

**ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА
ФРАНКА**

Історичний факультет

Кафедра соціології

Пояснювальна записка

до кваліфікаційної (магістерської) роботи

освітнього ступеня магістра

на тему:

“Інституціоналізація сімейної медицини в сучасному українському
суспільстві”

Виконала: студентка 6 курсу,

групи ІССМ-21с

спеціальності

054 Соціологія

Кобзарєва Я.С.

Керівник к.с.н., доц. Калиняк О.Т.

Рецензент к.і.н., доц. Лапан Т.Д.

Львів - 2022 року

**ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ІВАНА ФРАНКА**

Факультет історичний

Кафедра соціології

Освітньо-кваліфікаційний рівень магістр

Напрямок підготовки 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 054 Соціологія

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувач кафедри соціології
д.с.н., проф. Пачковський Ю.Ф.
“ _____ ” _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ (МАГІСТЕРСЬКУ) РОБОТУ СТУДЕНТУ

Кобзарській Ярині Сергіївні

1. Тема роботи: “Інституціоналізація сімейної медицини в сучасному українському суспільстві.
Керівник роботи – к.с.н, доц. Калиняк О.Т.,
затверджені Вченою радою факультету від “25” жовтня 2021 року
№3/2021-22.
2. Строк подання студентом роботи: “5” грудня 2022 року.
3. Вихідні дані до роботи:
 - 1) Alexander J.C. *The Strong Program in Cultural Sociology*. Kluwer. New York. 2001. 9 - 28 с.
 - 2) Sztompka P. *The sociology of social change*. Blackwell, Oxford. 1994. 348 с.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки:

Розділ I. Теоретико-методологічне осмислення інституціоналізації.

Розділ II. Первинна інституціоналізація сімейної медицини в Україні.

Розділ III. Вторинна інституціоналізація сімейної медицини в Україні.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):

Кількість рисунків – 5. Кількість таблиць – 3.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I.	к.с.н., доц. Калиняк О.Т.		
II.	к.с.н., доц. Калиняк О.Т.		
III.	к.с.н., доц. Калиняк О.Т.		

7. Дата видачі завдання “25” жовтня 2021 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної (магістерської) роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Написання вступу до роботи	жовтень - листопад 2021р.	
2	Написання теоретико-методологічних розділів	листопад 2021 - лютий 2022р.	

3	Розробка програми та інструментарію дослідження	березень - травень 2022р.	
4	Збір первинних даних	вересень 2022р.	
5	Аналіз емпіричних даних, отриманих у ході дослідження	жовтень 2022р.	
6	Написання емпіричного розділу	жовтень - листопад 2022р.	
7	Підведення підсумків, робота над висновками до роботи	листопад 2022р.	

Студент _____ Кобзарєва Я.С.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____ к.с.н, доц. Калиняк О.Т.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Зміст

Вступ	6
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОСМИСЛЕННЯ ІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЇ	
1.1. Поняття інституціоналізації в соціогуманітарному дискурсі.....	13
1.2. Особливості формування сімейної медицини як соціального інституту.....	25
Висновки до Розділу I	43
РОЗДІЛ II. ПЕРВИННА ІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ	
2.1. Легітимація як базовий компонент інституціоналізації первинного рівня. Моделювання ймовірного перебігу легітимації сімейної медицини в сучасному суспільстві.....	45
2.2. Особливості легітимації сімейної медицини в сучасному українському соціумі. Основні аргументи «за» і «проти».....	57
Висновки до Розділу II	69
РОЗДІЛ III. ВТОРИННА ІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ	
3.1. Моделювання процесів вторинної інституціоналізації сімейної медицини в сучасному суспільстві.....	71
3.2. Основні функційні та дисфункційні аспекти сімейної медицини в сучасному українському соціумі.	76
Висновки до Розділу III	94
ВИСНОВКИ	97
Список джерел і наукової літератури	
Додаток А	
Додаток Б	
Додаток В	
Додаток Г	
Додаток Д	
Додаток Е	

Вступ

Здоров'я є важливим чинником соціального самопочуття. На стан здоров'я мають вплив як внутрішні (індивідуальні) так і зовнішні (соціальні) чинники. Серед зовнішніх, звично, слід виділити: неналежне екологічне становище як локальне так і загальносвітове, низький рівень надання медичних послуг, недостатня кількість закладів надання вже згаданих послуг, їх нераціональна цінова політика та ряд інших. Серед внутрішніх фахівці виокремлюють пасивний спосіб життя, неправильне харчування, шкідливі звички наряду із іншими суб'єктивними факторами. Так, наприклад, загальний рівень здоров'я населення конкретної держави формує показники тривалості життя, фізичної витривалості, працеспроможності тощо.

За даними опитувань Київського міжнародного Інституту соціології (КМІС, 2019), 81% українців вважає, що робота Міністерства охорони здоров'я є важливою складовою формування загально соціального самопочуття. Проте, результати того ж опитування свідчать про те, що лише 21,3% українців бачать покращення у роботі медичних закладів та їх наданні послуг за останні два роки.¹ В рамках вищезгаданого аналітичного та дослідницького матеріалу слід виокремити таку складову медичної системи як сімейна медицина. Для України такий спосіб надання медичних послуг громадянам є доволі новим. Це можна пояснити тим, що ми є країною пост-радянського блоку, де панувала кардинально інша із економічної та психологічної точки зору медична система. Проте у світовій практиці явище сімейної медицини не є новим, більше того, має різні форми виявлення, що різняться навіть між конкретними державами. Надання первинної медичної допомоги, в рамках якої діє сімейна медицина, у світі

¹ Міністерство Охорони Здоров'я України спільно з Київським міжнародним інститутом соціології КМІС та Групою «Рейтинг» «Як змінилось ставлення українців до системи охорони здоров'я за три роки: аналіз соціологічних опитувань 2016-2019 роки»

вважається найбільш необхідною та, водночас, відповідальною складовою для кожного із суб'єктів процесу.

Відтак, **практична актуальність роботи** полягає у дослідженні процесу інституціоналізації сімейної медицини в українських реаліях. Важливою практичною складовою є необхідність зрозуміти, яким чином реформа сімейної медицини, її норми та практики інституціоналізуються в Україні. Також, потрібно встановити проблемні та слабкі місця процесу інституціоналізації, усвідомити, яку роль вони відіграють у диференціації суспільства і його порядку. Не менш важливим практичним значенням є розуміння того факту, що зовнішньополітичний курс України спрямований на інтеграцію із Європейським Союзом, де норми сімейної медицини не є новими, а навпаки – давно інституціоналізованим явищем, за правилами якого функціонують суспільства. Саме тому, краще розуміння процесу інституціоналізації сімейної медицини в Україні, її первинного та вторинного етапів дозволить зрозуміти, що спричиняє пришвидшення цього процесу, і навпаки–сповільнює його.

Що ж до **теоретичної актуальності**, то, перш за все, слід наголосити на важливості теоретичного осмислення інституціоналізації, можливостей її пояснення з точки зору соціогуманітарних наук. Не менш важливим є виокремлення зокрема соціологічного підходу до вивчення процесу інституціоналізації, можливостей та місця соціології в системі його дослідження. Звертаючись до питань інституціоналізації, її сильних та слабких сторін з точки зору теоретичного осмислення, стає цілком зрозуміло, що існує ряд напрацювань в межах гуманітарних наук в цілому, та соціології зокрема. Таким чином, відомими доробками щодо інституціоналізації є роботи А.Колодій, М.Дюверже, А. Іншакова, М. Вебера, П. Блау, О. Бень та деяких інших. Існування такого широкого спектру доробків

свідчить про те, що питання інституціоналізації не є новим, а навпаки – добре дослідженим з точки зору різних наук. Проте проблемним місцем дослідження інституціоналізації є мала дотичність до інституту медицини. Такий односторонній підхід перешкоджає практичному дослідженню важливих випадків, зокрема в контексті реформування соціальної реальності. Так, вважається доцільним вивчати явище інституціоналізації для реалій України, коли реформа сімейної медицини була впроваджена доволі нещодавно.

Так, результати вже згаданого Київського міжнародного Інституту соціології (КМІС, 2019) свідчать про те, що в Україні панує доволі позитивна динаміка впровадження інституту сімейної медицини – 78% опитаних вже обрали собі сімейного лікаря, з них 70% ним задоволені через злагожену роботу та швидкість реакції на звернення громадян. Проте не слід забувати про решту – 30%, які досі перебувають у стані невизначеності.²

Відповідно, **метою** роботи є окреслення теоретичних меж розуміння інституціоналізації у міждисциплінарному контексті загалом, та в соціології, зокрема, та емпіричне дослідження інституціоналізації сімейної медицини в сучасному українському суспільстві.

Серед основних **завдань**:

- здійснити теоретичне пояснення інституціоналізації в контексті гуманітарних наук, встановити і описати специфіку соціології у дослідженні інституціоналізації;
- з'ясувати особливості формування сімейної медицини як соціального інституту;

² Міністерство Охорони Здоров'я України спільно з Київським міжнародним інститутом соціології КМІС та Групою «Рейтинг» «Як змінилось ставлення українців до системи охорони здоров'я за три роки: аналіз соціологічних опитувань 2016-2019 роки»

- проаналізувати первинну інституціоналізацію сімейної медицини на основі підходів М. Вебера, П. Бергера та Т. Лукмана; сконструювати моделювання інституціоналізаційних процесів первинного рівня у системі сімейної медицини, зокрема у контексті легітимації;

- з'ясувати особливості легітимації сімейної медицини у сучасному українському суспільстві в контексті когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів з виокремленням аргументів “за” сімейну медицину та “проти” неї;

- проаналізувати вторинну інституціоналізацію сімейної медицини на основі підходів Дж. Александера, П. Блау та П. Штомпки; сконструювати моделювання інституціоналізаційних процесів вторинного рівня у системі сімейної медицини;

- з'ясувати особливості вторинної інституціоналізації сімейної медицини у сучасному українському суспільстві в контексті когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів, з виокремленням вигоди, що існує в системі сімейної медицини, її функціональних та дисфункційних аспектів.

З урахуванням мети та завдань, а також особливостей роботи, **об'єктом** за критерієм носія проблеми є сімейна медицина, з її ознаками, принципами та функціями, за загальною проблемою – інституціоналізація сімейної медицини. А **предметом** – особливості перебігу процесів первинної та вторинної інституціоналізації сімейної медицини в сучасному українському суспільстві.

Що ж до **теоретико-методологічних засад**, то важливим аспектом є дослідження інституціоналізації за допомогою двох основних позицій:

1. дослідження **первинної** інституціоналізації в контексті легітимації на основі теорій М. Вебера, П. Бергера, та Т. Лукмана. Так,

теоретичні напрацювання М. Вебера будуть запозичені для окреслення теоретичних засад та рівнів легітимації. Натомість напрацювання П. Бергера та Т. Лукмана слугують основою для окреслення структури легітимації як процесу, та її функцій;

2. дослідження **вторинної** інституціоналізації, послуговуючись науковим доробком П. Блау, П. Штомпки та Дж. Александера. Завдяки доробку Дж. Александера окреслимо об'єктивний процес становлення інституту сімейної медицини в Україні. Натомість, з наукових праць П. Блау та П. Штомпки – процес протікання інституціоналізації як явища, з виокремленням знань попередньої соціалізації, системи вигод та набуття соціальних ролей.

Саме ці напрацювання розкривають не лише потенціал соціології у дослідженні інституціоналізації, але і особливості останньої, можливі підходи до її вивчення, методи збору інформації і таке інше. Відтак, теоретична частина роботи відводиться для теоретичного та методологічного осмислення інституціоналізації і сімейної медицини зокрема, а практична частина – аналіз наявного емпіричного матеріалу, та основні засади проведення авторського соціологічного дослідження, наряду з його результатами.

Таким чином, до **практичного значення результатів** магістерської роботи, в першу чергу, слід віднести аналіз вже наявного матеріалу, його структурування, фільтрування, формування під реалії України. Напрацювання з питань інституціоналізації сімейної медицини можуть мати неабияке практичне значення для органів місцевого самоврядування, що відповідальні за впровадження реформи сімейної медицини. Це пояснюється тим, що важливо тримати громадську думку з нових питань під контролем і постійним моніторингом. Оскільки, реформування системи медицини почалося нещодавно, попереду ще декілька етапів, в ході яких потрібно

отримувати інформацію про думки громадян. Важливого практичного значення робота має також і для практикуючих сімейних лікарів. Як молоді спеціалісти, так і лікарі, що тривалий час працюють за практикою сімейної медицини, потребують загального розуміння про ситуацію, що складається в колі їх постійних та потенційних пацієнтів.

Щодо практичного соціологічного значення науковий доробок може бути корисним при розробці теоретичних курсів з питань соціології медицини загалом, та сімейної медицини зокрема.

З точки зору емпіричного досвіду, це доповнення наявної інформації якісними методами, новими горизонтами для дослідження, новими науковими проблемами. І нарешті, це – база для подальших досліджень, зокрема можливостей їх реалізації в рамках напрацювань аспірантської роботи.

Апробацію результатів дослідження було здійснено в рамках написання статті для вісника Львівського національного університету ім. І. Франка, оформлення тез для участі у студентській конференції (м. Харків) та участі у Всеукраїнському конкурсі студентських наукових робіт (2 місце):

1. Калиняк О.Т., Кобзарєва Я.С. Специфіка легітимації сімейної медицини у сучасному українському суспільстві. *Вісник Львівського Університету*. Випуск 15. Львів. 2021. 131-146с.

2. Кобзарєва Я. Запровадження сімейної медицини в Україні: аргументи “за” і “проти”. *Розвиток сучасного українського суспільства у соціологічному вимірі*: матеріали VIII Міжнар. наук-практ. конф., м. Харків, 17 грудня 2021р. / За загальною редакцією д.держ.упр., проф. В.М. Мороза. Харків: НТУ «ХП», 2022. 253 с. С. 45-48.

3. Кобзарєва Я. “Легітимація сімейної медицини в сучасному українському суспільстві”. Всеукраїнський конкурс студентських наукових робіт. 2022р

Структура роботи: Магістерська робота налічує вступ, 3 розділи, 6 підрозділів, висновки до кожного із розділів, загальний висновок до роботи, список використаних джерел та літератури – 66 позицій та 6 додатків. Загальна кількість сторінок основного тексту – 95.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОСМИСЛЕННЯ ІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЇ

1.1. Поняття інституціоналізації в соціогуманітарному дискурсі

У сучасному суспільстві процес виникнення, становлення та реорганізації соціальних інститутів є швидким, відповідно до динамічності соціальної реальності, та, відповідно, потреб, які виникають у індивідів. **Соціальний інститут** – це своєрідна форма людської діяльності, заснована на чітко розробленій системі правил і норм відповідно до соціального статусу та ролі, а також на розвинутому соціальному контролі за їх здійсненням. Серед **основних ознак** соціального інституту:

- Підтримують соціальні структури і порядок, стабільність у суспільстві.
- Виконують у суспільстві роль «стабілізатора» суспільних відносин, регулюючи, стандартизуючи поведінку своїх членів.

Основна мета соціальних інститутів – сприяти задоволенню матеріальних і духовних, особистих і суспільних потреб своїх членів в конкретно-історичних умовах розвитку суспільства, на конкретному етапі його існування.

Соціальні інститути здійснюють у суспільстві важливі функції:

- інтеграції і об'єднання суспільства;
- диференціації за певними соціальними статусами і ролями;
- вироблення чітких норм, правил, принципів життєдіяльності спільностей;
- регулювання відносин у соціальних спільностях;
- залучення людей до суспільної діяльності;
- здійснення соціального контролю.

Соціальні інститути тісно взаємодіють із суспільством. Основою взаємодії є реалізація головної функції інститутів – задоволення конкретних соціальних потреб та інтересів членів суспільства.³

Становленню соціального інституту в суспільстві передують процес інституціоналізації. **Інституціоналізація** — процес визначення і закріплення соціальних норм, правил, статусів і ролей, приведення їх у систему, здатну діяти у напрямі задоволення деякої суспільної потреби. З наукової точки зору, **інституціоналізація** — етап методологічного упорядкування знань, які продукуються. Він, в свою чергу, також пов'язаний з узалежненням від форм, здебільшого організаційних, всередині яких відбувається створення якостей спеціалізованої суспільної практики. Нерідко під інституціоналізацією розуміють також і феномен становлення комунікативних органів науки, різних її видів. Останні відповідають за перетворення наукових досліджень у конкретну спеціалізовану суспільну діяльність.⁴

Інституціоналізація передбачає також і регламентацію діяльності індивідів та їх взаємин, юридичну легалізацію організаційних структур, якщо це реально і потрібно.⁵ Результатом такого процесу є формалізація та організація суспільних відносин, а також їх перетворення на інститути: церкви, сім'ї, економіки, медицини тощо, в залежності від сфер людської життєдіяльності. Цей факт дає нам змогу стверджувати, що інституціоналізація є, свого роду, синергетичним процесом, оскільки дає змогу перетворити стихійні явища із механізмом самоконтролю (чи хаотичності) на чітко організовані, ієрархізовані, структуровані та також такі, якими можливо

³ Піча В. Соціологія / за ред. В. М. Піча . Львів: Новий світ 2000. 2004.

⁴ Стельмах С.П. *Інституціоналізація історичної науки*. Енциклопедія історії України : у 10 т. / редкол.: В. А. Смолій (голова) та ін. Інститут історії України НАН України. Київ. Наукова думка, 2005. 504 - 672 с.

⁵ Нова філософська енциклопедія/ за ред. В. С. Степіна. Думка 2010.

керувати для досягнення конкретних цілей, що виникають на різних етапах діяльності інституту.

Слід наголосити на тому, що інститути як формування слугують обмеженнями для суспільства. Простіше кажучи, індивід не здатен їх оминати, скасувати, чи самостійно реорганізувати. Це – межа, яку неможливо перейти. Хоча, під час здійснення процесу соціалізації, інститути закріплюються у свідомості та уявленнях індивіда, формують його моделі поведінки, очікування, та дають чітке розуміння норм, правил та можливих санкцій. Таким чином, інститут як явище не сприймається суспільством як те, що потрібно відкинути, а також не здається шкідливим для виконання внутрішніх порядків. У цьому випадку, **інституціоналізацію** можна вважати **одним із елементів соціалізації** індивіда.

Інституціоналізацію також можна вважати процесом забезпечення суспільної стійкості, розвитку та можливої передбачуваності. Завдяки цьому утворюється неподільний та безперервний інституційний простір, таким чином продукуючи утворення когерентності. **Когерентність** – узгоджене протікання в часі декількох процесів, їх взаємозв'язок.⁶ Тобто, інститути утворюють своєрідну взаємозалежність між собою у соціальному просторі в певний проміжок часу. Саме така їх властивість забезпечує стійкість і єдність соціальної системи, а також слугує потужним рушієм для створення ієрархічної послідовності правил, норм, та їх формалізації. Це, в свою чергу, передбачає своєрідну диверсифікацію, ускладнення порядку, загальну особливу структуру.

Інституціоналізація як процес відбувається передусім **завдяки таким трьом аспектам:**

⁶ Тлумачний словник. Академія наук України. Київ 2010.

1. **Соціальна потреба.** Вважається основною передумовою, оскільки інститути повинні здійснювати чітку організацію суспільної діяльності, цим самим задовольняючи потреби, що виникають.

2. **Соціальні зв'язки, відносини, та взаємодії.** Саме на основі цього аспекту утворюється будь-який інститут. Проте, як і інші системи, які існують в соціальному просторі, інститут не може лише зводитись до кількості осіб, якими він налічується, а також до характеру та специфіки їх взаємодій, складності та довготривалості цих взаємодій, стійкості та усвідомленості наслідків тощо. Основними структурними елементами є 2 системи: ціннісна та нормативна, існуючі суспільні ідеали, патерни поведінки та людської діяльності.

3. **Адаптація.** Цей конструкт має властивість проявлятися в 2 порялках: індивідуальному, коли індивіди самостійно докладають зусиль для адаптації, та колективному, коли існує своєрідна суспільна гармонізація взаємин. В рамках цього конструкту формуються особливі механізми соціально-психологічного характеру, що мають на меті забезпечувати найважливіші функції, що існують в межах будь-якого інституту: стабільність та усталеність організації. Саме на основі цих функцій стає можливим розвиток інституту.

Вважається, що загалом існує **2 основні шляхи до осмислення інституціоналізації:**

1) **Інституціоналізація як контрольований та цілеспрямований процес.** У цьому випадку, заснування інститутів відбувається саме завдяки рішенням, прийнятим органами публічної влади (парламент, Президент, спеціальні органи, міністри, тощо), чи громадянами з високим рівнем соціальної, громадянської активності (меценати, впливові політично зацікавлені особи тощо).

2) **Інституціоналізація як стихійний процес.** На противагу першому, у цьому випадку формування інститутів відбувається у практичному середовищі суспільних відносин, спершу як фактичних моделей поведінки, і лише через певний час стають загальноприйнятими для усіх членів суспільства. Цей приклад характерний для не таких формальних (як от медицина, економіка, тощо) соціальних інститутів, для яких вказівка з боку влади не є обов'язковою. Прикладом інститутів з низьким рівнем формалізації можуть бути соціальні фонди.

Слід наголосити на тому, що існування таких шляхів осмислення **не** означає, що, після закінчення вищезгаданих процесів, розвиток інституціоналізації завершується. Навпаки, це породжує нові вектори для розвитку. Важливими факторами закріплення інституційного порядку є час та соціальна практика, а також стійкість самого інституту і окремих його елементів щодо цих двох факторів. Наразі існує ряд інститутів, які особливо чутливі до соціальних змін, тому знову і знову проходять процеси інституціоналізації, при цьому зберігаючи свою стійкість та стабільність в суспільстві. Саме така характеристика дозволяє таким інститутам ставати перманентними, або принаймні довготривалими. Це, в свою чергу, породжує ріст лояльності з боку суспільства, адже виробляється певна соціальна звичка.

Як процес, інституціоналізація проявляється у кількох різних варіаціях. У першу чергу, відбувається розширення інституцій, які виникають (первинна інституціоналізація), або вже існують (вторинна інституціоналізація). Так росте кількість інститутів в межах конкретної галузі, як от медицини, освіти, тощо. Також, характерним є

диверсифікація та/чи екстенсія структури уже існуючих інститутів.⁷ Простіше кажучи, ускладнення та розширення структур.

Інституціоналізація як явище виступає об'єктом досліджень для різних наук. Так, подібні дослідження знаходимо серед наукової спадщини етнополітології, політології, антропології, права та соціології. Серед науковців, що досліджували питання інституціоналізації були: В. Андріяш, А. Колодій, С. Ліпсет, Р. Бенедикт, М. Дюверже, С. Довгий, Л. Герасіна та О. Данильян та ряд інших.

Запозичене з **юриспруденції** поняття «інститут» використовується для характеристики окремого комплексу юридичних норм, що регулюють соціально-правові відносини певної предметної галузі. Такими інститутами у юридичній науці вважаються, зокрема, успадкування, шлюб, власність тощо. Таким чином, у межах юридичних наук інститут традиційно розглядається як сукупність норм права, що регулює певну групу відносин одного порядку та є частиною відповідної галузі права. Однак, як зазначав А. Іншаков, сфера інституцій не обмежується лише формальними проявами, реалізованими через економічні, політичні, релігійні, моральні, культурні та екзистенціальні норми, але і характеризується неформальними практиками в певних обставинах.⁸

У **політології**, інституціоналізація – це механізм, що забезпечує організацію спільної політичної діяльності людей шляхом формування певних організацій, в межах яких здійснюється певна політична діяльність. Інституціоналізація вважається історичним процесом появи та формування нових соціальних інститутів і процесом, за допомогою якого інститути функціонують у рамках соціальних інститутів. Також, процес інституціоналізації, в межах

⁷Осипова Н.П. Поняття й ознаки соціального інституту. Механізми здійснення інституціоналізації. Соціологія підручник / за ред. Н. П. Осипової. Київ Юрінком Інтер. 2003. С. 67.

⁸Іншаков О. Homo institutus. *Соціологія*. 2005. С. 620.

