



PROCES VÝBERU ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTÚDIA SLOVENSKÝMI ŠTUDENTMI A ŠTUDENTKAMI MEDICÍNY

INESS – Inštitút ekonomických a spoločenských analýz

Matej Bárta

6/2024

Obsah

Abstrakt	2
Úvod	3
Použité metódy	3
Zber dát	3
Analýza dát	5
Etické aspekty výskumu	5
Analýza	5
Charakteristiky rozhodovacieho procesu	6
Informačné kanály	7
Akademické vzdelávanie	7
Osobné siete	8
Propagácia lekármi/pedagógmi	8
Extrakurikulárne aktivity	9
Online zdroje	10
Ako vzniká rozhodnutie o špecializácii	11
Dynamické faktory	12
Rola skúseností	12
Externé faktory	15
Interné faktory	16
Interpersonálne faktory	18
Statické faktory	19
Charakteristiky špecializácie	19
Balans medzi pracovným a osobným životom	20
Kariérne otázky	21
Iné faktory	24
Záver	25
Zdroje	27

Abstrakt

Slovenské zdravotníctvo dlhodobo trpí nízkym počtom lekárov a lekároek. Personálny nedostatok v jednotlivých špecializáciách však nie je vždy vysvetliteľný výlučne celkovým nedostatkom, vstupujú doň aj meniace sa preferencie medikov a medičiek. Tu prezentovaný kvalitatívny výskum prostredníctvom semi-štruktúrovaných rozhovorov skúma mechanizmy výberu špecializácií medikmi a medičkami v piatom a šiestom ročníku štúdia na slovenských lekárskech fakultách. V prvej časti identifikuje kanály, cez ktoré získavajú informácie o špecializáciách – tie sa pohybujú od akademického vzdelávania cez neformálne osobné siete až po internetové zdroje. Výskum zároveň ukazuje, že rozhodnutie o výbere špecializácie sa rodí často až ku koncu všeobecného štúdia, nie výnimočne za (vnímanej) nedostatočnej informovanosti. Rozhodnutie zároveň vzniká na základe rôznych faktorov, ktoré sú v analýze rozdelené na dynamické a statické. Medzi dôležité dynamické vplyvy patrí napríklad kvalita praktickej výučby, vplyv personálu a prítomnosť sexistického správania zo strany niektorých lekárov a pedagógov. Medzi dôležité statické faktory, ktoré medici a medičky zohľadňujú, patria napríklad charakteristiky špecializácie, jej pestrosť, potenciál (napríklad či sa rozvíja, či rastie populácia pacientov), náročnosť (fyzická aj psychická), možnosť otvoriť si v budúcnosti vlastnú ambulanciu, a životný štýl.

Úvod

O celkovom nedostatku lekárov sa hovorí pomerne veľa. Napriek tomu, že ich celkový počet bude v nasledujúcich rokoch pravdepodobne mierne stúpať, množstvo zdravotnej starostlivosti, ktoré budú musieť vyprodukovať, sa bude v dôsledku demografickej zmeny zvyšovať (Bárta 2023, Múčka a Múčka 2023). Nedostatok lekárov však nie je rovnomerný. Koncom roka 2023 chýbali endokrinológovia, neurológovia, či diabetológovia (HN 2023), v posledných rokoch sa však spomínali aj reumatológovia, imunoalergológovia, či pľúcni lekári (SME 2021). Výpovede ľudí z prostredia zdravotnej starostlivosti navyše naznačujú, že trendy v záujme medikov o jednotlivé špecializácie sa menia. V minulosti bol nadštandardný dopyt po gynekológii (Bučko 2023) či pediatrii (Bazár 2023), dnes tieto odbory často registrujú nedostatok záujemcov. Celkový nedostatok lekárov pritom podľa výpovedí relevantných aktérov vysvetľuje len časť personálneho nedostatku, významným faktorom je aj zmena preferencií.

Táto štúdia si stavia za cieľ zlepšiť chápanie rozhodovania o výbere špecializácie slovenskými študentmi a študentkami medicíny. Analýza sa nesnaží vysvetliť zmeny v preferenciách týkajúcich sa konkrétnych špecializácií, zameriava sa na pochopenie mechanizmov, ktoré sú pri výbere v hre.

Analýza je rozdelená do dvoch hlavných častí. V prvej časti je popísaná a odôvodnená použitá metodika, adresovaný je aj etický aspekt výskumu. Druhá časť predstavuje analýzu zozbieraných dát, ktorá je rozdelená do troch častí – charakteristiky rozhodovacieho procesu, informačné kanály, cez ktoré medicína a medičky získavajú informácie a proces vzniku rozhodnutia o špecializácii.

Použité metódy

Zber dát

Výskum bol vykonaný so študentmi a študentkami medicíny, ktorí boli v školskom roku 2022/23 v 5. alebo 6. ročníku lekárskeho fakúlt. Táto voľba bola motivovaná snahou identifikovať tie faktory, ktoré pre konečné rozhodnutie majú najväčšiu váhu. Napriek tomu, že existujú medicína a medičky, ktorí sa pre istú špecializáciu rozhodnú už v prvých ročníkoch štúdia, zahrnutie študentov a študentiek v nižších ročníkoch by zvýšilo riziko zahrnutia faktorov, ktoré pri konečnom rozhodovaní nie sú podstatnými.

S respondentmi a respondentkami boli uskutočnené semi-štruktúrované kvalitatívne rozhovory. Jednou z charakteristických vlastností tejto metódy zberu dát je flexibilita, dôraz je kladený na chápanie a rámcovanie otázok samotným respondentom alebo respondentkou (Bryman 2012: 471). Oni sami tak rozhodujú o tom, čo je dôležité pri vysvetľovaní udalostí, mechanizmov a vzorcov správania. Rozhovory boli vedené online prostredníctvom platformy Microsoft Teams a boli – so súhlasom každého respondenta a respondentky – nahrávané (viac v sekcii Etické aspekty výskumu). Po ukončení rozhovoru boli záznamy prepísané do textovej podoby¹. Vytvorený text bol následne analyzovaný pomocou kódovania a tematickej analýzy (viď nasledujúca sekcia).

Výskumná vzorka predstavovala 15 medikov a medičiek zo všetkých slovenských lekárskeho fakúlt². Výber respondentov a respondentiek bol realizovaný v spolupráci so Slovenskou asociáciou študentov medicíny (Slovak Medical Students' Association – SloMSA) a prebiehal vo viacerých kolách. V prvom kroku boli vybraní a následne kontaktovaní 16 respondenti a respondentky, ktorí vyplnili formulár³, ktorý za týmto cieľom pripravila a distribuovala SloMSA. Títo respondenti a respondentky boli vybraní tak, aby boli vo vzorke rovnomerne zastúpení muži a ženy, študenti a študentky piateho a šiesteho

¹ Textová forma bola vyhotovená prostredníctvom softvéru Sonix a prípadné chyby v prepise boli následne opravené manuálne.

² LF UK v Bratislave, Jesseniova LF UK v Martine, LF UPJŠ v Košiciach a LF SZU v Bratislave.

³ Tento formulár celkovo vyplnilo 33 študentov.

ročníka, a všetky lekárske fakulty. Respondenti a respondentky, ktorí na kontaktovanie nereagovali, boli následne nahradzovaní ostatnými medikmi a medicškami, ktorí formulár vyplnili. Týmto procesom bolo v prvom kole uskutočnených deväť výskumných rozhovorov.

Zvyšných šesť respondentov do výskumu nominovala SloMSA („convenience sampling“ – vid' napríklad Bryman 2012: 201-202 pre bližší popis metódy vytvárania vzorky), resp. ostatní respondenti („snowball sampling“ – vid' napríklad Bryman 2012: 202-203 pre bližší popis metódy vytvárania vzorky).

Finálnu vzorku tvorilo osem respondentov a respondentiek z Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LF UK) v Bratislave, dvaja z LF Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, traja z Jesseniovej LF UK v Martine a dvaja zo Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Vzorku tvorilo sedem žien a osem mužov. Päť respondentov a respondentiek bolo v akademickom roku 2022/2023 študentmi a študentkami piateho ročníka, desať bolo v šiestom ročníku. Prehľad respondentov s priradeným číslom rozhovoru poskytuje nasledujúca tabuľka:

Číslo rozhovoru	Fakulta	Pohlavie	Ročník v akademickom roku 2022/23
Rozhovor 1	LF UK v Bratislave	Ž	5.
Rozhovor 2	JLF v Martine UK v Bratislave	Ž	5.
Rozhovor 3	LF UK v Bratislave	Ž	5.
Rozhovor 4	JLF v Martine UK v Bratislave	M	5.
Rozhovor 5	LF UPJŠ v Košiciach	Ž	6.
Rozhovor 6	LF UK v Bratislave	M	5.
Rozhovor 7	LF UK v Bratislave	M	6.
Rozhovor 8	JLF v Martine UK v Bratislave	M	6.
Rozhovor 9	LF SZU v Bratislave	Ž	6.
Rozhovor 10	LF UK v Bratislave	M	6.
Rozhovor 11	LF UK v Bratislave	M	6.
Rozhovor 12	LF UK v Bratislave	M	6.
Rozhovor 13	LF UK v Bratislave	M	6.
Rozhovor 14	LF SZU v Bratislave	Ž	6.
Rozhovor 15	LF UPJŠ v Košiciach	Ž	6.

Tabuľka X: Prehľad respondentov; M=muž, Ž=žena

Použité metódy vytvárania vzorky respondentov a respondentiek majú implikácie pre interpretáciu výsledkov výskumu. Je možné, že použitím dotazníku na získanie prvej skupiny respondentov a respondentiek a následným úspešným uskutočnením výskumných rozhovorov len s časťou z nich boli analyzované dáta o skupine medikov s istými zdieľanými charakteristikami. Keďže respondenti a respondentky spravili aktívne rozhodnutie venovať istý čas a energiu na uskutočnenie výskumného rozhovoru, ktorého cieľom bolo zozbierať dáta za cieľom zlepšovania fungovania slovenského zdravotníctva, je u nich možné predpokladať napríklad zvýšenú mieru spoločenskej angažovanosti a proaktivity. Podobné mechanizmy boli pravdepodobne v hre aj pri „dopĺňaní“ respondentov a respondentiek do výskumu – aj tu sa dá predpokladať, že použité metódy vytvorili vzorku, ktorá v niektorých aspektoch dokonale nereflektuje „priemerného medika alebo medicšku.“

Použitie týchto metód samozrejme výsledky výskumu nediskredituje. Ako píše⁴ Bryman (2012: 202), „sociálny výskum je často založený na convenience sampling-u.“ Podobná je situácia aj v prípade „snowball sampling-u,“ ktorý je používaný predovšetkým v kvalitatívnych štúdiách (idem: 203). Tieto metódy dokážu poskytnúť náhľad do fungovania istej skupiny ľudí v situáciách, keď z akéhokoľvek

⁴ Všetky neslovenské citácie boli preložené do slovenčiny autorom.

dôvodu (ťažký prístup k iným respondentom a respondentkám, časové a finančné náklady, a pod.) nie je možné vytvoriť reprezentatívnu vzorku. Navyše, v kontexte tohto výskumu je dôležité nezabúdať, že už samotné skúmanie medikov a mediciek je iné, ako skúmanie všeobecnej spoločnosti. Možno odôvodnene predpokladať, že medici a medicčky sa v aspektoch týkajúcich sa ich identity ako študentov a študentiek medicíny v nezanedbateľnej miere podobajú. Variácia v populácii nezachytená kvôli výberu metód tvorby vzorky je tak pravdepodobne menšia, než aká by bola v celej spoločnosti.

Analýza dát

Na analýzu zozbieraných dát bola použitá metóda kódovania. Ide o skúmanie textu, pri ktorom sa vytvárajú kódy (akési značky, štítky – po anglicky „labels“) a aplikujú sa na časti textu (Bryman 2012: 568). Tieto označenia nesú význam (potenciálne) dôležitý pre výskum. Pri kódovaní textu neboli použité konkrétne vopred pripravené kódy. Týmto spôsobom bola zachovaná flexibilita výskumu, ktorá bola nastolená voľbou semi-štruktúrovaných rozhovorov ako metódy na zber dát. „Nakódovaním“ každého rozhovoru bola zároveň uskutočnená tematická analýza. Ide o metódu, pri ktorej výskumník v dátach hľadá napríklad témy, ktoré sa opakujú, typológie alebo kategórie špecifické pre skúmanú skupinu („indigenous categories“), jazykové konektory, a podobne (Ryan a Bernard 2003). Zistenia tematickej analýzy tvoria jadro analytickej časti štúdie.

Etické aspekty výskumu

V záujme zachovania anonymity respondentov a respondentiek sa citácie z rozhovorov priradujú len k číslam rozhovorov. Citácie sú zároveň použité spôsobom, ktorý neumožňuje spojenie s konkrétnou osobou. To znamená, že z citácií sú odstránené údaje ako napríklad mená nemocníc, ak respondent alebo respondentka opisovali konkrétny zážitok alebo geografické lokácie, ktoré by príliš zúžili možný okruh medikov alebo mediciek. Týmto spôsobom je zachovaná nielen anonymita, ale aj bezpečnosť respondentov a respondentiek.

Okrem toho bolo prijatých niekoľko ďalších krokov na zabezpečenie etickosti výskumu. Pred každým rozhovorom bol stručne opísaný kontext (výskum vedený INESS v spolupráci so SloMSA) a zameranie výskumu (ako si medici a medicčky na Slovensku vyberajú špecializáciu). Respondentom a respondentkám bolo taktiež komunikované, že súčasťou výskumu budú konkrétne odporúčania, ktoré INESS na základe analýzy sformuluje. Po uvedení do výskumu bola respondentovi alebo respondentke položená otázka, či súhlasí s nahrávaním rozhovoru (všetci zúčastnení a zúčastnené súhlasili). Následne bolo respondentovi alebo respondentke vysvetlené, ako bude so získanými údajmi zaobchádzané. Nakoniec bolo zdôraznené, že respondenti a respondentky môžu odmietnuť odpovedať na akúkoľvek otázku a rozhovor kedykoľvek ukončiť. Týmto krokmi bola maximalizovaná miera vlastníctva rozhovoru respondentmi a respondentkami a zabezpečená etickosť procesu.

Analýza

Analýza je postavená na troch pilieroch. Prvým z nich sú identifikované charakteristiky rozhodovacieho procesu. Druhým z nich sú informačné kanály – táto sekcia popisuje zdroje (a ich špecifické charakteristiky), z ktorých medici a medicčky čerpajú informácie o špecializáciách, na základe ktorých sa neskôr rozhodujú. Posledným, tretím, pilierom je analýza faktorov ovplyvňujúcich rozhodnutie medikov a mediciek a mechanizmus ich pôsobenia. Analýza je podľa možnosti porovnávaná aj s existujúcim zahraničným výskumom. Je však potrebné poznamenať, že podľa viacerých prehľadových štúdií (napr. Yangová a kol. 2019, Pfarrwallerová a kol. 2015, Marshall a kol. 2015) existuje značná heterogenita medzi štúdiami z rôznych krajín, s rôznymi vzorkami, a podobne. Toto zistenie naznačuje vysokú kontextovú závislosť a unikátnosť skúmaných situácií.

