Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра соціології

Кваліфікаційна робота

освітній ступінь – магістр
на тему: «**СПРИЙНЯТТЯ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ЗМІН МЕДИЧНИХ ОСВІТЯН В УКРАЇНІ**»

Виконала: студентка 2-го року навчання
Спеціальності 054 Соціологія
Павлюк Тетяна Романівна
Наукова керівниця: Черниш Тетяна Георгіївна, PhD,
доцентка кафедри соціології НаУКМА
Рецензент/ка: Оксамитна Світлана Миколаївна, д. соц. н.,
професорка кафедри соціології НаУКМА
Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою _____
Секретар/ка ЕК: _____
«___» _____ 2025 р.

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ІНСТИТУЦІЙНИХ ЗМІН У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ 8

1.1. Соціологічне осмислення змін, їхнього сприйняття і ставлень до них 8

1.1.1. Категорії ставлення та сприйняття у соціологічному дискурсі 13

1.1.2. Зміни як об’єкт соціологічного аналізу 14

1.1.3. Ставлення до змін: соціологічні та інституційні передумови, функції і моделі… 19

1.2. Інституціональний підхід до аналізу ставлення до змін 22

1.2.1. Новий інституціоналізм: теоретичні засади 23

1.2.2. Організаційні поля, логіки дії та інституційна стабільність 24

1.2.3. Формування ставлень у межах інституційної культури 26

1.3. Управління змінами у вищій освіті: governance-підхід 28

1.3.1. Управлінські моделі та організаційна готовність до змін 29

1.3.2. Особливості системи управління (governance) у медичній вищій освіті… 31

РОЗДІЛ 2. ІНСТИТУЦІЙНИЙ КОНТЕКСТ І УМОВИ ТРАНСФОРМАЦІЙ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ 34

2.1. Траєкторія змін у системі медичної освіти 34

2.1.1. Історичні особливості формування вищої медичної освіти 34

2.1.2. Сучасні виклики та вектори трансформацій 36

2.1.3. Ключові ініціативи реформування: стратегічні та проєктні рамки 38

2.2. Політики та нормативна база функціонування системи вищої медичної освіти 41

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЗМІН СЕРЕД МЕДИЧНИХ ОСВІТЯН 46

3.1. Дослідницький дизайн і методологічні підходи 46

3.1.1. Застосування методу кейс-стаді для вивчення сприйняття та ставлення до змін серед медичних освітян в Україні 46

3.1.2. Застосування змішаної методології, методи збору та типи даних 48

3.2. Кейс 1: Сприйняття сімейної медицини медичними освітянами на основі дослідження «Сприйняття сімейної медицини» хвиль 2019, 2023 та 2024 51

3.2.1. Обґрунтування та опис кейсу: сімейна медицина як масштабна структурна зміна у системі охорони здоров'я 51

3.2.2. Методологія та дизайн кейсу (за матеріалами звіту «Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти України», УШП «Розвиток медичної освіти», 2019) 53

3.2.3. Ставлення та сприйняття медичними освітянами сімейної медицини .. 61

3.3. Кейс 2: Участь та рефлексії щодо участі в Осінній школі медичної освіти серед освітян у 2019 та 2024 роках 73

3.3.1. Обґрунтування та опис кейсу: середовище проведення Осінньої школи як платформа структурування та зміни дискурсу 73

3.3.2. Методологія та дизайн кейсу Осінньої школи як підходу до впровадження змін в медичній освіті 74

3.3.3. Ставлення та сприйняття медичними освітянами змін у контексті Осінньої школи 76

РОЗДІЛ 4. ІНТЕРПРЕТАЦІЯ СТАВЛЕНЬ ДО ЗМІН І УМОВИ ЇХ ФОРМУВАННЯ 83

4.1. Типи змін і механізми формування ставлень: порівняльний аналіз кейсів… 83

4.2. Динаміка сприйняття і ставлень: між формальністю та трансформацією 87

4.3. Рекомендації для розробки політик та реформ, напрямки проведення подальших досліджень 90

ВИСНОВКИ 93

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 96

ДОДАТКИ 105

ВСТУП

Актуальність. Останнє десятиліття в Україні позначене масштабними реформами у сфері охорони здоров'я та вищої освіти, зокрема впровадженням нових моделей фінансування, трансформацією первинної медичної допомоги, змінами у стандартах ліцензування та акредитації, а також реформуванням змісту освітніх програм. Проте глибинне вивчення процесів імплементації цих змін у вищих медичних навчальних закладах виявляє структурне протиріччя: попри нормативну підтримку змін, розроблені політики часто залишаються на рівні декларацій і не набувають форми щоденних педагогічних та управлінських практик.

Соціологічні дослідження управління змінами (Bevir, 2013; Klenk & Seyfried, 2016) свідчать, що для глибокої інституційної трансформації недостатньо лише нових регуляторних рамок – критично важливим є ставлення до змін на мезорівні, у середовищі освітян, які безпосередньо реалізують реформаторські ініціативи. Формальна відповідність індикаторам якості нерідко супроводжується явищем декуплінгу – розриву між політиками і повсякденною практикою, що призводить до імітаційної модернізації (Moscati, 2010; Klenk & Seyfried, 2016). Таке явище особливо характерне для систем, де нормативні вимоги не супроводжуються зміною інституційної культури чи управлінської логіки (Chaiklin, 2011; Kagerbauer & Magdolena, 2024). З огляду на це, важливо звернутися до **мезорівня** – до системних реакцій викладачів і керівництва закладів вищої медичної освіти. Адже саме на цьому рівні формується те, що в подальшому стає або основою для глибокої зміни, або бар'єром для її реалізації.

У міжнародному дискурсі переважає переконання, що ефективні зміни у сфері освіти мають відбуватися із залученням самих освітян, через **bottom-up логіки** (Bevir, 2013; Fullan, 2007). Водночас в українському контексті поширеним залишається уявлення про реформу як процес, що має бути керованим «згори» (top-down). Проте зростає кількість прикладів ефективних bottom-up ініціатив, заснованих на залученні самих освітян до створення змін – таких як Осіння

школа медичної освіти або кейс розбудови викладання сімейної медицини. Саме тому дослідження ставлень до змін та сприйняття реформ серед медичних освітян в умовах різних моделей управління змінами є актуальним.

Мета та завдання дослідження

Метою роботи є **виявити та описати, як формуються ставлення та сприйняття змін серед медичних освітян України**, які фактори впливають на їхню готовність або опір до змін, і яким чином тип ініціативи (top-down чи bottom-up) визначає глибину інтерналізації реформ.

Завдання дослідження:

1. Систематизувати теоретичні підходи до розуміння ставлень і сприйняття змін у соціології.
2. Проаналізувати інституційний контекст реформ у вищій медичній освіті України.
3. Описати форми, рівні та моделі формування сприйняття та ставлень освітян до змін.
4. Проаналізувати емпіричні кейси bottom-up та top-down підходів до впровадження змін у медичній освіті та те, як у них формується сприйняття та ставлення освітян до змін.
5. Інтерпретувати результати у світлі теорій інституційної інерції, символічних змін та трансформацій організаційної культури.

Об'єкт дослідження – процеси інституційних змін у системі вищої медичної освіти України.

Предмет дослідження – ставлення та сприйняття змін з боку медичних освітян у контексті впровадження реформ різного типу (top-down, bottom-up).

Наукова новизна та практичне значення

Наукова новизна дослідження полягає в застосуванні **соціологічної концептуалізації ставлення до змін** у контексті нової інституціональної теорії,

що дозволяє переосмислити освітні зміни не як результат індивідуальних оцінок, а як відображення інституційної культури, структурних очікувань і організаційних логік дії (Bevir, 2013; Bourdieu, 1990). Запропонована типологізація рівнів і компонентів ставлення – когнітивного, афективного, поведінкового та політико-інструментального – дозволяє глибше інтерпретувати опір або підтримку реформ.

Практичне значення полягає у формулюванні рекомендацій для розробників політик та управлінців освітніх установ щодо створення умов для глибокої трансформації, орієнтованої на підтримку агентності освітян, посилення довіри до реформ та подолання неефективних імітаційних практик впровадження змін.

Методи дослідження

Робота побудована у парадигмі **змішаної методології** з переважанням якісного аналізу кейсів. Зокрема у роботі застосовано:

- **Кейс-стаді підхід** до аналізу двох типів підходів до ініціації та впровадження змін у медичній вищій освіті;
- **Контент-аналіз** стратегічних та нормативних документів, звітів;
- **Глибинні інтерв'ю** з організаторками та учасницями впровадження змін;
- **Аналіз анкетних даних** – з використанням описової статистики та χ^2-критерію.

Структура роботи

Дипломна робота складається з вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 83 джерела, та 4 додатків.

- Розділ 1 – теоретико-методологічна база та огляд соціологічних підходів до змін;
- Розділ 2 – інституційний контекст, нормативні й управлінські умови реформ;

- Розділ 3 – емпіричне дослідження двох кейсів: пріоритизації загальної практики – сімейної медицини на рівні системи фінансування і надання медичної допомоги та відображення цих змін у вищій медичні освіті та Осінньої школи медичної освіти;
- Розділ 4 – порівняльна інтерпретація, висновки щодо типів змін і механізмів формування ставлення, рекомендації.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ІНСТИТУЦІЙНИХ ЗМІН У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

1.1. Соціологічне осмислення змін, їхнього сприйняття і ставлень до них

У соціології феномени сприйняття та ставлення до соціальних явищ розглядаються не як суто індивідуальні характеристики, а як елементи, глибоко вбудовані у структури соціальної взаємодії, інституційні контексти та культурні норми. На відміну від психології та соціальної психології, де ставлення часто інтерпретується як результат індивідуальних когнітивних процесів, емоційних оцінок або індивідуальних рис особистості, соціологічна перспектива розглядає ці явища в руслі соціальної вкоріненості, незрозривності зв'язку побудови таких, на перший погляд, «індивідуальних» явищ як ставлення та сприйняття, із суспільством, соціальною матерією та контекстом, у якому знаходиться індивід. Такий підхід також дозволяє розглянути аспекти інституційної вбудованості та структурної взаємодії, що впливає на формування сприйняття та ставлення.

Психологічний підхід, як це окреслено в розділах 3 та 4 книги *Handbook of Attitudes* (Albarracín et al., 2005), фокусується на вимірюванні ставлень через індивідуальні емоційні реакції, оцінки та наміри щодо поведінки, припускаючи відносно лінійну залежність між ставленням і поведінкою (Fabrigar, MacDonald & Wegener, 2005; Jaccard & Blanton, 2005). У соціальній психології значна увага приділяється тому, як ставлення формується під впливом групової динаміки та процесів впливу, як-от конформізм, ідентифікація та внутрішня інтерналізація норм (Eagly & Chaiken, 1993; Fazio, 2007). Обидві дисципліни часто абстрагуються від ширшого соціального контексту та інституційної структури, натомість фокусуючись на мікрорівні міжособистісних взаємодій та психічних процесів та реакцій окремого індивіда.

Соціологія ж, у свою чергу, трактує ставлення та сприйняття радше як результат впливу культури (у різних її вимірах, включаючи, наприклад, традиції),

соціальних інституцій і групових норм. Як підкреслює Коен (Cohen, 1966), індивіди не виробляють свої ставлення у вакуумі – вони засвоюють їх у результаті соціалізації в межах конкретних соціальних полів. Відтак, ставлення може показувати нам не так індивідуальну мотивацію чи набір особистісних драйверів, а набагато ширший горизонт – диспозицію людини у будь-якій ситуації, з якою вона стикається (с. 1-2) – те, з чого вона виходить оцінюючи, сприймаючи та реагуючи на явища (Cohen, 1966). Так, якщо продовжувати лінію розгляду концептів із соціологічної перспективи, можна казати, що сприйняття та оцінка змін відбувається не як реакція на абстрактні «зовнішні стимули», а як форма осмислення соціальних трансформацій у координатах інституційного досвіду, структури та належності до певної спільноти чи групи.

Інституційний підхід, що розвивається у працях зокрема Бурдьє, дозволяє розглядати ставлення як частину габітусу – структури, що формує схильності діяти і реагувати певним чином у соціальному полі. У цьому сенсі, ставлення є не лише інтерналізованими цінностями, а й проявом структури можливостей та обмежень (Bourdieu, 1990).

Якщо звертатися до ще більш давньої класики американської соціології, можна знайти коріння такого підходу до розгляду ставлень. Наприклад, у роботі Томаса та Знанецького (Thomas & Znaniecki, 1918) автори підкреслювали, що ставлення є продуктом соціального досвіду й мають сенс лише у зв’язку з конкретними соціальними ситуаціями. Цей підхід знайшов подальший розвиток у дослідженнях групових норм, рольових очікувань та інституційної рамки, в межах якої формується ставлення (Smith-Lovin, 2007)

Так, у роботі сприйняття та ставлення до змін у медичній освіті розглядаються у соціологічній площині – як продукти взаємодії між структурними змінами у сфері освіти та інституційною культурою, у якій ці зміни реалізуються. Вихідною точкою є положення про те, що зміни, як і будь-які соціальні події, спричиняють необхідність інтерпретації, осмислення та формування реакції у суб’єктів, що перебувають у полі цих змін. Індивіди не є ізольованими агентами, навпаки – їхнє ставлення формується в межах норм,

цінностей, практик та структур, які є частиною інституційного середовища (Chaiklin, 2011; Cohen, 1966).

Продовжуючи говорити про осмислення змін, **сприйняття** – це якраз-таки процес первинної інтерпретації змін, що відбувається у соціальному полі. У соціологічному розумінні це поняття охоплює не лише індивідуальне усвідомлення змін як факту, а й те, як ця інтерпретація формується у взаємодії з контекстом: соціальними ролями, очікуваннями, дискурсами та організаційними структурами. Людина (або група) сприймає зміни через призму свого соціального досвіду, позиції у структурі, історії взаємодії з інституціями та впливу колективної пам'яті.

Ставлення – це більш стабільна форма реагування, яка включає когнітивний (знання та переконання), афективний (емоції та оцінки) та поведінковий (схильність до дії) компоненти. Крізь соціологічну оптику ці компоненти не постають у вигляді лише незалежних психічних реакцій людини, а формуються внаслідок взаємодії з усталеними суспільними нормами, ціннісними системами та структурними умовами. Ба більше, дослідники та дослідниці, що послуговуються соціологічним підходом до вивчення сприйняття та ставлення, наполягають на тому, що ставлення не слід розглядати як передумову до поведінки у вигляді лінійної причинності: воно формується і трансформується в межах соціальних практик та контекстів, часто може перебувати у латентному стані (не активуючись) або вступати всупереч діям унаслідок конфлікту норм, ролей чи ресурсів. (Chaiklin, 2011; Pickens, 2005).

Гарріс Чайклін у своїй оглядовій теоретичній праці (Chaiklin, 2011) підкреслює, що спроби напряму пов'язати **ставлення** з поведінкою, ігноруючи соціальний контекст, є редукціоністськими. Він наполягає на тому, що поведінка є результатом складної взаємодії між індивідуальним сприйняттям, нормами групи, структурними обмеженнями та можливостями. Чайклін також наголошує на тому, що варто уникати спрощених інтерпретацій, у яких **сприйняття** трактується лише як реакція на «об'єктивні» стимули. Натомість він пропонує розглядати сприйняття як продукт соціального мислення, опосередкованого

нормами, політиками, наративами та владними структурами. Відповідно, сприйняття може розглядатися у дослідженнях не як нейтральне або дане природою явище: воно формується під впливом домінантних наративів, організаційної структури, політик, норм та соціальних практик (Kagerbauer & Magdolena, 2024).

Парадигма соціологічної науки розглядає ставлення як категорію, тісно пов'язану з соціальною поведінкою, однак не ототожнює їх, на відміну від більш психологічних підходів. У п'ятій главі книги *Handbook of Attitudes*, The Influence of Attitudes on Behavior (Ajzen & Fishbein, 2005) зазначається, що ставлення не завжди трансформується у дію безпосередньо: між ними лежить цілий спектр соціальних і структурних чинників, що можуть посилити або, навпаки, заблокувати поведінкову реалізацію. Відтак, аналіз ставлень без врахування соціального контексту неминуче може призвести до неповних висновків щодо природи соціальної дії та неповної інтерпретації взаємозв'язків між соціальними факторами.

Саме тому в дослідженні сприйняття та ставлення до змін у вищій медичній освіті робота зосереджує увагу не лише на тому, «що думає» людина, як вона почувається, які має джерела натхнення, який має характер чи визначні риси особистості, а й на тому, як, власне, ці думки та різні складові особистості виникають, у яких структурних умовах вони формуються і як вони перетинаються з дискурсами, політиками та інституційними структурами. Атож, основні припущення у роботі виходять з того, що інституційні зміни не просто впливають на освітян, викликаючи індивідуальну реакцію у залежності від особливостей функціонування психіки людини, – вони породжують нові схеми очікувань, нові зони невизначеності та зокрема необхідність переосмислення своєї (зокрема професійної) ідентичності.

Окрему аналітичну рамку для осмислення механізмів впливу на ставлення до змін пропонує теорія соціального впливу (Social Influence Theory), сформульована Гербертом Келманом. Вона вирізняє три основні способи прийняття соціального впливу:

- підпорядкування (*compliance*);
- ідентифікацію (*identification*);
- інтерналізацію (*internalization*).

Як можна зрозуміти вже із назв, така категоризація була розроблена залежно від ступеня внутрішнього прийняття змін та мотивації до їх прийняття (Kelman, 1958; Kelman, 1974). Кожна з цих форм передбачає різний рівень інтеграції впливу змін у внутрішню структуру переконань індивіда. *Підпорядкування* базується на зовнішніх стимулах та прагненні уникнути санкцій або здобути винагороду; *ідентифікація* виникає, коли індивід приймає вплив задля належності до соціальної (значущої) групи; *інтерналізація* ж передбачає глибоке внутрішнє прийняття впливу як такого, що є узгодженим з особистими цінностями. Усі три способи ілюструють, як ставлення та поведінка індивідів змінюються не ізольовано, а у взаємодії з соціальними контекстами та груповими очікуваннями. Ба більше, це також демонструє, яку роль може відігравати глибина залучення індивіда до процесів змін, як глибина артикульованості зміни може впливати на рівень сприйняття індивіда. Це дає змогу досліджувати, як у рамках освітніх інституцій формуються й змінюються ставлення до реформ та інституційних трансформацій.

У поєднанні з соціологічною оптикою ця теорія дозволяє зрозуміти, як саме групове середовище, організаційна культура і управлінські практики впливають на сприйняття реформ чи, загалом, змін і формування ставлення до них. Люди не існують у вакуумі: їхня позиція щодо змін, як і інших ситуацій та соціальних явищ загалом, визначається не лише власним досвідом, а й соціальним полем, у якому вони функціонують (Bourdieu, 1990; Chaiklin, 2011; Cohen, 1966).

Відтак, у роботі зміни у сфері медичної освіти у роботі розглядаються як мезорівневі процеси – ті, що відбуваються на перетині індивідуального досвіду та інституційної структури, на рівні організацій, їхньої культури, ресурсів і систем прийняття рішень. І відповідно, ставлення до змін є не просто суб’єктивним рівнем «готовності» до інновацій чи індивідуальної «відкритості

до нового», а наслідком складної взаємодії між структурними обмеженнями, соціальними очікуваннями та інституційними практиками.

1.1.1. Категорії ставлення та сприйняття у соціологічному дискурсі

У соціологічному дискурсі **ставлення** (*attitudes*) трактується як багатовимірна соціально-психологічна категорія, що відображає стійку систему когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій індивіда чи групи на певні соціальні об'єкти або явища. У класичній трикомпонентній моделі, запропонованій у соціальній психології, але адаптованій у соціологічних підходах, ставлення включає: *когнітивний* компонент (знання, переконання), *афективний* (емоційна оцінка) і *поведінковий* (готовність діяти відповідним чином) (Fabrigar, MacDonald & Wegener, 2005).

На відміну від психологічних теорій, які інтерпретують ставлення та сприйняття здебільшого як індивідуальну реакцію, соціологія акцентує на тому, що ставлення формуються внаслідок соціалізації, приналежності до певних соціальних груп і впливу інституцій. У цьому сенсі вони є проявом інституційної логіки, групових норм і структурної позиції індивіда (Chaiklin, 2011; Cohen, 1966).

Ставлення відрізняється від **думки** (*opinion*) тим, що остання є менш стабільною і ситуативною формою вираження когнітивного компонента. **Установки** чи вірування (*beliefs*) – це глибші, часто несвідомі переконання, які впливають на формування ставлення. **Цінності** (*values*), у свою чергу, є фундаментальними орієнтирами, що задають рамки для формування як установок, так і ставлень. **Поведінка** (*behavior*) ж не є автоматичним наслідком ставлення, а лише потенційно реалізованим його проявом, залежно від контексту та соціальних умов (Ajzen & Fishbein, 2005).

Соціологічні підходи до аналізу ставлення варіюються від емпіричних – орієнтованих на вивчення настанов у межах групової поведінки, до критичних – які розглядають ставлення як результат дискурсивного і владного впливу. Наприклад, у рамках символічного інтеракціонізму ставлення розглядається як

результат взаємодії та процесу узгодження значень між індивідами (Blumer, 1969). Структуралістські та неоінституціональні підходи підкреслюють, що ставлення та процес сприйняття *конституюються в межах соціальних полів, де діють механізми легітимації, нормалізації та репродукції практик* (Bourdieu, 1990).

Усе це дозволяє розглядати ставлення та сприйняття не як фіксовані характеристики індивіда, а як *динамічні соціальні конструкції, які відображають зміни* у соціальному середовищі, інституційній структурі та політичному контексті. Зокрема, у сфері медичної освіти ставлення до реформ, змін в управлінні, викладанні чи оцінюванні не можуть бути пояснені лише через індивідуальні фактори. Їх варто аналізувати у взаємозв'язку з інституційними нормами, очікуваннями та історично сформованими практиками, що впливають на колективні орієнтації та сприйняття змін.

1.1.2. Зміни як об'єкт соціологічного аналізу

У соціології зміни можуть розглядатися не лише як результат раціонального вибору чи адаптації індивідів до нових умов, але і як складний процес, що укорінений у соціальних структурах, організаційних практиках і культурних установках. Відтак, зміни постають не як ізольовані події, а як багаторівневі явища, що одночасно формуються й інституціоналізуються в соціальному полі.

Зміни як соціологічна категорія постають не як одноразові події, а як динамічні, багаторівневі процеси, що розгортаються у взаємодії між макро-, мезо- і мікросоціальними структурами. У найзагальнішому сенсі, *соціальні зміни означають трансформацію структурних елементів суспільства* – норм, ролей, інституцій, практик, що відбувається в часі під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх чинників (Cohen, 1966). У межах цього підходу зміни не є лінійним переміщенням з точки А в точку Б. Натомість їх варто розуміти як процес, в якому точка Б постає не як фіксована ціль, а як латентна проєкція майбутнього (часто «ідеального»), яка, водночас, конструюється у самому процесі змін.

Цей процес охоплює фазу руйнування чи розхитування статусу-кво, інституційні інтерпретації нової норми, індивідуальні реакції та спроби організаційного впорядкування. Як підкреслює у своїй роботі Гарріч Чейклин (Chaiklin, 2011), соціальні зміни не існують відірвано від соціального контексту: вони інституціоналізуються, структурно обмежуються або підтримуються, і саме тому стають предметом соціологічного аналізу не як акт здійснення волі окремих суб'єктів, а як наслідок взаємодії між владою, нормами, і соціальними очікуваннями. Тобто початок зміни, навіть на рівні окремого індивіда, є реакцією на чинний статус-кво, чинну структуру та систему, у якій індивід перебуває.

У цьому контексті доцільним є зосередження аналітичного фокусу роботи на розгляді саме мезорівня – тобто на організаційному рівні, який функціонує як ланка між індивідуальним досвідом змін та макросоціальними політиками або нормами, які ці зміни визначають та структурують. Саме розгляд мезорівня дає змогу вивчати, яким чином зміни структуруються, адаптуються або блокуються всередині інституцій: через процедури, культуру, практики управління, логіку рутинізації та символічні ресурси легітимації. У сфері освіти – а особливо в медичній освіті – це дозволяє аналізувати не лише ефективність реформ, а й механізми їхнього символічного прийняття, позитивного ставлення до них чи опору їм.

Тут доречним є звернення до понять ізоморфізму (*isomorphism*) та інституційного декуплінгу (*decoupling*) (DiMaggio & Powell, 1983; Meyer & Rowan, 1977), які пояснюють, чому організації можуть імітувати зовнішні зміни, формально впроваджуючи нові структури або політики, однак не змінюючи реальних практик.

Це підводить до розуміння змін в організації не лише як існування чи введення в імплементацію певних нормативних приписів, а як процесу, в якому організації шукають баланс між зовнішніми очікуваннями, внутрішніми інерціями та індивідуальними діями їхніх членів та членкинь. Такий підхід до розгляду змін дозволяє інтегрувати соціологічні теорії, інституційні перспективи

та дослідження організаційної культури у вивчення конкретних кейсів змін у медичній освіті.

У традиції структурно-функціональної соціології (яка допомагає розглядати саме організаційний рівень процесів) зміни розглядаються також як наслідок трансформації цінностей, норм і ролей, а також розриву з традиційними патернами легітимації (Parsons, 1951). Натомість сучасні теоретичні рамки, зокрема новий інституціоналізм, інтерпретують зміни через призму «інституційного середовища» – поля, у якому взаємодіють множинні актори: організації, норми, цінності, культурні уявлення (Scott, 2001).

Відтак, можна сказати, що *зміни розгортаються як взаємодія структурних імперативів, дискурсивних рамок та інституційної пам'яті*. *Структурні імперативи* – тобто вимоги, обмеження або очікування, які задає сама структура соціальної організації. Вони можуть виходити з регуляторного середовища (наприклад, державна політика, фінансування, стандарти), з ієрархії влади в організації, або з зовнішніх умов (наприклад, воєнний стан, демографічні зміни). Вона задають та визначають можливе поле дії для акторів всередині організацій та між ними – не диктують поведінку, проте створюють обов'язкові умови. *Дискурсивні рамки* – тобто способи говорити про зміни, якими послуговуються різні актори у системі (від міністерств, як великих стейкхолдерів, до викладачів та викладачок). Вони визначають, як інтерпретуються певна ситуація: чи як «можливість розвитку», чи як «непотрібний тиск». Дискурс не формує поведінку напряму також, проте легітимує (або ж ні) зміни, що відбуваються із системою загалом чи з окремою організацією у системі. *Інституційна пам'ять* – тобто накопичений досвід організації або професійної спільноти – те, як організація чи спільнота раніше переживала зміни, кризи, інтервенції. Інституційна пам'ять включає не лише формальну історію, факти «як все було та коли», а й неформальні норми, «як тут заведено». Так, інституційна пам'ять сама по собі також не трансформується у поведінку безпосередньо – проте вона є «лінзою» для сприйняття, впливає на те, як сприймається ситуація, як вона оцінюється: з довірою тривогою, скептицизмом. І лише комбінація трьох цих середньорівневих

факторів може показати, як буде розгортатися зміна у конкретному соціальному середовищі: групі, спільноті, організації.

Наприклад, у сфері вищої медичної освіти зміни в політиках, стандартах, формах управління часто не є лише технічними коригуваннями, а відображають складну боротьбу за символічну владу між різними полями: політичним, освітнім, клінічним (Bourdieu, 1990). Цей підхід також дозволяє врахувати неоднорідність змін, які часто мають гібридний характер і можуть поєднувати елементи традиційного та реформаторського.

Розуміння змін у соціології також включає поняття історичної контекстуалізації: зміни мають тяглість, укоріненість у соціальній структурі, і не можуть бути впроваджені без урахування минулого досвіду, пам'яті організації та вже наявних інституційних обмежень (Mahoney & Thelen, 2010). Це підкреслює необхідність аналізу «*path dependency*» – залежності від траєкторій минулого розвитку.

Окрему роль відіграє й соціологія організаційних змін. Вона дозволяє подивитися на зміни як результат взаємодії політичної волі, управлінських стратегій, інституційної культури та професійних ідентичностей (Greenwood & Hinings, 1996). У такому підході ключовими є не лише нормативні рішення «згори», але й практики прийняття, спротиву, адаптації, локалізації змін на місцях.

Відтак, соціологічне осмислення змін вимагає врахування комплексу взаємопов'язаних аналітичних категорій, які дозволяють вийти за межі поверхневого опису змін як подій або результатів. А відтак у роботі пропонується розглядати зміни як *процес соціального структурування*, що розгортається у складному *полі взаємодії між інституційною логікою, організаційними практиками та індивідуальним досвідом*.

- **Інституційне поле** (Scott, 2001) задає простір взаємодії між різними акторами, у межах якого формуються правила гри, легітимні моделі поведінки та логіки дії. Розуміння змін неможливе без аналізу того, як

саме поле організоване та які актори мають у ньому владу щодо впровадження та інтерпретації змін.

- **Декуплінг та символічна відповідність** (Meyer & Rowan, 1977) дозволяють пояснити феномени, коли інституційні інновації або реформи формально запроваджуються, але не впливають на реальні практики. Ця категорія є особливо актуальною у сфері освіти, де зміни часто відбуваються під зовнішнім тиском (наприклад, міжнародні вимоги до акредитації), але подекуди залишаються номінальними.
- **Габітус і логіки дії** (Bourdieu, 1990) є необхідними для розуміння того, як індивіди інкорпорують соціальні зміни у свою повсякденну практику або, навпаки, чинять їм опір. Габітус тут виступає як опосередковувальна структура між інституційними змінами та особистим досвідом: навіть найбільш раціональні, обґрунтовані чи «просунуті» політики можуть бути проігноровані, якщо не відповідають глибоко вкоріненим практикам і уявленням (або якщо ж не впливають безпосередньо на ці практики та уявлення).
- **Патерни впровадження та легітимації змін** (Greenwood & Hinings, 1996) пояснюють, як саме нова інституційна логіка проникає в організацію: поступово, через гібридизацію, конфлікт або повну трансформацію. Вибір конкретної траєкторії залежить від того, наскільки організація структурно готова та культурно сприйнятлива до змін.
- **Контекстуальна інтеграція політики, культури та ідентичності** (Mahoney & Thelen, 2010) – критично важливий елемент для розуміння стійкості або крихкості змін. Він дозволяє проаналізувати, як інституційні нововведення вбудовуються у вже існуючі локальні контексти – як культурні рамки, ідеології, історичні наративи та професійні ідентичності освітян.

Об’єднання розгляду цих підходів у дослідженні дозволяє сформувати **феноменологічну перспективу для аналізу змін**, у якій ключова увага

приділяється тому, як *зміни переживаються, осмислюються і структурно вбудовуються у повсякденні організаційні практики*. Такий підхід не тільки дозволяє відстежити, *чи* зміни відбулися, але й *як* саме вони відбуваються: через які інституційні посередництва, в якому контексті, якими каналами та з якими результатами. Він також уможливлює аналіз амбівалентних форм сприйняття змін – від відкритого спротиву до рутинної адаптації, від символічної відповідності до трансформаційної участі. У такому підході до розгляду та **аналізу зміни постають як процес**, що не лише відбувається всередині інституцій, а й одночасно **змінює самі інституції**, трансформуючи їхні норми, межі та форми функціонування.

1.1.3. Ставлення до змін: соціологічні та інституційні передумови, функції і моделі

Ставлення до змін – це не універсальна внутрішня установка, а соціально сформований результат взаємодії між індивідом, організаційним середовищем та ширшими інституційними контекстами. У соціологічному аналізі воно розглядається як соціально сформований результат взаємодії між індивідом, організаційним середовищем та ширшими інституційними контекстами. *Соціальні зміни – це не лише про інновації чи модернізацію, а й про спосіб, у який люди, організації та інституції інтерпретують, приймають або опираються цим змінам*.

У психології та соціальній психології це поняття часто розглядається у контексті особистісних змінних: відкритість до досвіду, потреба в пізнанні, толерантність до невизначеності, індивідуальні мотиваційні профілі (Oreg et al., 2008). З цієї перспективи люди по-різному реагують на зміни залежно від рис характеру, когнітивного стилю або ступеня узгодженості нових умов із власними цінностями (Ajzen & Fishbein, 2005). Часто для аналітичного узагальнення у такому підході використовується класична модель формування прийняття змін Курта Левіна (Lewin, 1951), що ґрунтується якраз-таки на індивідуальних особистісних змінних. Ця модель пропонує прослідковувати етапи

«розморожування», «зміни» та «заморожування», як загальну схему сприйняття змін, розглядаючи при цьому, як відбувається осмислення цього процесу лише на індивідуальному рівні, без урахування більш масштабних та структурних чинників.

Соціологічний підхід, натомість, зміщує акцент з індивідуальних рис на **організаційні, групові та інституційні чинники**, які структурують ставлення до змін. Це означає, що ставлення до змін не є суто індивідуальним для кожної окремої людини, оскільки формується в результаті взаємодії з організаційною культурою, управлінськими практиками, структурою ієрархій та норм, а також символічними рамками, у яких зміни презентуються і легітимізуються (Chaiklin, 2011; Greenwood & Hinings, 1996). А це означає, що ставлення до змін можна вивчати у межах підходу, який не ґрунтується суто на індивідуальній реакції на зміни, масштабуючи це у радше у поведінкові та культурні кластери реакцій та взаємодій, що вписуються (або ні) у ширший організаційний контекст.

Так, соціологічна перспектива підкреслює контекстуальність і структурність ставлень до змін. У хендбуці «The Sociology of Attitude Change» автор Терренс Х. Кволтер (Qualter, 1985) ще у 1980-х роках наголошував, що ставлення до змін формуються не ізольовано, а під впливом групових норм, культурного середовища та політичної культури. Інститути та інституції, включно з освітніми та медичними, задають нормативні й символічні рамки, в межах яких ті чи інші зміни набувають статусу «природних» або, навпаки, «небезпечних».

У цьому ж ключі теорія ізоморфізму (DiMaggio & Powell, 2000) пояснює, як організації у спільному полі схильні прагнути до схожості, яка забезпечує легітимність. Це означає, що й ставлення до змін часто є відображенням домінантного шаблону або «моди» у полі – а не обов’язково автономної інституційної або індивідуальної позиції.

Одним з ключових чинників для розуміння ставлень загалом та зокрема ставлень до змін є **організаційна культура, організаційний контекст**, які виступають фільтром для сприйняття змін. Культура визначає, які типи поведінки є допустимими: хто, наприклад, вважається «хорошим працівником», як

сприймаються ініціативи, пов'язані з інноваціями. Коли організаційна культура підтримує відкритість, горизонтальну комунікацію та автономію, зміни сприймаються як можливість. І навпаки, в умовах авторитарної, ієрархічної структури з низьким рівнем участі викладачів у прийнятті рішень зміни частіше викликають опір або демонстративну лояльність без реального втілення (DiMaggio & Powell, 1983; Bourdieu, 1990).

У окремих дослідженнях (Louvel, 2013; Bleiklie, Enders & Lepori, 2015) також показано, як ієрархії, адміністративні структури, автономія та професійні статуси впливають на тип реагування організацій на зміни. Наприклад, організаційна культура з високим рівнем формалізму й централізації може стимулювати демонстративне прийняття змін без реального втілення. Тоді як гнучкі й відкриті культури сприяють рефлексії й адаптації.

Також важливим для формулювання ставлення та сприйняття змін є **структурне положення** індивіда в організації: наявність адміністративної влади, доступ до ресурсів, неформальний чи формальний статус серед колег, тривалість перебування в системі – все це формує можливості або бар'єри до прийняття змін. Наприклад, викладач із багаторічним досвідом і стабільною позицією в університеті може бути менш схильним до змін, які ставлять під сумнів попередню систему оцінки чи навчання. Водночас, молодші викладачі або нещодавно залучені фахівці можуть бачити в реформах простір для визнання або просування.

Крім того, і **характер самих змін** має значення: наскільки вони вважаються зрозумілими, сумісними з наявними цінностями, чи мають вони чітку мету і підтримку керівництва. Зміни, що сприймаються як неструктуровані, нав'язані, непослідовні – часто викликають пасивне або формальне прийняття (*dissonant compliance*), особливо якщо організація вже має досвід «імітаційних» реформ (Meyer & Rowan, 1977).

Тому соціологічна перспектива дозволяє розглядати ставлення до змін не лише як елемент індивідуальної мотивації, а як **вибудуваний патерн реагування**, що формується в певному контексті – зокрема в організаціях з

ієрархічною структурою, тиском на відповідність, обмеженою автономією та стійкими неформальними нормами, прикладами яких можуть виступати заклади вищої медичної освіти. Цей підхід дозволяє уникнути редукціонізму та підкреслює необхідність аналізу змін не тільки як об'єктивних політик або ж лише як індивідуальної мотивації до змін чи її відсутності, а як **конфігураційного процесу**, в якому формується прийняття, спротив або трансформація очікуваної поведінки.

1.2. Інституціональний підхід до аналізу ставлення до змін

Інституціональний підхід пропонує альтернативну рамку для аналізу ставлень, зосереджуючи увагу на тому, як самі інституції – через свої правила, норми, структури та домінантні дискурси – впливають на сприйняття змін та готовність до них (DiMaggio & Powell, 1983; Scott, 2014). У межах цього підходу ставлення до змін можна розглядати як результат інституціональних практик, що відтворюють специфічну логіку дії в організації, а не просто як відображення індивідуальних уподобань.

Управління змінами в інституційному контексті передбачає врахування як формальних структур управління (правил, посадових обов'язків, ієрархій), так і неформальних практик (неписані правила, дискурсивні очікування, культура мовчання чи спротиву). Ставлення до змін значною мірою залежить від того, наскільки система сприяє агентності суб'єктів, надає або обмежує автономію у прийнятті рішень, створює простір для рефлексії, відкритості, залучення.

У цьому контексті важливо розрізняти зміни, що ініціюються «згори вниз» (top-down) – адміністративним шляхом, через нормативні документи та накази, – та зміни «знизу вгору» (bottom-up), що виникають як відповідь на потреби практиків або самозміни окремих акторів. Якщо перший тип змін часто має форму декларування чи формального запровадження нових процедур, то другий пов'язаний із трансформаціями на рівні практик, сенсів, культури.

Відтак, ставлення до змін можна розуміти як інституціоналізоване явище, що постає в результаті взаємодії індивідів із організаційними структурами,

управлінськими практиками, з наявними дискурсами про реформу. Із такого способу концептуалізації послідовно випливає, що дослідження ставлення до змін потребує врахування логік інституційної взаємодії, а також умов, за яких зміни або підтримуються, або блокуються в межах організаційного поля.

Наступні підрозділи детальніше розглянуть концептуальний апарат нового інституціоналізму, логіку дії в організаційних полях, а також роль ціннісних практик у формуванні ставлення до змін.

1.2.1. Новий інституціоналізм: теоретичні засади

Новий інституціоналізм пропонує бачити інституції не лише як формальні структури, а як стійкі набори норм, правил і практик, які підтримують соціальний порядок і впливають на поведінку акторів у межах організаційних полів. У цьому підході інституції виконують роль «рамок», у межах яких формуються не лише практики, але й самі уявлення про можливе й допустиме (Scott, 2014).