політологічного наукового поля, пов'язаний з процесом адаптації індивідів до нових нормативних вимог⁹.

За визначенням політолога М. Ільченка, **інституціоналізація** – це становлення нових інститутів, правове та організаційне закріплення тих чи інших суспільних відносин¹⁰. Це найбільш просте та зрозуміле визначення процесу. Щодо інституційного підходу, то, на думку науковця, це – методологія наукового пізнання та практичної діяльності, спрямованої на розгляд механізмів взаємодії та зв'язків суб'єктів суспільних відносин, оцінки їхньої поведінки при використанні формальних та неформальних норм, а також оцінки ефективності структур та інститутів.

З точки зору **економіки**, інституціоналізація є процесом перетворення відповідних соціальних намірів, та формування нових правил економічного спілкування на основі впровадження їх за допомогою владних інститутів та основних засобів регулювання.¹¹

У соціології під інституціоналізацією розуміють типізацію звичних дій акторами різного роду. Інакше кажучи, будь-яка формалізована типізація є інститутом. Він, в свою чергу, функціонує за певними правилами, регулюється нормами, карається санкціями, таким чином стимулює дотримання порядку (та, в деяких випадках, рівності та справедливості).

До дослідження проблем інституціоналізації, на думку української соціологині О. Бень, слід підійти насамперед з виокремлення двох основних напрямів.

1) Започаткований основами теорії **М. Вебера**.

⁹Зирянов С. Інституціоналізація електоральних процесів країн з перехідними політичними режимами. *Особистість. Культура. Суспільство*. 2007. С. 170-181.

¹⁰Ільченко Н. Методологія дослідження проблем державного управління: інституціональний підхід. *Актуальні проблеми державного управління*. 2011. № 1. С. 5.

¹¹Ткач А. *Інституціональні основи ринкової інфраструктури*. Київ. НАН України, Об'єдн. ін-т економіки. 2005. 295 с.

Інституціоналізація – процес творення легально-раціональної системи інститутів, що включає:

- **індивідуальний рівень** (процес утворення норм);
- **системний рівень** (процес формування структури);

У цьому випадку важливого значення набувають такі аспекти як психологічний та інтерактивно-динамічний. Своє продовження перший напрямок отримав у працях таких науковців як: П. Блау, Дж. Хоманс, Г. Блумер, Ф. Селзнік та ін.

2) Започаткований основами теорії структурного функціоналізму **Т. Парсонса**.

Інституціоналізація – це інтеграція очікувань акторів, які складають релевантну інтерактивну систему ролей, об'єднану спільними цінностями.¹² В рамках цього підходу вважається, що індивіди мають можливість впливу на процес інституціоналізації лише через систему ролей і норм, які, в свою чергу, зумовлюють їх моделі поведінки.

П. Блау вважає, що **інституціоналізація** – явище, що регулює та стабілізує процеси складного обміну. У той час як цінності полегшують перебіг процесів непрямого обміну між різними типами соціальних одиниць. У міру зростання залежності людей та різних форм колективної організації від специфічних мереж непрямого обміну на очікувані винагороди, зростає необхідність чітко сформулювати принципи обміну.

Цей процес може бути ефективний при виконанні таких умов:

- формалізований обмін має бути **вигідним для більшості сторін**, що беруть у ньому участь;

¹²Welfling M. *Political Institutionalization: Comparative Analysis of African Party Systems*. Sage Publications Inc. NY. 1973. 6 с.

- більшість організованих у колективні одиниці індивідів має бути **інтерналізовано в ході попередньої соціалізації**;

- ті соціальні одиниці, які володіють владою в системі обміну, повинні отримати таку **винагороду**, яка б змусила їх активно шукати формулювання правил, що відповідають за управління відносинами обміну.

Ця концепція інституціоналізації подібна з дещо різними між собою трактуваннями Т. Парсонса і Дж. Хоманса. Хоча **інституціоналізація**, згідно з міркуваннями обох теоретиків, є впорядкуванням моделей взаємодії за допомогою норм, Т. Парсонс розуміє під інститутами нормативні структури, насичені цінностями, які дозволяють привести до єдиного знаменника взаємодії "акторів" з їх різноманітними життєвими орієнтаціями та цілями. Дж. Хоманс, натомість, розглядає інститути як форми обміну за допомогою норм та загальних "закріплювачів" цього процесу. Вони, зрештою, покликані забезпечити плату кожному індивіду за його працю.

Важливо відзначити, що інституціоналізація означає типізацію не тільки дій, але і акторів в рамках інститутів. Тобто, дії типу X повинні здійснюватися акторами типу X.¹³ З практичної точки зору це означає, що для формування інституту необхідною умовою є створення чітких моделей поведінки для певних категорій осіб. Якщо говорити про **елементи інституціоналізації**, то такими є контроль та традиції. Ці складові є важливими для осмислення процесу інституціоналізації, оскільки безпосередньо окреслюють можливості інститутів на етапі становлення та різного роду перетворень в контексті первинної, вторинної та деінституційної гілки розвитку.

Відбувається поступове формулювання загальних поширених моделей поведінки, проте, у поступовому вияві, оскільки, по своїй

¹³Бергер П. *Соціальне конструювання реальності. Трактат з соціології знання*. 1995. С 323.

природі, ці процеси не можуть бути такими, що створюються миттєво. Інститути апріорі завдяки своєму існуванню виступають регуляторами людської поведінки, закріплюючи таким чином її множинність варіантів та їх можливості. Саме такий контролюючий характер є незалежним від санкцій, які підтримують той чи інший соціальний інститут.

Згідно з міркуваннями Є. Головахи та Н. Паніної, **інституціоналізація** – процес становлення нових соціальних інститутів у трьох аспектах:

1) у якості процесу **становлення і прийняття** суспільством нових соціальних правил (як от певних законів, нормативних структур, традицій та ритуалів);

2) у якості процесу **створення** організаційних структур, які відповідають за послідовність, порядок і примус для дотримання цих правил і становлять основу соціальної структури поведінки, що може вважатися інституціоналізованою;

3) як **формування ставлення** масових суб'єктів (або груп) до соціальних правил і цілих організованих структур, що віддзеркалює погодженість людей із цим інституціональним порядком.¹⁴

Соціолог С. Катаєв у своєму науковому доробку окреслює, що **інституціоналізація** – це процес розвитку, зміни соціальних інститутів, що призводить до закріплення певного кола соціальних відносин у вигляді соціальної норми, закону, прийнятого порядку.¹⁵

Інституціоналізацію можна розглядати з точки зору двох аспектів: динамічного та статичного. Згідно з міркуваннями української дослідниці

¹⁴Головаха Є. Пострадянська деінституціоналізація і становлення нових соціальних інститутів в українському суспільстві. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2001. №4. С. 5 - 22.

¹⁵Катаєв С. Механізми інституціоналізації в умовах соціальних перетворень. *Соціальні технології. Актуальні проблеми теорії та практики*. Київ. 2008. С. 150-156.

О. Бень, за такою ж аналогією можна розподілити і науковців, що дотримуються певних поглядів у своїх дослідженнях питань інституціоналізації.¹⁶

Для представників **статичного крила** (С. Хантінгтон, Н. Ползбі) першої його умовної групи більш важливим є внутрішній аспект результату інституціоналізації – соціального інституту (структура, набір статусів і ролей, норми, правила, внутрішня узгодженість тощо). Для іншої частини статичного крила, навпаки – зовнішній аспект інституціоналізованого утворення (здатність до адаптації, автономність, суспільне визнання тощо). І нарешті – представники статичного крила, що при тлумаченні поняття інституціоналізації намагаються поєднати як зовнішні, так і внутрішні ознаки.

Аналогічно є три групи представників **динамічного крила** (Дж. Мейер, Л. Лонглі), для яких важливі окремо внутрішній та зовнішній аспекти, а також спроба їх поєднати.

Очевидно, в умовах сучасної соціальної реальності неможливо не погодитися з тим, що найбільш зручним для дослідження інституціоналізації є динамічний підхід, з обов'язковим включенням як внутрішніх так і зовнішніх ознак соціальних інститутів. Саме такий погляд забезпечує найбільш комплексне дослідження інституціональних процесів.

Згідно з міркувань О. Бень вважається, що інституціоналізація як процес відбувається **на двох основних рівнях**: первинному і вторинному. Відтак:

¹⁶Бень О. Інституціоналізація: теоретична інтерпретація поняття/ О. Т. Бень. *Вісник Львівського університету. Серія соціологічна*. 2012. Випуск 6.

- **первинна інституціоналізація** – це першопочатковий процес, що передбачає створення нового соціального інституту і його легалізацію.

- **вторинна інституціоналізація** – процес, що отримав продовження завдяки попередньо створеному та існуючому підґрунті, що відбувається під час розвитку будь-якого соціального інституту, та має на меті його повну/часткову реорганізацію чи покращення.

Процес первинної інституціоналізації, очевидно, відповідає за створення нових соціальних інститутів, їх внутрішніх норм, правил, санкцій тощо, та можливостей пристосування до навколишнього соціального середовища. Натомість, процес вторинної інституціоналізації, завдяки своїм особливостям може протікати у декількох варіантах:

- **власне інституціоналізації**, коли спостерігається виникнення якісно нового соціального утворення;

- **реінституціоналізації**, коли спостерігається своєрідне реформування наявного соціального утворення;

- **деінституціоналізації**, коли соціальне утворення, що колись існувало, припиняє своє об'єктивне існування.¹⁷

Деінституціоналізація – процес, у ході якого відбувається руйнування колишніх інституціональних утворень та зміна соціальних норм. Натомість, чітко вираженим стає неприйняття інституціональних вимог до соціальної поведінки.¹⁸ Цей процес може вийти за рамки вторинної інституціоналізації як такої і стати абсолютно новим, фактично автономним, етапом в історії певного соціального інституту. Це явище можна назвати етапом цілковитого розпаду.

¹⁷Бень О. Т. *Первинний та вторинний характер інституціоналізації (на прикладі молодіжної громадської організації “Українська молодь – Христові”)*. Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства: Збірник наукових праць. Харків : Видавничий центр Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, 2005. С. 659–665.

¹⁸ Головаха Є. *Пострадянська деінституціоналізація і становлення нових соціальних інститутів в українському суспільстві. Соціологія: теорія, методи, маркетинг.* 2001. №4. С. 5 - 22.

Таким чином, відбувається повний “життєвий цикл” (термін запроваджений Л. Грайнером у 1970-х роках¹⁹) становлення будь-якого соціального інституту.

Інституціоналізація в соціології досліджувалась також такими авторами як: Р. Бендікс, П. Блау, Дж. Ландберг, С. Ліпсет, Ч. Міллз, Б. Мур та ін. Важливим аспектом вивчення інституціоналізації як процесу стали теорії неоінституціоналізму. Так, його положення знаходимо в працях Р. Джефферсона, П. Ді Маджіо, Дж. Мейєра, Л. Лонглі, Д. Норта, В. Пауелла та деяких інших. В рамках цих теорій наголошується на динамічності інституціоналізації як явища, що не закінчується на етапі створення соціального інституту, а навпаки – є постійним елементом в процесі трансформацій.

Що ж до українських досліджень інституціоналізації, то висвітлення основних її положень знаходимо серед доробків Є. Головахи, О. Іващенко, С. Катаєва, Н. Паніної, А. Ручки, В. Танчера, Ю. Чернецького та ін. Якщо говорити про розгляд інституціоналізації крізь призму соціальних інститутів, такий підхід використовували С. Войнович, С. Макєєв, В. Матусевич та деякі інші.

Таким чином стає зрозуміло, що інституціоналізація перебуває в межах наукового поля соціогуманітарних наук, проте, більшою мірою, як конструкт є розпрацьована в соціології.

1.2. Особливості формування сімейної медицини як соціального інституту

Інституціоналізація – це процес, за якого певна суспільна потреба починає усвідомлюватись як загальносоціальна, а не приватна і для її реалізації в суспільстві:

¹⁹ Lewis D. *The Management of Non-Governmental Development Organizations. An Introduction.* Routledge. London. 2001. 242 с.

- встановлюються особливі норми поведінки
- формуються відповідні ролі
- готуються кадри
- виділяються ресурси

Тобто, це – процес виникнення і становлення соціальних інститутів як ключових структурних елементів суспільства.

Зміни в соціальній практиці можуть привести як до модифікації існуючих інститутів, так і до появи нових соціальних форм. Так, криза медичної системи започаткувала соціальні процеси і відносини, які спричинили докорінні суспільні зміни – появу нової практики надання первинної та вторинної медичної допомоги, а також нової професії “сімейний лікар”.

Сімейна медицина – комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики. В свою чергу остання передбачає тривалу опіку над здоров’ям індивіда, наряду із всіма членами його сім’ї, попри характер хвороби та стан організму, в усі періоди життя. Відтак, це доволі складна багаторівнева система, що передбачає певні **принципи функціонування**. Серед останніх, зазвичай, виділяють такі:

- довготривалість та безперервність спостереження;
- багатопрофільність первинно-медичної допомоги;
- відношення до сім’ї, як до одиниці медичного обслуговування;
- превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;
- економічна ефективність і доцільність допомоги;
- координація медичної допомоги;²⁰

²⁰ Всесвітня Організація Сімейних Лікарів (WONCA). URL: <http://www.wonca.org/> (дата звернення 02.10.2022).

Світова історія зародження інституту сімейної медицини має початок ще з V–X ст. нашої ери, саме в той період, коли виникла медицина. До 60-х років XX століття системам в Північній Америці та Європі були притаманні дискусії щодо того, якою ж повинна бути сімейна медицина. В той час, найпопулярнішими прикладами утворення сімейної медицини у світі були такі:

- **система Бісмарка** (страхова, змішана, яка наразі використовується у Франції, Німеччині, Австрії, Швейцарії, Нідерландах, Бельгії)

- **система Беверіджа** (характерне повне державне фінансове компенсування надання послуг, яка популярна у Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції. У цьому випадку держава фінансує понад 80% від суми усіх витрат на систему охорони здоров'я).

З 60-70 років XX століття і далі, практично усі держави перейняли систему охорони здоров'я, що побудована на принципах загальної практики – сімейної медицини.

У 1972 р. була створена **Всесвітня асоціація сімейних лікарів** (WONCA), яка об'єднала 8 країн-членів із системами охорони здоров'я, в яких пріоритет надається первинній медико-санітарній допомозі (ПМСД) та сімейній медицині. У 1978 р. відбулася Алма-Атинська конференція, де було прийнято резолюція про визначення ролі та розвитку ПМД. Згодом ВООЗ схвалила Алма-Атинську декларацію (1979 р.), в якій було встановлено глобальну стратегію досягнення здоров'я для всіх за допомогою ПМД (1981 р.). З того часу у більшості країн світу розпочалася активна трансформація систем охорони здоров'я з акцентом на розвиток ПМД та сімейної медицини загальної практики (ЗПСМ).

У 1996 р. на нараді ВООЗ, що проходила в Любляні, було оголошено «Напрямок ПМД», підготовлено проект статуту ЗПСМ, а в 1998 р. Декларація ВООЗ про охорону здоров'я населення світу, заснована на зміцненні та розвитку ПМД, ухвалила План ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті», суть якого полягає у забезпеченні до 2010 року кращого доступу до ПМД для населення Європейського регіону. На служби первинної медико-санітарної допомоги у світі припадає близько 85-90% усіх медичних послуг, але на сімейних лікарів припадає 45-50% всіх лікарів.²¹

Американський досвід заслуговує на особливу увагу. Ще в далеких 60-х роках два американські лікарі та вчені Х. Стівенс та Л. Кармайкл розробили медичну концепцію, основною метою якої було здійснення індивідуалізованого підходу в лікуванні хворих. Ця концепція передбачає, що сімейні лікарі зобов'язані не лише надавати лікування та першу допомогу хворим, а й за необхідності залучати інших вузькоспеціалізованих лікарів.

У 1947 р. була утворена Американська академія загальної практики, яка представляла лікарів цієї спеціальності в офіційних медичних колах. Процес формування Американської ради загальної практики розпочався на початку 1960-х років і завершився 1969 року.

В результаті професія лікаря в США нарешті здобула офіційне визнання. Сімейна медицина в США в основному розвивається за такими напрямками:

- участь лікарів загальної практики в американських медичних організаціях дозволяє зберегти професію та усталені традиції;

²¹ Ткаченко В. *Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні*. Київ. 2015. 12- 17 с.

- суспільство бажає як зберегти перевірені часом цінності та принципи роботи сімейних лікарів, так і виховати новий, відповідальний підхід до лікування;
- наукова розробка концепції сімейної медицини, підвищення ролі лікарів у житті пацієнтів, сім'ї та суспільства;
- забезпечення доступності всіх видів медичної допомоги для більшості людей враховуючи, що хворий і його сім'я – це цілісність, і сам він аж ніяк не набір одиничних органів.²²

До 1970-х років сімейну медицину офіційно визнано в США, і в медичних університетах було введено спеціалізації «сімейна медицина». Сьогодні у Сполучених Штатах пацієнти мають вільний доступ до сімейних лікарів та інших фахівців, які можуть стаціонарно лікувати та виписувати рецепти. У США якість та своєчасність допомоги, що надається пацієнтам сімейними лікарями, контролюється рядом уповноважених контролюючих органів, зокрема:

- Американський фонд сімейної медицини.
- Американська рада сімейної медицини.
- Комітет з нагляду за стажуванням.

У Франції було створено Інститут загальної практики 1993 року з метою поліпшення загальної лікарської практики. Держава фінансувала діяльність 58 000 сімейних лікарів, і один сімейний лікар обслуговував 1000 осіб. Французи вільні у виборі сімейного лікаря. Слід зазначити, що в країні дуже розвинене медичне страхування, тож витрати на відвідування лікаря покриває страхова компанія. Відвідування сімейного лікаря та консультація у нього коштують 100 франків.

У Туреччині ситуація в сімейній медицині схожа на українську, оскільки реформа охорони здоров'я проводилася останніми

²² Стечак Г. *Зарубіжний досвід професійної підготовки сімейних лікарів*. Львів. 2017. 229 с.

роками і продовжується досі. Наразі розглядається питання щодо запровадження Інституту сімейної медицини.

У Хорватії створено центри здоров'я, де працюють сімейні лікарі та інші вузькоспеціалізовані фахівці. Також за потреби можна викликати додому патронажну сестру. Реформи, що проводяться в країні, спрямовані на забезпечення якості життя, доступних ліків і підвищення рівня життя населення.²³

Очевидно, практика сімейної медицини для України є доволі новим явищем. Із законодавчої точки зору, постанова Кабінету Міністрів «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» 2000-2005 років, була першим поштовхом до сприяння закріпленню такої системи надання медичних послуг, та викорінення радянської системи медицини.

Таким чином стає зрозуміло, що сімейна медицина в українських реаліях є доволі новим інститутом, проте вже не знаходиться на етапі зародження, що, відповідно до матеріалу поданого рядками вище, породжує потребу у дослідженні її первинної та вторинної інституціоналізації.

Згідно з узагальненою схемою інституціоналізації І.Юрченко процес становлення соціального інституту сімейної медицини включає в себе такі етапи:

- **виникнення потреби** в сімейній медицині як на мікрорівні (пацієнт, який хоче отримати якісну та доступну медичну допомогу), так і на макрорівні (держава, що прагне, а не лише декларує, максимально задовольнити потреби населення в медичній допомозі з найменшими затратами);

²³Яремчук О. В. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. 6 с.

- **формування основної мети** сімейної медицини – надання доступної, якісної, безоплатної для населення медичної допомоги;
- **створення соціальної інфраструктури** – амбулаторії сімейної медицини;
- **прийняття нормативно-правової бази** сімейної медицини;
- **розподіл соціальних норм** сімейної медицини на:
 - морально-етичні
 - нормативно-правові;
- **поява процедур взаємодії** між сімейним лікарем і пацієнтом та його сім'єю, між сімейним лікарем й іншими фахівцями системи охорони здоров'я;
- **легітимація** соціального інституту сімейної медицини;
- **формування професійної соціальної групи** сімейних лікарів;
- **зміна якості діяльності** сімейного лікаря та **зміна підходу** до пацієнта;
- **встановлення системи санкцій** для підтримки норм і правил через економічне стимулювання сімейного лікаря.

Завершенням процесу інституціоналізації сімейної медицини є **створення системи соціальних статусів і ролей**, які охоплюють усіх без винятку членів інституту сімейної медицини і дістають схвалення більшості учасників цього соціального процесу.

Інституційні логіки в сімейній медицині формуються принципами її організації, та є такими:

- вільний вибір лікаря
- доступність
- безперервність
- багатопрофільність

- профілактика та лікування
- орієнтація на сім'ю та громаду
- урахування особливого підходу до пацієнта як до соціальної особи, що провадить свою життєдіяльність під впливом різних соціальних груп.

Носіями інституційних логік виступають різні учасники системи сімейної медицини.

1) **На загальному рівні** – самі сімейні лікарі, які втілюють ці практики надання медичної допомоги в життя.

2) **На рівні первинної медико-санітарної допомоги** продовжують діяти й інші “логіки” та актори – лікарі поліклінік. Лише при збільшенні чисельності сімейних лікарів – як провідників принципів сімейної медицини – її інституційна логіка може стати домінуючою на рівні первинної медичної допомоги.²⁴

Сімейна медицина як інститут в Україні здійснила етап первинної інституціоналізації у 2018 році, коли було підписано відповідний документ, який, в свою чергу свідчив про закріплення практик надання медичних послуг населенню на задах сімейної медицини. Слід зазначити, що цей етап не відбувся миттєво, навпаки – йому передувала низка заходів для поступової реорганізації медичної системи, що функціонувала в Україні з часів СРСР.

Таким чином, процес впровадження сімейної медицини розпочався з експерименту у Львівській області у 1987 році, коли у Дрогобичі відкрилася перша поліклініка загальної практики. З 1995 року підготовка сімейних лікарів провадиться за програмою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я України.

²⁴ Юрченко І. *Інституціоналізація волонтерського руху в Україні*. Ін-т соціол. НАН України. Київ 2009. 16 с.

Посаду сімейного лікаря можуть заміщати лікарі, які пройшли практику за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», а також лікарі за спеціальностями «Лікувальна практика» та «Педіатрія», які пройшли навчання у післядипломних вищих медичних закладах. Освіта у галузі сімейної медицини, сертифікат за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Діяльність таких лікарів визначається уповноваженим органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.²⁵

З 1 квітня 2018 року розпочалася реалізація частини медичної реформи щодо регулювання роботи сімейних лікарів. З 1 квітня 2018 року терапевти, педіатри та сімейні лікарі можуть приймати пацієнтів лише після підписання декларації – договору з лікарем на надання певних медичних послуг. Вибір лікарів не мусить бути пов'язаний із місцем проживання, реєстрації чи фактичного перебування громадян.²⁶

Таким чином громадяни України мають можливість самостійно обирати сімейного лікаря незалежно від місця проживання (що передбачено регіональною системою надання медичних послуг).

Така процедура дозволяє дещо знизити рівень соціального невдоволення щодо української медичної системи, проте, як стверджують різні дослідження, все ще є недосконалою.

Наразі, сімейна медицина як соціальний інститут в Україні перебуває на етапі вторинної інституціоналізації. Цей етап є складним, багаторівневим, та таким, що може сповільнюватися через низку факторів. В першу чергу, реформовано лише перший рівень надання медичної допомоги. Громадяни України очікують реформування і наступних рівнів, проте, в силу різних обставин, це наразі не відбувається:

²⁵ Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) «Світова статистика охорони здоров'я 2013». (дата звернення 02.10.2022).

²⁶ Всесвітня Організація Сімейних Лікарів (WONCA). URL: <http://www.wonca.org/> (дата звернення 02.10.2022).

- непослідовність державної політики
- недосконалість нормативно-правової бази
- несистемний підхід до її організації
- недостатній рівень підготовки медичного персоналу
- невизначеність обсягів медичної допомоги та розробленого маршруту чи порядку звернення пацієнта до сімейного лікаря, а також ряду інших чинників, через наявність яких сімейна медицина досі не реалізована сповна.

