотив	Цитата
Вибір професії навіяний дитячими іграшками	<i>“Вибір професії відбувся ще у дитинстві через дитячу імпорتنу гру в лікаря, з фонендоскопом, мікроскопом, рецептами, тобто на момент радянського союзу це був ексклюзив. І ось тоді з'явилося бажання.”</i>

Територіальний фактор - “на сусідній вулиці”	<i>“Обрав наш ВНЗ, тому що просто я тут живу у Вінниці, тут багато моїх знайомих, якщо друзі є, то це ж краще набагато і близько додому йти.” (Леонід, лікар-інтерн, 25 років)</i>
Вибір ЗВО за рейтингом	<i>“Я могла вступити в Богомольця на бюджет, але от наш університет він у рейтингу другий, після Богомольця, але це умовно, у нас база набагато сильніша.” (Лера, студентка 4 р.н.)</i> <i>“Думала спочатку вступати за кордон, але потім передумала. ВНМУ в принципі вважається найсильнішим ЗВО в Україні.” (Богдана, 6 курс)</i>

2.3. Навчання в університеті як процес здобування професійної ідентичності

Процес навчання в університеті може суттєво підкоригувати фактори, посилити і кристалізувати мотиви і прагнення, які студент чи студентка мали до початку навчання. Так, не лише особиста зацікавленість та вмотивованість студента мають значення, як і час, який вони витрачають на навчання, а також ставлення викладачів до своєї роботи, до студентів, їхня мотивація до викладання, готовність ділитися особистим досвідом та давати можливість молоді отримувати знання на практиці впливають на якісну професіоналізацію.

Часто студенти вказують на те, що викладачі не зацікавлені у належному викладанні, можуть запізнюватися на пари, і організовувати заняття в такий спосіб, який не сильно сприяє засвоєнню нових знань (Табл.2.5):

“Тобто було багато викладачів, які відбили усе бажання вчитися: приходили на заняття- на те от тести проходьте, там почитайте собі щось, а собі щось там пороблю, піду собі до пацієнтів.” (Леонід, 25 років, лікар-інтерн)

Також такі навчальні методи викладачів і завдання на оцінювання як зазубрювання, дослівний переказ текстів студентами сприймається досить негативно.

З іншого боку, освітяни не називають таку незацікавленість викладача у студентах як одну з проблем, проте напряду говорять про те, що “особистість викладача і студента мають значення в професійному становленні”:

“Ключовими моментами в професійному становленні лікаря є особистість студента й особистість викладача. Якщо студент здатний до самонавчання, карантин показав, що якщо йому закрити університет, не водити в клініку, він за рахунок власних здібностей зможе це подолати. Обмеження, КРОК, ОСКІ – вони формують достатній рівень професіоналізації студента.”
(Віктор, освітятник, 60 років),)

Таблиця 2.5. Негативне сприйняття студентами вмотивованості викладачів до викладання

Категорія/ Аспект	Студентство
Форма навчання визначає ставлення викладачів і загалом зверхнє ставлення викладачів	<i>“Чесно кажучи, на першому курсі вже хотіла кидати університет, бо система навчання мене просто вбивала. Було розділення людей на контракт і на бюджет: якщо ти контракт- май свою трійку і йди собі спокійно. Дратувало зверхнє ставлення викладачів. (Ольга, 25 років, лікарка-інтерн)</i>
Викладачу потрібно “відпрацювати години”, але мотивації до викладання нема	<i>Викладачі, які приходять просто “відчитати” одразу відбивають бажання. (Мирослава, 25 років, лікарка-інтерн)</i> <i>“95% викладачів, які викладали у мене - не мали ніякої зацікавленості.” (Дмитро, 32 роки, лікар)</i> <i>“Звісно бувають нудні пари, можуть щось дати писати-переписати і кажуть “я зараз прийду”, таке, на жаль, є. Все залежить від добросовісності викладача. Але загалом пари відбуваються у формі обговорення.” (Богдана, 6 курс)</i>
Запізнення викладачів	<i>“Дратує, коли тягнуть час. Деякі викладачі можуть ввімкнути пару, запізнитися на 10-15 хв, потім дати тести на 40 хв, потім розбираємо їх 20 хв і тільки потім розбираємо якусь тему. Часто дають тести та йдуть, дуже рідко, коли це підготовка до КРОК, частіше - просто тягнуть час.” (Лера, 21 рік, 4 курс)</i> <i>Дратує, коли викладач може просто не прийти на пару або не попереджує, що запізнюється, наприклад, на годину на пару. (Альона, 22 роки, 5 курс)</i>

Приниження викладачами студентів	<i>“Дратували викладачі, які могли просто принизити, сказати, що ми дурні, нічого не вміємо, що раніше лікарі краще були, що ми просто дно і вже нижче немає нічого.” (Леонід, 25 років, лікар-інтерн)</i>
Методи навчання - тести	<i>/Історія України - взагалі повз пройшла, ми просто сиділи вирішували тести. Як питання “яке населення було на Волині після другої світової війни?” впливає на мій загальний розвиток?</i> <i>“Бувало не один раз, що у викладача немає часу провести пару і він дає нам тести, щоб хоч якось оцінити нас на парі.”(Ірина, 23 роки, 6 курс)</i> <i>“Бувало, викладач приходив і давав тупо заповнювати тести і відпускав з пари. Живе спілкування з викладачем було цікавим.” (Євгенія, 27 років, лікар)</i>
Методи навчання - зазубрювання	<i>Дратувала система навчання, що треба було вивчити ту главу, той параграф і розказати напам'ять, по шаблону написати.” (Ольга, 25 років, лікарка-інтерн)</i> <i>“Дратувало те, що ми тупо “зубарили”, ми не вчилися.” (Дмитро, 32 роки, лікар)</i> <i>“На англійській мові вчать тестам: перекладати їх, читати. Це можна і самому підготуватися. Моя одногрупниця як вступала дуже добре знала англійську, але от каже, що за 3 роки відчуває, що тупіє, бо ми просто вчимо тексти. Їх і не треба вчити, вона прочитала і може переказати своїми словами, навіщо це тупе заучування? (Лєра, 21 рік, 4 курс)</i> <i>“3 роки викладалась англійська, навіщо вона була? Вона ніяк не допомагала підготуватися до КРОКу. Ми просто вчили тексти. Навіщо вчити слово в слово? Це що, 4-ий клас?</i>
Застарілість підходів	<i>Багато викладачів це просто “совєцький союз”. ” (Лєра, 21 рік, 4 курс)</i> <i>“Інколи навчальні плани дуже застарілі та викладаються жахливо.” (Кирило, 20 років, 3 курс)</i>

Натомість, наявність викладача, який надихає або підтримує (так звана позитивна “рольова модель”) є сприятливим фактором для підвищення інтересу до спеціалізації та бажання продовжувати навчання за фахом. Особливо цінними для студентів - медиків є викладачі, які можуть забезпечити доступ до пацієнтів та передачу “клінічного мислення”:

Також колишня студентка й теперішня лікарка вказує на те, що викладацька майстерність, інтерактивні заняття, де відбувається взаємодія і спілкування з викладачем, сприяє більшій мотивації до навчання:

“От була викладачка з гінекології, яка дуже подобалась. Пари з нею були не насадженням знань, а розмовою з розумною людиною. Вона все показувала на живих прикладах, вона ставила нас в ігрові ролі. Це стимулювало. Викладач обов’язково має бути практиком.”
(Світлана, 45 років, лікар)

Деякі респонденти - освітяни наголошують на тому, що дають простір студентам для висловлювань, присутні на парах і оцінюють наявність критичного мислення:

“Я стараюсь під час пар більше мовчати. Я задаю тему та слухаю. Я стараюсь вивчити імена, по-батькові. У мене завжди круглий стіл, стараюсь зробити дискусію. Хтось відповів, я питаю, що інший вважає, з цього приводу. Я оцінюю як вони можуть критично мислити.

Треба просто бути зі студентами, не йти від них на парі, задавати кожному питання. Я передаю їм право висловлюватися, щоб була жива розмова, щоб залучити усю групу до відповіді, щоб був активний процес.” (Віктор, освітянин, 60 років)

Таблиця 2.6. Рольові моделі для професійного становлення лікарів під час додипломного навчання

Категорія / аспект	Студенти	Викладачі
Важливість роботи з пацієнтами	<i>“Дуже мотивує, коли бачиш який викладач професіонал і як швидко він може задавати потрібні запитання пацієнту.”</i> (Леонід, 25 років, лікар-інтерн)	<i>“Надзвичайно велика роль викладача у формуванні ставлення до пацієнта та професії. Молоді люди, особливо після шкільної лави, дуже орієнтовані на особистість викладача. Дуже часто</i>

Задоволення від стилю і змісту викладання	“Дуже мало викладачів, до яких би хотілося із задоволенням зараз прийти послухати пари.” (Мирослава, 25 років, лікарка-інтерн)	обирають собі спеціальність, тому що їм потрапила якась рольова модель. Це як доктор-Хаус, пацієнт може бути розгаданий логічними, послідовними розглядом і це надихає пацієнтів орієнтуватися на ті чи інші спеціальності. Так, є таке, що вони шукають собі “янгола охоронця”, але тут можливості обмежені. Наші викладачі не часто відіграють якісь ролі/ позиції у лікарнях адміністративні (головний лікар, наприклад). Вони можуть тільки на рівні порад: йди туди, роби те. ” (Віктор, освітянин, 60 років))
Інше (професіонали - викладачі)	“Коли людина професіонал своєї справи і живо розповідає про неї, то це одразу зацікавлює.” (Юлія, 25 років, лікарка-інтерн) “Викладачі, яких хотілося наслідувати були інтелегентними, мали широкий кругозір, мали культуру мови, якийсь внутрішній стрижень.” (Ольга, 37 років, не працює лікарем) “Є лікарі, статні люди, тобі хочеться їх слухати. Якщо він показує, що він професіонал і хоче тобі щось донести, людина не зверхня.” (Лера, 21 рік, 4 курс)	“Не важливо, що говорить викладач, важливо як він себе поводить. І коли викладач веде пару, пацієнт заглядає, викладач кричить “вийдіть, двері закрийте”, то далі можна нічого не розповідати.” (Анастасія, освітянка, 57 років)) “Тут як у батьківстві: хочеш чомусь навчити дитину - покажи своїм прикладом. Це основне. Викладач має величне значення” (Стефанія, освітянка, 38 років))
Пояснення простими словами й індивідуальний підхід	“Викладач, який доступно пояснює, не складними словами, типу ми маємо говорити реченнями з книжки, не відійде ні кроку від програми, то таких хочеться слухати, вони розповідають свій досвід, складні випадки. Дають поради, які в майбутньому можуть знадобитися. Вони спрямовують та індивідуально підходять до кожного студента. Можуть після пари додатково щось розповісти. Це дуже круто.” (Ірина, 23 роки, 6 курс)	

