РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЄКТ

Листопад 2019

СПРИЙНЯТТЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ СТУДЕНТАМИ І ВИКЛАДАЧАМИ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ

Україно-швейцарський проєкт
«Розвиток медичної освіти»

анотація

Цей звіт ґрунтується на результатах дослідження «Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти в Україні». Інструмент цього дослідження було розроблено Швейцарським інститутом тропічного і громадського здоров'я (Swiss TPH) й адаптовано для використання в Україні в рамках україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти». Дані були зібрані в березні-квітні 2019 року співробітниками проєкту за сприяння п'яти закладів вищої медичної освіти (ЗВО), які брали участь у дослідженні. У звіті представлено результати анкетування 2405 студентів медичного факультету третього і шостого років навчання й 385 викладачів від різних кафедр досліджуваних ЗВО.

Ключовим результатом дослідження є виявлення сприйняття студентами і викладачами медичних спеціальностей, зокрема сімейної медицини і статусу сімейних лікарів/лікарок в Україні. Так, студенти вважають, що в Україні не дуже престижно працювати сімейним лікарем, ця професія не цінується ані суспільством, ані лікарями інших спеціальностей. Також студенти підкреслюють, що сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості і переважно забезпечують координувальну роль між пацієнтом і лікарем вузької спеціалізації. Через відносно негативне сприйняття багатьох аспектів діяльності сімейного лікаря/лікарки лише 20% студентів зацікавлені в майбутньому обирати спеціалізацію сімейного лікаря/лікарки.

Звіт розрахований на управлінців системи охорони здоров'я, медичної освіти всіх рівнів і представників медичної спільноти, студентських і громадських об'єднань, зацікавлених у розвитку первинної медичної допомоги, у посиленні ролі й у підвищенні статусу сімейної медицини в Україні.

Висловлюємо щиру вдячність тим університетам, які погодились узяти участь у дослідженні і які готові працювати разом з нами над розвитком сімейної медицини в Україні. Ми цінуємо зусилля студентів і викладачів, які відповіли на запитання анкети, їхню відвертість і відкритість, що уможливило отримання необхідних даних, наведених у звіті.

Укладачі: Т. Степурко, О. Короленко, О. Ігнащук, Ю. Барська, Ю. Дунаєвська, М. Рааб

ЗМІСТ

Вступне слово **4**

Про проєкт **5**

1. Сімейна медицина в Україні **9**

2. Методологія дослідження **15**

2.1. Методологія й інструментарій дослідження 15

2.2. Вибірка і характеристики респондентів 16

2.3. Обмеження дослідження 21

3. Результати дослідження **23**

3.1. Результати дослідження: загальний огляд сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами 23

3.2. Сприйняття студентами і викладачами сімейних лікарів порівняно з лікарями вузької спеціалізації 32

3.3. Спеціальності, за якими бажають працювати студенти після завершення навчання 35

3.4. Сприйняття викладання сімейної медицини студентами 39

3.5. Сприйняття викладачами програми навчання й викладання сімейної медицини 43

Висновки 53

Додаток А. Анкета «Сприйняття сімейної медицини студентами» **55**

Додаток Б. Анкета «Сприйняття сімейної медицини викладачами» **59**

вступне слово

Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти» провів у 2019 році дослідження «Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти України». За результатами аналізу отриманих даних ми раді представити цей звіт.

Первинна ланка медичної допомоги є основою і запорукою ефективності будь-якої системи охорони здоров'я. Саме лікарі/лікарки загальної практики й сімейної медицини (як і інші медичні фахівці, такі як медсестри) відіграють ключову роль у забезпеченні доступної, своєчасної, пацієнт-орієнтованої, економічно ефективної та якісної медичної допомоги. Добре підготовлені й вмотивовані фахівці/фахівчині з сімейної медицини можуть стати найпотужнішою рушійною силою для своєчасного виявлення хвороб і забезпечення поліпшення здоров'я населення в довгостроковій перспективі. Саме ці ідеї закладені в поточній реформі системи охорони здоров'я в Україні, яка розпочалась у 2018 році зі змін принципів фінансування.

Нині галузь охорони здоров'я як ніколи потребує вмотивованих, компетентних, знаючих сімейних лікарів/лікарок з необхідними клінічними й соціальними навичками. Проте незважаючи на зростання ролі сімейного лікаря/сімейної лікарки в системі надання медичних послуг ця професія залишається непопулярною серед студентів закладів вищої медичної освіти України. Саме тому україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти», який фінансується Швейцарською агенцією розвитку та співробітництва (SDC) й упроваджується в Україні Швейцарським інститутом тропічного і громадського здоров'я (Swiss TPH), прагне сприяти посиленню статусу сімейної медицини серед медичних фахівців і фахівчинь, зокрема серед студентів і викладачів закладів вищої медичної освіти. Для досягнення цієї мети проєкт працює над оновленням підходів до викладання, внесенням змін до курсу із сімейної медицини відповідно до сучасних світових вимог і практик, а також над забезпеченням можливостей для безперервного професійного розвитку сімейних лікарів і лікарок. Підвищення професіоналізму посилюватиме їхній престиж та визнання серед пацієнтів.

Цей звіт дає уявлення про те, як українські студенти й викладачі вищих закладів медичної освіти сприймають сімейну медицину та фах сімейного лікаря/лікарки. Звіт демонструє те, як студенти і викладачі сприймають навчальний процес, зокрема викладання курсу із сімейної медицини, і які зміни можливі для збільшення зацікавленості майбутніх лікарів у спеціальності «загальна практика–сімейна медицина». Цей звіт, безперечно, може бути корисним для управлінців і осіб, які приймають рішення, Міністерства охорони здоров'я, адміністрацій закладів вищої медичної освіти та для інших зацікавлених осіб, які прагнуть розвивати сімейну медицину й посилювати первинну ланку медичної допомоги в Україні.

Від імені команди проєкту
Мартін Рааб, лідер україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти»

про проєкт

Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти»

Український уряд прагне пришвидшити процес переходу до ринкової економіки з метою посилення громадянського суспільства. Для цього у 2014 році були розпочаті серйозні реформи. В авангарді стоїть реформа системи охорони здоров'я, спрямована на первинну медичну допомогу й нові моделі фінансування медичної допомоги.

Водночас у липні 2018 року було опубліковано нову Стратегію розвитку медичної освіти в Україні. Відомо, що наявність добре підготовлених, освічених і мотивованих працівників у галузі охорони здоров'я є вирішальним фактором для надання якісних послуг з охорони здоров'я, що поліпшить здоров'я населення. Тому **Швейцарська агенція з розвитку та співробітництва (SDC)** і Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) в середині 2017 року підготували план співробітництва з метою сприяння систематичному розвитку людських ресурсів з акцентом на первинній ланці медичної допомоги, включаючи керівників.

Загальна мета проєкту «Розвиток медичної освіти» (MED), що є частиною Стратегії швейцарського співробітництва в Україні Швейцарської агенції розвитку та співробітництва, є **надання якісних послуг охорони здоров'я в Україні через удосконалення системи медичної освіти для представників первинної ланки медичної допомоги.** Проєкт упроваджується Швейцарським інститутом тропічного і громадського здоров'я.

Міжтематичні галузі діяльності проєкту MED

A. Галузь первинної медичної допомоги

Проєкт сприяє розвитку нової моделі первинної медичної допомоги. Вона включає нові ролі для медсестер і сімейних лікарів. Діяльність проєкту також буде спрямована на більш систематичне управління людськими ресурсами й загальну роботу щодо вдосконалення управління системою охорони здоров'я. Очікується, що це краще інформуватиме МОЗ щодо перегляду політик. Налагоджено тісне співробітництво з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) й медичними навчальними закладами з важливих аспектів планування людських ресурсів та управління.

B. Політика медичної освіти

Реформа медичної освіти потребує структурних змін. Будуть розроблені нові нормативні документи з метою запровадження нових політик.

C. Перезавантаження людських ресурсів на первинній ланці

Первинну ланку медичної допомоги потрібно модернізувати у такий спосіб, щоб створити потужний фундамент для надання населенню якісних послуг охорони здоров'я. Для цього варто по-новому визначити ролі сімейних медсестер і лікарів. Потрібно змінити освіту, беручи до уваги відповідні професійні компетенції. Шість медичних навчальних закладів – партнерів Проєкту, допомагатимуть запроваджувати й тестувати нові навчальні програми та нові методи навчання. Особлива увага приділяється викладанню клінічних навичок медсестрам і студентам медичних навчальних закладів. Проєкт підтримуватиме

розвиток центрів для опанування клінічних навичок і сприятиме практичному навчанню інтернів у галузі сімейної медицини.

D. Акцент на потужні практичні навички

Будуть запроваджені різноманітні новітні можливості для безперервної освіти надавачів первинної медичної допомоги, наприклад групи рівних (зворотного зв'язку від колег) та електронне навчання. Відповідно до нещодавно введеного нормативного акта про безперервний професійний розвиток лікарів буде запроваджена нова бальна система оцінювання й нові стандарти якості. Проєкт MED надаватиме підтримку МОЗ у розробленні відповідного законодавства, стандартів та організаційних процедур для успішного управління новою системою, що забезпечує якісну післядипломну освіту.

Управління в галузі охорони здоров'я

Нові формати навчання менеджерів охорони здоров'я, такі як Літня школа «Трансформація системи охорони здоров'я» і Зимова школа «Громадське здоров'я в Україні», довели свою ефективність у створенні нових стандартів та імпульсів для реформи. Окрім загального посилення нарощування управлінського потенціалу, проєкт має на меті запровадження нової магістерської програми з менеджменту охорони здоров'я.

E. Об'єднання ключових гравців, зусиль

Добре організовані послуги охорони здоров'я залежать від належним чином підготовленого, кваліфікованого й мотивованого персоналу. Щоб виробити ефективну політику, яка забезпечить якісний розвиток людських ресурсів і достатню їх кількість по всій країні, проєкт запровадить підхід на основі залучення багатьох зацікавлених осіб із широкого кола учасників реформи медичної освіти.

Обмін досвідом на регіональному рівні

Реформа первинної медичної допомоги й медичної освіти є актуальною темою для систем охорони здоров'я всіх країн колишнього Радянського Союзу. Україна може скористатися досвідом реформ інших країн, наприклад Румунії, Таджикистану, Польщі та країн Балтії. Тому проєкт активно підтримуватиме обмін досвідом і встановлення партнерських відносин з університетами, закладами громадського здоров'я чи урядовими організаціями в регіоні.

Очікувані результати

Результат 1:

Вміння та навички надавачів на первинній ланці (сімейних лікарів та медичних сестер) покращені шляхом удосконалення національної системи медичної освіти.

Результат 2:

Результативність та ефективність послуг охорони здоров'я покращено шляхом удосконалення управлінського потенціалу.

Очікувані продукти

1.1 Додипломну освіту для студентів-медиків вдосконалено з акцентом на кращому викладанні клінічних навичок (в тому числі, симуляційні навчально-тренувальні лабораторії та відповідні правила технічного обслуговування)

1.2 Покращено рівень інтернатури з сімейної медицини шляхом перегляду навчальної програми та через навчання, що орієнтоване на здобуття навичок, та ефективні схеми ротації

1.3 Нові підходи до безперервної професійної освіти, такі як дистанційне навчання та групи рівних, випробувані, запроваджені та пов'язані з перепідготовкою

1.4 Покращено рівень додипломної освіти медичних сестер з акцентом на запровадження викладання клінічних навичок (в тому числі, симуляційних навчально-тренувальних лабораторій)

1.5 Посилено існуючу систему надання послуг первинної медичної допомоги, а також розроблено та запроваджено нові моделі (наприклад, прогресивні практикуючі медичні сестри)

2.1 Підтримуються політики та реформи в галузі первинної медичної допомоги та людських ресурсів МОЗ (Міністерства освіти і науки України), НСЗУ, обраних обласних адміністрацій в сфері охорони здоров'я

2.2 Полегшується обмін досвідом на регіональному рівні, гармонізація з європейською політикою та законодавчою базою (а також багатосекторальні підходи до реформи первинної медичної допомоги та планування людських ресурсів)

2.3 Продовжується і просувається розробка політики МОЗ України в галузі безперервної професійної освіти, що стосується процедур переатестації сімейних лікарів і медсестер

2.4 На основі досвіду Літньої і Зимової школи розроблено магістерську програму з управління охорони здоров'я (в тому числі, навчальну програму, підходи до викладання, тощо) та запропоновано керівникам в галузі охорони здоров'я на місцевому, обласному та національному рівні

1. сімейна медицина в Україні

Потужна й ефективна первинна ланка надання медичної допомоги є запорукою ефективності всієї системи: високоякісна система первинної медичної допомоги сприяє суттєвому поліпшенню здоров'я населення, забезпеченню справедливості в охороні здоров'я, повільнішому зростанню витрат на охорону здоров'я[1]. Порівняно зі спеціалізованою і високоспеціалізованою медична допомога, надана на первинній ланці, є дешевшою як для системи, так і для пацієнтів (враховуючи витрати з кишені). Проте професія сімейного лікаря, і особливо робота в сільській місцевості, часто менш привабліва для випускників медичних університетів, аніж робота в містах і набуття вузької спеціалізації у, наприклад, хірургії, гінекології, онкології тощо[2]. Різноманітні фактори впливають на вибір професії сімейного лікаря, ключовими ж є кар'єра й дохід[3].

Україна поступово посилює роботу первинної ланки, що, ймовірно, може зробити професію сімейного лікаря привабливішою для випускників закладів вищої медичної освіти. Однак передусім реформа фінансування охорони здоров'я у 2018 році, а саме перехід на капітаційну ставку, що сплачується єдиним платником – Національною службою здоров'я України – за прозорими умовами з використанням електронної системи, дала поштовх до надання якісніших і доступніших послуг пацієнтам[4]. До того ж люди дістали можливість самостійно обирати свого сімейного лікаря через підписання декларацій. Отже, урядом України реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Такі зміни на первинній ланці були описані й заплановані у 2014–2015 роках (також з огляду на зміни в архітектурі всієї системи) у стратегічному документі «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років[5], де первинній медичній допомозі присвячено один із підрозділів, а саме:

> Враховуючи поточну ситуацію та пострадянську традицію розподілу людських ресурсів, у короткостроковій перспективі не існує способів відмовитися від нинішнього поєднання сімейної медицини, дільничних терапевтів і педіатрів, мережі жіночих консультацій, які надають первинну медичну допомогу. Однак чіткі ініціативи зі зміцнення первинної ланки повинні початися з визнання сімейних лікарів автономними суб'єктами (через механізм приватної практики для первинної ланки за прикладом Великої Британії, Нідерландів, Данії), особливо у сільській місцевості. Поступове введення й підтримка приватної практики первинної медичної допомоги (ПМД) супроводжуватиметься перепідготовкою лікарів і зміною вимог до ліцензування цього виду практики. Протягом певного часу лікарі, які практикують окремо, надаватимуть послуги паралельно або у складі центрів ПМД, а їхні послуги покриватимуться з державного бюджету або через медичне страхування (після його впровадження) через схожі механізми фінансування (подушний принцип зі зваженими ризиками). Фінансування первинної ланки має здійснюватися через формування замовлення на послуги на рівні області.

1 Kluge, H., Kelley, E., Swaminathan, S., Yamamoto, N., Fisseha, S., Theodorakis, P. N.,… & Mossialos, E. (2018). After Astana: building the economic case for increased investment in primary health care. The Lancet, 392(10160), 2147–2152.

2 Vanasse, A., Orzanco, M. G., Courteau, J., & Scott, S. (2011). Attractiveness of family medicine for medical students: influence of research and debt. Canadian Family Physician, 57(6), e216–e227.
Landstrom, B., Mattsson, B., Nordin, P., & Rudebeck, C. E. (2014). The characteristics of general practice and the attractiveness of working as a GP: medical students views. International journal of medical education, 5, 51.
Natanzon, I., Szecsenyi, J., Ose, D., & Joos, S. (2010). Future potential country doctor: the perspectives of German GPs. Rural Remote Health, 10(2), 1347.
Probst, A., Natanzon, I., Szecsenyi, J., & Joos, S. (2013). Family doctors seen through the eyes of specialists: a qualitative study. International journal of family medicine, 2013.

3 Takeda, Y., Morio, K., Snell, L., Otaki, J., Takahashi, M., & Kai, I. (2013). Characteristic profiles among students and junior doctors with specific career preferences. BMC medical education, 13(1), 125.
Gisler, L. B., Bachofner, M., Moser-Bucher, C. N., Scherz, N., & Streit, S. (2017). From practice employee to (co-) owner: young GPs predict their future careers: a cross-sectional survey. BMC family practice, 18(1), 12.

4 Ukraine Review of health financing reforms 2016–2019. WHO – World Bank Joint report.http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/416681/WHO-WB-Joint-report.pdf?ua=1

5 Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf

У подальшому лікарі первинної ланки, які здійснюватимуть приватну практику, матимуть можливість об'єднатися в команди або «кооперативи» для здійснення спільної роботи й отримання додаткової спеціалізації.

Принцип свободи вибору може бути використаний громадянином (реєстрація в одного «обраного лікаря»), щоб скористатися характерною особливістю ПМД – знання лікарем особливостей життя пацієнтів, яких він обслуговує.

Лікарям первинної ланки буде надано ексклюзивне право скерування пацієнтів до спеціалістів через укладання договорів із відповідними закладами. При цьому система не повинна відверто забороняти пацієнтові звертатися безпосередньо до спеціаліста, але може пропонувати низку переваг і мотивацій (у тому числі фінансових) для користування послугами скерування.

Змішані платежі – зручний спосіб переходу від системи на основі витрат до такої, де оплачується результат. Розумним підходом тут може бути формула, що враховує подушний принцип, який включає фіксовану плату на одного пацієнта з відповідними віково-статевими коефіцієнтами (незалежно від віку, статі й стану здоров'я), плату за послуги (стимул для лікарів забезпечувати більше процедур) та коефіцієнти результативності (стимулювання якості, оцінювання ефективності клінічних та економічних результатів). Пропонуватимуться додаткові стимули за впровадження нових послуг.

Упроваджуючи згадану стратегію, уряд розробив нормативні документи, й у жовтні 2017 року Закон України № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»[6] був прийнятий Верховною Радою України. Введення в дію Закону, що набув чинності 30 січня 2018 року, найперше вплинуло на діяльність первинної ланки медичної допомоги, а саме: автономізацію закладів первинної медико-санітарної допомоги, комп'ютеризацію робочих місць лікарів, перехід на нову систему фінансування через процес контрактування закладів Національною службою здоров'я України (НСЗУ), що змінило підходи до розподілу коштів і нарахування заробітних плат. Тепер держава оплачує надання медичної допомоги на первинній ланці як лікарям, які працюють як фізичні особи-підприємці, так і юридичним особам (у тому числі приватним). Найважливішим є те, що спостерігається збільшення зарплат надавачів первинної медичної допомоги в кілька разів[7] і розвиток управлінських спроможностей установ.

Зміни стосувались також і нормативів кількості пацієнтів на одного лікаря. Так, попередньо один сімейний лікар надавав медичну допомогу від 1500 до 2500 пацієнтам у містах та 1200 – у сільській місцевості (пункт 3)[8]. Згідно з Наказом МОЗ України від 19 березня 2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»[9] ці нормативи були змінені: оптимальна кількість пацієнтів, яку обслуговує лікар ЗПСМ, становить 1800 пацієнтів, терапевт – 2000, педіатр – 900 (параграф 2, пункт 4). Також цей Порядок описує основні засади надання первинної медичної допомоги в Україні.

Змінам останніх років на первинній ланці, зокрема у фінансуванні медичних послуг, передували ініціативи 2011 року, розроблені в рамках програми економічних реформ 2010–2014 рр. Так, було прийнято Закон України від 7 липня 2011 року № 36121-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»[10]. Відповідно до цього закону відбулась реорганізація закладів первинної допомоги зі створенням центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та проведена перекваліфікація терапевтів і педіатрів

6 Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19

7 Як підвищилися зарплати у сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів у липні https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-pidvischilisja-zarplati-u-simejnih-likariv-terapevtiv-i-pediatriv-u-lipni

8 Постанова КМУ від 30 грудня 2013 року № 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу» https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/977-2013-%D0%BF

9 Наказ МОЗ України від 19 березня 2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18

10 Закон України від 7 липня 2011 року № 36121VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17

на лікарів ЗПСМ у 2012–2013 роках[11]. У цей період також відбувся перегляд кваліфікаційних характеристик лікаря ЗПСМ. Проте оскільки системний підхід до оцінювання змін у системі надання медичної допомоги не вироблений, говорити про поліпшення доступності, ефективності чи якості медичної допомоги зарано.