Досвід іноземних країн дає змогу проаналізувати, що практика сімейної медицини є не лише прогресивним паттерном Заходу, а є дієвою, та найбільш зручною, з точки зору комунікації між акторами всередині інституту на рівні “лікар-пацієнт”. Очевидно, Україні, як і іншим країнам, що вже встигли запровадити практику сімейної медицини, потрібен час, щоб, в першу чергу, повноцінно завершити етап реформування, а також зрозуміти, яка модель надання медичних послуг є зручною як для держави, так і для громадян.

Ситуація в Україні з емпіричними дослідженнями в сфері медицини загалом, та сімейної медицини зокрема, все не є досконалою. На нашу думку, дослідження соціальних інститутів, і медицини зокрема, є націленими на вивчення вузької проблематики та недостатньо чіткими. За результатами різних досліджень, в Україні громадськість найбільше схвильована питанням корупції у всіх сферах. Очевидно, корумпованість системи медицини, зокрема сімейної, може виступати одним із головних чинників в процесі прийняття рішень, а також одним із механізмів гальмування процесу його інституціоналізації в українському суспільстві.

Проте істинною проблемою є саме розбіжності між декларованою реальністю, та реальністю *de facto*. Між реальною ситуацією, що може бути визначена емпірично, та декларованою, котра

вигідна будь-якому залученому суб'єктові, на жаль, існують певні відмінності. І саме соціологія покликана максимально скоротити їх, шляхом пошуку як декларованих так і реальних (можливо латентних) складових.

Також, отримавши банк даних, можна робити прогнози щодо вектору, в якому повинна рухатися сімейна медицина в Україні. Неабияку роль у емпіричному аналізі відіграє і досвід іноземних країн, оскільки досвід сімейно-медичної практики ми переймаємо саме від них. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я оголосила про перехід до системи сімейної медицини ще у 1978 році, надаючи загальні методичні рекомендації для надання первинної медичної допомоги за концепцією лікаря загальної практики (зараз – сімейний лікар).

В Україні, в свою чергу, проект закону «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини» набув чинності 2017 року²⁷, що, у порівнянні зі світовою практикою, доволі пізно.

Емпіричні аспекти дослідження сімейної медицини маємо в рамках лонгітюдного дослідження в Канаді та європейського дослідження EURACT. Серед українських досліджень маємо безпосередню емпіричну базу із загальних питань від Міністерства Охорони Здоров'я України, дослідження групи «Рейтинг» щодо стану сімейної медицини в Україні, а також дослідження Київського Міжнародного інституту соціології. Загалом, для проведення аналізу та формування висновків наявного емпіричного матеріалу, на нашу думку, є достатньо.

За канадське лонгітюдне дослідження відповідальним був Коледж сімейних терапевтів Канади (Future practice of comprehensive care). Опитування зачепило 4 провінції (адміністративні райони)

²⁷ Закон України «Про первинну медичну допомогу» від 19.11.1992 №2801-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/20048> (дата звернення 01.10.2022р).

Канади – Альберта, Саскачеван, Онтаріо та Квебек. Суть цього дослідження полягала в тому, щоб описати причини виходу із системи сімейної медицини її користувачами (англ. – residents). Опитування мали на меті врахувати уявлення про сімейну медицину на основі компетенцій та намірів її практикувати. Важливо додати, що це дослідження тому називається лонгітюдним, що передбачає доволі тривале в часі порівняння (2012-2014 роки). До порівняння були застосовані результати входу до системи сімейної медицини (T1 – 2012 рік) та своєрідного виходу з неї (T2 – 2014 рік).

Очевидно, фактаж інформації є доволі обширним, та потребував значної аналітичної інтерпретації. У вибірку потрапило 341 анкета першого тесту (T1) умовно «вхідна», а також 325 «вихідних» анкет другого тесту (T2). Основний акцент цього дослідження був на самовітності лікарів, на комплексному догляді а також на допомозі, яка буде надаватися сольно чи в конкретному колективі/групі. Тобто, тут маємо своєрідну оцінку моделей сімейної медицини, про які вже йшла мова раніше (нагадаємо – сольна, парна та групова).

За результатами дослідницького матеріалу, 78,7% відповіли, що мають намір надавати комплексну медичну допомогу у своїх майбутніх практиках, 70,8% вказали на свій особливий інтерес до комплексної медичної допомоги, і лише близько 30% відповіли, що хотіли би зосередитись на вузькій спеціалізації (за українським аналогом – дільничній системі). 92,9% відповіли, що пріоритетною моделлю для роботи сімейного лікаря є парна модель (саме вона є класичною у загально світовій практиці).

Такого роду опитування дає можливість вивчити питання намірів медичної практики, практики сімейного лікаря зокрема, з усіма труднощами. Банк даних може бути використаних для планування попиту та пропозиції на робочу силу, чим ефективно користуються

країни Заходу, коли мова йде про big data.

Взагалі, до питання специфіки роботи сімейного лікаря важливо підходити з розумом, оскільки підготовка сімейного лікаря – важливий аспект соціалізації. Адже, саме лікар повинен розуміти необхідність формування знань і практичних уявлень про сім'ю, як своєрідну «ланку національного здоров'я» та самопочуття. Саме ця ланка безпосередньо впливає на благополуччя та розвиток будь якого суспільства.²⁸

Наразі у світі існує відмінність між лікарями загальної практики (сімейними лікарями). Про якісну відмінність можна говорити навіть виключно в контексті Європи. Мова йде, в першу чергу, про управління такою ланкою медицини, компетентність лікарів, ефективність робочої сили та можливість її цілковитої реалізації (чого насправді бракує Україні).

Дослідження EURACT було проведено в рамках програми «Здоров'я для всіх» ВООЗ. Воно акцентувало увагу на думках членів ради Європейської академії вчителів загальної медичної практики щодо зміцнення позицій сімейної медицини та лікарів у своїх країнах. В рамках цього дослідження використовували змішані методи послідовного проектування робіт. Представники EURACT з 32 європейських країн брали участь у брейн-стормінгу(мозковий штурм) щодо посилення позицій сімейної медицини в Європі. Пізніше відбувалося індивідуальне оцінювання відповідності запропонованих для конкретної країни дій за спеціальною 9-ти бальною шкалою Лайкерта. Також, було здійснено стандартизовану оцінку лікаря-практика (сімейного лікаря) в конкретній країні за чотирма основними аспектами: на рівні політики/управління; на рівні

²⁸ College of Family Physicians of Canada «Practice intentions of exiting family medicine residents in Canada» URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6042659/> (дата звернення 02.10. 2022р).

академічному; на рівні прийняття населення; важливість для прогресу системи охорони здоров'я. Саме з цих міркувань країни було погруповано на «країни високого рівня», «середнього» та «низького».

Загалом, усі результати такого дослідження було ущільнено для створення загального образу сімейної медицини та необхідних чинників її підтримання. З найвищим коефіцієнтом виявилися такі складові як «необхідність стимулювання на академічному етапі» (8.36 з 9), «наявність сильних лідерів» (7.89 з 9), «необхідність державного перерозгляду специфіки» (7.54 з 9), «постійний розвиток та вдосконалення» (7.68 з 9), «зв'язок між академічною та урядовою складовими» (7.23 з 9), «залучення ЗМІ», «забезпечення даними, інформаційним ресурсом» (6.75 з 9).

Повертаючись до чотирьох аспектів лікарів-практиків, найкраще організованими на політичному, академічному та соціальному рівнях виявилися Нідерланди, Ізраїль та Великобританія (12 пунктів з 12-ти можливих). Загалом, країн «високого рівня» виявилось 13. В середині таблиці розташувалися Хорватія та Чехія (9 пунктів з 12-ти можливих). У цьому випадку, країн «середнього рівня» було 11. Країн «низького рівня» в таблиці 6, найгірше організованою виявилася Сербія (6 пунктів з 12-ти можливих). Представників України в дослідженні не було, а Росія зайняла другу позицію з кінця таблиці, з тими ж шістьма пунктами, що і остання Сербія (див. Додаток Г).²⁹

Підсумовуючи результати цього дослідження, можна сказати, що Європа несе відповідальність за просування сильної та високоякісної сімейної медицини. Проте така відповідальність має більшу вагу тому, що здійснюється в ході міжкультурного діалогу. Очевидно, йде мова про покращення умов праці лікарів, а також

²⁹ Дослідження BOO3 EURACT в рамках програми «Здоров'я для всіх» URL <https://euract.wopcaeurope.org/> (дата звернення 01.10.2022р).

ставлення до них з боку громадськості. На нашу думку, саме якісних підхід до цієї теми дав можливість як найкраще окреслити межі необхідних заходів, зокрема в контексті кожної із країн-учасників.³⁰

Перед тим як перейти до українського сегменту емпірики, хочемо наголосити, що Україні бракує такого зразка досліджень, які були подані попередньо. Ми вважаємо, що виключно кількісна специфіка вже давно відходить на периферію, а ефективне дослідження дедалі частіше потребує якісної методології. Проте не будемо стверджувати, що увесь емпіричний матеріал є непотрібним чи таким, що не відображає українські реалії.

Насправді картина в Україні демонструє доволі позитивну динаміку. Опираючись на загальну статистику МОЗ України, дослідження сімейної медицини відбувалося в рамках проекту «Безкоштовна медицина». Для такого масштабного дослідження було проведено низку якісних досліджень (глибинні, фокус-групові інтерв'ю) та кількісний «Омнібус» (2016-2017 роки). Це була перша вдала спроба поєднання двох сегментів соціологічних досліджень. Загалом, основний акцент був зроблений на фінансовий аспект надання медичних послуг. Відтак, 46% опитаних відповіли, що на медичні послуги вони витрачають кошти із «власної кишені» (out-of pocket payments). 20,3% опитаних підтвердили, що у разі виникнення проблем медичного характеру, звернуться саме до сімейного лікаря. Серед причин того, що громадяни не звертаються до інституту медицини для надання послуг є фінансова сторона цього питання (25% стверджують, що медичне обслуговування є надто дорогим), велике навантаження на медичні установи (13% жаліються на черги), та недовіра до інституту

³⁰ *BMC Family Practice «Strengthening general practice/family medicine in Europe» URL: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0653-x> (дата звернення 01.10.2022р).*

медицини в цілому (7% підтвердили наявність такої проблеми).³¹

МОЗ також нерідко співпрацює із Київським міжнародним Інститутом соціології (КМІС). Так, в рамках одного із порівняльних досліджень 2016-2019 років щодо сімейної медицини можемо спостерігати позитивну висхідну динаміку різних показників, як от «Знати особисто свого сімейного лікаря» 55% відповіли ствердно на це запитання у 2016 році, та 81% у березні 2019 року (див. *Рис 2.1.1.*). У вересні 2018 року відсоток тих, хто був задоволений своїм сімейним лікарем був 61%, до березня 2019 зміцнився на 9 позицій – 70%. Натомість рівень недовіри знизився з 17% (вересень 2018) до 9% (березень 2019), хоча у проміжку був і кращий результат – 7% (листопад 2018) (див. *Рис 2.1.1.*). Реакцією на фінансовий аспект медицини (2016 рік) стало впровадження програми «Доступні ліки», згідно з якою пацієнти із хронічними захворюваннями отримують ліки безплатно за певною системою. Згідно із результатами дослідження, близько 20% українців регулярно користуються цією програмою. А рівень загального задоволення якістю ліків зріс з 50% (МОЗ спільно із групою «Рейтинг» жовтень 2018) до 66% (МОЗ спільно із КМІС березень 2019)³²:

³¹ Міністерство Охорони Здоров'я України «Безкоштовна медицина» (квітень 2016-квітень 2017 року).

³² Міністерство Охорони Здоров'я України спільно із Київським міжнародним інститутом соціології КМІС та Групою «Рейтинг» «Як змінилось ставлення українців до системи охорони здоров'я за три роки: аналіз соціологічних опитувань 2016-2019 роки». URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-zminilos-stavlennja-ukrainciv-dosistemi-ohoroni-zdorovja-za-tri-roki-analiz-sociologichnih-opituvan-2016-2019-rr> (дата звернення 2.10.2022р)

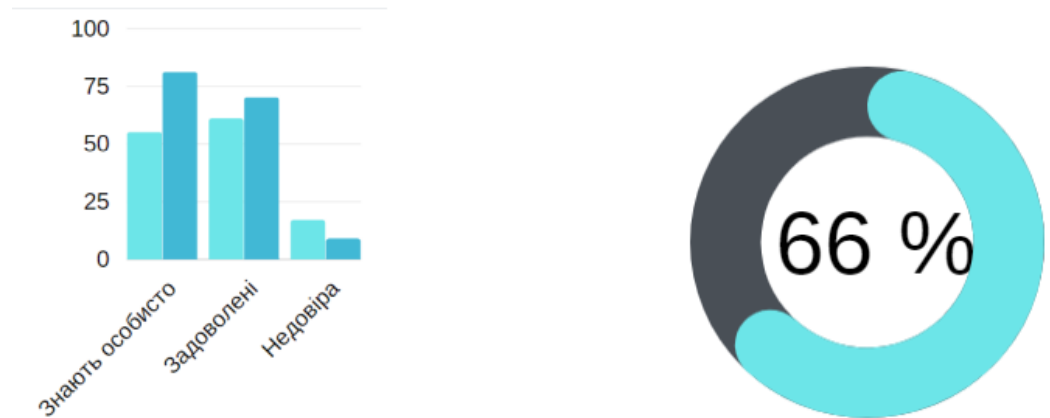


Рис. 1.2.1. “Динаміка показників щодо сімейної медицини”

Загалом, повертаючись до початку розділу, можемо підтвердити той факт, що українські дослідження потребують саме комплексного підходу. Такий постулат знаходить своє обґрунтування з того огляду, що кількісна специфіка (котра, нагадаємо, є превалюючою в українському емпіричному досвіді) передбачає вже загадані «відповіді на поверхні». Тобто, формуючи анкети щодо сімейної медицини науковці ніби формують векторний напрямок усіх отриманих відповідей. Проблема полягає в тому, що цей векторний напрямок є надмірно суб’єктивним, та нерідко політично заангажованим, навіть попри професіоналізм та компетентність соціологів.

Відтак, ми маємо позитивну динаміку з одного боку, і абсолютне незнання і нерозуміння ситуації з іншого. Саме тому, на нашу думку, комплексний підхід, із безпосереднім застосуванням якісної методології дозволить виокремити ті аспекти, які, можливо, залишилися непочутими в ході попередніх досліджень. Зрештою, сімейна медицина в Україні – явище нове, а суспільство – річ динамічна, відтак моніторинг однакових складових передбачає їх модифікацію: додавання нового і «відсікання» такого, що вже не є актуальним. Як показує практика – досвіду інших країн є достатньо, щоб його перейняти. Загалом, якщо б Україна була серед учасників

європейського дослідження, про яке йшла мова вище, а Європа мала достатньо кількісних даних, загальносвітова картина сімейної медицини була б набагато зрозумілішою.

Висновки до Розділу I

Соціальний інститут — це особлива форма людської діяльності, заснована на системі правил і норм, чітко сформульованих відповідно до соціального статусу та ролей, і розвиненого соціального контролю за ними. До основних характеристик соціальних інститутів належать підтримка соціальної структури та регулювання суспільної поведінки.

Головне призначення соціальної системи — сприяти задоволенню матеріальних і духовних, особистих і соціальних потреб її членів у конкретних історичних умовах суспільного розвитку та на конкретному етапі його існування. Цим самим, соціальні інститути відіграють важливу роль у житті та функціонуванні суспільства.

Інституціоналізація — це процес визначення та закріплення соціальних норм, правил, статусів і ролей, приведення їх у систему, яка може діяти в напрямку, що відповідає певним суспільним потребам.

Інституціоналізація як процес досліджується в рамках юридичної науки, політології, економіки та соціології.

У соціології, дослідницький інтерес до вивчення інституціоналізації окреслений як у іноземних наукових доробках, так і українських. Так, **іноземними дослідниками** інституціоналізаційного порядку є Р. Бендікс, П. Блау, Дж. Ландберг, С. Ліпсет, Ч. Мілз, Б. Мур. **Українська** соціологічна думка з питань інституціоналізації є можливою завдяки науковим доробкам Є. Головахи, О. Іващенко, С. Катаєва, Н. Паніної, А. Ручки, В. Танчера, О. Бень та ін.

З точки зору соціологічного осмислення, інституціоналізацію можна розглядати в рамках двох основних підходів: за М. Вебером та за

Т. Парсонсом. **Перший** окреслює інституціоналізацію як процес творення легально-раціональної системи інститутів на індивідуальному та системному рівнях. **Другий** — як інтеграцію

очікувань акторів, які складають релевантну інтерактивну систему ролей, об'єднану спільними цінностями. Інституціоналізація як процес проходить три основні стадії: первинну, вторинну та деінституціоналізаційну.

Сімейна медицина – комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики. Позитивний приклад впровадження системи сімейної медицини, та її інституціоналізації відтворений у медичних системах США, Хорватії, Туреччини та Франції.

В Україні натомість, реформа сімейної медицини відбулася лише у 2018 році. Це був поступовий етап **первинної інституціоналізації**, який супроводжувався змінами на мікро, мезо та макрорівнях. Наразі відбувається процес **вторинної інституціоналізації**, в межах якого в суспільстві існують певні очікування про подальші рівні реформування.

Загалом, сімейна медицина вважається не лише тенденцією Заходу, але і ефективною системою надання медичних послуг, що дає можливість індивідам здійснювати вибір на основі певних об'єктивних та суб'єктивних чинників.

РОЗДІЛ II. ПЕРВИННА ІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

2.1. Легітимація як базовий компонент інституціоналізації первинного рівня. Моделювання ймовірного перебігу легітимації сімейної медицини в сучасному суспільстві

Інституціоналізація – це процес, за допомогою якого комплекс поведінки стає невід'ємною і стійкою частиною формальної системи. Його можна розглядати як послідовність подій, що допомагає перетворити нові практики на стандартизовані.³³

У контексті динамічності соціальної реальності, очевидним можна вважати той факт, що часта зміна явищ, чи примноження нововведень, є цілком звичним процесом для індивідів. Порівнюючи динаміку соціального світу, скажімо, XX та XXI століть, розуміємо, що швидкість нововведень та їх адаптації в суспільстві є значно вищою сьогодні, аніж це було сто років тому. Очевидно, з розвитком науки і техніки, а, відповідно, і трансформацією та прогресом людської свідомості, розвиток нового є цілком логічним, навіть потрібним, апріорним. Проте, як відомо, людська природа є такою, що ставиться із засторогою до нових явищ. Таким чином, хвилюючись за власну стабільність, добробут, репутацію та інші важливі суб'єктивні та об'єктивні чинники, люди схильні або й зовсім відмовлятися від нововведень, особливо, якщо не вбачають в них прямої вигоди, або дуже довго зважуються на ухвалення рішень. У такому випадку, процес сприйняття нововведення в суспільстві стає затяжним і має двосторонні наслідки.

Первинна інституціоналізація – процес створення нових соціальних інститутів, їх внутрішніх норм, правил, санкцій тощо, та

³³ Yin R. *Changing Urban Bureaucracies: How New Practices Become Routinized*. The Rand Corporation, 1978. 155 с.

можливостей пристосування до навколишнього соціального середовища. Коли в певному соціальному середовищі виникає потреба у новоутворенні задля задоволення потреб індивідів, виникає новий інститут. Поступово він набирає своїх формальних та неформальних проявів, продукує норми, створює систему санкцій та займає окрему ланку в процесі побудови соціального порядку.

Первинна інституціоналізація відіграє важливу роль в процесі становлення соціальних інститутів, оскільки вона стає опорним пунктом для подальшого реформування/реструктурування інституту, його вдосконалення, адаптації до нових соціальних умов тощо. Якщо застосувати підхід **Дж. Александера** для створення культур соціологічного аналізу сімейної медицини (див. Додаток В), можна сформулювати історичну завісу системи надання медичних послуг в Україні, та її трансформацію у систему сімейної медицини (див. Таблиця 2.1.1.):

Таблиця 2.1.1. Історичні періоди медицини в Україні

Період	Етапи становлення	Хронологічні межі
Усвідомлення необхідності надання медичної допомоги.	Формування передумов для складних медичних досягнень.	до XXI ст.
Медицина і духовність.	Формування передумов для складних медичних досягнень. Осередки медиків при церквах.	XXI - XXII ст.
Медицина і військові події.	Формування передумов для складних медичних досягнень. Медичні загони під час воєнних перепалок.	XIV-XV ст.
Бактеріологія та епідеміологія.	Удосконалення вмінь та навичок, раннє становлення системності надання мед. послуг.	80 pp XIX ст.
Радянська система надання медичних послуг.	Дільничний лікар та безкоштовна медицина.	XX ст - 2018 р

Система загальної медичної практики.	Безкоштовна медицина, можливість обрати лікаря, довготривала співпраця.	2018 - сьогодення
--------------------------------------	---	-------------------

Таким чином, **мета сімейної медицини** – спрощений довготривалий процес отримання/надання медичних послуг населенню. Повної підтримки реформування системи медицини та переходу до сімейної медицини можна досягти лише з урахуванням поєднання зусиль влади і суспільства, кожного (свідомого) громадянина, що позитивно впливатиме на процес закріплення в суспільстві нових соціальних інститутів та їх безпосереднього закріплення в суспільстві.

Саме в такому контексті, з наукової точки зору, доходять до запитань, що стосуються суспільного визнання, його впливу на соціальну реальність, появу і розвиток нових соціальних феноменів, та їх ролі у процесі соціальних перетворень. З точки зору гуманітарних наук, такі явища називаються легітимацією, що є обов'язковим компонентом первинної інституціоналізації будь-якого соціального інституту. Звертаючись до теоретичної інтерпретації поняття легітимації, важливо наголосити, що найбільш поширені в соціогуманітарному дискурсі визначення належать перу соціологів.

На думку **М. Вебера**: **легітимація** – процес визнання соціальними суб'єктами значущості суспільно-політичної реальності як в цілому, так і в її окремих проявах та складових.³⁴

Іншим поширеним тлумаченням легітимації є таке, що було окреслене **П. Бергером та Т. Лукманом**: **легітимація** – способи пояснення і виправдання соціальних та політичних відносин, їхня когнітивна та нормативна інтерпретація.³⁵ Очевидно, що якщо йде мова про певні соціальні відносини, доцільно додати таких необхідний елемент відносин, як соціальний інститут. Згідно із загальною

³⁴ Вебер М. *Три чисті типи легітимного панування*. Соціологія. Загальноісторичні аналізи. Політика. Київ. 1998. 157-172 с.

³⁵ Бергер П. *Соціальне конструювання реальності. Трактат з соціології знання*. 1995. С 323.

термінологією, соціальний інститут, як одна з ключових категорій в соціології – усталений комплекс формальних та неформальних правил, принципів, кодів, смислів, що впорядковують та кристалізують соціальне буття індивідів у системі ролей, статусів та організацій.³⁶

Таким чином, стає зрозуміло, що найбільш вагомою функцією соціального інституту є нормативна регуляція соціального життя, котра є своєрідним каталізатором можливостей та потенціалу цього інституту. Отже, із попереднього твердження слід зрозуміти, що існує прямий зв'язок між існуванням соціального інституту та його визнанням, прийняттям на суспільному рівні. Інакше кажучи, існує потреба у вивченні його легітимації.

Оскільки, соціальні інститути в соціальній реальності утворюються однаково і стихійним і організованим чином, після етапу створення вони вже існують у певному історичному контексті, а, отже, обмежені певними рамками історичного, нормативно-правового, соціального характеру. Тобто світ, в якому живуть індивіди є передовсім світом соціальних інститутів.

Легітимацію прийнято вважати складним соціальним процесом. Про це свідчить, в першу чергу, велика кількість міждисциплінарних підходів до її вивчення, а також численні спроби структурувати матеріал, для комплексного розуміння цього явища. Таким чином, за **О. Висоцьким**, укладено структуру легітимації, що включає такі складові:

1) **Суб'єкт легітимації** – той, хто легітимує. Суб'єктами можуть бути владні структури, ідеологічні центри, ЗМІ тощо. Ця складова є активною.

³⁶ Тур М. *Некласичні моделі легітимації соціальних інститутів*. Київ: ПАРАПАН. 2006. 396 с.