Charakteristiky rozhodovacieho procesu

Spektrum ciest, akými sa medici a medičky môžu dostať k finálnemu rozhodnutiu a voľbe istej špecializácie, je pomerne široké. Pohybuje sa od prípadov, keď preferencia pre odbor pretrvala ešte od čias strednej školy (prípadne skôr) až po prípady, keď medici a medičky ani pár mesiacov pred ukončením štúdia všeobecného lekárstva nevedia, akú špecializáciu si vybrať. Napriek individuálnosti procesu a širokému spektru jeho podôb v rozhovoroch bolo identifikovaných niekoľko tém/vzorcov, ktoré sú opísané v nasledujúcich odstavcoch.

Pri vytváraní si obrazu o rozhodovacom procese je nutné mať na pamäti jeho celkový kontext. Rozhodovanie medikov a medičiek sa často odohráva v kontexte limitovanej, prípadne až nedostatočnej informovanosti. Respondenti a respondentky konštatovali, že im „štúdium [...] neposkytlo dostatočný rozhľad“ (Rozhovor 8), že „ako študent človek fakt nemá takú tú predstavu, že do čoho proste [...] ide“ (Rozhovor 11), a že výber špecializácie je „vždy [...] tak trocha mačka vo vrecí“ (Rozhovor 13). Dokonalá informovanosť samozrejme v reálnom svete nie je dosiahnuteľná. Podstatné však je, že sami medici a medičky vo viacerých prípadoch subjektívne hodnotili ich informovanosť o špecializáciách ako nedostatočnú pre kvalifikovaný výber.

Ako bolo načrtnuté v úvode, existuje skupina medikov a medičiek, ktorí 6-ročné štúdium od začiatku vnímajú ako cestu ku „vysnenej“ práci (špecializácii)⁵. V niektorých prípadoch ide o konkrétnu špecializáciu („všeobecné lekárstvo som chcela zatiaľ stále“ (Rozhovor 1)), v iných ide „len“ o istý smer, v rámci ktorého ešte bude musieť dôjsť ku konkrétnejšiemu výberu („to, že to bude chirurgický smer, som vedel viac menej od začiatku školy“ (Rozhovor 4)). Ako častejší sa však javí scenár, v ktorom medici a medičky na začiatku štúdia preferenciu pre špecializáciu nemajú („ľudia, ktorí idú na medicínu, že niečo bude a uvidíme čo“ (Rozhovor 5)). Z tejto skupiny sa istá časť rozhodne v priebehu štúdia, a istej časti ostáva výber až na poslednú časť (posledný rok až rok a pol) štúdia.

Prípady, kedy medic alebo medička nemá špecializáciu vybranú od začiatku/skorého štádia štúdia, sú charakterizované pomerne vysokou premenlivosťou výberu, neistotou a zmenami názoru:

„Spolužiačka chcela byť najprv patologička, potom chcela byť rádiologička, potom chcela byť internistka, potom chcela byť detská. Nakoniec teraz skončila na ARE v [mesto], takže to sú naozaj veľké skoky. To nie sú, že príbuzné odbory, to vlastne prešla celú medicínu“ (Rozhovor 10)

Zriedkavé nie sú ani prípady, keď ani s blížiacim sa koncom štúdia medici a medičky nevedia, akú špecializáciu by si chceli vybrať („Môj výber špecializácie je teraz v takom štádiu, že som piatak a skáčem od jednej špecializácie k druhej“ (Rozhovor 6)). Obdobie prelomu 5. a 6. ročníka štúdia je však podľa uskutočnených rozhovorov jedným z najčastejších časov, kedy príde k výberu špecializácie („myslím si, že to lámanie chleba [...] prišlo po tom piatom ročníku“ (Rozhovor 12)). Tento fenomén však nie je vo všetkých prípadoch výsledkom toho, že by v tomto čase medici a medičky už mali dostatok informácií, resp. dostatok naakumulovaných vedomostí, ktoré by prirodzene viedli k výberu. Je pravda, že istú rolu môžu zohrať predštatnicové praxe, ktoré podľa respondentov a respondentiek fungujú o niečo lepšie než bežné praxe počas štúdia a tak sú nápomocnejšie pri výbere špecializácie. Rozhodnutia v tomto časovom horizonte však často majú pragmatické a praktické dôvody, a to predovšetkým časový tlak na začatie hľadania práce (t. j. prihláškou na špecializačné štúdium):

⁵ Ani v takýchto prípadoch samozrejme nie je vylúčené, že záujem o pôvodne „vysnenú“ špecializáciu opadne: „veľa aj kamarátov, aj známych, čo napríklad boli od malička, proste že bude to napríklad chirurgický odbor, po dvoch rokoch [...] zistili, že tade to cesta nevedie“ (Rozhovor 5)

„končím piaty [ročník], a viem, že väčšina mojich spolužiakov si už cez leto rieši roboty. Už niektorí moji spolužiaci majú zmluvy s niektorými nemocnicami spravené, takže už si myslím, že je ten čas [vybrať si špecializáciu], aby som potom nestresovala“ (Rozhovor 1)

V takomto scenári sa zvažované faktory líšia oproti tým, ktoré do hry vstupujú pri dlhodobjšom formovaní výberu, a výber sa často stáva viac pragmatickým a menej založeným napríklad na čírom záujme o obsah špecializácie. Respondenti a respondentky ako príklady uviedli napríklad zvažovanie „kde sú voľné obory a v ktorých mestách“ (Rozhovor 4) alebo pravdepodobnosť úspešnosti prihlášky („[na niektoré miesta] môžeme podať reálne tú žiadosť, ale dopredu už vieme, že nám ju odmietnu. Ja keby som si podal na dermatovenerológiu, tak ma odmietnu, že neberú lekárov“ (Rozhovor 7)). V niektorých prípadoch sa rozhodovanie podobá skôr na vylučovací proces než na hľadanie najpreferovanejšej možnosti. Pri takejto „metóde“ sú vylučované odbory na základe ich špecifikácii („čo mňa odradilo bolo to, že tí pacienti mali teda veľmi veľa tých diagnóz a bolo to také, že často tam aj teda zomierali a tak ďalej“ (Rozhovor 14)), ale napríklad aj na základe sebareflexie medikov na svoje schopnosti („väčšina z nás tak nejak sebareflexívne vyraduje niektoré veci. Napríklad ja si neviem predstaviť, že by som mala operovať, mne sa trasú ruky“ (Rozhovor 5)).

Informačné kanály

Prvým aspektom procesu výberu špecializácie sú zdroje informácií, z ktorých medici a medičky pri rozhodovaní čerpajú. Vo výskumných rozhovoroch bolo identifikovaných päť hlavných zdrojov. Nasledujúce sekcie popisujú každý z nich.

Akademické vzdelávanie

Pomerne samozrejmych zdrojov informácií je samotné medicínske vzdelávanie. Ako píše Abdulghani a kol. (2013: 28), „mať predchádzajúce základné informácie o špecializáciách [je dôležitým faktorom] výberu špecializácie.“ Tento zdroj informácií je však na základe rozhovorov možné ďalej rozdeliť na teoretické a praktické vzdelávanie (prax), pričom každá zložka prispieva rôznou mierou do rozhodovania medikov a medičiek. Výpovede respondentov a respondentiek naznačujú, že disproporčne väčšiu (aj keď stále nedostatočnú – vid' nižšie) úlohu zohráva praktická časť výučby: „z tých prednášok by som asi reálne nevedela, že do čoho idem. [...] Takže ja som vlastne reálne chcela prakticky vidieť, že ako prebieha vyšetrenie toho pacienta“ (Rozhovor 14).

Väčšia úloha praktickej výučby v porovnaní s teoretickou však automaticky neznamená, že prax medikom a medičkám poskytne dostatočné informácie pre voľbu špecializácie. Pri analýze vplyvu praktickej výučby je nutné sa zamerať na dva jej aspekty – jej kvalitatívny charakter (napr. prínos jednej hodiny praktickej výučby) a jej rozsah. Z rozhovorov vyplýva, že kvalita praktickej výučby sa pomerne výrazne líši v závislosti od lekára alebo lekárky, ktorí ju vedú, oddelenia, alebo nemocnice. Jeden z respondentov situáciu opísal nasledovne: „sú oddelenia lepšie, kde Ťa reálne zapoja. [...] Potom sú oddelenia [kde] sa nám absolútne nevenovali. Prakticky my sme tam podopierali steny ešte viac pomaly ako počas bežnej výučby“ (Rozhovor 8). Ako praktická skúsenosť vplyva na rozhodovací proces medikov a medičiek bližšie opisujeme v sekcii Rola skúseností. Z pohľadu jej úlohy ako informačného zdroja konštatujeme, že v porovnaní s teoretickou časťou výučby poskytuje praktická lepšiu predstavu o špecializácii, táto však je v absolútnom vyjadrení vnímaná ako nedostatočná: „mne aj určite ostatným by pomohlo, kebyže na tých samotných pracoviskách [...] viac vidíme, ešte viac ak by sa dalo. A kebyže nám možno samotný ten lekár vie tak nejak odprezentovať [...] že ako vyzerá jeho práca“ (Rozhovor 6). Toto konštatovanie je v súlade napríklad so štúdiou Buracka a kol. (1997: 540), v ktorej argumentujú, že „pre študentov môže byť dôležitejšie získať predstavu o tom, ako vyzerá každodenný život v danej špecializácii, než pochopiť jej klinický alebo patofyziologický obsah.“ Takúto predstavu je možné budovať napríklad prostredníctvom efektívnejšej praktickej výučby.

Respondenti a respondentky vnímali aj priestor na rozšírenie rozsahu praktického štúdia, a to ako z pohľadu času, tak aj z pohľadu úkonov, ktoré počas neho medici a medičky absolvujú: „tá praktická časť nám podľa mňa dosť chýbala, [...] ja si myslím, že my by sme mali vedieť v šiestom ročníku aspoň základy toho chirurgického šitia, ale nám to reálne v tej škole nikto neukázal“ (Rozhovor 15).

Zaujímavým v tomto kontexte bol vplyv pandémie COVID-19. Tá totiž zmenila zvyčajný pomer medzi teoretickou a praktickou výučbou. Zatiaľ čo teoretická výučba v istej, aj keď obmedzenej, forme pokračovala aj počas pandémie, praxe v dištančnom vyučovaní prakticky neboli možné. Toto narušenie bežného fungovania systému niektorí respondenti a respondentky vnímali ako značné: „my sme boli ten koronový ročník, takže my sme nemali ani žiadnu takú praktickú účasť na výučbe“ (Rozhovor 2). Ďalší respondent však situáciu prezentoval z odlišného uhla:

„keď bola napríklad korona a my sme boli doma, tak [ľudia na internete] vypisovali, že ‚no som zvedavý že kto mi bude operovať žlčník dištančne.‘ Lenže my žlčníky neoperujeme. My maximálne, maximálne, že držíme háky, ako keď je že hlavný operatér, prvý asistent, druhý, tak robievame druhého asistenta a to robíme možno raz do roka“ (Rozhovor 7)

Respondent v citáte argumentuje, že pandémia síce ukrojila z množstva praktickej výučby, jej kvalita však už aj predtým bola na nízkej úrovni, čo v konečnom dôsledku spôsobilo, že miera absolútnej škody spôsobenej zníženým rozsahom praxe bola obmedzená. Pri uvažovaní o úlohe praktickej výučby ako zdroja informácií je tak dôležité zvažovať ako kvalitu, tak aj kvantitu.

Osobné siete

Ako veľmi významný zdroj informácií sa na základe výskumných rozhovorov javia neformálne „peer networks“ (preložiteľné ako „siete rovesníkov“). Tie sú tvorené interakciami medikov a medičiek z rôznych ročníkov štúdia, ako aj interakciami medikov a medičiek s (prevažne) mladými lekármi a lekárkami. Informácie sa v týchto sieťach pohybujú po oboch osiach – medzi medikmi a medičkami („my sme vlastne hlavne tu v Bratislave na stážach, tak my vieme viac-menej o každej nemocnici niečo“ (Rozhovor 9)), aj od lekárov a lekároek k medikom a medičkám („som sa aj bavila s takým kamarátom, ktorý tam už pracuje už dlhšie“ (Rozhovor 3)). Následná práca s informáciami pripomína skladačku, v ktorej si medici z čiastkových informácií vytvárajú vnímanie reality: „jednotlivé rozhovory mi urobili akoby taký ucelený [...] obraz o danej špecializácii“ (Rozhovor 2). Tento proces je podobný tomu, ktorý vo svojej štúdií skúmajúcej prekážky, s ktorými sa stretávajú lekári a lekárky pred nástupom do špecializačného štúdia, popisuje O’Sullivan a kol. (2021). Kolektív autorov v štúdií poukazuje napríklad na využívanie neformálnych informácií od o niečo starších kolegov a kolegyň ako reakciu na nedostatok oficiálnych informácií, motív opakujúci sa aj v tu prezentovanom výskume. Ako jeden z najvýznamnejších zdrojov informácií (spolu so zdrojmi „príbuzní“ a „internet“) identifikovali „priateľov“ aj Alawad a kol. (2014).

Do menšej miery sú ľudským zdrojom informácií aj členovia a členky rodín medikov a medičiek. Istá časť respondentov a respondentiek mala v (blízkej) rodine lekárov alebo lekárky (prípadne iný zdravotnícky personál), s ktorými konzultovali ich osobné skúsenosti: „viem od môjho otca, ktorý prichádza do kontaktu s kolegami, dá sa povedať celého Slovenska alebo Československa“ (Rozhovor 10).