Разом з тим у різні часи незалежності Уряд України робив спроби вмотивувати молодих лікарів практикувати в сільській місцевості, наприклад одноразова грошова допомога за підписаний контракт із державою для роботи в сільській місцевості[12]. Наразі ж забезпечення привабливіших умов роботи для залучення сімейних лікарів (у сільську місцевість) залежить від ініціативності та спроможності об'єднаних територіальних громад і регіональної влади. Міжнародні наукові знахідки вказують на те, що «години сімейної медицини» під час практичного клінічного навчання зумовлюють частіший вибір сімейної медицини як спеціальності, водночас походження із сільської місцевості, як і професійні вподобання під час вступу до медичної школи, також є детермінантами такого вибору.

Для пацієнтів реалізація реформи 2018 року означає, що в них з'явилось право вибору лікаря без прив'язки до місця прописки або проживання; НСЗУ покриває їхні витрати на медичну допомогу в лікаря ПМД у рамках гарантованого пакета медичних послуг; завдяки системі e-health стало зручно обирати лікаря й записуватись на прийом, користуючись порталом helsi.me. Започатковано програму «Доступні ліки», яка з квітня 2019 року адмініструється НСЗУ. Завдяки цій програмі пацієнт у сімейного лікаря отримує призначення лікарських засобів, і держава компенсує відповідні витрати пацієнта на ліки від поширених хронічних захворювань: гіпертонічної хвороби, цукрового діабету та бронхіальної астми.

Рівень задоволеності медичною допомогою зростає. Відповідно до «Індексу Здоров'я. Україна»[13] (загальнонаціональне репрезентативне соціологічне дослідження про стан здоров'я населення й медичну допомогу в Україні) у 2016 році роботою дільничних лікарів чи сімейних лікарів були задоволені 70% опитаних, а в 2018 році – 76%.

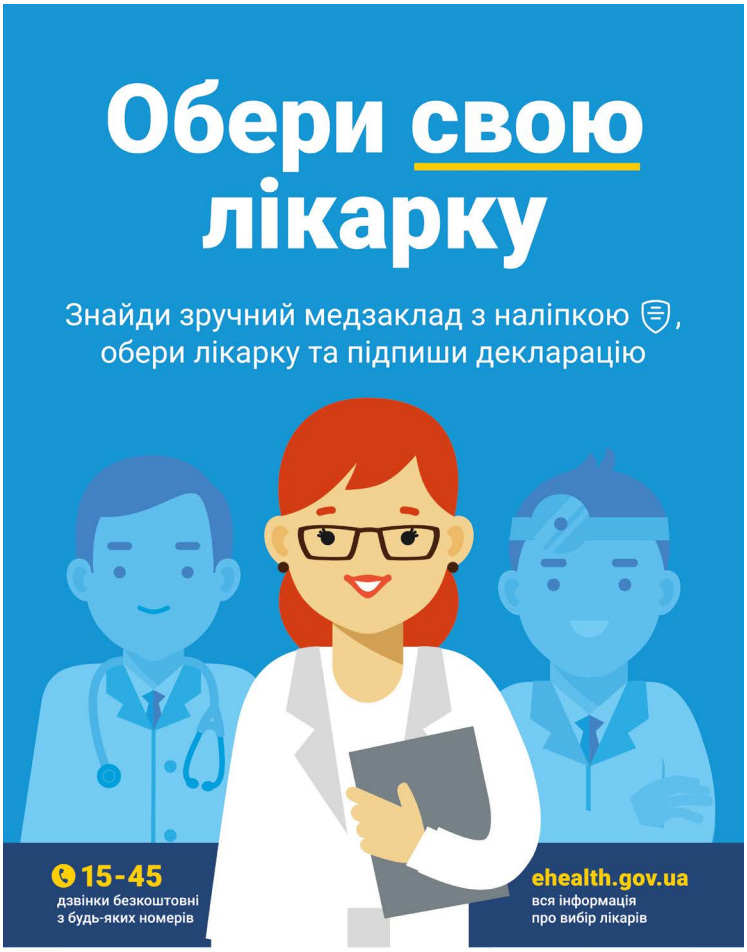
11 Ткаченко, В. І. (2015). Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. Семейная медицина, (3), 12–17.

12 Кабінету Міністрів України «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 11.05.2011 № 524. «Про затвердження Порядку надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямами і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілів» № 390 від 28.05.2012 року.

13 Степурко, Т., Семигіна, Т., Барська, Ю., Захожа, В. & Харченко, Н. (2018). Індекс здоров'я. Україна–2018: результати загальнонаціонального дослідження.

Також спостерігається тенденція до збільшення звернень у разі хвороби до сімейного лікаря – цей показник у 2016 році становив 23,6%, а у 2018 році – 34,8%. Одночасно зменшується відсоток тих, хто звертається по амбулаторну допомогу одразу до вузьких спеціалістів, оминаючи лікарів ЗПСМ. Цей показник зменшився з 37,2% у 2016 році до 33,5% у 2018 році.

Загалом фах сімейного лікаря у світі існує з початку XX століття. Термін «первинна медична допомога» вперше з'явився у Великобританії у 1920-х роках, коли в урядовій білій книзі «Доповідь Доусона» було запропоновано, що центри первинної медичної допомоги стануть моделлю надання послуг охорони здоров'я громаді в рамках стратегії подолання нерівностей у сфері охорони здоров'я, і як відповідь на зростаючу комплексність надання медичної допомоги[14]. Протягом наступних десятиліть Концепція первинної медичної допомоги значно розвинулася, і кульмінацією стало підписання Алма-Атинської декларації 1978 року, яка визначила ПМСД як «основну медичну допомогу, засновану на практичних, науково обґрунтованих та соціально прийнятних методах і технологіях, які зробили медичну допомогу загальнодоступною для людей і сімей у громаді через їхню повну участь і за вартістю, яку може собі дозволити громада і країна»[15].



Історично на території України амбулаторна допомога надавалась дільничними терапевтами для дорослого населення й дільничними педіатрами для дітей. Спеціальність «загальна практика–сімейна медицина» (ЗПСМ) з'явилась в Україні наприкінці XX сторіччя з регіональних проєктів у західних областях у 1988–1989 рр[16]. З 1995 року існує посада лікаря ЗПСМ, що була включена в номенклатуру лікарських спеціальностей у 1997 році. У 1995 році також були затверджені навчальні програми підготовки сімейних лікарів на курсах спеціалізації. До 2001 року кафедри ЗПСМ були створені у 17 закладах вищої освіти України (як самостійні кафедри або у складі терапевтичних кафедр)[17]. Проте незважаючи на розвиток освітніх можливостей для лікарів ЗПСМ медична допомога на первинному рівні тривалий час переважно надавалась дільничними терапевтами і педіатрами.

Фах лікаря ЗПСМ в Україні можна здобути або під час навчання в інтернатурі, що триває два роки для сімейних лікарів, або на курсах первинної спеціалізації для лікарів іншого фаху, що тривають 6 місяців. І хоча випускники закладів вищої медичної освіти можуть самостійно обирати свою спеціальність, вибір професії лікаря ЗПСМ не

14 Tangye CE. The Dawson report. Public Health. 1920 Oct 1;34:42–4.

15 Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Development. 2004 Jun;47(2):159–61.

16 Ткаченко, В. І. (2015). Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. Семейная медицина, (3), 12–17.

17 Ткаченко, В. І. (2015). Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. Семейная медицина, (3), 12–17.

є популярним рішенням[18]. Перше ж знайомство студентів закладів вищої медичної освіти з основами сімейної медицини відбувається на шостому році навчання у форматі однотижневого курсу. За таких умов у студентів практично немає можливості достатньою мірою зрозуміти принципи діяльності сімейних лікарів і переглянути свою мотивацію до обрання цього фаху.

Наразі в Україні надання послуг на первинній ланці медичної допомоги відбувається переважно лікарями загальної практики–сімейної медицини. Точних цифр на цей момент бракує, як і реєстру людських ресурсів в охороні здоров'я, однак дані НСЗУ вказують на те, що 22 714 лікарів «первинки» уклали декларації з пацієнтами й надають допомогу[19]. В аналітичній довідці проєкту «Підтримка реформи охорони здоров'я» зазначено такі цифри: з-поміж 156 863 лікарів України частка сімейних лікарів у структурі ланок медичної допомоги становить 18%. І «кількість лікарів загальної практики–сімейних лікарів зростає головним чином за рахунок перепрофілювання дільничних терапевтів і педіатрів. Співвідношення медичних кадрів первинної і спеціалізованої допомоги залишається стабільним»[20].

З огляду на зміни в системі фінансування медичної допомоги у системі медичної освіти, а також з огляду на цілі проєкту і потребу в моніторингу змін україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти» зініціював дослідження «Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами медичних ЗВО України». Результати дають можливість краще зрозуміти освітній ландшафт сприйняття професій і факторів, які формують таке сприйняття (включаючи роль викладачів).

18 Оксамитна, С., & Степурко, Т. (2014). Соціальний статус лікарів в українському суспільстві. Наукові записки. Том 161. Соціологія. С. 63–71.

19 Е-дані Національної служби здоров'я України https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/elektronna-karta-misc-nadannya-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi

20 Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.

2. методологія дослідження

2.1. Методологія й інструментарій дослідження

Для виявлення сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти проєкт «Розвиток медичної освіти» зініціював і реалізував анкетування з використанням стандартизованої анкети серед студентів і викладачів п'яти ЗВО. У процесі планування й проведення цього дослідження проєкт врахував напрацювання Швейцарського інституту тропічного і громадського здоров'я, а саме методологію й інструментарій дослідження «Сприйняття сімейної медицини студентами і викладацьким складом», які застосовувались у 2013 році у Таджикистані. Також було вивчено й проаналізовано результати попередніх досліджень.[21] [22]

Обраний інструментарій було доопрацьовано проєктом так, щоб не лише оцінити сприйняття власне сімейної медицини, а й виявити ті драйвери, які потенційно формують сприйняття цього фаху, що в результаті призводить до (не)обрання професії сімейного лікаря/лікарки студентами. Запропонована методологія допомагає порівняти погляди на сімейну медицину з поглядами на інші галузі медицини, а також визначити можливості навчального процесу щодо підвищення привабливості фаху сімейного лікаря/лікарки.

Основний інструмент, який використовувався в цьому дослідженні, – це анкета, яку було розроблено англійською мовою, а потім перекладено на українську. Для перекладу анкети використано такий підхід: англомовний варіант анкети перекладено на українську мову перекладачем. Після цього інший перекладач переклав анкету з української на англійську. Далі дослідниці провели аналіз розбіжностей у перекладах і відкоригували український варіант анкети. Також було проведено претест анкети: п'ять студентів і п'ять викладачів медичного університету заповнили анкету під час особистого інтерв'ю, й виявленим незрозумілим формулюванням було запропоновано заміну.

Анкета для студентів включає чотири ключові блоки (Додаток А):

1) соціально-демографічні характеристики: вік, стать, рік навчання, форма навчання, місце проживання до початку навчання, наявність родичів, які є лікарями;

2) вибір спеціальності й фактори, які впливають на цей вибір;

3) сприйняття студентами сімейної медицини загалом і порівняно з іншими спеціальностями;

4) сприйняття навчання сімейній медицині.

Загалом анкета для студентів містить 15 закритих запитань: сім запитань із 15 стосуються соціально-демографічних характеристик студентів. Ще вісім включають від п'яти до 11 тверджень кожне. Ці твердження описують ключові аспекти або діяльності сімейного лікаря/лікарки, або викладання сімейної медицини у ЗВО. Студенти мають оцінити кожне твердження за шкалою Лікерта від 1 до 5 (1 – зовсім не згоден/не згодна, 2 – не згоден/не згодна, 3 – не визначився/не визначилась, 4 – погоджуюсь, 5 – повністю погоджуюсь). Наприкінці анкета містить одне відкрите запитання, яке дає можливість студентам залишити додаткові коментарі щодо сімейної медицини чи викладання цієї дисципліни у ЗВО.

Для виявлення думки викладачів було адаптовано анкету, яка використовувалась для студентів. Деякі запитання були переформульовані, а також додано кілька запитань щодо навчання на інтернатурі й особливостей викладання сімейної медицини з точки зору викладачів.

Анкета для викладачів включає чотири ключові блоки (Додаток Б):

1) соціально-демографічні характеристики: вік, стать, кафедра, посада;

2) фактори, які впливають на вибір спеціальності на думку викладачів;

3) сприйняття викладачами сімейної медицини загалом і порівняно з іншими спеціальностями;

4) сприйняття навчання сімейній медицині.

Загалом анкета для викладачів містить 13 закритих запитань: шість із 13 стосуються соціально-

21 Al-Thagafi SD. and Zughbi JP. Perception of Senior Medical Students in Taif University towards Family Medicine Specialty as a Future Career, 2018.

22 Marija Petek Šter, Igor Švab, Zalika Klemenc-Ketiš and Janko Kersnik. Development and Validation of a Questionnaire for Evaluation of Students' Attitudes towards Family Medicine, University of Ljubljana, School of Medicine, University of Maribor, School of Medicine, Slovenia, 2010

демографічних характеристик викладачів. Ще сім запитань включають від п'яти до 11 тверджень кожне. Ці твердження описують ключові аспекти або діяльності сімейного лікаря/лікарки, або викладання сімейної медицини у ЗВО. Викладачі мають оцінити кожне твердження за шкалою Лікерта від 1 до 5 (1 – зовсім не згоден/не згодна, 2 – не згоден/не згодна, 3 – не визначився/не визначилась, 4 – погоджуюсь, 5 – повністю погоджуюсь). Наприкінці анкета містить одне відкрите запитання, яке дає можливість викладачам залишити додаткові коментарі щодо сімейної медицини чи викладання цієї дисципліни у ЗВО.

Збір даних відбувався безпосередньо в закладах вищої медичної освіти, які взяли участь у дослідженні. Анкетування студентів проводилось під час лекцій потоку і здійснювалось співробітниками проєкту за відсутності співробітників ЗВО. Для проведення анкетування серед викладачів було призначено час і визначено аудиторію, де зібрались представники всіх відібраних для участі в дослідженні кафедр. Перед початком анкетування співробітники проєкту повідомляли мету й завдання дослідження, проводили інструктаж щодо заповнення анкети та повідомляли, що індивідуальні відповіді є конфіденційними й подаватимуться лише в узагальненому вигляді. Після інструктажу кожен респондент підписував інформовану згоду на участь у дослідженні й заповнював анкету. На заповнення анкети відводилось від 20 до 30 хвилин, після чого студенти і викладачі здавали їх співробітникам проєкту.

Для аналізу даних використовувалося програмне забезпечення SPSS. Усі відповіді з анкет було внесено до масиву даних у SPSS, проведено контроль якості даних і підготовлено таблиці з результатами аналізу для подальшого опису.

2.2. Вибірка і характеристики респондентів

Участь у дослідженні загалом взяли 2405 студентів медичного факультету (третього і шостого років навчання) і 385 викладачів п'яти закладів вищої медичної освіти, залучених до дослідження, зокрема (тут упорядковані за абеткою):

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.

Відповідно до цілей і завдань проєкту до вибірки увійшли студенти медичного факультету третього року навчання, які не мали досвіду вивчення дисципліни із сімейної медицини, і студенти шостого року навчання, які в більшості вже прослухали відповідну дисципліну. Потоки, яким було роздано анкету, обиралися випадковим чином для кожного року навчання із загального розкладу занять університету, таким чином дизайн вибірки – двоступеневий (на першому кроці – кластерний, а на другому – стохастичний). Усього в п'яти ЗВО за визначеними критеріями навчалося на момент проведення дослідження 6290 студентів. За обраним підходом до формування вибірки дослідження було відібрано 2992 студенти, але участь у дослідженні взяли 2405 студентів, які з'явилися в день проведення анкетування у ЗВО й заповнили анкету. Тож відсоток тих, хто взяв участь в анкетуванні з-поміж відібраної вибіркової сукупності, становить 80,4%.

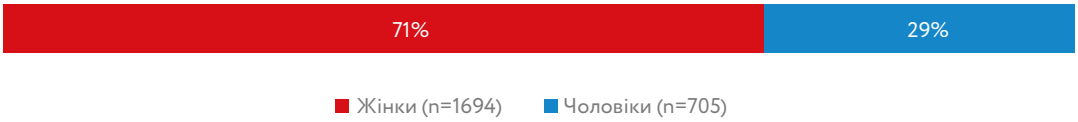
Другою досліджуваною групою були викладачі ЗВО. Оскільки сприйняття сімейної медицини формується не лише викладачами кафедри сімейної медицини, то крім цієї кафедри до вибірки увійшли викладачі й інших кафедр: внутрішньої медицини, педіатрії, інфекційних захворювань, хірургії, акушерства і гінекології, соціальної медицини. Серед усіх наявних кафедр до участі у дослідженні були запрошені ті, що мали найбільший кількісний склад викладачів. Усього в п'яти ЗВО на кафедрах, що відповідали критеріям участі в дослідженні, викладало 1636 осіб. За обраним підходом до формування вибірки дослідження було відібрано 415 викладачів, але участь у дослідженні взяли 385 лекторів, які з'явилися в день проведення анкетування у ЗВО й заповнили анкету. Тож відсоток тих, хто взяв участь в анкетуванні з-поміж відібраної вибіркової сукупності, становить 92,8%.

Характеристики студентів медичного факультету п'яти ЗВО, які взяли участь у дослідженні

Серед загальної кількості студентів, які взяли участь у дослідженні, 71% становили жінки, 29% – чоловіки (рис. 2.1).

Рис. 2.1.

Розподіл студентів за статтю



За віком студенти розподілилися так: 49% респондентів були віком 21 рік і молодші; 51% – 22 роки і старші (рис. 2.2). Проте розподіл за віком відрізнявся залежно від закладу вищої освіти. Наприклад, у ЗВО 1 і ЗВО 4 більша частка студентів 22 роки і старші, відповідно у ЗВО 2, ЗВО 3 і ЗВО 5 переважає частка студентів віком 21 рік і молодші.

Є відмінності й серед розподілу кількості студентів за роками навчання. Так, серед загальної кількості студентів 52% навчалися на 3 курсі, а 48% – на 6 курсі (рис. 2.3). У ЗВО 2, ЗВО 3 і ЗВО 5 переважала частка студентів третього року навчання, а у ЗВО 1 і ЗВО 4 більшою була частка студентів шостого року навчання.

Рис. 2.2.

Розподіл студентів за віком

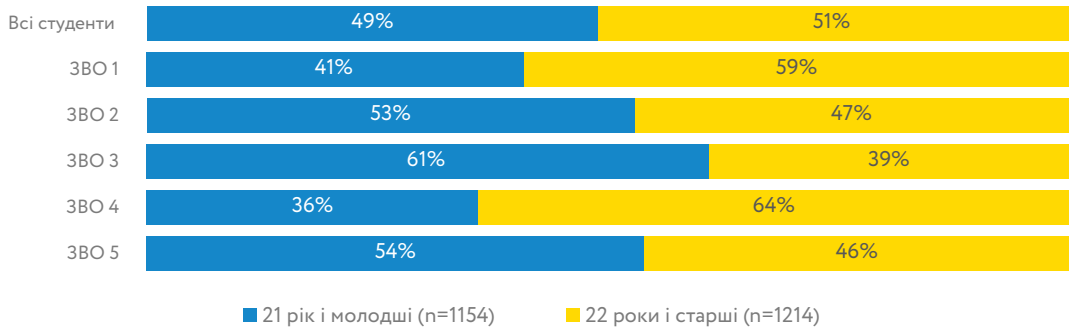
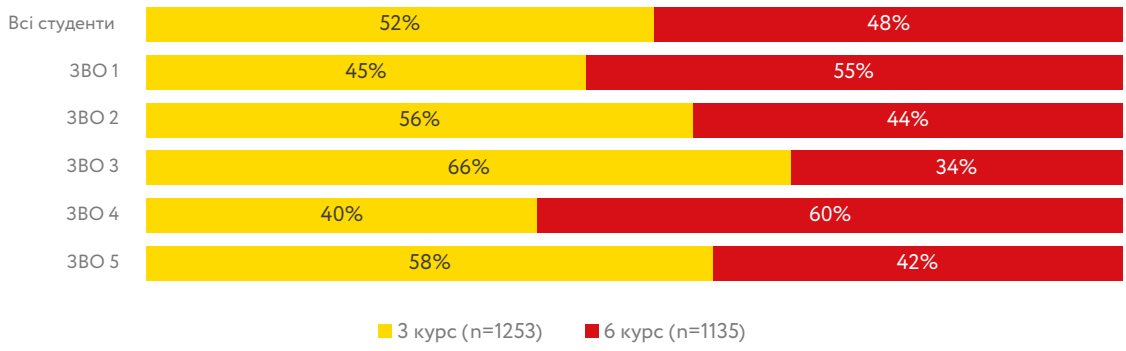


Рис. 2.3.