2) *Об'єкт легітимації* – те, що легітимується. Об'єктами першочергово є соціальний інститут, саме тому доцільно було обґрунтувати зв'язок існування соціального інституту із легітимаційним процесом. Це також соціальна практика, соціальні явища, політика, тобто все, що стосується інтересів людей, є соціально важливим.

3) *Смисловий універсум* – те, до чого легітимується. Ця складова є більш складною для осмислення, як для науковців, так і для самих індивідів, оскільки вміщує в собі метафізичні та наукові картини світу, нормативні та ціннісні системи: міфологія, релігія, наука, мораль, філософські парадигми.

4) *Механізм* – те, яким чином, та у який спосіб відбувається легітимація. Тут можна говорити як про канали передачі (як от за допомогою ЗМІ), так і про сам характер (на основі демократичних, тоталітарних, або будь-яких інших постулатів).

5) *Носії легітимних уявлень* - індивіди. Ця складова теж вважається суб'єктом, проте не активним, як владні структури, ЗМІ, а пасивним. Тобто, індивіди є реципієнтами легітимаційних стратегій та механізмів. Вони виступають точкою перетину впливу легітимаційних дій.³⁷

Що ж до типів легітимації, то єдиного переліку, відповідно до кількості міждисциплінарних підходів, немає. Проте, типологія здійснюється відповідно до критеріїв. Так, за критерієм переходу об'єктивності реальності у суб'єктивну свідомість, за *М. Туром* – доктором філософських наук, прийнято виділяти:

- **пасивну легітимацію**, коли індивіди самостійно приймають рішення щодо переходу до певного процесу чи явища, яке

³⁷ Висоцький О. Герменевтика як спосіб осягнення легітимаційної політики. *Практична філософія*. 2008. №3. 60-67 с

пропонується суб'єктами легітимації, або стихійно виникає в соціальній реальності;

- **активну**, або ж, іншими словами, цілеспрямовану легітимацію, коли індивідам спеціально подається інформація про соціальний світ, або зміну в якійсь його структурі. Цей тип, більшою мірою, є координований когнітивним рівнем свідомості індивідів.³⁸

Отже, в контексті соціальної реальності, можемо прослідкувати тісний взаємозв'язок між вивченням первинної інституціоналізації, та легітимації, оскільки остання це невід'ємною частиною інституціоналізаційних процесів первинного рівня. На основі цих двох процесів може відбуватися подальший розвиток соціального інституту, його трансформаційні, реструктуризаційні та реформаційні процеси, що є особливо важливим в контексті сімейної медицини.

Підводячи до емпіричного аспекту соціологічних досліджень, може виникнути цілком логічне питання, щодо того, коли саме виникає потреба в легітимації як специфічному процесі прийняття нових аспектів соціального життя.

Послугуючись соціологічною термінологією, звернемося до доробку *П. Бергера та Т. Лукмана*, де проводиться паралель між легітимацією та соціальним інститутом. Якщо розглядати соціальний інститут як типізацію людського світу, то його народження має на меті зробити певні соціальні дії та взаємодії індивідів звичними, на засадах загального консенсусу, іншими словами – відбувається габітуалізація.³⁹

Таким чином стає зрозуміло, що сімейна медицина як соціальний інститут в українських реаліях є доволі новим явищем, проте вже не знаходиться на етапі зародження, що, відповідно до

³⁸ Тур М. Поняття легітимації: основні парадигми розуміння. *Філософська думка*. №5. Київ. 2009. 9-21 с.

³⁹Бергер П. *Соціальне конструювання реальності. Трактат з соціології знання*. 1995. С 323.

матеріалу поданого рядками вище, породжує потребу у дослідження її легітимації.

Для проведення авторського моделювання видів легітимації обрано дві основні соціологічні думки про легітимацію: розуміння легітимації *М. Вебером*, та тлумачення легітимації *П. Бергером* та *Т. Лукманом*. Спробуємо детальніше розтлумачити кожен із них.

Структурні рівні аналізу соціальної реальності у *веберівській парадигмі*, що переходять одне в одне, можна окреслити таким чином:

- *рівень актора*, на якому соціальна дія протікає у своїх структурованих контекстах з урахуванням ціннісних уявлень, та включає в себе особисті знання, внутрішні чинники, що спонукають актора до дій, а також безпосередні поведінкові практики;

- *рівень координації дій*, що через регуляцію, організації, спілки та установи завжди співвідноситься з легітимуючими смисловими взаємозв'язками та соціальною дією акторів, наряду із важелями впливу на прийняття рішень, емоційними бар'єрами та слідуванням рекомендаціям;

- *рівень культурних ціннісних уявлень*, що охоплює багатоманітні комбінації ціннісних ідей, відібраних у різний спосіб як орієнтації дії та легітимації порядків, що втілені в стереотипізації соціальної реальності, а також вразливості актора до зовнішнього тиску.

Згідно з ходом наукових думок *М. Вебера*, легітимація може бути гарантована тільки внутрішньо, а саме завдяки таким особливим характеристикам:

1. суто **афективно**, тобто підкріплюючись емоційною відданістю. Цей конструкт, на перший погляд, може здаватися психологічним, проте саме на його основі будується найбільш міцне прийняття нових соціальних інститутів;

2. **ціннісно-раціонально**, тобто вірою в абсолютну значущість порядку як найвищих непорушних цінностей: моральних, естетичних і таке інше. Такий конструкт є складнішим до досягнення на колективному рівні, оскільки досягти загального консенсусу щодо порядку доволі складно;

3. **релігійно**, тобто вірою у залежність блага та порятунку від збереження даного порядку. Цей конструкт є доволі складним до досягнення зокрема для суспільств, де не існує строгої догматичної системи, проте існує свобода вибору віросповідання.⁴⁰

Наступними важливими для цієї частини роботи науковими здобутками є напрацювання *П. Бергера* та *Т. Лукмана*. **Легітимація**, на їх думку – способи пояснення і виправдання соціальних та політичних відносин, їхня когнітивна та нормативна інтерпретація.

Серед **функцій легітимації**, науковці виділяють такі:

- **створення нових значень**, щоб інтегрувати вже властиві значення різним інституційним процесам. Таким чином, нове явище, більшою мірою, пояснюється крізь призму чогось вже раніше відомого, на прикладі одного або декількох об'єктів;

- **створення об'єктивно доступних і суб'єктивно вірогідних інституціоналізованих об'єктів «першого порядку»**. Ця функція полягає також у спрощенні певних складних елементів, що можуть поки залишатися незрозумілими, щоб забезпечити першопочаткове розуміння та прийняття;

- **пояснення інституційного порядку**, надаючи когнітивного обґрунтування об'єктивним значенням; пояснення індивіду не лише причин «чому так мусить бути», але і порядок речей

⁴⁰ Вебер М. *Три чисті типи легітимного панування*. Соціологія. Загальноісторичні аналізи. Політика. Київ. 1998. 157-172 с.

«чому речі є саме такими». Тобто зіставлення об'єктивного та суб'єктивного чинників осмислення.

Як відомо, легітимація здійснюється на основі суб'єктивного та об'єктивного конструкту. Якщо об'єктивною є соціальна реальність, тобто наявність видимого об'єкта для легітимації, то суб'єктивним чинником виступають саме уявлення. Слід наголосити, що саме **поняття «легітимації» є абстрактним**, і для емпіричного вивчення та вимірювання, потребує більш конкретних уточнень. Таким чином, саме явище легітимації можна розібрати по складових, однією із яких і будуть уявлення. Отже, спробуємо підсумувати певні теоретичні основи майбутнього дослідження, запозичені для його моделювання.

Відповідно до теоретичних напрацювань *М. Вебера* обрано:

- **визначення легітимації**, що дозволяє виокремити такий емпіричний конструкт як «уявлення»; **Легітимація** – процес визнання соціальними суб'єктами значущості суспільно-політичної реальності як в цілому, так і в її окремих проявах та складових.⁴¹

- **рівні легітимації**, які лягли в основу побудови комплексної таблиці (див. *Таблиця 2.1.2.*);

Із наукового доробку *П. Бергера* та *Т. Лукмана*, запозичено такі аспекти:

- **структура легітимації**, як допоміжний аспект при побудові комплексної таблиці;

- **функції легітимації**, для перетворення в більш зручні емпіричні конструкти безпосередньо під час розробки програми та інструментарію дослідження.

Також, слід зазначити, що для створення комплексної таблиці процесу легітимації, запозичено класичний варіант аспектів сприйняття

⁴¹Вебер М. *Три чисті типи легітимного панування*. Соціологія. Загальноісторичні аналізи. Політика. Київ. 1998. 157-172 с.

та виконання: **когнітивний, емоційний та поведінковий**. Ці аспекти є звичними при проведенні якісних соціологічних досліджень, вони дозволяють структурувати запитальник.

Систематизуючи та аналізуючи наукові здобутки теоретиків соціологічної думки М. Вебера, П. Бергера та Т. Лукмана, вдалося змодельювати комплексну таблицю, що є основою для авторського емпіричного дослідження легітимації (див. *Таблиця 2.1.2.*)

Таблиця 2.1.2. «Комплексна таблиця уявлень про сімейну медицину»

Когнітивний	Емоційний	Поведінковий	Аспекти/ Рівні
Особисті знання	Причини поведінкового компоненту; Джерела когнітивного компоненту та їх пріоритетність; Внутрішні чинники.	Наявність/ відсутність підписаної декларації із сімейним лікарем	Рівень актора
Знання, отримані від регулятивних установ (лікарня, освітній заклад)	Важелі впливу на прийняття рішень Емоційні бар'єри Зовнішні чинники	Слідування рекомендаціям	Рівень координації дій
Знання, отримані від ЗМІ	Стереотипи Дієвість і актуальність існуючих норм	Потрапляння під зовнішній тиск	Рівень культурних/ ціннісних уявлень

Таким чином:

- **рівень актора** передбачає процеси, забезпечені мікро-рівневими особливостями, як от особисті знання про те, що таке сімейна медицина, та хто такий сімейний лікар (в межах когнітивного аспекту), внутрішні чинники: позитивні враження від реформи, довіра до інституту медицини, як пояснення поведінки (в межах емоційного аспекту), та наявність або відсутність укладеної декларації із сімейним лікарем (в межах поведінкового аспекту);

- **рівень координації дій** включає знання, отримані індивідами від регулятивних установ, як от лікарня, освітній заклад (в межах когнітивного аспекту), важелі впливу на прийняття рішень, що стосується емоційних бар'єрів, або можливих зовнішніх чинників впливу (в межах емоційного аспекту), а також слідування рекомендаціям лікаря як щодо лікування, так і профілактики (в межах поведінкового аспекту);

- **рівень культурних/ціннісних уявлень** є більш складним до осмислення, оскільки включає знання, отримані від ЗМІ про функціонування системи сімейної медицини (в межах когнітивного аспекту), виокремлення стереотипів щодо сімейної медицини та сімейного лікаря, оцінка дієвості та актуальності існуючих норм сімейної медицини в Україні (в межах емоційного аспекту), а також можливість потрапляння під зовнішній тиск під час прийняття рішень (в межах поведінкового аспекту).

Аналізуючи цей процес крізь призму уявлень, передбачається фіксування таких видів легітимації як:

- **повна легітимація** (наявність в уявленнях когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів);

- **часткова афективна легітимація** (наявність поведінкового на основі емоційного аспекту);

- **часткова теоретична легітимація** (наявність когнітивного та емоційного аспекту, за відсутності поведінкового);
- **відсутня легітимація** (складнощі у виявленні кожного із запропонованих аспектів), див. Рис 2.1.1.

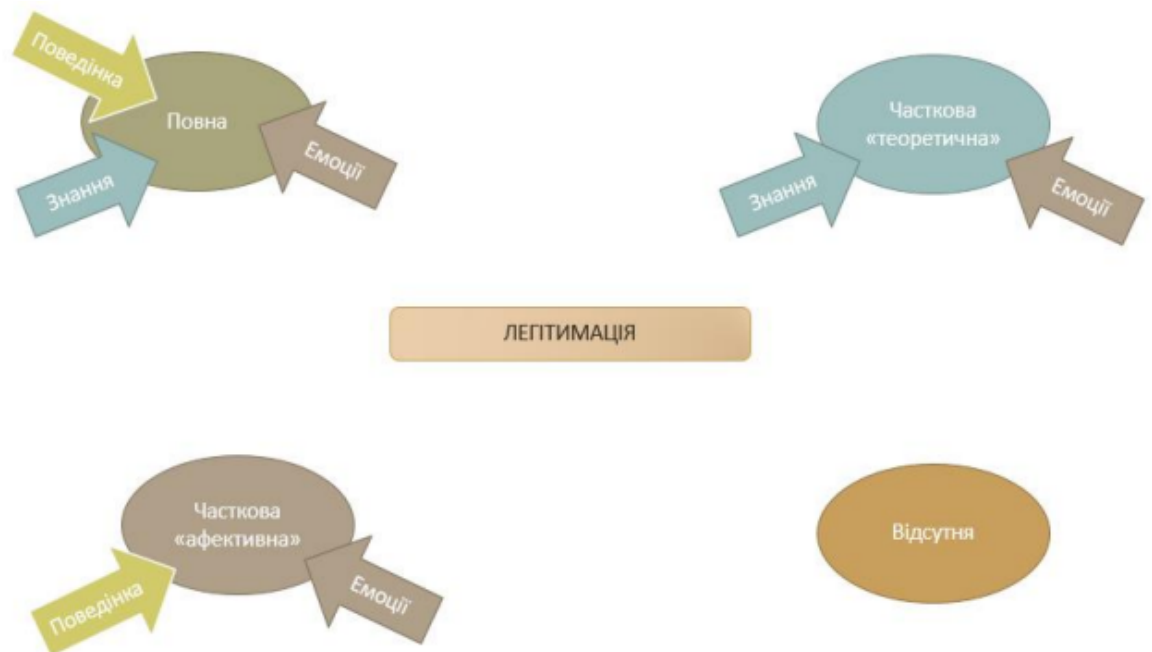


Рис. 1.2.1. “Види легітимації”

Вважається, що змодельоване дослідження дає змогу зрозуміти проблемні місця легітимації інституту сімейної медицини в сучасному українському суспільстві. Це також дає змогу переоцінити канали передачі легітимаційних аспектів, способи їх транслявання. В контексті сімейної медицини, це також дає змогу зрозуміти суб’єктивну думку щодо ефективності такої системи надання медичних послуг в цілому для українських реалій. Важливим також є розуміння того як відбувається легітимація сімейної медицини в Україні, до якої із сконструйованих моделей її можна віднести, а також виокремити, які проблеми легітимації існують, та як їх можна вирішувати, щоб процес реформування сімейної медицини відбувався в соціальній згоді якомога швидше та зрозуміліше. Оскільки легітимація є важливим компонентом

інституціоналізації, то її глибинний аналіз дає можливість окреслити перебіг первинної інституціоналізації сімейної медицини в Україні, зрозуміти суспільні настрої щодо цього інституту на його ранніх етапах розвитку.

2.2. Особливості легітимації сімейної медицини в сучасному українському соціумі. Основні аргументи «за» і «проти»

Наявність авторського моделювання та програми дослідження (див. Додаток А) дало змогу зібрати основний масив даних, проаналізувати їх, та вивести результати, відповідно до особливостей поставлених завдань та гіпотез.

Упродовж дослідження було проведено 13 інтерв'ю із респондентами двох основних досліджуваних груп:

1. Респонденти, що уклали декларацію із сімейним лікарем (6 інтерв'ю).
2. Респонденти, що декларації із сімейним лікарем не укладали (7 інтерв'ю).

Більш детально слід наголошувати на кожному із аспектів, які досліджувалися, оскільки саме на їх основі виводилися результати.

Якщо зупинитися на **когнітивному** елементі, що передбачає знання (особисті знання, фахові знання/отримані із регулярних установ, знання, отримані від ЗМІ) про код сімейну медицину, сімейного лікаря, то особливої різниці між групами респондентів не виявлено. Так, **сімейна медицина**, на думку респондентів, полягає в тому, що у родини наявний один лікар, якого попередньо була можливість обрати. А **сімейний лікар** – людина, із якою пацієнт знаходиться у довготривалій співпраці, що сприяє якіснішому лікуванню, та поєднує індивіда із системою медицини в цілому.

Найбільш проблемним рівнем знань став такий на фаховому рівні, або знання, що були отримані із регулярних установ. Зі слів самих респондентів, просвітницької роботи не відбувалося, а поради щодо сімейної медицини зокрема і медицини загалом вони отримували від знайомих лікарів.

Що стосується роботи ЗМІ, то респонденти, що уклали декларацію із сімейним лікарем, зазначили, що інформація колись широко транслювалась, але наразі її стало значно менше. А респонденти, що декларації із сімейним лікарем не уклали, зазначили, що зацікавилися цією темою самостійно, а за інформацією, що подається в ЗМІ не слідували.

Таким чином, стає зрозуміло, що **загальні знання про систему сімейної медицини, здебільшого, є однаковими**. Схожі ситуації є також із отриманими знаннями на фаховому рівні, або із регулярних установ. Важливо зазначити, що саме цей рівень – координації дій, у когнітивному компоненті є найбільш проблемним, оскільки здійснювалася невелика просвітницька діяльність для населення.

Дещо менш проблемним, проте, все ще недосконалим виявився рівень культурних та ціннісних уявлень, в межах якого інформація надходить каналами ЗМІ. І саме на цьому рівні можна прослідкувати деяку відмінність між групами респондентів:

- Респонденти, що **мають** сімейного лікаря звертали увагу на інформацію щодо змін в системі медицини, запровадження сімейної медицини, відчували на собі транслювання інформації каналами ЗМІ.
- Респонденти, що **не мають** сімейного лікаря великого значення інформації ЗМІ щодо сімейної медицини не надавали. Більшою мірою, їхні знання були отримані шляхом власної цікавості та пошукової роботи в мережі Інтернет.

Найбільш обширним з точки зору аналітичних конструкцій став **емоційний** компонент. Це можна пояснити тим, що уявлення будуються здебільшого на емоційному чиннику, який передбачає як суб'єктивні чинники підписання чи непідписання договору із сімейним лікарем, наявність чи відсутність емоційних бар'єрів щодо системи сімейної медицини, оскільки остання є новим та невідомим явищем.

Не менш важливими складовими емоційного компоненту є також усвідомлення існуючих стереотипів, відчуття зовнішнього тиску на прийняття рішень, усвідомлення актуальності системи сімейної медицини для України загалом. На основі емоційного компоненту можна прослідкувати відмінності між групами респондентів. Так, наприклад, доволі парадоксальним можна вважати той факт, що респонденти, які не уклали договору із сімейним лікарем, до теми сімейної медицини на етапі її запровадження поставилися із інтересом, проте, у зв'язку із рядом чинників, про які піде мова згодом, декларації все ще не заключили. Хоча респонденти задекларували свої наміри щодо того, щоб укласти договір із сімейним лікарем.

Натомість, респонденти, що уклали декларацію із сімейним лікарем до нововведень у вигляді сімейної медицини поставилися двояко: із обережним та позитивним ставленням. Таким чином, маємо також і двоякі наслідки, для респондентів, що уклали декларацію із сімейним лікарем: дехто вважає, що система сімейної медицини є погано забезпеченою, інші ж – цілком задоволені як самою системою сімейної медицини, так і лікарем.

Важливим аспектом у диференціації респондентів стали внутрішні та/чи зовнішні чинники, які спонукали їх або долучитися до системи сімейної медицини і заключити договір із сімейним лікарем, або утриматися від переходу. Таким чином, серед респондентів, що **мають** сімейного лікаря, можна виокремити:

- **Примусовість порядку**, в ході якого необхідно було знайти для себе сімейного лікаря та укласти із ним декларацію.
- **Функціональні аспекти**, які передбачають зв'язок із системою медицини та іншими інституціями через певні бюрократичні елементи, як от довідки та направлення, які сьогодні отримати неможливо без наявності сімейного лікаря.
- **Довіра до лікаря**, із яким можна було б укласти декларацію.
- У зв'язку із пандемією covid-19 зросла **актуальність сімейного лікаря**, що теж спонукало респондентів заключити договір із сімейним лікарем.

Таким чином, можна сформулювати проміжний висновок про те, що мотивацією до заключення договору були однаково об'єктивні (примусовість порядку, пандемія) та суб'єктивні (довіра, зв'язок) чинники.

Щодо респондентів, що сімейного лікаря **не мають**, чинниками, що спонукали утриматися від переходу до системи сімейної медицини можна вважати такі:

- **Погане функціонування системи**, зокрема щодо зміни місця та міста проживання.
- **Брак часу** для збору документів та пошуку відповідного сімейного лікаря.

Таким чином, проблемними аспектами для цієї групи стали також і об'єктивні і суб'єктивні чинники, що пов'язані із загальним порядком та особистим графіком.

Отже, можна прослідкувати відмінності між групами респондентів не лише у кількості самих чинників, але і у їх змістовому наповненні. Саме ці чинники відіграють важливу роль у конструюванні

уявлень індивідів про систему сімейної медицини, а також власної ролі у ній.

Коли йде мова про прийняття рішень, важливим аспектом є наявність зовнішнього впливу. І саме на прикладі цього коду можна прослідкувати відмінність між групами респондентів. Для респондентів, що **мають** сімейного лікаря, зокрема молодшого покоління, важелем впливу було батьківське рішення, для старшого їх власні переконання. Натомість, для респондентів, що не мають сімейного лікаря, рішення було самостійне, навіть із урахуванням зовнішнього тиску як з боку регулярних установ та їх працівників, так і з боку близьких та рідних.

Знаходячись у межах дослідницького фокусу, зокрема із акцентом на дослідженні уявлень, важливим елементом у конструюванні цих уявлень є наявність або відсутність емоційних бар'єрів. Саме емоційні бар'єри спонукають утриматися від переходу до системи сімейної медицини, або навпаки стати повноцінним її елементом. Відповідно, як стверджують респонденти, що **мають** сімейного лікаря, ніяких емоційних бар'єрів щодо сімейної медицини вони **не відчують**. Натомість, для респондентів, що **не мають** сімейного лікаря існує ряд емоційних бар'єрів:

- Страх.
- Нерозуміння системи та її роботи.
- Невпевненість в системі та лікарях.
- Недовіра до лікарів, їх компетентності тощо.

Фактично одностайними були респонденти, коли визначали відповідальний інститут, що повинен надавати якісні на повноцінні знання населенню про сімейну медицину. Так, на думку респондентів кожної із обстежуваних груп, відповідальність за інформування має

взяти на себе Міністерство охорони здоров'я України, співпрацюючи зі ЗМІ, щоб інформація отримала широке поширення серед українців.

Одноставними були респонденти також і щодо стереотипів, які існують у соціальній реальності про систему сімейної медицини та сімейних лікарів. Таким чином, основним джерелом стереотипів став фінансовий чинник, що стосується заробітних плат самих лікарів, а також їх жага до збагачення, і, як результат – хабарництво.

Останнім кодом в межах емоційного компоненту була **декларація актуальності системи сімейної медицини для українських реалій**. Представники кожної із обстежуваних груп зазначили, що система сімейної медицини є **цілком актуальною** та потрібною для України, проте, вона є **недосконалою** та потребує значних доопрацювань.

Коли йде мова про **поведінковий компонент**, то, очевидно, будуть прослідковуватися відмінності у практиках респондентів кожної із обстежуваних груп. Так, у взаємодії з лікарями, респонденти, що мають сімейного лікаря, в дитинстві зверталися до лікарів як за принципом дільничного розподілу, так і до знайомих. Натомість, респонденти, що сімейного лікаря не мають – виключно до знайомих. Сьогодні ж, респонденти, що мають сімейного лікаря не часто звертаються до нього, а респонденти, що не мають – звертаються до лікарів приватних клінік. Важливим елементом довіри як емоційного компоненту є слідування рекомендаціям лікаря в контексті поведінкового. Так, респонденти, що мають сімейного лікаря, як повністю слідують рекомендаціям сімейного лікаря, так і залишають місце для самолікування. Натомість, респонденти, що не мають сімейного лікаря здебільшого лікуються самостійно, вдаючись до взаємодії з лікарями у крайніх випадках.