Propagácia lekármi/pedagógmi

Informácie medici a medičky čerpajú aj od lekárov a lekároek, s ktorými prichádzajú do kontaktu, a ktorí propagujú „ich“ oddelenie, prípadne špecializáciu celkovo. Pri takomto získavaní informácií sú dôležité dva jeho kvalitatívne aspekty. Po prvé, zatiaľ čo v prípade ostatných zdrojov informácií musia medici a medičky vyvinúť istú snahu o získanie informácie, v prípade propagácie lekármi a lekárkami sa stávajú

cieľmi šírenia informácií. Aké informácie sa k medikom a medicám dostanú tak menej závisí od ich predchádzajúcich preferencií. Po druhé, tento zdroj informácií je vo svojej podstate neobjektívny⁶, keďže jeho existencia je inherentne podmienená istým účelom. Ako uviedla jedna respondentka:

„vždy tam hovoria hlavne tie plusy. Takže mala som napríklad v pondelok geriatriu, tak pán doktor hovoril o tom, prečo byť ten geriater a tak ďalej, lebo napríklad tam nikto nechce ísť, takže na každom oddelení nás proste ako keby lákajú“ (Rozhovor 1)

Z výpovedí respondentov a respondentiek však zároveň vyplýva, že nejde o nátlakové presvedčanie, propagácia sa skôr podobá na akýsi „nábor“ a zvýšený záujem o študentov a študentky. Jeden respondent to opísal nasledovne:

„Nebolo to nejaké silené, [...] chceli nám to ako keby zosympatizovať. To znamená, že ak by mali záujem o nás, tak proste nám ukážu to, ako sa robí gastrofibroskopia, kolonoskopia, ak by chceli aby sme išli k nim na gastro. Teda oni skôr išli asi takýmto nepriamym spôsobom. Raz nám bolo dokonca povedané, že ak chcete u nás robiť, momentálne máme voľno, môžete nám podať žiadosť, prípadne môžete sa prísť, hoci vo voľnom čase, k nám zaučiť do nočných služieb a takto. [...] ponúkali, že môžeme dobrovoľne chodiť sa pozerať a vtedy by to bolo podľa mňa lepšie, lebo naozaj by som tam prišiel sám a vtedy by sa mi venovali“ (Rozhovor 7)

Extrakurikulárne aktivity

Medici a medicy čerpajú informácie aj z rôznych extrakurikulárnych aktivít. Respondenti a respondentky v rozhovoroch spomínali primárne dva typy udalostí – dobrovoľné stáže a rôzne mimoškolské prednášky a workshopy.

Viacerí respondenti a respondentky opisovali, ako si nad rámec praktickej výučby v univerzitných osnovách z vlastnej iniciatívy vybavili a následne absolvovali stáž v nemocnici, prípadne ambulancii. Výpovede úplne neumožňujú určiť, aká časť medikov a mediciek takúto prax absolvovala. Zatiaľ čo podľa niektorých ide o minimálnu časť určitej kohorty a takmer výlučne predstavujú pomocnú silu v zdravotníctve („niektorí medici a medicy robia niekde v nemocnici nejakých netopierov alebo sanitárov ale to sa bavíme možno o jednom percente“ (Rozhovor 6)), iní hovoria o relatívne významnej časti medikov a mediciek, z ktorej niektorí vypomáhali aj pri špecializovanejších činnostiach („tretina až polovica mojich spolužiakov si našla prácu v nemocniciach, či už ako sanitár [...], alebo ako pomocné sestry alebo tak. [...] Spolužiačka zas chodila operovať na neurochirurgiu čo chce aj robiť“ (Rozhovor 7)). Takáto prax sa tiež môže líšiť z pohľadu jej dĺžky, od dlhodobých výpomocí až po krátkodobé „nahliadnutia“ do oddelení: „na väčšine [oddelení] sa dá vybaviť, že keď tam chce ísť študent na jeden alebo dva týždne, ale väčšinou akože ide o to leto, tak že môže tam ísť len tak kvázi praxovať a sledovať a tak. No a akože je taký chvostík nejakého lekára v podstate“ (Rozhovor 15). Získanie predstavy o podiele medikov vykonávajúcich zdravotnícku prax mimo výučby by si vyžadovalo dodatočný výskum s odlišným výskumným dizajnom. Pomerne časté objavovanie sa motívu praxe získavanej z vlastnej iniciatívy v tomto výskume však naznačuje, že ide o zdroj informácií, ktorý zohráva relevantnú úlohu v informovaní medikov.

Dôležitým aspektom týchto dobrovoľných praxí je ich kvalitatívny rozdiel oproti praktickej výučbe zahrnutej v učebných osnovách. Jedna respondentka takúto skúsenosť opísala nasledovne: „bolo to potom viac individuálne, viac toho prístupu teda tam bolo zo strany kliniky, oddelenia“ (Rozhovor 9). Je

⁶ Výraz „neobjektívny“ v tomto prípade nemá negatívne konotácie. Jeho použitie poukazuje na prítomnosť cieľu iného ako samotné neutrálne odovzdanie informácií.

teda možné predpokladať, že absolvovanie dobrovoľných praxí môže byť významným zdrojom informácií pri rozhodovaní medikov a mediciek o ich budúcej špecializácii.

Samostatným typom extrakurikulárnej aktivity sú rôzne kongresy a prednášky. Z výpovedí respondentov a respondentiek vyplývajú tri dôležité aspekty takýchto jednorazových udalostí. Po prvé, zatiaľ čo ich množstvo je relatívne veľké, medici a medicčky o nich nie sú vždy dostatočne informovaní. Jedna respondentka uviedla, že si to, že sú prednášky aj kongresy usporadúvané, „všimla iba teraz“⁷ (Rozhovor 1), podľa iného respondenta to môže byť preto, že sú „slabšie propagované“ (Rozhovor 8). Po druhé, postavenie medikov a mediciek sa mimo školskej pôdy podľa niektorých respondentov viac vyrovnáva s postavením lekárov a lekárok: „zrazu vás niekto nevyčleňuje z toho ich prostredia, vás berú už vlastne ako rovnocenných“ (Rozhovor 3). Po tretie, kongresy a prednášky pre medikov a medicčky slúžia ako nadstavba k informáciám, ktoré v danej téme získavajú v škole. Medik alebo medicčka na týchto udalostiach „vidí reálnu prácu, nie len to, čo je v učebniciach, vidí tam zaujímavé kazuistiky, vidí tam nejaké nové klasifikácie, nové postupy“ (Rozhovor 8). Kongresy boli medikmi a medicčkami často rámcované práve ako príležitosť získať najmodernejšie poznatky z istej oblasti, pričom toto bolo stavané do kontrastu s univerzitným vzdelávaním:

„Ukazovali tie nové postupy, ktoré... No my sa niekedy učíme z 20-ročných učebníc, alebo 15 až 20-ročných a medicína sa každý rok vyvinie tak, že človek nechápe, tak je to aj také osvieženie tých vedomostí a nových postupov. Za mňa sú kongresy jedna z takých asi najpomôcok na nielen vybranie odboru, ale aj na posúvanie sa dopredu a zistenie, že aj nejaké iné možnosti sú“ (Rozhovor 8)

Ako doplnok, resp. rozšírenie, študijných osnov extrakurikulárne aktivity interpretuje aj výskum Peresovej a kol. (2007), uskutočnený prostredníctvom dotazníkov, výskumných rozhovorov a fokusových skupín. Okrem dopĺňania kurikula hrajú mimoškolské aktivity medikov a mediciek aj napríklad rolu miesta pre interakciu s kolegami.

Mierne v úzadí oproti prednáškam a kongresom stoja workshopy, aj tie však predstavujú istý zdroj informácií. Respondenti a respondentky spomínali existenciu napríklad EKG alebo gynekologických seminárov a chirurgických šití (Rozhovor 13). Nevýhodou takýchto udalostí je však nízka frekvencia ich usporiadania a značne obmedzená kapacita („tá gynekológia minulý rok bola tuším len raz a je to pre nejakých desiatich – pätnástich ľudí, čiže človek má čo robiť, aby sa stihol prihlásiť“ (Rozhovor 15)). Workshopy ako zdroj informácií spomína aj Alawad a kol. (2014), ide však o jeden z menej významných zdrojov.

Online zdroje

Posledným zdrojom informácií sú rôzne internetové formáty. Tie boli ako významný zdroj identifikované aj v zahraničnom výskume – napr. v štúdií Alawad a kol. (2014), ktorá skúmala odpovede v 604 dotazníkoch vyplnených medikmi a medicčkami⁸ v Sudáne, bol internet druhým najčastejšie uvádzaným zdrojom informácií.

Prvým často uvádzaným, „tradičnejším,“ zdrojom informácií sú informácie uvádzané na stránkach univerzít. Tieto dokumenty uvádzajú základné informácie, ako napríklad doba špecializačného štúdia⁹, aké výkony musí medik alebo medicčka absolvovať, koľko trvajú jednotlivé cirkulácie, a podobne.

⁷ V piatom ročníku.

⁸ Vo všetkých ročníkoch štúdia.

⁹ Aj keď, ako uvádzajú samotní medici, tieto doby v mnohých prípadoch nie sú dodržiavané – vid' nižšie.

Respondenti a respondentky vo všeobecnosti tento zdroj považovali za dostatočný na účel poskytnutia základných parametrov odboru.

Druhým populárnym typom online zdrojov je obsah produkovaný internetovými tvorcami. Spadajú sem napríklad podcasty a video rozhovory, ale napríklad aj video blogy („vlogy“) tvorcov obsahu na (zahraničnom) YouTube. Na tejto platforme medici a medičky dokážu nájsť aj pomerne špecifický typ informácií. Jeden respondent napríklad spomenul YouTube „kanál, ktorý hovorí o tom ako vyzerá práca v jednotlivých špecializáciách“ (Rozhovor 6).

Posledným, najmenej často spomínaným, typom online zdrojov sú formáty „prenesené“ z reálneho sveta. Ide napríklad o rôzne nahrávky (zahraničných) prednášok alebo online prenosy z už spomínaných kongresov. Pri poslednom menovanom respondenti a respondentky vyzdvihli predovšetkým znižovanie nákladov (čas, prípadne financie na dopravu a ubytovanie ak udalosť nie je v mieste bydliska medika), ktoré online prostredie umožňuje.

Na záver sekcie o informačných kanáloch je potrebné poznamenať, že podľa všetkého ide o nedostatočne rozvinutú oblasť výskumu nielen na Slovensku, ale aj v zahraničí. Väčšina existujúcej literatúry zameranej na výber špecializácií medikmi sa zameriava na faktory, ktoré medici a medičky považujú za dôležité (téma, ktorej sa venuje nasledujúca sekcia). Len veľmi limitované množstvo literatúry sa však zameriava na zdroje informácií, z ktorých medici a medičky čerpajú. Otvára sa tak možnosť pre ďalší výskum, ktorého zistenia by mohli byť použité pre dosiahnutie lepšej informovanosti medikov a medičiek. Ide pritom o dôležitý aspekt akademického vzdelávania. Napríklad Compton a kol. (2008) argumentujú, že intenzívnejšie informovanie o špecializáciách, s ktorými sú medici a medičky menej oboznámení pred začiatkom štúdia, môže pomôcť zvrátiť vzorec preferovania špecializácií, s ktorými sú študenti a študentky pred začiatkom štúdia oboznámení viac. Henry a kol. (1992) zas poukazujú na fakt, že študenti a študentky sa pri začiatku štúdia cítia „stratení“ ohľadom výberu špecializácie. Vzhľadom na to, že ide o študentov a študentky, ktorí so štúdiom len nedávno začali, je to pochopiteľné, autori však argumentujú, že „študenti potrebujú pomoc pri riešení niektorých svojich problémov [už] v prvom ročníku,“ s ktorými by mohli pomôcť služby kariérneho poradenstva (idem: 222).

Ako vzniká rozhodnutie o špecializácii

Z výskumných rozhovorov vyplýva, že výber špecializácie nepredstavuje akýsi čisto racionálny a systematický proces. Naopak, dospievanie k rozhodnutiu je možné vnímať ako interpretačný proces, počas ktorého si medici a medičky vytvárajú obraz o špecializáciách. Faktory, ktoré doň vstupujú, podliehajú viac či menej subjektívnemu zhodnoteniu každého jednotlivca, nasledujúca analýza tak má výrazné interpretivistické prvky. Ako píše Alharahsheh a Pius (2020: 41), „interpretativizmus berie do úvahy rozdiely, ako sú kultúry, okolnosti, ako aj doba, ktoré vedú k rozvoju rôznych sociálnych realít.“ Takýto výskum umožňuje pochopiť „aspekty správania založené na skúsenostiach účastníkov“ ako aj kontext skúmaných fenoménov a ich jedinečnosť (idem: 42). Cieľom interpretivistického výskumu nie je dospieť k univerzálnym pravidlám fungovania sveta, dôraz sa kladie na rozmanitosť a hĺbku získaných poznatkov (idem: 41-42).

Prvá časť analýzy ukázala odkiaľ medici a medičky čerpajú informácie pri voľbe špecializácie. Nasledujúca sekcia popisuje dynamické faktory, ktoré vstupujú do rozhodovacieho procesu a aký vplyv majú na rozhodovanie. Skúmané faktory sú rozdelené do štyroch tematických skupín – rola skúseností, externé a interné faktory, a interpersonálne faktory.

Dynamické faktory

Rola skúseností

Rozhodovanie medikov a medičiek je vo väčšine prípadov nutné vnímať ako postupný proces rozložený v čase, nie jednu udalosť situovanú v určitom momente, čo v ich prehľadovej štúdii konštatujú aj Levaillant a kol. (2020: 3). Počas tohto procesu si medici a medičky vytvárajú skúsenosti, ktoré majú silný vplyv na výsledné rozhodnutie. Tento mechanizmus popísali aj Queridová a kol. (2018), ktorí pomocou kvalitatívnych rozhovorov skúmali voľbu špecializácie u medikov a medičiek v Holandsku. Kristfferssonová a kol. (2018: 8) zas vo svojej štúdii uvádzajú, že „dojmy účastníkov [štúdie – pozn. autora] z klímy na pracovisku, supervízie a zapájania boli často označované za dôležitejšie v ich úvahách o špecializáciách“ než skúsenosti a faktory týkajúce sa vedomostí, vlastného talentu a rôznych skupín pacientov.

Zaujímavé pritom je, že podľa výpovedí respondentov a respondentiek zúčastnených v tu prezentovanom výskume k budovaniu vzťahu dochádza aj vtedy, keď daná udalosť súvisí skôr s fungovaním oddelenia alebo nemocnice a nie so samotnou špecializáciou. Ako demonštrujú nasledujúce odstavce, medici a medičky medzi týmito dvomi možnosťami (skúsenosť súvisiaca so špecializáciou a s oddelením/nemocnicou) nie vždy diferencujú. To znamená, že ak dôjde k určitej skúsenosti súvisiacej napríklad s personálom alebo organizáciou oddelenia počas praktickej výučby v istej špecializácii, medici a medičky majú v niektorých prípadoch tendenciu asociovať si skúsenosť priamo s touto špecializáciou.

Navýše, aj ak medic alebo medička vníma skúsenosť ako asociovanú výlučne s oddelením alebo nemocnicou, môže to mať negatívne následky a to predovšetkým v prípade špecializácií, ktoré sú menej rozšírené (tzn. nepraktizujú sa v mnohých zariadeniach). Negatívna skúsenosť znižujúca záujem medika alebo medičky o prácu na danom oddelení znižuje aj atraktivitu špecializácie, keďže ubúda jedno z už aj tak limitovaných miest, kde ju je možné vykonávať.