Класичне визначення інституцій передбачає, що вони є «*соціально сконструйованими елементами, які надають значення, стабільність і легітимність діям організацій*» (Meyer & Rowan, 1977). Автори наголошують, що формальні структури часто постають не з технічної доцільності, а з прагнення до легітимності через відповідність інституціональному середовищу. Саме це пояснює феномен *ізоморфізму* – схожості між організаціями, які копіюють одне одного через тиск середовища (DiMaggio & Powell, 1983).

У межах нового інституціоналізму важливою є також ідея уже згаданого раніше *декуплінгу* – «розриву» між формальними структурами й реальними практиками. Наприклад, організація може формально запроваджувати певні зміни або реформи, маючи розбудовану нормативну базу, проте не маючи наміру їх реально втілювати – таким чином забезпечується лише символічне пристосування до вимог середовища (Meyer & Rowan, 1977).

Інституції – це не лише нормативний тиск, але й джерело стабільності. Вони забезпечують тривалість очікувань, визначають логіку дії та канонізують окремі форми поведінки. Водночас саме через інституції відбувається й трансформація

– через конкуренцію логік, кризу легітимності або мобілізацію акторів змін (DiMaggio & Powell, 1983; Scott, 2014).

Інституційна зміна, якщо спробувати її визначити згідно із засадами нового інституціоналізму, є процесом, у якому структурні умови, символічні коди та практики взаємодіють – і лише в цій взаємодії формуються як можливості для змін, так і потенціал спротиву.

1.2.2. Організаційні поля, логіки дії та інституційна стабільність

Однією з ключових концепцій нового інституціоналізму є поняття **організаційного поля**, яке дозволяє досліджувати не окремі організації, а цілі **системи взаємопов'язаних інституцій, що взаємодіють у спільному середовищі**. Організаційне поле визначається як простір, у якому організації конкурують за ресурси, легітимність та вплив, одночасно спостерігаючи одне за одним, запозичуючи практики та орієнтуючись на нормативні очікування середовища (DiMaggio & Powell, 1983).

У цьому полі діють різні **логіки** – структуровані системи припущень, цінностей, переконань та правил, які визначають, що вважається «належним» у певному контексті (Thornton et al., 2012). У випадку медичної освіти організаційне поле формується на перетині *трьох таких логік*: **регуляторної** (що задається державними органами, міністерствами, політичними стейкхолдерами), **професійної** (що формулюється медичною спільнотою через етичні стандарти, професійні асоціації, уявлення про «хорошу медицину») та **академічної** (що вкорінена в автономії університетів, освітніх підходах, педагогічних цінностях).

Ці логіки можуть співіснувати, але часто вступають у конфлікт. Наприклад, логіка регуляторного управління передбачає чітке виконання інструкцій, стандартизованих процедур і централізований контроль, тоді як академічна логіка може бути більше орієнтована на плюралізм і автономію викладача. Професійна логіка, своєю чергою, підкреслює значущість наявност іта кількості практичного досвіду, безперервного професійного розвитку. Баланс між цими логіками не є сталим: *у різні періоди переважає та чи інша логіка, залежно від*

контексту реформ, політичного тиску, ресурсної ситуації чи мобілізації професійної спільноти (Scott, 2001).

Інституційна стабільність у такому полі виникає не лише внаслідок інерції чи відсутності змін, а як *результат досягнення тимчасової рівноваги між цими логіками*. Університет або інша організація може сприймати певні зміни як легітимні лише в тому випадку, якщо вони не суперечать усталеній інституційній логіці. Якщо ж реформи нав'язані лише ззовні, без адаптації до логіки поля, то виникає ризик формального впровадження змін без реального змісту – декуплінг або «розрив», про який вже згадувалося у підрозділі, що стосується теоретичних засад нового інституціоналізму (Meyer & Rowan, 1977).

Крім цього, як вже неодноразово згадувалося у роботі, організації прагнуть *легітимності*, а не лише ефективності. І тут ми знову маємо згадати феномен *ізоморфізму* – процесу, за якого організації у спільному полі починають ставати подібними одна до одної під впливом зовнішнього тиску, нормативних вимог чи бажання відтворити успішні моделі. У дослідженнях організацій виокремлюють три типи ізоморфізму: *примусовий* (через законодавчі норми чи вплив домінантних акторів), *нормативний* (через професіоналізацію та стандарти навчання) та *міметичний* (копіювання моделей у ситуаціях невизначеності) (DiMaggio & Powell, 1983).

У галузі вищої освіти, зокрема в медичній, *всі три типи ізоморфізму присутні одночасно*. Наприклад, вимоги до акредитації створюють примусовий тиск; міжнародні проєкти, що поширюють стандарти, як-от компетентнісний підхід, сприяють нормативному ізоморфізму; а в умовах відсутності чіткої візії чи підтримки – університети копіюють практики провідних інституцій, створюючи видимість інновацій без їх глибокого впровадження, без розуміння глибших сенсів, що стоять за важливістю впроваджувати нові підходи.

Таким чином, аналіз логік дії в організаційному полі медичної освіти дозволяє побачити, що стабільність або опір змінам – це не лише результат суб'єктивного ставлення індивідуальних акторів, а наслідок взаємодії глибших

інституційних структур. Зміни, які не враховують ці логіки та типи тиску, мають обмежений потенціал для реального впровадження.

1.2.3. Формування ставлень у межах інституційної культури

Інституції функціонують не лише як сукупності норм і правил, а й як носії певних культурних кодів, цінностей і дискурсів, які визначають, що вважається нормальним, легітимним чи бажаним у межах організаційного поля. У цьому сенсі ставлення до змін – це не просто індивідуальна або психологічна характеристика, а продукт ширших інституційних практик і культурних режимів (Scott, 2014).

Інституційна культура – це спосіб, у який організація мислить про себе, репрезентує себе та структурує внутрішню комунікацію та взаємодію. Вона відображається зокрема у мові, що використовується для опису змін, у типах цінностей, які заохочуються, у розумінні авторитету, агентності та ризику. Як зазначає Ричард Скотт, *культура є одним із трьох «стовпів» інституційної стійкості поряд із нормативним та регулятивним* (Scott, 2001).

У межах нової інституціональної теорії підкреслюється, що саме *через дискурси відбувається передача й легітимація певних моделей мислення та дії.* Вони формують рамки інтерпретації змін – визначають, чи будуть зміни сприйматися як загроза чи можливість, як «модернізація» чи «втрата ідентичності». Розвиток цих ідей йде паралельно до пояснень таких класичних концепцій, як, наприклад «*габітус*», який для Бурдьйо виступає як внутрішньо засвоєна структура очікувань, яка формує сприйняття нового як «зайвого» або ж як «природного» (Bourdieu, 1986). Таке визначення та бачення важливості певної «системної культури» є важливою складовою та чинником у вивченні формування ставлення до змін в організаціях.

У своїй класичній статті про інституції та інституційну культуру автори Мейєр та Рован описують **культурні інституційні структури як «міфи», які організації інкорпорують, аби здобути легітимність** (Meyer & Rowan, 1977). Такі міфи включають не лише *нормативні положення*, а й *культурні очікування*

щодо «правильного» способу функціонування. Це стосується також і формування ставлень до змін – *якщо організаційна культура підтримує лише символічне впровадження інновацій, то будь-яка зміна буде сприйнята як загроза усталеному порядку*.

Дискурсивні практики також визначають, хто має право говорити про зміни, хто сприймається як їхній носій або противник. У медичній освіті, як і в інших професійних полях, є схильність до «**професійного консерватизму**» – тобто підозрілого ставлення до всього, що не вписується у звичний етичний чи процедурний порядок. Таке ставлення не є лише особистим вибором – воно укорінене у професійних традиціях, освітньому досвіді, а також у внутрішніх системах заохочень та санкцій (Chaiklin, 2011; Pickens, 2005).

Важливою категорією для інституційної культури є «**гібридні ролі**» – позиції, які поєднують адміністративні й академічні функції та часто виступають як перекладачі між різними логіками дії. Як зазначає Селія Вітчерч у своєму дослідженні нового інституціоналізму у освітніх закладах, такі актори відіграють ключову роль як медіатори змін: *вони функціонують як перекладачі між адміністративним апаратом і академічною культурою*, і саме через них формуються нові уявлення про легітимність та прийнятні шляхи трансформації (Whitchurch, 2004, с. 4-5).

Через інституційну культуру також закріплюється ставлення до ієрархії, до можливості відкрито обговорювати проблеми, до взаємодії між поколіннями в освітньому середовищі. Наприклад, якщо переважає культура ієрархічної дистанції та жорсткого підпорядкування, викладачі можуть розглядати ініціативу студентів не як позитивну залученість, а як загрозу підриву авторитету. Якщо ж культура цінує відкритість до нових ідей і партнерство – сприйняття змін може бути менш травматичним і більш продуктивним.

У цьому контексті інституційна культура відіграє роль «фільтра», через який проходять ідеї змін. Вона або полегшує їх сприйняття й адаптацію, або блокує, маргіналізує, формалізує. Зміна культури – найповільніший і водночас найглибший тип інституційної трансформації, адже вона стосується не лише

структур, а уявлень, цінностей, очікувань і повсякденних практик (March & Olsen, 1984).

1.3. Управління змінами у вищій освіті: governance-підхід

Підходи до управління змінами у вищій освіті змінюються разом із трансформаціями в державному управлінні, адміністративних практиках і уявленнях про роль університетів у суспільстві. Якщо раніше управління вищою освітою базувалося на централізованій моделі командно-контрольного типу, то нині дедалі більше уваги приділяється концептам «good governance», горизонтальному менеджменту, мережевій взаємодії та інституційній автономії (Bezes, Demazière, Le Lidec, & Normand, 2012; de Boer, Enders, & Schimank, 2007).

Управління, побудоване за принципами «good governance», передбачає прозорість, підзвітність, участь зацікавлених сторін, ефективність та відкритість до змін. Університети більше не сприймаються як закриті ієрархічні структури, що реалізують державне замовлення, а як автономні інституції, які взаємодіють із ширшим суспільним полем – включно з ринком праці, регуляторними агентствами, професійними асоціаціями та громадянським суспільством (Організація економічного співробітництва та розвитку [OECD], 2003).

Ці зміни відображають загальний перехід від вертикальних до горизонтальних і гібридних моделей управління. Як зазначають П'єр і Пітерс (Pierre & Peters, 2020), *governance* – це не просто управління *згори вниз*, а процеси *досягнення спільних цілей через координацію між множинними акторами*. **Горизонтальні моделі** базуються на розподілі відповідальності, колегіальності, інклюзивності у прийнятті рішень. **Гібридні моделі** – поєднують риси державного контролю з автономією університетів, запозичують практики з приватного сектору (наприклад, стратегічне планування, індикативні оцінки ефективності) й водночас зберігають академічну специфіку (Capano, Howlett, Jarvis, Ramesh, & Virani, 2019).

Особливої уваги заслуговує **мережеве** (networked) **управління**, у якому університети діють як вузли у складній системі взаємозв'язків із зовнішніми

стейкхолдерами. Бівір (Bevir, 2013) підкреслює, що сучасне governance не є фіксованою структурою, а радше «*набором практик, через які координується діяльність без централізованого управління»* (с. 16, [переклад з англійської авторський]). Це передбачає гнучкість, відкритість до зворотного зв'язку, мобільність внутрішніх структур. Такі моделі найбільш сприятливі для впровадження змін, оскільки стимулюють участь усіх рівнів і створюють простір для поширення інновацій через довіру, партнерство та спільну відповідальність (Whitchurch, 2008).

У публікації Організації економічного співробітництва та розвитку (OECD, 2003) підкреслюється, що ефективне управління у вищій освіті неможливе без включення викладачів, студентів, зовнішніх партнерів до процесів прийняття рішень. Пост-неоліберальне governance, за Бівіром (Bevir, 2013), фокусується не стільки на ринку, скільки на «демократичних інноваціях» – механізмах консультацій, горизонтальної відповідальності та колективного навчання.

Таким чином, перехід до governance-підходу в управлінні змінами у вищій освіті формує нові умови для сприйняття трансформацій: зміни не нав'язуються, а обговорюються, не просто імплементуються, а співтворяться. Це сприяє позитивнішому ставленню до реформ та вищій організаційній готовності до інновацій.

1.3.1. Управлінські моделі та організаційна готовність до змін

Розуміння того, як саме управлінські моделі впливають на організаційну готовність до змін, є ключовим для аналізу інституційного ставлення до реформ. Принципи «good governance» – **прозорість, підзвітність, участь** – не лише задають рамки функціонування організацій, а й формують очікування їхніх учасників щодо справедливості, передбачуваності та відкритості змін.

Чим вища прозорість процесів прийняття рішень, тим менш ймовірним є виникнення опору змінам. Підзвітність керівництва та органів управління – одна з передумов для легітимного сприйняття нововведень як таких, що не є інструментом тиску, а є логічним наслідком стратегічного бачення інституції.

Участь викладачів і працівників у процесах планування та реалізації змін підвищує рівень довіри й знижує ризик формалізації трансформацій. Як підкреслюють у своїй роботі Анселл і Ґеш (Ansell & Gash, 2008), *саме відчуття залученості до процесів прийняття рішень є ключовим фактором готовності до змін і подолання інституційного скепсису*.

Управлінські практики формують те, що можна назвати «**інституційним афектом**» – сукупністю емоційних і когнітивних реакцій на зміни. Коли викладачі мають відчуття впливу на процеси, їхнє ставлення до реформ стає більш конструктивним та сприятливим. У цьому сенсі governance-практики виступають не лише інструментами координації, а й каналами символічної взаємодії, які визначають, як самі зміни сприйматимуться всередині організації (Ansell & Gash, 2008).

Як показують Паушітс і Пеллерт (Pausits & Pellert, 2009), програми підготовки управлінців вищої освіти в Європі дедалі більше акцентують *не на технократичному адмініструванні, а на розвитку лідерства, управління змінами, здатності до фасилітації діалогу й рефлексії*. Це зрушення важливе для формування культури управління, де зміни не лише ініціюються, а й осмислюються як частина колективного професійного зростання. Зміна управлінської парадигми – від контролю до підтримки – створює умови для підвищення організаційної спроможності до змін. І окрім цього – наявність такої зміни свідчить про актуальність глибшого вивчення нових governance-підходів та їхньої ефективності для впровадження змін.

Поняття **«організаційної готовності до змін»** охоплює як інституційні можливості (ресурси, кадровий потенціал, внутрішні процедури), так і домінантні уявлення про зміни, їхню цінність і доцільність. Як показує дослідження Москаті на прикладі Італії, багато реформ у сфері вищої освіти запроваджуються без залучення академічної спільноти, що спричиняє *пасивний опір та ритуалізовану імплементацію змін*. Це породжує ситуації, коли трансформації мають формальні риси, але залишаються без реального змісту. Формально система залишається централізованою, автономія університетів –

обмеженою, а ухвалення рішень відбувається швидше через ситуативні переговори, аніж через сталі політики (Moscati, 2014).

Така ситуація не лише блокує впровадження змін, а й деморалізує акторів всередині системи – адже реальна дія не відповідає риториці, а «участь» часто виявляється лише символічною. Саме тому вивчення управлінських моделей має відбуватись не лише на основі офіційної чи нормативної структури, а й через аналіз того, як саме ці структури працюють у щоденній практиці – чи сприяють вони обговоренню змін, підтримці ініціатив або ж відтворюють статус-кво.

У наступному підрозділі розглядатиметься, як ці принципи проявляються в контексті медичної вищої освіти, яка функціонує на перетині академічного, професійного та адміністративного полів і має власні специфічні виклики.

1.3.2. Особливості системи управління (governance) у медичній вищій освіті

Сфера вищої медичної освіти має низку особливостей, які суттєво впливають на впровадження реформ і характер інституційного управління. На відміну від класичних університетів, заклади вищої медичної освіти (або освітні програми для медичних працівників в рамках класичних університетів; далі – ми вказуємо медичні ЗВО, маючи також на увазі освітні програми для лікарів в класичних університетах), як вже було зазначено, функціонують на перетині щонайменше трьох організаційних полів: академічного (освітньо-наукового), професійного (медичного) та адміністративного (державного регулювання охорони здоров’я та освіти). Ця триєдина структура ускладнює процес ухвалення змін і часто зумовлює суперечливе ставлення до реформ (Canhilal, Bakir, & Zilber, 2016).

Медичні університети, з одного боку, підпадають під загальні стратегії розвитку вищої освіти, однак, з іншого боку, вони зобов’язані дотримуватись вимог медичних стандартів, клінічної практики та професійної акредитації, часто встановлених поза межами загальної системи освіти. Окрім цього, вимоги цих двох зовнішніх до освіти полів можуть відігравати значно більш значущу роль для самоідентифікації медичних освітян через свою глибшу культурну

вкоріненість – а отже, бути найбільш значущими у формування сприйняття та ставлення до змін. Як наслідок, управління в таких установах часто є більш централізованим, формалізованим і зорієнтованим на відповідність зовнішнім нормативам, ніж на реальні потреби викладачів або студентів.

Якраз у контексті балансування між трьома полями логік і виникає ризик появи інституційного *декуплінгу*, з яким починають стикатися медичні заклади вищої освіти. Наприклад, реформаторські ідеї щодо міждисциплінарності чи розвитку клінічного мислення можуть залишатись декларативними, якщо внутрішні механізми підтримки змін відсутні або суперечать усталеним медичним практикам (Ramirez, Byrkjeflot, & Pinheiro, 2016). У результаті університетська культура зберігає сталі форми, попри офіційну риторику оновлення. Прикладом цього, зокрема, є пріоритизація загальної практики – сімейної медицини на рівні системи фінансування і надання медичної допомоги та відображення цих змін в освіті. Коли на рівні поля практичної медицини це стало усталеною практикою та з часом почало набувати цінності, на рівні поля нормативно-освітнього це вилилося у відкриття кафедр сімейної медицини, проте на практиці, для медичних освітян це могло не стати значущим, оскільки балансу ціннісного між логіками різних полів досягнуто не було.

Централізованість медичної освіти також ускладнює *партисипативні практики управління*. У контексті governance це означає, що управлінські рішення часто спускаються згори – від міністерств або регуляторних органів – без достатнього врахування досвіду тих, хто працює безпосередньо у навчальному процесі. Це якраз створює умови для *ізоморфізму* у системі вищої медичної освіти – пристосування під стандарти, які мають більше зовнішню, ніж внутрішню логіку (DiMaggio & Powell, 1983).

Як підкреслюють Кленк і Зайфрід (Klenk & Seyfried, 2016), ізоморфізм часто не веде до змістовного оновлення, а натомість створює ситуацію, коли впровадження змін служить передусім досягненню легітимності, а не ефективності (*organized hypocrisy*). Університети приймають інструменти управління якістю, політики чи стратегії, але лише в межах того, що має

«правильний вигляд» для зовнішніх акторів. Самі ж практики (та освітяни) залишаються незмінними. Це є особливо актуальним для закладів вищої медичної освіти, де якість впровадження нових змін часто зводиться до кількісних метрик або формальних процедур акредитації, що не змінюють суті освітнього процесу – кількості симуляційних центрів, їхньої наповненості, кількості годин з «нових» предметів (наприклад, емпатії чи сімейної медицини).

Окрім того, конфлікт між «ідейними» змінами, що несуть у собі реформаторський потенціал, і практиками «best practices», які часто є інструменталізованими або запозиченими без адаптації, призводить до когнітивного дисонансу серед освітян (Ramirez, Byrkjeflot, & Pinheiro, 2016). За таких умов будь-яка інновація ризикує бути сприйнята як тимчасова кампанія, а не як довгострокова трансформація. Як наслідок – низький рівень довіри до управлінських ініціатив та звичка діяти в межах мінімально необхідної відповідності, що призводить до інертності системи до будь-яких зворушень.

Відтак, управління в вищій медичній освіті має справу не лише зі складною нормативною архітектурою, а й із глибоко вкоріненими культурними установками. Це вимагає особливо делікатного підходу до змін: врахування професійної ідентичності, можливостей спільного проєктування реформ і створення умов для справжньої, а не лише декларативної автономії закладів.

РОЗДІЛ 2. ІНСТИТУЦІЙНИЙ КОНТЕКСТ І УМОВИ ТРАНСФОРМАЦІЙ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ

2.1. Траєкторія змін у системі медичної освіти

Сучасна система медичної освіти в Україні формується на перетині історичних спадків, глобальних викликів і стратегічних трансформацій. Її розвиток неможливо зрозуміти без огляду минулого – радянської моделі підготовки лікарів та її пострадянських трансформацій, – а також без урахування сучасних викликів: євроінтеграційних прагнень, пандемії COVID-19 та війни, яку росія почала проти України. Ці чинники не лише впливають на загальні вектори змін у освітніх та медичних політиках, а й актуалізують питання стратегічного планування, проєктного управління, професійної мобільності та міжнародного визнання українських дипломів.

У цьому підрозділі розглядається еволюція медичної освіти в Україні за кількома ключовими напрямами: по-перше, з точки зору історичних особливостей формування системи; по-друге, з огляду на сучасні виклики та їхній вплив на освітню політику; по-третє, через аналіз ключових стратегічних і проєктних ініціатив, спрямованих на реформування галузі. Такий огляд дозволяє не лише зафіксувати зміни, які відбувалися, а й зрозуміти, які саме структурні та культурні чинники впливають на швидкість, глибину та сталість реформ у цій сфері.

2.1.1. Історичні особливості формування вищої медичної освіти

Становлення вищої медичної освіти в Україні тісно пов’язане з радянською освітньою системою, що базувалася на централізованому, ієрархічному управлінні й домінуванні біомедичної моделі. Підготовка лікарів передбачала сувору дисциплінарну сегментацію, орієнтацію на засвоєння теоретичного знання та підпорядкованість загальнодержавним планам. Фокус навчального процесу був зміщений на фундаментальні медичні дисципліни, при цьому

гуманітарна складова або ігнорувалася, або виконувала суто «декоративну» функцію (Ткаченко, 2015).

Система також була надзвичайно уніфікованою – усі навчальні програми затверджувалися на загальносоюзному рівні, а кадрова політика визначалася міністерствами та партійною номенклатурою. Важливу роль відігравав принцип виробничого призначення, за якого розподіл випускників відбувався через обов'язкове працевлаштування за скеруванням. Медичні університети фактично функціонували як складові частини єдиного державно-адміністративного механізму охорони здоров'я.

Після розпаду срср система не зазнала кардинальних змін. Структура підготовки, традиції викладання та управлінські підходи залишилися майже незмінними. Основна увага продовжувала приділятись передачі знань, а не розвитку клінічного мислення чи комунікативних навичок. Зміни відбувались повільно, точково, без підтримки «згори» чи масштабної стратегії трансформації освітнього середовища. Водночас, розпочався процес формального запозичення європейських стандартів, зокрема через Болонський процес, однак більшість із них було інтегровано декларативно, без системної перебудови внутрішніх процесів (Соколова, 2019).

Зрушення почали посилюватися після 2014 року в контексті ширших державних реформ. Після Революції Гідності та Європейського вибору у геополітиці та подальшому політичному поступі, розпочалося розгортання реформ у багатьох сферах політики, що мали на меті не лише нормативно та політично наблизити Україну до Європейського союзу, проте і системно-ціннісно. Певні зрушення торкнулися змісту освітніх програм, з'явилися ініціативи з впровадження медицини, заснованої на свідченнях, міждисциплінарних підходів, оновлення педагогічних (викладацьких) форматів. Однак такі зміни часто обмежувалися пілотними проєктами, місцевими ініціативами, були слабо інтегровані у щоденну практику й залежали від зовнішніх акторів або ентузіазму окремих агентів чи агенток змін.

Також, варто зазначити, що на відміну від більшості інших спеціальностей, медична освіта в Україні має наскрізну структуру: шестирічна магістерська програма, річна інтернатура та подальший безперервний професійний розвиток і спеціалізація. Це є наслідком того, що лікарська професія належить до категорії регульованих професій (regulated professions), щодо яких держава бере на себе відповідальність за встановлення стандартів підготовки, контроль якості й доступ до професійної діяльності.

Така структура створює специфічну управлінську логіку – освітні програми підпорядковуються як вимогам МОН (зміст, структура, стандарт), так і МОЗ (клінічна база, державні іспити, практика). Ця дуальність значно впливає на можливість змін: більшість медичних ЗВО підпорядковані МОЗ, яке призначає ректорів, контролює ключові показники ефективності та має вплив на політику кадрових призначень

Так, сучасна система вищої медичної освіти в Україні – це складна конструкція, в якій поєднуються залишки радянського спадку, спроби адаптації до європейських вимог і фрагментовані модернізаційні процеси. Інституції опиняються між інерцією, що тяжіє до радянських підходів та практик, та очікуваннями оновлення, що задає специфічний ритм та логіку змін, які детальніше розглядаються у наступних підрозділах.

2.1.2. Сучасні виклики та вектори трансформацій

Разом із початком глобальних змін у 2014 році, в Україну прийшли також багато масштабних викликів, які не лише загострили наявні проблеми системи, але й виступили каталізаторами появи нових підходів до реформування. Найпомітнішими серед них стали: активніший тиск на гармонізацію з європейським освітнім простором (та законодавством в цілому); необхідність реагувати на пандемію COVID-19; а також масштабна дестабілізація внаслідок війни (спершу АТО/ООС, а потім – повномасштабної). Кожен із цих чинників актуалізував нові аспекти інституційного планування, ресурсного забезпечення та управлінських практик у сфері медичної освіти.

Поступ до європейського простору вищої освіти (EHEA) передбачав не лише формальне приєднання до Болонського процесу, але й реальну імплементацію його принципів – академічної мобільності, модульності, компетентнісного підходу, забезпечення якості освіти через моніторинг та прозорі механізми. Водночас, як підкреслює Ірина Соколова (2019), українська система часто інтерпретує ці вимоги як технічні інструкції, а не як інституційну трансформацію. У медичній освіті це проявляється у фрагментарному впровадженні нових форм та форматів навчання, тоді як управлінські моделі залишаються ієрархічними та повільно реагують на потребу у зміні культури викладання.

Пандемія COVID-19 виявила системну вразливість українських закладів вищої освіти у питаннях цифрової готовності, адаптації змісту освіти до кризових умов і підтримки безперервності практичної підготовки. В умовах різкого переходу до онлайн-навчання більшість медичних університетів зіткнулися з дефіцитом цифрової інфраструктури, низькою обізнаністю викладачів щодо дистанційної педагогіки та проблемами доступу до практичної бази для студентів (Соколова, 2019; Шульгай, Польовий, Петрюк, & Господарський, 2025). Водночас пандемія активізувала пошук інновацій – з'явились експерименти з симуляційним навчанням, мікрокурсами, гнучкішими формами оцінювання, що в перспективі можуть інтегруватися у звичайну практику.

Повномасштабна війна з 2022 року створила безпрецедентні виклики для функціонування закладів вищої медичної освіти. Частина університетів була евакуйована або втратила доступ до клінічних баз, викладачі й студенти опинилися в умовах постійного стресу, міграції, а іноді – безпосередньої загрози життю. Однак війна водночас стала каталізатором гнучких практик і консолідації зусиль: відбулася переорієнтація навчального контенту на теми кризового реагування, травми, психічного здоров'я; посилилась співпраця з міжнародними партнерами; розвивалися елементи гібридного навчання (МОЗ, 2022; Корильчук, Руда, & Боровик, 2023).

Ці кризи хоч і засвідчили структурну неготовність системи до глибокої трансформації, але водночас створили «вікна можливостей» для зміни траєкторії розвитку. Так, умови турбулентності дозволяють легше піднімати питання про переосмислення ролі викладача, студентської автономії, нових форматів управління та якості освіти.

Ключовим вектором трансформацій виступає також розрив між ціннісною та операційною логіками змін: на рівні політик проголошуються принципи інклюзивності, гнучкості, практичності, але на рівні повсякденної організації освіти зберігається контроль, ієрархія і відсутність горизонтальних механізмів прийняття рішень (Соколова, 2019; Ramirez et al., 2016). Це знижує мотивацію до внутрішнього реформування та формує скепсис щодо «справжності» змін, їхньої потрібності та ефективності.

Так, можна прослідкувати, що сучасні виклики виступають не лише ускладненнями для поступового реформування системи вищої медичної освіти, але й детекторами прихованих структурних бар'єрів, а також чинниками, які можуть створити нову конфігурацію норм, цінностей і практик у медичній освіті.

2.1.3. Ключові ініціативи реформування: стратегічні та проєктні рамки

Протягом останніх десяти років вища медична освіта в Україні пережила низку важливих трансформацій, що поєднують стратегічні державні ініціативи, нормативні зміни та міжнародну підтримку. Реформування торкнулося як медичного, так і освітнього компонентів: зміст медичної підготовки, так і засади управління, оцінювання якості та підходи до викладання поступово почали змінюватися – що зумовило глибші вимоги до узгодженості політик МОЗ, МОН, НАЗЯВО та інших стейкголдерів. У фокусі цих змін – зміщення від радянської моделі до гнучкіших, прозоріших, міжнародно орієнтованих стандартів. Головними цілями такого поступу є модернізація освітніх стандартів, підвищення конкурентоспроможності випускників, інтеграція в європейський простір вищої освіти та забезпечення відповідності сучасним запитам системи охорони здоров'я (Башкірова, Ловас, & Якименко, 2023).

На рівні охорони здоров’я ключовим драйвером стала медична реформа, започаткована у 2016 році. Вона стала реакцією на хронічну неефективність попередньої моделі фінансування та управління охороною здоров’я. Серед ключових елементів – запровадження гарантованого пакета медичних послуг, автономізація закладів охорони здоров’я, зміна моделі фінансування (перехід від постатейного бюджету до принципу «гроші йдуть за пацієнтом»), створення Національної служби здоров’я України (НСЗУ), запровадження електронної системи охорони здоров’я eHealth, первинної та вторинної ланок медичної допомоги (WHO & World Bank, 2019; WHO, 2023). Це, відповідно, мало б спонукати медичні ЗВО закрити прогалину в новій потребі в здобутті таких компетентностей серед медиків як клінічна автономія, цифрова грамотність, комунікаційні навички. Відповідно, відтоді медична освіта мала би почати готувати фахівців, навчених співпрацювати у складі мультидисциплінарних команд, приймати клінічні рішення, орієнтовані на потреби пацієнта, володіти цифровими навичками .

У сфері вищої освіти важливими кроками стали перехід до компетентнісного підходу, запровадження студентоцентричних методів, розвиток внутрішніх систем забезпечення якості. Значну роль у цьому процесі відіграло створення Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти (НАЗЯВО), яке з 2019 року реалізує нову модель акредитації. Детальніше нормативні механізми цих змін проаналізовано у підрозділі 2.2 цього розділу.

Іншим індикатором трансформацій стала реформа оцінювання. У 2021 році МОЗ та Центр тестування при МОЗ розпочали поступовий перехід від системи КРОК до єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ), з елементами міжнародних стандартів (зокрема IFOM/USMLE Step 1). Деталі цього процесу також будуть розглянуті далі в аналітичному розділі щодо політик і нормативної бази.

Паралельно з державними ініціативами важливу роль відіграють міжнародні організації. Серед напрямів, якими опікуються міжнародні партнери, не лише цільове фінансування впровадження реформ у практику вищої медичної освіти,

але і запровадження evidence-based підходів до управління медичною освітою, проведення досліджень щодо стану системи освіти, можливих покращень та рекомендацій для розробки політик. Наприклад, звіт «Corruption risks in the system of medical education in Ukraine» (Kohut, Bizyayev & Brick et al., 2019), підготовлений за підтримки USAID та UK Aid у межах проєкту Deloitte «Health Reform Support» став одним із перших системних аналітичних документів, що висвітлював проблеми галузі вищої медичної освіти. Дослідження, проведене Київською школою економіки, охоплювало експертні інтерв'ю, фокус-групи, польові дослідження та аналітичні висновки. У ньому окреслено структурні ризики, включно з проблемами непрозорого доступу до клінічної практики, слабкими механізмами внутрішнього контролю якості, обмеженим залученням студентства, а також наявністю формального підходу до реформ (Kohut et al., 2019)

Звіт OECD (2025) підкреслює потребу зміцнення управлінської автономії закладів вищої, переходу до результативного менеджменту та прозорих механізмів моніторингу. WHO акцентує на evidence-based підходах, інтерпрофесійному навчанні, симуляційних технологіях, а також підтримці у кризових ситуаціях (WHO, 2023). EUA попереджає про ризики так званої «формальної автономії» без інституційної здатності (EUA, 2019; 2021).

Серед міжнародних проєктів, які працюють у сфері медичної освіти системно, виокремлюється Українсько-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти в Україні», що впроваджується Швейцарським інститутом тропічного та громадського здоров'я (Swiss TPH). Україно-швейцарський проєкт є єдиним проєктом міжнародної технічної допомоги, який працює з медичною освітою цілеспрямовано, тоді як інші проєкти – зачіпають лише деякі поодинокі фрагменти системи медичної освіти. На відміну від інших програм, проєкт охоплює як до- так і післядипломний рівень, підтримує викладацький розвиток, тренінгові центри, симуляційне навчання, розвиток оцінювання та менторства, а також взаємодіє із закладами первинної ланки. Проєкт тісно співпрацює з МОЗ,

бере участь у розробці політик та є джерелом інституційної пам'яті трансформацій (Swiss TPH, 2023).

Загалом архітектура реформ формується на перетині державної політики (МОЗ, МОН, НАЗЯВО), міжнародної технічної допомоги (WHO, Swiss TPH, OECD, World Bank, USAID), інституційного самоврядування (заклади вищої медичної освіти, медичні коледжі), а також громадянського сектора (професійні асоціації, ініціативи освітніх змін). Ці акти взаємодії формують багаторівневу систему стейкголдерів, у якій ініціатива часто спускається згори, але її ефективність залежить від готовності й залученості знизу – від закладів, освітян та освітянок, студентів та студенток. Хоча кожна ініціатива має власні цілі, їх об'єднує спільна логіка – наближення медичної освіти до міжнародних стандартів, підвищення гнучкості управління, створення більш автономного й відповідального освітнього середовища.

Усі ці ініціативи поступово формують нову архітектуру реформування вищої медичної освіти. Водночас, попри масштабність, багато змін залишаються на рівні пілотних проєктів або нормативних документів, що піднімає питання про рівень їх інституціоналізації та сприйняття освітянами на місцях. Це створює ризик формалізації змін без їхнього глибшого прийняття та впровадження на рівні сенсів та змісту освіти. Питання переходу від зовнішнього тиску до внутрішньої мотивації та від символічної відповідності до змістовних змін залишається відкритим (Соколова, 2019).

2.2. Політики та нормативна база функціонування системи вищої медичної освіти

Функціонування системи вищої медичної освіти України визначається широким спектром політик, що формуються на перетині сфер освіти й охорони здоров'я. Законодавчі ініціативи, підзаконні акти профільних міністерств (Міністерства освіти і науки, Міністерства охорони здоров'я), стандарти акредитації та інституційного управління задають рамки, в яких здійснюється організація освітнього процесу, оцінювання результатів, кадрова політика та

механізми самоврядування. Водночас, як показує аналіз, формальні регуляції не завжди переходять у змістовні трансформації – часто залишаючись декларативними, несинхронізованими або суперечливими на рівні реалізації.

У роботі пропонується проаналізувати нормативну базу функціонування системи вищої медичної освіти за основними п'ятьма напрямками політики, які формують зміни та інституційну рамку для їхнього впровадження:

- автономія та нова модель управління;
- стандартизація та акредитація;
- ліцензування, цифровізація та управлінська спроможність;
- укрупнення закладів та мережеві трансформації
- післядипломна освіта та безперервний професійний розвиток (БПР).

Ключовим етапом змін у нормативному полі стало ухвалення Закону України «Про вищу освіту» (№ 1556-VII) у 2014 році. Документ вперше системно закріпив **чотири типи автономії** ЗВО: академічну, організаційну, кадрову та фінансову (Закон України, 2014). Зокрема, передбачалося, що *університети можуть самостійно визначати зміст освітніх програм, структуру навчального процесу, внутрішню організацію та штатну політику*.

Утім, як засвідчує порівняльний аналіз EUA (2017, 2021), у країнах із перехідними економіками поширеною є практика так званої «формальної автономії», коли передбачені законом повноваження не підкріплені ресурсами або управлінською спроможністю. У цьому контексті українські медичні університети часто демонструють збереження елементів вертикальної централізації – зокрема, щодо погодження освітніх програм, призначення ректорів, розподілу майнових ресурсів (Соколова, 2019).

Іншим напрямом трансформацій стало **запровадження нових стандартизованих механізмів забезпечення якості освіти**. У 2019 році запрацювало Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти (НАЗЯВО), яке почало здійснювати **акредитацію** освітніх програм за принципами результативності, прозорості та залучення студентства (Наказ МОН № 977, 2019). Оцінювання базується на принципах ESG – «Standards and

Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area» (2015), що спрямовані на інтеграцію з європейським простором вищої освіти.

Після 2021 року акредитація спеціальності 222 «Медицина» здійснюється на основі оновленого державного стандарту, який передбачає компетентнісний підхід, впровадження ЄКТС та відповідність міжнародним орієнтирам (Наказ МОН № 1197, 2021). Водночас у процесі реалізації нових вимог часто виявляється недостатня обізнаність викладачів та адміністрацій із оновленими підходами, а також формальне ставлення до вимог агентства.

У межах змін було також трансформовано процедури **ліцензування**: *запроваджено цифрові сервіси подання документів, автоматизовано частину перевірок, змінено вимоги до контингенту, інфраструктури, кадрового забезпечення*. Проте в багатьох ЗВО ці зміни реалізуються у вигляді технічного пристосування без зміни управлінських моделей.

На рівні формального менеджменту ключові рішення в багатьох ЗВО досі приймаються вузьким колом адміністрації, без залучення викладацьких колективів і студентства. Деякі університети не розбудували ефективні внутрішні системи забезпечення якості, а лише виконують мінімальні формальні вимоги для проходження акредитації.

Починаючи з 2021 року в публічному дискурсі активно просувається ідея **укрупнення** закладів вищої освіти через створення освітніх кластерів, об’єднання регіональних установ, мережеві інтеграції. У низці випадків це призводить до приєднання малопотужних закладів до флагманських університетів. Ці процеси регулюються окремими наказами МОН, але поки що не унормовані єдиним базовим законодавчим актом.

У публічних обговореннях це подекуди викликало занепокоєння щодо потенційної втрати регіональної ідентичності закладів, зниження горизонтальної взаємодії, посилення централізації. Водночас, у поясненнях МОН акцентується інша логіка: йдеться про підвищення конкурентоспроможності, зменшення фрагментованості мережі закладів вищої освіти, зменшення фрагментованості освітніх підходів, а також концентрацію ресурсів на сильніших інституціях задля

ефективнішого використання бюджетного фінансування. Міністр освіти Оксен Лісовий у 2024 році наголошував, що укрупнення має будуватись не на принципі «поглинання», а на ідеї партнерства та взаємного розвитку (УП.Життя, 2024; Hromadske, 2025).

Зміни також відбулися у сфері **післядипломної підготовки**. У 2019 році МОЗ затвердило політику **безперервного професійного розвитку лікарів** (БПР) – як обов'язкову складову підтримання кваліфікації (Наказ МОЗ № 446, 2019). Концепція БПР передбачає накопичення балів за участь у сертифікованих заходах, самонавчання, стажування тощо. Як зазначає Соколова (2019), ця реформа базується на підходах WFME та ESG, але впроваджується фрагментарно і без належної інституційної підтримки в регіонах.