Якщо зважити на те, що система сімейної медицини в Україні функціонує відносно нещодавно, то, очевидно, у респондентів, що мають сімейного лікаря, могли виникнути певні труднощі у такій системі. І **серед труднощів** виокремлено такі:

- **Велика кількість пацієнтів**, відповідно довге очікування на огляд, черги.
- **Труднощі, пов'язані зі зміною місця перебування**, проживання пацієнта та комунікацією із сімейним лікарем в такому випадку.
- **Труднощі, пов'язані із документами та направленнями**, надмірне ускладнення зв'язку пацієнта із вузькими спеціалістами.

Натомість, якщо говорити про респондентів, що не мають сімейного лікаря, слід розуміти, із якими труднощами вони стикалися в системі медицини загалом, що могло впливати на уявлення про сімейну медицину зокрема. Таким чином, маємо:

- **Велика кількість пацієнтів**, відповідно – черги.
- **Неправильно** поставлений діагноз.
- **Низький рівень мотивації** працівників державних медичних установ.

Особливого значення в емпіричному дослідженні мала пандемія covid19, зокрема, її вплив на уявлення респондентів про систему сімейної медицини та їх поведінкові практики. Таким чином, респонденти, що мають сімейного лікаря вказали, що пандемія спонукала їх переконатися у важливості наявності сімейного лікаря, а також пересвідчитися у компетентності та професійності власного сімейного лікаря. Натомість, респонденти, що не мають сімейного лікаря, задекларували появу потреби в заключенні договору із лікарем, а також усвідомлення важливості системи сімейної медицини в цілому.

Відповідно до завдань авторського соціологічного дослідження, необхідно було зібрати основні аргументи «за» сімейну медицину, та «проти» неї. Отож, можна прослідкувати певні тенденції функціонування інституту сімейної медицини в сучасному українському суспільстві:

• *Аргументи «за» сімейну медицину однаково можна знайти в уявленнях обох об'єктів-носіїв, незалежно від наявності сімейного лікаря.*

Для респондентів, що **мають** сімейного лікаря є такі:

- довготривала співпраця із лікарем;
- зручність;
- новизна самої системи, відхід від радянської;
- особисте знайомство із сімейним лікарем.

Натомість, для респондентів, що **не мають** сімейного лікаря такі:

- безоплатність надання послуг;
- можливість бути постійно на зв'язку із сімейним лікарем;
- довготривала співпраця із одним фахівцем.

• *Аргументи «проти» сімейної медицини однаково можна знайти в уявленнях обох об'єктів-носіїв, незалежно від відсутності сімейного лікаря.*

Для респондентів, що **мають** сімейного лікаря, вони такі:

- низьке фінансування системи;
- труднощі при зміні місця та міста проживання та контакту з лікарем;
- зупинка реформування загалом.

Для респондентів, що **не мають** сімейного лікаря:

- погана налагодженість системи;
- непрозорість системи;

- складність у розумінні, кому із лікарів довіряти;
- складність у пошуку лікаря.

Повертаючись до видів легітимації, які було виокремлено в ході моделювання (див. Рис 2.1.1.), розуміємо, що усі необхідні елементи для окреслення результатів було отримано в ході проведення дослідження. За результатами проведеного дослідження стає зрозуміло, що для групи респондентів, що мають сімейного лікаря, найбільш проблемним рівнем конструювання уявлень для них є когнітивний. Респондентам бракує знань про специфіку функціонування системи сімейної медицини, натомість, у них наявні поведінкові практики, хоч і мінімальні, та емоції, зокрема позитивні, як от довіра, задоволеність і таке інше.

Повертаючись до авторського моделювання, відсутність когнітивного компоненту, за наявності емоційного і поведінкового - означає, що уявлення є частковими афективними, таким чином гіпотезу про частковість уявлень було підтверджено.

Складніша ситуація з апробацією гіпотези для респондентів, що не мають сімейного лікаря, оскільки були зафіксовані компоненти кожного рівня, що їх недостатньо для цілісного конструювання уявлень. Відповідно до авторського моделювання, відсутність усіх трьох елементів означає відсутність уявлень як таких. Проте, очевидно, це не так, оскільки у свідомості респондентів, що не мають сімейного лікаря є певний каркас уявлень як з точки зору когнітивного, так і емоційного компоненту, очевидно, бракує поведінкового, проте самим респондентами було задекларовано бажання підписати декларацію із сімейним лікарем.

Таким чином, можемо стверджувати, що дійсно уявлення є частковими теоретичними, адже є певні знання та емоції. Проте

джерелом емоцій є не конструкт довіри, як у групи респондентів, що мають сімейного лікаря, а навпаки – конструкт недовіри.

Таким чином, можемо стверджувати, що гіпотеза-підстава, разом із двома гіпотезами-наслідками підтвердилася, хоча для другої обстежуваної групи в нетиповому контексті. В контексті виведення результатів не слід забувати також про рівні, на яких утворювалися когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти.

Відповідно до цих міркувань, слід виокремити, що:

- Для цілісності уявлень про сімейну медицину об'єктам, що мають сімейного лікаря бракує когнітивного компоненту на рівні актора та культурних/ціннісних уявлень.

- Для цілісності уявлень про сімейну медицину об'єктам, що сімейного лікаря не мають бракує на рівні координації дій поведінкового компоненту.

На прикладі цих тенденцій стає зрозуміло, що виокремити один компонентний рівень, який гальмує повноту уявлень – складно, адже респондентам, що мають сімейного лікаря дійсно бракує знань, проте, на всіх трьох рівнях. А для респондентів, що сімейного лікаря не мають, крім поведінкових практик в системі сімейної медицини бракує також і знань про неї, та позитивних емоцій. Таким чином, візуально зобразити результати щодо уявлень респондентів, що мають сімейного лікаря, можна так (див. Рис 2.2.2.)



Рис. 2.2.2 «Часткова афективна легітимація»

А для респондентів, що сімейного лікаря не мають (див. Рис 2.2.3.)



Рис. 2.2.3 «Часткова теоретична легітимація»

У контексті легітимації сімейної медицини як доволі нового явища для українських реалій, стає зрозуміло, що, хоча сімейна медицина функціонує не так давно, проте як явище вона є легітимованою в уявленнях українців. Про це свідчить не лише наявність знань у респондентів кожної із обстежуваних груп, але і їх розуміння загальної системи, усвідомлення відповідальних інституцій, які повинні покращувати систему сімейної медицини. Про те, що сімейна медицина є легітимованою в уявленнях свідчать також і аргументи «за» та «проти» неї в кожній із обстежуваних груп. Це означає, що процес переходу до сімейної медицини, або утримання від нього, був здійснений свідомо, на основі певних чинників, про які вже згадувалося раніше, а респонденти у своїй свідомості можуть чітко окреслити свої переконання. Такі результати дослідження дали можливість зрозуміти також як відбувався процес первинної інституціоналізації сімейної медицини, та які він мав наслідки, що залишилися у свідомості опитаних респондентів щодо когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів.

Загалом бачимо, що отримані результати мають, здебільшого, позитивні результати та динаміку серед респондентів, що взяли участь в авторському емпіричному дослідженні. Цей факт, в свою чергу, уможлиблює окреслити процес перебігу первинної інституціоналізації як такий, що відбувся. Детальне вивчення легітимації дає підстави стверджувати, що сімейна медицина є соціальним інститутом, для якого первинна інституціоналізація завершена. В силу динамічного розвитку

сучасного соціуму інститут сімейної медицини продовжує розвиватися вже на рівні вторинної інституціоналізації, що буде детально розглянуто далі.

Висновки до Розділу II

Підсумовуючи усе вищесказане, слід наголосити, що **первинна інституціоналізація** – процес створення нових соціальних інститутів, їх внутрішніх норм, правил, санкцій тощо, та можливостей пристосування до навколишнього соціального середовища. Дослідження первинної інституціоналізації можна здійснювати в контексті легітимаційних процесів. Так, **легітимація** – процес визнання соціальними суб'єктами значущості суспільно-політичної реальності як в цілому, так і в її окремих проявах та складових.

Соціологічні можливості у дослідженні легітимації є широкими, та цілком реальними як для минулого, так і для парадигм сьогодення. Таким чином, завдяки напрацюванням М. Вебера, П. Бергера та Т. Лукмана можна говорити про певні соціологічні особливості дослідження процесу легітимації.

Не можливо не наголосити, що саме соціологічні теоретичні інтерпретації поняття «легітимація» носять загальноновизнаний характер, та слугують опорою для ряду теорій з питань легітимаційного процесу, легітимності та легальності. Легітимація досліджується в контексті соціальних інститутів, які є одними із ключових наукових категорій в соціології. Соціальний інститут відображає суспільні потреби, їх динаміку та прогрес. Так само і легітимація повинна відбуватися своєчасно, аби забезпечити якісне функціонування будь якого інституту.

Для авторського соціологічного дослідження щодо сімейної медицини було обрано якісну методологію із використанням глибинного інтерв'ю. Спираючись на український досвід досліджень сімейної медицини, а також соціологічні передумови до можливостей її дослідження, було створено програму авторського соціологічного дослідження. Програма мала на меті доповнити наявний кількісний емпіричний матеріал з точки зору якісної методології. Основним

акцентом стали саме уявлення як емпіричний конструкт легітимації як явища.

В рамках досягнення поставленої мети і виконання завдань було встановлено відмінність в уявленнях кожної із обстежуваних груп (ті, що мають сімейного лікаря, і ті, що його не мають), зібрано основні аргументи «за» сімейну медицину, зібрано основні аргументи «проти» сімейної медицини та з'ясовано роль пандемії covid-19 у поведінкових практиках кожної із груп респондентів. Усі дослідницькі гіпотези було апробовано.

За результатами дослідження визначено, що для респондентів, що мають сімейного лікаря, характерною є часткова афективна легітимація, оскільки наявні моделі поведінки та емоційні зв'язки, проте, низьким є рівень знань. Натомість, для респондентів, що сімейного лікаря не мають, – характерною є часткова теоретична легітимація із чітко вираженим емоційним компонентом та певним рівнем знань.

Загалом, можна стверджувати, що процес первинної інституціоналізації сімейної медицини, в контексті легітимації, відбувся. Респонденти, що взяли участь в опитуванні, продемонструвати доволі високий рівень визнання соціального інституту сімейної медицини. Ці результати дослідження можуть покласти початок дослідженням вторинної інституціоналізації сімейної медицини в сучасному українському суспільстві.

РОЗДІЛ III. ВТОРИННА ІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

3.1. Моделювання процесів вторинної інституціоналізації сімейної медицини в сучасному суспільстві

Первинна інституціоналізація сімейної медицини розпочалася 2018 року, коли Уряд прийняв Закон “Про сімейну медицину”. Після того, як цей закон вступив в дію, українці повинні були змінити свої практики в системі надання медичних послуг, переобрати лікаря, або укласти декларацію із тим, хто виконував раніше роль дільничного лікаря. Цей етап мав позитивну динаміку, а порядок надання медичних послуг в контексті сімейної медицини чітко закріпився у свідомості респондентів.

Проте соціальна реальність є динамічною: пандемія covid-19, повномасштабне вторгнення на територію України, економічні та продовольчі кризи, – усе це має вплив на соціальні інститути загалом, та на сімейну медицину зокрема. Таким чином, чутливий до змін інститут повинен розвиватися відповідно до змін, які існують у тому чи іншому суспільстві. Саме в цьому випадку постає потреба у дослідженні вторинної інституціоналізації.

Вторинна інституціоналізація – процес, що продовжується на існуючій базі у процесі розвитку соціального інституту з метою його вдосконалення чи реорганізації.⁴² У процесі сімейної медицини, вторинна інституціоналізація відбувається, фактично, на кожному з етапів подальшого реформування, а також під впливом важливих соціальних факторів чи потрясінь. Таким чином, пандемія covid-19, повномасштабне вторгнення росії на територію України, епідемії,

⁴²Бень О. Інституціоналізація: теоретична інтерпретація поняття/ О. Т. Бень. *Вісник Львівського університету. Серія соціологічна*. 2012. Випуск 6.

світові кризи, тощо можуть мати вплив на уявлення респондентів про сімейну медицину.

Для проведення авторського моделювання було обрано **три** основні соціологічні думки про інституціоналізацію: розуміння інституціоналізації П. Блау, інституціоналізація в соціології повсякденності П. Штомпки, а також деякі положення культур соціології Дж. Александера. Спробуємо детальніше розтлумачити кожную із них.

П. Блау вважає, що **інституціоналізація** – явище, що регулює та стабілізує процеси складного обміну. У той час як цінності полегшують перебіг процесів непрямого обміну між різними типами соціальних одиниць.⁴³ У міру зростання залежності людей та різних форм колективної організації від специфічних мереж непрямого обміну на очікувані винагороди, зростає необхідність чітко сформулювати принципи обміну. Цей процес може бути ефективний при виконанні таких умов:

- формалізований обмін має бути **вигідним для більшості сторін**, що беруть у ньому участь;
- більшість організованих у колективні одиниці індивідів має бути **інтерналізовано в ході попередньої соціалізації**;
- ті соціальні одиниці, які володіють владою в системі обміну, повинні отримати таку **винагороду**, яка б змусила їх активно шукати формулювання правил, що відповідають за управління відносинами обміну.

Таким чином, існує необхідність зрозуміти попередній досвід індивіда щодо системи надання медичних послуг, його попередню соціалізацію, а також систему вигоди та винагород, щоб усвідомити

⁴³ Blau, P. M. *Exchange and power in social life*. New York: Wiley. 1964. 352 c.

процес інституціоналізації сімейної медицини для двох основних ролей: лікар та пацієнт.

Культур соціологічна програма, відповідно до положень **Дж. Александера**⁴⁴, передбачає виокремлення:

- 1) соціальної події (появи системи сімейної медицини);
- 2) її культурального опрацювання у вигляді процедур кодування, надання сенсу та створення відповідного наративу/наративів;
- 3) соціальних наслідків у вигляді реакції держави та населення.

Також, в рамках цього етапу можливо виокремити когнітивний аспект емпіричного дослідження – зрозуміти рівень знань про сімейну медицину та її появу в українському соціальному просторі.

Згідно з міркувань **П. Штомпки**, в межах повсякденної діяльності, учасники втілюють різні соціальні ролі.⁴⁵ Таким чином, можна виокремити:

- 1) роль пацієнта
- 2) роль сімейного лікаря

Також, **П. Штомпка** стверджує, що повсякденне життя передбачає ритуальні форми прояву, типові для звичних дій. Вони, в свою чергу, зумовлені ролями і передбачають набір практик для кожної із них.

Процес вторинної інституціоналізації відбувається завдяки усвідомленню індивідами конкретних складових (*див. Рис. 3.1.1.*)

⁴⁴ Alexander J.C. *The Strong Program in Cultural Sociology*. Kluwer. New York. 2001. 9 - 28 с.

⁴⁵ Sztompka P. *The sociology of social change*. Blackwell, Oxford. 1994. 348 с.

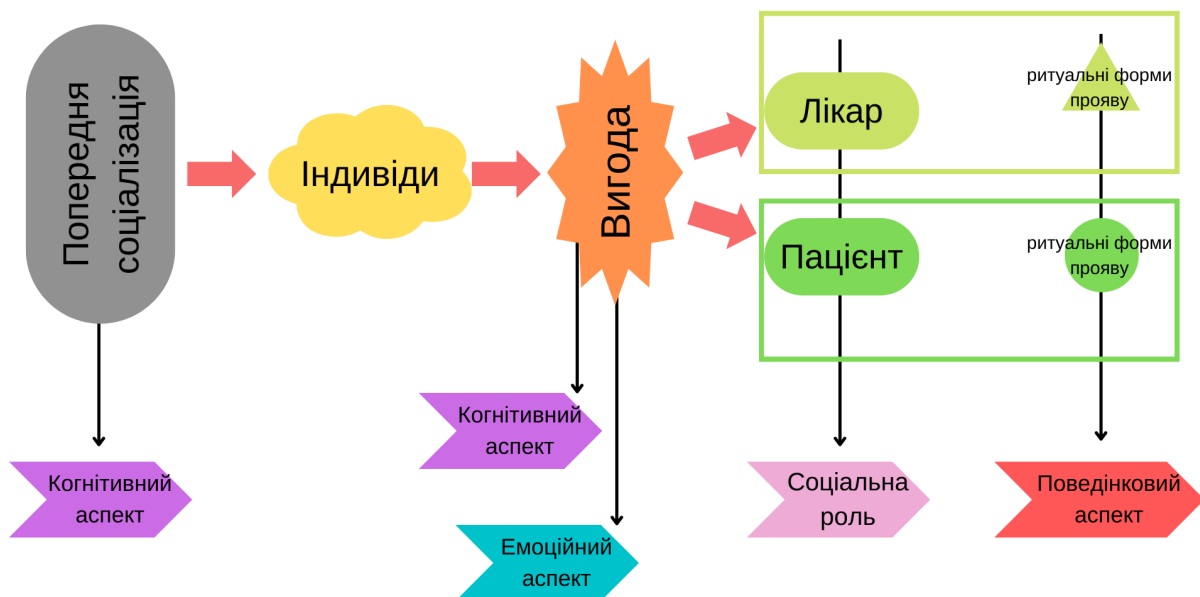


Рис. 3.1.1. “Процес інституціоналізації”

Таким чином, щоб проілюструвати **об’єктивний процес** інституціоналізації сімейної медицини як форми надання медичних послуг, буде використано сильну програму культур соціологічного дослідження за положеннями Дж. Александера (див. Додаток В). Натомість, щоб проілюструвати **суб’єктивні характеристики** процесу вторинної інституціоналізації буде застосовано метод глибинного інтерв’ю на основі виділення трьох компонентів: когнітивного, емоційного та поведінкового (див. Таблиця 3.1.1.).

Таблиця 3.1.1. “Комплексна таблиця процесу інституціоналізації сімейної медицини”

Етап/ компонент	Когнітивний	Емоційний	Поведінковий
<i>Попередня соціалізація</i>	Знання про медицину, про сімейну медицину	Формування первинного ставлення до реформи сімейної медицини	
<i>Виокремлення вигоди,</i>	Знання про вигоди, що	Формування переваг/недоліків	Прийняття рішення, підписання

<i>винагород</i>	існують в системі сімейної медицини	системи сімейної медицини	декларації
<i>Набуття соціальної ролі</i>	Знання про соціальну роль	Формування обґрунтованого (вторинного) ставлення до системи сімейної медицини, самооцінка як суб'єкта	Ритуальні форми прояву, характерні для набутої соціальної ролі

Таким чином:

- Процес **попередньої соціалізації** буде характеризуватися загальними знаннями про медицину, про перехід до системи сімейної медицини тощо (*когнітивний компонент*), та формуванням первинного ставлення до реформи сімейної медицини під впливом зовнішніх та внутрішніх чинників (*емоційний компонент*). Поведінковий компонент на етапі попередньої соціалізації відслідковувати не обов'язково, оскільки практики можуть бути або несвідомими (для представників молодшого покоління), або можуть стосуватися дільничної системи надання медичних послуг, яка передувала системі сімейної медицини.

- Процес **виокремлення вигоди та винагород** буде характеризуватися знаннями про вигоди, що існують в системі сімейної медицини, а також про можливі винагороди/санкції у випадку (не)переходу до такої системи надання медичних послуг (*когнітивний компонент*), формуванням переваг та/чи недоліків системи сімейної медицини (*емоційний компонент*), прийняттям рішення, підписання декларації, відмови від системи сімейної медицини як форми надання медичних послуг тощо (*поведінковий компонент*).

- Процес **набуття соціальної ролі** буде характеризуватися знаннями про соціальні ролі, яких можна набути (*когнітивний компонент*), формуванням обґрунтованого (вторинного) ставлення до

системи сімейної медицини, самооцінка як суб'єкта медичної системи (*емоційний компонент*), здійсненням ритуальних форм прояву, характерних для набутої соціальної ролі (*поведінковий компонент*).

Вважається, що змодельоване дослідження дасть змогу зрозуміти характер процесу вторинної інституціоналізації сімейної медицини в сучасному українському суспільстві. Це також дасть змогу переоцінити етапи інституціоналізації, їх проблемні місця. В контексті сімейної медицини, це також дасть змогу зрозуміти суб'єктивну думку щодо ефективності впровадження такої системи надання медичних послуг, сформулювати перелік вигод, які є зрозумілими та важливими для респондентів, а також отримати розуміння про практики, що є характерними для респондентів після набуття конкретної соціальної ролі в контексті медичної системи.

3.2. Основні функційні та дисфункційні аспекти сімейної медицини в сучасному українському соціумі

Сформовані моделювання та програма дослідження (*див. Додаток Б*) послугували першим етапом для подальшого збору емпіричного матеріалу, його аналізу та інтерпретації результатів, згідно зі встановленими завданнями, метою та гіпотезами.

Для авторського соціологічного дослідження було застосовано метод глибинного інтерв'ю, та опитано 12 респондентів, що уклали угоду із сімейним лікарем. Слід детальніше зупинитися на кожній складовій, які були досліджені, адже саме на основі цих складових буде сформовано результати проведеного дослідження (*див. Додаток Д*).

У межах *когнітивного елементу*, що стосується знань респондентів, було досліджено такі позиції:

- Що було відомо до моменту укладання декларації з сімейним лікарем?

- Чому медична система трансформувалася до сімейної медицини?

- Що таке сімейна медицина?
- Хто такий сімейний лікар?
- Яких знань про сімейну медицину бракує?

та виявлено, що здебільшого уявлення були схожими.

Так, до моменту укладання декларації з сімейним лікарем, для респондентів було відомо про суть сімейного лікаря, рідше про особливості реформи, та ще рідше не було відомо зовсім нічого. Так:

“Все що я знала, що є один лікар, який дає направлення до інших лікарів”⁴⁶

“Що пройшла реформа, і тепер ми можемо обирати свого лікаря, і підписати з ним угоду”⁴⁷ “ Не знав взагалі нічого ”.⁴⁸

Трансформацію медичної системи в Україні, респонденти окреслили як:

- крок до зручності: *“Це зручніше, щоб підвищити комфортність надання медичних послуг”⁴⁹;*

- спосіб покращити надання медичних послуг: *“Було правильним створити декларацію, щоб люди зверталися до лікарів, і держава компенсує ці послуги”⁵⁰;* *“На мою думку, через те, що багатьох людей не влаштував їх дільничий лікар, і вони не могли його змінювати, і так вийшло, що людям дали змогу обирати”⁵¹;*

- бажання йти в ногу з часом: *“Це більш сучасно оновлення, і всі ми хочемо йти в ногу з часом, і тому бажаємо змін на*

⁴⁶ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 7-8 ст. 2

⁴⁷ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 10.10.2022. Власний архів автора. 25-26 ст.1

⁴⁸ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.10.2022. Власний архів автора. 30 ст.1

⁴⁹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 11 ст.2

⁵⁰ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Олександром, м. Запоріжжя 4.09.2022. Власний архів автора. 3-5 ст.2

⁵¹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Христіною, м. Вінниця 5.10.2022. Власний архів автора. 6-8 ст.2

краще”⁵²; “Мені здається це одна з найпоширеніших практик в розвинутих країнах. Україна прагне до того, щоб бути як розвинені країни”.⁵³

Сімейну медицину респонденти описали як:

- зручний процес надання послуг: “Не потрібно сидіти купу годин в чергах”⁵⁴; “Коли лікар закріплений за конкретною людиною, і завжди можна звернутися. Не потрібно робити самодіагностику”⁵⁵;
- систему, в якій наявний один лікар для всієї сім’ї: “Всі члени сім’ї можуть обслуговувати в одного лікаря”⁵⁶; “Один сімейний лікар на усю сім’ю”⁵⁷;
- процес надання медичних послуг у його спрощеній формі: “А сімейна медицина – спосіб надання суспільству допомоги медичної”⁵⁸; “Сімейна медицина – банальні звернення пацієнтів до лікарів”.⁵⁹

Свої знання **про сімейного лікаря**, його роль та функції респонденти окреслили як:

- спеціаліста, у якого наявні комплексні знання про здоров’я пацієнтів: “Буде знати які препарати нам допомагають, які у нас найчастіші захворювання, в який період ми хворіємо, чому так відбувається”⁶⁰; “Це людина, яка відчуває, що в неї є багато

⁵² Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 3.09.2022. Власний архів автора. 3-4 ст.2

⁵³ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Остапом, м. Київ 5.09.2022. Власний архів автора. 3-4 ст.2

⁵⁴ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 23 ст.4

⁵⁵ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.10.2022. Власний архів автора. 1-2 ст.5

⁵⁶ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 7-8 ст.4

⁵⁷ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Наталією, м. Коломия 10.10.2022. Власний архів автора. 13 ст.3

⁵⁸ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.10.2022. Власний архів автора. 28-29 ст.3

⁵⁹ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Олександром, м. Запоріжжя 4.09.2022. Власний архів автора. 27 ст.3

⁶⁰ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 8-10 ст.4

різнопланових знань з медицини, і найкращий спосіб їх застосувати, – це саме таким чином”⁶¹;

- координатора у взаємодії між пацієнтами та галузевими спеціалістами: “А сімейний лікар він оцінює загальний твій стан, допомагає визначитись, куди тобі потрібно направитись далі. Координатор”⁶²; “Сімейний лікар – це людина яка може допомогти в будь-якій медичній ситуації, направити хворого до спеціалізованого лікаря”⁶³.