Фактор викладача грає значущу роль не тільки у формуванні ставлення до пацієнта чи до професії загалом, але й від нього залежить яким чином будуть відбуватися пари, чи будуть доступні заняття “біля ліжка хворого”:

“Дуже багато викладачів поєднують свою практичну діяльність та викладання, ну і якщо стоїть вибір, то ясно, що краще обрати пацієнта, бо йому це потрібніше. У нас зараз цикли (повторення всього, що ми вчили), але по факту – це курси деградації, дуже лайтово (просто) проходять, часто раніше відпускають і т.д.”
(Богдана, 6 курс)

Наслідування рольових моделей дуже часто може бути не тільки як спосіб/інструмент для пошуку себе у медичній галузі, а й також можливий пошук “прихистку”, адже структура медичної системи є доволі закритою:

“Я думаю, що є таке, коли студенти не мають родичів/друзів у медичній галузі – вони шукають собі “янгола охоронця” щоб вижити. Це Україна. Це нерівні можливості. Для таких дітей немає інших шляхів. Ті діти, які мене хотіли мати за “ментора” були не вінницькими, не “блатними”. Особливість медицини у тому, що вона корпоративно-закрита та ієрархізована.” (Анастасія, освітянка, 57 років)

Проте існує й інша думка щодо пошуку собі ментора, а саме про самостійний пошук шляхів знаходження свого наставника чи рольову модель:

“Я б не називала цю особу янголом-охоронцем, а все таки більше ментором, наставником, він же не “криша”(дах). Треба якось же виходити в поле, самому починати неможливо. Ти ще напівлікар, над ним мають бути порадики/ментори, щоб прослідкувати, порадити, від цієї моделі нікуди не піти. Це специфіка медицини. Є багато несправедливості в пошуку собі такого ментора, але є виходи: гуртки при кафедрах, наукові конференції. Там є ентузіастичні викладачі, було б бажання.” (Стефанія, освітянка, 38 років)

2.4. Освітнє середовище як фактор впливу на професійне становлення лікаря

Розуміння студентами того, що потрібно робити для того, щоб стати лікарем формується викладачами саме в університеті, адже викладачі мають вплив на студента, вони можуть прямо говорити, які предмети є більш важливими/базовими, або це може розумітися імпліцитно. Як от наприклад, один зі студентів зазначив:

“Аби стати хорошим лікарем - треба вчити все. Один викладач казав, що 3 кита нашої науки в університеті – це анатомія, гістологія і фізіологія, а далі, якщо ти нормально знаєш ці предмети, то все буде легко.”

“Майже всі предмети важливі. Є зайвими: історія України. Вчили в школі, здали ЗНО, нащо ще вчити в університеті? Українська мова? Вступний іспит був з української мови, який сенс ще витратити час? Є децю зайве.” (Анастасія, освітянка, 57 років)

Таблиця 2.7. Сприйняття важливості предметів і розкладу

Категорія / аспект	Студентські і лікарські цитати
Непотрібні предмети і незручний розклад через переміщення між корпусами	<i>“Дратувало, що дуже багато непотрібних предметів. Одним з негативних факторів є те, що ми постійно маємо кудись їздити: одна пара може бути в одному районі (Старе місто), інша пара- в зовсім іншому(на Вишенці), дається пів години і доводиться ганяти по місту, поїсти там в трамваях/тролейбусах по дорозі. За те, я навчився їсти хот-дог за пів хвилини!”(Леонід, 25 років, лікар-інтерн)</i> <i>“Дратувала кількість непотрібних предметів. Розклад, де ти мав їздити по всьому місту- це взагалі не повага до нашого часу. В Луганському університеті у нас не було такого розкладу.” (Юлія, 25 років, лікарка-інтерн)</i> <i>“Втомлювали постійно переїзди між базами, між різними районами міста, з халатами, зі змінним взуттям.” (Ольга, 37 років, не працює лікарем)</i>

Доцільність наявності предметів	<i>“Немає непотрібних предметів, немає нормального штабу викладачів.”</i> (Лєра, 21 рік, 4 курс) <i>“Думаю, немає непотрібних предметів, просто нудно викладаються.”</i> (Ірина, 23 роки, 6 курс) <i>“Якщо брати дисципліни з 1-го по 6-ий курс, то нам потрібно усе. /Немає непотрібних предметів, лікар має бути різнобічно розвинутим.”</i> (Кирило, 20 років, 3 курс) <i>“Немає непотрібних предметів, деякі просто проходили безтолково. Економіка, наприклад, пройшла повз, бо інформація не актуальна й тому треба змінювати програму в цілому. І робити так, що воно не “аби було”. Лікар має бути всесторонньо розвинений.”</i> (Богдана, 6 курс)
---------------------------------	--

Доволі неочікувано було почути майже одноголосні відповіді студентів щодо того, що усі предмети важливі, адже лікар має бути всебічно розвиненим. Складається враження, що ці думки були сформовані авторитарним шляхом, адже студенти відповідали приблизно однаковими фразами.

Особливою виглядає ситуація з курсами вільного вибору, адже згідно із законодавством 25% у навчальних планах передбачено для вибіркового курсів, але склалося враження, що медична спільнота не була відкрита до того, щоб включати таку опцію. За словами одного з респондентів-освітянина, коли приймали ці правила, потрібно було “прогнутися”:

“Має бути 25% - вибіркового дисциплін. Дуже складно це було зробити. Треба було прогнутись, бо це прописано в законі про вищу освіту.” (Стефанія, освітянка, 38 років)

Здебільшого студенти зазначали, що обирати дійсно самостійно предмети не виявлялося можливим у реальності: *“Ой, ситуація з вибіровими курсами дуже цікава. Вони наче є, а наче - ні. Зараз ми обираємо курси на наступний рік. І наче це кожен студент обирає особисто, але ми наче*

групою їх обираємо. Вибір буде складатися, як більшість вирішить. У переліку 25 курсів і курси, які обрали найбільше відбудуться... У нас був курс “на вибір” - основи профілактики тютюнопаління та токсикоманії/наркоманії. Але він обов’язковий.” (Кирило, 20 років, 3 курс).

“У нас є вибіркові курси (секційні курси), але ми їх не обираємо. Вони просто є, обов’язкові для всіх.” (Лєра, 21 рік, 4 курс)

Адміністрація університету не односено підтвердила складність впровадження таких змін:

“По закону 25% – вибіркових курсів має бути. По факту, у нас їх – 0. Просто ставились дисципліни, які називались вибірковими, але діти їх не обирали. Писали - “вибірково” і в переліку одна дисципліна. Зараз я добилася, щоб був список вибіркових дисциплін великий і зараз вони обирають собі на наступний рік. Це шляхом нервів та психів, але ми змогли. П’ятниця буде день вибіркових дисциплін.” (Анастасія, освітянка, 57 років)

Неодноразово від викладачів було почуто також однакові думки, щодо вибіркових дисциплін: складність впровадження, обов’язковість згідно із законодавством .

“Нічого романтичного немає у складанні навчальних планів, це просто спущені з МОЗ типові програми. Має бути 25% - вибіркових дисциплін. Дуже складно це було зробити. Треба було прогнутись, бо це прописано в законі про вищу освіту.” (Стефанія, освітянка, 38 років)

Експертка підтверджує проблематичність запровадження і функціонування вибіркових курсів в курікулі додипломної медичної освіти, особливо з огляду на те, що фахівці в галузі, які можуть викладати такі курси, є:

“Дуже велика велась дискусія про те, що 25% дисциплін вільного вибору – це забагато в медичному університеті. Усі завжди хотіли зменшити цей відсоток. Цікаво те, що ті 25%, які є зараз, вони дуже дивно реалізуються, вони не залишають вибору. Це дуже печально, насправді, тому що у нас є дуже багато класних фахівців, які здатні генерувати цікавий контент, класні курси, які доповнюють освіту. Вони б мали класно розвивати, глибше копати якусь тему, поширити її розкривати, це можна було б робити за рахунок курсів. Тим не менше, чомусь саме в медичних університетах з цим найбільші проблеми.”

2.5. Здобуття і відпрацювання практичних навичок майбутніми лікарями

Відпрацювання практичних навичок є однією з найголовніших складових навчання у медичній галузі, адже майбутня робота лікаря не може ґрунтуватися лише на теоретичних знаннях. Дуже багато умінь потрібно відпрацювати ще до справжньої роботи з пацієнтами.