Зокрема, існує потреба у розбудові цифрових реєстрів, сертифікації освітніх подій, прозорості механізмів визнання. Крім того, роль університетів у цьому процесі залишається не до кінця визначеною – ЗВО лише частково інтегруються у систему БПР.

Інституційний аналіз дозволяє побачити, що чимало змін на даному етапі вже мають симптоми ізоморфізму – прагнення імітувати міжнародні практики без глибинної адаптації до локального контексту (Klenk & Seyfried, 2016). Запровадження нових формальних структур чи стандартизованих механізмів часто не супроводжуються зміною повсякденної практики або управлінських підходів. Це, у результаті, призводить до так званого декуплінгу – розриву між задекларованою політикою та практичною дією.

Як підкреслює Москаті (Moscati), автономія в університетах Центрально-Східної Європи часто залишалася поверховою, без розвитку лідерства змін, внутрішніх каналів комунікації та культури участі (2010). Схожі патерни спостерігаються і в українському контексті: управлінські інновації впроваджуються згори, але не транслюються в середовищі факультетів, кафедр або студентських ініціатив. Це обмежує сталість реформ і формує середовище імітації, а не залучення.

Відтак, нормативна база функціонування вищої медичної освіти України є розгалуженою, багаторівневою та динамічною. Вона включає багатоскладові та важливі стратегічні напрямки для майбутньої трансформації системи – автономію, нові стандарти, рішення з цифровізаціх – однак їх реалізація значною мірою залежить від управлінської здатності окремих університетів, професійної культури та відкритості до змін на інституційному рівні. Відповідно, оцінка ставлення до змін у цій сфері неможлива без розуміння того, як саме формальні політики вкорінюються (або ні) у повсякденних практиках, що і стане предметом подальшого аналізу у розділах цієї роботи.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЗМІН СЕРЕД МЕДИЧНИХ ОСВІТЯН

3.1. Дослідницький дизайн і методологічні підходи

3.1.1. Застосування методу кейс-стаді для вивчення сприйняття та ставлення до змін серед медичних освітян в Україні

Це дослідження базується на **теоретично обґрунтованому порівняльному кейс-стаді-дизайні** (*theory-driven multiple embedded case study*). Такий підхід дозволяє не лише описати два окремі випадки змін у вищій медичній освіті, а й виявити спільні механізми прийняття або опору змінам, вкорінені в організаційних культурах, владних стосунках, та взаємодіях із зовнішніми акторами. У центрі уваги – *аналіз процесу сприйняття та формування ставлення до змін серед медичних освітян у контексті складного, неоднозначного й чутливого процесу трансформації медичної освіти в Україні*.

Отже, для аналізу у роботі було обрано **два кейси, що мають різну природу, масштаби та точки входу до системи змін, але обидва є прикладами підходів до трансформацій у системі медичної освіти**. У логіці аналітичного узагальнення (Yin, 2018) їх порівняння дає змогу зрозуміти, як саме різні конфігурації контексту й організаційної культури впливають на сприйняття реформ.

Сімейна медицина в медичній освіті – кейс, що аналізує процес розширення ролі сімейної медицини як клінічної практики та освітньої дисципліни на основі дослідження «Сприйняття сімейної медицини» (*Family medicine perception*) серед медичних освітян. Трансформація сімейної медицини розпочалася ще на початку 2000-х років, разом із запровадженням загальної практики як важливої частини надання медичної допомоги та послуг (Указ Президента України № 1313/2000). З того часу почали започатковуватися центри загальної практики – сімейної медицини, відкриватися кафедри в медичних університетах, що мали би готувати фахівців та фахівчинь, які б опікувалися наданням загальної медичної допомоги. З початку запровадження реформи фінансування системи охорони здоров’я та запровадження ланки ПМД як

ключового інструменті структурування та розподілу ресурсів на надання медичних послуг, питання підготовки фахівців загальної практики та підвищення поваги до спеціальності стало ще більш актуальним. Проте, запровадження навчання з сімейної медицини, незважаючи на офіційне визнання та пріоритизацію, часто залишалася маргіналізованим в академічному середовищі. Так, дослідження ставлення освітян до цієї дисципліни виявило широкий спектр позицій: від ідентифікації із сімейною медициною як майбутнім медичної освіти – до зневаги, ієрархічного відторгнення й формального виконання політик. Тож, цей кейс дозволяє побачити не лише культурні межі змін, а й механізми декуплінгу та символічного відтворення інституційно сталих практик.

Осіння школа медичної освіти (2019 і 2024) – дві події, організовані в межах Україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти», яка об'єднала освітян, практиків, студентів та управлінців у спільному просторі для осмислення змін. Особливістю Школи є те, що вона не лише передає знання, а створює простір безпечного обговорення і колективного навчання. Відбір учасників, підбір тем, формат сесій – усе було спрямоване на підрив звичних вертикальних патернів комунікації, що панують у медичних ЗВО. Зміст подій – від концептів студентоорієнтованості до політики якості та етики у медичній освіті – дозволив освітянам побачити себе не лише як виконавців змін, а як їх ініціаторів, носіїв цінностей і культури. Повторна участь деяких респондентів у 2024 році дозволила простежити динаміку їхнього ставлення, рефлексій та трансформацій внутрішньої позиції.

Обидва кейси пов'язані між собою впливом одних і тих самих зовнішніх акторів – МОЗ України, міжнародних партнерів (зокрема, Україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти») – але демонструють різні конфігурації взаємодії між цими акторами та локальними середовищами. Важливо також, що, на відміну від цнших кейсів впроваджень змін у систему медичної освіти, саме ці два кейси, станом на травень 2025 року, є єдиними, за якими є доступні емпіричні дані для проведення аналітичного порівняння. Далі у підрозділах присвячених безпосередньо кожному із кейсів ми детальніше

пояснюємо, чому були обрані саме ці два кейси та що саме вони у себе включають.

Структура дизайну multiple embedded case study передбачає наявність аналізу усіх вбудованих рівнів, що окреслюються теоретичною рамкою кейсів. Тож, у роботі кожен кейс аналізується через кілька вбудованих рівнів, зокрема:

- **індивідуальний** (ставлення, сприйняття, досвід, трансформація та зміна освітян),
- **організаційний** (реакція адміністрації, можливість ініціювати зміни, культурна інерція),
- **зовнішній** (вплив політик, міждисциплінарних і донорських акторів, включеність у мережі).

Це дозволяє побачити як мікро-, так і макроперспективи впливу реформ, виявити точки спротиву, агентності або адаптації, а також простежити динаміку змін між 2019 і 2024 роками в освітній спільноті.

Порівняльна логіка кейсів ґрунтується не на статистичній репрезентативності, а на **теоретичній реплікації** (Yin, 2018). Очікування полягає у виявленні контрастів між:

- реформами, що просуваються через адміністративну вертикаль, top-down (сімейна медицина);
- змінами, що виникають унаслідок горизонтальної взаємодії та обміну цінностями, bottom-up (Осіння школа).

Такий підхід дає змогу побачити, які умови є критичними для прийняття змін, які типи взаємодії породжують довіру та мотивацію, а які – відчуження, розчарування або стратегічну адаптацію без змін.

3.1.2. Застосування змішаної методології, методи збору та типи даних

У дослідженні застосовано **змішану методологію** з переважанням якісного підходу. Основною логікою стало поєднання кількісного вторинного аналізу з глибоким якісним вивченням досвіду, мотивацій, ставлення та практик медичних освітян. Такий дизайн дозволяє не лише описати розподіл ставлень і моделей

поведінки, але й осмислити їх у контексті інституційної культури та соціальних взаємодій. Відповідно до класифікації Кресвелла (Cresswell), дослідження тяжіє до **дизайну змішаної послідовної пояснювальної стратегії (explanatory sequential design)**, у якій якісні дані поглиблюють і уточнюють результати кількісного аналізу(Creswell & Plano Clark, 2017).

Вибір змішаного підходу зумовлений необхідністю отримати цілісну картину ставлення до змін у медичній освіті. Кількісні дані дозволяють оцінити **масштаб і розподіл** ставлень, ідентифікувати закономірності та конфліктні лінії. Якісні ж дані дозволяють вийти за межі опису – **зрозуміти логіку дії, інтерпретаційні рамки, досвід переживання змін**, роль неформальних чинників, символів і міжособистісних взаємодій (Rubin & Rubin, 2012).

Таке поєднання також дозволяє виявити **розриви між формальними структурами і повсякденною практикою**, що є особливо важливим для аналізу кейсів, у яких відбувається інституційний декуплінг (Heaton, 2004).

Методи були адаптовані до природи кожного кейса, що відповідає логіці *embedded case study*: кожне джерело даних відповідає певному рівню аналізу (індивідуальному, організаційному, системному) і дозволяє сформувати аналітичну реконструкцію процесів змін та ставлень до них у різних контекстах.

У дослідженні були використані **три основні джерела емпіричних даних**:

1. **Опитування** (Кейс 1 – Сімейна медицина):
    - джерело: вторинний аналіз даних всеукраїнських опитувань серед медичних освітян та студентства (2019, 2023, 2024 роки);
    - інструменти: стандартизовані анкети (face-to-face), що включають питання про ставлення до реформ, сприйняття цінностей, роль сімейної медицини в освіті (Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти», 2019, с. 59-62);
2. **Глибинні інтерв'ю** (Кейс 2 – Осіння школа):
    - джерело: напівструктуровані інтерв'ю з учасницями і організаторками Осінньої школи 2019 та 2024 років;

    - метод відбору – за принципом максимальної залученості людини до кейсу: серед організаторок – головна координаторка; серед учасниць – людина, що була присутня на обох Школах;
  - інструменти: гайди для інтерв'ювання, сфокусовані на темах зміни цінностей, ролі співучасті та розбудови мережі, трансформаціях досвіду – один для експертки-координаторки Школи, другий – для учасниці (Додаток А; Додаток Б);
3. Контент-аналіз **текстів і відгуків освітян** (Кейс 2 – Осіння школа):
  - джерело: супровідна документація Осінньої школи: анонімізовані форми зворотного зв'язку та аналіз форм;
  - аналітична стратегія: тематичний аналіз, пошук репрезентативних фреймів, виявлення символічних структур і смислових наративів.

Таблиця 3.1. **Порівняльні характеристики кейсів**

Критерій	**Кейс 1 (СМ)**	**Кейс 2 (ОШ)**
Стратегія змін	Top-down	Bottom-up
Роль участі	Формальна / адміністративна	Добровільна, мотиваційна
Часові рамки	2019, 2023, 2024	2019, 2024
Тип даних (емпірична база)	Стандартизовані опитувальники, супровідні документи	Тексти інтерв'ю, зворотний зв'язок (анкети)
Методи збору даних	Анкетування (face-to-face)	Глибинні інтерв'ю
Методи аналізу	Кількісний аналіз: описова статистика, χ^2, порівняння часток	Якісний аналіз: тематичне кодування, наративний та контент-аналіз

3.2. Кейс 1: Сприйняття сімейної медицини медичними освітянами на основі дослідження «Сприйняття сімейної медицини» хвиль 2019, 2023 та 2024

3.2.1. Обґрунтування та опис кейсу: сімейна медицина як масштабна структурна зміна у системі охорони здоров'я

Після 2016 року Україна розпочала масштабну трансформацію системи охорони здоров'я, важливим елементом якої стало виокремлення та посилення ролі первинної медичної допомоги як інструменту досягнення універсального охоплення медичними послугами та ефективнішого використання ресурсів. У цьому контексті особливого значення набула сімейна медицина як базова модель організації первинної ланки. Було запроваджено нові механізми фінансування, зокрема принцип «гроші йдуть за пацієнтом», а також закладено засади автономізації закладів ПМД, реформування системи контрактування через НСЗУ та посилення клінічної ролі сімейного лікаря (Міністерство охорони здоров'я України, 2022; Бреденкамп та ін., 2022).

На рівні політики, ця реформа була ініційована та реалізована у форматі «top-down», тобто через централізоване рішення державних органів та за посередництва адвокації та підтримки міжнародних донорських структур та організацій, проте без розвитку та стимуляції вибудови глибоко вкоріненого професійного консенсусу серед медичної спільноти та серед медичної освітянської спільноти.

Попри амбітність реформи та її системну підтримку на рівні політики, на рівні медичної освіти вона зустріла значні виклики. Ключова напруга виникла між **новою практикою** організації ПМД і **наявною освітньою структурою**, яка не була налаштована на підготовку фахівців нового типу. У фаховій спільноті викладачів виникла невизначеність щодо змісту, тривалості й логіки підготовки майбутніх сімейних лікарів, що особливо загострювалося відсутністю уніфікованих стандартів та компетентнісних моделей підготовки.

У цьому контексті важливо було зрозуміти, як сприймається сімейна медицина медичними працівниками, освітянами, студентами, пацієнтами та іншими стейкхолдерами. Як вже згадувалося у теоретичних розділах, медична освіта та медична практика є нерозривно пов'язаними на системному рівні. Вони замкнуті у цикл взаємодії, оскільки охоплюються спільним полем стандартів та якості: якість навчальних програм відображається на якості наданих медичних послуг, а якість наданих медичних послуг відображається на розробках та змінах всередині навчальних планів для подальшого поступу. Тому розуміння ставлення та сприйняття такої різкої та масштабної зміни, як сімейна медицина, є необхідною для вимірювання ефективності та можливості впровадження у освіті для забезпечення системи охорони компетентними фахівцями за спеціальністю сімейна медицина.

Відтак, кейс сімейної медицини є унікальним прикладом масштабної реформи, що декларувалася як системна зміна, але не супроводжувалася відповідними трансформаціями освітньої культури. Це породжувало **ціннісні розриви**, формувало **амбівалентні або поляризовані ставлення** до змін і зумовлювало значну **варіативність у сприйнятті** ролі сімейного лікаря як серед студентів, так і серед викладачів. Саме ці фактори і зумовили необхідність дослідити ставлення медичних освітян до сімейної медицини не лише як до предмета освітньої політики, а як до **символічного маркера системних трансформацій**, що впливають на статусність, цінності та уявлення про зміни в цілому.

Саме з цією метою у межах Україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти» (MedEdu) за фінансування Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC) було проведено дослідження Сприйняття сімейної медицини. Воно покликане моніторити зміну уявлень і ставлення до сімейної медицини в динаміці реформ. А відтак, дослідження виступає унікальним джерелом для аналізу ставлення до змін у первинній ланці системи охорони здоров'я України. У цьому кейсі ми зосередимося на аналізі кількісних

результатів трьох хвиль дослідження, щоб виявити, як змінюється ставлення до сімейної медицини з часом.

3.2.2. Методологія та дизайн кейсу (за матеріалами звіту «Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти України», УШП «Розвиток медичної освіти», 2019)

Для дослідження кейсу сімейної медицини було використано дані трьох хвиль кількісного дослідження «Сприйняття сімейної медицини» серед студентів і викладачів закладів вищої медичної освіти. Кількісне опитування проводилося в три хвилі: у грудні 2019 року (на початку реалізації першої фази проєкту), у вересні-жовтні 2023 року (на завершальному етапі реалізації першої фази) та у 2024 році (в межах другої фази). В усіх хвилях використовувався структурований онлайн-опитувальник, розроблений мультидисциплінарною командою за участі експертів та експерток з медичної освіти, соціологів та соціологинь і представників та представниць проєкту. Інструмент ґрунтувався на міжнародному досвіді, зокрема на методології дослідження, що проводилося у 2013 році в Таджикистані Швейцарським інститутом тропічного і громадського здоров'я (Swiss TPH), а також на попередньому якісному аналізі потреб цільових груп в Україні у 2018-2019 роках.

Анкета була розроблена англійською мовою, перекладена українською з використанням методу двостороннього перекладу (forward-backward translation), відкоригована після порівняльного аналізу версій, а також претестована на вибірці з п'яти студентів і п'яти викладачів, що дало змогу усунути неоднозначні формулювання.

Структура інструментів для викладацького та студентського складу дещо відрізнялася за своїм вмістом та містила наступні блоки:

- **Анкета для студентів** включала чотири тематичні блоки (оглядово):

1. Соціально-демографічні характеристики (вік, стать, рік навчання, форма навчання, наявність родичів у професії тощо);

2. Мотиваційні чинники вибору спеціальності;
3. Сприйняття сімейної медицини як спеціальності;
4. Сприйняття якості та досвіду навчання сімейній медицині.

Загалом студентська анкета містила 15 закритих запитань (частина з них містила серії тверджень для оцінки за шкалою Лайкерта) та одне відкрите запитання для додаткових коментарів. Частина шкал була адаптована з існуючих інструментів, зокрема DREEM (Dundee Ready Education Environment Measure) та PHEEM (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure), модифікованих для цілей проєкту дослідження.

У подальшій роботі використовуватиметься лише частина дослідження, що присвячена вивченню ставлень та сприйняття лише серед викладачів та викладачок, тому наводитися чи узагальнюватися результати опитування студентства – не будуть.

- **Анкета для викладачів** була побудована за аналогічною логікою, але адаптована саме до викладацького досвіду. До основних блоків увійшли:

- Блок 1. Мотиваційні чинники вибору спеціальності студентами
  - Мета: виявити, які аспекти (престиж, зарплата, робочий час, комунікація, взаємодія з пацієнтами тощо) вважаються ключовими при виборі студентами майбутньої спеціалізації.
  - Цей блок дозволяє контекстуалізувати уявлення про СМ в межах ширшої системи цінностей медичних професій.
- Блок 2. Загальні уявлення про сімейну медицину
  - Один із центральних блоків.
  - Містить твердження про соціальну оцінку СМ, її професійну складність, якість допомоги, обізнаність студентів і викладачів, привабливість професії, кар’єрні можливості, тощо.
  - Вимірює наскільки глибоко інституціоналізовані стереотипи або підтримка СМ.
- Блок 3. Порівняння сімейних лікарів з вузькими спеціалістами

    - Фокусується на уявленнях про ієрархію в медицині: престиж, заробіток, відповідальність, координація допомоги.
    - Важливий для розуміння того, наскільки СМ сприймається як рівноправна дисципліна, чи все ще маргіналізована.
- Блок 4. Оцінка якості навчання у закладах медичної освіти
    - Твердження про зміст і методи викладання, розвиток міжособистісних навичок, синдромний підхід, потребу в удосконаленні викладачів.
    - Показує, наскільки викладачі критично оцінюють загальну освітню систему, і чи готові вони визнавати потребу в її оновленні.
- Блок 5. Оцінка викладання саме сімейної медицини у ЗВО
    - Включає судження про кількість годин, унікальність контенту, раннє викладання, корисність для студентів.
    - Дає змогу відокремити загальне ставлення до СМ від досвіду її викладання, і побачити, чи вважається дисципліна добре інтегрованою у програму.
- Блок 6. Ставлення до післядипломної підготовки з СМ
    - Три твердження щодо достатності двох років інтернатури, потреби у збільшенні тривалості, реалістичності підготовки.
    - Фіксує рівень довіри до чинного формату інтернатури як до механізму підготовки сімейного лікаря.
- Блок 7. Пропозиції щодо підвищення привабливості сімейної медицини
    - Включає твердження про викладання, практику, просвітництво, державні пільги, обов’язковість і кількість годин.
    - Дає змогу оцінити інструментальні уявлення викладачів про вплив на вибір студентами СМ як спеціальності.

Так, цей інструментарій дав змогу не лише описати ставлення до сімейної медицини, але й проаналізувати **чинники впливу на це ставлення**, зокрема –

фактори престижу, освітнього досвіду, наявності клінічної практики, викладання в межах інтегрованих чи сегментованих навчальних планів.

Відтак, опитування Сприйняття сімейної медицини стало не лише емпіричною основою цього кейсу, а й **відправною точкою для аналізу ціннісного, організаційного й символічного виміру** трансформацій у медичній освіті, пов'язаних із реформою первинної ланки охорони здоров'я.

До вибірки першої хвилі дослідження, 2019 року увійшли 2405 студентів медичного факультету (третього і шостого років навчання) і 385 викладачів п'яти закладів вищої медичної освіти, залучених до дослідження, серед яких:

1) Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»;

2) Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова;

3) Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця;

4) Тернопільський національний медичний університет ім. І. Горбачевського;

5) Харківський національний медичний університет.

Окрім студентів та студенток третього та шостого року навчання до вибірки увійшли викладачі та викладачки обраних ЗВО. Оскільки дослідження концентрується на розгляді перспективи саме освітян, увага буде зосереджена на процесі відбору вибірки серед викладачів та викладачок.

Тож, оскільки сприйняття та ставлення до сімейної медицини формується не лише викладачами та викладачками кафедри сімейної медицини, до вибірки було важливо включити також представників та представниць інших кафедр та спеціальностей. Зокрема у дослідженні 2019 рокі це були кафедри зокрема педіатрії, інфекційних захворювань, хірургії, внутрішньої медицини, акушерства і гінекології, соціальної медицини. Детальний демографічний розподіл вибірки освітян можна переглянути у таблиці нижче (Таблиця 3.2).

Таблиця 3.2. **Демографічні характеристики вибірки хвилі дослідження Сприйняття сімейної медицини 2019 року**

	Категорія	**Усього (N=385)**	**Харків (N=88)**	**Київ (N=75)**	**Вінниця (N=71)**	**Тернопіль (N=55)**	**Чернівці (N=96)**
Гендер	Чоловіки	144 (37%)	40 (45%)	37 (49%)	20 (28%)	16 (29%)	31 (32%)
	Жінки	241 (63%)	48 (55%)	38 (51%)	51 (72%)	39 (71%)	65 (68%)
Вік	Вік 24-44 роки	178 (49%)	49 (60%)	29 (41%)	34 (51%)	16 (30%)	50 (53%)
	Вік 45-84 роки	188 (51%)	32 (40%)	41 (59%)	33 (49%)	37 (70%)	45 (47%)
	Відсутні дані (вік)	19 (5%)	7 (8%)	5 (7%)	4 (6%)	2 (4%)	1 (1%)
Кафедра	Внутрішня медицина	69 (18%)	13 (15%)	9 (12%)	17 (24%)	12 (22%)	18 (19%)
	Педіатрія	60 (16%)	14 (16%)	0 (0%)	14 (20%)	13 (24%)	19 (20%)
	Інфекційні хвороби	56 (15%)	10 (11%)	15 (20%)	12 (17%)	5 (9%)	14 (15%)
	Хірургія	69 (18%)	22 (25%)	17 (23%)	11 (15%)	7 (13%)	12 (13%)
	Акушерство та гінекологія	58 (15%)	6 (7%)	22 (29%)	10 (14%)	5 (9%)	15 (16%)
	Сімейна медицина	37 (10%)	9 (10%)	7 (9%)	6 (8%)	6 (11%)	9 (9%)
	Соціальна медицина	36 (9%)	14 (16%)	5 (7%)	1 (1%)	7 (13%)	9 (9%)
Посада	Завідувач кафедри	13 (3%)	4 (5%)	1 (1%)	2 (3%)	2 (4%)	4 (4%)
	Професор	42 (11%)	12 (14%)	8 (11%)	8 (11%)	2 (4%)	12 (13%)
	Доцент	201 (52%)	33 (38%)	37 (49%)	42 (59%)	41 (75%)	48 (50%)
	Асистент	125 (32%)	38 (43%)	27 (36%)	19 (27%)	10 (18%)	31 (32%)
	Інше (посада)	4 (1%)	1 (1%)	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Науковий ступінь	Без наукового ступеня	41 (11%)	16 (18%)	4 (5%)	10 (14%)	1 (2%)	10 (11%)
	Кандидат наук / PhD	279 (74%)	54 (62%)	59 (81%)	50 (70%)	48 (91%)	68 (72%)
	Доктор наук	59 (16%)	17 (20%)	10 (14%)	11 (15%)	4 (8%)	17 (18%)
	Відсутні дані (ступінь)	6 (2%)	1 (1%)	2 (3%)	0 (0%)	2 (4%)	1 (1%)

У 2023 році дослідження проводилося за тією ж методологією та підходом до вибору респондентів та респонденток. До **вибірки другої хвилі дослідженні**, що брали участь у дослідженні, також залишився майже незмінним:

1) Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»;

2) Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»;

3) Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця;

4) Тернопільський національний медичний університет ім. І. Горбачевського;

5) Харківський національний медичний університет.

Так, відмінністю у когорті обраних закладів вищої освіти стала зміна Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова та поява Ужгородського національного університету.

У 2023 році загалом у дослідженні взяло участь 1810 студентів та студенток, а також 723 викладачів та викладачок, представників та представниць різних кафедр. У таблиці нижче (Таблиця 3.3) наведений розподіл за основними демографічними характеристиками викладачів та викладачок, що увійшли до вибірки другої хвилі дослідження Сприйняття сімейної медицини.

Таблиця 3.3. **Демографічні характеристики вибірки хвилі дослідження Сприйняття сімейної медицини 2023 року**

	Категорія	**Усього (N=723)**	**Київ (N=110)**	**Тернопіль (N=162)**	**Ужгород (N=122)**	**Харків (N=178)**	**Чернівці (N=151)**
Гендер	Чоловіки	255 (35%)	34 (31%)	53 (33%)	60 (49%)	62 (35%)	46 (30%)
	Жінки	468 (65%)	76 (69%)	109 (67%)	62 (51%)	116 (65%)	105 (70%)
Вік	Вік 24-44 роки	297 (43%)	41 (39%)	65 (44%)	61 (52%)	65 (37%)	65 (46%)
	Вік 45-86 років	394 (57%)	65 (61%)	84 (56%)	57 (48%)	113 (63%)	75 (54%)
	Відсутні дані (вік)	32 (4%)	4 (4%)	13 (8%)	4 (3%)	0 (0%)	11 (7%)
Кафедра	Внутрішня медицина	166 (23%)	22 (20%)	36 (22%)	23 (19%)	32 (18%)	53 (35%)
	Педіатрія	103 (14%)	20 (18%)	15 (9%)	17 (14%)	23 (13%)	28 (19%)
	Інфекційні хвороби	56 (8%)	11 (10%)	12 (7%)	6 (5%)	17 (10%)	10 (7%)
	Хірургія	140 (19%)	25 (23%)	30 (19%)	35 (29%)	27 (15%)	23 (15%)
	Акушерство та гінекологія	96 (13%)	11 (10%)	21 (13%)	13 (11%)	34 (19%)	17 (11%)
	Сімейна медицина	29 (4%)	1 (1%)	6 (4%)	8 (7%)	5 (3%)	9 (6%)
	Соціальна медицина	43 (6%)	12 (11%)	9 (6%)	4 (3%)	13 (7%)	5 (3%)
	Інше	88 (12%)	7 (6%)	33 (20%)	15 (12%)	27 (15%)	6 (4%)
	Відсутні дані (кафедра)	2 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
Посада	Завідувач кафедри	50 (7%)	3 (3%)	12 (7%)	9 (7%)	13 (7%)	13 (9%)
	Професор	80 (11%)	11 (10%)	13 (8%)	15 (12%)	29 (16%)	12 (8%)
	Доцент	381 (53%)	45 (41%)	101 (63%)	58 (48%)	87 (49%)	90 (60%)
	Асистент	199 (28%)	46 (42%)	35 (22%)	36 (30%)	48 (27%)	34 (23%)

Продовження Таблиці 3.3.

	Старший викладач	4 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	3 (2%)	0 (0%)	0 (0%)
	Викладач-асистент	1 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Старший лаборант	4 (1%)	3 (3%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
	Аспірант	2 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)
	Відсутні дані (посада)	2 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)
Науковий ступінь	Без наукового ступеня	91 (13%)	25 (23%)	10 (6%)	30 (25%)	13 (7%)	13 (9%)
	Кандидат наук / PhD	498 (70%)	72 (66%)	120 (78%)	67 (56%)	126 (71%)	113 (76%)
	Доктор наук	120 (17%)	12 (11%)	24 (16%)	22 (18%)	39 (22%)	23 (15%)
	Відсутні дані (ступінь)	14 (2%)	1 (1%)	8 (5%)	3 (2%)	0 (0%)	2 (1%)

У 2024 році дослідження проводилося за тією ж методологією та підходом до вибору респондентів та респонденток. Проте у зв’язку з початком нової фази реалізації Україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти», мапа взаємодії проєкту із закладами вищої медичної освіти дещо змінилася, тому дослідження провели, опитуючи нову когорту університетів, що до цього не були задіяні у дослідженні. Це відкриває можливість порівняти не лише одну групу ставлень до сімейної медицини у динаміці однієї когорти університетів, але і подивитися на різницю між двома різними когортами, набагато ближчу у часі (між 2023 та 2024 роком).

Тож, **перелік закладів вищої освіти, що брали участь у дослідженні Сприйняття сімейної медицини, у 2024** році був таким:

1) Запорізький державний медико-фармацевтичний університет;
2) Івано-Франківський національний медичний університет;
3) Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького;
4) Сумський державний університет;
5) Ужгородський національний університет;
6) Дніпровський державний медичний університет.

У 2024 році загалом у дослідженні взяло участь 1686 студентів та студенток, а також 780 викладачів та викладачок, представників та представниць різних

кафедр. У таблиці нижче (Таблиця 3.4) наведений розподіл за основними демографічними характеристиками викладачів та викладачок, що увійшли до вибірки третьої хвилі дослідження Сприйняття сімейної медицини.

Таблиця 3.4. **Демографічні характеристики вибірки хвилі дослідження Сприйняття сімейної медицини 2024 року**

	Категорія	Усього (N=780)	Дніпро (N=182)	Запоріжжя (N=102)	Івано-Франківськ (N=181)	Львів (N=143)	Суми (N=50)	Ужгород (N=122)
Гендер	Чоловіки	314 (40%)	67 (37%)	50 (49%)	65 (36%)	50 (35%)	22 (44%)	60 (49%)
	Жінки	466 (60%)	115 (63%)	52 (51%)	116 (64%)	93 (65%)	28 (56%)	62 (51%)
Вік	Вік 24-44 роки	317 (41%)	58 (32%)	40 (39%)	76 (42%)	60 (44%)	22 (44%)	61 (52%)
	Вік 45-86 років	448 (59%)	121 (68%)	62 (61%)	103 (58%)	77 (56%)	28 (56%)	57 (48%)
	Відсутні дані (вік)	15 (2%)	3 (2%)	0 (0%)	2 (1%)	6 (4%)	0 (0%)	4 (3%)
Кафедра	Внутрішня медицина	166 (21%)	44 (24%)	24 (24%)	43 (24%)	22 (15%)	10 (20%)	23 (19%)
	Педіатрія	127 (16%)	27 (15%)	18 (18%)	33 (18%)	21 (15%)	11 (22%)	17 (14%)
	Інфекційні хвороби	45 (6%)	9 (5%)	7 (7%)	18 (10%)	5 (3%)	0 (0%)	6 (5%)
	Хірургія	128 (16%)	36 (20%)	4 (4%)	25 (14%)	17 (12%)	11 (22%)	35 (29%)
	Акушерство та гінекологія	89 (11%)	18 (10%)	10 (10%)	19 (11%)	22 (15%)	7 (14%)	13 (11%)
	Сімейна медицина	66 (8%)	17 (9%)	6 (6%)	7 (4%)	25 (17%)	3 (6%)	8 (7%)
	Соціальна медицина	39 (5%)	11 (6%)	5 (5%)	10 (6%)	4 (3%)	5 (10%)	4 (3%)
	Інше	117 (15%)	20 (11%)	28 (27%)	24 (13%)	27 (19%)	3 (6%)	15 (12%)
	Відсутні дані (кафедра)	3 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Посада	Завідувач кафедри	56 (7%)	14 (8%)	9 (9%)	13 (7%)	6 (4%)	5 (10%)	9 (7%)
	Професор	66 (8%)	21 (12%)	8 (8%)	13 (7%)	7 (5%)	2 (4%)	15 (12%)
	Доцент	351 (45%)	55 (30%)	47 (46%)	96 (53%)	71 (50%)	24 (48%)	58 (48%)
	Асистент	288 (37%)	88 (48%)	34 (33%)	55 (30%)	58 (41%)	17 (34%)	36 (30%)
	Інше (посада)	18 (2%)	4 (2%)	4 (4%)	4 (2%)	1 (1%)	2 (4%)	3 (2%)

Продовження Таблиці 3.4.

	Відсутні дані (посада)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Науковий ступінь	Без наукового ступеня	132 (17%)	16 (9%)	18 (18%)	45 (25%)	20 (14%)	3 (6%)	30 (25%)
	Кандидат наук / PhD	509 (66%)	125 (69%)	67 (66%)	109 (61%)	104 (74%)	37 (74%)	67 (56%)
	Доктор наук	133 (17%)	41 (23%)	17 (17%)	26 (14%)	17 (12%)	10 (20%)	22 (18%)
	Відсутні дані (ступінь)	6 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	2 (1%)	0 (0%)	

3.2.3. Ставлення та сприйняття медичними освітянами сімейної медицини

Сприйняття сімейної медицини (СМ) у викладачів вищої медичної освіти формується не лише як відображення їх професійної позиції, а як **мультипозиційне бачення**, в основі якого лежить декілька паралельних і взаємопов'язаних «призм»:

- **Освітянська оптика**: сімейна медицина сприймається як навчальна дисципліна, що має бути інтегрована в курікулум. Тут мають значення викладацькі години, навчальні матеріали, дидактичні підходи. Наприклад, твердження про достатність годин або доцільність викладання до 6 курсу.
- **Клінічна / професійна оптика**: частина викладачів – практикуючі лікарі або мають професійну ідентичність, пов'язану з конкретними медичними спеціальностями. Це впливає на сприйняття сімейної медицини як «надто широкої» або «недостатньо престижної» галузі.
- **Управлінська / адміністративна оптика**: керівники кафедр або ті, хто бере участь у розробці навчальних планів, можуть оцінювати СМ через її інституційну вагу: наявність кафедри, підтримка з боку МОЗ, місце у структурі ЗВО.
- **Громадянська / політична оптика**: бачення ролі сімейного лікаря у системі охорони здоров'я, оцінка політик МОЗ та реформ. Це

виявляється у твердженнях щодо «поганої оцінки СМ у суспільстві» або «обмежених кар'єрних можливостей сімейних лікарів та лікарок».

- **Пацієнтська роль** (опосередкована): викладачі також є користувачами медичних послуг. Їхній особистий досвід взаємодії з лікарями також може впливати на ставлення до первинної ланки загалом.
- **Наукова ідентичність**: у тих, хто проводить дослідження, особливо в галузях соціальної медицини, громадського здоров'я, сприйняття сімейної медицини часто більш концептуально розгорнуте та структуроване. Це ті, хто швидше підтримує інтеграцію сімейної медицини у програму вищої медичної освіти.

Таблиця 3.5. **Порівняння оптик формування сприйняття**

Оптика	Приклад твердження з анкети	Коментар
Освітня	«Лекції з СМ допоможуть студентам стати кращими лікарями»	Оцінка навчальної цінності СМ
Клінічна	«Сімейні лікарі можуть надавати більшість медичних послуг»	Компетентнісний потенціал СМ
Управлінська	«Сімейна медицина має занадто мало уваги в навчальній програмі»	Інституційна оцінка ролі СМ
Громадянська	«Сімейні лікарі низько оцінені у суспільстві»	Відображення соціального статусу
Політична	«Сімейну медицину треба зробити привабливою через пільги»	Інструментальне уявлення
Наукова	«Якість СМ лекцій низька / потребує оновлення»	Вимірювання академічної якості

Таке простеження залежності сприйняття від заданої оптики ще раз наголошує на тому, що сприйняття не може оцінюватися суто на індивідуальному рівні, досить спрощено. Погляд на те, як формується сприйняття медичними освітянами сімейної медицини допоможе краще зрозуміти, що впливає у подальшому на усталення ставлення та, відповідно, допоможе зробити висновки щодо можливих подальших кроків, що можуть покращити ситуацію зі ставленням та навчанням сімейній медицині.

Отже, як було запропоновано вище, аналіз динаміки зміни сприйняття медичними освітянами сімейної медицини можна погрупувати за шістьма оптиками. *Для подальшого аналізу та виведення результатів та рекомендацій, увагу буде зосереджено на трьох основних, які відображають інституційні логіки, що працюють у полі вищої медичної освіти: академічна (формально-нормативна), медична (ціннісно-практична) та політико-інструментальна*. Нижче наведено, як кожна з них проявляється і як змінювалася в динаміці:

Академічна оптика (формальне нормативне сприйняття):

- Що відображає:
    - Викладання, якість, структура навчального процесу, потреба у педагогічному розвитку викладачів.
    - СМ як навчальний компонент курікулуму, що має відповідати стандартам.
- Динаміка (на прикладах окремих тверджень, що ілюструють оптику):

Для окремих змінних є покращення між 2019-2023 роками:

- *«Більшість студентів не знають, що таке сімейна медицина»* – частка незгоди зросла з 57% до 77% (χ^2 = 71,8, p<0,001) – позитивний зсув (Таблиця 3.6).

Таблиця 3.6. **Описова статистика та χ^2 за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Diff	χ^2	p	24, N	24, %	Diff	χ^2	p
Strongly disagree	30	8%	132	18%	10,5%	71,80	0,00	124	16%	-2,5	8,02	0,091
Disagree	187	49%	423	59%	10,1%	71,80	0,00	445	57%	-1,6	8,02	0,091
Undecided	44	11%	69	10%	-1,9%	71,80	0,00	69	9%	-0,7	8,02	0,091
Agree	111	29%	80	11%	-17,8%	71,80	0,00	124	16%	4,8	8,02	0,091
Strongly agree	12	3%	15	2%	-1,0%	71,80	0,00	16	2%	0	8,02	0,091

- *«Більшість викладачів університету не знають, що таке сімейна медицина»* – також покращення: незгода зросла з 76% до 89% ($\chi^2 = 53{,}81$, $p<0{,}001$) (Таблиця 3.7).

Таблиця 3.7. **Описова статистика та χ^2 за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Diff	χ^2	p	24, N	24, %	Diff	χ^2	p
Strongly disagree	89	23%	293	41%	17,6%	53,81	0,00	291	38%	-3,2	1,75	0,7821
Disagree	203	53%	347	48%	-4,5%	53,81	0,00	390	50%	2,1	1,75	0,7821
Undecided	33	9%	35	5%	-3,7%	53,81	0,00	41	5%	0,4	1,75	0,7821
Agree	50	13%	37	5%	-7,9%	53,81	0,00	45	6%	0,6	1,75	0,7821
Strongly agree	9	2,3%	6	0,8%	-1,5%	53,81	0,00	7	0,9%	0,1	1,75	0,7821

- **У 2023–2024** ситуація стабілізується: високі, але сталі рівні підтримки, без значущих коливань.

При цьому для багатьох тверджень, що мали би показати покращення «формального сприйняття», значуща динаміка або не спостерігається, або спостерігається негативна. Зокрема:

- «*Викладачі у Вашому навчальному закладі повинні вдосконалювати свої навички викладання*» – рівень згоди знизився з 90% у 2019 до 84% у 2023 ($\chi^2 = 14{,}27$, $p<0{,}01$) (Таблиця 3.8).