Vo viacerých rozhovoroch respondenti a respondentky identifikovali konkrétnu pozitívnu skúsenosť so špecializáciou ako počiatočný bod ich záujmu o daný odbor. Jedna respondentka opísala ako „po niektorých sťažkách [odišli] z niektorých oddelení s tým že ‚wau, že viem si predstaviť toto aj robiť‘“ (Rozhovor 5). Podobne argumentovala aj ďalšia medička, ktorá popísala ako po „blokoch z ARO strašne veľa ľudí bolo takých, že ‚no a ja by som aj chcel robiť možno ARO‘“ (Rozhovor 15). Pozitívna skúsenosť samozrejme nemusí automaticky viesť k voľbe špecializácie, ktorej sa týkala, takýto scenár však nie je vylúčený. Jedna respondentka popísala ako „výborná prednáška [...] ohľadom karcinogenézy“ spôsobila, že sa začala viac zaujímať o onkológiu, začala „pozeráť, že aké vlastne kompetencie tam majú, čo všetko robia a veľmi sa [jej] to začalo páčiť a odvtedy sa to vlastne ťahá“ (Rozhovor 3). Tieto zistenia lícuju napríklad štúdiu Yangovej a kol. (2019: 6), v ktorej autori konštatujú, že „včasné vystavenie špecializácii v rámci medicínskeho vzdelávania môže vzbudiť akademický záujem študentov.“ Táto skúsenosť však nemusí byť limitovaná na povinné kurikulum, autori ako príklad uvádzajú aj voliteľné mimoškolské aktivity.

Vplyv skúsenosti na následnú voľbu však existuje aj v prípade negatívnych skúseností, ktoré môžu spôsobiť, že si študent alebo študentka danú špecializáciu po zlom zážitku počas štúdia nevyberie. Navýše sa zdá, že v niektorých prípadoch môže takýto zážitok odrádzať aj od špecializácie, nad ktorou medic alebo medička pôvodne rozmýšľal/a. Jedna z respondentiek, ktorá pôvodne mala záujem o chirurgické oblasti, sa vyjadrila nasledovne: „ešte sme len začali s tou chirurgiou v škole a už som hneď vedela, že to jednoducho robiť nechcem, lebo u nás je hrozne zle nastavené štúdium chirurgie“ (Rozhovor 3).

Skúsenosti teda predstavujú dôležitý element v rozhodovaní. Aké konkrétne situácie sú však pre formovanie skúsenosti (podľa výpovedí respondentov a respondentiek) najdôležitejšie? Čo formuje to, ako istú skúsenosť medicí a medicíčky vnímajú?

Najdôležitejším zdrojom skúseností je pre medikov a medicíčky praktická časť výučby, ktorej vplyv už bol načrtnutý v časti „Akademické vzdelávanie.“ Respondenti a respondentky v rozhovoroch opakovane uvádzali, že teoretickú výučbu považujú za nedostatočnú pre výber špecializácie („keď proste človek, keď absolvuje [predmet] viac-menej teoreticky, tak aj odbor, ktorý je extrémne zaujímavý, mu môže sa zdať ako nezaujímavý“ (Rozhovor 5); „z tých prednášok by som asi reálne nevedela [...] do čoho idem“ (Rozhovor 14)). V tomto kontexte je taktiež dôležité zistenie, že medicí a medicíčky vnímajú štúdium ako majúce pomerne silný teoretický element („ja si všímam, že nás [štúdium] veľmi ako nenúti ísť k pacientom a byť v nemocnici“ (Rozhovor 2)). Výnimkou v tomto smere boli respondentky z LF SZU, ktoré svoje štúdium interpretovali ako „skôr prakticky“ orientované (Rozhovor 9). Prax je často kanál, cez ktorý sa medicí o istej špecializácii dozvedia a následne u nich môže takáto skúsenosť vzbudiť o daný odbor záujem: „napríklad vidím odbory, o ktorých som ani nevedela. Napríklad, že je pracovné lekárstvo. Teraz som bola na ortopédii prvýkrát, to ma veľmi zaujalo [...] Infektológiu som v živote nevidela a bola som tam týždeň, a tiež ma to zaujalo“ (Rozhovor 1).

Prvou podstatnou skupinou faktorov ovplyvňujúcich kvalitu skúsenosti vytvorenej počas praktickej výučby sú organizačné aspekty, t. j. ako prebiehal kontakt medikov a medicíček s určitou špecializáciou. Respondentmi a respondentkami spomínané príklady zahŕňajú situácie, keď na určitom oddelení „nevedeli kde ťa majú dať, lebo dajme tomu nejaká miestnosť bola obsadená“ (Rozhovor 1), „je to povinná stáž [ale] častokrát sa stane aj to, že nikto tam po nás nepríde, že tam proste čakáme na chodbe“ (Rozhovor 9), alebo „v jednom momente bolo na oddelení štyridsať študentov“ (Rozhovor 10). Veľmi častým dôvodom negatívnej skúsenosti bolo aj skracovanie praktickej výučby. Študenti opisovali situáciu, keď „za pätnásť minút ťa púšťali domov, alebo proste ťa rovno pustili domov, lebo zabudli, že majú dneska učiť“ (Rozhovor 1), prípadne „nám dali len vyšetriť pacienta, my sme ho ako-tak vyšetřili a oni to s nami neprešli, potom sme to odovzdali, že vôbec sa nedala taká spätná väzba. Alebo to bolo len také, že sme prišli, vyskúšali nás za 20 minút, povedali, že nič nevieme a že máme sa ísť domov učiť.“ Medicí si pritom uvedomujú, že lekári a lekáčky zodpovední za praktickú výučbu sú často preťažení („im [to] ani nezalievame, lebo naozaj je tam toho enormne veľa a každý deň stále a [...] oni sú už naozaj veľmi unavení“ (Rozhovor 3)), chápanie širších súvislostí vedúcich k tejto situácii však prispievanie k negatívnej skúsenosti neodstraňuje.

Stav, keď dobrá organizácia praktickej výučby nie je samozrejmosťou, zvyšuje významnosť situácií, v ktorých praktická výučba kvalitne organizovaná je. Jedna respondentka svoju pozitívnu skúsenosť opísala nasledovne: „[my] sme každú hodinu mali rozpis, kde presne máme byť, hoci kde sme prišli. Nikto sa netváril, že kto sme, čo sme. Každý proste vedel, že tam máme byť“ (Rozhovor 3). Iná respondentka zas popísala, ako dobre organizačne zvládnutá prax zavážila pri výbere špecializácie, ktorú zvažovala:

Autor: Máš pocit, že to bolo lepšie zvládnuté než pri iných špecializáciách, pri [špecializácia]?

Respondentka: Ja si myslím, že áno, lebo išli sme k tým pacientom, mali sme ich podelených. Boli sme po dvoch, troch, popýtali sme sa tých pacientov, potom nám dali aj ich dokumentáciu a potom si daný lekár s nami prešiel toho daného pacienta, nám aj povysvetľoval, že čo a ako, a pri iných špecializáciách napríklad spravili to, že nás poslali za pacientom, povedali no, že vezmite, popýtajte sa ho, že čo chcete, vezmite anamnézu a potom, keď chcete, môžete ísť alebo potom si to prejdeme. [...] *Utvrdilo ma [to] v tom, že áno, chcem [špecializácia] [dôraz pridaný autorom] (Rozhovor 15)*

Faktorom súvisiacim s organizáciou a výrazne ovplyvňujúcim kvalitu skúsenosti je aj miera, v akej sú medici a medičky počas praktickej výučby skutočne zapájaní do procesov v nemocnici. Tento mechanizmus identifikovala aj napríklad prehľadová štúdia Hohf-Novovej a kol. (2021). V niektorých prípadoch medici a medičky síce sú v nemocniciach, k pacientom sa však nedostanú: „veľakrát na tej praxi proste skončíme v nejakej knižnici, že vlastne pomaly ja úprimne ani neviem, kedy som naposledy bola pri pacientovi“ (Rozhovor 3). V iných prípadoch zas nie sú dostatočne zapájaní do procesov v nemocnici: „na tých praxiach myslím, že to bolo nebolo také, že by nás chceli nejako extra zapájať a že nám chceli strašne ukazovať“ (Rozhovor 8). Implikácie takejto praxe sú viacvrstvé. Jedným negatívnym dopadom je, že medici a medičky takéto fungovanie vnímajú negatívne a nebudujú si vzťah k danému odboru. Druhým dopadom je však aj to, že týmto spôsobom nedostanú informácie potrebné na to, aby spravili kvalifikované rozhodnutie o výbere špecializácie. Niektoré výpovede respondentov a respondentiek ukazujú, že kvalitná prax môže, naopak, dokonca zmeniť názor na istý odbor k lepšiemu: „ja som zmenila názor na chirurgiu po mojej praxi [...] Myslela som si, že chirurgia je taká mäsiarina [...] ale mala som možnosť vidieť, že nie je to až také. Vážne tam človek musí viac rozmyšľať ako som predpokladala“ (Rozhovor 2)). Práve takéto „vyvracanie mýtov“ a zdôrazňovanie „pozitívnych aspektov disciplíny“ môže podľa Yangovej a kol. (2019: 6) pomáhať so zvyšovaním záujmu študentov o špecializáciu.

Okrem organizácie oddelenia a (ne)zapájania do praxe sú medici a medičky pomerne citliví aj na materiálne vybavenie, resp. stav oddelenia. Opäť nejde o priame prepojenie so špecializáciou, avšak respondenti a respondentky explicitne identifikovali tieto faktory ako dôležité v procese ich rozhodovania:

„Konkrétne bratislavské nemocnice vedia časom človeka demotivovať, aby sa pre daný odbor rozhodol, pretože keď sa človek prezlieka, dajme tomu v šatniach, ktoré v ktorých sa prezliekali ešte jeho rodič, [od] čias sa tam nič nezmenilo za 35 rokov. A tak isto aj keď vidím to zastaralé vybavenie a tie ošúchané steny a plesne, tak jednoducho si myslím, že aj tá hygiena toho prostredia má zásadný vplyv na subjektívne vnímanie toho človeka.“ (Rozhovor 10)

Práve stav materiálneho vybavenie je potenciálne inštanciou, kde nevzniká vzťah so špecializáciou, avšak existuje vplyv na pravdepodobnosť výberu špecializácie. Ak totiž napríklad existuje obmedzený počet pracovísk, kde medici môžu určitú špecializáciu vykonávať, zlý materiálny stav jedného¹⁰ z nich môže znížiť pravdepodobnosť výberu tejto špecializácie. Sila podobných vplyvov sa samozrejme líši v závislosti od množstva pracovísk, kde je špecializáciu možné vykonávať. Predovšetkým pri odboroch, ktoré majú pracovísk menej, však hrozí riziko, že neoptimálne materiálne vybavenie a stav oddelenia od výberu špecializácie odradí (medik alebo medička totiž môže vnímať, že existuje menej alternatívnych možností, kde by situácia mohla byť lepšia).

Dôležitým aspektom formujúcim skúsenosť medikov a mediciek je aj komunikácia, s ktorou sa na oddeleniach počas povinných stáží stretávajú. Ide zväčša o komunikáciu, ktorá vyvoláva určitý typ negatívnej emócie. Jedným príkladom je komunikácia evokujúca pocit, že sú na obtiaž („mali sme ísť, ja neviem, do ambulancie, tak zaklopem, ‘Dobrý deň, prišli sme proste, máme stáž,’ tak tá sestra alebo doktorka už prevrátila oči, ‘joooj zase medici. No tak poďte...’“ (Rozhovor 11)). Viacero respondentov a respondentiek však opisovalo aj iné situácie, v ktorých sa následkom komunikácie zo strany vyučujúceho cítili neprijemne:

¹⁰ Nesmieme totiž zabúdať, že prakticky u všetkých medikov a mediciek pri rozhodovaní interaguje viacero faktorov. Takže ak má medik alebo medička záujem o špecializáciu X, avšak zároveň ako najväčšiu prioritu vníma napríklad pôsobenie v meste Y, sú (materiálne) podmienky vykonávania špecializácie X v meste Y kľúčové. Ak sú totiž nevyhovujúce, je pravdepodobné, že medik alebo medička si vyberie inú špecializáciu v meste Y.

„Spolužiačka raz prišla proste akože neskoro, a potom docent tam niečo vrel, že ‘no čo je dovolené bohovi nie je dovolené volovi, ‘ a ‘oo kolegyňa akože to neviete?’ A proste pýtal sa jej také akože ťažké otázky. No a proste, keď proste nevedela, že ‘no a dobre, a máte skúšku z toho a z toho predmetu, ktorý bol pred dvoma rokmi? No a čo ste dostali? No vážne a to ste dostali takú známku?’ No a proste pred všetkými. A... Myslím, že to nie je moc nejaké príjemné.“ (Rozhovor 11)

Neabsentujú pritom ani ešte závažnejšie prípady. Jedna respondentka popísala nasledovnú situáciu: „som sa niečo spýtala, že ma zaujalo z toho medicínskeho hľadiska, hej teda na nejakú snímku a on mi povedal, že, teda reálne použil nadávku, že akože prečo to neviem“ (Rozhovor 14). Medici a medičky opísali, že sa v dôsledku popísaných spôsobov komunikácie na oddeleniach často cítia nepríjemne alebo nevitane. Napriek tomu, že daná skúsenosť nemá priamy súvis so špecializáciou ako takou, interakcia s „predstaviteľom špecializácie“ tvorí súčasť budovania vzťahu s daným odborom. V tom lepšom prípade nedôjde ku vzniku pozitívnej skúsenosti, ktorá by vyvolala prvotný impulz záujmu. V tomto scenári síce nedôjde k „získaniu“ študenta alebo študentky, nemusi však automaticky dôjsť aj k odradeniu tých medikov a medičiek, ktorí o špecializáciu mali záujem ex-ante. V tom horšom prípade však takéto zážitky zároveň aktívne študentov a študentky demotivujú od výberu danej špecializácie.

Externé faktory

Skúsenosť s odborom u medikov a medičiek vytvára istý vzťah k danej špecializácii, nejde však o jediný faktor. Študenti a študentky vo všeobecnosti pozitívne vnímajú situácie, keď počas praxe (či už povinnej alebo dobrovoľnej) lekári a lekárky prejavujú záujem o ich neskoršie zamestnanie: „ak chcete u nás robiť, momentálne máme voľno, môžete nám podať žiadosť, prípadne môžete sa prísť, hoci vo voľnom čase, k nám zaučiť do nočných služieb a takto [...] tie pracoviská boli naozaj také milé“ (Rozhovor 7).