Не усі опитані респонденти задекларували, що їм **бракує знань про сімейну медицину**, проте все ж вдалося відслідкувати проблемні аспекти, як от:

- брак знань про переваги для пацієнтів, про глибшу суть сімейної медицини, та її функційні аспекти: “Я би хотіла дізнатися більше про переваги для пацієнтів. Якби я знала про них більше, я б ходила до сімейного лікаря частіше”⁶⁴; “Я би хотіла зрозуміти, чому саме “сімейна”. Якщо я в одного лікаря, а мама в іншого”⁶⁵; “Що робити, коли мій лікар у відпустці, чи коли він захворів, до кого я можу звернутися”⁶⁶.

Таким чином, підсумовуючи отриману інформацію від респондентів щодо їх знань, можна сформулювати проміжний висновок про те, що вони здебільшого є схожими, та напряму пов’язані із процесом інформування населення про сімейну медицину як реформу.

З точки зору **емоційного** елементу, було виокремлено такі позиції “Емоції”:

⁶¹ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Максимом, м. Київ 4.09.2022. Власний архів автора. 5-6 ст.5

⁶² Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 3.09.2022. Власний архів автора. 4-6 ст.4

⁶³ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 27-28 ст.3

⁶⁴ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 1-2 ст.5

⁶⁵ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 7-8 ст.4

⁶⁶ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 12-13 ст.4

- Емоційні бар'єри щодо укладання декларації із сімейним лікарем.
- Ставлення до сімейної медицини.
- Чинники, що мають вплив на формування оцінок щодо сімейної медицини.
- Оцінка актуальності сімейної медицини для українських реалій.
- Загальне ставлення до медицини.

Важливим чинником з точки зору інституціоналізаційних процесів є формування емоційних бар'єрів у свідомості індивідів. Так, респонденти задекларували такі **емоційні бар'єри**: конфіденційність, незручність розривати угоду, хвилювання та страх. Проте була частка респондентів, які задекларували **відсутність будь-яких бар'єрів** *“Думаю, що один з бар'єрів це конфіденційність. Якщо ви всією сім'єю ходите до лікаря, і є моменти, які б ви не хотіли розказувати. Звичайно, є таємниця, яку ніхто не розголошує, але якщо це сільська місцевість, район, хтось когось знає”*⁶⁷; *“Трошки було незручно навіть по місцю прописки розірвати угоду з лікарем, і перейти до іншого”*⁶⁸; *“Хвилювання. Страх”*⁶⁹.

Ставлення до сімейної медицини серед опитаних респондентів **переважає позитивне**, хоч деякі респонденти задекларували також нейтральне ставлення та настороженість. *“Нейтральне було скоріше, ніж позитивне чи негативне”*⁷⁰; *“Скептичне. Недовіра до всього нового”*⁷¹; *“Було позитивне ставлення, бо ми змогли обирати лікаря самостійно, а не по місцю реєстрації, чи*

⁶⁷ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 28-31 ст.2

⁶⁸ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 14-15 ст.2

⁶⁹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 3.09.2022. Власний архів автора. 8 ст.2

⁷⁰ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 12 ст.2

⁷¹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Сергієм, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 7 ст.2

проживання”⁷². Важливим аспектом в рамках цієї категорії є те, що респонденти **не задекларували чітко негативного ставлення**. Це свідчить про **здебільшого позитивні настрої** серед опитаних.

Одностайними були респонденти при визначення **чинників, що впливають на формування думки** про сімейну медицину. Так, було задекларовано вплив обслуговування безпосередньо при візиті до лікаря: *“Все залежить від того, як мене обслужить в поліклініці конкретно мій сімейний лікар”*⁷³; *“Власний досвід, система лікування, якість і легкість послуг”*⁷⁴; *“Рівень і якість обслуговування”*⁷⁵.

Також одностайними були респонденти при **оцінці актуальності сімейної медицини для України**. Так, респонденти вважають, що така система надання послуг є актуальною, проте з різних причин:

- **безкоштовні послуги**: *“Думаю, що така система потрібна. Консультація у лікаря безкоштовна”*⁷⁶; *“Я думаю, система є актуальною, тому що в ній більше позитивних моментів ніж недоліків і це безкоштовно”*⁷⁷;

- **є можливість росту та розвитку**: *“Я думаю, що вона хороша. Я думаю, є куди рости, і треба це робити менш бюрократійним, більш контактним до людей”*⁷⁸; *“Мені здається, що оскільки ще недавно ця система запрацювала в Україні, то навряд чи*

⁷² Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Олександром, м. Запоріжжя 4.09.2022. Власний архів автора. 13-14 ст.2

⁷³ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 21-22 ст.3

⁷⁴ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 3.09.2022. Власний архів автора. 17 ст.3

⁷⁵ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Максимом, м. Київ 4.09.2022. Власний архів автора. 17 ст.4

⁷⁶ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 6-8 ст.5

⁷⁷ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 3-4 ст.4

⁷⁸ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 16-17 ст.4

вона є дуже досконалою, бо для будь-якого нововведення потрібен час”⁷⁹;

- **спрощення процесу надання послуг:** “Я вважаю, що потрібна. Оскільки спрощує взаємодію пацієнта та лікаря”; “Зараз набагато легше для нас, і для лікарів. Це спрощує момент надання послуг”⁸⁰;

- **дієвість процесу:** “Я думаю, це актуально. Це вже “пішло” в нас, процес запустився, ніби добре йде”⁸¹.

Важливим емоційним компонентом є також **ставлення до медицини** загалом. Саме цей компонент безпосередньо впливає на процес інституціоналізації, оскільки від переваги позитивного чи негативного ставлення може змінитися і перебіг подій у конкретному середовищі. Так, переважна більшість респондентів задекларували позитивне ставлення до медицини, довіру до цього інституту в Україні: “Довіряю. Позитивне”⁸²; “Повністю довіряю. Мав щастя стикатися з зарубіжної медициною, – нашій медицині довіряю абсолютно”⁸³.

Емоційна складова авторського емпіричного дослідження є важливою, адже саме на емоційному рівні відбуваються важливі процеси для інституціоналізації: оцінка, прийняття рішень, бажання укласти декларацію із сімейним лікарем, тощо. Саме тому переважання позитивних настроїв, свідчить про те, що якоюсь мірою інституціоналізаційні процеси сімейної медицини в Україні рухаються у правильному напрямку, принаймні для респондентів, що увійшли до числа опитаних.

⁷⁹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 17-19 ст.4

⁸⁰ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Олександром, м. Запоріжжя 4.09.2022. Власний архів автора. 14-25 ст.4

⁸¹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Наталією, м. Коломия 10.10.2022. Власний архів автора. 27-18 ст.3

⁸² Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Наталією, м. Коломия 10.10.2022. Власний архів автора. 30 ст.3

⁸³ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Сергієм, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 1-2 ст.4

Поведінковий елемент передбачав собою дослідження моделей поведінки, в різноманітних ситуаціях, а саме:

- слідування процедурам сімейної медицини, чи пошук альтернативних шляхів надання медичних послуг;
- вплив пандемії covid-19 на практики респондентів;
- вплив економічного чинника на поведінку під час необхідності отримання медичних послуг.

Переважає більшість опитаних респондентів слідують процедурам сімейної медицини, та, у разі виникнення потреби, звертаються до свого сімейного лікаря: *“Слідкую за тим, що каже лікар. Піду до сімейного”*⁸⁴; *“Я – людина, яка хоче отримати повну інструкцію з лікування, дотриматися її і вилікуватися”*⁸⁵; *“Я виконую все, що каже сімейний лікар”*⁸⁶. Проте деякі респонденти задекларували, що пошук альтернативних шляхів надання медичної допомоги здійснюється **через дисфункційні аспекти сімейної медицини**: час та професійність лікарів. Так, респонденти стверджують, що іноді послуги сімейної медицини можуть тривати довго, а лікарі не завжди компетентні у вирішенні певних, особливо складних, випадків: *“Я пішла в приватну клініку. Бо до лікаря не було вільних віконць, щоб потрапити на консультацію і я вимушена була піти до лікаря в приватну клініку”*⁸⁷; *“Ну я звертаюся в приватні установи, бо це швидше”*⁸⁸; *“Більше альтернативні варіанти. Через високу вмотивованість. Я вважаю, що у приватних клініках спеціалісти більш мотивовані, і вище кваліфіковані”*⁸⁹.

⁸⁴ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 3.09.2022. Власний архів автора. 10 ст.5

⁸⁵ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Максимом, м. Київ 4.09.2022. Власний архів автора. 19-20 ст.6

⁸⁶ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Наталією, м. Коломия 10.10.2022. Власний архів автора. 15 ст.4

⁸⁷ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 10-12 ст.6

⁸⁸ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 21 ст.5

⁸⁹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 1-3 ст.5

Деякою мірою на поведінку респондентів вплинула і пандемія covid-19. Так, частина респондентів задекларували, що через великі навантаження лікарів, **довелося звертатися в приватні установи**: *“Коли я захворіла, я намагалася потрапити до свого лікаря, але не змогла. Запис був на 2 тижні вперед”⁹⁰; “Так, дуже сильно змінила. Бо на момент пандемії мені зробили щеплення, і вставили його у картку іншої людини”⁹¹.*

Проте пандемія також вплинула і на **відповідальність рішень щодо вибору сімейного лікаря**: *“Так. Бо реально було страшно, і треба було знати, що є спеціаліст, який тобі допоможе і ти можеш вирішити цю проблему вчасно”⁹².*

Одноставними були респонденти при визначення впливу економічного чинника на поведінку під час надання медичних послуг. Так, економічне становище респондентів впливає на їх практики звернення до приватних чи державних установ, відповідно до вищого чи нижчого рівня заробітних плат, фінансових можливостей та цінової політики приватних установ: *“Так, звісно. Якщо у мене немає грошей, то я йду в державну установу”⁹³; “Звичайно впливає. Всі знають, що приватні клініки, приватні поліклініки вони більш уважно відносяться до пацієнтів. Але їх послуги є платними, і не завжди рівень зарплати дозволяє оплатити ці послуги”⁹⁴; “Впливає, через рівень моєї зарплати, не завжди можна дозволити”⁹⁵.*

⁹⁰ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 4-5 ст.6

⁹¹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Олександром, м. Запоріжжя 4.09.2022. Власний архів автора. 11-12 ст.5

⁹² Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 17-18 ст.6

⁹³ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 23 ст.5

⁹⁴ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 27-29 ст.6

⁹⁵ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Наталією, м. Коломия 10.10.2022. Власний архів автора. 19 ст.4

Таким чином, аналізуючи відповіді респондентів щодо їхньої поведінки в системі медицини, можемо прослідкувати певні схожості у відповідях, та практиках відповідно.

Одним із ключових елементів інституціоналізаційних процесів є **виокремлення вигоди** у свідомості респондентів. Так, було запропоновано виокремити такі аспекти:

- вигода для тих, хто укладає декларацію з сімейним лікарем;
- вигода для сімейних лікарів;
- виокремлення суб'єкта медичної системи, який здебільшого отримує вигоду від сімейної медицини.

Так, вигоду для пацієнтів окреслили через такі складові:

- **постійний контакт з лікарем:** *“Ви можете бути з ним конкретно на зв'язку, ближче контакт, ніж при інших умовах”⁹⁶; “Те, що точно цей лікар тебе буде оглядати, і можна йому телефонувати, можна написати у Вайбер, чи відіслати повідомлення”⁹⁷;*

- **можливість обрати лікаря:** *“Те, що людина сама собі вибере лікаря, і буде йому довіряти”⁹⁸; “Людей вже є вибір власного лікаря, якому вони довіряють, і до якого хочуть потрапити”⁹⁹;*

- **комфортність:** *“Як на мене, основною вигодою є зручність, бо це мультифункціональний лікар, який направляє куди треба піти”¹⁰⁰; “І комфортність”¹⁰¹.*

Вигода для лікарів була сформована в межах трьох основних пунктів:

⁹⁶ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 21-22 ст.2

⁹⁷ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 24-25 ст.2

⁹⁸ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Христиною, м. Вінниця 5.10.2022. Власний архів автора. 18 ст.2

⁹⁹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 16-17 ст.2

¹⁰⁰ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Остапом, м. Київ 5.09.2022. Власний архів автора. 19-20 ст.2

¹⁰¹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 11 ст.3

- **більша користь за рахунок комплексних знань:** *“Сімейний лікар має широкі знання в кожному з напрямків. І може бути корисним”*; *“Ще плюс в тому, що лікарі широкої спеціалізації”*¹⁰²;
- **можливість кар’єрного зростання:** *“Можуть брати більше пацієнтів, і надавати більше послуг, самовдосконалюватися за рахунок цього”*; *“Можливо, є люди, які саме на цій основі хочуть розвивати свою кар’єру”*¹⁰³;
- **фінансова мотивація:** *“Сімейним лікарям йде доплата за кожну людину, яка підписала з ним декларацію”*¹⁰⁴; *“У них розмір зарплати залежить від кількості пацієнтів”*¹⁰⁵; *“Якщо ти гарний лікар, і тебе люблять, то до тебе буде надходити багато людей, і таким чином твоя заробітна плата буде вища”*¹⁰⁶.

Думки опитаних респондентів розділилися фактично порівну при виокремленні найбільшої вигоди для суб’єктів медичної системи, так:

- частина вважає, що **здебільшого вигоду отримують пацієнти:** *“А якби це не було вигідно пацієнтам, то щось би змінилося”*¹⁰⁷; *“Пацієнти. Бо вони собі самі вибирають, це для них краще”*¹⁰⁸;

¹⁰² Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 20 ст.2

¹⁰³ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Остапом, м. Київ 5.09.2022. Власний архів автора. 24-25 ст.2

¹⁰⁴ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 25-26 ст.2

¹⁰⁵ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 28 ст.2

¹⁰⁶ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 3.09.2022. Власний архів автора. 24-26 ст.2

¹⁰⁷ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 4 ст.3

¹⁰⁸ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Христиною, м. Вінниця 5.10.2022. Власний архів автора. 3 ст.3

- частина, що лікарі та медичні установи: *“Я думаю, що це достатньо вигідно на сторону лікарів”¹⁰⁹; “Мені здається, що найбільшу вигоду отримують працівники медицини та лікарі”¹¹⁰;*

- та ще частина, що здебільшого вигоду від впровадження сімейної медицини отримує держава: *“Найперше, це звичайно ж держава, бо їй взагалі завжди вигідна якась система, яка все систематизує, де йде обіг грошей з державного бюджету, залучення спеціалістів”¹¹¹; “Держава. Бо їй це вигідно”¹¹².*

Виокремлення вигоди є ключовим компонентом, оскільки саме від можливості знайти вигоду у новому явищі може залежати швидкість впровадження цього явища. Це, в свою чергу, є важливим етапом у процесі інституціоналізації.

Важливим аспектом авторського дослідження було виявлення функційних та дисфункційних особливостей сімейної медицини, її переваг та недоліків. Так, основними перевагами сімейної медицини є такі:

- **економія коштів:** *“І, я думаю, що економія коштів”¹¹³; “Для людей, які не мають змоги звертатися до приватних лікарень, у них є можливість отримувати допомогу і бути більш здоровими”¹¹⁴;*

- **зручність:** *“Можливість обрати ближчу поліклініку до місця роботи чи місця проживання”¹¹⁵; “Можна переїхати, і легко змінити лікаря”¹¹⁶; “Легко вибрати лікаря”¹¹⁷;*

¹⁰⁹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 7 ст.3

¹¹⁰ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Олександром, м. Запоріжжя 4.09.2022. Власний архів автора. 8-9 ст.3

¹¹¹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Максимом, м. Київ 4.09.2022. Власний архів автора. 1-3 ст.4

¹¹² Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Наталією, м. Коломия 10.10.2022. Власний архів автора. 20 ст.2

¹¹³ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 27 ст.3

¹¹⁴ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 11-12 ст.3

¹¹⁵ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 10-11 ст.3

¹¹⁶ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 3.09.2022. Власний архів автора. 10-11 ст.3

¹¹⁷ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 7 ст.3

- **постійний контакт з лікарем:** *“І постійна підтримка від лікаря”¹¹⁸; “Тісніша співпраця з лікарем”¹¹⁹;*
- **можливість обрати лікаря:** *“Можливість вибрати собі лікаря” (Богдана, 10 ст.3); “Напевно, можливість зміни лікаря” (Сергій, 24 ст.2).*

Натомість недоліками вважаються, на думку опитаних респондентів, такі:

- **складність процесу:** *“Наочевидніші: перший, дуже складно записатися. Є запис через 2 тижні, а вам треба лікарняний”¹²⁰; “Щоб потрапити до вузькоспеціалізованого спеціаліста, ми повинні взяти дозвіл-направлення від сімейного”¹²¹;*
- **(не)можливість лікування усіх членів сім’ї:** *“Скільки повинно минути часу від початку і до такого періоду, коли він буде знати кожного нашого члена сім’ї, які в нього захворювання”¹²²;*
- **обмеженість компетенцій лікаря:** *“Сімейний лікар не є вузькоспеціалізований, тобто, він не може в усіх галузях надати допомогу”¹²³;*
- **незавершеність реформи сімейної медицини:** *“Система не до кінця впроваджена”¹²⁴;*
- **брак конфіденційності:** *“Мій основний бар’єр на рахунок конфіденційності інформації”¹²⁵.*

Важливо наголосити, що при виокремленні переваг та недоліків, а також функційних та дисфункційних аспектів респонденти

¹¹⁸ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 28 ст.3

¹¹⁹ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 12 ст.3

¹²⁰ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 14-15 ст.3

¹²¹ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 20-21 ст.4

¹²² Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 17-18 ст.3

¹²³ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 10-11 ст.3

¹²⁴ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Максимом, м. Київ 4.09.2022. Власний архів автора. 11 ст.4

¹²⁵ Транскрипт інтерв’ю, проведеного з Аліною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 2 ст.4

частково ототожнювали ці складові, проте, основні функційні аспекти сімейної медицини:

- **економія часу:** *“Економія часу, швидкість” (Аліна, 27 ст.3); “Тобто, не потрібно витратити час на те, щоб бігати по лікарям”¹²⁶;*
- **довіра до лікаря:** *“Вибір більш кваліфікованого лікаря, якому людина більше довіряє”¹²⁷;*
- **постійний контакт з лікарем:** *“Один лікар довго веде пацієнта”¹²⁸; “Як я вже казав: сімейний лікар хоч принаймні знає, пам'ятає своїх пацієнтів”¹²⁹;*
- **конкретика:** *“Можливість змінити лікаря, отримати конкретику щодо захворювання, направлення”¹³⁰.*

Натомість дисфункційні аспекти респонденти вбачають такі:

- **складність процесу:** *“Наочевидніші: перший, дуже складно записатися. Є запис через 2 тижні, а вам треба лікарняний”¹³¹; “Те, що треба записуватися в реєстратурі спочатку. Складно потрапити”¹³²;*
- **часозатратність процесу:** *“Буває так, що неможливо додзвонитися, а немає часу піти в поліклініку”¹³³; “Довгий процес отримання направлення до вузького спеціаліста”¹³⁴;*

¹²⁶ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Остапом, м. Київ 5.09.2022. Власний архів автора. 1-2 ст.5

¹²⁷ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця 5.09.2022. Власний архів автора. 16 ст.4

¹²⁸ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Наталією, м. Коломия 10.10.2022. Власний архів автора. 4 ст.4)

¹²⁹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Сергієм, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 10-11 ст.4

¹³⁰ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 3.09.2022. Власний архів автора. 25-26 ст.4

¹³¹ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Анною, м. Київ 10.10.2022. Власний архів автора. 14-15 ст.3

¹³² Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Наталією, м. Коломия 10.10.2022. Власний архів автора. 8 ст.4

¹³³ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. Власний архів автора. 12-14 ст.6

¹³⁴ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари 3.09.2022. Власний архів автора. 1 ст.6

- **неможливість потрапити до лікаря:** *“А незручність це те що, по крайній мірі в моєї сімейної лікаря, дуже-дуже багато клієнтів, і часто з нею неможливо зв'язатися насправді”¹³⁵.*

Таким чином, можна прослідкувати певні схожості в думках респондентів, а також виокремити час як основний важіль формування думки щодо (дис)функційних аспектів сімейної медицини.

Отож, можна зафіксувати певні позитивні тенденції функціонування інституту сімейної медицини в сучасному українському суспільстві. Емпірично було отримано функційні (зручні) та дисфункційні (незручні) аспекти сімейної медицини, що дозволило **повністю підтвердити відповідні робочі гіпотези** авторського дослідження.

- ***Респонденти, економічна стабільність яких є вищою, більш схильні до отримання медичних послуг неформальним шляхом, звертаючись до приватних установ надання медичних послуг.***

Оскільки державні установи надають безкоштовні медичні послуги, а шляхом комунікації із сімейним лікарем можна отримати направлення до галузевих лікарів, – сімейна медицина є більш привабливою за ціновою політикою, та прямо залежна від економічного потенціалу респондентів, що взяли участь в опитуванні. Якщо фінансова сторона дозволяє відвідати приватну установу, та, відповідно, піти неформальним шляхом, опитані респонденти схильні скористатися цим.

- ***При наявності дисфункційних аспектів в сімейній медицині, респонденти практикують звернення у приватні медичні установи.***

¹³⁵ Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Остапом, м. Київ 5.09.2022. Власний архів автора. 7-10 ст.5

Час, компетентність приватних лікарів, їх вмотивованість та вищий рівень оплати слугують основними вирішальними важелями для прийняття респондентами рішення звернутися у приватні медичні установи.

Частину гіпотез вдалося **підтвердити частково:**

- ***Функційні аспекти сімейної медицини пов'язані, здебільшого, із зручністю вибору сімейного лікаря, та його легкої зміни.***

Зручність вибору лікаря та його зміна дійсно присутні в уявленнях опитаних респондентів як елементи зручності сімейної медицини. Проте вони не є переважаючими, оскільки респонденти задекларували і інші складові.

- ***Головною вигодою для укладання декларації із сімейним лікарем є зручність процесу отримання медичних послуг за наявності сімейного лікаря.***

Не лише зручність, але і постійний контакт з лікарем декларувалися більшістю опитаних респондентів як елементи вигоди укладання декларації. Тобто, виокремити єдиний чинник вигоди не вдалося, проте, це радше свідчить про позитивний результат дослідження та позитивну динаміку уявлень про сімейну медицину, адже саме виокремлення вигоди може бути вирішальним елементом при прийнятті рішень щодо сімейної медицини.

- ***Емоційні передумови здебільшого пов'язані із соціальним тиском на респондентів при переході до системи сімейної медицини, довготривалістю надання медичних послуг та можливістю обрати лікаря, до якого існує певний суб'єктивний рівень довіри.***

Можливість обрати сімейного лікаря, та довготривалість надання медичних послуг це ті елементи, які присутні у свідомості

опитаних респондентів, та задекларовані ними, проте респонденти не згадували про соціальний тиск переходу до сімейної медицини, навпаки – переважна більшість опитаних респондентів задекларували саме про відсутність будь-яких емоційних бар'єрів.