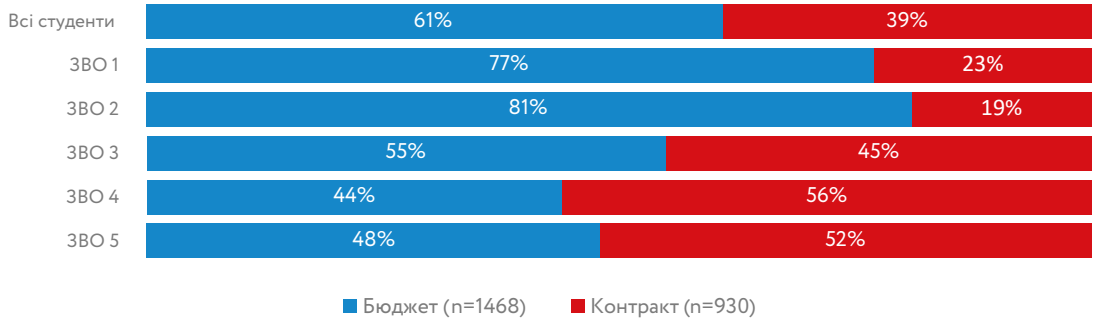
Розподіл студентів за роком навчання



Також варто зазначити, що серед опитаних студентів 61% навчалися на бюджетній формі навчання, а 39% – на контрактній (рис. 2.4). Співвідношення студентів бюджетної і контрактної форм навчання в окремих ЗВО було таким: у ЗВО 1 і ЗВО 2 значно переважала частка студентів, які навчаються за бюджетом; у ЗВО 4 і ЗВО 5 превалювала частка студентів контрактної форми навчання.

Рис. 2.4.

Розподіл студентів за формою навчання



До навчання в медичному університеті 47% студентів мешкало в місті, 26% – у селі, 18% – у районному (обласному) центрі, 8% – у місті Києві і 1 % – за межами України (рис. 2.5).

У 18% опитаних хтось із близьких родичів (батько, мати, брат, сестра) працює лікарем вузької спеціалізації (рис. 2.6), і лише 6% респондентів мають серед близького оточення (батько, мати, брат, сестра) лікарів сімейної медицини/загальної практики (рис. 2.7).

Рис. 2.5.

Розподіл відповідей студентів на запитання «Де Ви мешкали до того, як почали навчання в медичному університеті?»

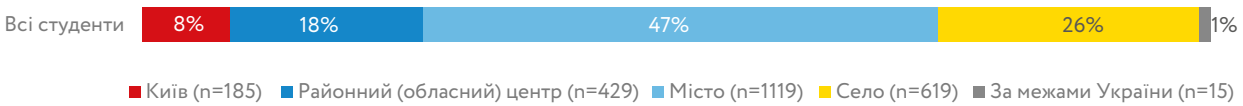


Рис. 2.6.

Розподіл відповідей на запитання «Чи працює хтось із Ваших близьких родичів (батько, мати, брат, сестра) лікарем вузької спеціалізації?»

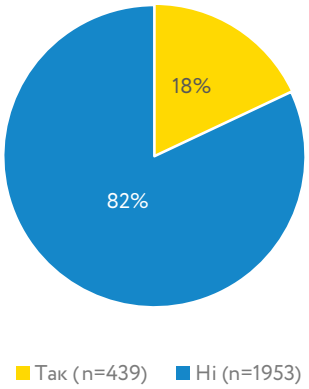
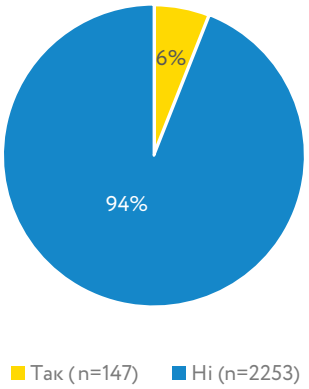


Рис. 2.7.

Розподіл відповідей на запитання «Чи працює хтось із Ваших близьких родичів (батько, мати, брат, сестра) лікарем сімейної медицини/ загальної практики?»



Характеристики викладачів п'яти ЗВО, які взяли участь у дослідженні

Серед загальної кількості викладачів, які взяли участь у дослідженні, 63% становили жінки, 37% – чоловіки (рис. 2.8). За віком вони розподілились так: 49% були віком 24–44 роки, 42% – віком 45–64 роки й 9% – від 65 до 85 років (рис. 2.9). Проте ці показники різнились залежно від ЗВО. Найбільша кількість викладачів старшого віку працює у ЗВО 4, наймолодшого віку – у ЗВО 1. Найбільше чоловіків серед викладачів – у ЗВО 2, найбільше жінок – у ЗВО 3.

Рис. 2.8.

Розподіл викладачів за статтю

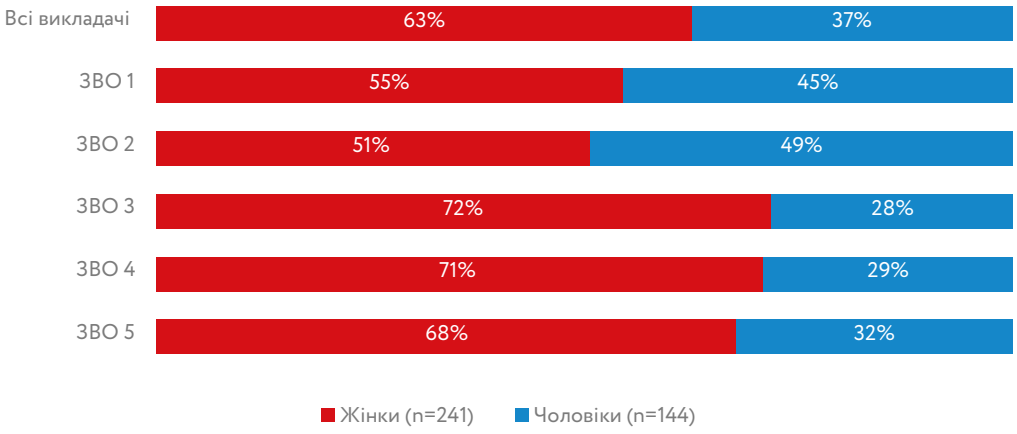
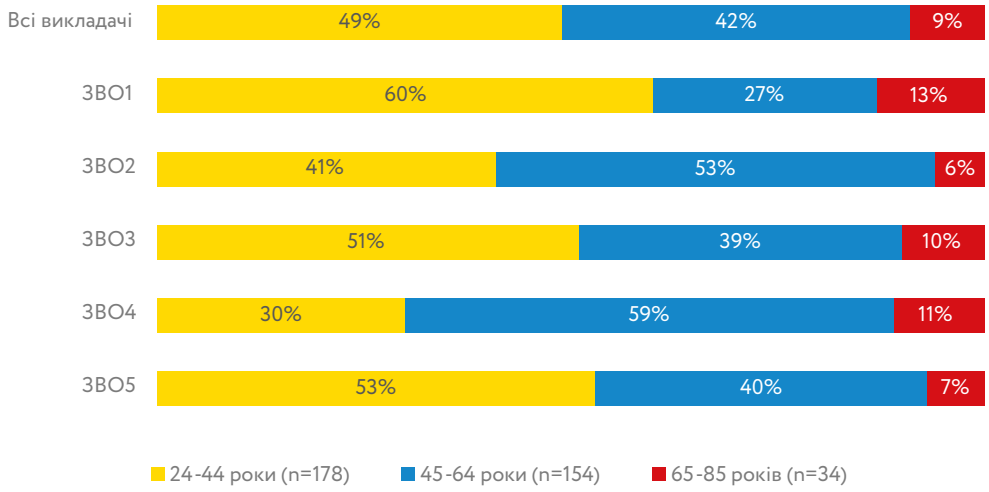


Рис. 2.9.

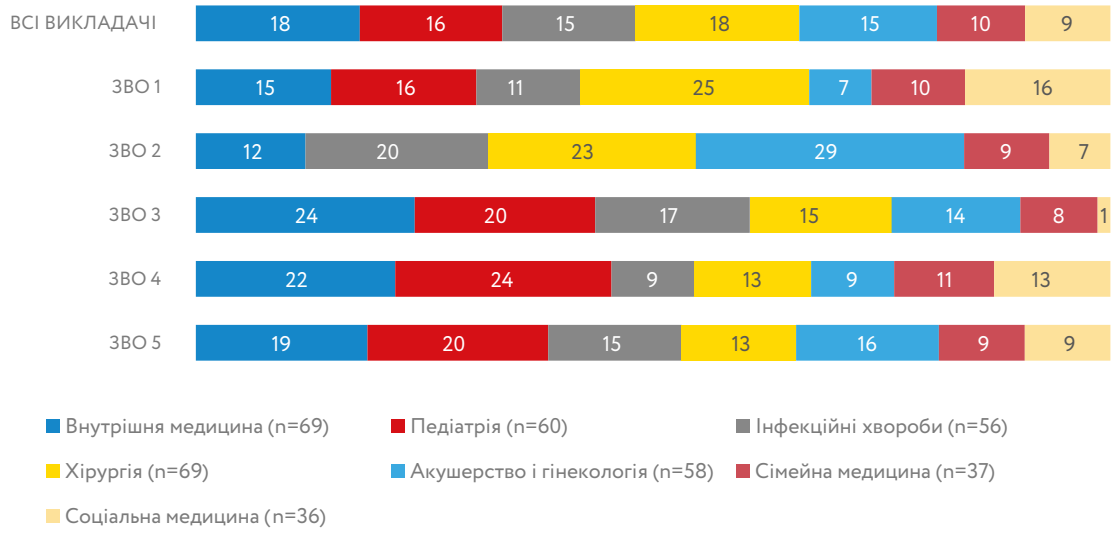
Розподіл викладачів за віком



Участь у дослідженні взяли викладачі, які працюють на кафедрах: внутрішньої медицини – 18%, педіатрії – 16%, інфекційних захворювань – 15%, хірургії – 18%, акушерства і гінекології – 15%, сімейної медицини – 10% і соціальної медицини – 9% (рис. 2.10).

Рис. 2.10.

Розподіл викладачів за місцем (кафедрою) викладання у закладах вищої освіти, (%)



Серед загальної кількості викладачів половина (52%) обіймала посаду доцента, третина (32%) – асистента, 11% – посаду професора і 3% опитаних викладачів обіймали посаду завідувача кафедри (рис. 2.11). Науковий ступінь кандидата наук мали 74% опитаних, 16% – науковий ступінь доктора наук і 11% не мали наукового ступеня (рис. 2.12).

Рис. 2.11.

Розподіл викладачів за посадою в закладах вищої освіти

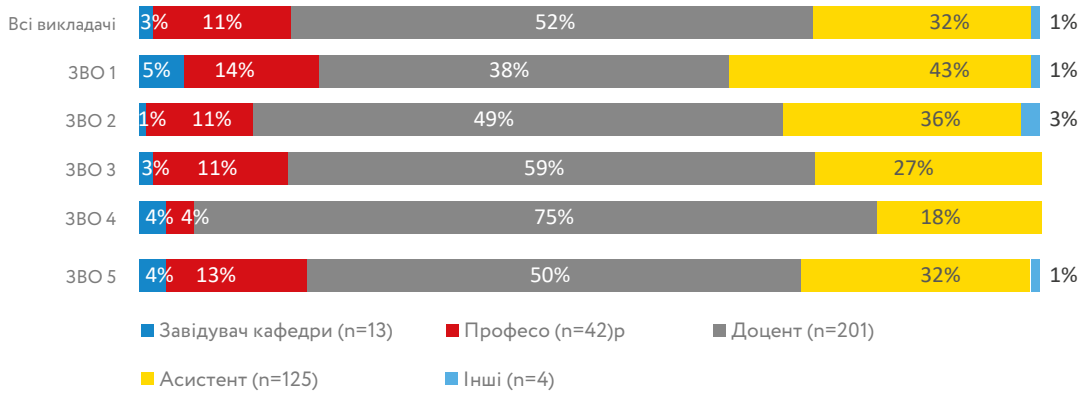
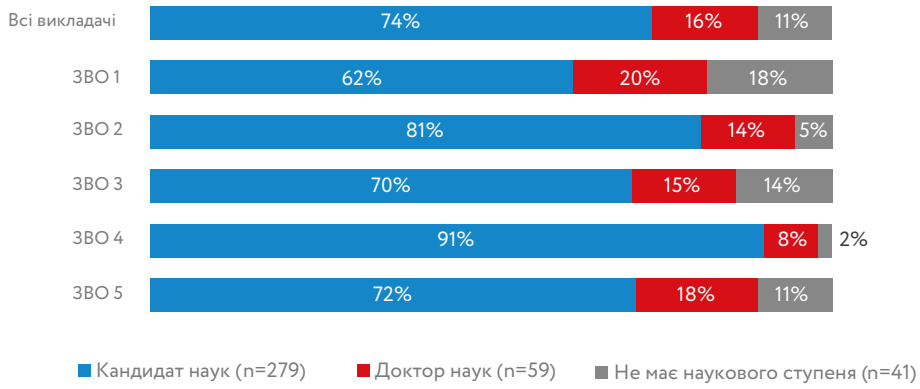


Рис. 2.12.

Розподіл викладачів за науковим ступенем



2.3. Обмеження дослідження:

1. Участь у дослідженні взяли лише п'ять закладів вищої медичної освіти, які були відібрані не випадковим чином, а на підставі участі в україно-швейцарському проєкті «Розвиток медичної освіти», а також за рекомендацією МОЗ України.

2. У рамках дослідження були опитані студенти-медики третього і шостого років навчання, а також викладачі обраних кафедр. Участь у дослідженні студентів інших років навчання та викладачів інших кафедр могла б змінити розподіл відповідей за різними блоками сприйняття сімейної медицини.

3. Збір даних у рамках цього дослідження відбувався у березні-квітні 2019 року. Це період активної підготовки до іспитів і випуску з університету (для студентів шостого року навчання). Надмірне навантаження і стресова ситуація могли вплинути на емоційний стан і відповіді студентів.

4. На момент проведення дослідження не всі студенти шостого року навчання прослухали курс із сімейної медицини, що обмежило кількість тих респондентів, які змогли відповісти на запитання щодо викладання сімейної медицини у ЗВО.

3. результати дослідження

3.1. Результати дослідження: загальний огляд сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами

Як було зазначено вище, студентам і викладачам, які взяли участь у дослідженні, було запропоновано оцінити твердження про сімейну медицину за 5-бальною шкалою Лікерта від 1 до 5 (1 – зовсім не погоджуюсь, 2 – не погоджуюсь, 3 – не визначився/ не визначилась, 4 – погоджуюсь, 5 – повністю погоджуюсь).

Уявлення студентів і викладачів про сімейну медицину можна проілюструвати через твердження стосовно даної галузі, з якими вони найбільше погоджуються або не погоджуються. Отримані результати вказують на те, що студенти швидше схильні підтримувати негативні уявлення про сімейних лікарів. Так, 66% студентів підтримує твердження, що **важко стати компетентним сімейним лікарем, оскільки це дуже широка сфера**, і лише 18% не підтримують його. Майже така сама кількість респондентів (64%) погодилася з твердженням, що **в нашому суспільстві не цінують сімейних лікарів**, 59% студентів до того ж згодні з тим, що **в Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини**, а також **сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості.**

Хоча викладачі менш категоричні у своїх судженнях, ніж студенти, можемо бачити спільне сприйняття – підтримку чи заперечення тих самих тверджень стосовно сімейної медицини. Так, викладачі, як і студенти, схильні погоджуватись, що **в Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини:** 55% опитаних лекторів підтримали це, і лише 25% – ні. Майже однаковий відсоток опитаних як серед викладачів, так і серед студентів (59% серед викладачів і 58% серед студентів) згодні, що **сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості** (рис. 3.1).

Така сама кількість викладачів погоджуються з тим, що **важко стати компетентним сімейним лікарем, оскільки це дуже широка сфера**, натомість 33% не погоджуються з цим. 56% опитаних викладачів згодні з тим, **що в нашому суспільстві не цінують сімейних лікарів**, і лише 26% з цим не погоджуються, а 18% не визначилися з відповіддю на дане запитання.

> Сімейна медицина дуже широке поняття, там тому має працювати майже геніальна людина, а таких дуже мало. І наше суспільство не готове відвідувати лікаря профілактично, тому в нас більш потрібні лікарі вузької спеціальності
>
> ЗВО 5, 6 курс

> Серед студентів професія «сімейний лікар» – зовсім не престижна
>
> ЗВО 2, 3 курс

> У нашій країні сімейна медицина ніколи не приживеться. Їхніми послугами користується лише населення райцентрів (бо немає вибору), а у великих містах – пенсіонери й малозабезпечене населення, бо не може дозволити собі вузького спеціаліста
>
> ЗВО 2, 6 курс

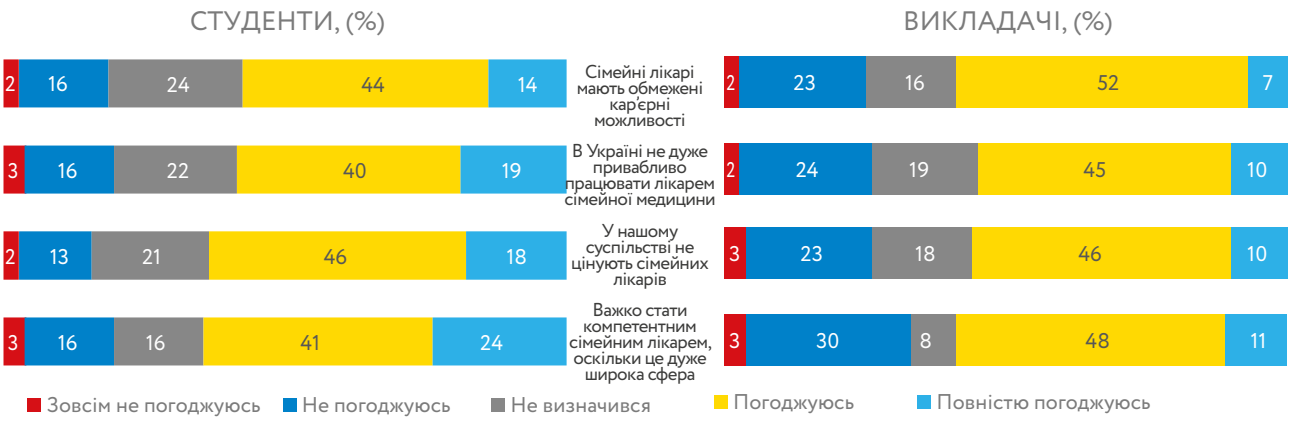
> Сімейна медицина – це крок у 19-століття
>
> ЗВО 1, викладач кафедри терапії

> Я не считаю, что семейная медицина улучшит качество медицинской помощи. Скорее наоборот, вырастет смертность, заболеваемость. А врачи все вообще поувольняются
>
> ЗВО 1, 6 курс

> Всі викладачі стверджують, що кожний студент стане сімейним лікарем, але практично кожен другий не хоче таке майбутнє, так як сімейний лікар асоціюється з важкою працею, невдячністю і це, нажаль, правда
>
> ЗВО 3, 3 курс

Рис. 3.1.

Розподіл відповідей на твердження щодо ставлення студентів та викладачів до сімейної медицини



З іншого боку, половина студентів схильні погоджуватися з тим, що **якість медичної допомоги, яка надається сімейними лікарями, не досить висока**, а 40% підтримують ідею, що **лікарі інших спеціальностей не цінують лікарів сімейної медицини.** Водночас саме ці два твердження мають найбільшу кількість респондентів, які не визначилися зі своєю відповіддю (33% та 34% відповідно). Із тим, що **сімейні лікарі здатні розв'язувати лише незначні проблеми зі здоров'ям**, згодні 52% респондентів студентів, але 27% з цим твердженням не погоджуються.