Tento faktor môže do výberu špecializácie vstúpiť prostredníctvom dvoch mechanizmov. Prvým z nich je už viackrát spomínané (podvedomé) budovanie vzťahu so špecializáciou. Druhým, a potenciálne dôležitejším, mechanizmom je informovanie medikov a medičiek o personálnom stave na danom oddelení. Záujem zo strany lekárov a lekároek často spojený s nedostatkom personálu na oddelení môže isté skupiny študentov a študentiek (t. j. napríklad tých, ktorých príliš nezaujala žiadna špecializácia) motivovať k výberu odboru:

„poznám viacero ľudí, ktorí vedeli, že je tam voľné miesto a keď nás nahovárali, tak tam šli len pre to prakticky isté miesto bez nejakých väčších komplikácií [...] tie pohovory jasné, že sú tam, ale nie je to také, že by človek musel bojovať, keď vie, že tam chýba človek a zháňajú a je dostatočne dajme tomu kvalitný, tak je oveľa ľahšie si na tej akademickej pôde vybojovať to miesto. Keď už ťa ten vyučujúci pozná, alebo ťa už niekedy videl.“ (Rozhovor 8)

Informácia o tom, či v danom odbore chýbajú lekári a lekárky v niektorých prípadoch môže podporiť záujem o danú špecializáciu, v tomto zmysle sa vyjadrilo viacero respondentov a respondentiek. Zaujímavými sú poddimenzované odbory pre medikov a medičky aj pre mieru slobody v iných rozhodnutiach, ktorú im podľa nich poskytnú („čo sa týka pľúcneho lekárstva, tak tam je akútny nedostatok, ale je to jeden z dôvodov, prečo to aj chcem robiť, lebo naozaj môžem ísť robiť hocikam“ (Rozhovor 8)), ako aj pre väčšiu slobodu v smere ďalšej špecializácie vzhľadom na nízku saturáciu odboru („tým, že je to poddimenzované, je tam vysoká možnosť sa špecializovať na témy, ktoré človeka bavia a najst sa tak nejak ďalej“ (Rozhovor 5)).

Niekoľko medikov a medičiek však uviedlo, že takáto informácia (by) nemala vplyv na ich rozhodnutie. Jedným z dôvodov je argument, že kvôli celkovému nedostatku lekárov a lekároek na Slovensku sa absolventi a absolventky dokážu uplatniť v každej špecializácii („[keďže] na Slovensku je situácia taká,

aká je, tak v podstate aj keď sa rozhodneš pre akúkoľvek špecializáciu, tak nemal by si mať problém sa zamestnať podľa mňa“ (Rozhovor 2)). V neposlednom rade však treba poznamenať, že pre niektorých medikov a medičky nedostatok personálu v špecializácii predstavuje „odstrašujúci“ element. Majú totiž obavy, že na oddelení nebude dostatok ľudí, ktorí by im po nástupe do práce pomáhali a vyberajú si preto oddelenia (špecializácie), v ktorých je personálu dostatok.

Istú rolu vo rozhodovaní medikov hrá aj reputácia daného oddelenia. Tento motív identifikovala aj štúdia Pianosi a kol. (2016: 149), v ktorej autorky konštatovali, že sa podľa respondentov a respondentiek „v profesionálnom prostredí [objavovalo] ohováranie konkrétnych špecializácií a že to mohlo ovplyvniť ich kariérne rozhodnutia.“

Ako popisuje časť o zdrojoch informácií (časť „Osobné siete“), lekárska komunita je pomerne dobre previazaná, v dôsledku čoho lekári a medičky majú „interné“ neformálne informácie od (starších) spolužiakov a spolužiačok, prípadne mladých lekárov a lekároch. Ak má isté oddelenie dlhotrvajúcu reputáciu, môže aj tento faktor zavážiť pri rozhodovaní o voľbe špecializácie: „niekde [sa] traduje, že mladý lekár sa bude prvé tri roky hádať so sestrami, lebo ho nebudú brať vážne, budú ho opravovať, budú ho strápnovať pred pacientami tak to sú také veci, ktoré si vieme zistiť“ (Rozhovor 5). Ďalším dôvodom zlej reputácie, ktorý sa opakovane v rozhovoroch vyskytovala, bol nepotizmus (rodinkárstvo):

„Aj keď to [pozn. autora: danú špecializáciu] tá nemocnica robí, tak často je tam... Nechcem to nazvať rodinkárstvo, ale je to určené pre niektorých ľudí, ktorí sa v tom špecializujú a iných k tomu nepustia. Príkladom by som mohol povedať tie [zákroky], v jednej nemenovanej univerzitnej nemocnici to robia traja ľudia a nikoho iného k tomu akože nepustia [...] Preto som napríklad ani nešiel do tej univerzitnej nemocnice (Rozhovor 8).

Nepotizmus sa však nemusí týkať len konkrétneho miesta (oddelenia, nemocnice), ale môže sa týkať aj samotnej špecializácie: „čo sa týka kožného, to som rýchlo pochopil, že tam, keď človek nemá známeho na ministerstve, tam sa nedostane. Aspoň tak sa to hovorí“ (Rozhovor 7). Podobná reputácia následne odrádza lekárov a medičky od voľby či už oddelenia (čím sa limituje množstvo príležitostí na výkon špecializácie) alebo špecializácie ako takej. Dôležité pritom je, že reputácia sa nemusí nutne zodpovedať skutočnému stavu. Ak napríklad dôjde k pozitívnej zmene, je možné že reputácia špecializácie/oddelenia bude ešte nejakú dobu zo zotrvačnosti pretrvávať.

Je však potrebné poznamenať, že reputácia funguje aj opačným spôsobom, keď dobrá reputácia zvyšuje atraktivitu:

„aj z hľadiska nejakých recenzií som sa dozvedel, že tá neurológia v [mesto] teda má byť [z hľadiska] nejakého okruhu pacientov [...], toho vybavenia a veľkosti oddelenia by mala byť akože spomedzi týchto menovaných najlepšia. Takže ešte aj toto tam zahrlo [rolu]“ (Rozhovor 13).

Interné faktory

Do vytvárania rozhodnutia však nevstupujú len faktory externé, ale aj interné. V tomto prípade ide primárne o aspekty osobného života lekárov a medičiek.

Do kategórie osobného života patria tri motívy, ktoré sa objavovali naprieč rozhovormi. Prvým z nich je vplyv rodiny respondentov. Tí napríklad inklinovali k istej špecializácii na základe toho, že sa s ňou stretli u člena rodiny („[špecializácia], [...] už dávnejšie alebo teda viac som k tomu tak inklinovala, pretože aj moja mamka, ona je tiež [špecializácia], aj sestra“ (Rozhovor 2)). Druhým motívom je osobná skúsenosť so špecializáciou z pozície pacienta:

„Ortopédia môže byť aj tým, že som predsa len akože športovec a mal som viacero vlastných úrazov a stretol som sa s lekárom, ktorý ma operoval a teda viackrát, tak jeho prístup bol natoľko

zaujímavý, že proste ja keď som bol ako študent, tak on bol ochotný si so mnou prejsť všetko“
(Rozhovor 4)

Tretím významným motívom pri tvorbe rozhodnutia je pre niektorých medikov a medičky aj zázemie. Pod zázemím tu rozumieme predovšetkým blízkosť ľudí, ktorých respondenti a respondentky považujú za dôležitých vo svojom živote (rodina, partner alebo partnerka, priatelia) a väčšiu jednoduchosť zabezpečenia niektorých praktických aspektov života, prevažne bývania. Prvý prípad popísala jedna respondentka nasledovne: „mám veľmi veľa spolužiakov, u ktorých to [to bolo tak, že] ak mali partnerov a obaja sa sťahovali, tak aby ich zobrali do jednej nemocnice. [...] Potom mám veľa spolužiakov, ktorí sa sťahovali vyslovene za rodinou“ (Rozhovor 5). Druhý prípad zas ilustruje nasledovná citácia: „možno ešte nejaké to obdobie ostanem s našimi bývať a teda nebudem musieť teda investovať minimálne do toho bývania“ (Rozhovor 13). Je nutné poznamenať, že v týchto prípadoch nejde o priame prepojenie s konkrétnym odborom. Naviazanie na určité miesto však môže limitovať okruh špecializácií (predovšetkým v menších obciach a mestách, resp. v miestach s menšími nemocnicami alebo zdravotnými zariadeniami), ktoré medici a medičky zvažujú a je preto dôležité nezabúdať ani na tento aspekt rozhodovania.

Okrem vplyvu osobného života rozhodnutie mediciek ovplyvnilo aj ich pohlavie¹¹. Motív roly pohlavia sa objavil v 6 zo 7 rozhovorov vedených s respondentkami. Naopak, v rozhovoroch s respondentmi sa neobjavil ani raz¹². Vo všeobecnosti je tento motív možné ďalej rozdeliť do troch mechanizmov vplyvania na výber špecializácie medicami. Prvým a najvýraznejším je opakované stretávanie sa mediciek so sexistickým správaním zo strany vyučujúcich a/alebo lekárov. Jedna respondentka popísala nasledovnú skúsenosť: „ja nechápem, prečo zrovna starí chirurgovia na brušnej chirurgii majú tú tendenciu povedať, že žena nemá robiť chirurgiu“ (Rozhovor 3). Práve v oblasti chirurgie sa tento problém javí ako najvypuklejší, túto špecializáciu respondentky uvádzali najčastejšie. Podobné správanie pritom môže priamo prispieť k odradeniu medičky od výberu špecializácie:

„Chirurgia ma zaujíma, čo som bola na praxi, tak to bolo veľmi zaujímavé. Prišlo mi to veľmi fascinujúce. Ale [...] u nás na Slovensku by som povedala, že žena v chirurgickej prostredí veľmi asi ani nemá možnosť. Takže asi aj kvôli tomu som od toho tak upustila. Lebo ma to v podstate odradilo“ (Rozhovor 2)

Okrem ústnych prejavov sa medičky stretávajú aj s konkrétnymi sexistickými činmi vyučujúcich: „spolužiačka [...] sa stretla s tým, že nechceli umožniť dievčatám ísť na operačku, kvôli tomu, že sú dievčatá“ (Rozhovor 3). Diskriminácia na základe pohlavia negatívne ovplyvňuje vzťah, ktorý si medičky k špecializácii vytvoria, čo následne môže znižovať pravdepodobnosť ich výberu daného odboru. Tento záver podporuje výskum Stratton a kol. (2005), ktorý zo vzorky 1 314 dotazníkov zistil, že zažitie rodovej diskriminácie a sexuálneho obťažovania ovplyvňuje voľbu špecializácie, pričom k týmto javom dochádza v štatisticky významne vyššej miere u žien než u mužov. Výskum Kristofferssonovej a kol. (2018: 8) zas zistil, že „[m]edzi ženami najčastejší dôvod vyhýbania sa špecializácii súvisel so skúsenosťami s hierarchickým, nepriateľským a sexistickým prostredím na pracovisku.“

Je však dôležité zdôrazniť, že tento problém s najväčšou pravdepodobnosťou nie je obmedzený na chirurgiu. V Česku rovnaké alebo podobné správanie ako to opísané respondentkami tohto výskumu registrovali okrem chirurgie napríklad aj v ortopédii a traumatológii (Mašát Janáková 2023). Prítomné

¹¹ Napriek tomu, že je pohlavie zaradená medzi interné faktory, je potrebné podotknúť, že jeho význam je konštruovaný v interakcii s okolitým prostredím. Rola pohlavia sa tak vytvára interakciou s externými faktormi (správanie okolia a nastavenie systému týkajúce sa pohlavia).

¹² Otázky položené mužom a ženám počas rozhovorov sa nelíšili; žiadna z otázok sa netýkala roly pohlavia.

je aj rozdelenie na „mužské“ a „ženské“ odbory – vyššie spomínané odbory sú považované za „mužské,“ napríklad pediatria je, naopak, „ženským“ odborom (ibid.). Kvantitatívna analýza z Česka taktiež u žien našla (miernu, ale štatisticky významnú) koreláciu medzi nezažitím diskriminácie a výberom špecializácie, v ktorej sú nadreprezentovaní muži (Šlegerová 2022).

Druhým mechanizmom je výber špecializácie podľa zastúpenia žien v nej. Viacero respondentiek identifikovalo vzorec, v ktorom niektorí lekári-muži zvyknú uprednostňovať iných mužov z dôvodu obáv odchodu lekárk na materskú dovolenku. Môže tak vznikáť špirála, v ktorej špecializácie, v ktorých sú už dnes nadmerne zastúpené ženy, budú priťahovať medicčky aj naďalej (potenciálne v ešte väčšej miere), keďže v týchto špecializáciách vznikne prostredie s väčším pochopením pre implikácie materstva. Aj viaceré zahraničné štúdie (pozri napr. Smith a kol. 2017 alebo Kwon 2017) na materstvo poukazujú ako na dôležitý element zvažovaný medicčkami pri výbere špecializácie. Jedna respondentka túto situáciu popísala nasledovne:

„Napríklad aj tá chirurgia, tak keď už na škole počúvate od mužov, že vy pôjdete hneď na materskú, no tak asi si vyberiem radšej odbor, ktorý má v kolektíve viacej žien a asi to budú viac chápať. A možno že aj to, že bude na primárke a prednostke bude tam na pozícii žena. Tak asi to viac pochopí, že žena ide aj na materskú“ (Rozhovor 3)

Posledným, tretím, mechanizmom ako pohlavie vstupuje do voľby špecializácie je prostredníctvom prispôsobenia pracovných podmienok pre lekárky-matky, ktoré majú menšie deti. Existencia jasí alebo škôlok pre deti zamestnancov a zamestnankýň by umožňovala skorší návrat lekárk do práce a zároveň predstavujú ďalšiu z oblastí, v ktorej nemocnice, resp. oddelenia, môžu medzi sebou súperiť o lekárky: „keby niekto mi povie, že napríklad v Bystrici, v nemocnici si môžeš dať od jedného roka dieťa tam do jasí, do škôlky. No tak to by bolo super, asi sa chcem hlásiť do Bystrice“ (Rozhovor 3).

Interpersonálne faktory

Samostatnou kategóriou formujúcou skúsenosť medikov a medicčiek sú interpersonálne faktory. Ide o vplyv vznikajúci v interakcii dvoch alebo viacerých aktérov, v kontexte tejto analýzy ide primárne o interakciu medikov a medicčiek s pedagógmi a zdravotným personálom, s ktorým prichádzajú do kontaktu počas praktickej výučby. Podobne ako pri vyššie opísaných faktoroch, aj v prípade tých interpersonálnych ide o nepriamy vplyv, ktorý formuje vzťah ku konkrétnej špecializácii.

Spolupráca s personálom podľa respondentov a respondentiek nie je všade rovnaká, môže sa líšiť naprieč pracoviskami. Respondenti a respondentky situáciu popísali nasledovne: „je to veľmi podľa mňa individuálne od pracoviska, aj od toho samotného lekára, učiteľa, že či on sám chce nám niečo ukázať alebo nás naučiť“ (Rozhovor 7). Na niektorých pracoviskách mali medicci a medicčky vyslovene pozitívne skúsenosti („napríklad na tom ORL, kde je vlastne tiež operatíva, [...] nikto nás tam neskúšal, nikto tam na nás nebol nepríjemný“ (Rozhovor 3)), v iných prípadoch je však skúsenosť výrazne negatívna („Niekedy sme fakt mali pocit, že tam akože skôr zavádzame a že asi lepšie by bolo, kebyže tam ani nie sme“ (Rozhovor 15)). Nejde pritom len o lekárov a lekárky, skúsenosť formujú napríklad aj interakcie so zdravotnými sestrami („niekde sa traduje, že proste mladý lekár sa bude prvé tri roky hádať so sestrami, lebo ho nebudú brať vážne, budú ho opravovať, budú ho strápnovať pred pacientami“ (Rozhovor 5)).