Студенти медичних ЗВО мають кілька способів відпрацювання клінічних практичних навичок: на клінічних кафедрах під час занять “біля ліжка хворого”, робота у симуляційних центрах та виробнича практика після 2-го, 3-го та 4-го курсів. У Вінницькому медичному університеті “виробнича практика відбувається влітку на 4 кафедрах: педіатрія, терапія, хірургія та акушерство-гінекологія, по тижню на кожну.” (Ірина, 23 роки, 6 курс) Під час практичних занять студенти наближаються до професійного поля та можуть відчувати реалії роботи у лікарнях. Проте, важливо те, що насправді статус студента у лікарні на додипломному етапі у лікарні майже ніяк не регламентований: “Офіційно, до інтернатури, по факту, ми не маємо права заходити в операційну, тому що ми якби ніхто. І це дуже спірне

питання. Тобто ми не можемо ніяк поки здобувати практичні навички, тільки читати теорію.” (Кирило, 3 курс).

Таблиця 2.8. Сприйняття студентами процесу отримання практичних клінічних навичок

Аспект	Студентство	Освітняни
Практика	“Захист практики – це ми ведемо зошит, у якому записуємо усі маніпуляції, які робили. Не завжди ми пишемо, що дійсно робили, але зазвичай записуємо, основні навички, яким би мали навчитися. Потім має поставити печатку, підпис головна медсестра. Я потрапляла обидва рази у лікарню, де мене вчили, не було жодного разу, щоб відмовлялися. Якщо ти причепишся до правильної медсестри, все буде супер. Тобто ти можеш ходити за нею, дивитися. Якщо ти будеш насідати, то чому ні? /Під час занять “біля ліжка хворого” нас водили в операційну, в опікове відділення та паралельно опитували, тобто ми оглядали пацієнта і нам задали питання. З терапії, наприклад, у нас є відпрацювання навички збору анамнезу, нас там відправляють, ми ходимо, викладач стоїть і ми маємо усі по порядку опитати пацієнта.” (Альона, 22 роки, 5 курс)	“Щоденник практики – це сміття. Пишеться аби писатися. З практикою як пощастить. Студент просто потрапляє на роботу в відділення. Потрапив у хороше відділення, у хорошиий колектив – його беруть і допускають до всіх видів діяльності; потрапив в інші умови – втрачений час. Знаю, що краще проходити практику у районних лікарнях, а не в міських чи обласних. Там не вистачає людей. Я знаю, що студенти, які потрапляють в район на санітарську практику вже повним ходом на все відділення уколи та внутрієнні маніпуляції роблять. У блатних лікарнях їх нікуди не пускають, у найкращому випадку вони там пишуть історії, може миють підлогу. Пряма відпрацювання немає, один раз медсестра показала, а далі хочеш бери і роби. /Викладач може не повести до “ліжка хворого”. Вони самі інколи не знають як з тим пацієнтом працювати. І насправді не треба дуже багато відпрацьовувати на пацієнтах навички. Вони ж хворі люди.” (Анастасія, освітянка, 57 років))
“Пощастило, що медсестра навчила на практиці” або “хто хоче - навчитися”	“Наше клінічне навчання починається з третього курсу, у нас є пропедевтика терапії. Я дуже щаслива, що мій карантин почався після цієї кафедри, бо якби у мене пропедевтики терапії, я в взагалі нічого не вміла. Це просто база. Це та сама пальпація, перкусія, які треба спробувати руками.	“На практиці я сама вчилася уколи робити, хто хоче – навчитися. Якщо студент приходить у лікарню “ви мене маєте навчити, ви мені винні щось”, то це відчувається і якщо йому попадеться хтось дуже добрий, то він навчитися. Якщо він приходить з позицією “я хочу навчитися, дайте мені робити що-небудь, я готовий з низів пройти ці сходишки”, тобто той, хто готовий опустити голову і

	/На практиці не всіх навчають. Мені пощастило, що мене на практиці медсестра навчила ставити крапельниці. Мою одногрупницю заставляли, наприклад, заставили просто стіни мити.” (Лера, 21 рік, 4 курс)	тут ця комунікація... йому важливо розуміти, що йому ніхто нічого не винен. Так, є люди, які намагаються відповідально навчати. В ідеалі треба щоб з обох було бажання. /Зазвичай у силабусі уже прописані ці практичні пари, які мають бути відпрацьовані.” (Стефанія, освітянка, 38 років)
Відсутність контролю за проходженням практики і її результатами	Під час практики ти зазвичай комунікуєш з медсестрами, але тебе лікар може взяти собою на операцію, наприклад. Проблеми навчитися - немає, бо, якщо чесно, ходили на ту практику десь 30-40 %, решта просто мали можливість підписати щоденники практики та замість того поїхати на море. Ті, хто хотіли чомусь навчитися, була можливість навіть після практики залишитися у тій лікарні. Я, наприклад, ходила оперувати, якусь грижу маленьку, шви вмію накладати. У цілому у лікарні ніколи немає зайвих рук, якщо це не міська лікарня, тобі там завжди раді. (Ірина, 23 роки, 6 курс)	
Брак пацієнтів з потрібною для навчання хворобою	“Бували пари, коли немає пацієнтів з тією хворобою, яку ми вивчаємо, тому йшли дивитися іншим разом. Пари починаються з теорії. Хтось з викладачів більше звертає увагу на те, як ти працюєш біля ліжка хворого, а хтось на те, як ти тести напишеш. Це все залежить від бажання викладача, від його манери побудувати пару. (Ірина, 23 роки, 6 курс)	
Практика не відбувалася	“У нас типу була практика, але її не було, бо це все було дистанційно. І вона вже зарахована за літо третього курсу. У нас просто були цикли блоками: хірургія, терапія, педіатрія. Ми вчили якісь теоретичні аспекти, але не було	

	<i>нічого практичного, ми не ходили в лікарню.</i> <i>/У нас ще не було занять біля ліжка хворого.</i> <i>/Все залежить від викладача, якщо він захоче – він навчить як підійти до пацієнта, як з ним спілкуватися, як пропальпувати. Це все залежить від викладача: якщо він захоче – навчить.</i> <i>/На одній кафедрі теоретичного профілю ми робили аглютенацію крові, тобто визначити, який резус фактор, також робили невеличкі досліді з нашою вестибулярною системою.”</i> (Кирило, 20 років, 3 курс)	
ОСКІ (Об’єктивний структурований і клінічний іспит (OSKI) (Objective Structured Clinical Examination))	<i>На клінічних предметах нас водять до пацієнтів, вчать з ними спілкуватися, навіть є предмет “комунікативні навички лікаря”. На ОСКІ на станціях дивляться на те, як ти спілкуєшся з пацієнтом, як ми працюємо згідно з протоколом, чи привіталися і т.д.”</i> (Альона, 22 роки, 5 курс)	

Таку прогалину здобуття клінічних навичок має заповнювати навчання в симуляційних центрах, де відпрацьовуються клінічні навички перед тим як лікар починає їх застосовувати для лікування пацієнта. Проте симуляційні центри доступні не в кожному медичному університеті і не для всіх студентів, так само як і час перебування (навчання) в симуляційному центрі досить обмежений.

Таблиця 2.9. Досвід навчання респондентів у симуляційних центрах

Аспект	Студентство	Освітня
Симуляційне навчання відбувається	<i>“На медицині катастроф є манекени, на яких ми можемо відпрацьовувати практичні</i>	<i>“В університеті є симуляційний центр. Їм можуть надати актора,</i>

	навички. Нам там і бинти давали, і перев'язки робили, і шини накладали. Це так, елемент практичності. (Кирило, 20 років, 3 курс)	чоловіка, який нервується і заважає при цьому, це записується на відео і потім робляться висновки, дискусія.” (Стефанія, освітянка, 38 років) “Є симуляційні центри з акушерства-гінекології, реанімаційні, хірургічного спрямування. І таких класів у нас багато, для цього виділені приміщення нового корпусу. Там знаходиться симуляційний центр, який має загальноукраїнський статус і визнання. Перед державними іспитами ми проводили такі заняття по групах у цих симуляційних центрах, а студенти мали доступ до них. (Віктор, освітянин, 60 років)
Симуляційне навчання як демонстрація, а не відпрацювання	“Досвід симуляційного навчання був, але не такий частий і не такий великий. Було 2 рази по хірургії на 3-ому курсі, нам показували як катетеризувати жіночий та чоловічий сечовий міхур, як ранишити. Потім нам на педіатрії показували, як інтубувати, це був чи 4-ий чи 5-ий курс. Але це було не в симуляційному центрі, а викладачка мала у себе в кабінеті даний фантом, який вона власне купила. Найбільша кількість занять була на акушерстві-гінекології. Там було часто відпрацювання практичних навичок.” (Ірина, 23 роки, 6 курс)	
Симуляційного навчання недостатньо	«Ми не були в симуляційних центрах. Знаю, що на 5-ому курсі буде акушерство-гінекологія там.» (Кирило, 20 років, 3 курс) “Взагалі не було досвіду симуляційного навчання. Одна пара онлайн була.” (Альона, 22 роки, 5 курс) “Ну, у нас є симулятори, є для першої домедичної допомоги. Це наша викладачка привозила	“Студенти отримують симуляційне навчання, думаю, недостатньо.” (Анастасія, освітянка, 57 років) Устаткування завжди не вистачає, все упирається в фінансування. Ректор турбується про ці симуляційні класи, манекени, той центр стоматологічний – йому вже 10 років. Можна відпрацьовувати ситуації, де розподілені ролі між інтернами, це записується на камеру. Хтось грає роль жінки, хтось чоловік, який поводить себе неадекватно, хтось

	манекени з Америки чи Європи. Але, по факту, потрапити в симуляційний центр – важко. Он ходять чутки, що у нас є симулятор, який імітує хрипи, серцебиття, але ніхто його не бачив. І от здавати потім з цього іспит - з області фантастики.” (Богдана, 6 курс)	лікар. Потім це відео в класі аналізується. /Зараз відбувається дуже багато змін на всіх щаблях. Плюс ковід. Через це допуск до пацієнта заборонений і тому їх потихенько починають водити в симуляційні центри.” (Віктор, освітянин, 60 років)
--	--	---

По суті, студенти до інтернатури не мають можливості відпрацьовувати клінічні навички, хоча при цьому у них відбувається виробнича практика влітку. Один з респондентів-освітян зазначив, що ця ситуація з університетом та клінічною базою (лікарнею) приносить багато незручностей на різних рівнях також:

“Лікарні, які афілійовані до університетів, виведені з можливості фінансування НСЗУ. Згідно з цими реформами ці лікарні не мають права укладати договори, а значить отримувати кошти за пацієнтів. Ще один момент, лікарі, які викладають, але не працюють у лікарні хоча б на чверть ставки не мають права лікувати пацієнтів. Наші викладачі, як лікарі, припинили свої повноваження. Звернулися до Степанова і він нас почув. І от зараз ведуться кроки, щоб студенти також могли ходити на клінічні бази. Наразі власниками лікарень не є МОЗ, а ради (територіальні громади), тобто обласна рада керує обласною лікарнею. Тепер університет підписує договір з радою на право укладання договорів з головними лікарями .” (Віктор, освітянин, 60 років)

Експертка також звернула увагу на те, що доступність до отримання практичних навичок та їхнє відпрацювання має свої структурні особливості. Присутні як наче “штучні перешкоди” для студентства:

“По різному відбувається відпрацювання практичних навичок, це залежить від університету, від його потужності і від того, як зацікавлені викладачі. Я знаю кілька університетів, де дуже добре побудований цей процес і він взаємоузгоджений з тим, що відбувається в аудиторіях. Але теж не без історій: як приходять

викладачі в симуляційний центр і просто показують “ось подивіться, це таке обладнання, а це таке”.