Лише 39% опитаних підтримали твердження, що **сімейний лікар може надати більшість медичних послуг, яких потребує пацієнт**, і майже така сама кількість (35%) має протилежну думку, а ще 26% не змогли визначитися з відповіддю.

У деяких питаннях цього блоку викладачі були навіть більш категоричними, ніж студенти.

Наприклад, 59% опитаних викладачів погоджуються, що **якість медичної допомоги, яка надається сімейними лікарями, не досить висока,** а 22% не змогли визначитися з відповіддю на дане запитання. Це твердження має один із найбільших відсотків невизначеності з відповіддю серед викладачів ЗВО.

35% представників викладацького складу згодні, що **лікарі інших спеціальностей не цінують лікарів сімейної медицини,** хоча 41% так не думає. Також є спільне бачення у викладачів і студентів щодо твердження, що **сімейні лікарі здатні розв'язувати лише незначні проблеми зі здоров'ям:** 47% викладачів погодилися з цим твердженням і 40% заперечили це. Щодо останнього твердження, то 43% викладачів згодні, що **сімейний лікар може надати більшість медичних послуг, яких потребує пацієнт**, але 46% з цим не погоджуються (рис. 3.2).

твердження №2

У НАШОМУ СУСПІЛЬСТВІ НЕ ЦІНУЮТЬ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Понад 70% тих, хто вже уклав угоди із сімейним лікарем, задоволені ним, лише 12% висловили невдоволення, 16% вагалися з оцінками. Третина опитаних серед змін, які вони помітили після укладання контракту із сімейним терапевтом, відзначили, що лікар був до них уважнішим і ввічливішим[1].

1Оцінка медичної сфери в Україні. Результати дослідження (21-29 травня 2019 року). http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoy_sfery_v_ukraine_21-29_maya_2019_goda.html

твердження №3

В УКРАЇНІ НЕ ДУЖЕ ПРИВАБЛИВО ПРАЦЮВАТИ ЛІКАРЕМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Студенти здатні точно прогнозувати доходи за спеціальностями на ранніх етапах навчання, і вони мають негативне сприйняття доходів у галузі сімейної медицини. Сприйняття, що сімейні лікарі мало заробляють, може бути важливим фактором, що впливає на низький інтерес до сімейної медицини[1].

1 D. Morra, G. Regehr, S. Ginsburg. Medical Students, Money, and Career Selection: Students' Perception of Financial Factors and Remuneration in Family Medicine. https://www.researchgate.net/publication/23966447_Medical_Students_Money_and_Career_Selection_Students'_Perception_of_Financial_Factors_and_Remuneration_in_Family_Medicine

твердження №4

СІМЕЙНІ ЛІКАРІ МАЮТЬ ОБМЕЖЕНІ КАР'ЄРНІ МОЖЛИВОСТІ

Лікарі, які прагнуть допомогти змінити медичну допомогу в США, скористатись сучасними інформаційними технологіями в охороні здоров'я або взяти на себе піклування про новонародженого чи особу похилого віку в один день, можуть зробити це сьогодні саме в сімейній медицині. Потенційні кар'єрні можливості й різноманіття завдань для сімейних лікарів/лікарок розвиваються, і це відбувається поза межами традиційної клінічної практики[1].

1 Family Medicine: Physicians Find Abundant Career Options, Rewards in an Evolving Specialty. https://www.nejmcareercenter.org/article/family-medicinephysicians-find-abundant-career-options/

твердження №8

СІМЕЙНИЙ ЛІКАР МОЖЕ НАДАТИ БІЛЬШІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЯКИХ ПОТРЕБУЄ ПАЦІЄНТ

Сімейний лікар/сімейна лікарка надає і координує медичну допомогу для розв'язання широкого спектру медичних проблем пацієнтів, пріоритетизуючи ці запити на основі відносин, які встановлено завдяки неодноразовим візитам пацієнтів протягом певного часу[1].

1K.C. Stange, C.R. Jaén, S.A. Flocke, W.L. Miller, B.F. Crabtree, S.J. Zyzanski. The Value of a Family Physician. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9597993-the-valueof-a-family-physician/

твердження №9

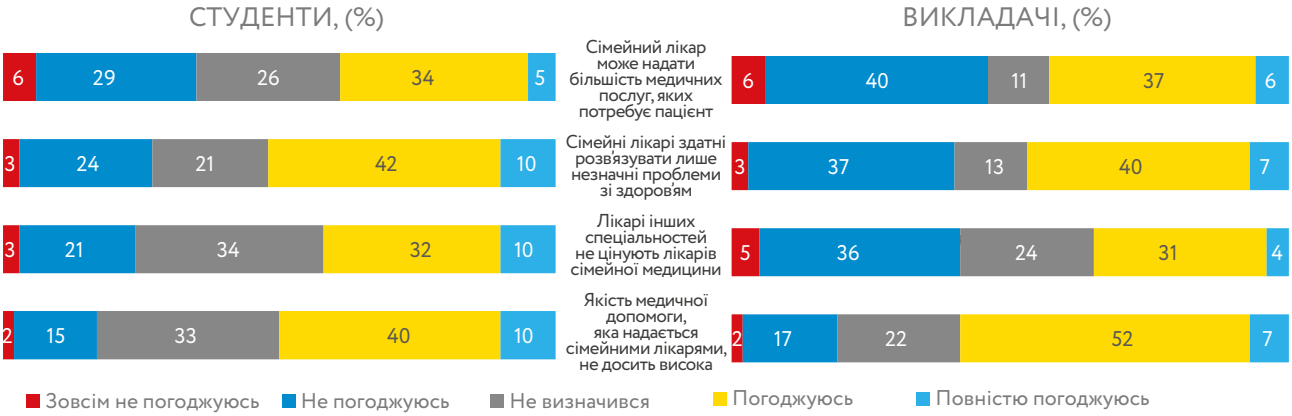
УСІ ПОВИННІ ПРОЙТИ НАВЧАННЯ ІЗ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НЕЗАЛЕЖНО ВІД ТОГО, ЯКУ СПЕЦІАЛЬНІСТЬ ВОНИ ОБЕРУТЬ ПІЗНІШЕ

Час, відведений на вивчення сімейної медицини в процесі клінічного навчання, впливає на зростання кількості випадків обрання сімейної медицини як спеціальності[1].

1Senf, J. H., Campos-Outcalt, D., & Kutob, R. (2003). Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. The Journal of the American Board of Family Practice, 16(6), 502-512.

Рис. 3.2.

Розподіл відповідей на твердження щодо ставлення студентів та викладачів до сімейної медицини



Зауважимо, що найменшу підтримку як серед студентів, так і серед викладачів отримали твердження щодо знань студентів і викладачів стосовно сімейної медицини – тобто і студенти, і викладачі вважають, що мають належні знання щодо сімейної медицини. Так, 53% студентів і 57% викладачів не погоджуються з тим, що **більшість студентів не знають, що таке сімейна медицина**, а 35% студентів і 32% викладачів з цим згодні. Навіть більша кількість студентів, а саме 67%, і переважна кількість викладачів, 76%, не згодні з тим, що **більшість викладачів університету не знають, що таке сімейна медицина**. Із цим твердженням погодилось лише 14% і 15% опитаних відповідно (рис. 3.3).

> Я вважаю, що потрібна більша кількість вузьких спеціалістів і краща підготовка сімейних лікарів, адже їхній рівень надання медичної допомоги досить низький
>
> ЗВО 3, 6 курс

Рис. 3.3.

Розподіл відповідей на твердження щодо ставлення студентів та викладачів до сімейної медицини

> Я не вважаю, що сімейна медицина є такою ж важливою спеціальністю, як і вузькі, оскільки у вузьких спеціалізаціях лікуються не симптоми, а чіткі хвороби, до того ж дуже важкі. Тому порівнювати їх було б не дуже доречно
>
> ЗВО 5, 6 курс

> Так, сімейна медицина важлива, проте більшість студентів і викладачів не розуміють, що це, і часто не хочуть це розуміти
>
> ЗВО 1, 6 курс

> Багато викладачів не мають уявлення про сімейну медицину. І надають завуальовану інформацію студентам
>
> ЗВО 1, 6 курс

Лише 37% студентів згодні, що **всі повинні пройти навчання із сімейної медицини, незалежно від того, яку спеціальність вони оберуть пізніше.** Відсоток викладачів, які погоджуються, що сімейна медицина має викладатися для всіх, суттєво більший і становить 54% (рис. 3.3). 74% викладачів, які взяли участь в опитуванні, не погоджуються, що **сімейна медицина має бути опцією для найслабших студентів** (рис. 3.4).

Рис. 3.4.

Розподіл відповідей на твердження щодо ставлення викладачів до сімейної медицини

Як видно з табл. 3.1, рівень згоди з наведеними твердженнями різний у закладах вищої освіти. Наприклад, на думку студентів ЗВО 1 і ЗВО 2, **в Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини** (71% і 69% відповідно; твердження #3), натомість студенти ЗВО 3, ЗВО 4 і ЗВО 5 менше впевнені в цьому твердженні (53%, 51% і 50% відповідно). Студенти ЗВО 3, ЗВО 4 і ЗВО 5 не згодні також із твердженням #10, що **більшість викладачів університету не знають, що таке сімейна медицина** (66%, 82% й 71% відповідно), проте у ЗВО 1 і ЗВО 2 студенти не такі впевнені у знаннях своїх викладачів (59% і 58%).

Відповіді викладачів не мають значної кількості статистично значущих розбіжностей. Однак можна зауважити, що викладачі ЗВО 2 більш схильні вважати, що **в Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини** (твердження #3: 69% на противагу 50%–53% у ЗВО 3–5), а також що **сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості** (твердження #4: 71% на противагу 45%–64% у ЗВО 3–5).

Таблиця 3.1.

Розподіл відповідей студентів та викладачів щодо сприйняття сімейної медицини

Твердження	ЗВО 1		ЗВО 2		ЗВО 3		ЗВО 4		ЗВО 5	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь*	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
1. Важко стати компетентним сімейним лікарем, оскільки це дуже широка сфера										
Студенти	72%	13%	64%	16%	72%	13%	60%	20%	63%	18%
Викладачі	59%	12%	67%	7%	63%	6%	58%	13%	50%	5%
2. У нашому суспільстві не цінують сімейних лікарів										
Студенти	75%	16%	68%	18%	62%	21%	58%	25%	56%	23%
Викладачі	49%	26%	66%	11%	56%	21%	71%	9%	47%	18%
3. В Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини										
Студенти	71%	17%	69%	18%	53%	25%	51%	26%	50%	24%
Викладачі	64%	18%	68%	20%	39%	27%	54%	22%	50%	13%
4. Сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості										
Студенти	66%	21%	65%	21%	56%	24%	54%	26%	52%	26%
Викладачі	61%	12%	71%	17%	64%	6%	56%	16%	45%	26%
5. Якість медичної допомоги/лікування/послуг, що надаються сімейними лікарями, не досить висока										
Студенти	61%	28%	50%	34%	54%	31%	42%	37%	44%	34%
Викладачі	60%	25%	59%	16%	68%	21%	62%	20%	49%	25%
6. Сімейні лікарі здатні розв'язувати лише незначні проблеми зі здоров'ям										
Студенти	52%	21%	50%	23%	59%	18%	48%	25%	50%	19%
Викладачі	43%	17%	56%	11%	55%	4%	42%	15%	41%	16%
7. Лікарі інших спеціальностей не цінують лікарів сімейної медицини										
Студенти	47%	35%	49%	32%	45%	33%	37%	35%	34%	35%
Викладачі	29%	30%	34%	20%	44%	30%	45%	25%	31%	17%
8. Сімейний лікар може надати більшість медичних послуг, яких потребує пацієнт										
Студенти	37%	30%	43%	23%	34%	23%	40%	25%	41%	26%
Викладачі	48%	13%	40%	12%	39%	10%	43%	9%	43%	9%
9. Усі повинні пройти навчання з сімейної медицини, незалежно від того, яку спеціальність вони оберуть пізніше										
Студенти	37%	21%	39%	22%	29%	22%	38%	21%	40%	19%
Викладачі	60%	14%	53%	13%	62%	18%	58%	16%	42%	17%
10. Більшість студентів не знають, що таке сімейна медицина										
Студенти	43%	11%	37%	13%	36%	11%	24%	14%	36%	11%
Викладачі	29%	13%	36%	15%	38%	13%	33%	7%	27%	9%
11. Більшість викладачів університету не знають, що таке сімейна медицина										
Студенти	20%	21%	17%	25%	15%	19%	7%	11%	12%	17%
Викладачі	17%	8%	20%	12%	15%	11%	12%	13%	13%	2%

*Кількість відповідей «не погоджуюсь/зовсім не погоджуюсь» дорівнює різниці 100% і суми відсотків «повністю погоджуюсь/погоджуюсь» та «не визначився(-лась)».

твердження №3

В УКРАЇНІ НЕ ДУЖЕ ПРИВАБЛИВО ПРАЦЮВАТИ ЛІКАРЕМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

”

В Ізраїлі існує дефіцит лікарів/лікарок загальної практики, що спричинено низькою кількістю студентів, які обирають загальну практику – сімейну медицину як свою спеціальність[1].

1 S. Naimer, Y. Press, C. Weissman, R.Y. Zisk-Rony, Y.G. Weiss, H. Tandeter. Medical Students' Perceptions of a Career in Family Medicine. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29429409-medical-students-perceptions-of-a-career-in-family-medicine/

твердження №6

СІМЕЙНІ ЛІКАРІ ЗДАТНІ РОЗВ'ЯЗУВАТИ ЛИШЕ НЕЗНАЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ

”

За інформацією Американської академії сімейних лікарів, лікарі/лікарки цієї спеціальності можуть надавати різноманітні медичні послуги.

У рамках практики ПМД сімейний лікар/сімейна лікарка може надавати такі послуги пацієнтам:

82% проводять рутинні процедури,

48% лікують пацієнтів у спеціалізованих закладах,

31% надають невідкладну допомогу,

74% надають допомогу дітям,

83% мають доступ до роботи в лікарнях,

18% надають гінекологічні послуги.

Сімейні лікарі навчені виконувати різноманітні процедури, зокрема такі, як: кольпоскопія, колоноскопія, ендоскопія, планування сім'ї й рання діагностика та ведення вагітності, ін'єкції, спірометрія, процедури на шкірі, ультразвукове дослідження, вазектомія[1].

1Family Medicine: Comprehensive Care for the Whole Person. https://www.aafp.org/medical-school-residency/choosing-fm/model.html

твердження №5

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ/ЛІКУВАННЯ/ ПОСЛУГ, ЩО НАДАЮТЬСЯ СІМЕЙНИМИ ЛІКАРЯМИ, НЕ ДОСИТЬ ВИСОКА

”

Третина опитаних серед змін, які вони помітили після укладання контракту із сімейним терапевтом, відзначили, що лікар був до них уважнішим і ввічливішим. 18% зазначили, що було легше потрапити на прийом, 11% сказали, що побачили кращі умови прийому (ремонт, сучасне обладнання і т.п.), або ж вони отримали направлення на безкоштовні лабораторні тести. 9% заявили, що вони отримали безкоштовні ліки або вакцини у свого лікаря чи консультацію з приводу здорового способу життя й корисних звичок. З іншого боку 20% зазначили, що не побачили жодних змін після укладання договору (у жовтні 2018 року – 25%)[1].

1Оцінка медичної сфери в Україні. Результати дослідження (21-29 травня 2019 року). http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoy_sfery_v_ukraine_21-29_maya_2019_goda.html

твердження №8

СІМЕЙНИЙ ЛІКАР МОЖЕ НАДАТИ БІЛЬШІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЯКИХ ПОТРЕБУЄ ПАЦІЄНТ

”

Сімейна медицина – це основний і перший ресурс. Ця галузь охоплює широкий спектр дій лікаря/лікарки, який визначається потребами і бажаннями пацієнтів[1].

1The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002. https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf

Як зазначено у табл. 3.2, з-поміж викладачів різних кафедр ЗВО, які взяли участь у дослідженні, саме серед викладачів кафедри сімейної медицини превалює думка, що **сімейних лікарів не цінують у суспільстві:** з цими твердженнями погодилось 68% опитаних представників кафедри сімейної медицини. Крім того, представники цієї кафедри згодні, що **сімейних лікарів не цінують представники інших медичних спеціальностей:** це твердження підтримали 65% співробітників кафедри сімейної медицини. Викладачі кафедри інфекційних хвороб і кафедри хірургії також висловлюють високий рівень згоди з тим, що **сімейних лікарів не цінують у суспільстві** (69% та 67% підтримки відповідно). Викладачі решти кафедр висловили помірну згоду з цим твердженням, хоча 31% викладачів кафедри соціальної медицини не змогли визначитися з відповіддю. Водночас високий рівень невизначеності демонструють викладачі кафедри інфекційних хвороб, 43% з яких не змогли визначитися, чи **цінують сімейних лікарів лікарі інших спеціальностей.**

Щодо твердження, що **сімейні лікарі можуть надати більшість медичних послуг, яких потребує пацієнт,** то більшість, а саме 81%, викладачів кафедри сімейної медицини з цим погоджуються, але 69% інфекціоністів та 57% хірургів висловлюють незгоду з цим твердженням. Цікаво також звернути увагу на те, що хоча 75% викладачів кафедри сімейної медицини не згодні з тим, що **сімейні лікарі здатні розв'язувати лише незначні проблеми зі здоров'ям**, є 14% тих, хто з цим погоджується, і ще 11%, які не змогли визначитися з відповіддю. Найбільш схильні не погоджуватись із цим твердженням викладачі кафедри педіатрії та соціальної медицини (49% та 45% відповідно). Найбільше ж підтримки таке сприйняття отримало серед представників кафедр інфекційних хвороб та акушерства і гінекології (61% та 60% відповідно).

Також 57% складу кафедри сімейної медицини згодні з тим, що **більшість студентів не знають, що таке сімейна медицина**, а 51% до того ж погоджуються з тим, що і **більшість викладачів не знають, що таке сімейна медицина.** З цими твердженнями не погоджуються викладачі інших кафедр (лише 9% викладачів кафедри внутрішніх хвороб погоджуються з твердженням #11; 12% викладачів кафедри педіатрії; 5% –кафедри інфекційних хвороб; 25% – кафедри хірургії тощо; табл. 3.2).

> На сегодня зарплата семейного врача больше, чем у специалиста, а уровень оказания помощи значительно ниже
>
> ЗВО 1, 6 курс

> Політика щодо заробітних плат не є справедливою, адже вузькі спеціалісти, виконуючи більше роботи й маючи більше відповідальності, отримують дуже низькі заробітні плати
>
> ЗВО 3, 6 курс

> Сімейна медицина не повинна прирівнюватись до вузьких спеціальностей. Заробітні плати у сімейних лікарів не мають бути вище, ніж у вузьких спеціалістів
>
> ЗВО 3, 3 курс

> На мою думку, сімейний лікар має отримувати таку саму зарплатню, як і лікар вузької спеціальності, і бути компетентним у багатьох напрямках
>
> ЗВО 5, 3 курс

Таблиця 3.2.