Таблиця 3.8. **Описова статистика та χ^2 за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ^2	p	24, N	24, %	Δ	χ^2	p
Strongly disagree	1	0%	7	1%	0,7%	14,27	<0,01	9	1%	0,2%	13,36	0,0097
Disagree	19	5%	37	5%	0,2%	14,27	<0,01	29	4%	-1,4%	13,36	0,0097
Undecided	20	5%	69	10%	4,3%	14,27	<0,01	50	6%	-3,2%	13,36	0,0097
Agree	242	63%	470	65%	1,9%	14,27	<0,01	493	63%	-1,9%	13,36	0,0097
Strongly agree	100	26%	137	19%	-7,2%	14,27	<0,01	197	25%	6,3%	13,36	0,0097

- *«Сімейну медицину доцільно викладати раніше, ніж на 6-му курсі»* – значущої зміни нема, розподіл підтримки залишається сталим, як і відсоток тих, хто «не визначився» (≈20%) (Таблиця 3.9).

Таблиця 3.9. **Описова статистика та χ^2 за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ^2	p	24, N	24, %	Δ	χ^2	p
Strongly disagree	8	2%	22	3%	1,0%	8,49	0,13	16	2%	-1,0%	8,39	0,0783
Disagree	61	16%	122	17%	0,9%	8,49	0,13	136	17%	0,4%	8,39	0,0783
Undecided	55	14%	133	19%	4,0%	8,49	0,13	127	16%	-2,2%	8,39	0,0783
Agree	220	58%	397	55%	-2,6%	8,49	0,13	426	55%	-0,7%	8,39	0,0783
Strongly agree	36	9%	44	6%	-3,3%	8,49	0,13	75	10%	3,5%	8,39	0,0783

- **Інтерпретація**:

Це свідчить про певний рівень **нормативної інституціоналізації** сімейної медицини в освіті як складника, який формально сприймається (радше «нейтрально», аніж «позитивно»). Сімейна медицина уже перестає бути «новинкою» і стає частиною академічного пейзажу, навіть якщо не всюди це ще підкріплено структурними змінами в програмах.

Медична (клінічна) оптика (освітяни як люди дотичні до практичної медицини, які надають «цінність» та вибудовують ієрархію медичних спеціальностей):

- Що відображає:
  - Уявлення про професійний статус, клінічну ефективність, рівень довіри до СМ серед лікарів.
- Динаміка (на прикладах окремих тверджень, що ілюструють оптику):
  - *«Сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості»* – частка незгоди зросла з 25% до 38% ($\chi^2 = 34{,}55$, $p<0{,}001$), але 46% досі згодні (Таблиця 3.10).

Таблиця 3.10. **Описова статистика та χ^2 за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ^2	p	24, N	24, %	Δ	χ^2	p
Strongly disagree	7	2%	39	5%	3,6%	34,55	<0,001	33	4%	-1,2%	5,09	0,2787
Disagree	90	23%	237	33%	9,4%	34,55	<0,001	256	33%	0%	5,09	0,2787
Undecided	61	16%	148	21%	4,6%	34,55	<0,001	134	17%	-3,4%	5,09	0,2787
Agree	199	52%	261	36%	-15,7%	34,55	<0,001	311	40%	3,8%	5,09	0,2787
Strongly agree	26	7%	35	5%	-1,9%	34,55	<0,001	44	6%	0,8%	5,09	0,2787

  - *«Усе, що викладається під час занять із сімейної медицини, могло б також викладатися під час інших занять»* – зміни у баченні не відбувається – близько 42% освітян продовжують так вважати протягом замірів 2019-2024 років (Таблиця 3.11).

Таблиця 3.11. **Описова статистика та χ² за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ²	p	24, N	24, %	Δ	χ²	p
Strongly disagree	6	2%	33	5%	3,1%	12,39	0,03	30	4%	-0,7%	4,39	0,3552
Disagree	110	29%	208	29%	0,5%	12,39	0,03	226	29%	-0,1%	4,39	0,3552
Undecided	97	25%	180	25%	0,0%	12,39	0,03	185	24%	-1,5%	4,39	0,3552
Agree	156	41%	273	38%	-2,3%	12,39	0,03	300	39%	0,3%	4,39	0,3552
Strongly agree	16	4%	21	3%	-1,2%	12,39	0,03	38	5%	2,0%	4,39	0,3552

- *«Сімейні лікарі здатні лікувати лише незначні проблеми зі здоров'ям»* – статистично значуще зменшення згоди на 7,3% між 2019 та 2023 роком та стабільні відсотки між 2023 та 2024 (Таблиця 3.12).

Таблиця 3.12. **Описова статистика та χ² за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ²	p	24, N	24, %	Δ	χ²	p
Strongly disagree	11	3%	44	6%	3,3%	23,13	<0,001	57	7%	1,3%	1,88	0,7583
Disagree	144	38%	288	40%	2,7%	23,13	<0,001	322	42%	1,3%	1,88	0,7583
Undecided	49	13%	101	14%	1,3%	23,13	<0,001	110	14%	0,1%	1,88	0,7583
Agree	153	40%	267	37%	-2,6%	23,13	<0,001	267	34%	-2,8%	1,88	0,7583
Strongly agree	27	7%	16	2%	-4,8%	23,13	<0,001	19	2%	0,3%	1,88	0,7583

- *«Сімейна медицина – це хороший варіант для менш успішних студентів»* – значущих відмінностей не відбулося з 2019 по 2024 рік, рівень згоди стабільно 11-13% та незгоди – 73-78% (Таблиця 3.13).

Таблиця 3.13. **Описова статистика та χ² за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ²	p	24, N	24, %	Δ	χ²	p
Strongly disagree	78	20%	153	21%	1,0%	2,37	0,80	187	24%	2,8%	3,12	0,5379
Disagree	205	53%	390	54%	0,9%	2,37	0,80	418	54%	-0,5%	3,12	0,5379
Undecided	51	13%	85	12%	-1,4%	2,37	0,80	89	11%	-0,4%	3,12	0,5379
Agree	42	11%	78	11%	-0,1%	2,37	0,80	68	9%	-2,1%	3,12	0,5379
Strongly agree	9	2%	14	2%	-0,4%	2,37	0,80	17	2%	0,3%	3,12	0,5379

- *«Сімейним лікарем має бути настільки ж престижно, як і лікарем вузької спеціалізації»* – між 2019 та 2023 значущої різниці не було – рівень згоди залишався 71-75% відповідно, а вже до 2024 року рівень згоди значущо збільшився до 81% (Таблиця 3.14).

Таблиця 3.14. **Описова статистика та χ² за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ²	p	24, N	24, %	Δ	χ²	p
Strongly disagree	10	3%	14	2%	-0,7%	4,27	0,51	22	3%	0,9%	11,68	0,0199
Disagree	55	14%	85	12%	-2,5%	4,27	0,51	65	8%	-3,5%	11,68	0,0199
Undecided	45	12%	79	11%	-0,7%	4,27	0,51	62	8%	-3,0%	11,68	0,0199
Agree	200	52%										

- **Інтерпретація**:

Подекуди формується **помірне покращення**, але без значної зміни. «Медична ієрархія» та стереотипи залишаються доволі сталими, а **практичний авторитет сімейної медицини** у клінічному середовищі ще потребує часу, інситуційної підтримки для розбудови й прикладів успішних «престижних» кейсів.

Політико-інструментальна оптика (освітяни як громадяни / менеджери в системі не лише вищої освіти, проте і ширшої державної політики, що до цього дотична):

- Що відображає:
  - Уявлення про механізми реформування СМ, засоби підвищення її престижу, зокрема через державні інтервенції.
  - Відповіді на запитання: *Щоб відповідати потребам країни, уряд хоче збільшити кількість сімейних лікарів. На Вашу думку, як саме можна підвищити привабливість фаху сімейного лікаря?*
- Динаміка (на прикладах окремих тверджень, що ілюструють оптику):
  - *«Через підтримку держави та кращі вигоди для сімейних лікарів (наприклад, автомобіль, земельна ділянка)»* – зниження згоди з 90% (2019) до 81% (2023) (χ^2 = 32,43, p<0,001), стабільний відсоток згоди 83% до 2024 року (Таблиця 3.15).

Таблиця 3.15. **Описова статистика та χ^2 за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ^2	p	24, N	24, %	Δ	χ^2	p
Strongly disagree	1	0%	7	1%	0,7%	32,43	<0,001	6	1%	-0,2%	8,22	0,0838
Disagree	7	2%	49	7%	5,0%	32,43	<0,001	38	5%	-1,9%	8,22	0,0838
Undecided	29	8%	81	11%	3,7%	32,43	<0,001	86	11%	-0,2%	8,22	0,0838
Agree	225	58%	439	61%	2,4%	32,43	<0,001	449	58%	-3,2%	8,22	0,0838
Strongly agree	123	32%	146	20%	-11,7%	32,43	<0,001	201	26%	5,6%	8,22	0,0838

  - *«Збільшенням годин викладання сімейної медицини»* – стабільна підтримка на рівні ≈50%, але без підвищення показників згоди між 2019 та 2023 роком, але значуще підвищення до 53% згоди у вибірці 2024 року (Таблиця 3.16).

Таблиця 3.16. **Описова статистика та χ^2 за твердженням**

	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ^2	p	24, N	24, %	Δ	χ^2	p
Strongly disagree	6	2%	21	3%	1,4%	6,83	0,23	15	2%	-1,0%	25,65	0
Disagree	49	13%	110	15%	2,5%	6,83	0,23	101	13%	-2,3%	25,65	0
Undecided	143	37%	281	39%	1,8%	6,83	0,23	253	32%	-6,5%	25,65	0
Agree	158	41%	273	38%	-3,2%	6,83	0,23	323	41%	3,6%	25,65	0
Strongly agree	29	8%	37	5%	-2,4%	6,83	0,23	88	11%	6,2%	25,65	0

- *«Через обов'язкове практичне навчання із сімейної медицини для всіх студентів»* – згодні ≈60%, без значної динаміки між 2019-2024 (Таблиця 3.17).

Таблиця 3.17. **Описова статистика та χ^2 за твердженням**

Категорія	19, N	19, %	23, N	23, %	Δ	χ^2	p	24, N	24, %	Δ	χ^2	p
Strongly disagree	7	2%	24	3%	1,5%	4,16	0,53	14	2%	-1,5%	6,88	0,1426
Disagree	67	17%	123	17%	-0,3%	4,16	0,53	120	15%	-1,7%	6,88	0,1426
Undecided	82	21%	153	21%	0,0%	4,16	0,53	153	20%	-1,6%	6,88	0,1426
Agree	200	52%	359	50%	-2,1%	4,16	0,53	411	53%	2,8%	6,88	0,1426
Strongly agree	29	8%	61	8%	0,9%	4,16	0,53	82	11%	2,0%	6,88	0,1426

- **Інтерпретація**:

Спостерігається **ерозія популістичних очікувань**: дедалі менше освітян вірять, що «зовнішні стимули» (пільги, накази, додаткові години навчання) здатні самостійно змінити ставлення студентів та студенток чи викладачів та викладачок. Це може свідчити про глибше розуміння, що **реформи мають працювати через зміст, а не лише через інструменти**.

Таблиця 3.18. **Узагальнена зміна тенденцій у формуванні сприйняття у залежності від оптики.**

Оптика	Тенденція	Коментар
Формальна / Академічна	Покращення	Нормативне визнання СМ як частини медосвіти
Ціннісна / Клінічна	Повільне зростання або стабільність	Довіра лікарів до СМ зростає повільно, залишається скепсис

Політико-інструментальна	Зниження підтримки популістичних рецептів	Розуміння, що навчання сімейній медицині – це не про зручні політичні рішення

Як було розглянуто у теоретичних розділах, **ставлення** у дослідженні розглядається не лише внутрішнє переконання, а як потенціал до дії. У соціальних науках воно традиційно розглядається як багатовимірна конструкція, що включає **когнітивний** (знання, уявлення), **афективний** (емоційне забарвлення, симпатії/антипатії) та **поведінковий** компоненти (готовність до дії, підтримки, опору). У контексті впровадження змін у медичній освіті важливо розуміти, які саме з цих вимірів активуються або, навпаки, залишаються латентними.

Так, у дослідженні ставлення медичних освітян до змін розглядається з двох сторін:

- **Як до тригера дії** – тобто, ставлення, яке визначає готовність підтримати зміну (включитися у викладання, змінити курс, переконувати інших), або навпаки – чинити опір, саботувати, залишатися осторонь.
- **Як до відображення інтерпретації змін** – тобто, як саме освітяни сприймають сутність реформи, яким вони бачать її сенс і наслідки.

Проаналізовані результати дослідження Сприйняття сімейної медицини дозволяє виміряти різні грані ставлення, адже вона не зводиться лише до одного «індексу підтримки», а охоплює низку питань, які можна умовно згрупувати за зазначеними трьома вимірами, відповідно до формулювань анкети дослідження.

Тож, по-перше, **когнітивний вимір** – як освітяни *розуміють* сімейну медицину**.** Цей вимір можуть допомогти розглянути твердження, що зачіпають знання, уявлення та оцінку СМ як концепції, її ролі в системі охорони здоров'я і місця в медичній освіті. Наприклад:

- *«Сімейний лікар може надати більшість медичних послуг, яких потребує пацієнт»*

- *«Усі повинні пройти навчання із сімейної медицини, незалежно від того, яку спеціальність вони оберуть пізніше»*
- *«Сімейні лікарі повинні контролювати та координувати доступ пацієнтів до вузьких спеціалістів»*

Частка згоди з цими твердженнями стабільно висока і значущо зростає, що свідчить про зміцнення знання про функції сімейної медицини.

Афективний вимір – як освітяни *відчувають* сімейну медицину. Тут для розгляду важливі емоційні реакції – симпатії, антипатії, повага чи упередження. Наприклад:

- *«Сімейна медицина – це хороший варіант для менш успішних студентів»*
- *«Сімейним лікарем має бути настільки ж престижно, як і лікарем вузької спеціалізації»*
- *«У нашому суспільстві не цінують сімейних лікарів», «Лікарі інших спеціальностей не цінують лікарів сімейної медицини»*

Спостерігається повільне зростання позитивної емоційної валентності (менше згоди з принизливими твердженнями, більше підтримки престижності), проте частка «нейтральних» залишається високою, що вказує на певну стриманість у вираженні емоційної підтримки.

Операційно-поведінковий вимір – як освітяни *оцінюють необхідність дії.* Твердження, пов'язані з навчальним процесом, педагогікою, інституційними змінами. Наприклад:

- *«Сімейну медицину доцільно викладати раніше, ніж на 6-му курсі»*
- *«Лекції/практичні заняття із сімейної медицини допоможуть студентам стати кращими лікарями»*
- *«Усе, що викладається під час занять із сімейної медицини, могло б також викладатися під час інших занять»*

Високий рівень згоди (понад 60%) із твердженнями про практичну цінність викладання СМ, що свідчить про готовність підтримувати впровадження змін, особливо якщо вони стосуються не лише змісту, а й підходів до викладання.

Ставлення медичних освітян до сімейної медицини не є сталою характеристикою – воно формується внаслідок дії численних чинників і проявляється на різних рівнях та оптиках сприйняття: символічному/офіційному, ціннісному чи інструментальному/політичному. У двох частинах підрозділу ми прослідкували оптики формування сприйняття, а також ставлення.

Так, аналіз дозволив прослідкувати, що ставлення медичних освітян до сімейної медицини змінюється – проте **з різною швидкістю залежно від рівня:**

- **Найшвидше змінюється нормативне/когнітивне уявлення** – зростає розуміння місця СМ у системі.
- **Афективна підтримка та готовність змінювати практики викладання** змінюються повільно.
- **Очікування щодо інструментів політики** стають реалістичнішими: зменшується віра в «просту» мобілізацію через пільги, зростає цінність змісту й підходів.

Ба більше, суттєву динаміку ми помітили у когорті 2019 проти 2023 року. Між 2019 та 2023 роками ми спостерігали **значні зрушення у ставленні освітян до сімейної медицини**, і це відбувалося в межах **однієї й тієї самої когорти закладів**.

Це може означати, що:

- Одні й ті ж люди поступово змінювали свої позиції протягом кількох років. У тому числі, можливо, через співпрацю із проєктом як із зовнішнім стейкхолдером, який допомагав «розшифровувати» зміни (про такий підхід детальніше розглядаємо у другому кейсі).
- Зміни йшли всередину, тобто завдяки роботі над системою зсередини – внутрішнім реформам, пілотам, зміні політик, проєктам, залученню.

- Підтверджується ефективність тривалого цілеспрямованого впливу на одну цільову групу (наприклад, через участь в Україно-швейцарському проєкті «Розвиток медичної освіти»).

І напротивагу ми відмітили відносну стабільність між когортами 2023 та 2024 років. Порівняно з ЗВО, які брали участь у проєкті з 2019 року, ті ЗВО, які вперше долучилися до участі у 2024 році, рівень ставлення дуже подібний до попередніх. Це може свідчити, що:

- Певні патерни ставлення стали нормативними, незалежно від досвіду участі в реформах.
- Відбулося розширення спільного дискурсу про сімейну медицину – через медіа, національні політики, професійне середовище тощо.
- Системна трансформація на рівні ідей та уявлень досягла рівня «загальноприйнятого» – тобто навіть у нових університетах викладачі вже демонструють ті самі відповіді, що й «старі» учасники проєкту.

Таблиця 3.19. **Узагальнене порівняння зміни ставлень та сприйняття змін у навчанні сімейній медицині у динаміці.**

Рівень	**Опис**	**Динаміка 2019-2023**	**Динаміка 2023-2024**	**Коментар**
Символічний / офіційний	«Правильні» уявлення про престиж, місце СМ, координацію	**Помітне покращення**	**Стабілізація**	Різке зростання «правильних» відповідей у 2019-2023, далі – збереження тенденції
Ціннісний / особистий	СМ як потрібна студентам, ефективна в реальній роботі	**Незначне зрушення**	**Майже без змін**	Найменш динамічна категорія – ставлення залишається стабільно нейтральним чи помірно позитивним
Політичний / інструментальний	Що може зробити її привабливою: пільги, години, примус	**Зменшення популістичних очікувань**	**Тренд продовжується**	Віра у «матеріальні бонуси» знижується, підтримка академічних заходів – зростає повільно

3.3. Кейс 2: Участь та рефлексії щодо участі в Осінній школі медичної освіти серед освітян у 2019 та 2024 роках

3.3.1. Обґрунтування та опис кейсу: середовище проведення Осінньої школи як платформа структурування та зміни дискурсу

Осіння школа медичної освіти, започаткована у 2019 році, є прикладом інтервенції, яка не лише інформує про нововведені зміни, а трансформує – змінює не так знання, як контекст і дискурс, у якому це знання починає мати значення. У цьому сенсі школа є не просто подією, а **платформою структурування смислів** та створення «когнітивного середовища» для народження нових уявлень про зміни в освіті.

Згідно з теоретичною рамкою дослідження ставлення Пікенса (Pickens, 2005), **ставлення формується у взаємодії когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів**. Школа виступає «контейнером» для всіх трьох: вона задає нові ідеї (когнітивний вимір), створює емоційний простір підтримки (афективний вимір), і стимулює конкретні дії після участі (поведінковий компонент). Відтак, це стає важливим кейсом для порівняння зі стандартною практикою нормативного введення змін, як у кейсі сімейної медицини.

Осіння школа медичної освіти була створена, відлунюючи поступові нормативні зрушення у вищій медичній освіті, описані детально у другому розділі. Тобто, її основною задачею та метою було впровадження змін щодо нових навчальних підходів та цінностей у практику освітян: не через накази та не лише згідно з ними, а спираючись на обмін знаннями, досвідом та особисту участь.

Осіння школа медичної освіти, започаткована у 2019 році як професійний простір для викладачів та управлінців у сфері медичної освіти, з роками трансформувалась у платформу для спільнотворення, стратегування і культурної зміни в академічному середовищі. Порівняльний аналіз зворотного зв’язку учасників Шкіл 2019 та 2024 років дозволяє простежити динаміку трансформації цінностей, очікувань і ролі самих учасників у процесі змін.

У 2019 році Осіння школа була форматом «виходу з бульбашки»: як зазначала координаторка школи у інтерв'ю, медичні освітяни до її проведення найбільше комунікували у замкненому академічному контексті. Перша Школа мала завдання не лише надати зміст медичній освіті та нововведенням, а **створити нову «мову» і новий контекст**, в якому цей зміст буде сприйнято. Тому йшлося не лише про реформи, а про концепти: студентоорієнтованість, компетентнісний підхід, нові форми взаємодії. Саме тому перша школа – це не просто обмін ідеями, а **спроба створити альтернативну логіку дії у консервативному академічному середовищі.**

Учасниця першої та другої Школи згадує, що 2019 року багато із почутого було вперше, а сам захід – «виводив із зони комфорту». Елементи горизонтальності, відвертого обговорення, несподіваних для медосвітян тем (академічна етика, менторство, зворотний зв'язок) – мали на меті **розхитати культурну норму**, в якій «слухають лише тих, у кого є грамота [тобто, формальне визнання]».

До 2024 року Осіння школа трансформувалася у **простір рефлексії, впізнавання і закріплення нових норм**. Це вже не школа концептів, а школа сенсів. Як відзначає координаторка, у 2024 році учасники приходили з чіткою мотивацією, часто вже маючи досвід впровадження змін – і приходили «звірити годинники» зі спільнотою. Учасниця описує школу як «простір, де я почула, що зі мною все так, що я не одна». У цьому сенсі Осіння школа стала не лише освітньою подією, а **місцем формування професійної ідентичності** – зокрема в умовах, коли інституційна система не визнає змінотворчі ініціативи.

А відтак, кейс Осінньої школи є унікальним прикладом **структурованого дискурсивного простору, де формуються, змінюються і закріплюються ставлення до змін**, а також трансформуються уявлення про власну роль у змінах – від слухача до агента. Саме це робить кейс вартим глибшого аналізу як соціального процесу.

3.3.2. Методологія та дизайн кейсу Осінньої школи як підходу до впровадження змін в медичній освіті

Кейс Осінньої школи у роботі розглянуто у межах змішаної методології дослідження сприйняття та ставлення до змін серед медичних освітян. Осіння школа медичної освіти проаналізована як приклад ініціативи з переважно bottom-up логікою – тобто змін, які формуються знизу, від учасників освітнього процесу, і ґрунтуються не стільки на нормативному тиску, скільки на ідентифікації зі спільнотою, сенсах та професійній мотивації.

Для дослідження обрано порівняння двох хвиль Осінньої школи: 2019 та 2024 років. Такий підхід дозволив виявити як сталі, так і змінні компоненти у сприйнятті та ставленні до змін, зафіксовані як у фідбек-формах, так і у глибших рефлексіях учасниць і координаторок подій.

Методи збору даних включали:

- вторинний аналіз фідбек-форм: 89 заповнених анкет (2019), 83 анкети (2024), структуровані переважно за відкритими запитаннями;
- напівструктуровані інтерв'ю: з координаторкою Осінньої школи (експертка, P1) та з учасницею школи-освітянкою, яка брала участь у двох хвилях школи (учасниця, P2);
- контент-аналіз програм подій 2019 та 2024 років;
- тематичне кодування і порівняльна інтерпретація за категоріями: сприйняття змін, атмосфера, мотивація, рефлексії, досвід, бар'єри, дії після участі.

Кейс має **лонгітюдний дизайн**, що дозволяє простежити динаміку трансформації школи: від події з інформативним змістом і нерівномірною аудиторією – до простору дії, співтворення та емоційного включення.

Умовно кейс має дві фазові логіки:

- **2019** – початкова точка формування змістовного дискурсу змін. За словами експертки, основною метою було «дати новий контекст» освітянам, вивести їх за межі звичних кафедральних форматів.
- **2024** – поглиблення, де, за словами учасниці, «школа дала відчуття, що не один», і стала простором осмислення болючих тем – аб'юзу, професійного вигорання, цінностей, фасилітації змін.

Зміна складу учасників та умов участі також відіграє методологічно важливу роль:

- якщо у 2019 році набір був спонтанним, участь – експериментальною, то у 2024 – конкурсною, із виразною мотивацією (мотиваційні листи);
- у 2024 році значно більше студентів, лікарів-практиків, медсестер, що дозволило інституціоналізувати мультиакторну модель.

Кейс Осінньої школи розглядається не як одностороння реформаційна ініціатива, а як платформа зустрічі управлінської, освітньої та емоційної логіки, яка дозволяє «виймати освітян зі шкаралупи» та рефлексивно осмислювати зміни.

3.3.3. Ставлення та сприйняття медичними освітянами змін у контексті Осінньої школи

Зі зворотного зв'язку учасників 2019 року випливає, що школа стала для багатьох *«першим дотиком» до реформи медичної освіти*: понад 40% учасників у формі вказали, що інформація була для них *новою або несподіваною*. Часті згадки: «актуально», «не вистачало такої платформи», «нарешті обговорюємо реальні речі». Разом із тим, *відгуки мали фокус радше на корисності сесій* (понад 80% позитивних згадок)*, рівні спікерів, логістиці, а не на системному переосмисленні ролі викладача чи середовища*. Водночас лише 15% учасників відзначили готовність впроваджувати нові ідеї в навчальний процес або структуру управління. Переважали формулювання на кшталт *«поділюсь презентаціями», «ознайомлю колег»*. Роль учасника була зосереджена на отриманні та передачі інформації, без чіткої позиції ініціатора змін. Тут знову можна прослідкувати сприйняття та формування ставлення до тем змін суто на інструментальному та символічному рівні, у меншій мірі на ціннісному.

У 2024 році у відгуках відчувається, що сенс тематик Школи сприймається вже глибше. Учасники описують її як «місце, де зрозуміла свій ресурс», «простір, де відчуваєш, що не один», «територія, де про складне не бояться проговорити».

Тематичний зріз свідчить про зростання очікувань від Школи – від інформативної до трансформаційної функції.

Зворотний зв'язок 2024 року свідчить про високий рівень емоційного залучення, вдячності, усвідомлення сили спільноти. 93% респондентів у 2024 році висловили дуже високу або високу задоволеність, понад 60% – згадали конкретні дії, які планують реалізувати після школи. Респонденти вказували на створення курсів, перегляд комунікацій, планування змін у колективах, організацію стратегічних сесій. Школа стала точкою запуску ініціатив на місцях, а не лише джерелом знань.

Для координаторки (P1) Школи функціонують як етапи розвитку: «*2019 – база, основні поняття; 2024 – процес, рефлексія, глибина»*. Школа допомогла *«вийняти освітян із шкаралупи»*, аби мати змогу заглибитися у суть тих змін, які були «спущені зверху та взяті до виконання».

Для учасниці (P2) Осіння школа 2024 стала маркером особистого шляху: *«я прийшла, щоб звірити годинники з усвідомленою спільнотою»*. Її історія засвідчує як зростання індивідуальної агентності, так і гірке усвідомлення наявності структурного опору у системі: *«я вкладаюся в студентів, а не в університет [після участі у Школі]»*, *«школа [вперше] дала відчуття: я цінна»*. Учасниця відмічала, що це не лише її особиста рефлексія – таке відчуття повсюдно побутувало між учасниками та учасницями. Система, через свою формалізованість, у потоці змін не включила до участі та роз'яснень людей, що у ній працюють. Відповідно, створитися групі агентів та агенток змін, що би почали на місцях поширювати ідейну складову змін, що відбувалися із 2014 року, не було як.

Таблиця 3.20. **Порівняльна таблиця Осінніх шкіль 2019 та 2024 року**

Аспект сприйняття	**Осіння школа 2019**	**Осіння школа 2024**
Функція події для учасників та учасниць	Отримати інформацію про реформи	Переосмислити роль викладача, комунікацію, етику
Емоційна реакція	Зацікавлення, вдячність	Натхнення, підтримка, гострі переживання

Очікування	Доступ до нових матеріалів	Знайти спільноту, звірити орієнтири
Розуміння реформ	Реформа як «нове зверху»	Реформа як простір дії «знизу»

Як зазначала експертка у інтерв'ю (P1), у 2019 році школа допомагала «озвучити зміни, які вже почали впроваджуватись» – стандарти освіти, принципи доброчесності, прозорості та студентоцентричності, нові програми акредитацій та іспитів. Це була спроба створити «*єдиний освітній словник*» для освітян, щоб розмовляти про реформи в уніфікований спосіб. Теми включали: студентоорієнтованість, оцінювання, менторство.

У 2024 теми були значно чутливішими: академічна етика, аб'юз, професійне вигорання, фасилітація змін. За словами учасниці, «це ті речі, які боліли, але їх не можна було озвучити». Саме тематичний зміст школи дозволив розставити акценти: від реформи як політики – до реформи як культури взаємодії.

Обидві опитані респондентки відзначають також унікальність атмосфери першої школи: *«формат – зруйновані бар'єри, просторові й ієрархічні»* (P2), *«на першій школі було важливо дати «новий контекст»* (P1).

У 2024 році атмосфера змістилась від надихання до виклику: *«тригернути, зачепити»*, *«питання аб'юзу, токсичності, кризи ідентичності»*, про які у 2019 не говорили. Водночас обидві учасниці відзначають якісно інший рівень підготовки аудиторії у 2024 році, що дало змогу обговорювати складні теми відкрито.

Таблиця 3.21. **Порівняння тематик Шкіл 2019 та 2024**

Рік	Ключові теми	Відображення нормативних змін
2019	Компетентнісний підхід, нові стандарти в освіті, доброчесність	Адаптація до реформ МОН і МОЗ

2024	Аб'юз, фасилітація, вигорання, стратегування	Реакція на виклики середовища, розвиток soft skills

Виходячи з аналізу зібраних емпіричних даних можна стверджувати, що Осіння школа медичної освіти є прикладом того, як інституційна подія у форматі *bottom-up* здатна не просто інформувати про зміни, а **формувати стале ставлення до них через досвід, рефлексію та спільноту**.

На відміну від t*op-down* підходів, які часто базуються на нормативній комунікації, Осіння школа діяла як **культурна інтервенція**: вона занурює учасників у середовище, де реформи не декларуються, а проживаються.

Bottom-up підхід, реалізований через Осінню школу, створює умови для унікального *формування ставлення до змін – не через інструкцію, а через досвід, сенс і співпричетність*. Відмінність полягає в тому, що зміни тут не «донесені зверху», а **пережиті, проговорені й осмислені в спільноті**, що забезпечує глибше залучення і сталість трансформацій.

Так, учасники Осінньої школи не просто чують про зміну – вони її проживають. Через практичні воркшопи, сесії саморефлексії, обговорення важких тем, таких як академічна токсичність чи професійне вигорання, формується **емоційна й ціннісна основа** для ставлення: відчути на собі, побачити через інших, знайти мову для того, що давно «боліло». Як ілюструє це цитата з інтерв'ю з учасницею Школи: *«Школа допомогла мені усвідомити, що я не одна з цим досвідом, і що говорити про це – не соромно» (P2).*

В контексті Осінньої школи ставлення не зводиться до «підтримую / не підтримую» – воно включає **ідентифікацію із змінами**, впізнавання себе в новому типі взаємодії. Школа дає мову, концепти, практики, які дозволяють учасникам **не просто погоджуватись, а відчувати себе суб'єктом** освітніх трансформацій.

При цьому, були проговорені також і бар'єри. Як учасниця (P2), так і координаторка (P1) визнають, що культурний опір в медичних ЗВО залишається

величезним бар'єром. *«Рефлексія учасників не дорівнює змінам в інституціях» (Р1)*, *«результати залежать від місця, бо не всі оточення сприятливі» (Р1).*

Учасниця (Р2) у інтерв'ю засвідчила: *«будь-які зміни, які приносила в університет – не пішло, бо не було підтримки з боку адміністрації»*, *«досягнення для університету – це лише гроші, лише формальні «галочки»».*

Координаторка (Р1) наголошує на необхідності еволюції програми і формату Шкіл та підходів до ознайомлення людей зі змінами та їхньому реальному впровадженню: *«треба поступовий розвиток, комунікація, щоб не «налітати» і не «засипати» людей»*. Школа виконує не лише функцію знання, а й протекції як «спільнота, яка дає голос».

Важливим аспектом також є те, що Осіння школа є прикладом мережевої освітянської спільноти, яка сприяє розбудові комунікації між освітянами поширенню досвіду та знань, підвищенню професійної ідентичності не через «старі статуси» (як в унаслідуваному радянському підході до управління університетами), а через спільнотворення змін.

Як показує аналіз, у 2019 році переважало **символічне ставлення**: бути присутнім, підтримати реформу. У 2024 – **ціннісне і політичне ставлення**: свідомо діяти, ініціювати, створювати нові практики. Bottom-up механізм забезпечує перехід через досвід, діалог, спільноту.

Таблиця 3.22. **Рівні формування ставлення до змін на Осінній школі**

Рівень ставлення	**Осіння школа як тригер зміни**	**Механізм формування**	**Приклад з кейсу**
Символічний / формальний	Учасники визнають важливість змін, присутні на події	Через репутацію події, запрошених експертів, партнерства	*«Було престижно потрапити на Школу»*; *«було відчуття новизни»* (2019)
Ціннісний	Зміна уявлень про себе як	Через рефлексивні	*«Я вперше проговорила,*

	викладача та середовище навколо	практики, обговорення складних тем	*що відчуваю себе знеціненою в універі»* (2024)

Продовження Таблиці 3.22

Інструментальний / політичний	Готовність ініціювати зміни, діяти в межах або всупереч структурі	Через відчуття підтримки від спільноти, впізнавання інструментів	*«Після школи організували сесію для гарантів програм»*; *«Планую стратегувати разом з деканом»*

Динаміка, яку можна спостерігати між ітераціями проведення Осінньої школи медичної освіти демонструє позитивні зрушення не лише на формальному рівні сприйняття та ставлення до реформ (зокрема, покращення знань про них загалом, про специфічні терміни та підходи, програми та вимоги), але і на ціннісному рівні. Підхід до впровадженння змін «знизу-вгору» на прикладі Осінньої школи продемонстрував, що він працює у першу чергу через залучення та співтворення, що спонукає до осмислення, позитивного сприйняття та формування позитивного ставлення до змін у динаміці.

Таблиця 3.23. **Порівняльна таблиця змін протягом ОШ 2019 та 2024**

Параметр	**Осіння школа 2019**	**Осіння школа 2024**
Задоволеність	Висока, позитивна оцінка події	93% дуже задоволені; емоційна вдячність, натхнення
Тип очікувань	Отримати нові знання	Отримати імпульс до змін, налаштування на трансформації
Роль учасника	Пасивний слухач	Агент змін: ініціювання дій, поширення практик
Фокус фідбеку	Теми, спікери, логістика	Переосмислення ролі викладача, системне оновлення
Подальші дії	Ознайомлення колег, презентація слайдів	Запуск змін у ЗВО, стратегування, створення курсів

Сприйняття себе	Одержувач знань	Частина професійної спільноти, що здатна на зміни

Якщо проаналізувати відмінності у безпосередньому процесі впровадження змін за підходом Школи, то можна виокремити такі **чинники, що призводять до формування позитивної динаміки у ставленні до змін**:

- Тривалість і послідовність

З 2019 по 2024 рік школа зберігала впізнавану рамку: ті ж організатори, етичні засади, відкритість до чутливих тем. Цей інституційний наратив створив **довіру як умову ставлення**.

- Формат співучасті, а не слухання

Учасники не спостерігали за реформами, а ставали частиною практики: групова робота, рефлексивні кола, фасилітовані дискусії. Це **створювало залучення** і перетворювало емоцію у дію.

- Робота з «тіньовими» темами

Теми, які не артикулюються в університетах (вигорання, токсичність, академічний тиск), були в центрі. Це дало можливість учасникам **персоналізувати реформу** – побачити її зв'язок з власним досвідом.

- Спільнота рівних як ресурс для дії.

Школа не лише інформувала, а **створювала мережі взаємопідтримки**. Ставлення не розпадалось після заходу, бо залишалась платформа для дії – учасники створювали «групи рівних», запрошували одне одного до університетів, ініціювали зміни разом.

РОЗДІЛ 4. ІНТЕРПРЕТАЦІЯ СТАВЛЕНЬ ДО ЗМІН І УМОВИ ЇХ ФОРМУВАННЯ

4.1. Типи змін і механізми формування ставлень: порівняльний аналіз кейсів

Ставлення до змін у вищій медичній освіті не є продуктом лише індивідуальних переконань чи особистих характеристик викладачів. Воно формується на перетині управлінських стратегій, комунікативних підходів, організаційної культури та загального контексту, у якому ці зміни запроваджуються. Порівняльний аналіз двох кейсів – трансформації викладання сімейної медицини (СМ) як прикладу централізованої реформи та Осінньої школи медичної освіти (ОШ) як ініціативи знизу – дозволяє проаналізувати, яким чином тип впровадження змін впливає на глибину їхнього сприйняття, залучення до них та ставлення до них освітян.

Таблиця 4.1. **Типи змін і логіки впровадження**

Параметр	**Кейс 1: Сімейна медицина (СМ)**	**Кейс 2: Осіння школа (ОШ)**
Тип змін	Top-down, централізовані реформи	Bottom-up, добровільна ініціатива
Форма взаємодії	Формально-ієрархічна	Горизонтальна, партисипативна
Реакція середовища	Символічна підтримка, часто декларативна	Емоційна й професійна залученість, рефлексія

У першому кейсі зміни сприймаються як зовнішні, нормативні вимоги, часто без зрозумілого зв’язку з цінностями чи мотивацією самих освітян. Натомість другий кейс ілюструє, як формат взаємодії, заснований на діалозі, довірі та участі, сприяє ідентифікації з ідеями змін і перетворює їх на особистісно значущі.

Аналіз обох кейсів – як централізованої трансформації викладання сімейної медицини, так і добровільної участі в Осінній школі – дозволяє виділити низку

умов, за яких ставлення освітян до змін формується як позитивне, стабільне і здатне переходити у практичні дії.

Тож, можна виділити такі **чинники формування ставлення до змін серед медичних освітян**:

- **Наявність сенсу та обґрунтування змін.** Освітяни мають бачити, навіщо змінюється практика, і як це стосується їхньої щоденної роботи.

Зміни викликають спротив тоді, коли вони сприймаються як абстрактна вимога або черговий формальний припис «згори». Натомість, коли викладачі бачать зв'язок між реформами і власною практикою – наприклад, як змінюється навчання, що це дає студентам, як це вплине на підготовку майбутніх лікарів – у них з'являється мотивація до прийняття змін. Учасники Осінньої школи підкреслювали важливість того, що говорили про «болюче» і називали речі своїми іменами – від змісту програм до аб'юзу в системі. Це дозволяло не просто «розуміти», а **відчути**, навіщо змінюватися. Становлення ставлення тут відбувається через надання смислу, а не через наказ.

- **Можливість участі, рефлексії, зворотного зв'язку.** Простори довіри та горизонтального діалогу (як в ОШ) сприяють глибшому осмисленню і прийняттю.

Партисипативні формати, в яких освітяни не просто слухачі, а повноцінні учасники, сприяють переходу від зовнішньої до внутрішньої мотивації. У випадку ОШ було створено простір для осмислення власного досвіду, критичного аналізу ситуацій, обговорення викликів і успіхів. Участь у створенні програми, робота в малих групах, обмін досвідом – усе це формувало **почуття приналежності** до спільної справи. У такому середовищі зворотний зв'язок стає не механічною процедурою, а інструментом зростання. Саме через цей механізм рефлексія і досвід стають каналами формування ставлення.

- **Контекст середовища.** Там, де домінує формалізм, домінує і стратегія відсторонення, що призводить до декуплінгу. Натомість інклюзивне середовище стимулює відповідальність і агентність.