Це печальна проблема, дуже часто чую фразу “хто хоче навчитися, буде навчатися”. З одного боку, це правда, бо без мотивації ніхто не зможе нікого навчити. Але от інша сторона медалі – це teaching teachers, складно в тій системі, коли немає добре побудованої взаємодії закладу освіти та клінічною базою взагалі сподіватися на щось. Студенти просто самотійно все проходять, де вони нікому не потрібні, де вони є просто додатковим тягарем. Ніхто не отримує ніякої фінансової чи якоїсь іншої додаткової вигоди, за те, що вони виділяють свій час, свою енергію для того, щоб чомусь навчити. Проблема в тому, що ні одні ні інші не мають мотивації. Можна ж просто написати щоденник, принести з якоюсь купюрою. Інші також не готові займатися з ним на якомусь вагомому рівні, тому що вони не бачать результату, тому що “сьогодні прийшов, завтра пішов”. Ні лікарня, ні фахівці не зацікавлені, це не оплачується додатково і немає видимого результату. Як би це були правильні університетські клініки, це потрібна система підготовки менторів, мотивація цих менторів, тут дуже вагому роль грає фінансова мотивація. В ідеалі, всі студенти мали б проходити ці практики в тих відділеннях, де працюють їхні викладачі, щоб це не було відірвано. Щоб була взаємодія з викладачем, щоб він допомагав скеровувати його освітню траєкторію. Це мають бути клінічні бази, не буду казали університетські клініки, бо у нас це поняття чомусь постійно не туди хилиться.

2.6. Оцінювання набутих компетентностей майбутніх лікарів

Студенти - медики вказують на упереджене ставлення викладачів з огляду на ті чи інші фактори, як от наприклад навчання в медичному коледжі. Так, для деяких студентів медичного університету навчання починається в медичному коледжі, що потім, ймовірно, впливає на оцінювання їхніх знань. Один з інформантів ділиться власним досвідом й переживаннями щодо упередженого ставлення викладачів до таких студентів:

“Якось запитали: “хто з мед.коледжу?”- я підняв руку і все! З того моменту закінчилось моє навчання по терапії, я більше трійки не “вигрібав”, хоча в коледжі в мене менше п’ятірки не було.” (Дмитро, 32 роки, лікар).

Категорія \ аспект	Цитата
Система оцінювання	<i>“Дратувало, що могло бути таке, що викладач не міг поставити за пару більше ніж 2-3 п’ятірки, а у когось має бути - три, або хтось має не здати. Це якось не дуже справедливо. Це впирається в якусь статистику.</i> <i>/Оцінювання в принципі прозоре, просто усе залежить від викладача: десь легше здати, десь складніше.” (Богдана, 6 курс)</i> <i>“Логіки виставлення оцінок взагалі немає. Оцінки взагалі мало, що означають. Уявімо, ти став урологом, але на 4-ому курсі у тебе було за цей предмет - 3, то це вважається, що ти поганий спеціаліст? Але насправді дуже багато скарг від студентів, що викладачі дуже вимогливі, але ж вони не можуть себе об’єктивно оцінити.” (Кирило, 20 років, 3 курс)</i> <i>“На деяких предметах оцінка може залежати від того чи сподобався ти викладачу. Щось усно можуть опитати, але в цілому немає мети тебе “завалити”. “ (Лєра, 21 рік, 4 курс)</i> <i>“У нас не може бути такого, щоб ти мовчав на парі, бо отримаєш 2. Але є такі викладачі, які хоча б 3 поставлять тобі, навіть якщо ти мовчиш, бо потім їм же приймати відробки.” (Ірина, 23 роки, 6 курс)</i> <i>“У нас було так, що у всі двійки мають бути закриті, відпрацьовані. Зараз уже не так, якщо у тебе перекривають на 3.0 хоча б, то все супер, можеш не відпрацьовувати цю двійку.</i> <i>/У нас на парі кожен відповідає. У кожного має бути оцінка за пару. В основному всі викладачі заохочують до відповіді.” (Альона, 22 роки, 5 курс)</i>

Вище респонденти вказували, що медичній освіті бракує студенто-орієнтованості з огляду на ставлення викладачів і на їхні викладацькі підходи. Схоже, що під час занять більшість викладачів зацікавлена

відбути оцінювання, а не забезпечувати розуміння матеріалу, давати зворотний зв'язок як один з найбільш ефективних інструментів освіти:

“Дуже бісила система оцінювання. Усі гналися за п'ятіркою, за рейтингом, але не за якістю, тобто будь-якою ціною просто “зубарили”. Треба було вчити визначення слово в слово, а не показувати розуміння.” (Вікторія, 25 років, лікарка-інтерн).

Щодо оцінювання здобутих компетентностей (радіше теоретичних знань), то експертка з медичної освіти вказує на те, що екзамени не виконують своєї функції оцінювання знань:

“Система іспитів “КРОК” для свого часу, коли впроваджувалася, була дуже революційною. Уявити собі в кінці 90-их, що є стандартизоване оцінювання загальнонаціональне, яке дозволяє зробити якийсь певний однаковий рівень вимог до випускника ЗВО, це дійсно революційно. На той момент, в жодній спеціальності такого не практикувалось ... Як і багато хороших ідей і задумів, при їхній реалізації, перетворюються на профанацію. Багато тестових питань в “КРОКах” є застарілими. Друга річ – це якість варіантів. Часто чули історії, що автори цих тестів не самі їх складали, а просто цю роботу делегували асистентам. Ті, хто не мали достатніх компетенцій попередні варіанти та просто з року в рік повторювали ті ж самі питання. Є навіть методичка, я називаю її “як стати лікарем на 240 грн”, де зібрано всі питання всіх років і відповіді на ці питання по ключовим словам. Це не розвиває навичку клінічно мислити чи мислити загалом. Система підготовки до “КРОК” – це просто формування навички завчати. Саме тому хотіли ввести іспит з основ медицини, для того, щоб порівняти рівень. Створити об'єктивне тестування, без зовнішнього втручання і без корупційних впливів. Студенти мали писати по basic sciences і клінічні науки, які пишуться на 6 курсі, можливо підхід трохи відрізняється, але принцип, що спочатку студенти вивчають теоретичні науки, а потім клінічні – зберігається. І відповідно студенти писали IFOM, щоб потім порівняти для зміни системи

“КРОКу”. На початку “КРОК” здавали майже 90% студентів, то IFOM здавали майже 30. І відповідно ми розуміли, що питання у тому, як будуть змінюватися “КРОКи” і як це потім буде співвідноситися зі задачею IFOM.

...Завдання університету підготувати фахівця, який здатен орієнтуватися в різних ситуаціях: і в практичному і в теоретичному матеріалі. Цей тест, по суті, це допуск до пацієнта, до практичної роботи. Але це все не означає, що інші навички не треба перевіряти і не треба оцінювати.”

2.7. Прихована курікула, або позакласні активності студентів

“Зверхнє” ставлення викладачів, брак діалогу і пояснень, врахування потреб студентів, про яке не один раз зазначали респонденти у своїх інтерв’ю, проявлялося також і в позанавчальний час, як ось зазначив Леонід:

“Нам забороняла адміністрація ходити до нічних клубів або виїжджати на “work and travel”, сказали: це навчання і поки ви вчитеся в нашому університеті, ви не маєте права їздити на “work and travel”. А у мене було дуже сильне бажання поїхати.” (25 років, лікар-інтерн).

Імовірно, такі неофіційні і необґрунтовані заборони, які ущемляють права і свободи студентів, не сприяють формуванню як довіри студентства до адміністрації університету, так і належної організаційної культури.

Також важливим є те, як студенти можуть приймати участь у позакласних активностях, таких як гуртки, наукові конференції, тощо. Доступність до такого роду занять сприяє професійному становленню та розширює можливості. Один зі студентів розповів про свій досвід участі у науковій конференції:

“Якщо студент сам хоче писати якісь роботи, їздити на конференції, то він сам має шукати шляхи, шукати викладача, який погодиться йому допомогти з доповіддю, з тезами. Дуже багато студентів не використовують свій потенціал, тому що одні – бояться, інші вважають, що це все повна маячня. Складно знайти викладача, який тебе зможе навчити. Ти сам маєш ходити по кафедрам шукати.” (Кирило, 20 років, 3 курс)

2.8. Освітнє середовище очима студентів і загальне сприйняття медичної освіти

Те, наскільки комфортно студентам знаходитися у контексті ЗВО впливає не тільки на загальний настрій та мотивацію, але й також на майбутнє професійне спрямування майбутніх лікарів. Освітнє середовище, в якому розвивають свої компетентності студенти, оцінюється студентами як загалом задовільне, вони задоволен ходом навчання.