Розподіл відповідей щодо сприйняття сімейної медицини викладачами різних кафедр

Твердження	Внутрішні хвороби		Педіатрія		Інфекційні хвороби		Хірургія		Акушерство і гінекологія		Сімейна медицина		Соціальна медицина	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь / Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
1. Важко стати компетентним сімейним лікарем, оскільки це дуже широка сфера														
62%	12%	53%	5%	66%	5%	59%	12%	57%	9%	46%	5%	67%	6%
2. У нашому суспільстві не цінують сімейних лікарів														
52%	21%	47%	20%	69%	19%	67%	13%	50%	17%	68%	5%	39%	31%
3. В Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини														
49%	26%	52%	15%	54%	25%	62%	19%	55%	24%	57%	11%	61%	6%
4. Сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості														
59%	13%	47%	12%	68%	20%	60%	22%	66%	12%	51%	11%	58%	22%
5. Якість медичної допомоги/лікування/послуг, що надаються сімейними лікарями, не досить висока														
54%	24%	53%	22%	61%	30%	70%	13%	62%	17%	46%	30%	58%	22%
6. Сімейні лікарі здатні розв'язувати лише незначні проблеми зі здоров'ям														
51%	7%	33%	18%	61%	13%	55%	15%	60%	9%	14%	11%	36%	19%
7. Лікарі інших спеціальностей не цінують лікарів сімейної медицини														
31%	19%	37%	20%	30%	43%	37%	18%	26%	19%	65%	24%	31%	28%
8. Сімейний лікар може надати більшість медичних послуг, яких потребує пацієнт														
34%	13%	50%	7%	18%	13%	30%	13%	47%	9%	81%	8%	61%	11%
9. Усі повинні пройти навчання з сімейної медицини, незалежно від того, яку спеціальність вони оберуть пізніше														
46%	16%	62%	17%	48%	20%	49%	12%	55%	12%	70%	16%	58%	19%
10. Більшість студентів не знають, що таке сімейна медицина														
34%	13%	27%	10%	36%	9%	39%	15%	21%	14%	57%	8%	11%	8%
11. Більшість викладачів університету не знають, що таке сімейна медицина														
9%	12%	12%	5%	5%	11%	25%	10%	10%	10%	51%	5%	3%	3%

> Сімейна медицина не потрібна в нашій країні, а потрібно більше лікарів вузької спеціальності. Тому що сімейні лікарі дуже мало в чому розуміються
>
> ЗВО 4, 3 курс

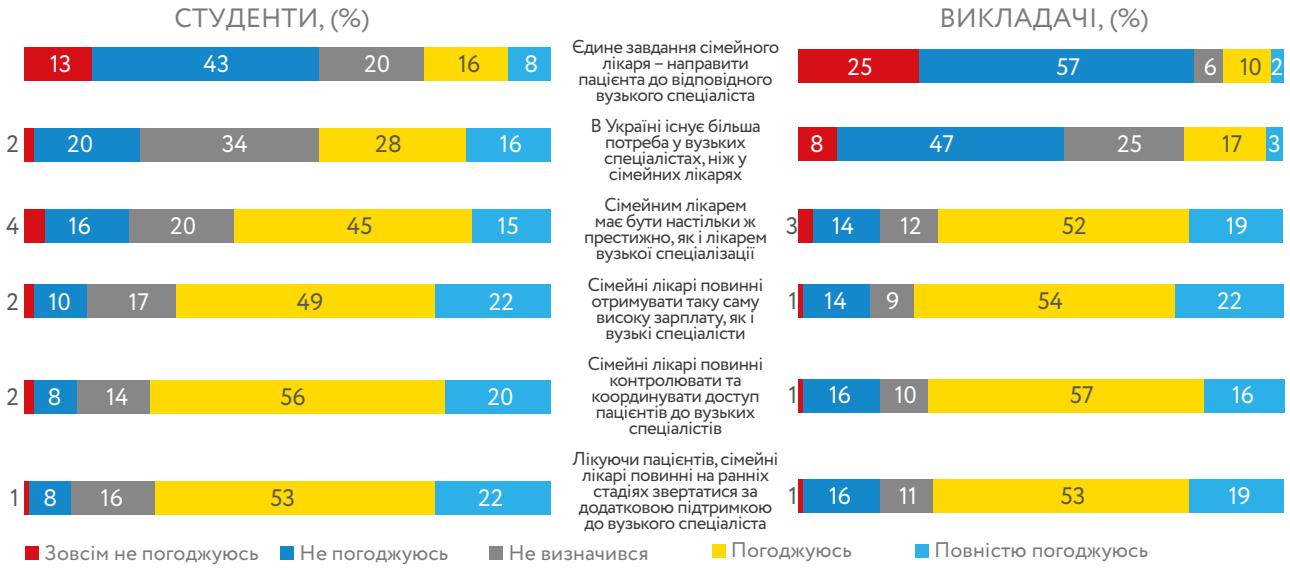
3.2. Сприйняття студентами і викладачами сімейних лікарів порівняно з лікарями вузької спеціалізації

Порівнюючи сприйняття студентами і викладачами лікарів сімейної медицини з лікарями інших спеціальностей, можемо відзначити таке: 75% студентів згодні, що, **лікуючи пацієнтів, сімейні лікарі повинні на ранніх стадіях звертатися за додатковою підтримкою до вузького спеціаліста**, а 76% – з тим, що саме **контроль та координація доступу пацієнтів до вузьких спеціалістів має бути функцією сімейного лікаря**. Це повністю відображає позицію викладачів – перше твердження підтримують 72%, а друге – 73% представників викладацького складу. Ідею про раннє звернення до вузького спеціаліста найбільше підтримують представники кафедр акушерства і гінекології (83%), хірургії та соціальної медицини (81%).

Водночас лише 24% студентів погоджуються з тим, що **переадресація до вузьких спеціалістів має бути єдиною функцією сімейних лікарів**, а 56% з цим твердженням не погоджуються. Серед викладачів ще менша кількість погоджується з такою позицією – лише 12%, проте для представників кафедри акушерства і гінекології цей відсоток становить 20% (рис. 3.5).

Рис. 3.5.

Розподіл відповідей на твердження щодо ставлення студентів та викладачів до сімейних лікарів порівняно з вузькими спеціалістами



60% студентів погоджуються, що **сімейним лікарем має бути настільки ж престижно, як і лікарем вузької спеціалізації**, і вже 71% висловлюють згоду з тим, що **сімейні лікарі повинні отримувати таку саму високу зарплату, як і вузькі спеціалісти.** Варто зауважити, що саме жінки-викладачки схильні вважати, що і зарплата, і престиж сімейних лікарів має бути таким самим, як і у вузьких спеціалістів.

Найбільше невизначеності в цьому блоці серед студентів викликало твердження, що **в Україні існує більша потреба у вузьких спеціалістах, ніж у сімейних лікарях** (34% не визначились з відповіддю, хоча 44% це твердження підтримали). Тут ми бачимо значну розбіжність поглядів студентів з поглядами викладачів, оскільки лише 20% представників кафедр ЗВО погодились із цим твердженням, 54% з такою позицією не згодні і 25% опитаних викладачів не визначились (табл. 3.3).

твердження №6

СІМЕЙНІ ЛІКАРІ ЗДАТНІ РОЗВ'ЯЗУВАТИ ЛИШЕ НЕЗНАЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ

Характеристиками спеціальності «загальна практика/сімейна медицина» є те, що:

a) це є місцем першого контакту пацієнта із системою охорони здоров'я, що забезпечує відкритий і необмежений доступ до послуг, спрямованих на розв'язання усіх проблем зі здоров'ям, незалежно від віку, статі чи інших характеристик особи, яка звертається по допомогу;

b) забезпечує ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я через координацію надання допомоги, співпрацю з іншими фахівцями в закладах первинної медичної допомоги, управління взаємодією з лікарями інших спеціальностей, беручи на себе представлення й захист інтересів пацієнтів у разі необхідності;

e) лікар/лікарка цієї спеціальності відповідальний/відповідальна за надання довготривалої медичної допомоги, яку визначають потреби пацієнта;

g) лікар/лікарка цієї спеціальності одночасно супроводжує лікування як гострих, так і хронічних захворювань кожного пацієнта;

h) лікар/лікарка цієї спеціальності забезпечує лікування захворювання, що не діагностується на ранніх стадіях розвитку й може потребувати ургентного втручання[1].

1Kyle Jones, M.D. The Value of Family Medicine: Stating the Obvious to the Oblivious (2014). https://www.aafp.org/news/blogs/freshperspectives/entry/the_value_of_family_medicine.html

твердження №12

ЛІКУЮЧИ ПАЦІЄНТІВ, СІМЕЙНІ ЛІКАРІ ПОВИННІ НА РАННІХ СТАДІЯХ ЗВЕРТАТИСЯ ЗА ДОДАТКОВОЮ ПІДТРИМКОЮ ДО ВУЗЬКОГО СПЕЦІАЛІСТА

У 73,4% випадків, дані про які наявні, сімейні лікарі ставили такі самі діагнози, як і профільні спеціалісти. І лише у 2,7% випадків пацієнти направлялись до невідповідного спеціаліста[1].

1P.G. Norton, E.V. Dunn, D. Bestvater. Referrals in Primary Care: Is the Family Physician a "Gatekeeper"? https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280904/

твердження №7

ЛІКАРІ ІНШИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ НЕ ЦІНУЮТЬ ЛІКАРІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Від адміністраторів охорони здоров'я і профільних спеціалістів часто можна почути такі некоректні вислови:

- Сімейні лікарі не можуть дотримуватись протоколів лікування, оскільки протоколи складні й постійно змінюються.
- Лікування рефлюксу має бути залишено вузьким спеціалістам.

Лікарі загальної практики не думають про те, що вони роблять, але рефлекторно призначають ліки, які повністю не розуміють[1].

1Kyle Jones, M.D. The Value of Family Medicine: Stating the Obvious to the Oblivious (2014). https://www.aafp.org/news/blogs/freshperspectives/entry/the_value_of_family_medicine.html

ТВЕРДЖЕННЯ №17

ЄДИНЕ ЗАВДАННЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ – НАПРАВИТИ ПАЦІЄНТА ДО ВІДПОВІДНОГО ВУЗЬКОГО СПЕЦІАЛІСТА

Сімейний лікар не лише направляє до вузького спеціаліста, а й координує маршрут пацієнта на рівні практики.

У відповідь на численні виклики, з якими стикаються надавачі послуг з охорони здоров'я, ними застосовуються стратегії саме для поліпшення координації надання допомоги. Ці стратегії можна віднести до однієї з чотирьох категорій: 1) у межах одного закладу первинної медичної допомоги, у тому числі із залученням пацієнта/сім'ї/піклувальників; 2) координація між закладами первинної медичної допомоги; 3) між закладами первинної медичної допомоги й лікарнями інших рівнів; 4) координація з послугами на рівні громади.[1]

1 O'Malley, A. S., Tynan, A., Cohen, G. R., Kemper, N., Davis, M. M., & LTHPOLICY, P. C. (2009). Coordination of care by primary care practice: Strategies, lessons and implications. Washington (DC): Center for Studying Health System Change.

Таблиця 3.3.

Розподіл відповідей студентів і викладачів щодо сприйняття сімейних лікарів порівняно з лікарями вузької спеціалізації

Твердження	ЗВО 1		ЗВО 2		ЗВО 3		ЗВО 4		ЗВО 5	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
12. Лікуючи пацієнтів, сімейні лікарі повинні на ранніх стадіях звертатися за додатковою підтримкою до вузького спеціаліста										
Студенти	76%	16%	68%	20%	80%	12%	69%	20%	80%	14%
Викладачі	74%	10%	79%	5%	76%	9%	60%	9%	69%	18%
13. Сімейні лікарі повинні контролювати та координувати доступ пацієнтів до вузьких спеціалістів										
Студенти	71%	16%	79%	14%	74%	15%	75%	15%	77%	12%
Викладачі	74%	11%	67%	13%	79%	6%	75%	9%	75%	8%
14. Сімейні лікарі повинні отримувати таку саму високу зарплату, як і вузькі спеціалісти										
Студенти	71%	17%	73%	16%	73%	15%	69%	17%	72%	17%
Викладачі	85%	7%	64%	11%	76%	11%	74%	15%	78%	6%
15. Бути сімейним лікарем має бути настільки ж престижно, як і лікарем вузької спеціалізації										
Студенти	59%	19%	57%	20%	57%	22%	60%	20%	63%	19%
Викладачі	64%	15%	60%	13%	73%	10%	75%	15%	84%	7%
16. В Україні існує більша потреба у вузьких спеціалістах, ніж у сімейних лікарях										
Студенти	49%	31%	38%	32%	51%	30%	40%	38%	42%	38%
Викладачі	18%	27%	21%	25%	29%	24%	16%	26%	19%	24%
17. Єдине завдання сімейного лікаря – направити пацієнта до відповідного вузького спеціаліста										
Студенти	24%	18%	23%	19%	27%	21%	24%	21%	23%	21%
Викладачі	11%	9%	21%	8%	17%	4%	4%	6%	7%	4%

твердження №14

СІМЕЙНІ ЛІКАРІ ПОВИННІ ОТРИМУВАТИ ТАКУ САМУ ВИСОКУ ЗАРПЛАТУ, ЯК І ВУЗЬКІ СПЕЦІАЛІСТИ

”

Дослідження свідчить, що існують значні розбіжності серед країн у оплаті праці лікарів/лікарок загальної практики. Вимірювана як співвідношення до середньої оплати праці в країні, оплата праці сімейних лікарів/лікарок коливається від удвічі більшої у Фінляндії і Чеській Республіці до в 3,5 раза більшої у США й Ісландії. У деяких випадках відмінності в оплаті праці зумовлені різними методами її розрахунку, роллю сімейного лікаря/сімейної лікарки як точки входження в систему охорони здоров'я, різницею в робочому навантаженні, а також кількістю лікарів/лікарок на одну особу. Також це дослідження свідчить про те, що оплата праці вузьких спеціалістів в усіх досліджуваних країнах мала тенденцію зростати швидше, ніж оплата праці сімейних лікарів у останні десятиріччя, у такий спосіб збільшуючи розрив у оплаті праці. Це, зокрема, призвело до зростання кількості вузьких спеціалістів у більшості країн і виникнення побоювань щодо дефіциту лікарів загальної практики[1].

1 Fujisawa, R., & Lafortune, G. (2008). The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.604.410&rep=rep1&type=pdf

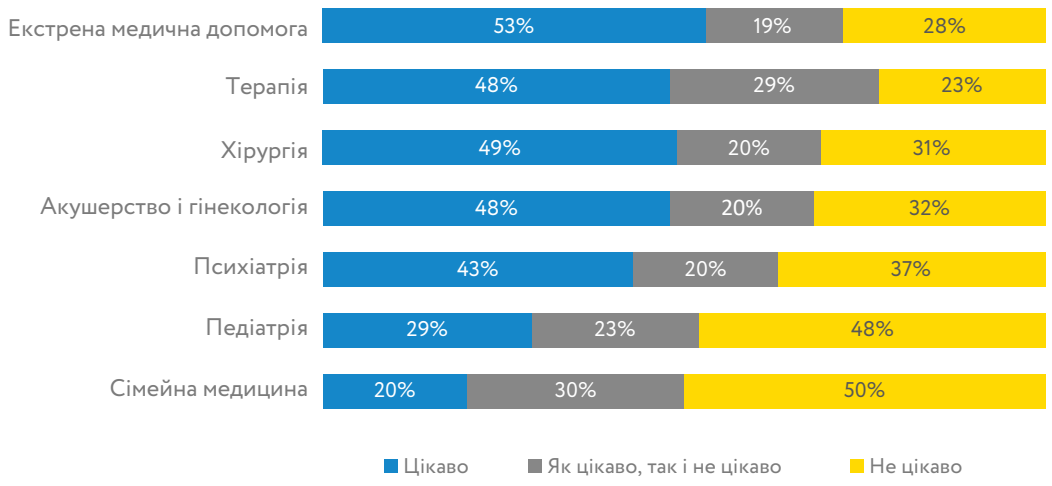
Зауважимо, що викладачі продемонстрували неоднаковий рівень згоди з деякими твердженнями щодо сімейних лікарів та вузьких спеціалістів. Наприклад, 92% викладачів кафедри сімейної медицини і кафедри соціальної медицини виявили згоду із твердженням, що **сімейні лікарі повинні отримувати таку саму високу зарплату, як і вузькі спеціалісти**, але лише 66% викладачів кафедри хірургії також підтримують таку позицію. З тим, що **в Україні існує більша потреба у вузьких спеціалістах, ніж у сімейних лікарях**, викладачі кафедри сімейної медицини і кафедри соціальної медицини зовсім не погодились: незгоду висловили 81% викладачів кафедри сімейної медицини і 69% викладачів кафедри соціальної медицини.

3.3. Спеціальності, за якими бажають працювати студенти після завершення навчання

Зважаючи на вищезгадані уявлення студентів про сімейну медицину, зрозумілим стає низький інтерес до цієї галузі як потенційної майбутньої спеціальності. Так, серед спеціальностей, які розглядають студенти для подальшої медичної кар'єри із запропонованих у дослідженні, сімейна медицина посідає останнє місце: лише **20% опитаних виявили зацікавленість цією спеціальністю,** а 50% відповіли, що сімейна медицина їх не цікавить (рис. 3.6). Майже третина студентів (30%) зазначила, що їм як цікаво, так і не цікаво займатися сімейною медициною. Перевагу опитані надали таким спеціальностям, як екстрена медична допомога (53%), хірургія (49%), терапія (48%), акушерство і гінекологія (48%) і психіатрія (43%). Однією з найменш цікавих для студентів спеціальностей була також педіатрія – лише 29% студентів зазначили, що бачать своє професійне майбутнє в цій галузі. Водночас частка студентів, яким не цікаво працювати за цією спеціальністю, як і у випадку із сімейною медициною, значна – 48%.

Рис. 3.6.

Розподіл відповідей студентів на запитання «Наскільки Ви зацікавлені працювати за кожною з названих спеціальностей після закінчення навчання»

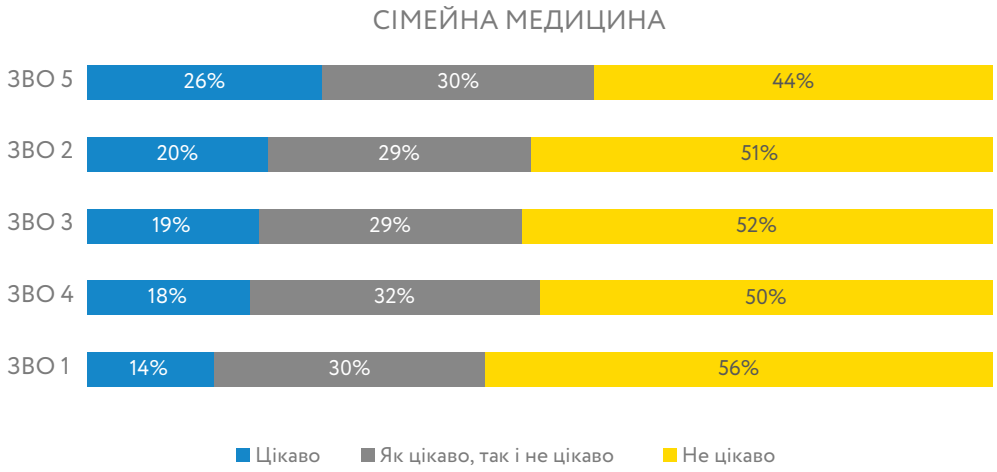


Серед інших спеціальностей, які називали студенти цікавими для себе, можна виокремити такі: анестезіологія, дерматовенерологія, ендокринологія, імунологія, кардіологія, неврологія, радіологія тощо.

З даних по кожному ЗВО можна зробити висновок, що у ЗВО 5 порівняно з іншими ЗВО дещо переважала частка студентів, які цікавляться сімейною медициною: вона становила 26%. В інших ЗВО частка зацікавлених студентів коливалася від найнижчої 14% у ЗВО 1 до 20% у ЗВО 2. Утім у всіх п'яти ЗВО частка студентів, яким не цікаво займатися сімейною медициною, переважала і була значно вищою порівняно з рештою спеціальностей (рис. 3.7).

Рис. 3.7.

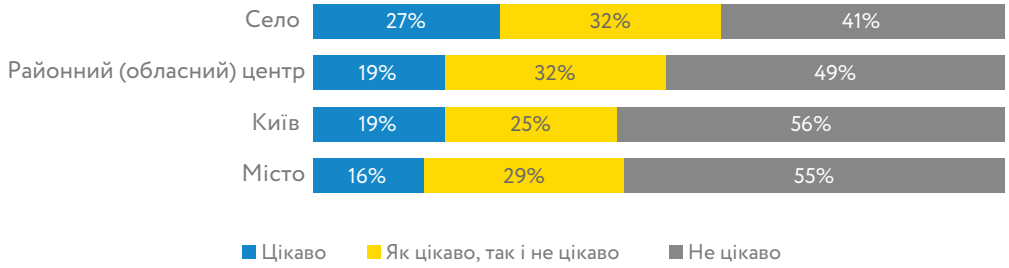
Розподіл відповідей студентів на запитання про зацікавленість займатися сімейною медициною після завершення навчання в розрізі ЗВО



Як видно на рис. 3.8, вибір сімейної медицини як майбутньої професії вирізнявся з-поміж студентів, які проживали у місцевостях різного типу до початку навчання в закладі вищої освіти. Так, бажання працювати сімейним лікарем виявила більша частка студентів, які мешкали до початку навчання у сільській місцевості (27%) порівняно з часткою студентів, які мешкали в місцевостях іншого типу. Проте незалежно від попереднього місця проживання частка тих, кому нецікава сімейна медицина, значно перевищує частку тих, хто нею цікавиться, і коливається від 41% з-поміж студентів, які проживали в сільській місцевості, до 55% з-поміж студентів, які проживали в містах.