Faktorom, ktorý môže významne prispieť k pozitívnej skúsenosti medikov a medicčiek s personálom, je proaktívne správanie. Ide o konanie nad rámec toho, na čo sú študenti a študentky zo strany lekárov a lekárk zvyknutí – takáto skúsenosť môže (výrazne) prispieť k tomu, aby si medik vybral danú špecializáciu. Jedna respondentka svoju pozitívnu skúsenosť s proaktívnou doktorkou nasledovne:

„Keď ťa niekto zaujme tou svojou špecializáciou, [...] že proste sa ti snaží ukázať všetko, čo jeho odbor obnáša, tak si myslím, že ťa to teda tak dostatočne zaujme, že proste možno ťa to aj teda navedie k tomu odboru. [...] tá spolužiačka, čo som ti hovorila, čo išla robiť tú gastroenterológiu, tak bolo to na základe vlastne aj toho, že ten prístup tej doktorky, že sa snažila vysvetliť, naučiť“ (Rozhovor 14)

Veľmi podobný mechanizmus identifikovalo aj viacero zahraničných štúdií, keď zisťovali vplyv prítomnosti profesionálnych vzorov („role models“) na výber istej špecializácie medikmi a medicškami. Yoon a kol. (2018: 152) napríklad zistili, že „vystavenie vzorom [štatisticky] významne predpovedalo výber špecializácie daného vzoru.“ Ich dôležitosť konštatovali aj napr. Whiteová a kol. (2011), Wright a kol. (1997) a Muthová kol. (1997), pričom posledný menovaný výskum poukazuje aj na fakt, že negatívne vzory môžu mať výrazne odrádzajúci efekt na voľbu istej špecializácie (idem: 638).

Kvalitatívne o niečo iným mechanizmom je vplyv kolektívu na tvorbu rozhodnutia, a to z dvoch dôvodov. Po prvé, ide o interpersonálne kontakty v čase, keď sú lekári a lekárky už zaradení do špecializačného štúdia a sú tak súčasťou rovnocennejších, menej hierarchických vzťahov. Po druhé, kolektív do rozhodovania medikov a mediciek vstupuje len čiastočne prostredníctvom zažitia medikmi (pozorovanie aké vzťahy sú medzi pracovníkmi na istom pracovisku). Významná časť informácií o kolektíve sa k medikom a medicškám dostáva z ich okolia, tzn. od iných študentov a študentiek, respektíve lekárov a lekároek. Hlavnými identifikovanými charakteristikami kolektívu, ktoré medicci a mediccky považujú za žiaduce, sú ochota si vzájomne pomáhať a pozitívne medziľudské vzťahy:

„Lebo vyberám si aj ten kolektív, a [mesto] mi akože zatiaľ tak najviac vyhovuje. Veľmi, veľmi, veľmi záleží aj na kolektíve. Keď si človek vyberá špecializáciu, tak si pozeráme aj kolektív, že kam vlastne my ideme, lebo všetko potom závisí, že kto ma vlastne tam bude učiť, s kým ja budem slúžiť a či vôbec akože vieme si tam navzájom pomôcť alebo nie“ (Rozhovor 9)

Okrem horizontálnych vzťahov však medicci a mediccky pri rozhodovaní vnímajú aj vzťahy vertikálne, t. j. vzťahy „radových“ lekárov a lekároek s tými na vedúcich pozíciách oddelenia alebo nemocnice. V tomto prípade bolo ako žiaduce spomínané predovšetkým vedenie, ktoré sa svojich zamestnancov a zamestnankýň dokáže zastať, resp. sa k nim správa s rešpektom („to vedenie nebolo dobré a ako, tam vedenie dosť tak zhadzovalo vlastných doktorov aj pred pacientami“ (Rozhovor 2)), a ktoré im zabezpečí podmienky pre profesionálny rozvoj („záleží od vedenia nielen oddelenia, ale aj od vedenia nemocnice, či ťa púšťa na kongresy, poprípade či ti ich prepláca“ (Rozhovor 8)).

Statické faktory

Prvá časť publikácie analyzovala dynamické faktory vstupujúce do výberu špecializácie. Druhá časť popisuje viac statické faktory. Analyzované vplyvy sú rozdelené do štyroch kategórií – charakteristiky špecializácie, balans medzi pracovným a osobným životom, kariérne otázky a iné faktory.

Charakteristiky špecializácie

Istá časť rozhodnutí sa pre istú špecializáciu pochádza u mnohých medikov z čisto subjektívnej preferencie pre ňu (t. j. ich zdôvodnenie preferencie sa obmedzovalo na vysvetlenia typu „zaujalo ma“, „bavilo ma“ alebo „páčilo sa mi“). Avšak v mnohých prípadoch respondenti a respondentky identifikovali charakteristiky odborov, pre ktoré ich považovali za atraktívne alebo naopak, ktoré ich odrádzali. V tejto sekcii sa venujeme tým, ktoré sa opakovali najčastejšie, resp. im bola účastníkmi a účastníčkami rozhovorov pripisovaná najväčšia dôležitosť.

Najvýznamnejšími charakteristikami, ktoré zvyšovali pravdepodobnosť výberu špecializácie medikmi a medičkami bola pestrosť špecializácie ako aj to, či ide o rozvíjajúci sa odbor. Prvý menovaný aspekt (pestrosť) sa týka predovšetkým úkonov, ktoré lekár vykonáva:

„napríklad pľúcne lekárstvo [...] je niečo na prelome internej medicíny, čiže áno, vyšetrujeme si pacienta, zapisujeme to do počítača, posielame ho na vyšetrenia, čiže také niečo, dajme tomu že trošku nudnejšie, z pohľadu mladého medika, ale robí sa tam aj veľa inštrumentálnych výkonov, hlavne tie bronchoskopie, teda zobrazovanie dýchacích ciest. Môžu sa tam robiť potom ďalšie výkony v zmysle punkcia hrudníka, biopsia a tak ďalej. Síce to je čiastočne aj vlastné zóna, kde je už hrudná chirurgia“ (Rozhovor 8)

Pestrosť však môže spočívať aj v rozsahu diagnóz/pacientov, s ktorými sa lekár alebo lekárka pri istej špecializácii stretáva. Medici a medičky vo všeobecnosti nepovažovali za atraktívne tie špecializácie, pri ktorých sa diagnózy skôr opakujú („interná preto asi, [...] že tam je taký veľký záber, že toho čo máš vedieť a s čím sa stretávaš. Lebo veľmi nemám rada takú tú stereotypnú prácu (Rozhovor 2)).

Medikov a medičky zároveň lákajú odbory, ktoré vnímajú ako vyvíjajúce sa, resp. v ktorých vnímajú potenciál do budúcnosti. Jedna respondentka potenciál špecializácie vnímala skrz jej potrebnosť pre spoločnosť, konkrétne cez rozšírenosť problému, ktorý špecializácia adresuje: „je v tom veľmi veľa vlastne výskumov, pretože tak tých nádorových ochorení u populácie stále stúpa. Čiže naozaj nezanikne ten odbor nijak, že u nás aj to napreduje“ (Rozhovor 3). Iný respondent zas interpretoval ako znak vývoja odboru rozvoj používaných technológií a metód: „tie bronchoskopické metódy momentálne zažívajú strašne boom, kedy sa už aj na Slovensku dajú používať moderné technológie, kvalitné prístroje“ (Rozhovor 8). Vo všeobecnosti je možné konštatovať, že medikov a medičky priťahujú inovatívne metódy, napredujúci výskum a pocit, že vykonávajú dôležitú prácu.

Zaujímavým zistením bol opakujúci sa motív túžby po „pokojných“ špecializáciách v istej časti respondentov a respondentiek. Niektorí identifikovali záujem o „pokoj na oddelení“ (Rozhovor 13), prípadne „lôžkovú, [...] zdĺhavejšiu robotu“ (Rozhovor 5), pričom takúto prácu stavali do protikladu so „stresujúcim“ (Rozhovor 4) výkonom práce „JISkového typu“ (Rozhovor 5). Kontrast vyjadrený týmto posledným citátom poukazuje aj na to, že záujem o pokojnú prácu nemusí vyplývať len z odmietania stresu, ale aj z túžby po špecializáciách, pri ktorých „sa nad tou diagnózou [lekári a lekárky môžu] dlhšie zamyslieť“ (Rozhovor 13). V neposlednom rade je potrebné poznamenať, že atraktivita pokojnej práce je v niektorých prípadoch podmienená aj oveľa pragmatickejšími faktormi, nie subjektívnou preferenciou respondenta alebo respondentky. Vo viacerých prípadoch respondentky¹³ vnímali odbory s pokojnejším výkonom práce ako umožňujúce im založenie rodiny a následnú starostlivosť o ňu.

Balans medzi pracovným a osobným životom

Dôležitým aspektom výberu špecializácie je pre medikov a medičky aj balans medzi pracovným a osobným životom, ktorý odbor umožňuje. Podobný aspekt skúmali napríklad Dorsey a kol. (2003), ktorí vo svojom výskume konštatovali signifikantný nárast významu „kontrolovateľného životného štýlu“ („controllable lifestyle“), definovaného ako možnosť kontroly svojho pracovného času, pri výbere špecializácie. V tu prezentovanom výskume sa respondenti a respondentky vo svojich odpovediach zamerali predovšetkým na pracovnú dobu spojenú so špecializáciou. Identifikovali pritom dva rôzne aspekty pracovnej doby, ktoré zvažujú – čas z dňa, v ktorom sa špecializácia vykonáva, ako aj jej celkové trvanie.

¹³ U respondentov – mužov takýto motív absentoval. Jedným možným vysvetlením je pretrvávajúci model fungovania rodiny, kde starostlivosť o deti a domácnosť pripadá prevažne ženám.

Prvý z menovaných aspektov sa týkal predovšetkým nočných služieb. Jeden z respondentov na otázku čo je pre neho pri rozhodovaní o tom, akú špecializáciu by chcel v budúcnosti vykonávať, dôležité, s istou dávkou humoru odpovedal: „Napríklad to, že v noci celkom rád spím, takže by som moc nechcel robiť tie nočné služby“ (Rozhovor 6). (Nočné) služby sú pre medikov vo všeobecnosti faktorom znižujúcim atraktivitu istej špecializácie a pre mnohých z nich je rozhodnutie založené aj na tom, či by im povinnosť slúžiť vznikla, prípadne či by si v rámci daného odboru mohli otvoriť súkromnú ambulanciu a službám sa tak vyhnúť (bližšie sa vplyvu možnosti otvorenia ambulancie venuje sekcia „Kariérne otázky“). Pri službách medici a medičky vnímajú ich dva rozmery – dĺžku a frekvenciu, pričom vo všeobecnosti¹⁴ preferujú nižšiu dĺžku aj frekvenciu.

Motív pracovnej doby sa však netýka len (nočných) služieb, ale aj nadčasov a časovej (ne)flexibility odboru („keď sú chirurgické [špecializácie] tak [...] aj keď je tam tá pracovná doba, ja neviem, do štvrtej, tak tam človek musí byť aj dlhšie, možno [kým] neukončí tie operácie“ (Rozhovor 11)). Práve chirurgia bola opakovane spomínaná v kontexte časovej náročnosti:

„Čo sa týka tých pracovných časov, [...] chirurgovia sú stále v tej nemocnici, robia tam veľmi veľa nadčasov, a na tom ARE je to predsa trošku také, že keď skončí mi tam moja šichta tak príde proste kolega ma prestriedať a nemám tam až toľko veľa tých nadčasov“ (Rozhovor 11)

Zatiaľ čo vo väčšine prípadov medici a medičky dlhé a časté služby nechcú z obáv ich prílišnej časovej a fyzickej náročnosti, prípadne strachu z vyhorenia, podobne ako v prípade pokojnejšieho charakteru práce, aj tu hrá rolu aj pohlavie medikov. Niektoré respondentky časté a dlhé služby vnímali ako prekážky k založeniu rodiny, obzvlášť ak má aj ich partner časovo náročnú prácu: „keď chceš mať nejaký reálny vzťah do budúcnosti a teda reálne rozmyšľaš aj o tom, že si založiť nejakú rodinu a tak ďalej, myslím si, že sa nedá moc, aby dvaja ľudia, ktorí spolu teda vlastne žijú, [...] robia teda nočné obaja“ (Rozhovor 14).

Motívy pokojnejšej práce s menej náročnou pracovnou dobou zapadajú do širšej témy balansu medzi pracovným a osobným životom. Aj existujúca literatúra (pozri napr. Waworuntu a kol. 2022, Tanová a Chinová 2023 alebo Jamiesonová a kol. 2013) dokazuje, že význam tohto motívu v posledných rokoch narastá (ako v zdravotníctve, tak v iných odvetviach) a prejavuje sa aj práve vyššie opísanými fenoménmi (napr. priateľskejšia pracovná doba). Respondenti a respondentky tohto výskumu identifikovali túto preferenciu nielen u seba („určite zvažujem aj work-life balans, áno“ (Rozhovor 6)), ale aj vo svojom okolí („Čo tak počúvam od ostatných spolužiakov, tak u nich aj to [spomínaný balans – pozn. autora] je istá váha, pri vyberaní špecializácie“ (Rozhovor 2)). Niektorí respondenti tento balans vnímali aj ako istú „kompenzáciu“ za náročné štúdium, resp. majú pocit, že po náročnom štúdiu chcú/potrebujú zvoľniť: „som si toho dosť na svoje plecia dala sama [...] tým pádom už to nechcem tak a chcem mať presne ten balans, lebo mi to potom chýbalo a aj sa to potom odrazilo na všetkom možnom“ (Rozhovor 1)).

Kariérne otázky

„Ja už som starý a unavený, že mne už sa nechce proste natahovať toto akademické vzdelávanie na desať rokov“ (Rozhovor 7)

Dôležitým aspektom špecializačného štúdia, ktorý respondenti spomínali často medzi prvými, je dĺžka atestácie. Týmto motívom sa zaoberali aj niektoré zahraničné štúdie, pričom však nedochádzali vždy k jednotným záverom. Paiva a kol. (1982: 674) napríklad konštatujú, že „dĺžka rezidencie

¹⁴ Aj v tomto prípade však existujú výnimky. Jeden z respondentov sa na margo nočných služieb vyjadril nasledovne: „na tom urgente keby som sa s nimi dohodol, tak si viem teoreticky nahádzať aj samé nočné hej, [...] keď človek rok vydrží, že si fakt popritom aj zarobí nejaký ten peniaz“ (Rozhovor 12).