• *Дисфункційні аспекти сімейної медицини пов'язані, здебільшого, зі складністю процесу комунікації з профільними лікарями, пасивністю сімейних лікарів.*

Складність процесу як незручність в системі сімейної медицини дійсно була задекларована опитаними респондентами, проте, про пасивність сімейних лікарів інформації не було зафіксовано.

Відповідно до програми авторського соціологічного дослідження вдалося також виокремити гіпотези, які були спростовані:

• *Пандемія covid-19 має значний вплив на виокремлення дисфункційних аспектів у свідомості респондентів.*

Деякі респонденти задекларували вплив пандемії на їх відповідальність вибору/зміни лікаря, проте навіть ця невелика кількість аспектів не була пов'язана із дисфункційністю сімейної медицини.

Основна гіпотеза-підстава: “Припускаємо, що у свідомості сучасних українців переважають функційні аспекти сімейної медицини” була підтверджена. Про це свідчать не лише безпосередньо вказані чинники зручності сімейної медицини, але і відсутність деяких негативних елементів у свідомості опитаних респондентів, як от емоційних бар'єрів. Також, респонденти швидше виділяли показники зручності та переваги сімейної медицини, ніж ототожнювали їх (як от у випадку із незручностями та недоліками).

Якщо говорити про останні дві групи гіпотез, що справдилися частково або повністю спростувалися – це додатковий елемент до

загального розуміння ситуації сімейної медицини в свідомості опитаних респондентів, а також - відхід від суб'єктивного впливу дослідника.

Саме спростовані гіпотези, або частково підтвержені відкривають можливості для виходу на новий дослідницький вектор, що може покласти початок майбутнім дослідженням з питань подальшого реформування системи сімейної медицини.

Таким чином бачимо, що інститут сімейної медицини є здебільшого функціональним для опитаних респондентів. Він знаходиться на етапі вторинної інституціоналізації, оскільки є чутливим до соціальних змін, а також закріпленим у свідомості респондентів в ході первинної інституціоналізації. Слід наголосити, що процес вторинної інституціоналізації відбувається постійно, оскільки нові соціальні зміни викликають нові потреби у будь-якій сфері. Також, сімейна медицина перебуває на етапі реформування, тому запровадження усіх подальших рівнів та реформ буде також породжувати потребу у продовженні вивчення вторинної інституціоналізації.

Висновки до Розділу III

Підсумовуючи усе вищесказане, слід наголосити, що для авторського соціологічного дослідження щодо сімейної медицини було обрано якісну методологію із використанням глибинного інтерв'ю.

Спираючись на український досвід досліджень сімейної медицини, а також соціологічні передумови до можливостей її дослідження, було створено програму авторського соціологічного дослідження. Програма мала на меті доповнити наявний кількісний емпіричний матеріал з точки зору якісної методології. Основним акцентом стали саме (дис)функційні аспекти, як емпіричний конструкт інституціоналізації як явища.

В рамках досягнення поставленої мети і виконання завдань було:

- окреслено функційні аспекти сімейної медицини в Україні, та їх причини;
- виокремлено вигоди, що спонукають респондентів укладати декларацію з сімейним лікарем;
- сформовано емоційні бар'єри укладання декларації з сімейним лікарем;
- окреслено дисфункційні аспекти сімейної медицини в Україні, та їх причини;
- визначено альтернативні моделі поведінки для дисфункційних аспектів;
- окреслено вплив економічного чинника на прийняття рішень про отримання медичних послуг;
- з'ясовано, яку роль відіграла пандемія covid-19 у поглядах на сімейну медицину, та практиках респондентів.

Усі дослідницькі гіпотези було апробовано – за наслідками цієї апробації їх можна розподілити на три групи:

- ті, що **повністю підтвердилися** (У свідомості сучасних українців переважають функційні аспекти сімейної медицини; Респонденти, економічна стабільність яких є вищою, більш схильні до отримання медичних послуг неформальним шляхом, звертаючись до приватних установ надання медичних послуг; При наявності дисфункційних аспектів в сімейній медицині, респонденти практикують звернення у приватні медичні установи);

- ті, що **підтвердились частково** (Дисфункційні аспекти сімейної медицини пов'язані, здебільшого, зі складністю процесу комунікації з профільними лікарями; Функційні аспекти сімейної медицини пов'язані, здебільшого, із зручністю вибору сімейного лікаря, та його легкої зміни. Головною вигодою для укладання декларації із сімейним лікарем є зручність процесу отримання медичних послуг за наявності сімейного лікаря. Емоційні передумови здебільшого пов'язані із соціальним тиском на респондентів при переході до системи сімейної медицини, довготривалістю надання медичних послуг та можливістю обрати лікаря, до якого існує певний суб'єктивний рівень довіри);

- **та, що спростувалася** (Пандемія covid-19 не має значного впливу на виокремлення дисфункційних аспектів у свідомості респондентів).

Слід також наголосити, що протягом усього дослідження, об'єкт та предмет не виходили за межі дослідницького фокусу. Завдяки пілотажному дослідженню та уточненню гіпотез вдалося не лише окреслити специфіку уявлень про сімейну медицину, але і пов'язати із контекстом сьогодення пандемією covid-19 та військовими діями, що дозволяє максимально наблизитися до реалій українського суспільства 2022 року. Усі вищезгадані фактори свідчать про те, що вдалося здійснити головну мету дослідження: *виявлення специфіки функційних*

та дисфункційних аспектів сімейної медицини в сучасному українському суспільстві та їх вплив на поведінку респондентів.

Процеси вторинної інституціоналізації сімейної медицини в сучасному українському суспільстві тривають наряду із реформуванням і до сьогодні закріпилися в уявленнях опитаних респондентів. Слід наголосити, що сімейна медицина – не є явищем, яке б поляризувало суспільство. Дослідження продемонструвало, що немає конфлікту в уявленнях щодо реалій медичної системи в Україні. Настрої щодо сімейної медицини є радше позитивними серед опитаних. Таким чином, окреслення процесу інституціоналізації на етапі моделювання (див. Рис 3.1.1.) поклало початок емпіричним складникам, які були апробовані в ході дослідження, та на основі яких було окреслено основні висновки авторського соціологічного дослідження щодо сімейної медицини. Важливим здобутком дослідження є вплив фінансового чинника на практики респондентів, зокрема їх формальні (державні заклади) чи неформальні (приватні заклади) прояви. Також новим та цікавим елементом в системі сімейної медицини є конфіденційність, як потенційна дисфункція сімейної медицини, на думку деяких опитаних респондентів.

Підсумовуючи, слід зазначити, що не лише тема, але і результат авторського соціологічного дослідження може бути вдалим доповнюючим елементом емпіричного досвіду студентських досліджень з питань сімейної медицини. Дослідження спрямоване не лише для кращого розуміння сьогодишньої ситуації, але і на виявлення нових дослідницьких можливостей на майбутнє.

Висновки

Формуючи узагальнення, розуміємо, що **інституціоналізація** — процес визначення і закріплення соціальних норм, правил, статусів і ролей, приведення їх у систему, здатну діяти у напрямі задоволення деякої суспільної потреби. Саме тому існує велика необхідність досліджувати питання первинної та вторинної інституціоналізації для особливо чутливих суспільних потреб, особливо в Україні. Одним з таких інститутів є **сімейна медицина** — комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики.

Реформа сімейної медицини досі не завершилася, і не заручилася цілковитою підтримкою з боку населення, що зумовило дослідницький інтерес до запропонованої тематики. Відповідно до завдань, з урахуванням теоретичного осмислення легітимації, авторського моделювання, проведеного соціологічного дослідження, та його результатів, можливо окреслити такі висновки:

- було здійснено теоретичне пояснення інституціоналізації в контексті гуманітарних наук, та встановлено і описано специфіку соціології у дослідженні інституціоналізації. Встановлено, що інституціоналізація досліджується як іноземними так і українськими науковцями, та є об'єктом соціогуманітарного дослідницького інтересу;
- вдалося з'ясувати особливості формування сімейної медицини як соціального інституту. Так, виявлено, що інституціоналізація може бути здійснена на суб'єктивному та об'єктивному рівнях, кожен із яких має свої особливості. Встановлено, що для дослідження сімейної медицини слід аналізувати як її первинну інституціоналізацію (в контексті легітимації), так і вторинну;
- проаналізовано первинну інституціоналізацію, зокрема, в контексті легітимації, на основі підходів М. Вебера, П. Бергера, та Т. Лукмана, на основі чого сконструйовано моделювання

інституціоналізаційних процесів первинного рівня у системі сімейної медицини;

- з'ясовано особливості легітимації сімейної медицини у сучасному українському суспільстві в контексті когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів, з виокремленням аргументів “за” сімейну медицину та “проти” неї. Так, серед аргументів “за” є такі:

- довготривала співпраця із лікарем;
- зручність;
- новизна самої системи, відхід від радянської;
- безоплатність надання послуг;
- можливість бути постійно на зв'язку із сімейним лікарем;

Натомість, серед аргументів “проти”:

- низьке фінансування системи;
- зупинка реформування загалом;
- погана налагодженість системи;
- непрозорість системи;

- проаналізовано вторинну інституціоналізацію на основі підходів Дж.Александера, П. Блау, та П. Штомпки; сконструйовано моделювання вторинних інституціоналізаційних процесів у контексті запровадження системи сімейної медицини;

- під час проведення авторського соціологічного дослідження, було проведено 12 інтерв'ю, в ході яких з'ясовано особливості вторинної інституціоналізації сімейної медицини у сучасному українському суспільстві в контексті когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів, з виокремленням вигоди, що існує в системі сімейної медицини, її функціональних та дисфункційних аспектів.

Для реалізації емпіричної частини роботи було застосовано якісний метод інтерв'ю. Саме теоретичні підвалини дослідження

інституціоналізації дали змогу окреслити тему, та в подальшому реалізувати авторське соціологічне дослідження *“Особливості інституціоналізації сімейної медицини в сучасному українському соціумі. Основні (дис)функційні аспекти”*. Відповідно до результатів дослідження, в українському суспільстві існує певний обсяг знань про сімейну медицину, ці знання, здебільшого однакові для опитаних респондентів. Ставлення респондентів до сімейної медицини було переважно позитивним, хоча деякі респонденти також висловлювали нейтральне та насторожене ставлення. Також однотайними були респонденти при оцінці актуальності сімейної медицини для України і вважають, що така система надання послуг є актуальною. Переважна більшість опитаних респондентів слідує процедурам сімейної медицини, та, у разі виникнення потреби, звертаються до свого сімейного лікаря.

Також було виявлено основні вигоди для пацієнтів (вибір лікаря, постійний контакт з ним тощо) та лікарів (фінансова мотивація, широкий спектр послуг тощо), та, очевидно, елементи функційні та дисфункційні, які нерідко серед опитаних респондентів ототожнювалися із перевагами та недоліками сімейної медицини.

Основні гіпотези дослідження було підтверджено, зокрема про те, що респонденти, економічна стабільність яких є вищою, більш схильні до отримання медичних послуг неформальним шляхом, звертаючись до приватних установ надання медичних послуг. Також було підтверджено гіпотезу про те, що при наявності дисфункційних аспектів в сімейній медицині, респонденти практикують звернення у приватні медичні установи.

Об'єкт завжди знаходився в межах дослідницького фокусу. Спростовані, або частково спростовані гіпотези стануть можливостями

для подальших досліджень, а частина із них послуговувала інструментом для окреслення висновків щодо аналізу емпіричного дослідження.

Підсумовуючи усе вищесказане, слід наголосити, що сімейна медицина є новим явищем для України та її громадян. Відтак, не слід вважати поточну ситуацію із прийняттям норм та правил сімейної медицини сталою, та такою, що буде спостерігатися тривалий час. Соціальна реальність є динамічним утворенням, особливо вразливим до нових явищ. !!!

Ще одним важливим здобутком роботи є можливість порівняння двох авторських емпіричних досліджень. **Перше** було проведене в 2020-2021 роках, коли основним чинником впливу була активна фаза пандемії covid-19, медична система була доволі завантаженою, а респонденти, що на той момент не уклали декларації із сімейним лікарем, задекларували свої наміри зробити це. У цей період респонденти активно декларували вплив пандемії на їхні уявлення щодо сімейної медицини та практики. **Друге**, натомість, було проведене в 2022 році, і чинником впливу на думки респондентів стало повномасштабне вторгнення на територію України, а пандемія не була зафіксована чинником, що може сформувати певні уявлення про сімейну медицину. Порівняння цих двох досліджень доводить не лише динамічність соціальної реальності, але і потребу у дослідженні сімейної медицини на етапі її інституціоналізації. Як інститут сімейна медицина також є динамічною, а її функції дозволяють швидше адаптуватися до нових умов.

Саме тому, настрої щодо реформи сімейної медицини, процес протікання вторинної інституціоналізації на подальших етапах реформування, повинні завжди знаходитися в межах соціологічного дослідницького поля.

Список джерел і наукової літератури

Список джерел:

1. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) «Світова статистика охорони здоров'я 2013». URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81965/9789244564585_rus.%20pdf;jsessionid=B21DE2D4BF26B0197A75B524DE6BA430?sequence=7 (дата звернення 08.10.2022).
2. Всесвітня Організація Сімейних Лікарів (WONCA). URL: <http://www.wonca.org/> (дата звернення 08.10.2022).
3. Група «Рейтинг» «Стан медичної сфери в Україні» (жовтень 2016). URL: http://ratinggroup.ua/research/ukraine/sostoyanie_medicinskoy_sferu_v_ukraine.html (дата звернення 02.11.2022).
4. Дослідження ВООЗ EURACT в рамках програми «Здоров'я для всіх» URL: <https://euract.woncaeurope.org/> (дата звернення 02.11.2022).
5. Закон України «Про вторинну медичну допомогу» від 19.11.1992 №2801-ХІІ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/4768> (дата звернення 08.10.2022).
6. Закон України «Про первинну медичну допомогу» від 19.11.1992 №2801-ХІІ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/20048> (дата звернення 08.10.2022).
7. Концепція Державної програми розвитку первинної медико санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року: розпорядженням КМУ від 24.07.06 №421.
8. Концепція Програми розвитку загальної практики/сімейної медицини на 2006-2010 роки. URL: <http://www.moz.gov.ua> (дата звернення 02.10.2022).
9. Міжнародна класифікація первинної допомоги. 2 видання. ICPC2e URL: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1062.aspx (дата звернення 02.10.2022).
10. Міністерство Охорони Здоров'я України «Безкоштовна медицина» (квітень 2016-квітень 2017 року).
11. Міністерство Охорони Здоров'я України спільно із Київським міжнародним інститутом соціології КМІС та Групою «Рейтинг» «Як змінилось ставлення українців до системи охорони здоров'я за три роки: аналіз соціологічних опитувань 2016-2019 роки». URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-zminilos-stavlennja-ukrainciv-d>

[osistemi-ohoroni-zdorovja-za-tri-roki-analiz-sociologicnih-opituvan-2016-2019-rr](#) (дата звернення 2.10.2022)

12. Наказ МОЗ України від 23.07.2001 N 303. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ5722> (дата звернення 08.10.2022).

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження плану переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» від 11.09.00 № 214.

14. Постанова Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20.06.00 №989.

15. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Анною, м. Київ (онлайн) 10.10.2022. *Власний архів автора.*

16. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Богданою, м. Коломия 5.09.2022. *Власний архів автора.*

17. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Вікторією, м. Бровари (онлайн) 3.09.2022. *Власний архів автора.*

18. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Владиславом, м. Вінниця (онлайн) 5.10.2022. *Власний архів автора.*

19. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Максимом, м. Київ (онлайн) 4.09.2022. *Власний архів автора.*

20. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Наталією, м. Коломия 10.10.2022. *Власний архів автора.*

21. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Олександром, м. Запоріжжя (онлайн) 4.09.2022. *Власний архів автора.*

22. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Остапом, м. Київ (онлайн) 5.09.2022. *Власний архів автора.*

23. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Сергієм, м. Коломия 5.09.2022. *Власний архів автора.*

24. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Христиною, м. Вінниця (онлайн) 5.10.2022. *Власний архів автора.*

25. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ (онлайн) 10.10.2022. *Власний архів автора.*

26. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Віталієм, м. Львів 10.10.2022. *Власний архів автора.*

27. Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 06.12.05 №1694.

28. BMC Family Practice «Strengthening general practice/family medicine in Europe» URL: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0653-x> (дата звернення 02.10.2022).
29. College of Family Physicians of Canada «Practice intentions of exiting family medicine residents in Canada» URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6042659/> (дата звернення 02.10.2022).

Список літератури:

30. Бергер П. *Соціальне конструювання реальності. Трактат з соціології знання*. 1995. С 323.
31. Бень О. Інституціоналізація: теоретична інтерпретація поняття/ О. Т. Бень. *Вісник Львівського університету. Серія соціологічна*. 2012. Випуск 6.
32. Бень О. Т. *Первинний та вторинний характер інституціоналізації (на прикладі молодіжної громадської організації “Українська молодь – Христові”)*. *Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства: Збірник наукових праць*. Харків : Видавничий центр Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, 2005. С. 659–665.
33. Бистрицький Є. *Державотворення: шляхи легітимації*. *Політична думка*. Київ. 1996. 321 с.
34. Бурдьє П. Структура, габітус, практика. *Журнал соціології і соціальної антропології*. Париж. 1998. № 2. 40-58 с
35. Вебер М. *Три чисті типи легітимного панування*. *Соціологія. Загальноісторичні аналізи. Політика*. Київ. 1998. 157-172 с.
36. Висоцький О. Герменевтика як спосіб осягнення легітимаційної політики. *Практична філософія*. 2008. №3. 60-67 с.
37. Войтович С. *Соціальні інститути суспільства : рід, влада, власність*. Київ. 1998. С 120.
38. Вороненко Ю. Сімейна медицина в Україні: об’єктивні та суб’єктивні чинники затримки впровадження. *Журнал АМН України*. 2005. Т.11. № 1. 24 с.
39. Головаха Є. Пострадянська деінституціоналізація і становлення нових соціальних інститутів в українському суспільстві. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2001. №4. С. 5 - 22.

40. Зирянов С. Інституціоналізація електоральних процесів країн з перехідними політичними режимами. *Особистість. Культура. Суспільство*. 2007. С. 170-181.
41. Ільченко Н. Методологія дослідження проблем державного управління: інституціональний підхід. *Актуальні проблеми державного управління*. 2011. № 1. С. 5.
42. Іншаков О. Homo institutus. *Соціологія*. 2005. С. 620.
43. Катаєв С. Механізми інституціоналізації в умовах соціальних перетворень. *Соціальні технології. Актуальні проблеми теорії та практики*. Київ. 2008. С. 150-156.
44. Мажак І. *Сімейна медицина на етапі становлення: порівняльний аналіз України та Польщі*. Київ. 2010. 377 с.
45. Осипова Н.П. Поняття й ознаки соціального інституту. Механізми здійснення інституціоналізації. *Соціологія підручник / за ред. Н. П. Осипової*. Київ Юрінком Інтер. 2003. С. 67.
46. Нова філософська енциклопедія/ за ред. В. С. Степіна. Думка. 2010.
47. Піча В. *Соціологія / за ред. В. М. Піча*. Львів: Новий світ 2000, 2004.
48. Попова І. *Соціологічний підхід до вивчення легітимності та легітимації. До постановки проблеми*. Соціологія: теорія, методи, маркетинг. Одеса. 2000. №3. 21-41 с.
49. Ролз Дж. *Теорія справедливості / пер. з англ. О. Мокровольського*. Київ: Видавництво Соломії Павличко «Основи», 2001. 26–27 с.
50. *Словник української мови*. Український мовно-інформаційний фонд НАН України, 2015 - 2022.
51. Стельмах С.П. *Інституціоналізація історичної науки*. Енциклопедія історії України : у 10 т. / редкол.: В. А. Смолій (голова) та ін. Інститут історії України НАН України. Київ. Наукова думка, 2005. 504 - 672 с.
52. Стечак Г. *Зарубіжний досвід професійної підготовки сімейних лікарів*. Львів. 2017. 229 с.
53. Ткач А. *Інституціональні основи ринкової інфраструктури*. Київ. НАН України, Об'єдн. ін-т економіки. 2005. 295 с.
54. Ткаченко В. *Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні*. Київ. 2015. 12- 17 с.
55. *Тлумачний словник*. Академія наук України. Київ 2010.

56. Тур М. *Некласичні моделі легітимації соціальних інститутів*. Київ. ПАРАПАН. 2006. 396 с.
57. Тур М. *Поняття легітимації: основні парадигми розуміння*. *Філософська думка*. №5. Київ. 2009. 9-21 с.
58. Черниш Н., Ровенчак О. *Основні поняття й положення соціокультурного підходу та специфіка застосування їх у соціології*. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2006. № 1. С. 37–53
59. Юрченко І. *Інституціоналізація волонтерського руху в Україні*. Ін-т соціол. НАН України. Київ 2009. 16 с.
60. Яремчук О. В. *Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України*. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. 6 с.
61. Alexander J.C. *The Strong Program in Cultural Sociology*. Kluwer. New York. 2001. 9 - 28 с.
62. Blau, P. M. *Exchange and power in social life*. New York: Wiley. 1964. 352 с.
63. Lewis D. *The Management of Non-Governmental Development Organizations. An Introduction*. Routledge. London. 2001. 242 с.
64. Sztompka P. *The sociology of social change*. Blackwell, Oxford. 1994. 348 с.
65. Welfling M. *Political Institutionalization: Comparative Analysis of African Party Systems*. Sage Publications Inc. NY. 1973. 6 с.
66. Yin R. *Changing Urban Bureaucracies: How New Practices Become Routinized*. The Rand Corporation, 1978. 155 с.

**Програма авторського соціологічного дослідження
«Уявлення про сімейну медицину в сучасному українському
суспільстві: основні аргументи «за» і «проти»**

1. Методологічна частина

1.1. Опис проблемної ситуації: Зародження сімейної медицини в Україні є новим явищем, відтак потребує вивчення із точки зору різних дослідницьких векторів. Так, результати дослідження Київського міжнародного Інституту соціології (КМІС, 2019) свідчать про те, що в Україні панує доволі позитивна динаміка впровадження інституту сімейної медицини – 78% опитаних вже обрали собі сімейного лікаря, з них 70% ним задоволені через злагоджену роботу та швидкість реакції на звернення громадян. Хоча не слід забувати про решту – 30%, які досі перебувають у стані невизначеності. Сьогодні, коли світ і Україна зокрема вчаться жити в умовах пандемії, роль сімейного лікаря набуває особливого значення та актуальності. Саме від цієї ланки надання медичних послуг залежить офіційна статистика хворих, оскільки, перед тим як звернутися до лабораторії для здачі тесту (ПЛР, ІФА), необхідна консультація сімейного лікаря на наявність видимих, обстежуваних ознак захворювання. Опираючись на вітчизняний досвід дослідження сімейної медицини, важливо наголосити на тому, що переважають кількісні методи дослідження. Такий спосіб збору і аналізу отриманої інформації слугує радше узагальненням вже відомих аспектів, виокремленню домінантних та рецисивних ознак певного явища. Проте коли мова йде про сімейну медицину як нову систему ведення лікування для українських реалій, важливим є саме збір глибинної інформації, отриманої від респондентів. Актуальність роботи, на нашу думку, полягає у необхідності розуміння особливостей функціонування

системи сімейної медицини на вітчизняних теренах, а також чи є вона здебільшого явищем позитивним чи негативним в уявленнях громадян.

1.2. Тема авторського дослідження: Відповідно до проблемної ситуації, вважаємо, що доцільно було б сформулювати тему для авторського дослідження так - «Уявлення про сімейну медицину в сучасному українському суспільстві: основні аргументи «за» і «проти».

1.3. Мета дослідження: Виявлення специфіки уявлень про сімейну медицину в сучасному українському суспільстві.

1.4. Завдання дослідження: Серед основних завдань можемо виокремити такі:

1.4.1. Визначити превалюючий тип уявлень про сімейну медицину відповідно до наявних компонентів (емоційного, когнітивного та поведінкового).