Рис. 3.8.

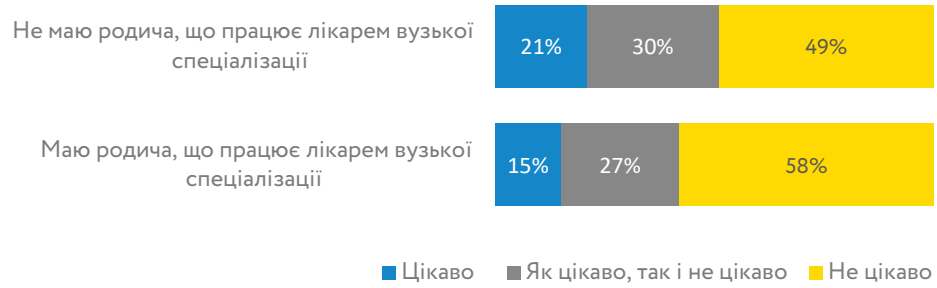
Розподіл відповідей студентів на запитання про зацікавленість працювати за спеціальністю «сімейна медицина» після завершення навчання в розрізі місця проживання до навчання у ЗВО



Варто звернути увагу на те, що сімейна медицина викликала дещо менше зацікавлення в тих студентів, чиї родичі є вузькими спеціалістами (15%) порівняно зі студентами, які не мають родичів – вузьких спеціалістів (21%) (рис. 3.9).

Рис. 3.9.

Розподіл відповідей студентів на запитання про зацікавленість працювати за спеціальністю «сімейна медицина» після завершення навчання в розрізі наявності родича, який працює лікарем вузької спеціалізації



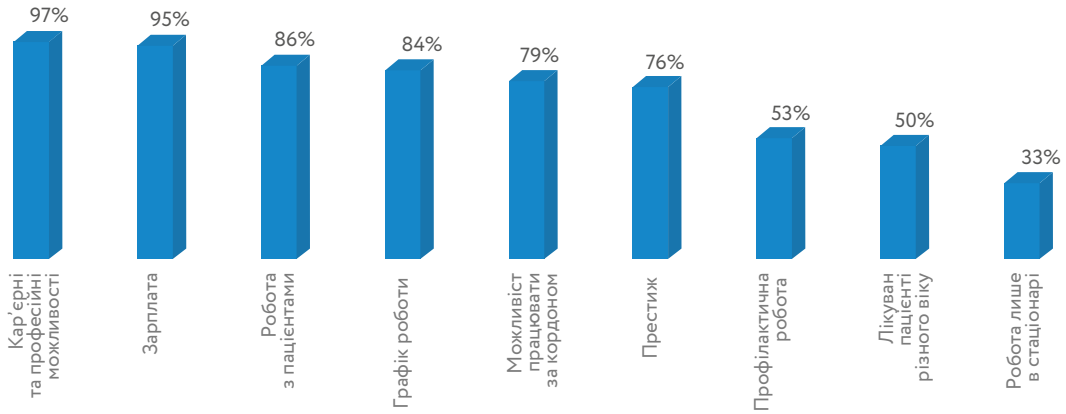
Не виявлено статистично значущої різниці в наданні переваги тій чи іншій спеціальності серед студентів різної статі, різного віку чи року навчання, різної форми навчання (бюджетна чи контрактна).

Щодо критеріїв, які є важливими для прийняття рішення щодо обрання майбутньої спеціальності студентами, то трьома найважливішими факторами є кар'єрні та професійні можливості (97%), заробітна плата (95%) і робота з пацієнтами (86%).

Для більшості студентів важливим критерієм є також можливість працювати за кордоном (79%), графік роботи (84%) і престиж (76%). Менш важливими критеріями для студентів-медиків є профілактична робота (53%) й лікування пацієнтів різних вікових груп (50%). Робота лише в стаціонарі важлива для третини студентів (33%), для чверті з них – не важлива (26%), проте для значної частки студентів цей критерій є нейтральним (41%) (рис. 3.10).

Рис. 3.10.

Важливість кожного з наступних критеріїв для вибору майбутньої спеціальності студентами

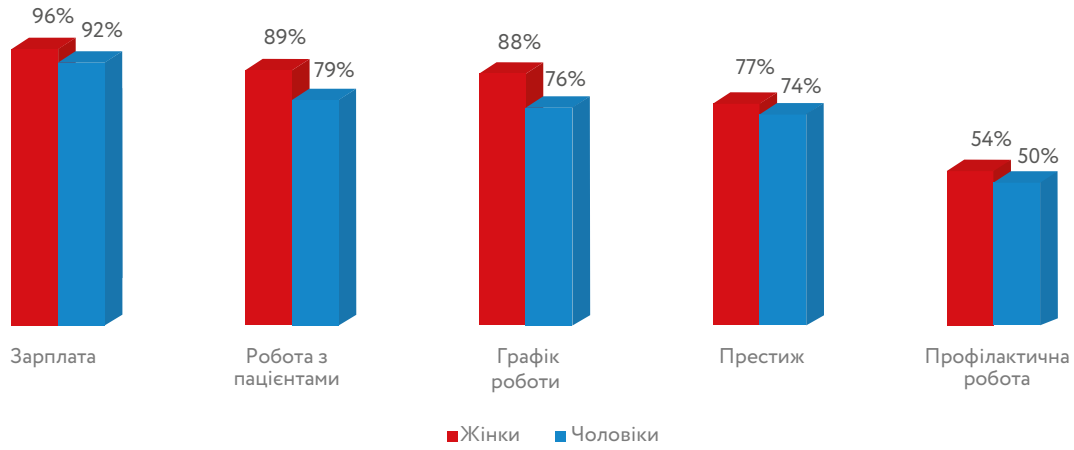


Розподіл відповідей щодо важливості критеріїв для вибору спеціальності дещо відрізнявся для студентів різної статі, форми навчання і місця проживання.

Наприклад, частка жінок, для яких важливими критеріями для вибору спеціальності є заробітна плата, робота з пацієнтами, графік роботи, престиж і профілактична робота, була дещо більшою за частку чоловіків (рис. 3.11).

Рис. 3.11.

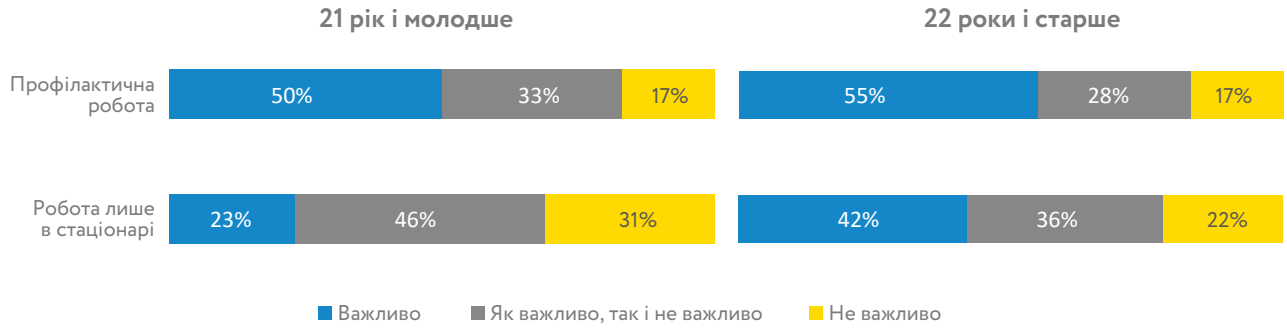
Розподіл часток відповідей на запитання про важливість кожного з наступних критеріїв для вибору спеціальності в розрізі статі



Такі критерії, як «робота лише в стаціонарі» та «профілактична робота», були важливішими для старших студентів (22 роки і старших) порівняно з молодшими студентами (21 рік і молодших) – 42% проти 23% для першого критерію і 50% та 55% для другого (рис. 3.12).

Рис. 3.12.

Розподіл часток відповідей на запитання про важливість кожного з наступних критеріїв для вибору спеціальності в розрізі віку



Статистично значущою була також різниця в деяких відповідях студентів бюджетної і контрактної форм навчання. Зокрема, можливість займатися профілактичною роботою й лікувати пацієнтів різних вікових груп є важливішою для студентів контрактної форми навчання (61% і 59%) порівняно зі студентами бюджетної форми навчання (47% і 45%).

Якщо зіставити важливість критеріїв для вибору спеціальності та сприйняття сімейної медицини, то стає зрозуміло, чому студенти не зацікавлені у виборі професії сімейного лікаря/лікарки. Так, найважливішим критерієм для більшості студентів є кар'єрні та професійні можливості, але при цьому 59% студентів погоджуються, що сімейні лікарі обмежені у власному кар'єрному зростанні. Наступними по важливості йдуть зарплата та робота з пацієнтами, але ми бачимо, що 71% студентів вважають роботу непривабливою, 64% – що сімейних лікарів не цінує суспільство, а ще 51% вважає, що сімейні лікарі здатні розв'язувати лише незначні проблеми зі здоров'ям.

3.4. Сприйняття викладання сімейної медицини студентами

Навчання сімейній медицині має сприяти глибшому розумінню галузі та спонукати до більшої зацікавленості студентів у цій дисципліні. Разом з тим студенти не дуже зацікавлені вивчати цю дисципліну в ЗВО: лише 37% студентів вважають, що **курс із сімейної медицини має бути обов'язковим для всіх незалежно від того, яку спеціальність випускник обере в майбутньому.**

Що стосується сприйняття навчального процесу й безпосередньо курсу із сімейної медицини, то на запитання цього блоку відповідали лише студенти шостого року навчання, які пройшли навчання сімейній медицині (загалом 781 особа). Респондентам, які взяли участь у дослідженні, було запропоновано оцінити організацію навчального процесу й викладання цієї дисципліни в ЗВО. Більшість студентів (68%) погоджуються, що **викладачі/професори добре підготовлені**, водночас лише 48% вважають, що **дисципліна із сімейної медицини викладається добре.** При цьому 25% студентів не змогли визначитися з власною оцінкою курсу із сімейної медицини, а 26% взагалі не вважають викладання належним.

> Замало занять відведено на предмет сімейна медицина. Лекції на 6 курсі не проводяться, але це не є недоліком, якщо б на практичних заняттях викладачі були компетентними у сімейній медицині й водили б до хворих на курацію
>
> ЗВО 1, 6 курс

> У нашому університеті замало занять з сімейної медицини, а лекцій немає взагалі. Ми отримали гарну теоретичну підготовку, але з пацієнтами не спілкувались
>
> ЗВО 1, 6 курс

Щодо засвоєння матеріалу, то 59% студентів згодні з тим, що **вивчили щось нове під час курсу із сімейної медицини**, а 58% – що **курс із сімейної медицини допоміг зрозуміти, що це за галузь**. Утім лише 27% респондентів погоджуються, що **такий курс дав їм комплексне та цілісне бачення медицини**, при тому, що 42% респондентів з цим не погоджуються, а ще 31% – не визначилися.

Зазначимо, що лише 22% респондентів погоджуються, що **лекції/практичні заняття із сімейної медицини підвищили їхній інтерес до неї,** 26% студентів не змогли визначитися з відповіддю, а в 52% інтерес до галузі не змінився. Якщо ми порівняємо отримані дані із зацікавленістю студентів обирати сімейну медицину як майбутню професію, то незважаючи на те, що курс підвищує зацікавленість студентів у даній галузі, відсоток студентів, які готові обирати сімейну медицину як професію, після курсу не зростає.

> Загалом до викладання сімейної медицини в моєму університеті в мене є велике запитання, адже вона нічим на відрізняється від терапії. І зрозуміти, що таке сімейна медицина, мені допомогли самостійні пошуки в інтернет
>
> ЗВО 1, 6 курс

> Зовсім не ходили до пацієнтів на заняттях з сімейної медицини. За тиждень зовсім мало чого розбирали, дуже швидко. На практиці зовсім не зрозуміло, що таке – працювати сімейним лікарем, лише на словах
>
> ЗВО 1, 6 курс

60% респондентів згодні з тим, що **сімейну медицину доцільно викладати раніше, ніж на шостому році навчання.** Водночас 30% студентів вважають, що **лекції/практичні заняття із сімейної медицини не допоможуть їм виконувати майбутню роботу,** 30% не визначилися з доречністю викладання цієї дисципліни, а 40% вважають ці знання важливими для майбутнього.

Відповіді на деякі твердження відрізняються залежно від закладу вищої освіти. Наприклад, тоді як студенти усіх ЗВО висловили високий рівень згоди із твердженням про добру підготовку викладачів, студенти ЗВО 1 виявили помірну згоду із цим твердженням. Також студенти ЗВО 1 і ЗВО 2 меншою мірою погоджуються з тим, що **лекції/практичні заняття із сімейної медицини добре викладаються,** а також, що **курс із сімейної медицини допоміг їм зрозуміти галузь,** ніж студенти ЗВО 3, ЗВО 4, ЗВО 5 (табл. 3.4).

Таблиця 3.4.

Розподіл відповідей студентів щодо сприйняття викладання сімейної медицини у ЗВО

Твердження	ЗВО 1		ЗВО 2		ЗВО 3		ЗВО 4		ЗВО 5	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
18. Викладачі/професори добре підготовлені										
Студенти	56%	28%	62%	27%	56%	29%	83%	11%	80%	14%
19. Сімейну медицину доцільно викладати раніше, ніж на 6-му курсі										
Студенти	70%	15%	63%	16%	69%	15%	49%	24%	69%	18%
20. Лекції/практичні заняття із сімейної медицини допомогли мені зрозуміти, що таке сімейна медицина										
Студенти	41%	24%	51%	16%	63%	15%	67%	23%	79%	15%
21. Я вивчив щось нове на лекціях/практичних заняттях із сімейної медицини										
Студенти	44%	22%	48%	15%	61%	15%	74%	13%	76%	12%
22. Лекції/практичні заняття із сімейної медицини добре викладаються										
Студенти	34%	27%	34%	29%	54%	18%	64%	23%	68%	18%
23. Участь у консультаціях пацієнтів під час практичних занять із сімейної медицини була дуже корисною										
Студенти	32%	31%	27%	36%	45%	24%	62%	26%	57%	25%
24. Лекції/практичні заняття із сімейної медицини не допоможуть мені виконувати мою майбутню роботу										
Студенти	33%	23%	23%	37%	39%	23%	30%	28%	31%	32%
25. Лекції/практичні заняття із сімейної медицини дали мені комплексне та цілісне бачення медицини										
Студенти	16%	22%	18%	31%	35%	20%	35%	31%	35%	33%
26. Лекції/практичні заняття із сімейної медицини підвищили мій інтерес до неї										
Студенти	11%	20%	21%	27%	26%	18%	23%	25%	35%	29%

**Кількість відповідей «не погоджуюсь/зовсім не погоджуюсь» дорівнює різниці 100% і суми відсотків «повністю погоджуюсь/погоджуюсь» та «не визначився(-лась)».*

> Знаючи важливість предмету сімейна медицина, вважаю, що цей предмет доцільно ввести ще з 3 курсу
>
> ЗВО 5, 6 курс

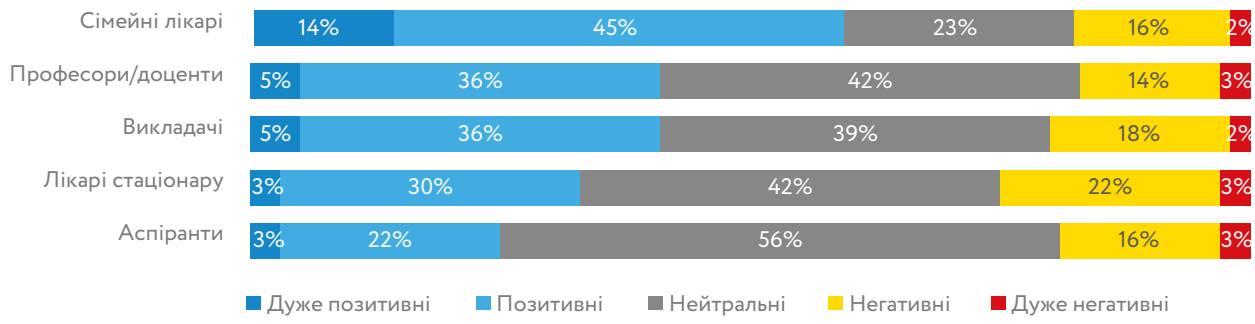
> На циклі сімейної медицини нас відправили додому, і не знаючи наших знань, поставили оцінки відмінно
>
> ЗВО 2, 6 курс

> Цикл із сімейної медицини на 6 курсі триває 6 днів (якщо я не помиляюся). До цього нам 6 років розповідали про те, що завдання сімейного лікаря – це направити до вузького спеціаліста або вилікувати ГРВІ
>
> ЗВО 2, 6 курс

Крім вивчення курсу із сімейної медицини студенти регулярно чують відгуки від викладачів, професорів, лікарів щодо цієї галузі, і це може також впливати на формування сприйняття сімейної медицини як професійної діяльності. Зокрема, 1209 студентів у нашій вибірці чули відгуки щодо сімейної медицини під час навчання. Загалом, як проілюстровано на рис. 3.13, найбільше позитивних відгуків про сімейну медицину студенти чують від сімейних лікарів – 59% (45% – позитивні і 14% – дуже позитивні), а найменше – 25%, від аспірантів (22% і 3% відповідно). Аспіранти є найбільш нейтральними у своїх відгуках щодо сімейної медицини (56% відгуків аспірантів студенти визначають як нейтральні). Найбільше негативних відгуків продукують лікарі стаціонару – 25% (22% – негативні і 3% – дуже негативні) і викладачі – 20% (18% і 2% відповідно). Однак відсоток негативних відгуків у жодній із груп не переважає відсотка позитивних.

Рис. 3.13.

Розподіл відповідей на запитання щодо відгуків про сімейну медицину



Загалом найчастіше студенти чують нейтральні відгуки про сімейну медицину, проте залежно від ЗВО можуть превалювати або позитивні, або негативні відгуки від фахівців різного рівня.

Як представлено у таблиці 3.5, найбільшу частку позитивних відгуків про сімейну медицину від сімейних лікарів помічено у ЗВО 5, ЗВО 3 і ЗВО 4 (73%, 63% і 61% відповідно), від викладачів – у ЗВО 4 (56%) і в ЗВО 5 (51%). Половина студентів у ЗВО 5 і ЗВО 4 згадують про позитивні відгуки також і від професорів/доцентів.

Що стосується ЗВО 1, ЗВО 2 і ЗВО 3, то в них частка негативних відгуків про сімейну медицину від лікарів стаціонару та аспірантів переважає частку позитивних відгуків. З усіх ЗВО найбільша частка негативних відгуків була у ЗВО 1 і ЗВО 2 від лікарів стаціонару (34% і 33% відповідно).

Таблиця 3.5.