[špecializačného štúdia – pozn. autora] mala malý celkový vplyv na rozhodnutia študentov medicíny.“ Thornton a Esposto (2002) však na základe svojho výskumu konštatujú, že pre medikov a medicčky sú najatraktívnejšie špecializácie s (okrem iného) krátkym špecializačným štúdiom. Yangová a kol. (2019) vo svojej metaštúdi konštatujú dĺžku špecializačného štúdia ako relevantnú v 32,3 % prípadov.

Dáta získané od respondentov a respondentiek v tomto výskume naznačujú, že v slovenskom kontexte ide o pomerne významný aspekt výberu špecializácie. Postoj viacerých medikov a medicčiek okrem vyššie uvedeného výroku dobre sumarizuje aj nasledujúca citácia:

„Ak sa nemýlim, tak alergiológia strašne dlho trvá, že to nie je ani o tom záujme tých ľudí, ale to, že človek keď má možnosť byť kvázi reálny, skončený lekár skôr, alebo popritom si robiť niečo iné, tak je to [dlhá atestácia – pozn. autora] odrádzajúci faktor“ (Rozhovor 5)

Medici a medicčky pri zvažovaní dĺžky atestačného štúdia situáciu analyzujú na dvoch úrovniach. Prvou z nich je oficiálna dĺžka atestácie tak, ako je uvedená v oficiálnych dokumentoch. Druhou úrovňou je však reálna dĺžka atestácie, ktorá sa podľa viacerých respondentov a respondentiek môže výrazne líšiť od tej oficiálne uvedenej. Medici a medicčky uviedli, že niektoré špecializácie sú predlžovaním atestácií známejšie, než iné. Ako príklady uviedli kardiológiu („je známe, že kardiológia napríklad trvá vždy dlhšie, tak myslím si, že aj toto je veľmi taký dôležitý parameter“ (Rozhovor 3)) a hematológiu („hoci na papieri to je, že to robíte päť rokov alebo štyri roky, tak reálne to robíte šesť, sedem, niekde aj desať rokov, napríklad keď chcete robiť hematológiu“ (Rozhovor 7)). Neatraktivita dlhej atestácie spočíva v nižšom plate a menšom rozsahu výkonov, ktorý lekár alebo lekárka môže vykonávať („mne sa veľmi páči kardi-chirurgia, ale keď som si zvážila to pre a proti, ja nebudem na neatestovanom plate 10 rokov a nestojím mi to za to, keď ja v podstate chcem operovať“ (Rozhovor 9)). Predlžovanie atestácií je podľa medikov a medicčiek spôsobené nepúšťaním neatestovaných lekárov a lekárk na cirkulácie. Najčastejšie respondenti a respondentky ako príčinu tohto fenoménu uvádzali to, že neatestovaný lekár alebo lekárka predstavuje lacnejšiu pracovnú silu („lepšie je mukel za nižšie peniaze ako atestovaný lekár“ (Rozhovor 8)).

Logicky tak nasleduje, že atraktivitu špecializácie zvyšuje krátka dĺžka atestácie („som logicky rozmýšľal aj nad tým všeobecným lekárstvom, lebo predsa sú tam výhody toho, že 3 roky atestácia“ (Rozhovor 13)), prípadne aspoň dodržiavanie oficiálne uvedenej dĺžky:

„V Čechách, tam mám aj kamarátky, im hneď sľúbia pri tom ako podpisujú zmluvu, že tá atestácia bude dodržaná za tri roky, za päť rokov a tak ďalej. Čiže na toto by som si určite chcela dať pozor, aby ma na tie cirkulácie púšťali, aby to bolo v tom rozsahu“ (Rozhovor 1)

V niektorých prípadoch by dokonca krátka atestácia mohla pre medikov a medicčky byť dostatočne motivujúcim faktorom pre výber danej špecializácie: „Možno kebyže tá atestácia trvá oveľa, oveľa kratšie ako niečo iné. Že fakt, že blesková atestácia a no dobre, tak teda idem do toho“ (Rozhovor 3).

Motívom vyskytujúcim sa naprieč rozhovormi boli aj platy. Respondenti a respondentky opakovane a v rôznych kontextoch uviedli, že plat je dôležitou položkou v uvažovaní o budúcej kariére. Poukazovali na zvýšenie platu po atestácii („po tej atestácii je ten plat skoro dvojnásobný“ (Rozhovor 1)), ako aj na vnímanú finančnú atraktivitu práce v ambulancii („je to oveľa lepšie finančne ohodnotené ako práca potom v nemocnici, aspoň čo viem“ (Rozhovor 2)), prípadne v súkromnom sektore.

Mimoriadne zaujímavým však bolo predovšetkým rozmýšľanie medikov a medicčiek nad platmi vo verejných nemocniciach. Z ich odpovedí je možné dedukovať, že rozdielne platy by predstavovali motiváciu k výberu istej špecializácie, dlhodobu regulované platy však spôsobujú, že tento nástroj ostáva nevyužitý a ani výraznejšie nefiguruje medzi faktormi zvažovanými medikmi a medicčkami.

Viacero respondentov a respondentiek tému načalo, ale následne „zahodilo“ kvôli tabuľkovému nastaveniu („nedá sa podľa mňa ani baviť o nejakej výške platu, lebo ono je to aj tak, že všetci máme rovnaký“ (Rozhovor 3)); „veril by som tomu, že v budúcnosti sú peniaze veľký faktor [...] Ale zase nemám pocit, že by sa to nejako extra finančne líšilo, minimálne tej, v tej štátnej sfére“ (Rozhovor 13)). Potenciálne využitie a zlepšenie tejto situácie takto sformuloval jeden z respondentov:

„My sme síce platení tabuľkovo, ale asi by tu mohol byť možno aj eventuálne nejaký systém podľa dopytu a ponuky, že jednoducho špecializácie, v ktorých je málo ľudí, respektíve je ich nedostatok, tak by nevravím, že mali, ale eventuálne mohli byť inak ohodnotení aj za účelom motivácie práve tých študentov k výberu tejto špecializácie a eventuálne doplnenie chýbajúcich počtov lekárov na týchto miestach“ (Rozhovor 12)

Rolu platu pri výbere špecializácie skúmali aj viaceré zahraničné štúdie. Dorsey a kol. (2003: 1176) konštatovali, že príjem „sám o sebe vysvetľuje 9 % celkovej variability v preferencii špecializácie,“ pričom väčší záujem bol o lepšie platené špecializácie. Štatisticky významný vzťah konštatovali napríklad aj Newton a kol. (2005), Yangová a kol. (2019) zas konštatovali príjem ako podstatný v takmer 35 % prípadov.

Okrem dĺžky atestácie a platu vyjadrovali respondenti a respondentky pomerne často záujem o navštevovanie konferencií za cieľom ďalšieho vzdelávania sa. V súčasnosti totiž podľa medikov a mediciek nie je bežnou praxou, že zamestnávateľ lekárom a lekárkam umožňuje, resp. prepláca, ich navštevovanie („nepúšťajú napríklad [...] ani na kongresy. Napríklad, že nemocnica neprepláca tieto kongresy, že je to potom všetko na vlastnú päsť toho doktora“ (Rozhovor 9)), čo otvára priestor na konkurenčný boj a odlíšenie sa nemocníc, resp. oddelení. Okrem konferencií respondenti a respondentky spomínali aj rôzne kurzy alebo workshopy.

Poslednou skupinou faktorov, ktoré by medikom a medicám podľa ich slov zatriktívnilo vykonávanie práce na istom oddelení, sú materiálne pracovné benefity netýkajúce sa platu. Jedna respondentka sa na túto tému vyjadrila nasledovne:

„Ja by som bola rada, keby sa tá nemocnica sa dohodla s mestom, že tí lekári, ktorí tam prídu, tak dajme tomu tá nemocnica alebo mesto by im dalo nejaký byt za nejakú nižšiu cenu, alebo aspoň parkovacie miesta alebo že permanentky, ja neviem, do plavárne, na kúpaliska, do knižnice“ (Rozhovor 1)

Ďalšie príklady zahŕňali aj dodatočné dni dovolenky, náborové a relokačné príspevky. Zaujímavým benefitom, ktorý je čiastočne spojený aj s už spomínaným balansom medzi pracovným a osobným životom, je umožnenie zamestnania sa na čiastočný úväzok. Jeden respondent, ktorý vyštudoval všeobecné lekárstvo na Slovensku, ale špecializačné štúdium absolvoval v zahraničí, tento benefit popísal nasledovne:

„Neviem ako je to presne na Slovensku, ale čo mám taký nejaký kontakt, tak všetci tam myslím, že pracujú väčšinou na ten plný úväzok. A tuto mám relatívne veľa kolegov, ktorí majú 80% alebo 70% úväzok. A tam majú potom aj trošku viacej toho voľného času, že tam je, tam je aj tá life-work balance lepšia. A hlavne pre tých proste lekárov, ktorí majú, majú rodiny“ (Rozhovor 11)

Ide teda o ďalšiu oblasť, v ktorej je možné podniknúť kroky na zatriktívnenie istých špecializácií.

Faktorom, ktorý sa v zahraničnom výskume až tak často nevyskytoval (s výnimkou napríklad štúdie Lefevra a kol. (2010)), avšak ktorý bol pomerne často spomínaný respondentmi a respondentkami v tomto výskume, je potenciál otvorenia vlastnej ambulancie po absolvovaní špecializačného štúdia. Miera dôležitosti, ktorú tomuto aspektu respondenti a respondentky prikladali, ako aj časový horizont,

v ktorom o otvorení ambulancie uvažujú sa samozrejme môže líšiť. Pre niektorých medikov a medičky je možnosť otvorenia ambulancie pomerne kľúčová („čím skôr by som si chcela otvoriť tú vlastnú ambulanciu“ (Rozhovor 2)), pre iných ide o potenciálne zaujímavú možnosť v neskoršej budúcnosti („[je to] jedna z možností, otvorené pre budúcnosť, že prečo nie, uvidíme“ (Rozhovor 11)). Niektorí medici a medičky zároveň vnímajú potenciálne otvorenie ambulancie ako možnosť diverzifikácie práce a svoju budúcnosť vidia ako rozdelenú medzi prácu v nemocnici a ambulancii („môj taký ideál, ako si to nejako predstavujem je, že proste ostať v štátnej nemocnici, ale byť schopný mať jeden alebo dva dni aj vlastnú súkromnú ambulanciu“ (Rozhovor 4)).

Atraktivitu ambulancie medici vo výskumných rozhovoroch vysvetľovali tromi hlavnými faktormi. Po prvé, za atraktívnu považovali slobodu, ktorú podľa nich ambulancie ponúkajú („keď budem ambulancie, tak tam som sama seba pani“ (Rozhovor 1)). Sloboda v tomto kontexte znamená možnosť robiť väčšie množstvo rozhodnutí samostatne a za samého seba. Niektorí lekári a lekárnice napríklad môžu preferovať nižší zárobok výmenou za menej práce, resp. kratšiu pracovnú dobu („ja by som si radšej zobral menej pacientov, nejakých 1 000 až 1 500, ktorí by vedeli užiť mňa aj sestričku, aj nájom, teoreticky a by sme robili možno tie šestky, ako keby som mal 2 500 až 3 000 pacientov“ (Rozhovor 7)). Práve možnosť nastavovať si pracovný čas bolo pre viacerých respondentov a respondentiek dôležitým zhmotnením slobody. Nejde pritom len o počet odpracovaných hodín, ale aj o možnosť nepracovať v noci: „čo je ešte pre mňa také motivujúce je, že keď teda dokončím špecializáciu, tak nebudem musieť robiť nočné, keď budem na súkromnej ambulancii“ (Rozhovor 10).

Druhým dôležitým faktorom identifikovaným medikmi a medicami bolo finančné ohodnotenie. Vo všeobecnosti vnímali ambulancie ako príležitosť na lepšie finančné ohodnotenie („myslím, že [je] väčší finančný zárobok potom aj na súkromnej ambulancii“ (Rozhovor 6)). Okrem samotnej výšky zárobku je však opäť atraktívnu aj flexibilita, ktorú ambulancie ponúkajú. Tak, ako niektorí medici a medičky preferujú menej peňazí výmenou za kratší pracovný čas, iní zas uprednostňujú možnosť prijatia väčšieho množstva pacientov za cieľom vyššieho zárobku: „aj platovo to je lepšie ako na oddelení potom, [...] koľko pacientov ošetríš, tak toľko proste poisťovňa pošle peňazí“ (Rozhovor 1).

Posledným, tretím, faktorom je charakter práce, ktorý ambulancie ponúkajú. Viacerí respondenti a respondentky ako atraktívnu vnímali možnosť dlhodobého manažmentu „svojich“ pacientov a budovania vzťahu s nimi („mať svoj vlastný režim [...] so svojimi pacientami, ktorých už teda budem poznať, keď už s nimi budem pracovať nejaký rok“ (Rozhovor 12)), ktorý stavali do kontrastu s „nárazovými“ výkonmi na pacientoch s diagnózou v pokročilejšom štádiu, charakteristickými pre prácu v nemocnici („na internom máš lôžkových pacientov, [tam] ti väčšinou prídu úplne zdekompensovaní pacienti s rôznym srdcovým zlyhávaním a tak ďalej“ (Rozhovor 14)). Medici a medičky pozitívne vnímajú možnosť sledovať pacientov naprieč dlhším časom, keďže im toto umožňuje hlbkovejšiu liečbu a lepšie budovanie vzťahu lekár – pacient.

Iné faktory

Do tejto sekcie zahrňame faktory, ktoré vystúpili z dát ako relevantné v rozhodovaní medikov a mediciek, avšak ich vplyv má v rôznych prípadoch rôzne dopady – ten istý faktor mohol pre jedného medika špecializáciu robiť viac atraktívnu, zatiaľ čo pre iného atraktivitu špecializácie znižoval.

Prvým takýmto faktorom bola veľkosť nemocnice, v ktorej medici a medičky zvažujú špecializačné štúdium, prípadne neskoršie zamestnanie. Veľké nemocnice (resp. oddelenia) sú pre medikov a medičky atraktívne z dôvodu rozmanitosti, ktorú poskytujú. Tá spočíva predovšetkým v širšom spektre pacientov, ktorí nemocnicu navštívia, istú rolu však zohráva napríklad aj technické vybavenie, ktoré je k dispozícii:

„To u mňa hralo veľkú rolu, aby som neostala vyslovene v nejakej malej nemocnici, ale aby som sa dostala do čo najväčšieho, nie ani vo veľkosti nemocnice, ale vo veľkosti toho oddelenia z hľadiska zázemia, či už spektra diagnóz, prístrojového vybavenia, toto boli všetko aspekty, ktoré som brala ako veľmi podstatné“ (Rozhovor 5)

„V prospech“ menších nemocníc však hrá to, že podľa viacerých respondentov a respondentiek sa v nich rýchlejšie a jednoduchšie dostanú k vykonávaniu zložitejších úkonov („v tých menších nemocniciach sa hlavne pri týchto chirurgických a operačných výkonoch ten mladý lekár k tomu dostane skôr“ (Rozhovor 4)). Zváženie pozitív a negatív veľkých a malých nemocníc (resp. oddelení) sa na základe výpovedí respondentov a respondentiek javí ako pomerne individuálne.