Тип організаційної культури – ієрархічної чи відкритої – суттєво впливає на те, чи дозволяє система реалізувати особисту залученість. Там, де панує формалізм, де «говорити можна тільки після 20 років стажу», – зміни або сприймаються скептично, або демонстративно підтримуються лише на рівні риторики. У такому контексті домінує **стратегія уникнення**: «аби не чіпали», «аби не відповідати». Аналіз відповідей у різних блоках анкети дослідження ставлення до сімейної медицини демонструє вплив тиску формальних очікувань (стійка позитивна динаміка лише на рівні символічного сприйняття), за яких справжнє впровадження нових підходів стає неможливим. Натомість у кейсі ОШ середовище довіри й рівності стимулює ініціативу, дозволяє проявлятися особистій агентності – і як наслідок, сприяє формуванню глибокого, відповідального ставлення до змін.

Аналіз свідчить, що у відповідь на зміни освітяни демонструють різні **типи ставлення до змін**.

Таблиця 4.2. **Типологія реакцій на зміни**

Тип реакції	**Характеристика**
Проактивні	Бачать зміни як шанс, долучаються до створення нових практик
Пасивно-адаптивні	Виконують вимоги, не ініціюють, зберігають нейтральну позицію
Опоненти	Критикують зміни, чинять спротив або знецінюють їх
Залежні від інституції	Готові діяти, але тільки за наявності «сигналу зверху» або підтримки

Ця типологія допомагає краще зрозуміти динаміку змін: реформи просуваються не лише через формальні кроки, а через мобілізацію агентності та розширення участі.

Також, сформоване **ставлення до змін може існувати та аналізуватися на різних змістовно рівнях**.

Таблиця 4.3. **Рівні інтерналізації змін**

Рівень	Характеристика	СМ	ОШ
Символічний	Підтримка на рівні «правильних» тверджень і лозунгів	Присутній, часто декларативний	Підкріплений досвідом
Ціннісний	Особисте розуміння і прийняття сенсу змін	Рідко формується	Посилюється через рефлексію
Інструментальний	Очікування матеріальних/кар'єрних вигод	Починає втрачати вплив	Не є визначальним мотивом

У випадку СМ ставлення часто залишається поверховим (що відповідає феномену *декуплінгу*), тоді як у випадку ОШ спостерігається глибша трансформація – від «знати» до «вірити й діяти».

Отримані емпіричні спостереження узгоджуються з ключовими положеннями інституційної теорії, зокрема неоінституціоналізму. Як зазначалося у теоретичному розділі роботи, згідно з ними інституції часто запроваджують зміни не заради реального вдосконалення практик, а задля відповідності зовнішнім очікуванням та збереження легітимності (Meyer & Rowan, 1977; DiMaggio & Powell, 1983). Саме це пояснює феномен декуплінгу (*decoupling)* – розриву між формальним прийняттям реформ і фактичними освітніми практиками, характерний для кейсу впровадження сімейної медицини (СМ).

Ці висновки знаходять підтвердження в дослідженнях, які доводять, що університети часто впроваджують поверхневі зміни під тиском зовнішніх акторів (держави, міжнародних організацій, стандартів), не змінюючи реальної логіки функціонування (Hasse & Krücken, 2014). Це відбувається особливо тоді, коли освітяни не включені у вироблення змісту змін, а нововведення подаються як централізовані приписи. У такому контексті реформи можуть залишатися суто декларативними, вкоріненими лише в нормативних документах, але не в діях.

Модель «проникли ієрархій» (Bleiklie, Enders & Lepori, 2015) також підкреслює, що на організаційний контроль в університетах впливають не лише внутрішні структури, а й зовнішній інституційний тиск, залежність від ресурсів та соціальні зв'язки. У жорстко централізованих системах зміни часто мають формальний характер і не доходять до рівня інтерналізації. Освітяни в такому випадку дотримуються реформ радше через адміністративний тиск, ніж через прийняття цінностей.

Натомість кейс Осінньої школи (ОШ) демонструє інший тип змін, які відбуваються у горизонтальному середовищі, що сприяє рефлексії, взаємодії та смисловому залученню. Учасники ОШ ідентифікують себе з новими ідеями, активно включаються у формування змісту змін, що наближає їхню поведінку до моделі ідентифікації (*identification)* або інтерналізації (*internalization)* (Chaiklin, 2011). Як підкреслює Марк Бевір (Bevir, 2013), governance формується не через накази чи формальні структури, а через повсякденні практики, інтерпретації, переконання і наративи, які люди будують навколо свого досвіду.

Це також узгоджується з підходом, що описує поведінку викладачів як «бріколаж» – адаптивне і контекстуальне поєднання наявних ресурсів і нових вимог без сліпого копіювання змін (Louvel, 2013). Такий підхід дозволяє побачити гнучкість реакцій на реформи: від повної ідентифікації до стратегічної адаптації або дистанціювання.

Отже, спостережувана динаміка ставлень у двох кейсах відображає глибші закономірності взаємодії між структурним середовищем, управлінською логікою та практиками прийняття рішень у закладах вищої медичної освіти. Зміни, які здійснюються за логікою включення, координації через мережі (Rhodes, 1997; Pierre & Peters, 2020) і діалогу, мають значно вищі шанси на інтерналізацію та сталість.

4.2. Динаміка сприйняття і ставлень: між формальністю та трансформацією

Порівняння двох кейсів – формального впровадження сімейної медицини як структурного компоненту навчання (СМ) та Осінньої школи медичної освіти (ОШ) як добровільної ініціативи з впровадження формально затверджених змін – демонструє якісно різні динаміки у сприйнятті та ставленні освітян до змін. Ідеться не лише про відмінності у форматах чи контекстах, а насамперед про **глибину залучення**, **тип інтерпретації змін** і **ступінь ідентифікації з новими підходами**.

У випадку СМ зміни здебільшого сприймаються як **зовнішня вимога**, яку треба виконати для відповідності нормативам чи очікуванням з боку міністерств, партнерів чи зовнішніх стейкхолдерів. Сприйняття є обережним, дистанційованим, часто позбавленим особистого залучення. Освітяни раціоналізують зміни, формулюючи свою позицію у логіці «так треба», «так вимагають», «це нові правила гри».

Натомість у кейсі ОШ сприйняття базується на **емоційному досвіді**, взаємодії, рефлексії. Учасники говорять про зміни як про щось значуще для себе особисто: «я змінилася після цього», «тепер розумію, навіщо я викладаю». Такий тип сприйняття ґрунтується не на виконанні вимог, а на **внутрішньому прийнятті** нових смислів.

У СМ переважає **нормативно-очікуване ставлення**: переважання підвищення згоди саме щодо більш формальних тверджень говорить радше про адаптацію до формальних змін, ніж про справжню підтримку. Це ставлення не часто не стає джерелом дії чи ініціативи. Часто воно виглядає як стратегія уникнення ризику: краще погодитися, ніж опиратися. Таке ставлення може бути позначене як **нейтрально-позитивне**, але воно позбавлене енергії трансформації.

Учасники ОШ демонструють **мотиваційне ставлення**: зміни сприймаються як шанс реалізувати себе, покращити якість освіти, змінити культуру спілкування. Вони ототожнюють себе з ідеями змін і прагнуть бути частиною спільноти, що їх впроваджує. Тут уже не йдеться про «виконати», а про «бути в цьому» – і це ключовий зсув.

Залучення в кейсі СМ є **умовним або декларативним**. Воно часто зводиться до формального відвідування тренінгів, проходження курсів або включення нових термінів у документи. У багатьох випадках зміни не змінюють ані практик, ані уявлень про викладання, що свідчить про явище *surface compliance* – зовнішньої відповідності без глибокого змісту.

ОШ, натомість, демонструє **високий рівень включеності**. Учасники не лише слухають, а активно діляться, ставлять запитання, пробують нове у своїй роботі. Частина з них впроваджує зміни в навчальні програми, переглядає підходи до оцінювання, запроваджує зворотний зв'язок. Це **перформативна участь**, що змінює реальні дії.

У термінах інституційної теорії, кейс СМ є прикладом **формальної зміни**, що часто веде до *декуплінгу* – розриву між новими політиками та практиками. Нові норми вводяться, але практики лишаються старими або поверховими. Відповідно, ставлення залишається поверхнево позитивним, без справжньої інтерналізації.

У випадку ОШ маємо справу з **перформативною трансформацією** – зміною, що супроводжується рефлексією, внутрішнім прийняттям, ототожненням із новими сенсами. Це відповідає моделям *ідентифікації* та *інтерналізації змін*, які забезпечують сталість і глибину змін.

Таблиця 4.3. **Аналітичне порівняння кейсів**

Критерій	**Кейс 1 (СМ)**	**Кейс 2 (ОШ)**
Сприйняття	Переважно раціоналізоване, зовнішнє, обережне	Емоційно насичене, особисте, через досвід і контакт
Ставлення	Часто декларативне, нормативно-очікуване, «нейтрально-позитивне»	Активне, мотиваційне, зі схильністю до ідентифікації з ідеями та ініціативами

Продовження Таблиці 4.3

Рівень залучення	Низький або умовний (відповіді часто декларативні)	Високий рівень включеності, ідентифікація з ідеями реформ
Тип зміни у термінах теорії	Формальна зміна (**декуплінг**)	Перформативна, внутрішня трансформація (**ідентифікація**, **рефлексивна**)

4.3. Рекомендації для розробки політик та реформ, напрямки проведення подальших досліджень

Результати дослідження свідчать про те, що успішне впровадження змін у вищій медичній освіті неможливе без врахування культурного, емоційного та організаційного контексту, в якому ці зміни реалізуються. Самі по собі структурні або нормативні трансформації не гарантують зміни ставлень, особливо якщо вони не супроводжуються роботою з сенсами, довірою і включенням ключових акторів. Так, у результаті роботи було напрацьовано три основні рекомендації для розробки майбутніх політик у сфері вищої медичної освіти.

По-перше, реформи мають передбачати не лише інституційні, а й культурні зміни. Політики, зосереджені лише на зміні правил або процедур (напр., введення нових стандартів, курсів, вимог), часто зіштовхуються з явищем *декуплунгу* – коли формально підтримані нововведення не змінюють щоденних практик. Щоб уникнути цього, необхідно:

- Визначати сенс змін і комунікувати його на всіх рівнях;
- Забезпечувати відповідність між формальними вимогами та реальним досвідом освітян;
- Працювати з цінностями, а не лише з інструкціями.

По-друге, створення середовищ довіри та рефлексії – критично важливе. Приклад Осінньої школи доводить, що реальні зміни в ставленні відбуваються в середовищах, де:

- є простір для відкритої розмови та визнання проблем;
- людина не боїться помилятись і ділитися своїми сумнівами;
- присутній горизонтальний формат спілкування;
- практикується зворотний зв'язок і спільне рефлексування.

Це не просто умова комфортного проведення часу та навчання для освітян – це **інфраструктура трансформації**, без якої нові ідеї не приживаються.

По-третє, горизонтальні формати, спільноти практики і мікросередовища довіри як стратегія змін. Реформи, які справді змінюють ставлення і практики, не можуть бути лише централізовано нав'язані. Їхня сталість залежить від того, чи будуть створені зокрема:

- **спільноти практики** – невеликі групи, де викладачі можуть обговорювати досвід, обмінюватися інструментами і формувати спільне розуміння змін;
- **мікросередовища довіри** – простори всередині кафедр або закладів, де викладачі мають змогу експериментувати, підтримувати одне одного і творити зміни «знизу»;
- **горизонтальні мережі** – міжкафедральні або міжуніверситетські зв'язки, які поширюють інновації не через інструкції, а через приклад і взаємодію.

Окрім напрацьованих практичних рекомендацій це дослідження відкриває також кілька перспектив для майбутніх дослідницьких розробок:

- Дослідження **взаємозв'язку між організаційною культурою та прийняттям змін**: як мікроклімат кафедри чи факультету формує (або блокує) ставлення до інновацій.
- Вивчення **рольових конфігурацій** (формальних/неформальних лідерів, «агентів змін», опонентів) у процесах трансформації.

- Аналіз **віддалених ефектів освітніх втручань**, таких як Осіння школа: як змінюється професійна траєкторія учасників, що вони змінюють у своїй щоденній роботі, чи стикаються з опором тощо.
- Порівняння кейсів bottom-up та top-down змін в інших сферах освіти чи охорони здоров'я, щоб оцінити універсальність висновків цього дослідження.

Зміни у вищій медичній освіті не відбуваються в абстрактному інституційному вакуумі політик і регламентів. Вони сприймаються, інтерпретуються і впроваджуються людьми, які функціонують у конкретному організаційному, культурному та міжособистісному середовищі. Саме тому ключовим чинником є не лише сам процедурний зміст змін, а й те, як вони комунікуються, якого типу взаємодія їх супроводжує і наскільки зміни резонують із цінностями освітян.

Порівняння кейсів продемонструвало, що ставлення до змін формується через процес надання сенсу, можливість діалогу і горизонтальної взаємодії. Там, де переважає централізована логіка з нормативним тиском, формуються декларативні, символічні реакції. Вони можуть відповідати зовнішнім очікуванням, але не ведуть до трансформації практик. Натомість у контекстах, де присутні довіра, участь і простір для рефлексії, змінюється не лише ставлення, а й сам спосіб дії. Зміни набувають перформативного виміру: вони проживаються, осмислюються і включаються у професійну ідентичність.

Таким чином, не інтенсивність чи масштаб змін визначають їхню ефективність, а логіка впровадження та соціальні умови, у яких зміни проживаються. Зміни, що ґрунтуються на комунікації, співтворенні змісту та довірі, мають більший потенціал до інтерналізації та стійкості. У цьому сенсі ключ до реформ не стільки в нових інструкціях, скільки в тому, чи створені умови для їхнього осмислення і сприйняття як власних.

ВИСНОВКИ

У межах дослідження було здійснено аналіз ставлень та сприйняття змін серед медичних освітян в Україні, що дало змогу не лише ідентифікувати емпіричні патерни взаємодії освітян з реформами, але й **осмислити ці явища крізь призму інституційного аналізу та соціологічної теорії змін**. Теоретичне обґрунтування у роботі засноване на концептуалізації *ставлення як соціально вмотивованої диспозиції, сформованої в межах культурних норм, організаційних структур та інституційного досвіду*. У контексті нового інституціоналізму ставлення інтерпретується не як лінійна когнітивна реакція, а як *інституційно вбудована форма орієнтації у полі змін*, що визначає можливості дії та ступінь її легітимності. Такий підхід дозволив розглядати *сприйняття змін не як індивідуальну реакцію на зовнішні стимули, а як продукт взаємодії з соціальними ролями, дискурсами та нормативними очікуваннями*.

Інституційний контекст реформ у сфері вищої медичної освіти України виявив **наявність структурної напруги між стратегічними намірами та механізмами реалізації**. Попри розгортання реформаторських політик, зокрема у сфері первинної медичної допомоги, стандартизації, акредитації та оцінювання, було зафіксовано брак цілісної імплементаційної логіки. *Розрив між нормативним рівнем і повсякденними практиками освітніх закладів виявляється у фрагментованості впровадження змін, домінуванні формальних відповідей на зовнішній тиск та обмеженій підтримці на рівні інституційної культури*. У цьому контексті спостерігається відтворення механізмів декуплінгу, за яких нормативна зміна не інтегрується в управлінську чи педагогічну практику, а натомість функціонує як індикатор символічної легітимності.

Аналіз форм і рівнів формування ставлення до змін серед медичних освітян засвідчив складну взаємодію когнітивних, афективних, поведінкових та інституційних компонентів. Встановлено, що *ставлення не обмежується раціональним розумінням реформ, а формується в процесі професійної соціалізації, інституційного досвіду та взаємодії з управлінськими*

структурами. Виявлено декілька **моделей ставлення**: *формальна адаптація*, яка передбачає декларативне прийняття змін без внутрішньої залученості; *амбівалентне включення*, що супроводжується внутрішнім конфліктом або сумнівами; та *інтерналізована підтримка*, коли зміна сприймається як значуща, пов'язується з професійною ідентичністю і викликає готовність до практичного втілення.

Емпіричний аналіз двох кейсів – сімейна медицина в медичній освіті (як приклад top-down) та Осінньої школи медичної освіти (як приклад bottom-up) – продемонстрував, що **тип ініціації змін істотно впливає на характер їх сприйняття**. У першому випадку спостерігалося переважно формальне ставлення, що свідчить про сприйняття реформи як зовнішньо детермінованого процесу з обмеженим простором для агентності. У другому – зміна набувала значення як професійно і ціннісно значуща, з можливістю персонального залучення, рефлексії та співтворення змісту. Таким чином, було підтверджено, що включення освітян у процес трансформації є критичним чинником для формування стійкого позитивного ставлення до змін.

Інтерпретація результатів у межах інституційного підходу дозволила окреслити **ключові механізми**, що зумовлюють глибину або поверхневість змін. Реформи, реалізовані у логіці нормативного тиску без належної інституційної підтримки, зазвичай залишаються на символічному рівні. Водночас ті ініціативи, що *враховують організаційну культуру*, локальний контекст, практики взаємодії та неформальне управління, мають *вищий потенціал для реального вкорінення*. Особливу роль відіграють механізми співтворення змісту, простори довіри та наративи, що визначають легітимність змін зсередини.

У підсумку, результати дослідження дозволяють зробити висновок, що *ефективне реформування вищої медичної освіти потребує не лише технічного оновлення нормативної бази, а й формування інституційних умов* для глибокої рефлексії, взаємодії та підтримки агентності освітян. Саме через призму ставлення до змін можливо діагностувати рівень інституційної готовності до

трансформації – і водночас визначити вектори подальших кроків, що дозволять уникнути поверхневих або декларативних результатів реформ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *Handbook of attitudes* (pp. 173–221). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Albarracín, D., Johnson, B. T., & Zanna, M. P. (Eds.). (2005). *Handbook of attitudes*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory, 18*(4), 543–571.

Bevir, M. (2013). *A theory of governance*. University of California Press. https://escholarship.org/uc/item/2qs2w3rb

Bezes, P., Demazière, D., Le Lidec, P., & Normand, R. (2012). New public management and professionals in the public sector. *Sociologie du travail, 54*(3), 1–28.

Bleiklie, I., Enders, J., & Lepori, B. (2015). Organizations as penetrated hierarchies: Environmental pressures and control in professional organizations. *Organization Studies, 36*(7), 873–896. https://doi.org/10.1177/0170840615571960

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital.* In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). Greenwood.

Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice* (R. Nice, Trans.). Stanford University Press.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Canhilal, S. K., Bakir, E., & Zilber, T. B. (2015). Decision-making power and institutional logic in higher education institutions: A comparative analysis of European universities. In L. M. T. E. Boxenbaum, R. Strandgaard Pedersen, & M. L. Kornberger (Eds.), *Towards a Comparative Institutionalism: Forms, Dynamics and Logics Across the Organizational Fields of Health Care and Higher Education* (Research in the Sociology of Organizations, Vol. 45, pp. 169–

194). Emerald Group Publishing Limited. https://doi.org/10.1108/S0733-558X20150000045008

Capano, G., Howlett, M., Jarvis, D. S. L., Ramesh, M., & Virani, A. (2019). *Making Policies Work: First- and Second-order Mechanisms in Policy Design*. Edward Elgar Publishing

Chaiklin, H. (2011). Attitudes, behavior, and social practice. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 38(1), 31–54.

Cohen, P. (1966). Social attitudes and sociological enquiry. *Sociological Review*, 14(3), 377–392.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Sage.

de Boer, H., Enders, J., & Schimank, U. (2007). On the way towards new public management? The governance of university systems in England, the Netherlands, Austria, and Germany. In *D. Jansen (Ed.), New Forms of Governance in Research Organizations*. Springer.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). *The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields.* American Sociological Review, 48(2), 147–160. https://doi.org/10.2307/2095101

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2005). Attitude structure and function. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *Handbook of attitudes* (pp. 269–322). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

EUA. (2017). University Autonomy in Europe III: The Scorecard 2017. https://www.eua.eu/publications/reports/university-autonomy-in-europe-iii-the-scorecard-2017.html?highlight=WyJzY29yZWNhcmQiLDIwMTcsInNjb3JlY2FyZCAyMDE3Il0=

EUA. (2021). The impact of COVID-19 on European higher education. https://www.eua.eu/downloads/publications/the%20impact%20of%20covid-19%20on%20european%20higher%20education.pdf

Fabrigar, L. R., MacDonald, T. K., & Wegener, D. T. (2005). The structure of attitudes. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *Handbook of attitudes* (pp. 79–124). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Fazio, R. H. (2007). Attitudes as object-evaluation associations of varying strength. *Social Cognition, 25*(5), 603–637. https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.5.603

George, A. L., & Bennett, A. (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.

Gerring, J. (2007). *Case Study Research: Principles and Practices*. Cambridge University Press.

Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of Management Review, 21*(4), 1022–1054. https://doi.org/10.2307/259163

Hasse, R., & Krücken, G. (2014). *Coupling and decoupling in education*. In G. Krücken, C. Mazza, R. E. Meyer, & P. Walgenbach (Eds.), *New themes in institutional analysis: Topics and issues from European research* (pp. 3–20). Edward Elgar Publishing.

Hromadske. (2025). *У МОН пояснили, для чого Україні укрупнення університетів: «Наша освіта має бути конкурентоспроможною».* https://hromadske.ua/posts/u-mon-poyasnili-dlya-chogo-ukrayini-ukrupnennya-universytetiv-nasha-osvita-maye-buti-konkurentnospromozhnoyu

Jaccard, J., & Blanton, H. (2005). The origins and structure of behavior: Conceptualizing behavior in attitude research. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *Handbook of attitudes* (pp. 125–172). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Kagerbauer, M., & Magdolena, M. (2024). Measuring attitudes and perceptions in large-scale surveys. [Unpublished manuscript].

Kelman, H. C. (1958). *Compliance, identification, and internalization: Three processes of attitude change*. Journal of Conflict Resolution, 2(1), 51–60. https://doi.org/10.1177/002200275800200106

Kelman, H. C. (1974). Further thoughts on the processes of compliance, identification, and internalization. In J. T. Tedeschi (Ed.), *Perspectives on social power* (pp. 125–171). Chicago: Aldine.

Kingdon, J. W. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (2nd ed.). Longman.

Klenk, T., & Seyfried, M. (2016). Institutional isomorphism and quality management. In R. J. Heijmans, J. Sydow, & D. Krücken (Eds.), *Towards a comparative institutionalism: Forms, dynamics and logics across the organizational fields of health care and higher education* (Research in the Sociology of Organizations, Vol. 45, pp. 281–308). Emerald Group Publishing Limited. http://dx.doi.org/10.1108/S0733-558X20150000045020

Krücken, G., Mazza, C., Meyer, R. E., & Walgenbach, P. (Eds.). (2017). *New themes in institutional analysis: Topics and issues from European research*. Edward Elgar Publishing.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). Sage.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. Harper & Row.

Louvel, S. (2013). Understanding change in higher education as bricolage: How academics engage in curriculum change. Higher Education, 66(6), 669–691. https://doi.org/10.1007/s10734-013-9628-6

Mahoney, J., & Thelen, K. (2010). *Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power*. Cambridge University Press.

March, J. G., & Olsen, J. P. (1984). The new institutionalism: Organizational factors in political life. *American Political Science Review, 78*(3), 734–749.

Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology, 83*(2), 340–363.

Moscati, R. (2014). Autonomy for what? The case of Italy. In Shattock, M. (Ed.), *International Trends in University Governance: Autonomy, Self-Government and the Distribution of Authority* (pp. 89-104). Routledge.

OECD (2003). *Changing Patterns of Governance in Higher Education*. Education Policy Analysis.

Oreg, S., Vakola, M., & Armenakis, A. (2011). Change recipients' reactions to organizational change: A 60-year review of quantitative studies. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 47(4), 461–524. https://doi.org/10.1177/0021886310396550

Pausits, A., & Pellert, A. (2009). The Winds of Change: Higher Education Management Programmes in Europe. *Higher Education in Europe, 34*(1), 39–49.

Pickens, J. (2005). Attitudes and perceptions. In N. Borkowski (Ed.), *Organizational behavior in health care* (pp. 43–76). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Pierre, J., & Peters, B. G. (2020). *Different Ways to Think About Governance*. In *Governance, Politics and the State*. Macmillan.

Pierre, J., & Peters, B. G. (2020). *Governance, politics and the state* (2nd ed.). Red Globe Press.

Pinheiro, R., & Young, M. (2020). The university as an adaptive resilient organization: A complex systems perspective.

Qualter, T. H. (1985). *The sociology of attitude change*. London: Macmillan.

Ramirez, F. O., Byrkjeflot, H., & Pinheiro, R. (2016). Higher education and health organizational fields in the age of «world class» and «best practices.» In L. M. T. E. Boxenbaum, R. Strandgaard Pedersen, & M. L. Kornberger (Eds.), *Towards a comparative institutionalism: Forms, dynamics and logics across the organizational fields of health care and higher education* (Research in the Sociology of Organizations, Vol. 45, pp. 35–57). Emerald Group Publishing Limited. https://doi.org/10.1108/S0733-558X20150000045012

Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity, and accountability.* Open University Press.

Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2012). *Qualitative interviewing: The art of hearing data* (3rd ed.). Sage.

Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage.

Scott, W. R. (2001). *Institutions and Organizations* (2nd ed.). Sage Publications.

Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities* (4th ed.). SAGE Publications.

Seeber, M., Lepori, B., Montauti, M., & Enders, J. (2014). European Universities as Complete Organizations? Understanding Identity, Hierarchy and Rationality in Public Organizations. Public Management Review, 17(10), 1444–1474. https://doi.org/10.1080/14719037.2014.943268

Shattock, M. (Ed.). (2014). *International trends in university governance: Autonomy, self-government and the distribution of authority*. Routledge.

Smith, E. (2008). *Using secondary data in educational and social research*. McGraw-Hill Education.

Smith-Lovin, L. (2007). The strength of weak identities: Social structural sources of self, situation and emotional experience. *Social Psychology Quarterly*, 70(2), 106–124.

Swiss Tropical and Public Health Institute. (2023). *Development of Medical Education in Ukraine: Project Overview*. https://www.swisstph.ch/en/projects/project-detail/project/medical-education-development-project-ukraine

Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1918). *The Polish peasant in Europe and America* (Vol. 1). Boston: Gorham Press.

Whitchurch, C. (2004). *Administrative managers – a critical link*. Perspectives: Policy and Practice in Higher Education, 8(4), 106–110. https://doi.org/10.1080/1360310042000291987

World Health Organization & World Bank. (2019). *Ukraine: Review of health financing reforms 2016–2019: WHO–World Bank joint report*. WHO Regional Office for Europe. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346328/WHO-EURO-2019-3618-43377-60851-eng.pdf

World Health Organization. (2023). *Maintaining essential health services during the war in Ukraine: challenges and achievements*. Geneva: WHO Regional Office for Europe. https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/factsheet_ukraine_final_2-oct-2023.pdf

Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). Sage.

Башкірова, Л. М., Ловас, П. С., & Якименко, В. В. (2023). Європейські стратегії розвитку медичної освіти: досвід для України. *Академічні візії*, (20), 1–10. https://www.academy-vision.org/index.php/av/article/view/417

Бреденкамп, К., Дейл, Е., Дорошенко, О., Джигир, Ю., Хабіхт, Я., та ін. (2022). *Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями*. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро і Світовий банк. https://iris.who.int/handle/10665/366374

Верховна Рада України. (2014). Закон України «Про вищу освіту» № 1556-VII. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18

Корильчук, Н. І., Руда, О. Ю., & Боровик, І. О. (2023). Вища медична освіта України у 2023 році: відповіді на виклики сучасності. *Академічні візії*, (17), 1–7. https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/195

Медична освіта в дії. (2019, листопад). Медична реформа в дії в Осінній школі з медичної освіти. https://mededu.org.ua/news/medychna-reforma-v-diyi-v-osinnij-shkoli-z/

Медична освіта в дії. (2024, жовтень). Осіння школа 2024. https://mededu.org.ua/events/osinnya-shkola-2024/

Міністерство освіти і науки України. (2019, 11 липня). Наказ № 977 «Про затвердження Положення про акредитацію освітніх програм, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти». https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0880-19

Міністерство освіти і науки України. (2021, 8 листопада). Наказ № 1197 «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 222 «Медицина» для другого (магістерського) рівня». https://mon.gov.ua/npa/pro-zatverdzhennya-standartu-vishoyi-osviti-zi-specialnosti-222-medicina-dlya-drugogo-magisterskogo-rivnya-vishoyi-osviti

Міністерство охорони здоров'я України. (2022, 24 лютого). *Національна стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року*

[National health strategy of Ukraine until 2030]. https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf

Міністерство охорони здоров'я України. (2024). Наказ № 1599. https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-17-09-2024-1599-pro-zatverdzhennya-primirnih-form-dokumentiv-shodo-zaprovadzhennya-dualnoyi-formi-zdobuttya-vishoyi-osviti-dlya-pidgotovki-fahivciv-z-reabilitaciyi-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya

МОЗ України. (2019, грудень). Осіння школа медичної освіти: ключові виклики, досвід та інновації. https://moz.gov.ua/uk/osinnya-shkola-medichnoyi-osviti-klyuchovi-vikliki-dosvid-ta-innovaciyi

Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти (НАЗЯВО). (2021). *Річний звіт національного агентства із забезпечення якості вищої освіти за 2020 рік*. https://naqa.gov.ua/wp-content/uploads/2021/02/%D0%A0%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82-2020.pdf

Соколова, І. В. (2019). Медична освіта України: світові тенденції, європейські орієнтири і національні пріоритети. *Continuing Professional Education: Theory and Practice / Theory and Methodology of Continuing Professional Education*, (2), 7–15. https://doi.org/10.28925/1609-8595.2019.2.715

Ткаченко В. (2015). Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні: нормативно-правова база, впровадження сімейної медицини в Україні.

Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти». (2019). *Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти України*. Swiss TPH. https://mededu.org.ua/wp-content/uploads/2021/05/report-family-medicine-for-web2.pdf

УП.Життя. (2024). *Укрупнення університетів: міністр Лісовий назвав принципи, якими керується МОН*. https://life.pravda.com.ua/society/2024/04/17/253901/

Центр тестування при МОЗ України. (2023). *Напередодні запровадження ЄДКІ: Міжнародні основи медицини (IFOM). Маємо знати*. https://testcentr.org.ua/docs/TB/TB-IFOM-Mayemo-znaty.pdf

Шульгай, А. Г., Польовий, В. П., Петрюк, Б. В., & Господарський, А. Я. (2025). Деякі аспекти дистанційного навчання у медичному університеті. *Медична освіта*, (4), 93–96. https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/view/15144

ДОДАТКИ

Додаток А. Гайд глибинного напівструктурованого інтерв'ю з координаторкою Осінньої школи 2019 та 2024

Мета: з'ясувати управлінські логіки, мотивацію, трансформацію візії школи, роль зовнішніх акторів, зміну учасницького поля.

Ціль: дослідити її бачення змін у сфері, управлінських логік, ролі зовнішніх акторів та її уявлення про вплив школи на систему.

1. Стартові питання

- Розкажіть, будь ласка, як ви вперше долучилися до організації Осінньої школи?
- Які цілі стояли перед командою у 2019 році, і як вони трансформувалися до 2024?

2. Концептуальна еволюція Школи

- Як змінився фокус Школи за ці роки? Які теми стали важливішими/менш важливими?
- Чи змінилося розуміння того, навіщо потрібна така школа для системи медичної освіти?

3. Управлінські логіки та реформістський фокус

- У вашій думці, які управлінські підходи переважають у Школі? (напр., evidence-based, автономність, участь, відповідальність)
- Як у Школі співіснують «традиційне» та «нове» бачення управління в медичній освіті?
- Як ви бачите напругу між традиційною і новою логікою управління в медичній освіті?
- Чи була Школа місцем для примирення цих логік, чи все ж – для посилення реформістської лінії?

4. Роль зовнішніх стейкхолдерів

- Як вплинули МОЗ, МОН, як стейкголдери, на теми, формат або аудиторію школи?
- Чи сприймали учасники ці інституції як партнерів, провайдерів реформ, тиску чи підтримки?
    - Чи вважаєте ви, що це втручання «зовні» викликало спротив або підтримку серед учасників?

5. Зміни в учасниках і середовищі

- Чи помітили ви зміну у профілі учасників між 2019 і 2024 роками? Чи спостерігаєте ви зміни в типах людей, які приїжджають на Школу? Їхні очікування, цінності?
- Чи змінилася атмосфера: тон спілкування, відкритість, страх/надія щодо реформ?

6. Вплив школи та культурна трансформація

- Як Школа впливає на готовність до змін у самих учасників? Є відчуття, що вони стають аген(к)тами змін?
- Які зміни ви бачите в учасниках після Школи – чи є прояви трансформації на практиці?
- Як ви оцінюєте потенціал Школи як простору для змін в системі?

7. Завершення

- Якби ви могли сформулювати «місію» Осінньої школи в одному реченні – як би вона звучала?
- Що б ви порадили організаторам подібних ініціатив у майбутньому?

Додаток Б. Гайд глибинного напівструктурованого інтерв'ю з учасницею Осінньої школи 2019 та 2024

Мета: виявити динаміку ставлення до змін, емоційний та ціннісний досвід участі, зміни у сприйнятті освіти, школи, реформ.

Ціль: зібрати її **особисту динаміку сприйняття**, зміну фокусу, настроїв, відчуттів і цінностей – на основі участі в обох ітераціях.

1. Вступ

- Розкажіть, будь ласка, як ви вперше дізналися про Осінню школу і чому вирішили взяти участь?
- Чим займалися в той період – викладали, адміністрували, працювали клінічно?
- Якими були ваші очікування від участі, чому ви подавалися?

2. Порівняння досвіду 2019 і 2024

- Як би ви описали ваш досвід участі у 2019? А у 2024?
- Що змінилося у вашому ставленні до тем, форматів, організації?
- Як змінився ваш особистий досвід участі? Чи були теми, які раніше здавалися складними/незрозумілими, а тепер – важливими?
- Чи були якісь теми, які викликали дискомфорт, з чим ви не погоджувалися? Чи це змінювалося з часом?
- Що було неочікуваним або новим у 2024, порівняно з попереднім разом?

3. Цінності і роздуми

- Які найбільші інсайти зі Школи ви привезли? Що стало для вас основними рефлексіями після участі у Школі?
- Чи ви відкрили для себе щось нове? Що це було?

4. Ставлення до змін

- Чи та як змінилося ваше ставлення до реформ після участі у Школі? Які формати або теми сприяли цьому переосмисленню?
- Чи було щось у Школі, що допомогло вам побачити зміни по-іншому – менш загрозливими чи більш важливими?

5. Атмосфера і взаємодія

- Як вам здалося, учасники більше відкривалися чи навпаки – були стриманішими?
- Чи відчували ви середовище як безпечне для роздумів, дискусій, сумнівів?
- Як вам атмосфера взаємодії між учасниками? Чи було відчуття спільноти?
- Чи обговорювалися теми супротиву змінам, сумнівів, бар'єрів? Як?

6. Післядія

- Чи щось зі Школи ви потім використали у своїй практиці чи обговорили з колегами?
- Чи надихнула Школа вас на ініціативи/зміни? Або, навпаки, чи були розчарування?
- Чи хотіли би ви ще раз узяти участь? Чому?

7. Завершення

- Якщо б ви мали описати Осінню школу одним словом або метафорою – якою вона була б?
- Який момент був для вас найбільш «переломним» чи пам'ятним?

Додаток В. Транскрипт інтерв’ю із координаторкою Осінньої школи 2019 та 2024 (Р1)

[00:00:04] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Отож, дякую тобі ще раз, що погодилася на це інтерв'ю. Ти не проти, якщо це інтерв'ю буде записано, і в знеособленому форматі проаналізовано?

[00:00:17] РЕСПОНДЕНТКА: Ні, не проти.

[00:00:19] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Дуже дякую тобі. Як я вже казала, гайд у нас структурований буде за блоками. У форматі питання, відповідь, але якщо виникатимуть якісь сайд рефлексії, ти захочеш щось додавати або уточнювати, або перескакувати між питаннями, ти можеш це робити. І загалом вести розмову в ту сторону, куди тобі вона буде здаватися більш логічною нашій тематиці, бо вона доволі просто широка. І я от якраз почну з таких досить питань таких знєш, щоб, якби флешбек такий викликать, бо мені цікаво зрозуміти з чого загалом все почалося. Чи ти можеш, будь ласка розказать про те, як ти вперше долучилася до того, щоб створювати осінню школу, щоб її координувати? Як виникла ця ідея і що, власне, було іскрою з якої це все почалось?

[00:01:21] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, загалом, ідея осінньої школи вона не була створена в рамках цього проекту. Існував сам формат школи, тому, що цей формат був започаткований ще в 2014 році в рамках Україно-Швейцарського іншого проекту “Здоров'я матері і дитини” і цим опікувались Наталя, Тетяна Черниш, Павло Ковтонюк і компанія, ось, там ще [звук запису поганої якості, нерозбірливо] і там було 2 школи, там була літня школа “Трансформація системи охорони здоров’я” і “Зимова школа громадського здоров’я”. І ось, коли наприкінці 18 року розпочався Україно-Швейцарський проект по медичній освіті, логічно постало питання, що треба робити подію таку з медичної освіти. Тим паче, що в україні на той час такого масштабу подій не було. Тобто, медична освіта, якщо ми говоримо про якусь конкретику, це будуть якісь локальні, внутрішньо-університетські, під час яких, там, могли бути запрошені гості, але це зазвичай були і на рівні України, і на рівні ЗВО здебільшого. Ось, і ну, якість цих досліджень, які презентувалися, теми, які обговорювалися, це було більше так для галочки, ніж поговорити про сенс. Україно-Швейцарський проект в принципі про зміни, і в принципі про зміну світогляду і про привнесення різного рівня експертизи. І ще ідея шкіл це те, що це така платформа для співпраці, платформа для обміну думок, платформа, на якій зустрічаються різні стейкхолдери. Тобто, на осінню школу не приїжджають тільки освітяни, приїжджають студенти, приїжджають лікарі-практики, які, там, є менторами в інтернатурі, приїжджають поліс-мейкери, приїжджають, там, донори різних проектів. І це місце, де вони можуть, в неформальній обстановці спілкуватися і обмінюватися ідеями. Тобто, такого аналогічного точно не було. І ось, почався проект. Ну, я не можу сказати, що це було моє свідоме рішення, якесь таке ціннісне, щоб от да, я буду робити осінню школу. Це була частина моїх обов'язків, і перша школа мені, насправді, на рівні сенсів складно давалася, тому, що було складно взагалі відчувати ту аудиторію, з якою ми працюємо. Тому, що, ну, по-перше проект почався тільки, ми тільки провели перше дослідження з оцінки

освітніх середовищ, і ставленням до сімейної медицини, тільки організували це все. Ми дуже мало взаємодіяли освітянами вживу, нам тільки бюджет, ну, доступ до грошей з'явився тільки через півроку від початку проекту, тобто, за пару місяців до осінньої школи. У нас не було можливостей проводити якісь події, тобто спочатку планування, писання концертів, так далі. Тобто, моя роль в першій школі була більше така організаційна, а не світоглядна, якась, сенсова, да. Мені допомагали колеги, дуже допомагала Таня, інші колеги проектів, хто на той час працював. І ми спільно це робили все. Нам було складно з міжнародними спікерами, тому, що на той час у нас було обмежене коло, з ким ми вже налагодили зв'язки, і міністерство допомагало. Як почався проект, наскільки ти пам'ятаєш, в міністерстві ще була команда Супрун, і вона дуже допомогла, вселилася, у нас з'явились контакти зі світовою федерацією медичної освіти, і як стартовий плюс, у нас був Швейцарський інститут тропічного та громадського здоров'я і його експерти. Ну, тобто, це допомогло у тому, щоб вибудувати це поле експертів, навколо яких будувалася програма. Ну, і от, власне, спілкування з цими людьми дало нам розуміння. Більше розуміння ось таких сучасних викликів, а я, як медична освітянка перед тим, я розуміла, що відбувається, власне в системі медичної освіти. Тобто, який рівень розуміння медичних освітян, чим вони живуть? Ну, от я оцей рівень розуміння на рівні просто освітянки, я це розумію, більш таку ширшу картинку можливо ні. От, і ми почали створювати наратив, ми почали концептуалізувати ключові речі в медичній освіті. Тобто, що таке курікула, а що таке силабус, що таке студентоорієнтований підхід. Не було такого концепту, тупо не було такого концепту, і кожен вкладав своє щось різне поняття. Що таке компетентнісний підхід, що таке компетентності, з чого вони складаються і так далі. Тобто, про взагалі структуру медичної освіти, це все ну, скажімо, так, усвідомлювалося в системі медичної освіти рухалося по рейкам тієї системи, яка існувала з радянщини, але якогось такого розуміння про якісь сучасні підходи, сучасні структури і чогось такого не було. Плюс, на той час почалося контостилізуватися система БПР безперервно професійного розвитку. До того був концепт підвищення кваліфікації, а тут Москвич цю трансформацію в систему БПР, і ми також на цій школі концептуалізували такі поняття. Тобто ми зібрали експертів, ми запросили швейцарців, нідерландців, британців, які приїхали і нам розказували про цей свій досвід, і про такі підходи. Нам було досить складно з учасниками, тому, що вони насправді, а і у нас ще американець один був,і от з сучасниками нам було складно, тому, що для них це було ну типу якась тарабарщина, про що ми говоримо, що ми від вас хочемо. Тобто, ну, по рівню, ну це вже далі буде запитання, щоб порівняти першу і другу школи, відміннсті просто драматичні. Все росказала про школу? Про перше питання?