У таблиці нище наведено приклади того, деякі аспекти впливають на сприйняття студентами їхнього освітнього середовища та процесу навчання загалом.

Таблиця 2.10. Сприйняття освітнього середовища студентами

Аспект	Студентство, цитата
Наявність конкуренції	<i>“Присутня тотальна конкуренція. Просто інколи не жартуючи бій йде за оцінки, інколи важко попросити методичку/конспект - “бо це моя інтелектуальна власність”. Є книги, наприклад, друковані у 3-4 людей з групи, вони не поділяться цими книгами, бо є деякі предмети, які впливають на стипендію і вони готові йти по головах.”</i> (Альона, 22 роки, 5 курс) <i>“У мене група така, де завжди з першого курсу був режим конкуренції. Всім треба 5”</i> (Ірина, 23 роки, 6 курс)
Підлабузництво як стратегія здобуття позитивних оцінок	<i>“Усі п’ятірки у тих, хто найбільше підлабузничав.”</i> (Лера, 21 рік, 4 курс)

	<i>“Зараз присутня конкуренція між студентами на дуже високому рівні. Це відчувається на підсвідомому рівні. Деякі підлабузюються до викладачів, деякі носять “пакети”.”</i> (Кирило, 20 років, 3 курс)
Відповідь vs. дискусія	<i>“У нас на парі кожен відповідає. У кожного має бути оцінка за пару. В основному всі викладачі заохочують до відповіді. Це більше не дискусія, а відповіді на питання.”</i> (Альона, 22 роки, 5 курс)
Атмосфера під час занять	<i>“Впринципі у нас атмосфера взаємоповаги, намагаємось допомагати один одному щоб ні в кого не було двійок.”</i> (Лера, 21 рік, 4 курс)
Ставлення викладачів та адміністрації університету	<i>“Я брала участь в конкурсах краси та викладачі можуть на тебе клеймо причепити, що ти дурна. З викладачками було таке, але я сама все здавала достроково.</i> <i>/В цілому немає такого щоб не можна було звернутися до адміністрації чи викладачів, усе адекватно. Ну, вони знають активних студентів.”</i> (Богдана, 6 курс) <i>“До викладачів ти легко можеш підійти за порадою, бо вони вже тобі як рідні, але от до декана чи заступника підійти дуже важко, тому що у прийомні години до них черга з дозволами про відпрацювання НБ. Треба вистояти дуже велику чергу.”</i> (Ірина, 23 роки, 6 курс) <i>“Я на першому курсі дуже сильно сварилась з одним викладачем, він собі дуже багато дозволяв. Було багато студентів, які від нього плакали. Були викладачі, які дозволяли собі непристойні жарти.”</i> (Лера, 21 рік, 4 курс) <i>“З будь-яким викладачем можна поговорити, а от з адміністрацією – під питанням.”</i> (Кирило, 20 років, 3 курс)

Студенти також вказують на деякі недоліки організації навчального процесу, а саме на (не)доступність джерел інформації, (література, відвідування конференцій), що може слугувати перешкодою для отримання професії: *“Усі книги, які в мене є... ну я дуже багато витратила і це все гроші батьків. Дуже дорога література. Ну от, наприклад, Канські вважається однією з “біблій” офтальмології 2009-го року випуску- вартує десь 2500-3000 грн. Не всі такі, є і по 800. Буває таке, що мама дає гроші, а я їх відкладаю. Звісно, було б краще, якщо б ці книги були в бібліотеці, не у всіх є можливість купити книжку за 3000. Ну її можна десь пошукати на*

піратських сайтах, дякуючи, що Україна у нас “лояльна” до такого.”
(Мирослава, 25 років, лікарка-інтерн)

Таблиця 2.11. Доступ до навчальної літератури

Аспект	Цитати студентів
Доступ є до матеріалів в інтернеті	“В основному ми шукаємо інформацію, підручники в інтернеті, бібліотекою майже не користуємося. Іноді шукаємо методички з інших університетів. Зараз у кожній кафедрі є гугл-диски, куди вони кидають усі підручники, посібники, плани. Діджиталізація дісталась і нашого університету, як би не було карантину до сих пір би нічого такого не робили.” (Лера, 21 рік, 4 курс) “Є такий телеграм-канал, де є багато медичної літератури, ми не знаємо, хто його створив. Він називається “медична бібліотека”. Раніше у нас були книги, які можна було взяти у бібліотеці та методички, які можна було купити на кафедрі, але на сайті кафедри були також методички, за якими можна було також підготуватися. Зараз на сайті є гугл-диски з усіма підручниками.” (Альона, 22 роки, 5 курс)
Література доступна	“У бібліотеці книжок з головою вистачає. З цим проблем немає.” (Кирило, 20 років, 3 курс) /В принципі у кожній кафедрі на сайті є методички, список питань по яким треба готуватися. Нам завжди вистачало книг та ресурсів інформації. У нас є телеграм-канал “бібліотека ВНМУ”, там виставляють матеріали, книги. Можна навіть знайти методички Тернопільського університету, вони там великі, не зжаті. Зараз на гугл-диску є навіть відео-лекції від викладачів наших, дуже зручно.” (Богдана, 6 курс) “Мені зараз дуже подобається наша викладачка з акушерства. Після її пари ти виходиш з повним розумінням всього. У мене немає потреби шукати інформацію десь там в інтернеті, я можу просто зайти у файли нашої бесіди в Тімсі і я чітко бачу, що викладач скинув нам: розклад, який є на сайті кафедри, але вона скинула його туди, де нам буде його легше шукати і це класно. Також є лекція, методичка і ти приходиш на лекцію, говориш, вона бачить, що ти розумієш і вона починає говорити разом з тобою. Вона починає говорити з тобою на одному рівні.” Лера, 21 рік, 4 курс)
Застаріла література чи бракує доступу до літератури	Книги знаходимо в групах (чатах) попередників, скажімо так, по “сарафанному радіо”. На сайтах є списки рекомендованої літератури, але дуже на мінімальній кількості кафедр ці книги чи методички були завантажені у файли, щоб їх можна було скачати. Літературу переважно треба шукати в інтернеті. Дуже часто важко знайти літературу, бо або десь реєструватися треба, або тільки перші 60 сторінок безкоштовно. (Ірина, 23 роки, 6 курс). “Ну, орієнтуватися на книги 50-60-их років якось не завжди хочеться.” (Богдана, 6 курс).

У таблиці 2.12. наведено приклади цитат, які підтверджують залучення неформальних практик для продовження навчання далі на інтернатурі, наприклад, або для того, щоб отримати досвід відпрацювання практичних навичок.

Таблиця 2.12. Досвід неформальних практик під час здобуття освіти

Аспект	Студентство, цитата
Справжня подяка	<i>“В університеті не буває такого, що якщо ти знаєш, то з тебе будуть сильно просити. Тобто є певні залякування, є моменти, але якщо ти будеш вчити і знати, з тебе ніхто не буде вибивати гроші. Але є тонка грань ще між подякою за курс, бо були у нас викладачі, з якими у нас склалися класні стосунки. Уже після того, як нам виставили оцінки в заліковки, ми несли букет просто щоб сказати “дякую”, але щоб ні в якому разі викладач не подумав, що ми несемо типу “поставте нам 5, будь ласка”.</i> (Альона, 22 роки, 5 курс)
Місце в інтернатурі коштує грошей	<i>Я чула, що для того, щоб піти на інтернатуру треба було заплатити, щоб взяли. ”</i> (Альона, 22 роки, 5 курс) <i>“Я чула історії, коли головні лікарі просто говорили конкретну ціну за працевлаштування, за спеціальність. Але мені нічого не казали, коли я шукала місце для інтернатури. ”</i> (Богдана, 6 курс)
Хабарі існують	<i>“Хабарі дають, але це все дуже приховано на особистісному рівні. ”</i> (Кирило, 20 років, 3 курс) <i>“У нас далеко не корумпований університет, по зрівнянню з іншими університетами. Бо чую історії, що навіть якщо людина розумна - все одно є деякі процедури. ”</i> (Богдана, 6 курс)
Оплата ментору за передачу знань	<i>“Я знаю живі приклади того, що якщо хочеш вчитися хірургії - треба знайти хірурга і платити йому щоб він вчив. Але це дуже часто таке буває, що так роблять люди, які 6 років нічого не робили. ”</i> (Лера, 21 рік, 4 курс)

У студентів 6 курсу присутні думки, щодо того, щоб взагалі полишати професію, йти у напрямку косметології чи їхати за кордон:

“Думаю, що після універу великий відсоток поїде за кордон, враховуючи нашу систему вступу на інтернатуру.”(Богдана, 6 курс)

Такі плани можуть мати місце через те, що відсутні підтримуючі політики оплати роботи інтерна, адже заклад має платити інтерну зарплату зі свого бюджету, який є обмеженим. Тож для вступу в інтернатуру, частина якої відбувається в лікарні, випускники 6 курсу медичного університету можуть вдаватися до пошуку альтернативних шляхів, які передбачають неформальну оплату на основі надійних особистих зв'язків:

“Ті, хто державники - їм дуже важко, бо контрактників беруть на інтернатуру з руками з ногами у лікарні, бо це вигідно. Лікарня не зацікавлена платити за державника. Вона може ці гроші витратити на інші потреби. Студенти вже не знають, які пороги оббивати. Щоб перейти на контракт, ти маєш повернути всі гроші за 6 років навчання (120 000 грн/ 6 років), ніби я була контрактником увесь час. Це єдиний шанс офіційно. А не офіційно можна шукати знайомих, посередників і це +/- така сама сума і вийде. Тут ще можуть обманути, взяти гроші, а потім сказати: “ми вас не знаємо”, тобто ці схеми тобі ще нічого не гарантують. Ці зв'язки мають бути дуже перевіреними та надійними.”
(Ірина, 6 курс)

Такі непрозорі рішення і проблеми з працевлаштуванням може підривати мотивацію у студентства, на додачу, студенти по-різному можуть сприймати свою майбутню професію та кар'єрні шанси. Викладачі розуміють цю ситуацію із вступом на інтернатуру, проте не мають можливості впливати на ситуацію:

“Студенти відчують себе обманутими через майбутні зарплати. Ми, жаль, нічого не можемо зробити. Зараз студенти після 6 курсу взагалі кинуті “напризволяще”. По суті, корупція закладена у цю

систему, тому що інакше ніяк. Головні лікарі також обмежені у своїх можливостях.