Pri rozhodovaní hrá istú (aj keď nie až tak významnú) rolu aj geografia, rôzni medici a medičky však tento aspekt vnímajú rôzne a na základe zozbieraných dát nie je možné dôjsť k jednoznačnému záveru ohľadom jeho vplyvu na rozhodovanie. U niektorých hrá geografia pri výbere špecializácie minimálnu úlohu („vždycky som si tak nejako veril, [...] že ak už to raz skončíš, tak nebudeš mať problém sa zamestnať“ (Rozhovor 4)). Iní sú však nútení pôsobiť na istom mieste z rôznych osobných alebo rodinných dôvodov (Rozhovor 8), pre niektorých zas rolu hrá predchádzajúce spojenie s miestom (či už rodisko, bydlisko, miesto kde študovali, a pod.). Dôležité však je, že existuje istá interakcia medzi voľbou špecializácie a geografickým miestom. Ak má napríklad medik alebo medička z akéhokoľvek dôvodu silnú preferenciu ohľadom svojho geografického pôsobiska, môže preto zmeniť voľbu špecializácie: „[respondentovi spolužiaci] po ukončení štúdia sa nedostali k tej špecializácii, ktorú chceli robiť, lebo dajme tomu [...] v mieste ich bydliska neboli voľné miesta na danom oddelení, tak museli skrz toho zmeniť tú špecializáciu“ (Rozhovor 10).

Záver

Tento výskum prostredníctvom kvalitatívneho skúmania medikov a medičiek v piatom a šiestom ročníku na slovenských lekárskech fakultách identifikoval najdôležitejšie faktory a vzorce správania v rozhodovacom procese. Vzhľadom na heterogenitu skúseností slovenských medikov a medičiek nie je možné vytvoriť akúsi šablónu, podľa ktorej sa rozhodujú o svojej budúcej špecializácii a špecializačnom štúdiu. Podľa výpovedí respondentov a respondentiek je však možné usudzovať, že rozhodnutie o špecializácii sa rodí počas všeobecného štúdia (t. j. medici a medičky málokedy nastupujú na univerzitu s predstavou o budúcej špecializácii, ktorá im vydrží počas celého štúdia), často až ku jeho koncu, keď je často podmienené aj časovým tlakom. Opakovane sa objavoval motív (vnímanej) nedostatočnej informovanosti.

Respondenti a respondentky v tomto výskume identifikovali viacero komunikačných kanálov alebo zdrojov, z ktorých získavajú informácie o špecializáciách. Napriek pestrej palete je možné konštatovať, že najvýznamnejšiu rolu hrá akademické vzdelávanie a osobné siete („peer networks“) medikov a medičiek. Tieto kanály sú dopĺňané aktívnou propagáciou špecializácii lekármi a pedagógmi, extrakurikulárnymi aktivitami a online zdrojmi.

Získané informácie potom medici a medičky spracovávajú a formujú na ich základe svoje rozhodnutie o špecializácii. Vo všeobecnosti je možné faktory rozdeliť do dvoch hlavných skupín – dynamických a statických. V prípade dynamických faktorov ide často o akési „zážitky,“ ktoré podliehajú interpretačnému procesu medikov a medičiek. Medzi najdôležitejšie z takýchto faktorov je možné zaradiť zažitú kvalitu praktickej výučby, vplyv personálu (prístup, zapájanie do procesov, kolektív, a pod.) a prítomnosť sexistického správania zo strany lekárov a pedagógov.

Statické faktory sú primárne charakteristiky špecializácie (resp. špecializačného štúdia), ktoré medici a medičky pri rozhodovaní zvažujú. Často spomínané motívy zahŕňali napríklad pestrosť špecializácie,

ako aj jej potenciál (či sa rozvíja, či rastie populácia pacientov, a pod.), náročnosť (fyzická aj psychická), možnosť otvoriť si v budúcnosti vlastnú ambulanciu, a životný štýl, ktorý daná špecializácia (ne)umožňuje. Pri poslednom menovanom faktore sa dôležitým opäť stávalo pohlavie, keď respondentky časovú náročnosť špecializácie vnímali cez optiku starostlivosti o rodinu a mali tendenciu voliť špecializácie s pevnejším a kratším pracovným časom.

Hlavná hodnota tohto výskumu spočíva v tom, že (podľa najlepšieho vedomia autora) predstavuje prvé systematické skúmanie tejto problematiky v kontexte slovenského zdravotníctva a prostredníctvom identifikácie relevantných motívov a vzorcov prináša hlbší náhľad do témy. Zároveň tak vytvára dôkazy („evidence“) potrebné pre tvorbu verejných politík. Súčasne otvára dve hlavné možnosti pre budúci výskum. Prvou z nich je aplikácia iných výskumných metód pre pridanie ďalších rozmerov poznatkov (napr. použitie kvantitatívnych metód pre presnejšie odhadnutie magnitúdy vplyvu jednotlivých faktorov). Druhým z nich je zameranie sa na konkrétne špecializácie pre detailnejšie pochopenie tejto situácie.

Zdroje

- Abdulghani, H. M., Al-Shaikh, G., Alhujayri, A. K., Alohaideb, N. S., Alsaeed, H. A., Alshohayeb, I. S., Alyahya, M. M., Alhaqwi, A. I. a Shaik, S. A. (2013). „What determines the selection of undergraduate medical students to the specialty of their future careers?“, *Medical teacher*, 35(1): 25–30.
- Alawad, A. A. M. A., Khan, W. S., Abdelrazig, Y. M., Elzain, Y. I., Khalil, H. O., Ahmed, O. B. E. a Adam, O. A. I. (2015). „Factors considered by undergraduate medical students when selecting specialty of their future careers“, *The Pan African medical journal*, 20(102): 102–102.
- Alharahsheh, H. H. a Pius, A. (2020). „A Review of key paradigms: positivism VS interpretivism“, *Global Academic Journal of Humanities and Social Sciences*, 2(3): 39–43.
- Bazár, J. v rozhovore s Haniková, L. (2023). „Šéf nemocnice: Rodičia čakajú v rade už pred otvorením pohotovosti, chodia aj s banalitami“, <https://dolnyzemplin.korzar.sme.sk/c/23182941/detske-oddelenie-zavreli-riaditel-nemocnice-pediatri-chybaju-najma-v-malych-mestach.html>.
- Bárta, M. (2023). „2030: menej zdravotníkov, viac chorých“, <https://iness.sk/sites/default/files/documents/pdf/INT/2023/2030-menej-zdravotnikov-viac-chorych.pdf>.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods. Fourth edition*. New York: Oxford University Press Inc.
- Bučko, M. v rozhovore pre mediweb.hnonline.sk (2023). „Top lekár v gynekológii a pôrodnictve: Gynekológia? Je rýchla, akčná a náročná“, <https://mediweb.hnonline.sk/zdn/top-lekari/96110421-top-lekar-v-gynekologii-a-porodnictve-gynekologia-je-rychla-akcna-a-narocna>.
- Burack, J. H., Irby, D. M., Carline, J. D., Ambrozy, D. M., Ellsbury, K. E. a Stritter, F. T. (1997). „A study of medical students' specialty-choice pathways: trying on possible selves“, *Academic medicine*, 72(6): 534–541.
- Compton, M. T., Frank, E., Elon, L. a Carrera, J. (2008). „Changes in U.S. Medical Students' Specialty Interests over the Course of Medical School“, *Journal of general internal medicine: JGIM*, 23(7): 1095–1100.
- Dorsey, E. R., Jarjoura, D., Rutecki, G. W. (2003). „Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students“, *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 290(9): 1173–1178.
- Henry, P., Leong, F. T. L. a Robinson, R. (1992). „Choice of Medical Specialty: Analysis of Students' Needs“, *Psychological Reports*, 71(1): 215–224.
- Hohf-nova, M., Hun-Pacheco, R., Muñoz-Bustos, D., Soto-Carriel, A. a Pérez-Villalobos, C. (2021). „When it is time to decide: factors associated to the choice of a medical specialty“, *Revista médica de Chile*, 149(9): 1352–1359.
- (HN) Hospodárske noviny (2023). „Pacienti sa nevedia dostať k viacerým špecialistom. Obracajú sa na poisťovne“, <https://hn24.hnonline.sk/hn24/96096991-pacienti-sa-nevedia-dostat-k-viacerym-specialistom-obracaju-sa-na-poistovne>.
- Jamieson, I., Kirk, R. a Cathy, A. (2013). „Work-Life Balance: What Generation Y Nurses Want“, *Nurse leader*, 11(3): 36–39.

- Kristoffersson, E., Diderichsen, S., Verdonk, P., Lagro-Janssen, T., Hamberg, K. a Andersson, J. (2018). „To select or be selected - gendered experiences in clinical training affect medical students' specialty preferences“, *BMC medical education*, 18(1): 268–268.
- Kwon, E. (2017). “For Passion or for Future Family?” Exploring Factors Influencing Career and Family Choices of Female Medical Students and Residents“, *Gender issues*, 34(2): 186–200.
- Lefevre, J. H., Roupret, M., Kerneis, S. a Karila, L. (2010). „Career choices of medical students: a national survey of 1780 students: Motivation in medical student career choices“, *Medical education*, 44(6): 603–612.
- Levaillant, M., Levaillant, L., Lerolle, N., Vallet, B. a Hamel-Broza, J.-F. (2020). „Factors influencing medical students' choice of specialization: A gender based systematic review“, *EClinicalMedicine*, 28: 100589–100589.
- Marshall, D. C., Saliccioli, J. D., Walton, S.-J., Pitkin, J., Shalhoub, J. a Malietzis, G. (2015). „Medical Student Experience in Surgery Influences Their Career Choices: A Systematic Review of the Literature“, *Journal of surgical education*, 72(3): 438–445.
- Mašát Janáková, B. (2023). „„Hlavně nedělejte ortopedii, to je obor pro chlapy.“ Část lékařek si stěžuje na diskriminaci“, <https://denikn.cz/1122520/hlavne-nedelejte-ortopedii-to-je-obor-pro-chlapy-cast-lekarek-si-stezuje-na-diskriminaci/?cst=ba48838d49af5e754f40adac663208808cef771dcc20458f29c3d354ad09eb80>.
- Mutha, S., Takayama, J. I. a O'Neil, E. H. (1997). „Insights into medical students' career choices based on third- and fourth-year students' focus-group discussions“, *Academic medicine*, 72(7): 635–640.
- Múčka, Z. a Múčka, F. (2023). „Budúcnosť lekárov a sestier v zdravotníctve“, <https://www.rrz.sk/wp-content/uploads/2023/03/lekari-final.pdf>.
- Newton, D. A., Grayson, M. S. a Thompson, L. F. (2005). „The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004“, *Academic medicine*, 80(9): 809–814.
- O'Sullivan, B., McGrail, M., Gurney, T. a Martin, P. (2021). „Barriers to getting into postgraduate specialty training for junior Australian doctors: An interview-based study“, *PLoS one*, 16(10): 1–12.
- Paiva, R. E., Vu, N. V. a Verhulst, S. J. (1982). „The effect of clinical experiences in medical school on specialty choice decisions“, *Journal of medical education*, 57(9): 666–674.
- Peres, C. M., Andrade, A. d. S. a Garcia, S. B. (2007). „Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo“, *Revista brasileira de educação médica*. 31(3): 203–211.
- Pfarrwaller, E., Sommer, J., Chung, Ch., Maisonneuve, H., Nendaz, M., Junod Perron, N. a Haller, D. M. (2015). „Impact of Interventions to Increase the Proportion of Medical Students Choosing a Primary Care Career: A Systematic Review“, *Journal of general internal medicine : JGIM*, 30(9): 1349–1358.
- Pianosi, K., Bethune, Ch. a Hurley, K. F. (2016). “Medical student career choice: a qualitative study of fourth-year medical students at Memorial University, Newfoundland“, *CMAJ open*, 4(2): 147–152.
- Querido, S., van den Broek, S., de Rond, M., Wigersma, L. a Ten Cate, O. (2018). “Factors affecting senior medical students' career choice“, *International journal of medical education*, 9: 332–339.
- Ryan, G. W. a Bernard, H. R. (2003). “Techniques to Identify Themes“, *Field methods*, 15(1): 85–109.

SME (2021). „Na Slovensku stále chýbajú špecialisti, upozorňujú zdravotné poisťovne“, <https://index.sme.sk/c/22695210/na-slovensku-stale-chybaju-specialisti-upozoruju-zdravotne-poisťovne.html>.

Smith, V., Bethune, Ch. a Hurley, K. F. (2018). „Examining Medical Student Specialty Choice Through a Gender Lens: An Orientational Qualitative Study“, *Teaching and learning in medicine*, 30(1): 33–44.

Stratton, T. D., McLaughlin, M. A., Witte, F. M., Fosson, S. E. a Nora, L. M. (2005). „Does students' exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect specialty choice and residency program selection?“, *Academic medicine*, 80(4): 400–408.

Šlegerová, L. (2022). *How is the career choice of a medical speciality dependent on gender inequality in the region*. Prague: Charles University, Institute of Economic Studies.

Tan, S. H. E. a Chin, G. F. (2023). „Generational effect on nurses' work values, engagement, and satisfaction in an acute hospital“, *BMC nursing*, 22(1): 88–88.

Thornton, J. a Esposto, F. (2003). „How important are economic factors in choice of medical specialty?“, *Health economics*, 12(1): 67–73.

Waworuntu, E. C., Kainde, S. J. R. a Mandagi, D. W. (2022). „Work-Life Balance, Job Satisfaction and Performance Among Millennial and Gen Z Employees: A Systematic Review“, *Society*, 10(2): 384–398.

White, M. T., Borges, N. J. a Geiger, S. (2011). „Perceptions of Factors Contributing to Professional Identity Development and Specialty Choice: A Survey of Third- and Fourth-Year Medical Students“, *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 17(1): 18–23.

Wright, S., Wong, A. a Newill, C. (1997). „The Impact of Role Models on Medical Students“, *Journal of general internal medicine: JGIM*, 12(1): 53–56.

Yangová, Y., Li, J., Wu, X., Wang, J., Li, W., Zhu, Y., Chen, Ch. a Lin, H. (2019). „Factors influencing subspecialty choice among medical students: a systematic review and meta-analysis“, *BMJ open*, 9(3): 1–12.

Yoon, J. D., Ham, S. A., Reddy, S. T. a Curlin, F. A. (2018). „Role Models' Influence on Specialty Choice for Residency Training: A National Longitudinal Study“, *Journal of graduate medical education*, 10(2): 149–154.