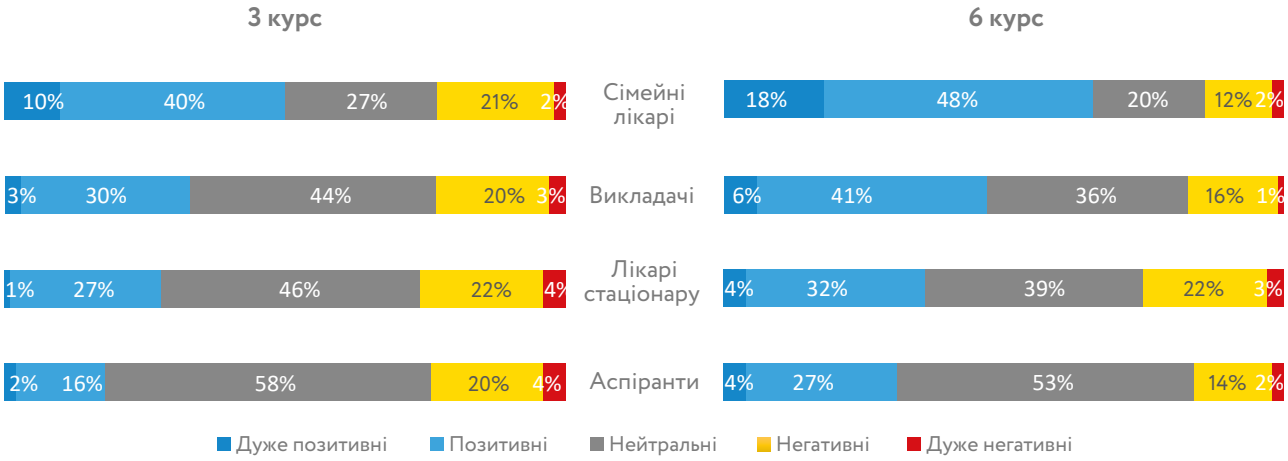
Розподіл часток відповідей на запитання щодо відгуків про сімейну медицину в розрізі ЗВО

Посада	ЗВО 1			ЗВО 2			ЗВО 3			ЗВО 4			ЗВО 5		
	Позитивні/ дуже позитивні	Нейтральні	Негативні/дуже негативні	Позитивні/ дуже позитивні	Нейтральні	Негативні/дуже негативні	Позитивні/ дуже позитивні	Нейтральні	Негативні/дуже негативні	Позитивні/ дуже позитивні	Нейтральні	Негативні/дуже негативні	Позитивні/ дуже позитивні	Нейтральні	Негативні/дуже негативні
Сімейні лікарі	45%	32%	23%	52%	27%	21%	63%	20%	17%	61%	22%	17%	73%	14%	13%
Професори/ доценти	31%	53%	16%	34%	44%	22%	31%	45%	24%	51%	37%	13%	55%	34%	11%
Викладачі	35%	43%	23%	33%	41%	26%	28%	46%	26%	56%	32%	12%	56%	32%	12%
Лікарі стаціонару	21%	45%	34%	28%	39%	33%	28%	41%	31%	39%	46%	15%	43%	40%	17%
Аспіранти	16%	64%	20%	17%	56%	27%	17%	57%	26%	36%	50%	14%	36%	51%	13%

Загалом студенти старших курсів чули більше позитивних відгуків про сімейну медицину, ніж студенти молодших курсів (рис. 3.14). Так, 66% студентів старшокурсників згадують про позитивні відгуки сімейних лікарів проти 50% студентів третього курсу, а 47% шестикурсників чули позитивні відгуки від викладачів проти 33% третьокурсників.

Рис. 3.14.

Розподіл часток відповідей на запитання щодо відгуків про сімейну медицину в розрізі року навчання



Отже, ЗВО 5 і ЗВО 4 більше орієнтовані на формування позитивного сприйняття сімейної медицини у студентів медичного факультету. Варто зауважити, що у ЗВО 5 була помічена і найбільша частка студентів, які цікавляться сімейною медициною, про що йшлося вище. А от викладачі і куратори ЗВО 1 приділяють значно менше уваги формуванню позитивного ставлення до сімейної медицини.

Хоча студенти вважають, що викладачі курсу з сімейної медицини добре підготовлені та курс викладається належно, це не впливає на їхню зацікавленість у даній спеціальності і, крім того, вони не вважають отримані знання корисними для майбутньої роботи.

3.5. Сприйняття викладачами програми навчання й викладання сімейної медицини

Викладачам також було запропоновано оцінити навчальний процес та викладання сімейної медицини у ЗВО, що взяли участь у дослідженні, особливо з точки зору впливу навчання на посилення зацікавленості студентів у сімейній медицині як майбутній спеціальності.

Щодо загальних підходів до викладання та освітніх програм, то 94% викладачів погодилися, що вони **повинні мати більше можливостей для безперервного навчання.** Зокрема, 90% опитаних вважають, що **викладачам необхідно вдосконалювати свої навички викладання,** хоча наявні навички вже є достатніми: з цим погодилось 83% викладачів і лише 9% не згодні (табл. 3.6). Такий високий рівень згоди щодо необхідності вдосконалювати навички викладання може бути пов'язаний зі зміною методів викладання. Справді, викладачі не згодні з твердженням про те, що **методи викладання не дуже змінилися за останні 10 років:** 65% опитаних вважають, що підходи змінились, але є і 27% тих, хто не бачить змін. Найбільший відсоток викладачів, згодних з тим, що методи викладання не змінились, на кафедрах хірургії і сімейної медицини – 46% і 35% відповідно.

Твердження про те, що **викладання сфокусоване на синдромному підході, а не на спеціальностях,** отримало підтримку 53% викладачів, водночас 28% з таким твердженням не погодились. Певний рівень нерозуміння викликало твердження про те, що **викладання на рівні додипломної освіти приділяє особливу увагу навичкам міжособистісного спілкування студентів:** 28% викладачів не змогли дати визначену відповідь на це питання, хоча 50% з ним погодились, а 22% заперечили. Варто зауважити, що викладачі старшої вікової групи (45–84 років) більш схильні бачити в навчальному процесі звернення уваги на розвиток навичок міжособистісного спілкування, ніж викладачі молодшого віку (55% проти 44% відповідно).

Таблиця 3.6.

Розподіл відповідей викладачів щодо програми навчання та викладання сімейної медицини

Розподіл відповідей викладачів з-поміж ЗВО

Твердження	Всього		ЗВО 1		ЗВО 2		ЗВО 3		ЗВО 4		ЗВО 5	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
27. Викладачі повинні мати більше можливостей для безперервного навчання												
	94%	5%	92%	7%	99%	1%	94%	4%	87%	11%	97%	3%
28. Викладачі у Вашому навчальному закладі повинні вдосконалювати свої навички викладання												
	90%	5%	87%	9%	88%	7%	96%	1%	79%	6%	94%	3%
29. Викладачі мають достатні навички викладання												
	83%	8%	81%	10%	79%	15%	86%	4%	91%	6%	80%	6%
30. Викладання на рівні додипломної освіти приділяє особливу увагу навичкам міжособистісного спілкування студентів												
	50%	28%	52%	33%	43%	25%	49%	24%	52%	30%	52%	27%
31. Викладання сфокусоване на синдромному підході, а не на спеціальностях												
	53%	19%	54%	24%	60%	15%	54%	23%	52%	17%	49%	15%
32. Методи викладання не дуже змінилися за останні 10 років												
	27%	8%	30%	8%	36%	11%	21%	6%	22%	13%	27%	5%

Таблиця 3.6.

Розподіл відповідей викладачів щодо програми навчання та викладання сімейної медицини

Розподіл відповідей викладачів з-поміж кафедр

Твердження	Внутрішні хвороби		Педіатрія		Інфекційні хвороби		Хірургія		Акушерство і гінекологія		Сімейна медицина		Соціальна медицина	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
27. Викладачі повинні мати більше можливостей для безперервного навчання														
	96%	4%	93%	5%	97%	1%	90%	10%	97%	3%	95%	2%	94%	6%
28. Викладачі у Вашому навчальному закладі повинні вдосконалювати свої навички викладання														
	91%	3%	92%	3%	93%	5%	86%	8%	85%	5%	92%	5%	92%	5%
29. Викладачі мають достатні навички викладання														
	83%	4%	90%	7%	85%	7%	78%	12%	90%	7%	73%	8%	72%	17%
30. Викладання на рівні додипломної освіти приділяє особливу увагу навичкам міжособистісного спілкування студентів														
	51%	35%	58%	25%	40%	29%	42%	33%	56%	16%	46%	27%	56%	28%
31. Викладання сфокусоване на синдромному підході, а не на спеціальностях														
	51%	17%	72%	12%	55%	24%	46%	26%	50%	14%	60%	8%	39%	28%
32. Методи викладання не дуже змінилися за останні 10 років														
	19%	10%	18%	3%	32%	6%	46%	3%	21%	11%	35%	8%	19%	22%

**Кількість відповідей «не погоджуюсь/зовсім не погоджуюсь» дорівнює різниці 100% і суми відсотків «повністю погоджуюсь/погоджуюсь» та «не изначився(-лась)».*

Якщо більш сфокусовано подивитись на викладання сімейної медицини, то 82% викладачів згодні, що **лекції/практичні заняття із сімейної медицини допоможуть студентам стати кращими лікарями**, а ще 73% підтримують ідею, що **засвоєний матеріал допоможе студентам під час виконання їхньої майбутньої роботи** (табл. 3.7). Для студентів такий відсоток був значно нижчим: лише 40% студентів погоджувались, що **курс є корисним з точки зору майбутньої роботи.** Разом з тим варто зауважити, що більшість опитаних викладачів (67%) вважає, що **сімейну медицину доцільно викладати раніше, ніж на 6-му курсі.** Утім є частина викладачів, які допускають, що **питання сімейної медицини можна висвітлювати в рамках інших курсів**, а не окремого. Із цим погоджуються 45% опитаних викладачів, 25% не змогли визначитися з власною позицією. Найбільша кількість викладачів, які погодились, що **не обов'язково мати окремий курс із сімейної медицини**, працює на кафедрах хірургії та педіатрії (59% та 53% відповідно), також 35% викладачів кафедри сімейної медицини погодилися з цим твердженням. Хоча 50% викладачів різних кафедр не змогли визначитись, чи **достатньо годин виділено на вивчення сімейної медицини**, 84% викладачів кафедри сімейної медицини вважають, що наявного часу недостатньо. 55% викладачів не вважають, що **дисципліні із сімейної медицини приділяється надмірна увага**, проте 30% не мають однозначної думки з цього приводу.

Таблиця 3.7.

Розподіл відповідей щодо викладання сімейної медицини у ЗВО

Розподіл відповідей викладачів з-поміж ЗВО

Твердження	Всього		ЗВО 1		ЗВО 2		ЗВО 3		ЗВО 4		ЗВО 5	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
33. Лекції/практичні заняття із сімейної медицини допоможуть студентам стати кращими лікарями												
12%	80%	13%	83%	12%	82%	13%	87%	9%	81%	10%	3%
34. Сімейну медицину доцільно викладати раніше, ніж на 6-му курсі												
15%	65%	13%	66%	18%	69%	14%	65%	15%	71%	13%	3%
35. Усе, що викладається під час занять із сімейної медицини, могло б також викладатися під час інших занять												
25%	47%	23%	45%	27%	45%	28%	47%	22%	41%	25%	6%
36. Годин, виділених для викладання сімейної медицини, достатньо												
50%	31%	50%	40%	45%	27%	48%	24%	58%	28%	50%	27%
37. Сімейній медицині приділяється забагато уваги												
30%	20%	31%	20%	33%	13%	35%	17%	20%	6%	28%	15%
38. Лекції/практичні заняття із сімейної медицини не допоможуть студентам у майбутній роботі												
8%	13%	15%	27%	6%	23%	4%	25%	7%	10%	8%	5%

Таблиця 3.7.

Розподіл відповідей щодо викладання сімейної медицини у ЗВО

Розподіл відповідей викладачів з-поміж кафедр

Твердження	Внутрішні хвороби		Педіатрія		Інфекційні хвороби		Хірургія		Акушерство і гінекологія		Сімейна медицина		Соціальна медицина	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
33. Лекції/практичні заняття із сімейної медицини допоможуть студентам стати кращими лікарями	71%	19%	85%	12%	71%	16%	84%	13%	88%	7%	95%	0%	89%	8%
34. Сімейну медицину доцільно викладати раніше, ніж на 6-му курсі	54%	16%	82%	7%	64%	21%	59%	22%	68%	11%	81%	5%	74%	14%
35. Усе, що викладається під час занять із сімейної медицини, могло б також викладатися під час інших занять	35%	33%	53%	20%	38%	41%	59%	25%	43%	26%	35%	8%	45%	11%
36. Годин, виділених для викладання сімейної медицини, достатньо	26%	64%	32%	52%	34%	52%	30%	58%	43%	50%	13%	3%	25%	50%
37. Сімейній медицині приділяється забагато уваги	16%	36%	12%	25%	15%	34%	20%	42%	14%	38%	8%	0%	14%	17%
38. Лекції/практичні заняття із сімейної медицини не допоможуть студентам у майбутній роботі	22%	7%	22%	8%	11%	13%	17%	10%	21%	12%	30%	0%	6%	3%

**Кількість відповідей «не погоджуюсь/зовсім не погоджуюсь» дорівнює різниці 100% і суми відсотків «повністю погоджуюсь/погоджуюсь» та «не изначився(-лась)».*

Як видно з табл. 3.8, погляди щодо тривалості післядипломної підготовки спеціалістів із сімейної медицини різняться: 37% опитаних викладачів згодні, що **двох років інтернатури достатньо для здобуття фаху із сімейної медицини**, а 41% із цим не згодні. Не визначилися з відповіддю 22% викладачів. Схожа тенденція є у сприйнятті твердження, що **під час двох років інтернатури студенти отримують достатню підготовку до всіх медичних ситуацій, з якими вони можуть стикнутися пізніше**, працюючи за обраною спеціальністю: 39% викладачів погоджуються, що такої підготовки достатньо, а 45% із цим не погоджуються.

Таблиця 3.8.

Розподіл відповідей щодо післядипломної підготовки спеціалістів сімейної медицини

Розподіл відповідей викладачів з-поміж ЗВО

Твердження	Всього		ЗВО 1		ЗВО 2		ЗВО 3		ЗВО 4		ЗВО 5	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
39. Інтернатура із сімейної медицини має тривати більше двох років												
41%	26%	36%	29%	45%	27%	39%	28%	55%	22%	36%	24%
40. Двох років інтернатури достатньо для підготовки спеціаліста із сімейної медицини												
37%	22%	35%	28%	39%	22%	31%	28%	36%	16%	44%	15%
41. Під час двох років інтернатури студенти отримують достатню підготовку до всіх медичних ситуацій, з якими вони можуть стикнутися пізніше, працюючи за обраною спеціальністю												
39%	16%	41%	14%	32%	15%	41%	15%	44%	18%	40%	16%

Таблиця 3.8.

Розподіл відповідей щодо післядипломної підготовки спеціалістів сімейної медицини

Розподіл відповідей викладачів з-поміж кафедр

Твердження	Внутрішні хвороби		Педіатрія		Інфекційні хвороби		Хірургія		Акушерство і гінекологія		Сімейна медицина		Соціальна медицина	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
39. Інтернатура із сімейної медицини має тривати більше двох років														
41%	23%	53%	23%	41%	23%	38%	34%	36%	31%	43%	11%	33%	33%
40. Двох років інтернатури достатньо для підготовки спеціаліста із сімейної медицини														
41%	25%	27%	18%	32%	21%	33%	28%	41%	26%	51%	11%	45%	19%
41. Під час двох років інтернатури студенти отримують достатню підготовку до всіх медичних ситуацій, з якими вони можуть стикнутися пізніше, працюючи за обраною спеціальністю														
42%	13%	55%	15%	38%	16%	28%	19%	41%	16%	27%	22%	42%	8%

**Кількість відповідей «не погоджуюсь/зовсім не погоджуюсь» дорівнює різниці 100% і суми відсотків «повністю погоджуюсь/погоджуюсь» та «не визначився(-лась)».*

Відповідаючи на запитання щодо можливостей підвищення привабливості фаху сімейного лікаря, на перше місце викладачі ставлять фактори, не пов'язані з навчальним процесом. Зокрема, на першому місці за згодою викладачів опинилась підтримка держави та кращі вигоди для сімейних лікарів (наприклад, автомобіль, земельна ділянка), таку ідею підтримує 90% респондентів. 67% викладачів вбачають можливість посилювати сприйняття галузі через краще викладання сімейної медицини, але 22% не визначились, чи допоможе цей підхід. Лише 56% та 49% вірять, що викладання сімейної медицини на більш ранньому етапі та збільшення годин викладання сімейної медицини можуть допомогти підвищенню привабливості фаху сімейного лікаря (табл. 3.9).

Таблиця 3.9.

Розподіл відповідей щодо шляхів підвищення привабливості фаху сімейного лікаря

Розподіл відповідей викладачів з-поміж ЗВО

Твердження	Всього		ЗВО 1		ЗВО 2		ЗВО 3		ЗВО 4		ЗВО 5	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
42. Через підтримку держави та кращі вигоди для сімейних лікарів (наприклад, автомобіль, земельна ділянка)												
	8%	93%	5%	84%	13%	86%	13%	93%	3%	95%	4%	3%
43. Завдяки кращому викладанню того, що таке сімейна медицина												
	23%	60%	30%	65%	21%	73%	21%	69%	20%	64%	22%	3%
44. Краще викладання сімейної медицини												
	22%	67%	22%	64%	27%	77%	17%	60%	25%	63%	20%	6%
45. Через обов'язкове практичне навчання із сімейної медицини для всіх студентів												
	22%	54%	24%	67%	16%	66%	23%	62%	13%	52%	27%	27%
46. Збільшенням годин викладання сімейної медицини												
	37%	42%	41%	44%	39%	65%	28%	44%	40%	49%	37%	15%
47. Через викладання сімейної медицини на більш ранньому етапі												
	23%	51%	24%	48%	32%	62%	20%	62%	16%	59%	22%	5%

Таблиця 3.9.

Розподіл відповідей щодо шляхів підвищення привабливості фаху сімейного лікаря

Розподіл відповідей викладачів з-поміж кафедр

Твердження	Внутрішні хвороби		Педіатрія		Інфекційні хвороби		Хірургія		Акушерство і гінекологія		Сімейна медицина		Соціальна медицина	
	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)	Повністю погоджуюсь/ Погоджуюсь	Не визначився (-лась)
42. Через підтримку держави та кращі вигоди для сімейних лікарів (наприклад, автомобіль, земельна ділянка)	88%	10%	92%	3%	80%	16%	91%	7%	93%	7%	97%	0%	94%	6%
43. Завдяки кращому викладанню того, що таке сімейна медицина	61%	25%	73%	22%	54%	34%	58%	32%	72%	17%	84%	8%	69%	14%
44. Краще викладання сімейної медицини	55%	30%	73%	17%	57%	32%	58%	29%	72%	16%	78%	11%	83%	8%
45. Через обов'язкове практичне навчання із сімейної медицини для всіх студентів	55%	23%	65%	18%	43%	29%	48%	28%	69%	21%	70%	14%	81%	8%
46. Збільшенням годин викладання сімейної медицини	45%	38%	53%	37%	39%	41%	46%	39%	47%	40%	78%	14%	39%	47%
47. Через викладання сімейної медицини на більш ранньому етапі	44%	25%	72%	17%	52%	21%	44%	30%	60%	24%	70%	16%	61%	25%

**Кількість відповідей «не погоджуюсь/зовсім не погоджуюсь» дорівнює різниці 100% і суми відсотків «повністю погоджуюсь/погоджуюсь» та «не изначився(-лась)».*

ВИСНОВКИ

Розвиток сімейної медицини пов'язаний з ефективнішим використанням державних і приватних ресурсів, з більшою задоволеністю людей. Зміни, які відбуваються в Україні у фінансуванні охорони здоров'я і на первинній ланці з 2017 року, а також процес децентралізації потенційно закладають підвалини для більшого інтересу випускників медичних університетів – майбутніх лікарів обирати фах сімейного лікаря/сімейної лікарки. Саме сімейні лікарі/лікарки мають стати тією першочерговою ланкою, яка забезпечуватиме населення України якісною, вчасною, пацієнт-орієнтованою медичною допомогою на «вході» в систему охорони здоров'я, а також сприятиме досягненню кращих показників здоров'я нації. Стала й ефективна система надання медичної допомоги на первинному рівні потребує зацікавленості випускників медичних закладів вищої освіти обирати саме цю спеціальність, з одного боку, а з іншого – необхідно забезпечувати безперервний зв'язок практики з освітніми програмами, що розробляються, адже врахування особливостей динамічної професії сімейного лікаря/сімейної лікарки в навчальному плані є запорукою належного здобуття релевантних практиці компетенцій.

У контексті браку деталізованої інформації про випускників медичних закладів вищої освіти їхній вибір спеціальності й входження у професію, браку аналітичних записок, що описують специфіку людських ресурсів у різних медичних напрямах, і досліджень знань, ставлень та вподобань медичних студентів майже неможливо планувати й упроваджувати заходи, спрямовані на вибір спеціалізації випускниками шостого курсу. Тож віримо, що результати представленого дослідження заповнюють одну з прогалин у даних, а також що дослідження сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами слугуватиме кращому розумінню «лінії фронту» медичної освіти і сімейної медицини.