Я коли працював деканом, я особисто писав положення про те, як буде відбуватися розподіл, де студент міг отримати 15 балів разом: 5 балів - за навчання, 5 балів - за наукову діяльність, 5 балів - за творчу, художню, спортивну діяльність. Тепер це вважається волонтаризм та рабство, що студента вели на його перше місце роботи, але воно було. Зараз повна свобода та тепер ніхто не може його забезпечити.” (Віктор, освітянин, 60 років)

Згадані вище проблеми медичної освіти і відповідно професійного становлення можуть бути вирішені, на думку експертки, через зменшення кількості медичних університетів, кількості студентів в групах для навчання тощо: *“Має зменшуватися кількість студентів в медичних університетах. У нас або кількість університетів має зменшитися або кількість студентів. Їх зараз забагато, у таких обсягах дати якісні знання дуже важко. .. Коли сидить 30 людей, про яку роботу, про яку активну взаємодію можна говорити? Для якоїсь продуктивної роботи, для того щоб кожного залучити до дискусії, дати кожному зворотній зв'язок, неможливо, коли сидить 30 студентів, якість значно падає. .. Кількість груп та студентів має зменшуватися, але інша сторона медалі – це фінансування. Тут потрібно розуміти, що зменшення кількості студентів не означає у даному випадку скорочення фінансування, тому що вартість підготовки одного медика вона в рази більша, ніж вартість підготовки, наприклад, юриста. Тут потрібно вести мову про збільшення фінансування і про зменшення кількості.”*

Отже, освітнє середовище як система впливів, умов та правил формує професійну особистість. Саме тому дуже важливо аби усі складові цього

оточення мали адекватні прояви такі як: здорова конкуренція та можливість відпрацювати роботу у команді, сприятлива і навіть ненасильницька комунікація між студентами та викладачами на всіх рівнях, відсутність неформальних практик для отримання доступу до інформації та адекватного рівня освіти. Ці всі компоненти створюють умови для поетапної професіоналізації лікарів, а каркасом для цього слугує логічно - впорядкована курікула.

Висновки

Важливою сходинкою у процесі професіоналізації є навчання в медичному університеті, де викладачі допомагають не лише отримати академічні знання, а й так звані *soft skills*, які дають змогу створити уявлення про майбутню кар'єру, зрозуміти, як стати лікарем та як вибудовувати комунікацію з пацієнтами. Низька вмотивованість викладачів, зверхне ставлення та небажання ділитися своїми знаннями та досвідом негативно впливають не лише на професійне становлення молодих спеціалістів, а й на систему охорони здоров'я в цілому: зниження якості освіти, невідповідність знань спеціалістів з реаліями, перетворення альтруїстичного (емпатичного) покликання лікаря в необхідність пошуку неформальних шляхів заробітку для збереження кар'єри. Такі наслідки можуть вказувати на неефективне використання державних ресурсів. Для того, щоб підтримувати ентузіазм та зацікавленість молодих спеціалістів на довготривалу перспективу, дослідниками було запропоновано проводити спеціалізовані тренувальні програми. Для того щоб такі менторські програми були успішними, вони мають включати в себе ранню професійну соціалізацію та сучасний портрет практичної клініки. Це дасть можливість створити правильне уявлення про практичні ролі та лікувальне середовище лікарів.

Додипломна медична освіта включає в себе ряд процесів, які поступово формують знання та компетенції, а також вкорінюють норми, практики та правила поведінки під час взаємодії з пацієнтами та іншими працівниками охорони здоров'я. Навчання на додипломному рівні (1-6 курси) – це початковий (адаптаційний) етап професійного становлення лікаря. Неспроможність держави забезпечити повноцінну освіту та формування професійної ідентичності у студентів, може призвести до корумпованості ключових інституцій та втрати довіри до них. Адже через вимушені кондиції, такі як відсутність доступності до джерел інформації, складність

отримання місця роботи, тощо. Люди можуть почати використовувати неформальні практики, що в деяких аспектах стало нормою в українських реаліях.

Соціально-політичний контекст також має значний вплив на сприйняття молодими людьми своєї майбутньої кар'єри, як наприклад, реформа фінансування системи охорони здоров'я (первинної ланки) покращила суб'єктивні відчуття щодо майбутнього заробітку в молодих спеціалістів. Саме такі суспільні зміни, можуть викорінити застарілі установки щодо механізмів отримання послуг у сфері охорони здоров'я, які були сформовані ще в Радянські часи.

Отже, професійне становлення лікарів – це важлива частина соціальної структури суспільства, у взаємодію якої входять різні інституціональні групи: викладачі та адміністрація університетів, медичні працівники в закладах охорони здоров'я, МОЗ, тощо. Розуміння та визначення структури та етапів професіоналізації призводить до уможливлення покращення кожного з них, а також доступності та якості медичної допомоги.

ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Авраменко Т. П. (2016). Державна політика щодо підвищення якості професійної підготовки медичних працівників / Авраменко Т. П.,

Дмитрук І. В. /Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. – Київ : ДКС-Центр. С. 11–14. <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/11702>

Ананьев Б. Г. (1968). Человек как предмет познания. Л. : ЛГУ. с. 338.

Андронов В.П. (1992). Психологические основы формирования профессионального мышления: На материале профессии врача-хирурга. ВАК РФ 19.00.07

Режимдоступу:<https://www.dissercat.com/content/psikhologicheskie-osnovy-formirovaniya-professionalnogo-myshleniya-na-materiale-professii-vr>

Белановский С. А. (2001). Глубокое интервью: Учебное пособие.// С. А. Белановский — М.: Никколо-Медиа.- 320 с.

Бех І. Д. (1992). Категорія становлення в контексті розвитку «образу Я» особистості. Педагогіка і психологія. № 3. С. 9-21.

Богдан А., Бойко А. , Василькова та ін. Київ.Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» (2019). Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз.

Вища медична освіта в Україні (2019) відновлено з <http://medosvita.info/2019/07/14/81/>

Герасимчук М. Р. (2013). Місце мотивації в процесі навчання в особово-професійному розвитку майбутніх лікарів. том 16, №1, ч.3 (61). УДК 378.147+37.011.32.

Режимдоступу:<http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/76629/15-Gerasimchuk.pdf?sequence=1>

Давыдов В. В. та ін.(1979). Возрастная и педагогическая психология : учеб. для студентов пед. ин-тов / В. В. Давыдов, Т. В. Драгунова, Л. Б. Ительсон и др.; под ред. А. В. Петровского. - Изд. 2-е , испр. и доп. - М. : Просвещение.

Кахно І.В. (2010). Детермінанти особистісного становлення студентів–медиків на етапі професійного навчання. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України.

Кудрявцев Т.В. (1998). Психолого-педагогические проблемы высшей школы. Режим доступу: <http://voppsy.ru/issues/1981/812/812020.htm>

Кутузова Д. М. Пацієнт, споживач чи клієнт? Як називати тих, хто по цей бік лікарні? / Д. М. Кутузова, Т. Г. Степурко, П. А. Ковтонюк // Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки. - 2015. - Т. 174. - С. 86-91. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMA_s_2015_174_15.

Левитан К.М. (1991). Личность педагога: становлении и развитии. Изд-во Саратов. ун-та. С.187.

Лябик С. І. Проблеми підготовки спеціалістів. Професійне становлення особистості. Хмельницький національний університет. Режимдоступу:www.rusnauka.com/33_DWS_2010/33_DWS_2010/Pedagogica/74704.doc.htm

Москалюк В.Д., Сидорчук А.С. (2014). ЯКІСНА МЕДИЧНА ОСВІТА В УКРАЇНІ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ: МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ?. Буковинський державний медичний університет. «Young Scientist» • No 1(03) УДК 61:378:005.6

Оксамитна С., Степурко Т. (2014). Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки. Т. 161. С. 63-71.

Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMA_s_2014_161_11

Подольак Л.Г., Юрченко В.І. (2018). Професійне становлення особистості студента як майбутнього фахівця з вищою освітою. Вісник психології і педагогіки. Режим доступу: <https://www.psyh.kiev.ua/>

Полюк. В. С. (2012). Формування мотивації у процесі професійної підготовки персоналу прикордонного відомства. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна". - № 6. - С. 127-130.

Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2012_6_32

Рибалка В. В. (1998). Особистісний підхід у профільному навчанні старшокласників : Монографія. В. В. Рибалка ; за ред. Г. О. Балла. – К. : Академія педагогічних наук України. с. 160.

Степурко С., Короленко О., Ігнащук О., Барська Ю. та ін. (2019). Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти України. Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти».