[00:08:35] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Я думаю, що може на цьому етапі да. Можливо, ще потім буде розширюватися. Бо у мене в цьому вступному блоці ще одне питання, таке досить коротке, якщо попросить тебе сформулювати ціль, яку ставила перед собою команда організаторів у 2019 році і ціль, яку ставили в 24 році, якби ти ці цілі сформулювала і чи вони були відмінними, чи от воно, як би було схоже дуже?

[00:09:07] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, ці цілі вони точно сформульовані були на [звук запису поганої якості, нерозбірливо] і вони там прописані, але не абсолютно всі напам'ять я тобі процитую. Якщо тобі треба дослівно , я можу тобі прислати ці тези

[00:09:21] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Да, давай. Але загалом, якщо говорити, чи якийсь зсув був у цьому? Ну, ти вже сказала, що прям [звук запису поганої якості, нерозбірливо] відрізнялося між першим і другим разом. Як загалом, отут ми вже переходимо до такої концептуальний, ніби як еволюції. Як взагалі змінився фокус школи? Бо от ти згадувала, що ви почали зі створення наративу, таких дуже базових для нашого контексту, але загально дипломний для ширшого контексту речей побудови із такого прям фундаменту. Як цей фокус мінявся? Ну, фокус школи з 19 по 24 роки, які теми ставали більше чи менше важливими? І от я тобі накину ще наступне питання, або можливо, те, щоб тобі так, ну, рамка була більш загальніша, чи загалом змінилося розуміння того, навіщо така школа треба для медичної освіти?

[00:10:53] РЕСПОНДЕНТКА: Перше питання я б відповіла так: в першій школі ми відповідали на питання “що це?”. Ну, тобто, люди дізнались, що це, така вона була, більш освітня, а друга школа вже була відповідь на питання “як?”. Люди вже знають, що це, вони вже намагаються працювати, вникають в питання, виникають викликики. Якщо перша школа була про концепт, дізнатися його, то друга була про те, як це робити, як імплементовувати ті зміни, які ми хочемо, але ми не знаємо як. Тобто, ми хочемо там, університет, не знаємо який ми хочемо, а зробити перегляд подібного, ми не знаємо як це робити, підкажіть нам. Перше питання, ну не знали, що це таке, тому відмінність суттєва. А що загалом змінилося в розумінні осінньої школи? В нашому розумінні, як проекту, як організаторів, грунтовно змінилося, тому, що ми знаємо, що вона потрібна для того, щоб виймати освітян з цієї шкарлурки, в якій вони знаходяться, в тому середовищі, в якому вони варяться щоденно і показати інші перспективи, ширший горизонт, скажімо так, ширші можливості з цим школа дуже допомогла. А з точки зору освітян, ну тут поставлено було це питання, яка їхня мотивація, тобто, ми їх про це питали в офіційній формі. Багато хто писав, хочу натхнення, хочу побачити осінній Ужгород. Тобто, у багатьох, ну, тих людей від Києва, у багатьох немає розуміння, що вони там будуть робити, а деякі кажуть, а от я роблю оце все, і мені треба підтримка, я хочу там дізнатись [звук запису поганої якості, нерозбірливо] я починаю робити таку штуку в себе в ЗВО і мені, там, бракує знань. Тобто, цей концепт школи,міфічна подія яка відбулася в 2019 році, і все ніяк не могла повторитися, вона якимось чином закріпилася інформація про неї в медично-освітянський спільноті, тому люди навіть пішли на цей, ну не міг, а.. Людське слово про цю подію і власне, стати дотичними до цього. Власне змінилося те, що вже йшли просто, не на івент, чи щось таке, а вже йшли конкретно за знаннями і знали, що от воно тут оце.

[00:14:17] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Тобто, ну, це якби, концептуально все таки більшість учасників розуміли, на що вони йдуть другий раз.

[00:14:25] РЕСПОНДЕНТКА: Да, другий раз.

[00:14:27] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А перший раз, як ви заманювали їх?

[00:14:32] РЕСПОНДЕНТКА: Перший раз було значно менше інтересу. Ну і таке більш механічне ставлення, ну, якийсь івент, ну, подамся. Було ширше коло людей, які про нас знають, ой, менш, звісно, вужче коло людей, які про нас знають. От, і нам навіть на той час потрібно було писати про осінню школу в якихось виданнях, які такого поширюються в, ну, серед медиків, медично-освітянської спільноти для того, щоб проінформувати, що така штука буде. Тобто ну, якщо говорити про теперішній час, коли (хто) запускає якусь подію, і починає розсилати інформацію, там, по ЗВО, через медіа ресурси проекту, це не викликає сумніву, і люди масово подаються. На той час, ну нам треба було докладати зусиль для того, щоб, поширювати там брошури роздавали, через міністерство це комунікували. [звук запису поганої якості, нерозбірливо]. Я не знаю, що краще спрацювало. Те, що цей івент, коли він був [звук запису поганої якості, нерозбірливо] але люди теж писали, наприклад, в коментарях "все, що робить Україно-Швейцарський проект мені треба.

[00:16:11] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Ага, ага, тобто уже оце слово загалом про проект і загалом про школу розійшлося.

[00:16:18] РЕСПОНДЕНТКА: Да, і вдобавок подавалося дуже багато практикуючих лікарів, хоча івент не для них в першу чергу, тобто у нас [звук запису поганої якості, нерозбірливо] вони мали сильний, хороший, але ми не можемо їх взяти. У деяких медична освіта, а ми все ж таки надавати перевагу освітянам.

[00:16:46] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Дякую. Ми почали з тобою зачіпать теми в зміні учасників, і я б хотіла продовжити цю розмову і запитать про твої спостереження, такі більш узагальнені, щодо профілю учасників, які подавалися, ну профілю, чи типах людей, які подавалися 2019 і 2024 році. Як мінялися вони, і чи мінялися, типу, чи це були кардинально різні люди.

[00:17:19] РЕСПОНДЕНТКА: Дуже помінялося. Значно більше студентів. Я прям дуже їм дякую, що вони подалися. Студенти, інтерни, ну, я розумію, що тут і проекту є велика складова [звук запису поганої якості, нерозбірливо] тобто ми більше долучаємо до обговорення питань медичної освіти саме молодь, ну, ключових стейк-холдерів. Тому, я вдячна їм, що вони нам довірилися [звук запису поганої якості, нерозбірливо] Друга штука, значно більше подобався практикуючих лікарів, ну, сімейних лікарів зокрема, і навіть медсестри подалися, от, і це важлива, їхня думка дуже важлива, вони є роботодавцями, менторами, важливими діячами в медичній освіті. Вони краще розуміють, вони провчились, пройшли практику, що їм дало оцей зв'язок освіти з практикою. Скільки та освіта дає те, що потрібно й далі, але тут теж треба розуміти контекст, що так дуже багато лікарями і медсестрами, звісно, для них це теж, ну вони йшли на бренднейм, скажімо так. Також розуміли, що буде цікаво, буде корисно, але змістовно, малоймовірно, що не розуміли, що буде, де. У нас навіть були там декілька коментарі на цьому, (хз) тобто ми брали людину, людина приїхала, а вона очікувала, що буде більше про сімейну медицину, але ж проект не про це. Вона там на третій день почула про сімейну медицину, і просто така "ну наконєцто щось почула про сімейну медицину". Ну, це теж, ми з розумінням до цього ставимося, це потреби людини, і так далі. А по освітянам. У нас з'явилася

категорія таких агентів змін, серед [звук запису поганої якості, нерозбірливо] виривали з цього контексту і того середовища, в якому вони опинилися. Тобто, в тій школі дуже чітко видно від першої, як розвивалися люди тому, що хто схопив ті концепти, хто поставив собі за мету їх опанувати, от вони належно це опановувати. Тобто, ми з задоволенням взяли повторно, було видно наскільки вони активні, наскільки вони змістовно, усвідомлено, задавали питання спікерам. От по питанню спікеру дуже багато можна поняти, людина випадково чи усвідомлено, тобто, вона розуміє причину. Да, ми брали ми брали нових людей, які в принципі, ну, тобто першу школу для нас всі були нові, да, ну там, не було якихось таких, яких ми вже якимось чином взаємодіяли і було якесь навчання, ось це ось навчання відбувалось на першій школі. А в другій події, оцей мікс шалений: старі пілотні заклади, нові пілотні заклади, просвітлені агенти змін і люди, абсолютно не дотичні до проекту попередніх років. Настільки був, ось такий контраст між ними. Якщо першу школу вони були більш менш гомогенні. Деякі просто проявляли ознаки інтелекту, а в другу надзвичайно шалений контраст. Люди, які дійсно йшли вчитися, брати по максимуму.

[00:22:23] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А як ти думаєш, от ти вже сказала про агентів змін і про те, що стало видно, що це почав відділятися, як окремий такий, кластер. Люди, які перейшли з першої школи в другу, які приходили з усвідомленням. Як ти думаєш, як от, що найбільш цінне вони забирали з школи, що і вплинуло на те, що вони поверталися, і що, власне, зачепило їх? Тобто, чи це, умовно, приходили одразу люди, які були агентами змін, чи це ще й окремо був якийсь профіль людей, які не були агентами змін, але школа їх от чимось таким зарядила і щось таке їм дала, що вони засвітилися, загорілися і пішли це робить, що це було?

[00:23:15] РЕСПОНДЕНТКА: Що саме на школі це було?

[00:23:18] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Да, да, на твою думку.

[00:23:23] РЕСПОНДЕНТКА: Ну на першій, мені здається. Ну, є прям не що, а хто. У нас була Джанет Грант. Вона прям, її цитували всі ці п’ять років люди в інтернеті дуже сильно. Тобто, вона надзвичайно яскрава, харизматична людина, яка простими словами говорить про складні речі. І вона вразила абсолютно іншим стилем спілкування, іншими підходами, про які вона говорила, вона говорила про курікулу, вона говорила про навчальний досвід,ну, вона багато залучена і відео досі збережені в онлайні. Це було дуже яскраво. Ну, вона міжнародний спікер, і вона прям запалила людей. Далі були, ну там, практичні штуки, в нас були воркшопи, вони долучилися [звук запису поганої якості, нерозбірливо]. Можливо це запалило. Що ще могло бути? Ну. Мені здається, шоком було те, що відверто говорять про проблеми. І це якимось чином пригорнуло людей. Тому, що ми вперше на цій школі побудували чесне освітнє середовище, і це було, прям, я дуже сподіваюся, що вони знають, і вони були радісні. Були відверті розмови з солідним спікером, були дебати, тому, що він чесний. Він сам прийде, поговорить. Такий формат, як панельні дискусії, [звук запису поганої якості, нерозбірливо]. Тобто, коли люди сидять і говорять, говорять про проблеми. Про проблеми внутрішньо медично-освітянські. Але я тобі хочу сказати, що ми боялися, і дуже правильно зробили, що не побоялися, говорити на гострі теми. Ну, на таке щось супер болюче, ну, тому що це викликало

людей. Тобто, ми створювали атмосферу таку навчання, підтримки, ну, в атмосфері доброзичливості це мається на увазі, що наша головна мета була там згуртувати і надихнути, а не тригернути, от, в другу школу ми були дуже сміливі, ми так глибоко пройшлися. Перша школа, там не було тригерів, але там були, ну, я ж кажу, там були базові, звичайні речі, студентоорієнтований компетентнісний підхід, там не було нічого такого прям мега інноваційного. База. І шок був, ну, не шок, а наше усвідомлення це таке було, ну воно зайшло тому, що не було цієї бази, і ми її прокладали.

[00:27:15] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Дуже тобі дякую. У мене, до речі, є питання, яке я якраз проскочила, і думала, що ми до нього повернемося чи ні, і ти сама почала про нього розказувать. Це якраз про зміну в оцій атмосфері, і не лише атмосфера, яку ви наративного створювали, чи ми, от, згуртовуєм, надихаєм, чи ми хочемо вже прям тригернути і пройтись глибоко по сенсами, які, так, мозолі, скажем, які заховані десь далеко. А чи й загалом серед учасників змінювалася атмосфера? Тобто, якийсь тон спілкування, те, з якими вони приходили, ну, от якась відчуття відкритості чи закритості. Ти сказала про те, що стало більш гетерогенно, от, в другій ітерації, да, в 24 році. Чи це викликало напругу серед учасників, що ця змінилася взаємодія, атмосфера всередині?

[00:28:10] РЕСПОНДЕНТКА: Нє, мені здається навпаки. На першу школу вони приходили такі “я професор, у мене п’ять вищих освіт. Що ви мене тут навчите?” . Тобто, в першу школу було, мені здається, складніше до них достукатися. Тому, що ці вади людей. Були дуже скептичні, такі коментарі, ми навіть одну людину попросили уйти. Він просто отвратітєльно себе поводив, він критикував все, що відбувається навколо, Таня його попросила уйти. Це єдина людина на всіх івентах, яку ми попросили уйти. Ну, тобто були скептики, у нас один студент був, який там просто зі штанів випригував. Задавав питання кожному спікеру мега супер практичні. От, він потім так вибачався, він дуже хотів на другу школу, писав такий сам “я розумію, що моя поведінка не була адекватна в першу школу. Я дуже прошу вибачення. Був молодий, зелений, нічого не понімав. Візьміть мене ще”. Вот, ще один теж чоловік. Короче кажучи, перші, вони були дуже такі зерхні і скептично ставилися до того, що відбувається. А в другу школу, ну по-перше, відбір був глибший, да, тобто [звук запису поганої якості, нерозбірливо] Дуже свідомо до цього поставилися. Ну, свідомо поставилися до заповнення форми, ми їх більше знали, людей. То вони не були скептичними. Тобто, вони були відкриті, було видно, що там, де ми хотіли тригернути, ми їх тригернули. Коли ми знали ці точки тригерні в програмі, ми розуміли, що це буде боляче, і воно було боляче, але ці люди не сприймали це з агресією, а це стало зоной росту. От, тому так, да.

[00:31:06] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Це дуже цікаве і знаєш, як би, таке, неочевидне спостереження мені здається, да, неочевидний наслідок. А мені от що цікаво уточнить з чим пов'язано, загалом, вибір стратегії відбору учасників? Типу, що на другу школу треба було відсіять максимально, тобто, що не розпилятися на максимум, не намагатися зачепити ще більше людей, які там можуть бути, якісь, несвідомі або скептично налаштовані, а продовжувать

працювати з цією групою, скажімо, агентів змін. Чому саме така стратегія? Чим вона ефективніша? Чому ви її обрали?

[00:31:56] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, дивися. Тут два моменти: програма і люди. Програма ж планується набагато заздалегідь, і ми вже приблизно розуміли яка буде програма школи, коли ми відбирали людей. Вибрати знову людей, таких, нових, [звук запису поганої якості, нерозбірливо] Якби вони опинилися в цьому середовищі, нам треба була б економічна підтримка і дуже добра. Ну, це я шуткую, але насправді, люди, які не мають цієї бази, вони б не могли займати цей рівень. Тобто, осіння школа, це про результат. Ми свідомо обирали людей, які вже навчені, провчені, і для яких це навчання буде корисним. Тобто, ті люди, які знають відповідь на питання "що це?". Ми вже пробували це робити. В них є питання, вони отримують відповідь, це логічно, тому, що наша головна мета це результат, який буде. [звук запису поганої якості, нерозбірливо] І плюс, реально, дивися, ковід і повномасштабне вторгнення, да. І весь цей час ці люди сапали, вони не покидали своїх медично-освітянську роботу, хоча бути зараз медичним освітянином, це охренітєльно важко, це дуже важко. Ну тобто, абсолютно мізерні принижуючі зарплати, постійні зміни в законодавстві, постійні війни кандидатів, звіти і так далі, і МОН там колотить, і МОЗ там колотить, і відповідальність шалена. Всі на емоціях, всі на тригерах. [звук запису поганої якості, нерозбірливо]. Тобто, це така плюшечка для них була, такий бонус для тих людей, які щось роблять. Для того, щоб їх надихнути, для того, щоб їм там іти, далі і впоратись із цими викликами. Тобто, ну, це було дуже свідоме рішення.

[00:34:25] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Дякую, що розказала. Я зрозуміла, от, на цьому моменті, що я в тебе не уточнила, що саме вкладалося в оце навчання і говоріння вже про процес і про те, як це, в другій ітерації? В першій ми детально пройшлись, що це от стосувалося того, що це, і що входить в це "що це", такі, базові поняття. А що входить в "як це?" для медичної освіти?

[00:34:56] РЕСПОНДЕНТКА: Да, тут ми говорили, я прямо так от по темам пройдуся, це були практичні курси лідерства медичного ЗВО, менторства в медичній освіті, проведення досліджень студентам-медикам. [звук запису поганої якості, нерозбірливо] Це були практичні штуки з викладатські інструменти, знаєш, береш і робиш. Це треба було брати воркшопи, і не маючи цієї бази по ключовим штукам, ти не міг іти в воркшоп по менторство. Далі були такі більш складні теми, такі загально, наприклад, дидактичні методи медичної освіти, тобто оцей зв'язок, який метод ти використовуєш для того, щоб отримати якийсь результат. Це все має бути свідомо, [звук запису поганої якості, нерозбірливо]. Потім, були такі світоглядні штуки, наприклад, ну, не світоглядні, а узагальнюючі, щоб розкласти все по поличкам. От система медичної освіти: які є системи медичної освіти і з яких компонентів воно складається. Далі було, ми про якість говорили, да, тобто, не просто, взагалі, що система медичної освіти має забезпечувати, типу. Що таке якість саме медичної освіти? Ну, вищої освіти. Ми так класно структурували, мені дуже сподобалося, як ми структурували дні. У нас кожен день був про щось. Перший був взагалі про систему медичної освіти. Другий день був про якість медичної освіти, про забезпечення якості, була панельна дискусія про місток між медичною освітою і практикою, куди ми

запустили практикуючих лікарів і медичних освітян, про це поговорити[звук запису поганої якості, нерозбірливо]. Третій день був про медичну освіту в Україні, і тут ми запросили поліс-мейкерів, ми говорили з національним центром якості вищої освіти. Ми говорили з МОЗ, ми говори з центром тестування. [звук запису поганої якості, нерозбірливо]. Ми підняли дуже таку болісну тему, оцей тригер про який я говорила, що не всі могли його подолати, ми говорили про аб'юз в медичній освіті. Бо і в результатах оцінювання DREEM побачили, що це і є, і це було в 2019 році, це була така тема, про яку треба було сказати. Ось і звісно, це було болісно для тих, хто це слухав, але це така відверта розмова про складне. І ми не говорили навіть прям, ну, тон абсолютно інший, ніхто нікого не звинувачував, це була розмова про власний досвід і про те, що це так не має бути. От про аб'юз було схоже на першу школу. Ми просто означили поняття, що це і як воно виглядає, а ви дальше ідіть в поля і спостерігайте, і ви це побачите. Тобто, ви напевно це бачили, але просто не знали, що це аб'юз. Я от навіть в п'ятницю говорила з освітянкою. Ми говорили про проблеми в нашій медичній освіті, і вона каже "та у нас таких проблем не було ніколи. Все дуже коректно", я кажу "що і вас ні разу викладач-хірург не покликав на нічне чергування?", вона каже "кликав канєшно", я кажу "та ви шо, і шо це, а хлопців", хлопців ні, хлопців не кликав. Ну, тобто, для людей немає таких меж, да, не означені. І третій і четвертий день ми вже говорили про зміни, прийшов пан Винницький, і говорив про трансформацію системи вищої освіти в Україні. От, і в нас ще були колеги, які говорили про власний досвід. Ну, логічно, проговорили про систему, поговорили проякість, поговорили про проблему в Україні, і говоримо про трансформацію, типу, якщо у нас є проблеми, давайте трансформувати. Така розбудова.

[00:40:42] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Клас, дуже цікаво, і справді структура така вимальовується, і вона так логічно перетікає із того, що ви давали на перший раз. Я собі записала цю цитату, те, що ти казала про розмову, типу, що у мене не було проблем, і наче як суть школи, в тому числі, була в тому, щоб вийнять зі звичайного контексту і сказати, ось цей контекст він проблемний. Давайте його проблематизувати і щось робить з оцими точками росту, да, скажем так, чи там викликами, які є на місці. І мені здається, що тут так дещо логічно можуть вписатися, якраз таки, питання мої про різні логіки і підходи до освіти, до управління медичною освітою. Якими основними підходами ви користувалися, ви послуговувалися у школі? І, власне, чи школа стала таким містком чи платформою для примирення різних логік у системі освіти медичної, чи радше от показала, що є отці наші чіткі розколи і давайте, коротше, як от оце все відчувалося, стик?

[00:42:17] РЕСПОНДЕНТКА: Ні, про примирення, напевно, мови не йшло. Тому, що приклад ну. Було відчуття там у адміністраторів, що це розмова і неприємна. Ми вивели їх з зони комфорту, і щоб про прийняття там ще мови не йде. Тобто, ну, все ж таки, кожен продовжує бути в своєму контексті. У кожного свої виклики і такого загального єднання, розуміння, що відбувається, ну, розуміння є, але що робити? Напевно, різні інструменти або різні підходи, або різні можливості у кожного свої. Тобто, ну, різні обмеження. Що робити має в кожній з цих категорій різні обмеження і обставини. Тому, я думаю, що такого

єднання ми не досягли, на жаль. Але, ну, це не було метою. Ну, це не реалістична мета була б, якщо б ми хотіли. Недостатній часу, недостатньо такого роботи з людьми персонально, щоб бути впевненими, що ці люди щось, що хтось залишився скептиком, і ми не очікували, що вони змінять своє ставлення. Абсолютно, ну, тобто ці люди, вони, там, пілотних закладів, для галочки, мали приїхати. Ну, типу, не кликати координатора ми не могли, і знали, що координатор скептик, і ти нічого не можеш зробить.

[00:44:17] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А, от, як би ти окреслила те, що вважалося і те, що, ну, вважається, можливо, досі такою традиційною логікою і традиційним підходом до сімейної освіти, до управління знову сімейну?До системи медичної освіти. Що входить в цю традицію, яка має свої історичні корені, там, ще з радянського союзу? Да, і в чому полягають нові підходи у цьому?

[00:44:52] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, традиція це радянщина, це комунікація всього через накази, це очікування стовідсоткового виконання в зазначені терміни, одноосібне прийняття рішень, це прийняття рішень засновано на власному досвіді,а не на нових дослідженнях. Ну, тобто, воно все досі є в медичній освіті. Ну, там у нас був кейс між школами, коли треба було проінформувати про щось, і я просила координатора поширити інформацію. Так вони не придумали краще, ніж написали наказ на ЗВО і просто спустили це зверху вниз, от і все. А нові підходи, та спільне прийняття рішень, базувати на дослідженнях, комунікувати питання і залучати людей до обговореня, щоб приймати це рішення, й чути думку один одного, ну, враховувати різний контекст, але, ну, що це рішення вони будувалися на спільній згоді, а не просто, “я тобі даю наказ, ти маєш виконувати” . Це прям коли ЗВО таке, з радянськими підходами, це наскільки видно. Вони себе називають “класичний медичний університет”. Я це можу побачити, гортаючи фейсбук сторінку, або можну побачити, просто поговоривши з кимось з адміністрації. [звук запису поганої якості, нерозбірливо] ми зайшли в такий, самі себе загнали в таку ситуацію. От диви, людина нами навчена, просвітлена, людина розуміє, що і як має бути зроблено, але вона знаходиться в оточенні в ЗВО, де адміністрація не змінилась. Ну, тобто, ці люди, вони не змінилися і використовують старі управлінські практики. У людини, яка змінилася, в неї їде криша, їй дуже погано, вона не відчуває себе належною до спільноти, вона не відчуває себе потрібною, її думки не чують і не дають можливості розвиватися, і їм не дають можливості реалізовувати свій потенціал. Що людина робить.? [звук запису поганої якості, нерозбірливо] от такої ситуації. Адміністраторів в 10 раз складніше, і це не тільки осінню школу, а і по іншим просто в принципі неможливо.

[00:48:11] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Тобто, зміни, наче відбуваються часто на рівні такого, якби, спільнототворення і мережевості, але якщо критичної маси таких агентів змін немає всередині структури університету, то воно все ламається, да, виходить, що так?

[00:48:25] РЕСПОНДЕНТКА: Да. Ну не все ламається, університет живе собі, далі працює, Просто ці агенти змін, вони витісняються традиційним концептом, і вони або [звук запису поганої якості, нерозбірливо].

[00:48:48] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А чи були приклади, можливо, якісь випадки, коли вдавалося на практиці привнести і змінити не лише індивідуально якусь практику, наприклад, викладацьку, чи якийсь окремий процес, але і це також. От, щоб воно в університеті якось впровадилось, і якісь частинка процесу змінилась, от що це було?

[00:49:12] РЕСПОНДЕНТКА: Ні, [звук запису поганої якості, нерозбірливо] Симуляційні підходи гарно інтегровані в Житомирі, ну от Житомир це взагалі прекрасний кейс, тому, що там змінилась адміністрація і людина, яка стала на посаду, вона багато долучала до проекту. Вона в принципі мега адекватна людина. Провчена, навчена, і вона така, ну, не можу сказати, що вона є агентом змін, але вона багато чого інтегрує отриманого від проекту, і дуже називається світ заклад. Там на противагу БДМУ. Людина, яка дуже багато долучалася до проектів, стала ректором, стала таким царьком дружком і включила радянщину.

[00:50:31] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Тобто те, що культура настільки була якось вкорінена, що типу коли людина в цю структуру, чи це?

[00:50:38] РЕСПОНДЕНТКА: Ні, там в чому прикол. Там був Тарас Більчук, який зробив прекрасний колектив, прекрасне ЗВО, прекрасно лікував, і там все чудово розвивалося. Прийшов Геруш і стало дуже погано, і люди дуже бистро від нього розбіглися. А він єдине, що вміє робити, це тільки чекати поки перенесуть дані.

[00:51:09] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Угу. Цікаво, дуже цікаво, як це все переплетено із організаційною культурою, і з, ну, по суті з людиною, яка ядром є, і є носієм.

[00:51:28] РЕСПОНДЕНТКА: Це прям про роль персоналій і про те, що організаційно в медичних ЗВО все ж таки роль ректора досі має наслідки радянщини, тому, що ну це радянське ректорі. І все, що відбувається з ЗВО, то більше ну ставлення. Частина радянщини, яка залишилося, на жаль, бо люди звикли до того, і легко перейти на цей підхід. Але да, оця роль персоналі, вона просто жахливо впливає.

[00:52:13] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Угу. Вау, це дуже цікаво. Я прям не задумувалася про те, що воно так все сильно переплететься. Оці структурні, такі, культурні фактори, організаційні із тим, що ми все одно не можемо позбутися, навіть коли ми говоримо про якихось там, ну, про якісь новітній менеджерський підхід, ми все одно не можемо позбутися від цієї централізації, да, сильної руки, навіть якщо це класна сильна рука. Все одно все залежить від централізованого, тобто, ще в принципі, досить далеко до того, щоб організації ставали більш горизонтальними, і оце управління було більше, якби, мережеве. Тобто, щоб воно будувалося навколо спільноти виходить, що. Це все дуже цікаво. А чи плануються ще якісь наступні ітерації осінньої школи, чи мали вже про це ідеї якісь?

[00:53:20] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, план канєшно є на 2026 рік робити школу знову, але я просто не хочу голосно говорити, у нас планувалась осіння школа в 20, 21, 23 і тільки в 24 змогли це зробити. Нам кажуть, що типу, ну і що, що ковід, робіть, а ми кажемо, ні, ми не будемо робити, бо якщо не приїдуть

іноземні спікери, то який сенс. Всіх онлайн, це все одно не буде те, що треба, щоб всі сиділи біля комп'ютера. Ну, головне там, щоб ці люди зібралися на локацію і спілкувались формально, спілкування це дуже важливо. От, тому таке. Онлайн це, безпека спікерів це теж важливо, їхнє бажання приїхати в Україну. На жаль, лише в 2024 році і тільки в двох кілометрах від кордону стало можливим проведення.

[00:54:22] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: У мене у зв'язку з цим питання. Ти сказала про те, що важливо, щоб були іноземні спікери, бо без цього нема сенсу. Я розумію, що це пов'язане із тим, що у цих людей є перспектива абсолютно зовнішня. Вони поза нашою системою, не вплетені в неї, і можуть принести абсолютно новий погляд і нову перспективу. Але я ж правильно розумію, що певна співпраця із цими стейкхолдерами, які є всередині системи, хоч і зовнішніми до проекту, наприклад, МОЗ і МОН, певним чином вона була. Чи вони якось впливали на те, які теми обиралися, які напрямки обиралися? Чи ви орієнтувалися на ті полісі, ну ти згадували, що полісімейкери також були запрошені. Чи була орієнтація на те, що актуально відбувається саме всередині системи, досить так структурно? І яку роль відігравали оці ну, скажем, Українські, системні, інституційні стейкхолдери.

[00:55:30] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, наша асоціація МОЗ, [звук запису поганої якості, нерозбірливо] .Представниця МОЗ була членом представників, членом організаційного комітету. Вони долучалися і до розробки програми, і до відбору учасників, нормальні люди. Погоджували часників з міністерства. Ну, тут настільки все було прискіпливо, наскільки все було, скажімо так, послідовно, тобто, що вони залучені, і вони не просто стоять поруч, а вони є безпосередніми учасниками процесу. От, тому і теми ми обговорювали з ними, і теми, які вони презентують [звук запису поганої якості, нерозбірливо]. А от, тобто ми дуже ретельно, скажімо так, слідкували за тим, що це наш спільний продукт, але МОН ні. МОН це просто був залучений спікер. Він є організатором, його частинка була. От але. Але це не було спільне створення програми.

[00:57:01] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А чому?

[00:57:03] РЕСПОНДЕНТКА: Тому, що ми не маємо зв’язку до МОНу. Проект, який під МОЗом можна [звук запису поганої якості, нерозбірливо]. Ну, контакти звичайно є, але немає продуктів, створених разом з МОН. В нас же тоже ієрархія проекту має бути врахована. Тому, ну, і це таки більше персональні контакти. Я сказала, що залучений був Винницький, тому, що це була просто наша ініціатива, я не знаю, яке було б рішення, хто б приїхав, чи про що та людина говорила б. Це була б така відверта розмова, чи це була б така політично коректна розмова, ну, тобто дуже багато питань.

[00:58:00] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Слухай, а це отут цікавий момент. Якщо відійти від структури яка є наразі, от оце там під порядкування, да, і загалом структура стейкхолдерів і бенефіціарів проекту. Суто ідеологічно на це подивиться. На твою думку, залучення МОН до процесу змін в медичній освіті, воно має також включаються? Тому, що я, просто, спершу, ще не розбираючись контексті, я зразу подумала, що МОН має якось включатися або на рівні з МОЗом, або навіть серйозніше, тому, що це наче, як в першу чергу про академію, освіту,

розвиток, і потім МОЗ підключається для того, щоб це все перетворювати на практичні речі, і вимірюють якість цієї системи, яку створив МОН. Через те, що люди виходять і стають практиками в медицині, але як це насправді зараз працює і ну, як це треба мінять на твою думку?

[00:59:08] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, це прям супер верхньорівнева річ. Я не впевнена, що моя відповідь достатньо глибока поінформована і виважена про ці стосунки МОН МОЗ та медичних університетів. Ну дивися, медичні університети класичні, які тільки займаються медичною освітою, вони всі під МОЗом. Для них МОН це загальна рамка освіти, це закон україни про вищу освіту, акредитація та акредитування. Все решта внутрішнє, що відбувається, воно настільки підпорядковане МОЗу, ну, тобто знаєш чого? Тому, що МОЗ контрактує ректор. І так як для ректора посада, ну, тобто, от ректор це виборна посада, да, ректора вибрали ЗВО, але МОЗ може підписати йому контакт, а може не підписати, може умови такі поставити, що він 2 місяці не протирається, а може поставити [звук запису поганої якості, нерозбірливо] Вони дуже сильно ієрархічно підпорядковані МОЗ і в них, ну, типу МОЗ це мама з татом бабушки з дєдушкой, така верхівка, яку вони слухаються. Тобто МОН дає загальні такі рамку освітню, в ній всі ЗВО, а от управління медичним університетом, хоч вони вже багато хто, не МОЗ України, ну якось раніше прямо в назві були такі, такі, такі університети МОЗ України. А от милість чи немилість МОЗу до ЗВО дуже сильно визначає життя ЗВО. Подивися на Львівський національний медичний університет. Вони перші увійшли в цей трек, вони вперше стали гібридним закладом освіти і охорони здоров'я. Все з подачі МОЗ, тому, що МОЗ благоволіт, МОЗ доброзичливо ставиться саме до того ЗВО, ні до іншого такої підтримки немає. От, інші дуже хочу таку підтримку, тому, що МОЗ розподіляють, наприклад, благодійну допомогу, якщо щось приїжджає, то воно передається в ті ЗВО, до яких МОЗ доброзичливий. Тобто, якщо говорити по сприйняттю медичних освітян, медичних ЗВО, для них МОН ну являється таким визначальним в їхньому житті, як МОЗ. Ну, тобто, якщо ми привеземо когось з МОНа, вони позакочують очі, скажуть, типу, скільки можна? Вони дуже негативно ставляться до всього того, що відбувається, ці всі трансформації, всьо було харашо, а шо тут нам керують? Вони дуже проти того, що МОЗ, що це вибіркові дисципліни, складнощі з прийняттям цього процесу. Вони дуже воюють на те, щоб відмінили ці вибіркові дисципліни, бо медицина це регульована професія і не можна студентам розказувати, що обрати, щоб вибрати. І тому да, якщо говорити взагалі про цей трикутник і про їхні взаємозв’язки. А проектні штуки, ну, тому що ця така ієрархія проекту, ми не можемо МОЗ залучити до організації цієї події, тому, що ми ніякими документальними угодами не пов'язані.

[1:03:00] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Ну, а якщо на це подивитися з точки зору ідеологічної. Суто, от, твоя думка. Ну, я розумію, що це буде, там, суб'єктивно і не цей, але чи це справедлива система? Чи це правильно? Чи це так має працювати, як воно зараз працює? Тобто, чи медичні університети, от те, що зараз наче, як намагався зробить МОН, і з оцим об'єднанням, і багато політик вони ніби як намагаються знайти спільний знаменник між медичними університетами, які

взагалі жили своїм окремим життям всі роки, і всіма іншими, в тому числі гуманітарними, технічними університетами, і привести цю систему до якогось, такого, спільного вигляду. Чи це правильно на твою думку? Хто має грать ключову роль? Чи МОЗ займає справедливо це місце, чи вони мають буть як система стримувань і противаг на рівних? Чи МОН має грать ключову роль і працювати з цією освітньою рамкою, щоб медунівери були більш подібні до університетів не медичних.

[1:04:16] РЕСПОНДЕНТКА: Дивись, у мене в голові два світогляди живуть, дві картинки життя. Перша штука це те, що я долучена була до управлінської діяльності в університеті через родинні зв'язки дуже довго, і я багато чула цих розмов МОЗ МОН. Вони тривають вже з 30 років. Я в університеті ще вчилася, але вже слухати ці розмови, чи треба університету переходити з підпорядкування МОЗ до МОН, і аргумент завжди був такий, що, типу, лікарні під МОЗ, університети під МОЗ і для того, щоб доступ до клінічної бази була, і була доброзичлива взаємодія, треба, щоб всі були під МОЗом. Потім пройшла реформа фінансування і відповідно всі ЗВО викидались дуже заслужено з баз стажування з цих лікарень, тому, що поведінка, кажу, що дуже справедливо, тому, що поведінка кафедралів була просто овратітєльна, вони наскільки зневажали практикуючих лікарів, що то було просто огидно дивитися. Тому воно типу, я цьому моменту зраділа, але університети виявилися неспроможними шота рішать і забезпечити цю технічну складову. Це оцей світогляд мій медичний освітянський такий.

[1:05:43] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Вибач, що переб'ю, я просто уточню. Реформу фінансування це ти маєш на увазі лікарні? Тобто, що в лікарнях стало більш автономне фінансування?

[1:05:55] РЕСПОНДЕНТКА: Коли лікарні стали комунальними, неприбутковими підприємствами, то порушився, ну, тобто, вони стали незалежними від МОЗ і порушився оцей ланцюжок університет - моз - лікарня, коли університет міг спокійно користуватися, без будь яких доплат, без будь чого, просто приходити, забирати приміщення в лікарні і проводити там заняття, і лікарі, викладачі могли спокійно там оперувати там, ну, це був просто так. Тобто, зараз у них не було підстав знаходитися в цих лікарнях, їх витурили і у медичних освітян пропав доступ до пацієнтів, тобто вони перестали лікувати. Це одна така штука. Інша штука, коли я зараз розуміюсь на медичній освіті не рівнево, взагалі на освіті. Я бачу класичні університети, ну типу, багатопрофільні, багатофакультетні університети, такі як Могилянка, Сумський університет, Ужгородський університет, я бачу їх. Я бачу і класичні університети, я бачу ставлення людей, я бачу активність, я бачу процеси, які відбуваються, я бачу освітні підходи. В мене тут, дивися, така двояка думка в цьому випадку. Тому, що з однієї сторони багатопрофільні університети, які під МОНом, вони більш активні, вони більш прогресивні, вони більш діджиталізовані, набагато більш діджиталізовані, вони класно комунікують, вони відкриті, вони студентоорієнтовані, тобто надзвичайно важливо бачити тут їх прогрес і бачити їхній розвиток, при цьому, що в них є медичні факультети. Але якщо подивитися на ці медичні факультети, вони якісь бідосі. Я не розумію, чому це відбувається.