Результати дослідження вказують на те, що з помітним зростанням ролі сімейного лікаря/сімейної лікарки в системі надання медичних послуг в Україні, розширенням його/її повноважень, посиленням фінансового забезпечення ця професія залишається непопулярною серед студентів закладів вищої медичної освіти (про що свідчить розподіл відповідей на запитання «Наскільки Ви зацікавлені працювати за названою спеціальністю після закінчення навчання», див. рис. 3.6, с.35). Хоча за відсутності схожих досліджень до 2016 року ми не маємо можливості виявити динаміку вподобань і готовності обирати професію сімейного лікаря, відсоток зацікавлених у сімейній медицині є найнижчим. До того ж студенти й викладачі вважають, що ані суспільство, ані інші медичні фахівці не цінують сімейних лікарів (див. рис. 3.1, рис. 3.2, с. 24, 26). Оскільки студенти вважають, що в Україні не дуже привабливо працювати сімейним лікарем і фахівці цієї галузі мають обмежені кар'єрні можливості, вони не прагнуть обирати сімейну медицину як свою майбутню професію. Цікаво, що це не є виключно українською особливістю. Так, серед канадійських студентів – майбутніх лікарів теж лише одна п'ята обирає сімейну медицину як першу бажану спеціальність[23].

Щодо стимулів і заохочень, яких очікують майбутні лікарі на своєму професійному шляху, то найчастіше і здебільшого називається заробітна плата й робота з пацієнтами, тоді як графік роботи і «престиж» згадуються дещо рідше, однак все одно мають високе значення. Аналогічно і в інших країнах, студенти адекватно оцінюють прибуток, який може принести їм професія загальної практики чи вузького спеціаліста, і в більшості випадків доходи сімейного лікаря оцінюються нижче, що і обумовлює вибір іншої спеціальності[24]. Реформа фінансування медичної допомоги, яку відчувають українські пацієнти й надавачі допомоги з 2018 року, якраз і адресувала питання заробітної плати, а також престижу. Мабуть, у 2018–2019 роках існує унікальний ландшафт доходів надавачів первинної і спеціалізованої допомоги, й останні дещо програють, якщо порівнювати формальні доходи.

Якщо ж суспільство формує запит і держава визначає стратегію розвитку медицини через посилення первинної ланки, то медичній освіті варто враховувати це і вдаватися до таких дій, які

23 Wright, B., Scott, I., Woloschuk, W., & Brenneis, F. (2004). Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. Cmaj, 170(13), 1920–1924.

24 Morra, D. J., Regehr, G., & Ginsburg, S. (2009). Medical students, money, and career selection: students' perception of financial factors and remuneration in family medicine. Family medicine, 41(2), 105.

матимуть результатом більш прихильне ставлення студентів до сімейної медицини. Серед можливих способів привернення уваги майбутніх лікарів до сімейної медицини можуть розглядатися оновлення підходів до викладання, інноваційні освітні методи, включаючи диджиталізацію, а також внесення змін до курсу з сімейної медицини відповідно до сучасних світових вимог і практик з налагодженням тіснішої співпраці із сімейними лікарями-практиками. З іншого боку, забезпечення можливостей для безперервного професійного розвитку сімейних лікарів і лікарок посилюватиме їхній престиж та визнання серед пацієнтів.

Система охорони здоров'я потребує фахових і вмотивованих сімейних лікарів/лікарок, яким зможуть довіряти як пацієнти, так і інші лікарі. Довіра майбутніх лікарів, як і спосіб взаємодії між спеціальностями, закладається в університетах, тож роль медичної освіти у формуванні вподобань студентів, розуміння особливостей професії не має бути недооцінена.

додаток А

Сприйняття сімейної медицини студентами

Мета цього опитування – вивчити думку студентів щодо їхнього ставлення до сімейної медицини. Участь в опитуванні добровільна і конфіденційна. Важливо дати відповіді на ВСІ запитання. Навіть якщо Ви не впевнені, як відповідати, будь ласка, відмітьте ту відповідь, яка здається найбільш прийнятною. Немає правильних чи неправильних відповідей, Ваші відповіді мають відображати Вашу особисту думку.

Ваша участь в опитуванні жодним чином не впливатиме на Вашу академічну успішність.

Будь ласка, зазначте таку інформацію:

1. Стать: ◯ жінка ◯ чоловік

2. Скільки Вам повних років _____

3. Де Ви мешкали до того, як почали навчання в медичному університеті?

◯ м. Київ
◯ районний (обласний) центр
◯ місто
◯ село
◯ за межами України

4. Курс _____

5. Форма навчання ◯ бюджет ◯ контракт

6. Чи працює хтось із Ваших близьких родичів (батько, мати, брат, сестра) лікарем вузької спеціалізації?

◯ так ◯ ні

7. Чи працює хтось із Ваших близьких родичів (батько, мати, брат, сестра) лікарем сімейної медицини/ загальної практики?

◯ так ◯ ні

Далі просимо Вас висловити свою думку. У наведених нижче твердженнях Вам потрібно зазначити Ваше ставлення до них за 5-бальною шкалою. Зверніть, будь ласка, увагу, що шкали різні для кожного пункту. Обведіть відповідь, яка найкраще підходить до кожного твердження.

8. Наскільки Ви зацікавлені працювати за кожною з названих спеціальностей після закінчення навчання (будь ласка, оцініть і поставте позначку кожній спеціальності окремо)

	Спеціальність	Зовсім не цікаво	Не цікаво	Як цікаво, так і не цікаво	Цікаво	Дуже цікаво
8.1	Екстрена медична допомога	◯	◯	◯	◯	◯
8.2	Сімейна медицина	◯	◯	◯	◯	◯
8.3	Терапія	◯	◯	◯	◯	◯
8.4	Акушерство і гінекологія	◯	◯	◯	◯	◯
8.5	Педіатрія	◯	◯	◯	◯	◯
8.6	Психіатрія	◯	◯	◯	◯	◯
8.7	Хірургія	◯	◯	◯	◯	◯
8.8	Інше, будь ласка, зазначте	◯	◯	◯	◯	◯

9. Оцініть важливість кожного з наступних критеріїв для вибору Вашої спеціальності?

	Критерій	Зовсім не важливо	Не важливо	Як важливо, так і не важливо	Важливо	Дуже важливо
9.1	Зарплата	○	○	○	○	○
9.2	Престиж	○	○	○	○	○
9.3	Графік роботи	○	○	○	○	○
9.4	Робота з пацієнтами	○	○	○	○	○
9.5	Лікування пацієнтів різних вікових груп	○	○	○	○	○
9.6	Профілактична робота	○	○	○	○	○
9.7	Робота лише в стаціонарі	○	○	○	○	○
9.8	Можливість працювати за кордоном	○	○	○	○	○
9.9	Кар'єрні та професійні можливості	○	○	○	○	○

10. Чи погоджуєтеся Ви із загальними твердженнями про сімейну медицину, наведеними нижче?

	Критерій	Зовсім не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Не визначився/ Не визначилась	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь
10.1	Більшість студентів не знають, що таке сімейна медицина	○	○	○	○	○
10.2	Більшість викладачів університету не знають, що таке сімейна медицина	○	○	○	○	○
10.3	У нашому суспільстві не цінують сімейних лікарів	○	○	○	○	○
10.4	Лікарі інших спеціальностей не цінують лікарів сімейної медицини	○	○	○	○	○
10.5	Сімейний лікар може надати більшість медичних послуг, яких потребує пацієнт	○	○	○	○	○
10.6	В Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини	○	○	○	○	○
10.7	Усі повинні пройти навчання із сімейної медицини, незалежно від того, яку спеціальність вони оберуть пізніше	○	○	○	○	○
10.8	Якість медичної допомоги/лікування/послуг, що надаються сімейними лікарями, не досить висока	○	○	○	○	○
10.9	Сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості	○	○	○	○	○
10.10	Сімейні лікарі здатні адресувати лише незначні проблеми зі здоров'ям	○	○	○	○	○
10.11	Важко стати компетентним сімейним лікарем, оскільки це дуже широка сфера	○	○	○	○	○

11. Чи погоджуєтеся Ви з наведеними нижче твердженнями, які порівнюють сімейних лікарів і лікарів вузької спеціалізації?

	Критерій	Зовсім не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Не визначився/ Не визначилась	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь
11.1	Сімейним лікарем має бути настільки ж престижно, як і лікарем вузької спеціалізації	○	○	○	○	○
11.2	Сімейні лікарі повинні отримувати таку саму високу зарплату, як і вузькі спеціалісти	○	○	○	○	○
11.3	Лікуючи пацієнтів, сімейні лікарі повинні на ранніх стадіях звертатися за додатковою підтримкою до вузького спеціаліста	○	○	○	○	○
11.4	Сімейні лікарі повинні контролювати й координувати доступ пацієнтів до вузьких спеціалістів	○	○	○	○	○
11.5	В Україні існує більша потреба у вузьких спеціалістах, ніж у сімейних лікарях	○	○	○	○	○
11.6	Єдине завдання сімейного лікаря – направити пацієнта до відповідного вузького спеціаліста	○	○	○	○	○

12. Чи чули Ви якісь відгуки щодо сімейної медицини під час навчання в університеті?

○ **так → будь ласка, перейдіть до питання №13**

○ **ні → Дякуємо за участь!**

13. Якщо так, будь ласка, зазначте, від кого відгуки були позитивними чи негативними?

	Критерій	Дуже негативні	Негативні	Нейтральні	Позитивні	Дуже позитивні
13.1	Професори/доценти	○	○	○	○	○
13.2	Сімейні лікарі	○	○	○	○	○
13.3	Лікарі стаціонару	○	○	○	○	○
13.4	Викладачі	○	○	○	○	○
13.5	Аспіранти	○	○	○	○	○

Якщо Ви студент 6-го курсу, будь ласка, перейдіть до запитання №14.

Студентам 3-го курсу дуже дякуємо за участь!

Наступні запитання – лише для студентів 6-го курсу.

14. Під час навчання чи відвідували Ви будь-які лекції або практичні заняття із сімейної медицини?

○ так – будь ласка, перейдіть до питання №15.

○ ні – дуже дякуємо за участь!

15. Чи погоджуєтеся Ви з наведеними нижче твердженнями щодо навчання із сімейної медицини в університеті?

15. Чи погоджуєтеся Ви з наведеними нижче твердженнями щодо навчання із сімейної медицини в університеті?

	Критерій	Зовсім не погоджуюсь	Не погоджу-юсь	Не визначився/Не визначилась	Погод-жуюсь	Повністю погоджу-юсь
15.1	Лекції/практичні заняття із сімейної медицини добре викладаються	○	○	○	○	○
15.2	Викладачі/професори добре підготовлені	○	○	○	○	○
15.3	Я вивчив щось нове на лекціях/практичних заняттях із сімейної медицини	○	○	○	○	○
15.4	Лекції/практичні заняття із сімейної медицини допомогли мені зрозуміти, що таке сімейна медицина	○	○	○	○	○
15.5	Участь у консультаціях пацієнтів під час практичних занять із сімейної медицини була дуже корисною	○	○	○	○	○
15.6	Сімейну медицину доцільно викладати раніше, ніж на 6-му курсі	○	○	○	○	○
15.7	Лекції/практичні заняття із сімейної медицини підвищили мій інтерес до неї	○	○	○	○	○
15.8	Лекції/практичні заняття із сімейної медицини дали мені комплексне та цілісне бачення медицини	○	○	○	○	○
15.9	Лекції/практичні заняття із сімейної медицини не допоможуть мені виконувати мою майбутню роботу	○	○	○	○	○

16. Чи маєте Ви додаткові коментарі з будь-яких запитань, зазначених вище?

Дякуємо за участь в опитуванні!

додаток Б

Сприйняття сімейної медицини викладачами

Мета цього опитування – вивчити думку викладачів закладів вищої медичної освіти щодо їхнього ставлення до сімейної медицини. Участь в опитуванні добровільна і конфіденційна. Важливо дати відповіді на ВСІ запитання. Навіть якщо Ви не впевнені, як відповідати, будь ласка, відмітьте ту відповідь, яка здається найбільш прийнятною. Немає правильних чи неправильних відповідей, Ваші відповіді мають відображати Вашу особисту думку.

Будь ласка, зазначте таку інформацію:

1. Стать: ◯ жінка ◯ чоловік

2. Скільки Вам повних років _____

3.На якій кафедрі Ви працюєте?
- ◯ Терапії
- ◯ Педіатрії
- ◯ Інфекційних захворювань
- ◯ Хірургії
- ◯ Акушерства і гінекології
- ◯ Сімейної медицини
- ◯ Соціальної медицини
- ◯ Інше, будь ласка, зазначте

4. Яку посаду Ви обіймаєте в навчальному закладі?
- ◯ Завідувач кафедри
- ◯ Професор
- ◯ Доцент
- ◯ Асистент
- ◯ Старший викладач
- ◯ Викладач-стажист
- ◯ Інше, будь ласка, зазначте _____

5. Чи маєте Ви вчений ступінь?
- ◯ Так – будь ласка, дайте відповідь на запитання №6
- ◯ Ні – будь ласка, перейдіть до запитання №7

6. Який у Вас вчений ступінь?
- ◯ кандидат наук
- ◯ доктор наук

7. Оцініть важливість кожного з наведених нижче критеріїв для вибору студентами спеціальності:

	Критерій	Не дуже важливо	Не важливо	Як важливо, так і не важливо	Важливо	Дуже важливо
7.1	Зарплата	○	○	○	○	○
7.2	Престиж	○	○	○	○	○
7.3	Графік роботи	○	○	○	○	○
7.4	Робота з пацієнтами	○	○	○	○	○
7.5	Лікування пацієнтів різних вікових груп	○	○	○	○	○
7.6	Профілактична робота	○	○	○	○	○
7.7	Можливість роботи за кордоном	○	○	○	○	○
7.8	Робота лише у стаціонарі	○	○	○	○	○
7.9	Кар'єрні та професійні можливості	○	○	○	○	○

8. Чи погоджуєтеся Ви із загальними аспектами/думками про сімейну медицину, наведеними нижче?

	Критерій	Зовсім не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Не визначився/ Не визначилась	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь
8.1	Більшість студентів не знають, що таке сімейна медицина	○	○	○	○	○
8.2	Більшість викладачів університету не знають, що таке сімейна медицина	○	○	○	○	○
8.3	У нашому суспільстві не цінують сімейних лікарів	○	○	○	○	○
8.4	Лікарі інших спеціальностей не цінують лікарів сімейної медицини	○	○	○	○	○
8.5	Сімейний лікар може надати більшість медичних послуг, яких потребує пацієнт	○	○	○	○	○
8.6	В Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини	○	○	○	○	○
8.7	Усі повинні пройти навчання із сімейної медицини, незалежно від того, яку спеціальність вони оберуть пізніше	○	○	○	○	○
8.8	Якість медичної допомоги/лікування/послуг, що надаються сімейними лікарями, не досить висока	○	○	○	○	○
8.9	Сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості	○	○	○	○	○
8.10	Сімейні лікарі здатні лікувати лише незначні проблеми зі здоров'ям	○	○	○	○	○
8.11	Важко стати хорошим сімейним лікарем, оскільки це дуже широка сфера	○	○	○	○	○
8.12	Сімейна медицина – це хороший варіант для менш успішних студентів	○	○	○	○	○

9. Чи погоджуєтеся Ви з наведеними нижче твердженнями, які порівнюють сімейних лікарів і лікарів вузької спеціалізації?

	Критерій	Зовсім не погоджуюсь	Не погоджу-юсь	Не визначився/ Не визначилась	Погод-жуюсь	Повністю погоджу-юсь
9.1	Сімейним лікарем має бути настільки ж престижно, як і лікарем вузької спеціалізації	○	○	○	○	○
9.2	Сімейні лікарі повинні отримувати таку саму високу зарплату, як і вузькі спеціалісти	○	○	○	○	○
9.3	Лікуючи пацієнтів, сімейні лікарі повинні на ранніх стадіях звертатися за додатковою підтримкою до вузького спеціаліста	○	○	○	○	○
9.4	Сімейні лікарі повинні контролювати та координувати доступ пацієнтів до вузьких спеціалістів	○	○	○	○	○
9.5	В Україні існує більша потреба у вузьких спеціалістах, ніж у сімейних лікарях	○	○	○	○	○
9.6	Єдине завдання сімейного лікаря – направити пацієнта до відповідного вузького спеціаліста	○	○	○	○	○

10. Чи погоджуєтеся Ви з наведеними нижче твердженнями щодо програми навчання та викладання у Вашому навчальному закладі?

	Критерій	Зовсім не погоджуюсь	Не погоджу-юсь	Не визначився/ Не визначилась	Погод-жуюсь	Повністю погоджу-юсь
10.1	Викладання на рівні додипломної освіти приділяє особливу увагу навичкам міжособистісного спілкування студентів	○	○	○	○	○
10.2	Викладання сфокусоване на синдромному підході, а не на спеціальностях	○	○	○	○	○
10.3	Викладачі мають достатні навички викладання	○	○	○	○	○
10.4	Методи викладання не дуже змінилися за останні 10 років	○	○	○	○	○
10.5	Викладачі у Вашому навчальному закладі повинні вдосконалювати свої навички викладання	○	○	○	○	○
10.6	Викладачі повинні мати більше можливостей для безперервного навчання	○	○	○	○	○

11. Чи погоджуєтеся Ви з наведеними нижче твердженнями щодо викладання сімейної медицини у Вашому навчальному закладі?

	Критерій	Зовсім не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Не визначився/ Не визначилась	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь
11.1	Годин, виділених для викладання сімейної медицини, достатньо	○	○	○	○	○
11.2	Сімейній медицині приділяється забагато уваги	○	○	○	○	○
11.3	Сімейну медицину доцільно викладати раніше, ніж на 6-му курсі	○	○	○	○	○
11.4	Усе, що викладається під час занять із сімейної медицини, могло б також викладатися під час інших занять	○	○	○	○	○
11.5	Лекції/практичні заняття із сімейної медицини допоможуть студентам стати кращими лікарями	○	○	○	○	○
11.6	Лекції/практичні заняття із сімейної медицини не допоможуть студентам у майбутній роботі	○	○	○	○	○

12. Чи погоджуєтеся Ви з наведеними нижче твердженнями щодо післядипломної підготовки спеціалістів сімейної медицини?

	Критерій	Зовсім не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Не визначився/ Не визначилась	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь
12.1	Під час двох років інтернатури студенти отримують достатню підготовку до всіх медичних ситуацій, з якими вони можуть стикнутися пізніше, працюючи за обраною спеціальністю	○	○	○	○	○
12.2	Інтернатура із сімейної медицини має тривати більше двох років	○	○	○	○	○
12.3	Двох років інтернатури достатньо для підготовки спеціаліста із сімейної медицини	○	○	○	○	○

13. Щоб відповідати потребам країни, уряд хоче збільшити кількість сімейних лікарів. На Вашу думку, як саме можна підвищити привабливість фаху сімейного лікаря?

	Критерій	Зовсім не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Не визначився/ Не визначилась	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь
13.1	Краще викладання сімейної медицини	○	○	○	○	○
13.2	Через підтримку держави та кращі вигоди для сімейних лікарів (наприклад, автомобіль, земельна ділянка)	○	○	○	○	○
13.3	Через обов'язкове практичне навчання із сімейної медицини для всіх студентів	○	○	○	○	○
13.4	Завдяки кращому викладанню того, що таке сімейна медицина	○	○	○	○	○
13.5	Через викладання сімейної медицини на більш ранньому етапі	○	○	○	○	○
13.6	Збільшенням годин викладання сімейної медицини	○	○	○	○	○

14. Чи маєте Ви додаткові коментарі з будь-яких питань, зазначених вище?

Дякуємо за участь в опитуванні!

Керівник проєктного офісу:

Др. Тетяна Степурко
tetiana.stepurko@mededu.org.ua

Лідер проєкту:

Мартін Рааб, керівник відділу
Швейцарський центр міжнародного здоров'я,
Швейцарський інститут тропічного і громадського здоров'я

Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH)
Socinstrasse 57, 4051 Basel, Switzerland
martin.raab@swisstph.ch

Контакти офісу в м. Київ: вул. Лютеранська, 6Б, кв. 43, 01001 Київ, Україна

Телефон: +380 44 384 10 09

www.facebook.com/
MedEduUkraine/

twitter.com/
Medicaleducat10

youtube.com/channel/
UCuzomB6fdx05qaGhdXiyfGg

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарська Конфедерація

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЄКТ

Дана публікація видана в рамках реалізації україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти», який виконується в Україні Швейцарським інститутом тропічного і громадського здоров'я (Swiss TPH) за підтримки Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC).

© Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти», 2019