«Стратегія розвитку медичної освіти в Україні» (2019) відновлено з https://moz.gov.ua/uploads/1/8475-medical_education_analytics.pdf

Фельдман, И. Л. (2011). Особенности профессионального становления студента-медика. Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. УДК 159.9:37

Філоненко, М.М. (2016). Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря. Докторська thesis, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/704992/>

Ambili Remesh (2017). Curriculum design principles for developing a module in medical education. DOI:[10.5455/pms.20171223064024](https://doi.org/10.5455/pms.20171223064024)

Atena Barat, Michael J. Goldacre and Trevor W. Lambert (2019). Junior doctors' early career choices do not predict career destination in neurology: 40 years of surveys of UK medical graduates. BMC Medical Education.
Режим доступу: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1650-7>

Brooks Megan. (2019).Med Student Mental Health 'Crisis': Experts Urge Nationwide Action7. Режим доступу:

https://www.medscape.com/viewarticle/919239?nlid=131921_450&src=WNL_mdplsfeat_191008_mscpedit_opth&uac=318351PN&spon=36&impID=2123370&faf=1

“CanMEDS: Better standards, better physicians, better care” (2015) Retrieved from <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>

Chad O'Lynn (2009). Who Is in Need of Socialization? *Journal of Nursing Education*. 2009;48(4):179-180. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090401-04>

Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2014). Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic Medicine*, 89(11), 1446-1451.

Debra L. Klamen, MD, MHPE (2019). Getting Real: Aligning the Learning Needs of Clerkship Students With the Current Clinical Environment. doi: 10.1097/ACM.0000000000002434

Frederic W. Hafferty (1994). The hidden curriculum, ethic teaching, and the structure of medical education. Vol.69. Number 11.

Glen Has (1987). The Nature of curriculum. Chapter 1. https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/44334_1.pdf

Han, D. S., Cho, B. H., Bae, S., Kim, C. Y., Lee, S. I., & Lee, Y. J. (1996). Professional Socialization of Medical Students. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 29(2), 265-276.

Irby David M. Mdiv, PhD. Selecting Instruments for Measuring the Clinical Learning Environment of Medical Education: A Four-Domain Framework. 10.1097/ACM.0000000000003551

Isba, R., Woolf, K., & Hanneman, R. (2017). Social network analysis in medical education. *Medical education*, 51(1), 81-88.

Grant, J. (2018) Principles of contextual curriculum design. Chapter 5, pp 71-88. In: Swanwick,T,. Forrest, K. and O'Brien, B.C. (eds) *Understanding Medical Education. Evidence, Theory and Practice*. Third edition. Wiley Blackwell, Oxford.

Janet P. Hafler, EdD (2011). Decoding the Learning Environment of Medical Education: A Hidden Curriculum Perspective for Faculty Development. *Academic Medicine*, Vol. 86, No. 4

Karen V Mann (2010). Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03757.x>

Parsons T. Social System [Electronic resource] .Glencoe, III: Free Press, 1951. – 556 p. Mode of access: <https://archive.org/details/socialsystem00pars>.

Patricia A. Thomas (2016). Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach. Third edition.

Rhiannon Edge¹ , Dawn Goodwin¹ , Rachel Isba¹ , and Thomas Keegan. (2017). Socialization, Indifference, and Convenience: Exploring the Uptake of Influenza Vaccine Among Medical Students and Early Career Doctors. DOI: 10.1177/1049732317720664 journals.sagepub.com/.

Role Models and the Learning Environment: Essential Elements in Effective Medical Education (2001). *ACADEMIC MEDICINE*, VOL. 76, NO. 5

Susan Miles, Louise Swift & Sam J. Leinster (2012) The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): A review of its adoption and use, *Medical Teacher*, 34:9, e620-e634, DOI: 10.3109/0142159X.2012.668625

Sunny D. Smith, MD (2016). Medical Student Perceptions of the Learning Environment: Learning Communities Are Associated With a More Positive Learning Environment in a Multi-Institutional Medical School Study. *Academic Medicine*, Vol. 91, No. 9

Weaver, R., Peters, K., Koch, J., & Wilson, I. (2011). 'Part of the team': professional identity and social exclusivity in medical students. *Medical Education*, 45(12), 1220-1229

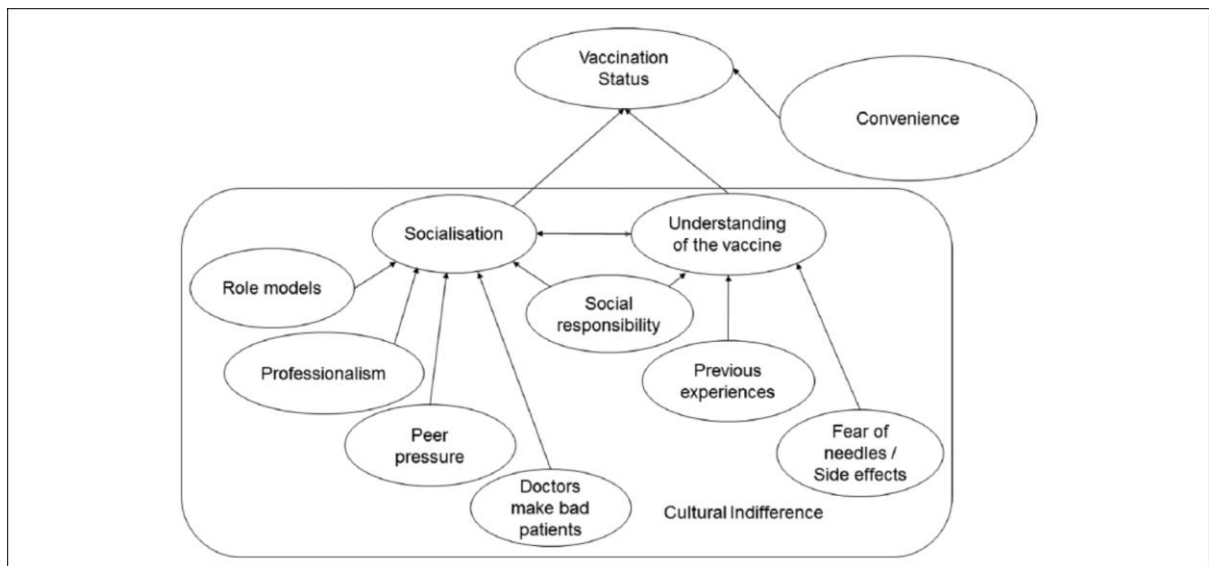
Додаток А.

Рамка компетентностей лікаря “CanMEDS: Better standards, better physicians, better care”

“CanMEDS: Better standards, better physicians, better care” (2015) Retrieved from <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>

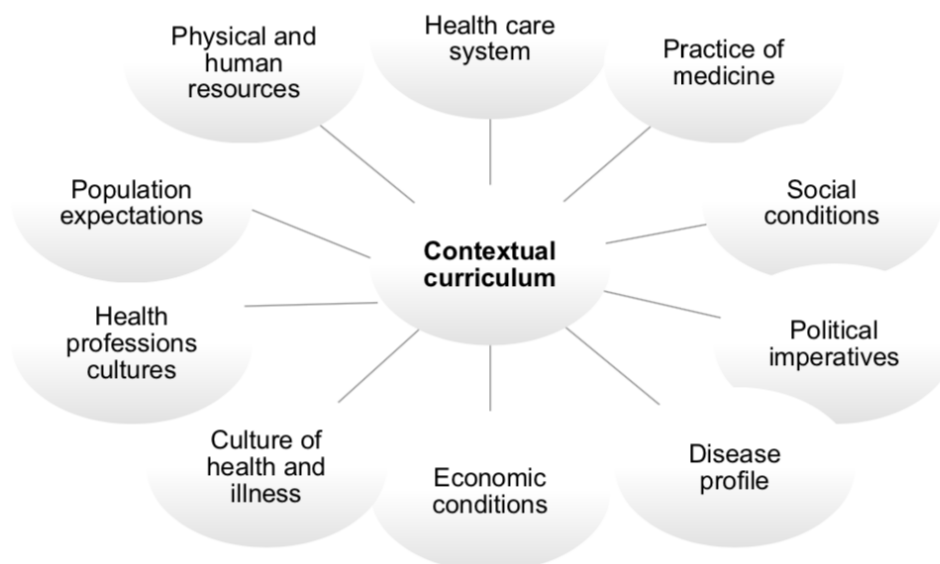


Додаток Б.



Додаток В.

Figure 3.3 Contextual factors in curriculum design



Додаток Г. Транскрипт інтерв'ю.

Інтерв'ю 1- Олена (лікарка-інтерн)

Інтерв'юєрка: -Розкажи, що спонукало тебе обрати професію лікаря, чому вирішила в медуніверситет вступати? як це відбувалося?

Респондентка:-ну загалом, я вирішила ще вступати після 9 класу. якось мені це подобалося, у мене в сім'ї медиків немає і для це було щось таке... ну загорілась. Мені дуже хотілось. Чесно кажучи, на першому курсі вже хотіла кидати університет, бо система навчання мене просто вбивала. Було розділення людей на контракт і на бюджет: якщо ти контракт- май свою трійку і йди собі спокійно. По принципу навчання можу сказати, що я ніколи не тягнулась на п'ятірки, ну і батьки... як це правильно сказати? ніколи не гнобили мене, не просили вчитись на п'ятірки. Але потім якось пішли цікаві клінічні предмети і мені дійсно було цікаво, але на 4 курсі- курс офтальмології пройшов мимо мене...

І: -ой так, розкажи мені, чому ти саме спеціалізацію офтальмологію вибрала? як це відбулось?

Р: -мені взагалі було цікаво, тобто це така спеціальність... особливо для жінки, вона дуже важка, я вважаю, але з іншого боку, настільки цікаво, що за майже 2 роки інтернатури, що це настільки все обширно, настільки багато інформації, настільки багато спеціалізацій є в офтальмології, що це дуже цікаво і хочеться цим займатися.

-але чому ти вибрала таку спеціалізацію? Можливо, у родичів були проблеми із зором і подумала- “буду лікарем, щоб їх вилікувати”? що вплинуло на те, щоб ти вирішила стати офтальмологом?

-це до мене прийшло в кінці 6-го курсу, тобто пройшовши усі клінічні бази. Офтальмологія у нас була лише один рік на 4 курсі і кажу ж, пройшла вона так- мимолітно, з тестами...