Класичні медичні університети кажуть, що це у нас там школи, у нас там все, але я думаю, що просто, типу, чи то, що ті факультети мілкіші, чи то, що на них менше уваги, я от не знаю. Тобто мені виглядає так, що загальноосвітні підходи і управлінські підходи більш потужні у МОНівських університетах, але все ж таки оця медична освіта в тому плані, що за результативність якась, якість. Чи може через їхню кількість, чи що? Мені здається, що все таки потужніше у МОЗівських, але от їхнє перетворення на факультети, буде супроводжуватися революцією і кровопролиттям. Я тобі чесно кажу. Чого? Того, що є людина - ректор медичного університету, який вивалив дуже великі гроші на те, щоб МОЗ йому підписав це, сидить і відбиває ці бабки в себе на посаді, і тут його роблять факультетом класичного університету, і максимум, на що ти можеш розраховувати, це бути деканом. Це не той рівень, вобще не той рівень. Він не прийде в класичний університет ректором аж ніяк. І це такий шалений опір, я не знаю, як вони це зроблять. Ну це просто, ну, знаєш, зробити це автономним рішенням, ну, автономним рішенням МОН і МОЗ, без згоди, хоч якоїсь МОЗівських університетів, це буде такий шалений опір. Це така кількість петицій буде, така кількість геморою буде, що просто. Я вот картинку цю не уявляю. Я бачу переваги, якщо вони об'єднаються, якщо об'єднається класичне і медичне, класичне і багатофакультетний університет, тому, що буде школа. Як не кажи, щось там, якісь там потужні викладачі все таки, в принципі буде школа, і буде управлінські практики класичного університету з однієї сторони, з іншої сторони ще питання, як вони врегулюють доступ до практики університетській лікарні? Окремо МОЗівський університет зараз тримає цей проект тестування, що гібридний заклад, заклад охорони здоров'я та заклад освіти, як у Львові, да. І це в принципі, тобто, це дає право мати університетську клініку, отримувати фінансування з НСЗУ, і викладачам мати клінічну практику. Якщо вони будуть факультетом класичного університету, вони точно не захочуть переходити в той гібридний формат, і там будуть складнощі. Коротше, це, ну знаєш, не одні веліки уми думали про те, як вирішити цю проблему, і як ти бачиш проблема не вирішена. Вот, там дуже багато підводних каменів, дуже багато відвертої політики, прихованої політики, неформальних зв'язків і так далі. Тому в мене немає відповіді тобі напряму. Я не можу сказати, що буде краще. От і ну, але я дійсно бачу перевагу класичних багатопрофільних університетів у всіх сенсах і форматах, ну.

[1:11:43] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Клас. Дуже тобі дякую. Ми відійшли в сторону, і я цього не планувала, але для мене це було дуже, дуже важливо і почути твою думку, і краще розібрався з цим розрізненням. Тому, що от як ти сказала, да, не один великий ум про це роздумував і того, да, дуже тобі дякую, що розставила оці акценти, і краще розказала про розподіл. І я тоді пропоную повертатися до осінньої школи назад. У мене, по суті, залишився такий завершальний блок, і там кілька питань. Вони вже філософські. Філософські, спрямовані на рефлексію. Якщо попросить тебе сформулювати місію осінньої школи одним реченням. Ну, тобто, можливо, це може бути не те, що написано на папері, да, і визначено, але от просто, як би ти це сформулювала? Що б це було за речення?

[1:13:02] РЕСПОНДЕНТКА: [коментар респондентки за проханням off the record] Місія другої це було об'єднати людей, які вже роблять щось в медичній освіті, винагородити їх за це, і надихнути, або показати напрямок подальшого руху.

[1:14:49] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А перший? Чи це і для першої, і для другої підходить?

[1:14:53] РЕСПОНДЕНТКА: Нє, для першої по-іншому було. Для першої це згуртувати медичну освітянську спільноту і виявити агентів змін. Ну, я ж тобі казала, що до першої школи медично-освітянські конференції, вони відбувалися, ну, на базі ЗВО. І єдиний, хто збирався до купи з усіх ЗВО, там, раз на рік, на півроку це були ректори. У них була рада ректорів. Зараз, при Супрун цю фігню прибрали, зараз вроді відроджують, ну не суть. Ну, тобто вони жили в своїх обістях, кожен на своєму хуторі, і вони не спілкувалися. Тобто, ми об'єднали людей з різних ЗВО, тим більше медсестринських і медичіні університети, що вони в принципі ніколи не пересікаються, це паралельні всесвіти були. Тобто, ми їх об'єднали, щоб вони познайомилися, поговорили, і серед цих людей ми вийшли на в принципі тих, хто спроможний щось робити. Ну, і знову ж таки, третя штука це закласти підґрунтя того, що ми робили далі, обговорити концепти.

[1:16:23] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А якщо на майбутнє подумать, які далі можуть бути напрямки роботи. От, тобто, ви відібрали агентів змін, які були в одному статусі-кво, який був на 2019 рік, об'єднали, створили взагалі, заклали фундамент цієї спільноти і показали концепти, да, цінності і слова, якими спілкується оця окрема спільнота. До неї почали долучатися люди, в 24 році подалися і нові люди, які вже в цій спільноті себе відчувають, плюс оці старічки, які ще з 19 року разом із вами, як би ти далі це бачила? Чи це має бути поглиблення і робота з цією спільнотою? Чи це повторення і ще раз цього якогось розширення набору? Чи є сенс взагалі в тому, щоб повторювати регулярно цю першу ітерацію і намагається іти розказувать базу більшій кількості людей? Чи є сенс поглиблювати уже існуючу спільноту, щоб люди поступово до неї доєдналися самі, якщо захочуть?

[1:17:28] РЕСПОНДЕНТКА: Я б говорила про інфікування. Я б говорила про розширення цієї когорти людей. Ну, тобто, щоб до нас долучалося більше. Де їх брати хороше питання, але це одна річ. Розумієш, що там в глибині? От питання, у нас є концепт ну, типу, ми знаємо, що робити, ми їм допомагаємо з тим, як робити, що там глибше? Ну, типу, глибше там результат. Але результат залежить від набагато більшої кількості факторів, тобто, не тільки людей, а від, там, політичного, там, полісі левелу законодавчого, від адміністрації, так далі. Тобто, нам щоб прям досягти того результату, нам, мені здається, нам бракує ще впливу і бракує, такого, ну, гравців на полі, скажімо так. Тому це скоріше буде таке, ми йдемо вшир, а не вглубь. Покривати парасолькою цих цінностей, що і кількість людей, воно в принципі відбувається тому, що колеги проводять групи рівних досі, само воно якось живе в медично-освітянській спільноті. Вони на своїх кафедрах спілкуються, залучають більше людей. Тобто, воно вшир, воно відбувається. Тому я думаю, що, ну і плюс у нас нові пілотні ЗВО і воно нам дає ось цю, вони стартанули пізніше, ніж деякі, але вони дуже активно рухаються [звук запису поганої якості, нерозбірливо]. Тому далі, мені здається, все таки

трошечки циклічна така робота, тобто, для того, щоб покрити більшу, ну, тобто, використання вже досвіду якого ми маємо, використання цих агентів змін, їхнього досвіду для того, щоб збільшити той масив змінотворців і людей, які, принаймні, не готові творити зміни, та принаймні не опираються ним. Бо це дуже довга і тривала, і складна робота. Це не відбувається під час однієї осінньої школи, не відбувається під час однієї розмови, тобто, це процес.

[1:20:25] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Да, і він дуже класно ілюструє, мені здається, цю проблему, і виклик між агентом і структурою, що де закінчується можливість агентності, і де нам все одно треба нарощувати якусь критичну масу, щоб цю структуру почати реформувати. Це дуже цікаво дуже, і я тобі надзвичайно дякую і за те, що поділилися, і от ти сказала про цю свою рефлексію, типу якесь відчуття терапевтичне від цієї розмови

Додаток Г. Транскрипт інтерв’ю із учасницею Осінньої школи 2019 та 2024 (Р2)

[00:00:04] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Отже, ще раз дуже дякую вам, що ви погодилися сьогодні зі мною поговорить. І для того, як я вже казала, щоб згадати оцей весь шлях і всю історію, яка була в вашому житті, яка пов'язана з осінньою школою, як воно вплелося у ваш життєвий шлях і кар'єрний. Я почну з таких вступних питань. І спершу поцікавлюся у вас, як ви взагалі дізналися вперше про осінню школу, і як ви вирішили, чому ви вирішили взяти у них участь?

[00:00:51] РЕСПОНДЕНТКА: Взагалі наш заклад вищої медичної освіти, Буковинський державний медичний університет. Він став пілотним закладом для Україно-Швейцарського проекту “Розвиток медичної освіти”. Коли проект відбирав ці заклади, то наша кафедра була однією з тих, хто брав участь у написанні заявки, в створенні якоїсь ідеї для співпраці з даним проектом. Моя завідувачка готувала цю презентацію, нам показувала, що вона пропонує. Я вже якщо чесно, не сильно пам'ятаю, що там було, але пам'ятаю, що нібито на фоні загалом того, що від університету йшло, то вагомий блок пішов саме від нашої кафедри, бо проект стосувався первинної медичної допомоги і кафедри сімейної медицини. Ось і відповідно ми знали, що цей проект є. Ми зустрічалися навіть в нашому адміністративному корпусі з лідерками проекту. Ну з Тетяною з Оленою з Валентиною Ануфрієвою. Тобто ми вже бачили цих людей, ну і ніби так чітко ще не розуміли, що буде відбуватися далі, але вони не були схожі на всіх тих, скажемо так, представників закладів, представників асоціації, які раніше до нас приходили. З якимись такими традиційними поглядами, з якимись такими пропозиціями участі в конференціях, якихось банальних. Було видно, що це якісь люди трошки не такі. Вони були трошки дивні з точки уявлення академічної спільноти оцих високоповажних людей, які до тебе можуть приходити. Ну, вони були не такі. Було видно, що вони люди інших поглядів, що вони вільні, що вони, ну, такі незалежні, незаангажовані. Якось це ще зчитувалось навіть в їхній поведінці, в тому, як вони в залі нашому сіли. Не за трибуну пішли сіли, а якось так, на рівні нас сіли, прям там, де ніхто не сідає, там, де ногами ходили інші. Ось, то відповідно ми пройшли цей проект ну і звичайно, що ми вже тримали руку на пульсі, що буде відбуватися. Наскільки я пам'ятаю, це був взагалі перший такий масштабний захід. Ну, про який я почула в рамках цього проекту. Можливо, щось там було ще, але координаторка від нашого закладу, мені здається, що до тих пір нам ні про що не казала. А ось про цей заклад нам уже була і розсилка на наші емейли, що ось відбудеться осіння школа, подавайтеся. Не пам'ятаю, чи вже була фейсбук сторінка, напевно, була і фейсбук сторінка тоді вже. Бо у мене фейсбук досить давно вже є, то я думаю, що я і там це могла бачити, але скоріш за все, це було саме по лінії університету інформація про цю школу. Ну і звичайно, що ми ж чітко не уявляли, що там буде, але заявки ми подавали на участь. Да, то так воно було. Через те, що заклад був наш пілотом в першій фазі роботи проекту.

[00:04:07] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Ага. Але чи були у вас якісь очікування, коли ви подавалися, коли приймали участь у праці?

[00:04:10] РЕСПОНДЕНТКА: Ні.

[00:04:11] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Взагалі ніяких?

[00:04:12] РЕСПОНДЕНТКА: Я не пам'ятаю, щоб були якісь очікування. Я просто розуміла, що це буде щось таке важливе. Можливо через те, що я чула, що були там якісь зимові школи, там якогось здоров'я, чи то громадського, те, що проводила Булавінова. Ось я туди теж десь пробувала подаватися, але ніколи туди не була відібрана. І я якось, ну, побачила о, а оце осіння школа. Думаю, ну напевно теж щось таке масштабне, там люди прикольні мають бути. Думаю, то треба сюди подаватися, бо це про освіту, то може у мене більше шансів. Ну, чітких уявлень на той момент не було. Більше того, я вже, якщо там будуть питання про школу, я і на цій школі мало що зрозуміла. Ну, знову таки, я буду потім пояснювати, це був такий вхід. Вхід в таке море медичної освіти, в океан, я б навіть сказала. І ти вже зараз, вже щось починаєш осмислювати, що було тоді, а тоді ти просто так, ти зайшов в течію, і тебе несе, і ти радий, що тебе кудись несе, а ти не стоїш на місці, да, а ти вже якийсь потічок потрапив і тебе вже з усіма понесло. Ось так десь.

[00:05:24] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Оце, до речі, дуже цікавий момент. Те, що ви кажете про те, що ви там і до цього подавалися на різні навчання. Тобто це в принципі, ну, вам було цікаво прагнути чогось нового і якось розвиватися?

[00:05:37] РЕСПОНДЕНТКА: Так, так, Таню. Я скажу про те, що я дуже хотіла десь брати участь у цьому. Я пам'ятаю, що відколи почалася реформа на первинці, це там же десь закрутилося, там вже 16 рік вже щось почалося робитися, 17 більше, 18. І все те, той двіж такий, який відбувався, він стосувався переважно, ну, практичної ланки охорони здоров'я. Це було не про освіту. І мені так хотілося бути учасником всіх тих змін, і я скрізь намагалася десь ну брати участь у чомусь бути дотичною. Але не завжди це виходило, бо знову таки, я не працювала на посаді лікаря. Да, ну, і я хочу бути чесною. І навіть зараз я кажу, що бути на 100% ти можеш бути або освітянином, або практикуючим лікарем, або в якихось співвідношеннях міксувати ці ролі. Але казати, що я і практикуючий лікар на 100% і на 100% роблю те, що роблять освітяни, які працюють з ВО, це анріал проти правил гри, які є. Тому в той час, знову таки, ну і працевлаштуватися було досить непросто до реформи. Ви розумієте, да, в Чернівцях це все коштувало великих грошей. Це теж причина, чого трошки з цим не склалося. Але про що я говорю, що я пробувала зайти і зайшла в таку штуку, яка називається "впровадження нової класифікації для сімейних лікарів" ICPC-2 "international classification of primary care" я туди прийшла. Я з Вадимом Вусом там познайомилася, оцим сімейним лікарем, який зараз такий, ну, в форматорі змін теж знаходиться. Я стала національною тренеркою, почала проводити ці тренінги для лікарів, навчати їх цієї класифікації, їздила по області. Ну, тобто десь біля 20 ще тренінгів я провела так, як волонтер, Просто, бо я, от мені подобалося, що я впливаю на щось, що я щось роблю. Була в нас ще оця асоціація сімейних лікарів всеукраїнська, не та, яка АСМУ, да, яка прогресивна де Заставний, Ходан, Вус, а там де покійна Лариса Федорівна Матюха. Туди ми теж їздили , бо кафедра мала дружні стосунки з Ларисою Федорівною і з тої асоціацією. Часом ми туди їздили на ті конференції, але там не було відчуття реформи. Там було відчуття

якогось такого застою, там все те, що було раніше, воно з конференції на конференцію переносилося. Якісь такі, дуже косметичні, консервативні там речі обговорювалися. Там часто приходила Голубовська яка з часом, я зрозуміла, що це взагалі людина, яку, ну, треба уникати і дуже тригерило коли ми я і моя мої колеги по кафедрі її там зустрічали. Тобто ті конференції, вони якось так втратили свою цікавість в наших очах, і дискредитували себе через участь оцих людей, які були противниками реформи, які вони нерозумні речі поширюють. Там так само цей Толстанов. …[оф зе рекордс] Тому я кажу, що в той час переважно рух стосувався змін на практичні ланці охорони здоров'я не в медичній освіті та все ж таки я себе більше ідентифікують медичну освітянка і тому саме участь у проекті і ця школа це було те, що от нарешті зміни дійшли до тієї сфери, в якій працюю. Я да де, як краще можуть себе застосувати? Ну. Якось так.

[00:09:31] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А я ще уточню у вас, а яку роль на той час ви в університеті займали? Тобто чим ви займалися?

[00:09:41] РЕСПОНДЕНТКА: Дай боже пам'яті. Ну фактично я вже була доценткою десь з 13 року, тобто я була доценткою кафедри сімейної медицини з 13 року. З 16 року я ще мала роботу за сумісництвом, я була заступницею директора коледжу з виховної роботи. Я 6 років тягнула це ярмо і десь уже в 22 я звідти успішно втекла, коли зрозуміла, що я змін не зроблю, що я просто цеглинка в ланцюжку, що насправді ніяких змін ніхто не хоче, всі хочуть лише показувати, що щось відбувається, фоточок і кількості заходів, і звітів паперових. І от, коли в нас були пертурбації зі зміною керівництва, я скористалася моментом, коли був в.о. і не сильно розумів, що відбувається, написала заяву і просто втекла, і перехрестилася. Тому, що то вже була нестерпна робота.

[00:10:34] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Дякую вам. Дякую, що згадали і поділилися. Тоді, ну із вступного таке все. І тепер я вже буду безпосередньо на вас нападать із досвідом участі в осінніх школах. Чи ви б могли, будь ласка, поділитися вашим досвідом участі в 2019 році і потім про 24 ще поговоримо. От ви вже ви вже казали, що отак, нічого незрозуміло, наосліп. Як це було?

[00:11:10] РЕСПОНДЕНТКА: Я в 19 році просто пам'ятаю, що ми прийшли, там було кілька локацій цієї школи. Було в наш університет палац академічний, був чернівецький національний університет, і ну оце вражало, що задіяно кілька локацій, не лише от наш університет медичний, а і класичний університет. Зараз, можливо, я розумію, що це десь теж, можливо, був якийсь натяк на те, що медична освіта має бути інтегрована з класичною, да, що вона може бути і в стінах класичного, частково щось може відбуватися, що можуть бути якісь такі горизонтальні взаємодії під час підготовки студентів. Можливо, така була задумка, не знаю. Ось. Було, я була дуже вражена спікерами, особливо Джанет Грант. Тому, що вона це така якась особистість, яка мене дуже вразила. По-перше, ну, я зрозуміла, що людина має дуже, дуже великий досвід роботи. Так, людина дуже відкрита в тому, щоб цим досвідом ділитися. Людина дуже вільна, вона вільна, вона незалежна. Вона говорить про те, що вона думає і не очікує, там, якогось схвалення. Вона настільки впевнена в собі да, що вона собі може дозволити говорити все те, що вона вже сформувала власним досвідом,

власним шляхом. Ну і дуже вона мені сподобалася чисто зовнішньо. Вона була дуже харизматична, дуже стильна. Я люблю людей, які дуже стильні, тому, що в мене не завжди так виходить, але я захоплююся тими, хто вміє от поєднувати і експертизу і отакий вигляд. Коли є оця консистентність, конкретність зовнішньої картинки і внутрішнього світу. Ну це просто для мене такий якийсь взірець, до якого йти і йти ще, і не факт, що прийдеш. Тобто Джанет дуже вразила. Знову таки, знання англійської в мене були якісь на той момент, я не пам'ятаю, здається бі один, у мене тоді вже було десь до бі два я доходила. Тому, можливо, щось я не сильно розуміла, хоч і були перекладачі, ну на вухах навушники, але ну, то трошки таке да, коли там якісь проблеми, сам перекладач може не сильно розуміти контексту. Ну воно трошки так, з перекладачем щось зрозумів, щось не зрозумів. Я розуміла, що те, що вони говорять, це щось таке що, ну, поки що ми не готові до того, про що вони говорять.Ось, і Вім Грот щось говорив, і Джанет говорила. Ну, тобто ми до того всього приходили вже десь через кілька років. Пам'ятаю, що Джанет говорила щось там про безперервний професійний розвиток, да. Ну для нас це вже аж пізніше трошки дійшла ця тема, що це таке, для чого воно. Ось, дуже я пам'ятаю і українських спікерів. Звичайно, що український було легше тоді сприймати. Був Лінчевський, була Совсун. Ну Лінчевський мені дуже подобався як спікер. Знову таки, я як та людина, яка підтримувала реформу, мені було дуже цікаво послухати його тут. Я прям знаєте, як учасниця якихось таких боїв, сиділа в залі і думала, от що зараз буде, зараз от як Лінчевський почне виступати, от як зараз людей буде плавити. От як вони будуть на нього реагувати. Бо мені ок, що він говорить, я якби на його стороні, але я ж знаю, що ці люди, які в залі, багато з них не сприймають його ідеї. Ненавидять його, грубо кажучи. І це просто було дуже і дуже показово, коли він проводив так звані дебати, я реально, я забула, з ким ті були дебати. Хто був в ролі іншої людини, не то Совсун, не то хтось іноземний спікер. От просто для мене настільки був яскравий Лінчевський, що хоча було 2 учасника в цих дебатах, але я пам'ятаю Лінчевського. Який наскільки стібався з системи медичної освіти, з того, як готують у нас наукові кадри. Ми просто вмирали в залі. Ми з моїми дівчатами з кафедри. Бо це реально була правда. І було дуже, дуже, дуже видно, як людей це дратувало, бо він просто говорив правду матку, а їх це реально плавило. Ну, до прикладу, він там казав, що коли вже всі написали дисертації по лікуванню гіпертензії, то ми будем писати дисертації по лікуванню гіпертензії у моряків, бо у моряків воно якось по іншому лікується, по іншому воно перебігає. Ну, це насправді так і є. І тому для мене от це було дуже, дуже таким. Тим, що я запам'ятала та про те, що ці люди, які були учасниками форуму, да, вони отак потихеньку, потихеньку виводили людей зі стану комфорту, да, вони змушували їх задуматися. Вони називали правду своїми іменами. Ну ті, хто був такої ж точки зору, їм це дуже імпонувало, що нарешті хтось говорить про це так, як воно є. Але реально велику частину залу, навіть адміністрації представників, вони просто тригерилися, да, вони вставали, брали мікрофон, вони агресували у відповідь, я пам'ятаю. Ну, от, було отаке на тій школі.

[00:16:46] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А якщо ще поговорить про цю взаємодію, яка тоді була взагалі. Чи учасники і учасниці вони якось більше відкривали, тобто їх

це тригерило, і вони відкривалися. І ви, наприклад, зайшовши, там, умовно кажучи, своїми уявленнями, своєю думкою, своєю, якоюсь, бульбашкою, чи ви зрозуміли, який спектр ідей сидить в залі? Тобто, чи всі висловилися, і які були основні точки напруги? Що найбільше всіх тригерило? Хто не погоджувався?

[00:17:22] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, якби, я і до того розуміла, хто про що в залі може говорити, бо я в цьому середовищі працюю, і я розумію, що всі були, ну, реформу мало хто підтримував. До того до нас приїжджала Уляна Супрун теж на зустрічі. Я пам'ятаю, як на цій зустрічі теж на неї нападали дуже, дуже багато учасників у залі. Було нерозуміння для того, що вона говорить. Пам'ятаю, що я давала їй питання, да, про ці гроші за пацієнтом, і ніби я дала їй нормальне питання. І вона можливо побачила, що є люди, які нормально сприймають її ідеї про реформу. Тобто я розуміла, що буде такий конфлікт, тому, що ті люди, які там були, ну я знала, які ідеї в їх голові. Я не впевнена, що вони всі висловилися, але принаймні ті, хто вершиння адміністрації, да, вони мусили показати перед колективом, який такої ж думки, та частина. Вони мусили показати, що ми от тут зараз дамо здачі, ми не будемо так просто це слухати і мовчати, да, у нас є аргументи сказати у відповідь. Тому відповідно то да, наш ректор тодішній, якісь професори вони брали мікрофон і ніби там давали аргументи у відповідь. Ну, вони такі собі були ці аргументи. Але вони мусили тримати марку, да, мусили показувати, що вони все ж таки мають експертизу, і що вони більше розуміються на тому, а це якийсь вискочка прийшов тут, нам щось починає говорити неправильне. Ось, ще на осінній школі цій, ну, знову таки середовище і меблі, дизайн, це ж теж те, що каже Тетяна. Воно теж впливає на всю цю атмосферу освітню, яка є в тому числі на школах, тренінгах. Я теж дуже-дуже пам'ятаю, що мене вразило, формат проведення всіх оцих зустрічей в нашому палаці академічному. У нас фактично сцена так на підвищенні, ну і люди внизу да в залі сидять на стільцях. То деякі зустрічі, ну, вони були на сцені, але вони не були в такому форматі, як раніше у нас було прийнято, що доповідачі сидять за столом, і стіл устелений плюшевою скатертиною, і доповідачі за столом. Вони сиділи вільно, да, вони сиділи там чи напів колом, чи там по двоє сиділи, коли там Джанет була з Віктором Артеменко. Тобто були зруйновані оці бар'єри у вигляді столів, там, да, ще чогось між залом і цими спікерами. Якісь сесії взагалі спустилися вниз, тобто під сценою вже стояли стільці, да. Тобто оце спілкування без перешкод, очі на рівні очей, так. Відсутність штучно створеного оцього бар'єру, що я отут спікер, доповідач, я маю бути по замовчуванню у вищій позиції, да, а ти той, хто слухає, сидиш внизу, бо ти слухаєш. Ні, тут були створені всі умови для того, щоб відчувалося, що ми партнери заходу, так. Одні, доповідають, інші слухають, можуть дискутувати, задавати питання. Ну, це було дуже-дуже. Це вперше я побачила такий формат закладу, де було організовано простір в той спосіб, який підкреслював оцей принцип рівний рівному. Оце вперше я тут побачила, тому, що це було прямо здизайновано таким чином, щоб ти не відчував вищості того, хто до тебе приїхав, а ти відчував оцю рівність. І це прям, я така думаю, ого, нічого собі, вони тут придумали, ну, тут так не прийнято. Тут прийнято за трибуною, але вони собі це дозволили, да, і мені дуже імпонувало, що цей форум і люди, які організовують, вони собі дозволяють бути такими. Ну,

не такими, як ми звикли, так. Що це не про ієрархію, а це про оцю горизонтальну взаємодію. І от це дуже считувалося і це те, що мені прям так імпонувало, що я прямо цього чекала, такої взаємодії. Хоча по контенту мені не все було понятно, чесно. Я в той час реально. Як на оцій останній осінній школі хтось запитав, а в чому різниця між курікулою і силабусом да, і ну, я вже трошки посміялася. Думаю, ого, приїхали. На першій школі я така сама була. Я теж не сильно розуміла різницю між курікулою і силабусом. Більше того, для мене ці два слова були незрозумілі. В нас вони не вживалися, в нас була освітня програма, і там робоча навчальна програма. Слово силабус у нас було чужорідне слово. Як і курікула.Тому, ну, це про те, що по контенту багато чого для мене було незрозумілого. Але я відчувала, що ті ідеї вони є свіжі, і що вони, ну, що нас уже занесе в реалізацію до цих ідей десь трошки пізніше. І була якась така довіра да, що цим людям можна довіряти, і цю довіру вони сформували тим, що знову таки, вони створили оце середовище, де ти не відчував ієрархії. Що для того, щоб щось говорити, ти маєш ще дорости. От у нас завжди був цей принцип, щоб отримати грамоту - ти маєш спочатку захиститися, щоб щось там сказати - ти маєш дорости. І от ти можеш робити купу хороших справ, але якщо ти якихось формальних досягнень не здобув, тобі зась, да, кудись до когось. Тому, що такі правила от, і ти їх не можеш порушити. Це дуже бісило завжди. Тут такого не було, да. Оце був цей розрив шаблону цього існуючого.

[00:23:32] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Дякую вам дуже, що поділилися. Ви сказали, що багато чого було незрозуміло, але, що ви відчували, що це свіжі, ідеї, вони такі прикольні. А чи були якісь ідеї, чи якісь формати, чи якісь теми обговорень, які були, можливо, зрозумілими або незрозумілими, але які викликали трохи дискомфорт, чи якесь не сприйняття?

[00:23:39] РЕСПОНДЕНТКА: У мене особисто? Мені здається, що в мене не було несприйняття. Мені було цікаво і от, я кажу, я якось мала якусь таку, стовідсотковий оцей кредит довіри, і я розуміла, що якщо я щось навіть не розумію, то все одно вони говорять щось правильно, бо я почала довіряти зі старту, да, всім тим людям, які були на цій школі. І я розуміла, що оце я знаю, що Лінчевський говорить. Да, я з цим зустрічалася, він говорить правильно. І те, що вони нервуються, да, це підтверджує те, що він говорить правильно. А те, що говорили інші спікери, я, можливо, не розуміла, але я знала, що я їм довіряю. Ну, значить отак воно і є, ну бо якийсь секрет довіри, такий був всеохоплюючий, да, я його не ділила тоді. Ну знов таки, це багато років вже пройшло, шість років. Як то кажуть, в мене є така подруга і каже, я забула, що я вчора їла, а ви мене питаєте за шість років. Тому я лиш такі якісь загальні речі да, оте, що я відчувала я пам'ятаю, да. Отой стан такий, да, піднесений, відчуття чогось нового, да. То оце я пам'ятаю. І з чим це було зв'язано, але от детально. Можливо, треба було би переглянути тоді якісь ще мені, підготуватися. Подивиться, що там було в записі, але то трошки штучно. Це вже було би штучно.

[00:25:14] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Ні, ні, навпаки. Мені ж треба з вас знять те, що залишилося на сьогодні. А по залу. Якщо якісь такі теми, які викликали найбільше суперечок, чи якогось напруження і нерозуміння, що це, що це були за теми чи формати роботи, тоді, на школі?

[00:25:36] РЕСПОНДЕНТКА: Дратувала насамперед оця постать Лінчевського. Скрізь, де він був залучений, там, мені здається, була найбільше, така, точка кипіння. Просто він, як особистість, да, він уже просто, що б він не говорив, це вже було ось так. Була Младена ще так само. Десь Младена щось теж говорила. Мені здається, що всі ті, хто були дотичні до Уляни, да, то вони були в такому вже фокусі, такого несприйняття тими людьми. Тому, що вони ніби представляти команду Уляни. А я пам'ятаю, що я навпаки до неї підійшла, щодо Младени. Ще подякувала їй за протоколи ДуоДецим, що вона над цим працює, бо я знала, що вона розробляє юридичну частину цієї проблеми, розробляла шляхи, як використовувати ці протоколи. І Младена, така, теж була закрита, тоді, вона теж так, типу, може думала, хто це, чого до мене йдуть? Ну, саме постать Лінчевського, те, що він говорив. Він десь говорив про те, що наша медична освіта не готує належним чином. Да, і це, відповідно, теж дуже-дуже тригерило. Ну як це, ми ж готуємо кадри такі висококваліфіковані, да. А він казав, що ні. Тоді він говорив ще за оці іспити, за IFOM, да, за ось ці штуки теж дуже тригерило людей. Тому, що, ну, для того, щоб готувати студентів до цих міжнародних іспитів, має ж бути програма належним чином, зміст освіти перебудований має бути. Ну, але це ж треба кардинально міняти все. І саму програму, і уже освітні компоненти треба повністю переробляти, і форми, і методики навчання. Ну, це все треба ламати і все міняти по новому. І тому, коли він лиш починав говорити теж за ці IFOM, за те, як там погано склали наші студенти його, що це свідчить про той рівень підготовки, про систему освіти це дуже, дуже, дуже викликало такий великий супротив, наскільки я пам'ятаю. Оце дві речі, да, от за ці іспити, і за оті наукові роботи, за кандидатські. Ну оце найбільше я запам'ятала, що було отакі, прям, точка кипіння.

[00:27:59] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Що наче пройшлися по всій системі і наче, що вона. Дуже цікаво. Що по 19 року? Ну може ще будемо до нього повертатися, але загалом я би попросила тепер вас згадати про участь вашу в 24 році, і розказати про досвід участі вже у другій осінній школі. При цьому порівнюючи, співставляючи, да, і з тим, що було в 2019 році.

[00:28:02] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, я вже сказала, да, що для мене ці дві школи це як можливість порівняти себе, да. Версії шість років тому, чи п’ять років тому. І теперішній, да, і оцінити оце власне зростання, оцінити той шлях, який я пройшла за цей час. І нібито здається, що всього навсього там п’ять років. Але ну, це дуже-дуже великі зміни. Це дуже велика праця і великі зусилля, які прикладені були і з мого боку, щоб чогось навчитися, щось перейняти, і я оцінюю, як багато вклали в мене, як багато мені дали можливостей для того, щоб все це відбулося. І осіння школа це лише така точка, коли ти оцінюєш, да. Оце, коли індикатори збирають, да, якийсь період збору індикаторів в проекті. То для мене осіння школа це той момент, коли я можу власні якісь індикатори, да, по собі збирати, да, й порівнювати там достовірно помінялося, недостовірно. Ось, спікери були схожі, да. Ну, багато хто брав участь удруге. Та ж Джанет той же Вім Грот. Звичайно, що сприйняття їх було уже, ну, зовсім інше. Я вже знала, що таке силабус, що таке курікула, звичайно. Я вже слухала Джанет, ну, розуміючи, про що вона говорить. Вона говорила про студентоорієнтоване викладання, да, і мені

було дуже теж на цій школі. Почути від неї було дуже цінно, коли вона сказала, що немає ідеальних освітніх програм, немає якихось ідеальних підходів в освіті, завжди потрібно враховувати власний контекст. Ось, це те, що мені дуже-дуже імпонувало. Дуже-дуже відгукнулося, тому, що часом, коли я щось створювала, ну, в рамках своєї дисципліни, якийсь там підхід до чогось до, зокрема, симуляційного навчання, мені казали, так не буде робити. Тобто, по правилах так не добре, в тебе забагато пунктів у чек листі, ти не можеш грузити комунікативні навички з жорсткими в один сценарій. Ну, були такі на місцях люди, які ну, так підрізали мені ці крильця, і казали, що воно недобре. Але в мене якесь було таке внутрішнє своє переконання, що чого я маю слухати, що було? Я бачу що воно, ну, релевантно воно підходить студентам, і що це те, чого бракує. Якраз на моєму курсі, на цьому етапі освіти. На шостому курсі у студентів нема можливості скласти все докупи, побачити цілісну картинку як має бути на консультації. Чого я постійно маю їх вчити окремо, якоїсь навички, або окремо щось говорити. Чого я не можу це співставити все разом, бо вже у реальному житті у них буде все разом. І відповідно, коли я це почула, я прям так думаю, о так вона ж про це і говорить. Що ти маєш все одно розуміти той контекст, який є в тебе і не сліпо копіювати те, що робиться в інших країнах, там, в інших місцях. Тому це мені дуже-дуже сподобалося. Це є чесність, що вона сказала дуже ще так цікаву річ про студентоорієнтоване навчання, що часом це сприймається як те, що студенти мають сказати, що вони хочуть. А вона каже, студент не може знати, що йому потрібно для того, щоб стати хорошим лікарем. Все одно цей процес на вас. Да, в який спосіб ви вже забезпечуєте, щоб це було без тиску, щоб це було цікаво, інтерактивно, да, це вже на нас це завдання. Але не перетворювати студентоорієнтоване навчання в таке кероване студентами процес, бо він може завести зовсім не туди, куди ми хочемо, щоб це завело. От, Джанет була, саме оце мені запам'яталося, що враховувати треба власний контекст, і можливо, щось, що ти створюєш це якраз те, що треба, да, і не треба прям абсолютно всіх рамок, шаблонів дотримуватися, які були до того, в інших країнах, і не пробувати нічого нового. Можливо якраз ти зробиш те, що буде найкраще для твоїх студентів і для того часу в якому ти знаходишся. Можливо, це буде саме те, що треба. Ось, тому Джанет, да, це моя любов на цих форумах, як людина, яка така, дуже-дуже чесна, да. Вона не грає роль, да, якоїсь там експертки. Вона говорить про те, що є якісь такі речі, які може і неприємно почути, але вона їх озвучує. Ну от мені дуже імпонує її оця відвертість, і вона собі може дозволити, тому, що вона має величезний досвід. Вона може дозволити говорити і про якісь невдалі моменти, да, в її роботі, і так само говорить про те, що вдалося. Але мати оцю свободу до висловлення, коли ти маєш отакий великий життєвий шлях, да, це дуже-дуже цінно таку людину слухати. Яка от, не лише успішний успіх, да, генерує, а яка говорить честно, да, про те, як воно буває, да, про всі ці плюси і мінуси. Ось, це про цю школу. Хто ще? Дуже мені сподобався Михайло Винницький. Я коли дивлюся, да, теж, він говорить про системні речі, так, в освіті. Він говорив про цю проблему з кількістю потенційних, ну, це негарне слово для суб'єктів освіти, він говорив про те, що про динаміку, так, яка спостерігається в Україні. Про те, що мала кількість студентів, да, і далі цей процес буде поглиблюватися. Що

потрібно думати про об'єднання закладів вищої освіти, а це теж дуже непопулярна ідея. Думаю, якби він зараз з цим приїхав, десь, в заклад медичної освіти наш, то знов зустрів би опір, так. Ну, поки, що не йдеться про об'єднання у нашому місті, нібито, за їх концепцією в нашому місті мали б зберегтися і класичний університет і медичний. Але разом з тим, якщо ситуація демографічна, да, буде, ну, вона не буде покращуватися, ми ж розуміємо, да, прогнози. Рано чи пізно ми до того дійдемо, що забагато університетів, студентів замало на цю кількість, і потрібно буде щось робити, щоб стіни просто не стояли, да, стіни потрібно утримувати, персонал потрібно утримувати. А те, якою ціною це утримується, теж уже не влаштовує тих людей, які працюють в цих стінах, да. Тобто кількість, оце розмазування грошей, да, тонким шаром по всіх. І відповідно, воно впливає на те, що люди тікають, да. Той рівень оплати, той рівень ставлення він не задовольняє багатьох людей. Тих, які не почуваються оціненими, да, в цих стінах. Тому він говорив про важливі речі, він чесно теж про це говорив. Знову таки, на цій школі не була така велика кількість мого університету, а ті, хто були, я думаю, це переважно ті, хто розумів цю точку зору. Тому оцінити, як вони реагували я не можу. Думаю, що їм відгукнулися, тому, що це були такі люди, які в принципі вміють проаналізувати дані, да, і адекватно на це реагують. Тому, коли слухаю Михайла, розумію, яка ноша на ньому велика. Що робити системні зміни це дуже невдячна річ, да, що ти це робиш ціною власної репутації. Як до Уляни ставилися, да, ну, людина, яка робила хороші речі, її там обзивали по різному, чіплялася до зовнішності. І ти коли дивишся, да, на таку реакцію суспільства, ну, десь тебе це може стримувати, да, від аналогічних кроків.Ти розумієш, що це ніхто не буде цінувати. Навпаки тебе знищать, а популіста, який буде обіцяти якісь легкі шляхи, що все збережемо, збережемо всю структуру, збережемо всіх кадрів, нікого не будемо скорочувати, да. Отакі популісти дуже відгукуються у простих людей, які, ну, не вміють думати, не вміють аналізувати, від цього дуже-дуже сумно. Ось, тому Михайло теж дуже запам'ятався. Знову таки, дуже хочеться якось його підтримати, бо мені завжди дуже-дуже імпонують люди, які мають оцю сміливість робити непопулярні речі, ціною власного часу, здоров'я, репутації. Але це викликає, ну, захоплення і таку вдячність. І це буде оцінено з часом лише звичайно. Цим поколінням навряд чи це буде оцінено.