-а що значить мимолітно?

-ну в нас був такий викладач, який давав вчити нам лише тести. Ну тобто давав нам конспекти і тести по цьому і на цьому все проходило.

-а заняття як проходили?

-ну в тестовій формі писали лекції. Так, після занять ми могли піти у відділення, але купа людей, нічого побачити в принципі не можна було. Ну і після цього, ну так.. я почала собі відноситися до цього, НО я після 4 курсу зробила собі корекцію зору і мені якось це все сподобалося. Тоді ще ця методика тільки входила, ну щось нове було. Я якось собі думала між акушерством та офтальмологією. Потім я зрозуміла, що дійсно для жінки-це супер.

-а чому між цими двома?

-ну я напевно з курсу 3 ходила на чергування в пологовий будинок, для мене це теж було дуже цікаво. Потім якось я не побачила сенсу, я не побачила себе просто в цьому.

-а от як це? я не уявляю, як це в медицині можна зрозуміти, що типу ось тут я себе відчуваю, а ось тут не відчуваю? Це якось індивідуально відбулось чи може ти побачила якогось лікаря?

-мені здається, що так, все залежить від людини, яка тобі відкриває це русло, цю спеціалізацію. Тому напевне так. Тому що там, я була сама по собі. Тобто я собі приходила до якогось лікаря, наприклад ходила до лікаря, ходила на пологи, на різні операції, ну воно цікаво, але не те.

-зрозуміла. а на що ти взагалі зважала, коли вступала в університет? Точно знана у Вінницю вступаєш?

-у мене не було просто іншого вибору. Батьки не хотіли щоб я їхала далеко, незважаючи на те, що я хотіла тільки в медичний, в принципі в нас, я вважаю, що хороший університет.

-окей. А впливала якось кількість бюджетних місць/ наявність стипендії на твоє рішення чи ні?

-я одразу йшла на контракт, тобто навіть не було такого страху, що я маю набрати 200 чи 190 балів, мені було всерівно. Набрати мінімум, вступити на контракт, щоб потім не відробляти. Для мене це було просто жах. Ну вчитися 6 років, отримувати ту мінімальну стипендію і поїхати в село? ну я не хотіла наприклад цього.

-ну тобто “вигідніше” бути на контракті? не фінансово, а ...

-так, я ж кажу, потім це все ... на першому семестрі, я побачила як мої одногрупники поотримували трійку і злетіли зі стипендії, для це було дуже якось неприємно... я думала, для чого взагалі потрібно було сюди йти? Потім дивлюся, як деякі люди закінчили школу з медаллю, вони просто не ходять, ну для чого займати місце інших? Багато було речей, які мій юнацький максималізм... не міг справитися з цим....

-зрозуміла. А от ти перша лікар у сім'ї?

-ще бабусі були

-а вони якось повпливали на твій вибір?

-їх вже не було, вони померли

-вибач. А твої батьки хотіли щоб ти була лікарем?

-мені папа сказав... в мене в сім'ї в принципі або філологи або економісти і юристи, тобто в мене було такого, що мене хтось якось заставляв. Мені одразу сказали- обирай таку спеціальність, яка тобі подобається.

-класно. А взагалі, якщо розглянути твою сім'ю- у вас вважалося, що професія лікаря- престижна?

-я тобі можу сказати навіть більше, я коли вступила, мені брат сказав- “огоо, оце да, оце ти вибрала, чого ти пішла саме в медицину? Ми всі взагалі не того складу розуму”

-що типу це круто?

-так, що це важко для них, ну якось для них простіше було щось інше.

-окей, але саме професія лікаря- вона престижною вважалась?

-думаю, що вони (родина) вважають, що так.

-а чому?

-ну, якщо не брати оплачуваність лікарів у нашій державі, то в плані допомоги, наприклад, в плані самої професії, що це дійсно важко.

-окей, а якщо може якась загальна повага?

-ну в моїй сім'ї немає такого, що батьки не шануються з лікарями. В мене прям ідеалізації якої немає. Батьки вибрали якось нейтралітет, вони поважають мій вибір, допомагали мені.

-а говорили якось про дохід лікаря?

-ніколи, це від цього не залежить. Робота має приносити задоволення, для жінки тим більше. Ну якось мене так виховали. Тобто я дійсно маю бути незалежна, но але ну і в тому ж випадку... “удачно вийти замож”...

-я розумію. Давай поговоримо про твоє навчання саме в університеті. Буває викладачі спонукають або відбивають бажання отримувати омріяну професію. От в тебе були такі викладачі, яких хотілося наслідувати?

-ти знаєш, я тобі хочу сказати, що за 6 років були такі, що я думала- навіщо я взагалі сюди прийшла? Но я хочу сказати, що дійсно є люди, які ти дійсно приходиш на пари і тебе хочуть навчити, хочуть показати цікавих пацієнтів. А є коли приходиш і розумієш, що ти окрім оцінки на цій парі нічого не отримаєш. От як я вже і казала, ти хочеш 5 але ти -“контракт”, я так розумію, що є якась кількість місць ... типу бюджет має мати таку кількість 5-ок і 3-ок...

-а можеш мені побільше розповісти про викладачів, яких хотілося наслідувати? Чому тобі хотілося їх наслідувати?

-от хочу сказати, що немає різниці викладач “старої закалки” чи молодий. От в мене, наприклад, були викладачі, які пропрацювали до 5 років, але ти приходиш на пару і дійсно розумієш- класно! класно бути лікарем! Тому що є пацієнти, ти ними займаєшся, щось нове, кудись їдиш, щось дізнаєшся- супер! А буває людина старша- більш досвідчена, також цікаво.

-а можеш більш конкретно розповісти- що такого робили викладачі, що ти прям могла сказати- вау, цікаво?

-В мене так вийшло, що моя першка викладачка з акушерства, якимось оцінювала нас... не те, що скурпульозно, ну скоріше несправедливо. Хтось там їй сподобався- поставила 5-ку, а от ти щось не довчила, тобі щось не підказали- вона тобі ставить 3-ку. Ти виходиш з пари і розумієш- не подобається мені. По-перше, ми нікуди не ходили, хоча це більше клінічна кафедра була, але вона нас нікуди не водила. Але з рештою, на 5-ому курсі попалась викладач- супер, вона настільки була кльова. Вона постійно водила на пологи, на операції, щось розказувала, ми один на одному щось вимірювали. Це дійсно було класно. І вона запрошувала- “ходіть зі мною на чергування”. Приходиш до неї на чергування- вона дозволяє тобі слухати серцебиття малючка, це настільки класно було!

-Загалом ти говориш, що було цікаво, коли вам щось практичне давали? А, на твою думку, лекції - це не так важливо?

-не так лекції, як просто практичні заняття, вони давали більше результату.

-а можеш мені розповісти, що з організації навчання в університеті допомогло тобі найбільше зрозуміти, що ти вже готова до роботи?

-не знаю, в університеті такого не було. Я коли випускалась, то мені взагалі було страшно, думала, що інтернатура- це маленька робота. І от до закінчення залишилося трошки більше 3-ох місяців і все одно дуже страшно. Це ж відповідальність все таки.

-було щось таке, що тебе дратувало під час навчання?

-навіть не знаю, зверхнє ставлення викладачів, напевне. Це проявлялося в оцінюванні. Неприємні були ситуації, але це життя- без поганого не буває хорошого. Також система навчання така, що ти маєш просто по книжці вивчити, ту главу, той параграф і прийти розказати. Або по шаблону щось написати. Це трошки тупо, як на мене. Тому що, якщо ти вчишся 8 років, то

маєш вже десь розвиватися, воно має йти в більш ... “йти до кращого”, а не вчитися по старій системі.

-Поділися своїм професійного досвіду у випадку тіснішого контакту з пацієнтом під час інтернатури: наскільки ти була готова виконувати клінічні/ практичні завдання?

-Ну, на мою думку, лікар має бути комунікабельним, це твоя робота, ти маєш допомогти пацієнту. Мені було не важко, але перший час було трошки страшно. Взагалі, це доволі легко, ти просто маєш вміти ставити запитання пацієнту і від цього відштовхуватися. Це все прийшло на інтернатурі, методом “проб та помилок”.

Напевне, не вистачає, але думаю, що це діло часу.

-Яким було твоє уявлення про майбутнє побудування кар’єри лікаря? і як воно змінилося зараз, з огляду на те, що ти ближче торкнулась професії?

-На першому курсі немає часу про це думати, бо багато предметів і ти просто думаєш як це все вивчити. А вже далі думаєш- ким ти хочеш працювати? де? як влаштуєшся? Ні, не мала ніяких уявлень.

-якими є типові дії для побудови кар’єри лікаря?

-не знаю, просто потрібно вчитися, обирати той предмет, який подобається і більше концентруватися на ньому. Важливо відвідувати конференції, але під час навчання в університеті це майже не можливо.

-чи чула ти про випадки, коли молодим спеціалістам потрібно було десь заплатити, щоб просунутися кар’єрною драбиною?

-ну да, я чула про інші спеціальності, що навіть при вступі на інтернатуру треба було. Навіть серед моїх сокурсників, які обрали інші спеціальності. Такий собі “благодійний внесок” в лікарню.

-чи помічала ти схожі риси у людей, які обирають спеціальність офтальмолога?

-не знаю, для мене усі лікарі-офтальмологи кльові. Не знаю жодного лікаря-офтальмолога, який би був “сплошний негатив”, вони якісь веселі, усі хороші.

-як би я тебе попросила описати- що таке професійне становлення лікаря- якою б була твоя відповідь? з чого воно складається?

-розуміння того, яка спеціальність тобі подобається приходить з часом. Бувають розчарування, негативні моменти, думаєш- можливо це дійсно не моє? Але коли приходиш щось робиш, стає цікаво, розумієш, для чого ти цим займаєшся. Треба займатися тим, що подобається. Гладко воно не буде ніколи.