[00:37:48] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А от я почула від однієї з організаторок осінньої школи думку про те, що коли проводили першу осінню школу, хотіли просто ознайомити із загальними концептами. Запустить, скажем так, рибу у оце озеро медичної освіти, і показати якісь основні штуки. Не тригерить. А от на другу школу, коли всіх збирали, то однією із задач було уже затригерить, і от піти в глиб, і якось за це. І ви відчули, що це так чи ні?

[00:38:15] РЕСПОНДЕНТКА: Як на мене, просто ті люди, які були відібрані на другу школу, да, вони за своїми цінностями вже були такими, які не тригерилися на ці речі, про які там говорили. Це ж підбиралися люди, писалися мотиваційні листи. І можливо, треба було інші критерії включення в цю школу брати, да, тих хто написав якісь там дурні відповіді, там, про проблеми в медичній освіті. Ну, там, якщо це було, це питання, там, наприклад, назвіть

проблеми медичної освіти. Ну, і якщо хтось написав, нема грошей, то треба було його включати в осінню школу, його би тригерило, да те, що, там говорять. Я думаю, що все ж таки, таким чином були відібрані учасники, які, вони вже не мали тригеритися, тому, що вони були носіями теж тих ідей, які вже на сцені збиралися у вигляді промов цих спікерів. Ці учасники вони ж, більшість їх пройшли багато заходів від проекту, так, і якусь там школу фасилітації, і групи рівних, і зворотній зв'язок, і десь ми писали якісь книги разом, і десь зустрічалися на кількох стратегічних, там, таких сесіях з Матвієм. Ну, теж можна перераховувати, що було. Багато було чого. І якісь там уже конгреси тих фасилітаторів пізніше. Тому, мені здається, що ця ідея, вона була утопічна з самого початку. Бо люди, які туди поїхали, вони, на мою думку, вони б не тригерилися, а навпаки би погоджувалися якраз з усіма тими ідеями, які звучали зі сцени. Ну, дайте згадаю, що там ще говорилося. Ну, можливо, оця була тема про університетські лікарні, да, міністерство говорило про університетські лікарні, були представники про те, що у львові запустили таку модель. Ну, і наприклад. Можливо, мені треба було б тригеритися на це, бо знаючи з моєї магістерської програми, у нас Павло завжди говорить про це, що студенти мають навчатися не в іграшковій лікарні, а у справжній лікарні. А університетська лікарня це іграшкова лікарня, насправді, да, це така штучно створена для працевлаштування освітян така лікарня. То можливо, треба було на це тригеритися, ну я не тригерилася, а задавала питання, яким чином туди інтегрована первинна медична допомога, бо лікарня це лікарня, а первинка це не про лікарню, це там пробула амбулаторію, про центр помста. Я задала питання, мені сказали, що це передбачено в моделі, типу, все нормально, що нібито це враховано. Але, ну, не знаю, чи воно буде працювати. І якщо б мені зараз ще накидали 500 декларацій, то я б вже просто звільнилася і кудись пішла, бо це вже просто, ну, нема ресурсу на це. При тих умовах, що є зараз, ще там взяти працювати по деклараціях, це вже лікарі, які просто працюють в цій сфері, не витримують з цими змінами від національної служби щоденними, да, способами верифікації тих пацієнтів. Вони вже займаються не стільки клінічною роботою, скільки з адміністративною. Да, тому це просто нереально. Але то було лише один з елементів школи, так, і я ще так думаю, ну, до нас доки дійде, може не дійде, то я не сильно тригерилася. Але, да, це з такого ще, що можливо я, ну, що в мене не дуже відгукується ці всі університетські лікарні, бо в нас структур і так повно. В нас вже скільки цих стін, в нас людей не хватає, да, на ті стіни, там, де ці стіни в кращому стані, ніж оце створювати якісь ще додаткові установи. У нас тут дуже люблять в країні, часом, плодити структури. Структури і керівників цих структур. Замість того, щоб якось оптимізувати процеси в існуючих закладах. Нема, нема, давайте щось, додатковий пакет створимо для ветеранів, да, ну то для чого це створювать додатково? Хіба не можна в рамках того, що є надавати послуги? Ну, то таке штучне, ну, показати роботу, додатковим пакетом, додатковим там якимось центром життєстійкості у громаді. Ну таке.

[00:43:04] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Да, дуже цікава думка і дякую, що поділилися. І оце, да, те, як думалось з боку організаторів, і те, як воно сприймалося на місці, також цікаво, як ці перспективи співставляються. А загалом, як ви думаєте, набір

другої осінньої школи таким чином, що люди зібралися, які вже дивилися в одному напрямку і мали одні цінності, це просто результат кращого відбору, чи це результати того, що за п'ять років сильно помінявся горизонт, і загалом, що сильно помінялися люди в принципі, і було більше з кого вибирать, скажем так.

[00:43:53] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, я думаю, що це результат. Оці учасники це результат отої кількарічної роботи проекту. Тому, що на цій школі, на відміну від першої, тут вже був інший склад учасників. Якщо на тій першій були лише медичні освітяни, то тут були і студенти, і інтерни, і медичні сестри, якщо я не помиляюся, і лікарі, так. Тут значно різноманітніша була аудиторія. Єдине, що я вказала, що, ну, трошки було мало простору для взаємодії нас. Ми все одно тими бульбашками своїми сиділи, освітяни з освітянами, лікарі з лікарями. Хоча дуже хотілося, щоб нас вимішали. Тому, що коли ми отак змішуємося, ми чуємо проблеми один одного, і десь воно народжується щось хороше в таких умовах. Були якісь у нас там воркшопи такі паралельні, але там програму диктували спікери, і воно було по порядку дня спікера, да, та взаємодія, а саме хотілося от би так обговорити, що їм бракує, да. Ми би сказали, чого нам бракує. Ось, в такому плані, да, там з студентами тими ж побути, з інтернами, з лікарями. Потім я бачила, що подібний захід уже був у Львові, да, там, де зустріч була освітян, практиків і студентів. О, це було саме то, да. Але я чогось цього чекала на цій осінній школі, що це буде тут, якась така сесія, де би ми могли таким чином об'єднатися, але видно, що по часу це було тумач для школи, що такий формат зробити. Да, я думаю, що ці учасники, це був результат проекту, його впізнаваності. Ну, зараз уже, здається, що коли ти кажеш Україно-Швейцарський проект, попри те, що їх є багато в Україні, да, і треба розшифровувати, що це розвиток медичної освіти. То більшість людей думає саме про цей проект, а не про якийсь інший там, да, Україно-Швейцарський. Він пізнаваний, він уже багато чого запустив. Я думаю, що, насамперед, це оцей вдалий дуже напрямок групи рівних, який вистрілив найкраще серед лікарів і медичних сестер. Серед освітян воно не пішло, не отримало такої підтримки. Ну, я говорю про свій ЗВО. Бачу, що в Тернополі вони роблять, але, ну, крім Тернополя, не впевнена, що десь в медичних ЗВО групи рівних мають, ну, таку сталість, да, в своєму розвитку. У нас вони не пішли, тому, що в нас не було такої якоїсь підтримки з боку адміністрації. Заглохло на тому, що ми не отримали підписаного положення про ці групи рівних, і відповідно без юридичної підтримки, ми навіть не могли якось почуватися легально, да, в цих ролях, під час цих груп рівних. І додався ще фактор не вмотивованості самої групи. Було відчуття, що ти їм винен, що ти маєш їх забавляти, що це, ну, твій клопіт постійно думати над спікером. І зрештою, там фокус на інших речах важливих. Воно все так склалося, що ці групи як народилися, так і померли. Як то кажуть, недовго жила ця ідея у нас, і напевно, що поки що немає сенсу її відроджувати, доки не буде більшої кількості тих, хто готовий включитися в цю роботу. Таке, у нас з'явилися інші формати вже навчання освітян університетів. Найбільш популярні, вони там якусь прибутковість за собою можуть вести на наступних кроках. То у фокусі, то зараз я бачу популярно. А групи рівних воно щось таке, непонятно було для нашого керівництва, на мою думку. Да, тому до питання, чому там були такі учасники?

Це я, думаю, завдячуючи роботі Україно-Швейцарського проекту, тому, що це багатовекторна робота, багато напрямків, які сфокусовані на різні цільові аудиторії, да, і саме ці люди, які вже пройшли свій шлях через заходи проектів, вони вже були на цій другій школі. І тому вони не тригерилися на мою думку. Ну, принаймні для мене не було видимим. Можливо, десь там трошки щось точковий і було, але це було так, дуже, дуже лагідна тригеризація, якщо це було, або я неуважна була, не знаю, я не помітила.

[00:48:35] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Ну, але загалом оці зміни, які несе проект, і взаємодії людьми, і загалом в систему, чи вони помітні, на вашу думку, на системному рівні більшому? Тобто ну, тому, що завжди є, наче як оцей ризик, не те, щоб гетоїзації, але ну ви розумієте, що наче ми знаходимо людей, які з нами погоджуються, ми закриваємося з ними. Продовжуємо працювати тільки з ними, і співпрацюємо тільки між собою, і система залишається десь за бортом. Як ви думаєте, чи це так працює, чи всеодно ось це коло, воно починає змінювати і систему навколо себе?

[00:49:23] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, мене навчили того на магісерці, в тому числі, що не можна робити висновки без даних, да. Треба зібрати дані. Але чисто по відчуттях, там, і по спостереженнях особистих. Ну, до прикладу, ті ж групи рівних, да, я бачу, як це починалося там, з якоїсь маленької групки, да, з якогось там першого набору тих фасилітаторів. Потім пішли, потім я написала комент, що, а для освітян, а написали, а буде і для освітян. Освітян навчили на фасилітаторів. Почалися там групи рівних. Потім я бачу знов набір на групи рівних для лікарів, медсестер, і от так бачу, що популярність груп рівних, саме для лікарів, медсестер, вона дуже, дуже висока, тому, що по-перше, ну, знов таки, можливо це моя бульбашка. В мене в фейсбуці, на моїй сторінці постійно, да, шо то там ці лікарі зібралися, то Лемешко зібрала, то Гібескул, то ше хтось. У них оці групи рівних, постійно ти бачиш, що воно робе. По-друге, ми бачимо, що пішли зміни на системному рівні, щоб групи рівних, вони уже представлені як захід, безперервного професійного розвитку, да, що це внесено було в наказ, що вже положення з'явилося, так, уже зараз, десь недавно з'явилося положення про групи рівних. Тому це вже принципі про системний вплив, да, тому, що от воно вже є, воно вже легалізовано. Вже таким чином люди можуть напрацьовувати. Більше того, це не лише про первинку. Я бачу, що, ну, на моїй магістерській програмі є лікарка стоматолог Наталя Мільцарик, вона теж зацікавилася цим форматом. І питала мене каже, як ти думаєш, мені можна? Кажу, ну напиши Короленко, запитайся. І я так розумію, що вона пройшла це навчання, що вже і в стоматологів зявиться такий формат взаємонавчання. Тому, як то кажуть, попри те, що нібито воно було з маленького якогось такого потічка, да, але ти бачиш, що воно проникає, да, в якісь усі щілини. Туди, туди, туди. Ну, те, що ця спільнота зростає. Я думаю, що це можна оцінити та, за п’ять років, що було на старті, що за п’ять років. Думаю, що тут є оця зміна. Зокрема, на прикладі оцих груп рівних. Якщо говорити, ну про щось інше, зараз я подумаю. Про що ще можна говорити? Ну, про той же компетентнісний підхід, да, про нього стали більше говорити. Тобто, вийшла книжка, да. Ця книжка, вона така фундаментальна. Багато чого, що робиться зараз в проекті, ну, якихось там тренінгів, якихось нових

напрацювань, да, часто лікується з тим, що є така книжка. Да, що ось, це компетентнісний підхід. Тобто, ну, що робить класного проект, він коли створює якийсь продукт, він його створює не для кількості, а для того, щоб це була якась така цеглинка, яка би підтримувала якісь подальші надбудови. Да, от щось створилося, да, і воно вже стає фундаментом для чогось іншого. Ну, там, в тому числі, там, якихось нових вже ідей, залучення інших партнерів. Це вже таке, забігаючи наперед.

[00:52:44] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А ви вже почали говорить про післядію, скажем так, і розказали історію з групами рівних, що вони народилась, да, ця ідея, а потім воно якось відійшло. Що ви ще принесли зі школи в свою практику? Що ви ще намагалися впровадити, чи змінить у себе на місці, і чи це вдалося, чи не вдалося? І, власне, чому, да, чи там ви розчарувалися, можливо, в чомусь, що намагалися зробить? Як от загалом ваше самопочуття на вашому місці, і ті речі, які ви приносите, да, змінилися зі школою.

[00:53:25] РЕСПОНДЕНТКА: Саме зі школою медичної освіти, чи взагалі з участю у проекті?

[00:53:30] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Давайте про школу поговоримо, безпосередньо, як про випадок.

[00:53:34] РЕСПОНДЕНТКА: Просто у мене, ну, часом, я вже не пам'ятаю звідки то. Чи то зі школи, бо на школі, зазвичай, обговорюють якісь ті активності, які були в проекті. Ну. Фактично це треба говорити про те, що було на першій школі, да, якщо про якісь впровадження, того тут трошки важко. Тут просто, якщо говорити про першу школу, то це саме про оцю партнерську взаємодію, да. З ким би ти не працював, ти маєш вибудовувати не якісь ієрархічні стосунки, а оці партнерські стосунки. Тобто це відбивалося на взаємодії зі студентами, в тому плані, що я продовжувала працювати за тою моделлю, де я була не домінантою, не патерналістськими оцим викладачам, а викладачам, який говорить, що в мене своя робота, у вас своя робота. Ми маємо працювати на принципах довіри, поваги, так, але це не означає, що я там вища за вас, ви нижчі. Бо студенти дуже часто на шостому курсі говорять про те, про цю ієрархію, про важливість ієрархії. Між лікарем, медсестрою, санітаркою, і переносяться так само на викладача, на студента. Тому, знову таки, якщо говорити саме про осінню школу, то це про оці стосунки партнерські зі студентами, да. Про те, що я це продовжувала робити, не перейшла в табір тих, хто носить високі шапки, вимагаються від студентів. Але якщо говорити, ну, мені дуже важко розділяти взагалі все те, що мені дав проект, і окремо школу осінню. Бо, ну, я не хочу знецінювати якісь окремі, да, там, тренінги і заходи. Хоча, якщо у вас магістерка саме про школу, тоне варто відходити. Ну, давайте так. Якщо ми говоримо, ще за ту першу школу, оце питання, да, що ти щось робиш, то для чого ти це робиш, да. Щоб воно, відповідь для себе, да, якщо ти це робиш для якоїсь галочки, да, це одне, ну, бо так вимагається, якщо це щось ґрунтовне, то треба детально пропрацьовувати всі моменти, і розуміти, що, ну, яка відповідальність на тобі лежить, якщо ти робиш це для чогось майбутнього. Але взагалі, то більшість моїх провадженнь це стосувалися, от, навчання по зворотному зв'язку, да, в нас на кафедрі це обов'язково стало, я запровадила гугл форми. Студенти на старті дисципліни, ми

збираємо очікування, там навіть таке маленьке робим дослідження. Типу, ставлення до дисципліни, до фаху, потім після дисципліни порівнюємо, да, як впливає наш курс на ставлення до професії. Ну, бачимо, що гарно впливає, що достовірно підвищується, це проміжні результати, але достовірно підвищується сприйняття їх фаху, саме завдяки тому, що вони чують інші речі, бачать інші речі на цьому курсі. Тому зворотній зв'язок це такий дуже, дуже важливий мотиватор змін. Ну, ми читаємо, що там пишуть, зазвичай якихось таких кардинальних пропозицій немає. Бачу, що гарний зворотній зв'язок всім викладачам, переважно, бо в нас спільна форма, та, ми можемо зайти, почитати один про одного, що пишуть. Ось так, тому. Є, звичайно, там студенти, які, один там зі ста, який напише "не потрібний предмет, марна трата часу". Це означає, що дуже важко людину за два тижні на шостому курсі, да, поміняти, якщо до цього людина зневажала, да, все те, що нижче там нейрохірургії, кардіохірургії, хірургії і так далі. Це зі студентами, які орієнтовані на хірургічний фах, трапляється частіше ця історія, що вони не сприймають предмет "сімейна медицина", фах сімейного лікаря, оце зневажливе є відношення. Тому, ну, так і таке буває, ось, зворотній зв'язок. Далі у нас дуже багато інтерактивів, так, я не можу сказати, що прямо оце школа вплинула, да, хоча, зараз так, якщо подумати ретроспективно, отой інтерактивний формат, який був на школі, да, не вийшов лекцію прочитав, а якась взаємодія з залом, да, була. Там, можливо це теж можна сказати, що вплив школи в цьому був. Що робота з аудиторією, так, це не монолог, це діалог, це дискусія, і в цій дискусії можна якраз дійти там до якихось висновків, так, або можна якісь больові точки, нащупати і зрозуміти, що потрібно дальше пропрацьовувати. То можливо, так опосередковано це теж можна пов'язати зі школо медичної освіти. Так само, ми намагаємося по можливості, теж ті меблі якось тасувати в аудиторії. Да, от, якщо так звернути увагу, що оце фізичний комфорт, розташування меблів грає роль, ми теж, якщо в нас аудиторія дозволяє, то ми стали ставимо там літерою П, або взагалі без столів. Хоча, ну, у нас трошки проблема з цим зараз. Але якщо можливість є, то ми намагаємось, да, оцей безбар'єрний, да, таке робити середовище, бо воно теж впливає, теж студенти часом не розуміють, що це їх розсадили кружечком і викладач сидить там біля них, як ніби на якомусь сенсі психотерапії, а не за столами вони там заховані, кожен окремо. Ну, це якщо так трошки, вже паралелі провести, хоча, я для себе не співставляла, що це прям вплив осінньої школи, да, але якщо зараз так подумати, що було там, і що є в моїй роботі, то, можливо, це я підсвідомо десь перейняла і звідти.

[00:59:29] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Ага, а чи були якісь речі, які ви хотіли зробити або починали робити, але вони не пішли, ну, або просто там, ви, наприклад, розчарувалися, і такі ой не, ладно, я це робить не буду, всьо, до побачення.

[00:59:42] РЕСПОНДЕНТКА: Оце переважно оця осіння школа, господи, група рівних, та, що я робила дві спроби спочатку з одним набором учасників. Потім побачила, що, знову таки, там не було великої мотивації. Потім я переформатувала цю групу лише до кафедри, що нібито група ця, рівних, суто для учасників кафедри. Вона зменшилася, але це не вплинуло на мотивацію людей, які були в групі взагалі. Тому, що ті, які були активними в першій групі, так вони і були активними, зробили свої якість доповіді. А ті, які не були

активними, так і далі нічого не робили. Там в телефоні навіть могли сидіти, коли їм щось розповідали, і це наскільки було, якось так, нам неприємно, і ти зрозумів, що, ну, не варто Люди ще не готові. Ну, як то кажуть, є таке прислів'я, що коня можна привести до річки, да, але ти не можеш заставити його пити воду з річки. Оце таке було відчуття, що, ну, треба злізти з цього коня, ну, тому, що в тебе ресурсу не так багато. В тебе багато різних, там, напрямків, і лиш для того, щоб поставити галочку, що ця група рівних не вмерла. Ну не варто, стільки ресурсу вкладати, да, в оцю нежиттєздатну групу. Ну, так сталося, воно не пішло. Значить, можливо, все ж таки для освітян це не зовсім той формат. Або це суто для освітян нашого ЗВО в тернополі, знову таки, я бачу, що воно є. Але, ну, це можливо якраз зусиллям, і надзусиллям саме тих фасилітаторів, да. Які роблять колосальну роботу, які, може, ну, не можуть собі дозволити, да, злізти з того коня, бо знову таки, ти бачив, що це. Саме та Іра Боровик, да, вона там, та Софія Гусак, у них там, по моєму, якийсь уже факультет педагогічної майстерності зробили чи якось там обізвали формально ту структуру. Можливо, через те воно і життєздатне, що вони це формалізували трошечки. А у нас воно, ну, найбільше було неприємно, навіть, ну, не найбільш, але ще те, що було такої краплею в цій всій історії, коли ректори там, чи виконуючі обов'язки, звітували про якісь здобутки університету, про ці групи рівних ніхто жодного разу не згадав, абсолютно. Просто це ніде не фігурувало, ніде не згадувалось. І попри те, що це було дуже на слуху, що Україно-Швейцарський проект писав про ці групи. То вони, ну, самі про це не говорили, і ти розумів, що це не цінується. Хоча, коли десь там, по моєму, я не пам'ятаю де, ну, питалися, чи є групи рівних, то вони казали да, да, у нас є. Але по факту це типу так, а, слава богу, у нас там щось є. Але коли знаходило діло до того, щоб якось, хоча би, показати, що це цінується, то цього не було. І це дуже так, ну, було ще однією з причин, що не варто цього коня тримати на собі.

[1:02:56] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А чи було щось іще, окрім групи рівних? Не знаю, може якісь більш, не знаю, може якісь більш системні ідеї, в яких ви зрозуміли, що воно так само не спрацює?

[1:03:09] РЕСПОНДЕНТКА: Я просто, як сказати. Якась в мене така історія виходить, що я навіть ці ідеї, уже в цьому колективі, в цій інституції і не генерую. Чому? Тому, що якось, напевно, я не вірю в те, що воно тут може бути реалізовано? І я вже десь казала, що я себе більше асоціюю зараз з проектом, ніж зі своїм університетом. І, якби, так, може, це негарно звучало. Да, я роблю свою роботу в межах кафедри, да, я вкладаюся у викладання студентів, але все те, що стосується якихось речей, там, на рівні університету. У мене вже навіть немає бажання щось допомагати, бо я розумію, що наступним кроком, це буде відсутність підтримки, постановка дедлайну, складання плану, да, тебе змусять зробити, сказати зроби план, а потім, кажуть, зробив звіт. І при цьому ти розумієш, що це буде все на тобі. І дякую тобі потім ніхто не скаже, ну, не знаю, можливо, я помиляюся. Ну, у мене бажання вкладатися ідеями в університет зараз немає. Чому? Тому, що я не відчуваю підтримки, я почуваюся ресурсу, і тому я сильно і не пробую щось, що виходить за межі кафедри. Все те, що робиться, воно в рамках кафедри. Тобто, ми там якісь зробили мерчі, була в мене ідея зробити мерчі, бо у нас в університеті не було. Ми зробили, ми у всіх маємо, там,

ці гарні худі, де написано “кафедра сімейної медицини”. Тобто, знову таки, у нас більше ідентифікація з кафедрою, у багатьох у нашому колективі, ніж з університетом, на жаль. Якось так воно виходить. Знову таки, якісь оці симуляційні сценарії, теж ми почали робити, бульбашка в кафедрі да якась своя, що ми зробили цю книжку “сімейна медицина”. Цілий блок сценаріїв зробили з дівчатами. Це вийшло, знову таки, це вийшло, тому, що була підтримка Україно-Швейцарського проекту, так. Я запропонувала дівчатам, вони включилися в цю роботу. Пані Олена, таким була, потужним мотиватором, то ми це зробили і знову таки, ми це зробили, ви думаєте, це цінується? Абсолютно ні. В рамках університету це вважається взагалі, що це не досягнення. Тобто, якщо ти йдеш і говориш про те, що ось ми зробили, ну, була людина, яка йшла до ректора з цим, і коли питали про здобутки, вона назвала про цей курс, і думала, що раз там є передмова з Ляшком, раз ця книжка така структурована, там, якщо викладач який не має досвіду в сімейній медицині бере цю книжку, він може по ній проводити заняття вже. Одна викладачка наша, яка не мала досвіду, вона взяла цю книжку, до 6 курсу пішла, і каже, я не боялася, у мене все під руками. Тобто, всі кейси, всі розв'язки, всі тести, все є, а якщо ти ще й маєш досвід, то це взагалі, ну, скарб. А коли пішла людина, там, розказувати про свої здобутки, да, доказувати, що вони у неї є. То їй сказали, та, це таке, ви покажіть щось таке, більш, да, намацальне, то, що якийсь там дає, я не знаю. Ну і коли ти це чуєш, то ти розумієш, що твої ідеї не знайдуть відгуку, да. Мова йде більше про те, щоб були якісь проекти, які приносять інвестиції, вливання грошей, там, про таке. А ми якось більше, знаєте, про те, що ми про освіту більше хочемо говорити, ми про те, що якщо є якісна освіта, це за якісною освітою йдуть студенти. Там, де йдуть студенти, туди заходять гроші. У нас якесь таке бачення, що наш фокус, ми викладачі, наш фокус на цьому. Ми таким чином приносимо інвестиції у наш заклад. З нас вимагають чогось іншого. І, ну, інструментів для цього якось не дають. Тобто ти не можеш вийти в якісь групи, які працюють, там, над створенням тих же грантів, да. Ну і зрештою, на це теж треба купу часу. Якщо ти працюєш, там,на велику кількість ставки, в тебе теж на це не дуже є ресурсу. Ну, і нема уже навіть того бажання, тому, що те, що ти робиш не цінується, а від тебе хотять чогось такого, що не знаходить відгуку в тебе. Якось так.

[1:07:52] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Зрозуміло. Дуже дякую, що поділилися. І із такого змістовного, я би ще зафіналила розмову про школу тим, щоби запитала, які у вас найбільші інсайти, взагалі, із школи. От, якщо попросить вас згадать вас в 2019 році, да, з яким от ви найбільшим інсайтом, чи якась рефлексія, якась, найбільш така, значуща для вас була, і в 24 році, що це було?

[1:08:30] РЕСПОНДЕНТКА: Я і в 20, і в 19 році, ну зрозуміла, що я не одна, да, зі своїми якимись такими ідеями. Я любила правду, да, в стосунках з будь-ким, і коли я почула, що тут говорять правду, да, я зрозуміла, що в освіті є вже те середовище, та група людей, які мені близькі по тому, що вони говорять правду. Вони не імітують якісь показники, і там, де є правда, там де бачиш проблему, і там ти можеш уже щось робити. Оце мені тоді дуже відгукнулося, що я не одна, да, і що є ці люди, з якими можна мати справу. В 24 році ти просто бачиш, що воно вже, процеси запущені. Я себе вже відчуваю набагато більше учасницею

цих змін, да, я вже залучена була в багатьох напрямках роботи Україно-Швейцарського проекту. Я вже просто відчуваю себе частиною цих змін. І це те, що допомагає встояти на ногах, та, тому, що коли у тебе є мета в житті, це те, що є для тебе опорою, да. Жити без мети дуже важко, особливо в часі війни, це було б дуже важко. А так в тебе є мета, в тебе є підтримка, в тебе є наступні кроки, які ти маєш зробити, да, в тебе є труднощі, які ти на цьому шляху долаєш, з боку там своєї, навіть, інституції, в якій ти ще працюєш. Але оце відчуття, що ти не один, воно ще більше зміцнилося в моїй голові да, і я відчуваю, що я цінна. Я не одна і я цінна своїми ідеями, своїм ставленням до роботи, своєю відповідальністю, там, ще щось. Ну, мене приймають у цьому середовищі, яке я для себе знайшла, да, на щастя. Попри те, що мене не сприймають тут, в моєму маленькому середовищі, на рівні університету, да. Я розумію, що зі мною все так. Зі мною все так, і я роблю все правильно. Дуже важливо почуватися оціненою, що тебе цінують і тебе підтримують, і дають тобі відчуття оцієї опори. Це якісь такі речі, дуже такі, верхньо-рівневі, да, це не про якийсь там конкретні. Щодо інструментів якихось, інсайти, да, підходів, це от саме по таких глобальних речах, що дозволяють мені рухатися вперед. Оце відчуття оцеї спільноти, яка в тебе є і яка, ну, твоя. Така твоя твоя, що ти просто вже не знаєш, як ти без цього жив раніше.

[1:11:28] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Клас це дуже, дуже цінно. Дякую, що поділилися оцим переживанням і відчуттям. І мені ще цікаво було дізнатися, який момент став для вас, ну, переломним, не переломним, але оцей визначний момент, коли ви відчули, що от да, це воно. Ви казали, що осіння школа це був перший такий великий захід, про який ви дізналися, на які ви пішли. І от ви згадували, що як зайшли, да, побачили, як організований простір, і вже було відчутно, що це щось буде інакше. Але, що саме стало от таким найбільш визначним, пам'ятним для вас моментом, який от прям був як злам, і дав вам зрозуміють, що от, це воно? Якщо такий момент взагалі був.

[1:12:34] РЕСПОНДЕНТКА: Ну, у мене тут просто такий інсайт, коли я зрозуміла, що я цінна для проекту. Такий був момент, коли я це усвідомила, що я щось робила таким чином, що мене помітили, і мене взяли далі, да, з собою в цю дорогу, та, спільну. Бо, ну спочатку ти, ніби там, брав участь в осінній школі, там, ти сидів там тихенько, як мишка, бо мало що розумів. Потім там був курс зворотнього зв'язку. Потім відбулося навчання фасилітаторів, і десь після цього, я пам'ятаю, що була якась конференція, типу досягнень в онлайні. Конференція досягнень Україно-Швейцарського проекту за якийсь період, чи це був 22 рік, чи який. Я пам'ятаю, що нас тоді відібрали десь 5 чи 6 освітянок, що ми прямому ефірі, ну, ділилися якимось своїм досвідом. І хоча на фасилітатора нас було десь 25 чи 30, так, але взяли там якусь кількість маленьку. І от тут було таке підтвердження, що напевно те, що ти робив, як ти висловлювався, як ти включався в роботу, напевно це, ну, підтвердження того, що ти робиш правильно, що ти на правильному шляху. Це от стосовно відчуття якоїсь оце конкурентності з тим напрямком, в якому працює проект, да, що в тебе відбувся метч. От тоді я відчула, що буде якесь продовження, ось.

[1:14:14] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: А якщо щодо відчуття, що ви не одна? Тобто, за чим ви відчули, що це от люди, на яких ви хочете орієнтуватися, і з якими ви хочете асоціюватись? Тобто, оце відчуття спільноти, з чого воно з'явилося?

[1:14:27] РЕСПОНДЕНТКА: Це вже треба мені так згадати, бо якось воно мені з самого початку, я кажу, я якось мала оцю довіру. Я не знаю, я на фізичному рівні часом відчуваю, де моє, а де не моє. Якщо мені біля людей комфортно, да, тіло там не реагує якимись затисками, то це багато про що каже, і часом буває, що така людина хороша, хороша, типу, да, а я відчуваю, що мені капєц як не комфортно. Я розумію, що для магістерки не зовсім аргумент, але в мене якось воно так було.

Ми подавалися ще. Я намагаюся з'ясувати, але щось воно мені погано пригадується, коли ми відчули якусь таку дуже, дуже, дуже велику підтримку. З боку. Мене в голові перемішалися, що за чим було, хронологія перемішалася.

[1:15:45] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Але можете сказать найбільш, таке, пам'ятне. Може, це буде не перше, але от, те, що таке прям, ви думаєте, і воно зразу згадується.

[1:16:04] РЕСПОНДЕНТКА: Не хочу просто штучно наговорити, що не відчуваю, але. Не, треба подумати, Таню, зараз мені важко сказати. Важко сказати, де було саме так, що я от зрозуміла, що вони більше мої, ніж мій університет. Коли це відбулося? Треба мені заглянути в моїй ці, перелік моїх здобутків, заходів. Може я там нащупаю, бо я пам'ятаю, що це була підтримка від Тетяни і від Олени. Да, але от в який це було момент, щось було в мене таке, що я прям. Ледь не плакала, розповідала, що щось мені було дуже, дуже, дуже, дуже незрозуміло, неприємно. А, були такі моменти, що Україно-Швейцарський проект організовував заходи для нашого університету. І дуже часто я лишилася за бортом цих заходів. Ну, тобто, відбирала адміністрація кого взяти в ці заходи, і чогось мене туди не брали. От я не знаю чому. Навіть моя завідувачка казала, що треба включити від кафедри Оксану, але там когось іншого, бо Оксана якраз займається там напрямком взаємодії з сімейними лікарями, наприклад, для неї там комунікація важлива, послухати про комунікацію. У нас був Ковжун і Матвій здається, з такою сесією. А мене туди не включають. Тобто, якось, таке відчуття, що тебе от просто штучно залишають за бортом, і це було дуже боляче, але так було. І відповідно, на якомусь етапі, теж, коли відбувалися, такі, схожі уже сесії, там, наприклад, "Криза: стартувати чи латати дірки", був такий захід теж, там в часи ковіду, і вже війна здається тоді почалася. Ну, якісь такий був період, що теж було мало, що відбувалося. І я пам'ятаю, що я Тетяні сказала, що було б дуже цікаво туди потрапити, але навряд чи я туди потраплю. Я і моя колега з кафедри, бо в нас так якось, нас не вважають гравцями великої гри в університеті. Ми якось, типу, ну якісь такі аутсайдери, з якоїсь там кафедри. Ну, от це ставлення студентів до предмету, це ж часто трансляція ставлення університету та кафедри, да. Це ж воно про це. Типу, що вони там можуть, що вони там можуть запропонувати, що це взагалі за сімейка, і ті всі там викладачі. Ну, тобто, ми нібито не гравці великої гри. Хоча, коли ти продемонстрував уже зараз, що ти все ж таки в грі, і в серйозні грі.То вже вимагається, щоб ти щось вкладався для університету, а ти вже, якби, в іншій грі, да, не в їхній. Бо в свою гру ви мене не

взяли. Ви мене завжди відкидали. Мої ідеї присвоювали собі. Мене відкидали від тої гри. До прикладу, коли була одна зустріч, де треба було придумувати ідеї для якихось проектів в університеті, я придумала проект про те, що треба зробити електронний кабінет викладача, куди б ми підгружали всі свої документи, які ми здобуваємо.Статті, там, якісь сертифікати. І в момент, коли потрібна якась інформація звітна, ми би могли ці звіти генерувати, і не постійно знаходитися в процесі написання якихось звітів. І ця ідея, за неї потім голосували в університеті, вона вийшла в топ п'ять. І коли уже на наступних зустрічах від проекту, ці ідеї мали пропрацьовуються групами наших викладачів. Я не потрапляю в групу, яка працює над моїм проектом.

[1:19:52] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Ви придумали і не можете працювати над цим.

[1:19:52] РЕСПОНДЕНТКА: Так, так. Тобто мене звідти усунули, я по сьогодні не знаю, чого так. Але це про те, чого я не хочу більше нічого генерувати на рівні тому. Тому, що по-перше тебе не цінують, по-друге твої ідеї крадуть, тебе не залучають, ну, по-третє, якщо тебе залучать, то ти потім будеш не радий, що ти в щось включився, бо ти будеш просто, ну, без ресурсу. Так ось, коли я отак раз відчула, що не взяли туди, куди взяли навіть тих, хто не був дотичний до тої комунікації в університеті, але просто, ну більш лояльні, можливо, люди. І от я Тетяні десь про це сказала, я вже не пам'ятаю де ми більш, так, стали щільно з нею спілкуватися, що було передумовою. Але вона написала листа з проханням чи включити, чи як. Ну, так сталося, що ми потрапили на цей захід і це було, ну, наскільки приємно, що попри те, що тут тебе не взяли, а Україно-Швейцарський проект все ж таки хоче вкласти ці знання, ці навички і в тебе. І нас, якби, взяли чи поза тою програмою, чи написали про те, що просимо включити. І це було, ну, дуже дуже таке, знаєте, відчуття такого, ну, якоїсь протекції, але в хорошому сенсі, що про тебе подбали, що тобі цю можливість дали, да, попри те, що на місцях, ну, від тебе це штучно забирають, а тут все ж таки. Ну, рішення залишилося за проектом, і нас взяли на цей тренінг, ось. Напевно це все ж таки вже було після того, як ми писали статтю про емпатію, дослідження про емпатію, да, я і дівчата, ми виграли цей конкурс ідеї дослідницьких, і ми там взаємодіяли багато з Тетяною, Валентиною, Оленою. І потім ми десь теж жалілися, в нас якраз тоді була зміна керівництва, була ВО інша людина. І відповідно ми десь, щось жалілися, що відбувається в університеті? Тетяна з нами ще пішла на каву в Чернівцях. Ми так всі там почали розказувати, і то не так, і то не так, і то не так, вона так витримала це все, як та губка, вислухала це все, да, ну і ми відчували, що в нас є якесь таке розуміння й підтримка, що якщо якісь відбувається навчання з боку проекту, то ми можемо ну. Якщо є можливості розраховувати на те, що ми можемо теж піти повчитися, попри те, що в закладі тебе, ну, максимально від цього всього відсували. От у нас там прийнято декани, зам деканни, оце вся, ну от, адміністрація, да. Але ж проект був створений насамперед, ну, для покращення підготовки фахівців для первинної медичної допомоги. Наша кафедра, вона, якби, у цьому плані ключова, так, але сталося так, що наша кафедра завжди була аутсайдером під час відбору на якісь заходи. Тобто, від нас була там квота одна людина - дві людини, тоді там від кафедри, з якої була координаторка в нашому ЗВО, від неї там було п'ять - шість.

[1:23:15] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Ого, ну то, звісно, нерівність.

[1:23:15] РЕСПОНДЕНТКА: Так. Це так було неприємно, бо ну, ну чого так, да, ну. Наша кафедра подавала заявку в проект про первинку, а чого завжди багато цих педіатрів? Нам це було завжди незрозуміло, але так от воно працювало. Да, тому от те, що нас взяли десь туди, де відсунули наші, оце було дуже, дуже таким відчуттям, що свої своїх захистять, але в такому сенсі, коли то дійсно потрібно, да ,захистити, бо не те, що ти не пройшов якийсь там чесний конкурсний відбір, а отак просто заведено, що тебе не беруть. Бо ти не належиш до цієї тусовки своїх лояльних, а от оця думка, що рішення залишається за проектом, да, остання, це дуже і дуже тоді так втішило, да. Бо нам було дуже, дуже сумно, що як би ти не хотів, тебе не сприймають у цій грі університетській. Не беруть тебе собою. Зате твої ідеї беруть. Ну, вони, звичайно ці всі ідеї, вони їх похоронили, звичайно, бо. То таке було. Таке.

[1:24:32] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Да, неприємну ситуацію таку створили канєшна.

[1:24:35] РЕСПОНДЕНТКА: Да, це просто. Я ще людина, яка, дуже, ну, я стараюся, і моя пам'ять мене береже. Я забуваю багато моментів, які там були для мене болючими. Я не записую і часом я забуваю ті речі, які би я може і мала би пам'ятати. Але, ну, це з такого, що я згадала.

[1:24:54] ІНТЕРВ'ЮЕРКА: Я вам дуже дякую, що поділилися і переживання, і здобутками, і мені було дуже цікаво вас послухать. У мене із питань таких змістовних все, наче як. Я вам дуже дякую, що поділилися цим всим, тому, що насправді в мене дуже багато думок. І мені справді було цікаво вас слухать, і у вас рефлексія така глибока, що ви як наче проводили мене разом з тобою і я це все так оглядала.