1.4.2. Прослідкувати відмінності між уявленнями об'єктів-носіїв проблеми, в залежності від наявності чи відсутності укладеної декларації із сімейним лікарем.

1.4.3. Зібрати основні аргументи «за» систему сімейної медицини у кожної із груп об'єктів-носіїв.

1.4.4. Зібрати основні аргументи «проти» системи сімейної медицини у кожної із груп об'єктів-носіїв.

1.4.5. З'ясувати, яку роль відіграла пандемія covid-19 у поглядах на сімейну медицину, та практиках респондентів кожної із груп об'єктів-носіїв.

1.4.6. Виокремити та дослідити найбільш проблемний рівень конструювання уявлень про сімейну медицину для сучасних українців.

1.5. Об'єкт дослідження:

За критерієм носія проблеми: Українці, що досягли повноліття

1.5.1. Ті, що уклали декларацію із сімейним лікарем.

1.5.2. Ті, що декларації із сімейним лікарем не укладали.

За загальною проблемою: уявлення про сімейну медицину.

1.6. Предмет дослідження: Відмінності в уявленнях українців про сімейну медицину, та їх специфіка, в залежності від досвіду укладання декларації із сімейним лікарем.

1.7. Гіпотези дослідження

1.7.1. Гіпотеза підстава: Припускаємо, що уявлення про сімейну медицину є частковими, відповідно до об'єкта.

1.7.2. Гіпотези наслідки: Для об'єкта, що має сімейного лікаря, уявлення про сімейну медицину є частковими – афективними.

1.7.3. Для об'єкта, що не має сімейного лікаря, уявлення про сімейну медицину є частковими – теоретичними.

1.7.4. Для цілісності уявлень про сімейну медицину об'єктам, що мають сімейного лікаря бракує когнітивного компоненту на рівні актора та культурних/ціннісних уявлень.

1.7.5. Для цілісності уявлень про сімейну медицину об'єктам, що сімейного лікаря не мають бракує на рівні координації дій поведінкового компоненту.

1.7.6. Аргументи «за» однаково можна знайти в уявленнях обох об'єктів носіїв, незалежно від наявності сімейного лікаря.

1.7.7. Аргументи «проти» однаково можна знайти в уявленнях обох об'єктів носіїв, незалежно від відсутності сімейного лікаря.

1.7.8. Основним джерелом аргументів «проти» сімейної медицини є рівень культурних/ціннісних уявлень усіх трьох компонентів.

1.7.9. Найбільш проблемним рівнем уявлень є рівень координації дій.

1.7.10. Пандемія covid-19 має вплив на трансформацію уявлень респондентів про систему сімейної медицини для кожної із груп об'єктів-носіїв.

1.8. Теоретична інтерпретація базових понять:

Сімейна медицина – спеціальність, напрямок у медицині, що розглядає здоров'я та хвороби людини з урахуванням її біо-психосоціального статусу, орієнтація на забезпечення безперервності медичної та фармацевтичної допомоги (протягом усього життя); профілактична спрямованість на формування здорового способу життя, збереження й зміцнення здоров'я кожної сім'ї.¹

Сімейний лікар (в Україні — лікар загальної практики сімейної медицини) – лікар, який отримав спеціалізовану багатопрофільну підготовку з надання первинної медико-санітарної допомоги членам родини будь-якого віку та статі.²

Уявлення – чуттєво-наочний образ предметів або явищ дійсності, що зберігається і відтворюється у свідомості людини поза безпосереднім впливом їх на органи чуття.³

Рівень актора – структурний рівень аналізу соціальної реальності, на якому соціальна дія протікає у своїх структурованих контекстах з урахуванням ціннісних уявлень.

Рівень координації дій – структурний рівень аналізу соціальної реальності, що через регуляцію, організації, спілки та установи завжди співвідноситься з легітимуючими смисловими взаємозв'язками та соціальною дією акторів.

¹ Вороненко Ю. Сімейна медицина в Україні: об'єктивні та суб'єктивні чинники затримки впровадження. Журнал АМН України. 2005. Т.11. № 1. 24 с.

² Всесвітня Організація Сімейних Лікарів (WONCA). URL: <http://www.wonca.org/> (дата звернення 08.05.2021).

³ Гавриловська К. Суб'єктивна легітимація правових норм як психологічний механізм нормативно-правової регуляції поведінки особистості. Проблеми сучасної психології. Київ, 2010.

Рівень культурних ціннісних уявлень – структурний рівень аналізу соціальної реальності, що охоплює багатоманітні комбінації ціннісних ідей, відібраних у різний спосіб як орієнтації дії та легітимації порядків.⁴

1.9. Операціональна інтерпретація базових понять:

Уявлення

Рівень актора

1. *Когнітивний аспект* (особисті знання про сімейну медицину);
2. *Емоційний аспект* (джерела когнітивного, їх пріоритетність; внутрішні чинники, причини поведінкового);
3. *Поведінковий аспект* (наявність/відсутність сімейного лікаря, користування послугами сімейної медицини);

Рівень координації дій

1. *Когнітивний аспект* (знання отримані від регулярних установ – лікарня, освітній заклад);
2. *Емоційний аспект* (важелі впливу на прийняття рішень, емоційні бар'єри, зовнішні чинники);
3. *Поведінковий аспект* (слідування рекомендаціям);

Рівень культурних ціннісних уявлень

1. *Когнітивний аспект* (знання, отримані від ЗМІ);
2. *Емоційний аспект* (стереотипи, дієвість і актуальність існуючих норм);
3. *Поведінковий аспект* (потрапляння під зовнішній тиск, наслідування інших).

2. Методична частина

2.1. Принцип відбору учасників дослідження: Щоб дотримуватися умов дослідження і виконати завдання, підтвердити або спростувати

⁴ Вебер М. Три чисті типи легітимного панування. Соціологія. Загальноісторичні аналізи. Політика. Київ. 1998. 157-172 с.

гіпотези, було обрано квотну цільову вибірку, де відбір та поділ респондентів із генеральної сукупності буде здійснено за однією головною ознакою – наявність або відсутність укладеної угоди із сімейним лікарем. Щоб дотримуватися балансу між квотами, передбачається проведення 5-6 інтерв'ю для репрезентантів обох груп. Кількість респондентів залежатиме від рівня та якості інформаційного наповнення зібраних інтерв'ю. Збір буде тривати до моменту досягнення точки сатурації, тобто, межі, після якої кожне наступне інтерв'ю не нестиме нової інформації і необхідність пошуку нових респондентів зникне.

2.2. Опис методів й технік отримання інформації: Відповідно до проблемної ситуації, мети та завдань дослідження, в якості методу було обрано глибинне інтерв'ю. Такий вид збору інформації дасть змогу якнайкраще відтворити компоненти та рівні уявлень про сімейну медицину,

зрозуміти проблемні ділянки та причини їх проблемності. Обраний принцип збору інформації мінімізує можливість тиску на респондента як з боку інтерв'юера, так і з боку можливих інших учасників дискусії, як от у випадку фокус-групового дослідження. У ході проведення інтерв'ю передбачається виявити можливі латентні зразки та бар'єри щодо сімейної медицини, прийти до джерела їх генерування. Концентрація уваги респондента на запропонованих запитаннях, можливість знайти на них відповідь, дасть змогу уникнути простого вибору із декількох можливих, як от пропонує кількісне анкетування. Глибоке осмислення запитань, створення первинної інформації, ніким раніше не формульованої. Такий метод дозволяє максимально задовільнити умови дослідження та отримати відповіді на запитання, щоб виконати завдання та дійти до мети. У якості інструментарію пропонується розроблений запитальник

глибинного інтерв'ю із тематичними блоками та спеціальними запитаннями відповідно до гіпотез, завдань та моделювання дослідження. Технічне оснащення забезпечене наявністю диктофона для можливості подальшого транскрибування та аналізу.

2.3. Часові рамки дослідження: Дослідження проводитиметься поетапно

2.3.1. Підготовчий етап: листопад-грудень 2020 року.

2.3.2. Польовий етап: грудень 2020-січень 2021 року.

2.3.3. Аналіз та інтерпретація: січень-березень 2021 року.

2.4. Обґрунтування логіки й методу аналізу даних: Аналітичним процедурам передуватиме переведення аудіо-запису у текстовий формат –транскрибування, яке є основним джерелом інформації на початкових етапах. Спробу поєднати транскрипт із науковою концепцією вперше буде здійснено за рахунок процедури кодування. Для завершення етапу кодування, необхідно одразу окреслити теоретичні межі дослідження. Кожен код буде підкріплений певною кількістю секвенцій, і вже на початковому етапі можна буде говорити про ефективність дослідження, оскільки буде відомо: збережено баланс між кодами за кількістю секвенцій, тобто кожен код, кожна сутнісна характеристика знайшла своє віддзеркалення у відповідях респондента, чи ні. Наступним етапом стане категоризація, в межах якої коди буде об'єднано у певні тематичні категорії, відповідно до їх ознак. Категорії будуть максимально наближені до тих аспектів, що їх пізніше буде окреслено в концептуалізації. Потім необхідно буде здійснити наступний етап – кластеризацію, уточнити гіпотези. Саме такий відхід від запропонованої програми дасть змогу подивитися на проблему під кардинально іншим кутом: новим і нехарактерним для попередніх здобутків у цій тематиці.

2.5. Обґрунтування етичних засад проведення дослідження: Щоб дотриматися усіх етичних норм соціологічного дослідження, респондентам пропонується підписання інформованої згоди на обробку даних, що будуть отримані в ході проведення дослідження. Необхідним є пояснення того факту, що уся отримана інформація буде використана виключно у дослідницьких цілях і не буде виходити за межі дослідницького інтересу та фокусу. Заборонено також використовувати будь які записуючі пристрої, окрім тих, що передбачаються процедурою.

2.6. Дослідницька саморефлексія: Загалом такого роду дослідження дасть змогу вийти на нові рівні теоретичного осмислення сімейної медицини у зрізі українських реалій. Після проведення аналізу та оформлення результатів можна буде побачити перспективи для подальших досліджень, зокрема із уточненням об'єкта-носія проблеми.

**Запитальник для авторського соціологічного дослідження
«Уявлення про сімейну медицину в сучасному українському
суспільстві: основні аргументи «за» і «проти»**

Варіант для респондентів, що мають сімейного лікаря

1. Скажіть будь ласка як Вас звати, звідки Ви та скільки вам років?
2. Розкажіть будь ласка трохи про Ваше дитинство, зокрема чи пам'ятаєте Ви яким було надання медичних послуг, коли Ви були дитиною, підлітком, молодою людиною? Чи часто ви хворіли? Як здійснювалося Ваше лікування? До кого із фахівців зверталися? За яким принципом (знайомі, дільничні)?
3. Хто Ви за освітою? Чи працювали коли-небудь по спеціальності? Чи можете розповісти про свою професійну діяльність? Чи відчуваєте Ви на собі вплив освіти щодо прийняття рішень/оцінки соціальних явищ?
4. Чи влаштовує(-увала) Вас ваша заробітна плата?
5. Чи перебуваєте (коли небудь перебували) Ви у стосунках? Коротко опишіть, що для вас головне у людській взаємодії?
6. Чи є у вас діти/онуки?
7. Що для вас старість? На вашу думку, хто більше зацікавлений в інституті медицини, сімейної медицини: молодше чи старше покоління?
8. На Вашу думку, де суспільство відчувало себе більш захищеним із медичної точки зору в часі ХХ чи ХХІ століття? Чому?
9. Коротко окресліть ваше ставлення до медицини та її рівня в Україні. Чи довіряєте Ви їй?
10. Чи є у Вас сімейний лікар?

Когнітивний аспект

Рівень актора

1. Що ви знаєте про сімейну медицину?

2. Що для Вас є сімейна медицина? В чому її суть?
3. Хто такий сімейний лікар? Яка його роль? В чому сутність і специфіка роботи сімейного лікаря?
4. Яких знань про сімейну медицину Вам бракує?

Рівень координації дій

1. Які знання Ви отримали із регулярних установ (лікарня, освітній заклад) щодо системи сімейної медицини? Чи можете пригадати знання, отримані від фахівців?

Рівень культурних ціннісних уявлень

1. Чи мали місце у вашій свідомості знання, отримані від ЗМІ?
2. Чи спостерігали Ви за викладом тематики сімейної медицини в ЗМІ? Чому?

Емоційний аспект

Рівень актора

1. Які знання були для Вас пріоритетними для прийняття рішень щодо сімейної медицини? Ваші власні, фахові, отримані від ЗМІ?
2. Які були Ваші перші міркування щодо переходу до системи сімейної медицини? Чи змінилися вони до сьогодні?
3. Чи можете Ви виокремити внутрішні/особисті чинники, що спонукали вас заключити договір із сімейним лікарем?

Рівень координації дій

1. Що/хто мало/мав вирішальний вплив на прийняття Вами рішень щодо заключення договору з лікарем/переходу до системи сімейної медицини?
2. Які емоційні бар'єри, застороги ви відчули в собі при прийнятті рішення?
3. Який зовнішній тиск ви, можливо, відчули на собі, під час прийняття рішень?

4. Хто, на Вашу думку, є відповідальним за надання якісних та повноцінних знань населенню щодо сімейної медицини?

Рівень культурних ціннісних уявлень

1. Які стереотипи/упередження щодо сімейної медицини Вам відомі? Які з них Ви мали можливість відслідкувати в реальності?
2. Які стереотипи існують щодо сімейного лікаря у Вашому соціальному оточенні?
3. На Вашу думку, наскільки актуальними є норми/форми сімейної медицини? Наскільки така система є потрібна для України?
4. Які основні аргументи «за» сімейну медицину Ви можете виокремити?
5. Які основні аргументи «проти» сімейної медицини Ви можете виокремити?

Поведінковий аспект

Рівень актора

1. Як давно у Вас є сімейний лікар? Чи змінювали Ви його? Якщо так, що стало причиною зміни?
2. Ви можете назвати себе активним чи пасивним користувачем послуг сімейної медицини? Чому?
3. Із якими труднощами Ви як пацієнт стикалися в системі сімейної медицини?
4. Функціонально досконалішою Ви вважаєте дільничну/сімейну систему медицини для України? Чому?

Рівень координації дій

1. Як Ви може сприяти покращенню системи сімейної медицини?
2. Ви як пацієнт чітко і до кінця слідуєте рекомендаціям, довіряєте лікарю до кінця, чи, можливо, залишаєте місце для самолікування?

Рівень культурних ціннісних уявлень

1. Чи мав зовнішній тиск реальний вияв у ваших діях? Чи перехід до системи сімейної медицини був виключно Вашим особистим вибором?
2. Що взяло гору при прийнятті Вашого рішення щодо заключення договору і переходу до системи сімейної медицини: знання, емоції чи поведінка інших? Чому?
3. За яким принципом Ви обирали сімейного лікаря (наслідування інших, власні переконання)?
4. Щоб почуватися повноцінним елементом системи сімейної медицини вам бракує: знань, емоцій/довіри, поведінкових практик? Чому?
5. Чи змінила пандемія covid-19 Ваші уявлення щодо сімейної медицини? Її ролі? Ролі сімейного лікаря.

Варіант для респондентів, що не мають сімейного лікаря

1. Скажіть будь ласка як Вас звати, звідки Ви та скільки вам років?
2. Розкажіть будь ласка трохи про Ваше дитинство, зокрема чи пам'ятаєте Ви яким було надання медичних послуг, коли Ви були дитиною, підлітком, молодою людиною? Чи часто ви хворіли? Як здійснювалося Ваше лікування? До кого із фахівців зверталися? За яким принципом (знайомі, дільничні)?
3. Хто Ви за освітою? Чи працювали коли-небудь по спеціальності? Чи можете розповісти про свою професійну діяльність? Чи відчуваєте Ви на собі вплив освіти щодо прийняття рішень/оцінки соціальних явищ?
4. Чи влаштовує(-увала) Вас ваша заробітна плата?
5. Чи перебуваєте (коли небудь перебували) Ви у стосунках? Коротко опишіть, що для вас головне у людській взаємодії?
6. Чи є у вас діти/онуки?

7. Що для вас старість? На вашу думку, хто більше зацікавлений в інституті медицини, сімейної медицини: молодше чи старше покоління?

8. На Вашу думку, де суспільство відчувало себе більш захищеним із медичної точки зору в часі ХХ чи ХХІ століття? Чому?

9. Коротко окресліть ваше ставлення до медицини та її рівня в Україні. Чи довіряєте Ви їй?

10. Чи є у Вас сімейний лікар?

Когнітивний аспект

Рівень актора

1. Що ви знаєте про сімейну медицину?

2. Що для Вас є сімейна медицина? В чому її суть?

3. Хто такий сімейний лікар? Яка його роль? В чому сутність і специфіка роботи сімейного лікаря?

4. Яких знань про сімейну медицину Вам бракує?

Рівень координації дій

1. Які знання Ви отримали із регулярних установ (лікарня, освітній заклад) щодо системи сімейної медицини? Чи можете пригадати знання, отримані від фахівців? Рівень культурних ціннісних уявлень

1. Чи мали місце у вашій свідомості знання, отримані від ЗМІ?

2. Чи спостерігали Ви за викладом тематики сімейної медицини в ЗМІ? Чому?

Емоційний аспект

Рівень актора

1. Які знання були для Вас пріоритетними для прийняття рішень щодо сімейної медицини? Ваші власні, фахові, отримані від ЗМІ?

2. Які були Ваші перші міркування щодо переходу до системи сімейної медицини? Чи змінилися вони до сьогодні? Чи задумувались над тим, щоб заключити договір? Чому?

3. Чи можете Ви виокремити внутрішні/особисті чинники, що спонукали вас утриматися від переходу до системи сімейної медицини?

Рівень координації дій

1. Що/хто мало/мав вирішальний вплив на прийняття Вами рішень щодо утримання від переходу до системи сімейної медицини?
2. Які емоційні бар'єри, застороги ви відчули в собі при прийнятті рішення?
3. Який зовнішній тиск ви, можливо, відчули на собі, під час прийняття рішень?
4. Хто, на Вашу думку, є відповідальним за надання якісних та повноцінних знань населенню щодо сімейної медицини?

Рівень культурних ціннісних уявлень

1. Які стереотипи/упередження щодо сімейної медицини Вам відомі? Які з них Ви мали можливість відслідкувати в реальності?
2. Які стереотипи існують щодо сімейного лікаря у Вашому соціальному оточенні?
3. На Вашу думку, наскільки актуальними є норми/форми сімейної медицини? Наскільки така система є потрібна для України?
4. Які основні аргументи «за» сімейну медицину Ви можете виокремити?
5. Які основні аргументи «проти» сімейної медицини Ви можете виокремити?
6. Які з цих аргументів мали більшу/вирішальну роль у прийнятті Вами рішення?

Поведінковий аспект

Рівень актора

1. Ви можете назвати себе активним чи пасивним користувачем послуг медицини? Чому?

2. Із якими труднощами Ви як пацієнт стикалися в системі медицини?

3. Функціонально досконалішою Ви вважаєте дільничну/сімейну систему медицини для України? Чому?

Рівень координації дій

1. Як Ви може сприяти покращенню системи медицини?

2. Ви як пацієнт чітко і до кінця слідуєте рекомендаціям, довіряєте лікарю до кінця, чи, можливо, залишаєте місце для самолікування?

Рівень культурних ціннісних уявлень

1. Чи мав зовнішній тиск реальний вияв у ваших діях? Чи утримання від переходу до системи сімейної медицини було виключно Вашим особистим вибором?

2. Що взяло гору при прийнятті Вашого рішення щодо утримання від переходу до системи сімейної медицини: знання, емоції чи поведінка інших? Чому?

3. За яким принципом ви звертаєтесь до лікарів (думка інших, репутація)?

4. Щоб стати частиною системи сімейної медицини Вам бракує: знань, емоцій/довіри, поведінкових практик? Чому?

5. Чи змінила пандемія covid-19 Ваші уявлення щодо сімейної медицини? Її ролі? Ролі сімейного лікаря?

**Програма авторського соціологічного дослідження
«(Дис)функційні аспекти сімейної медицини в сучасному
українському суспільстві»**

1. Методологічна частина

1.1. Опис проблемної ситуації: Зародження сімейної медицини в Україні є новим явищем, відтак потребує вивчення із точки зору різних дослідницьких векторів. Так, результати дослідження Київського міжнародного Інституту соціології (КМІС, 2019) свідчать про те, що в Україні панує доволі позитивна динаміка впровадження інституту сімейної медицини – 78% опитаних вже обрали собі сімейного лікаря, з них 70% ним задоволені через злагоджену роботу та швидкість реакції на звернення громадян. Хоча не слід забувати про решту – 30%, які досі перебувають у стані невизначеності. Сьогодні, коли світ і Україна зокрема вчаться жити в умовах пандемії, роль сімейного лікаря набуває особливого значення та актуальності. Саме від цієї ланки надання медичних послуг залежить офіційна статистика хворих, оскільки, перед тим як звернутися до лабораторії для здачі тесту (ПЛР, ІФА), необхідна консультація сімейного лікаря на наявність видимих, обстежуваних ознак захворювання. Також наявність сімейного лікаря є необхідною умовою при процесі вакцинації. Опираючись на вітчизняний досвід дослідження сімейної медицини, важливо наголосити на тому, що переважають кількісні методи дослідження. Такий спосіб збору і аналізу отриманої інформації слугує радше узагальненням вже відомих аспектів, виокремленню домінантних та рецесивних ознак певного явища. Проте, коли мова йде про сімейну медицину, як нову систему ведення лікування для українських реалій, важливим є саме збір глибинної інформації, отриманої від респондентів. Актуальність роботи, на

нашу думку, полягає у необхідності розуміння (дис)функційних аспектів системи сімейної медицини на вітчизняних теренах, а також, яким чином ці аспекти впливають на поведінку респондентів.

1.2. Тема авторського дослідження: Відповідно до проблемної ситуації, вважаємо, що доцільно було б сформулювати тему для авторського дослідження так – «(Дис)функційні аспекти сімейної медицини в сучасному українському суспільстві»

1.3. Мета дослідження: Виявлення специфіки функційних та дисфункційних аспектів сімейної медицини в сучасному українському суспільстві та їх вплив на поведінку респондентів.

1.4. Завдання дослідження: Серед основних завдань можемо виокремити такі:

1.4.1. Окреслити функційні аспекти сімейної медицини в Україні, та їх причини.

1.4.2. Виокремити вигоди, що спонукають респондентів укласти декларацію з сімейним лікарем.

1.4.3. Сформулювати емоційні бар'єри укладання декларації з сімейним лікарем.

1.4.4. Окреслити дисфункційні аспекти сімейної медицини в Україні, та їх причини.

1.4.5. Визначити альтернативні моделі поведінки для дисфункційних аспектів.

1.4.6. Окреслити вплив економічного чинника на прийняття рішень про отримання медичних послуг.

1.4.7. З'ясувати, яку роль відіграла пандемія covid-19 у поглядах на сімейну медицину, та практиках респондентів.

1.5. Об'єкт дослідження:

За критерієм носія проблеми: Українці, що досягли повноліття та уклали декларацію із сімейним лікарем.

За загальною проблемою: (дис)функційні аспекти сімейної медицини.

1.6. Предмет дослідження: Особливості виокремлення функційних та дисфункційних аспектів сімейної медицини.

1.7. Гіпотези дослідження

1.7.1. Гіпотеза підстава: Припускаємо, що у свідомості сучасних українців переважають функційні аспекти сімейної медицини.

1.7.2. Гіпотези наслідки: Дисфункційні аспекти сімейної медицини пов'язані, здебільшого, зі складністю процесу комунікації з профільними лікарями, пасивністю сімейних лікарів.

1.7.3. Респонденти, економічна стабільність яких є вищою, більш схильні до отримання медичних послуг неформальним шляхом, звертаючись до приватних установ надання медичних послуг.

1.7.4. При наявності дисфункційних аспектів в сімейній медицині, респонденти практикують звернення у приватні медичні установи.

1.7.5. Функційні аспекти сімейної медицини пов'язані, здебільшого, із зручністю вибору сімейного лікаря, та його легкої зміни.

1.7.6. Головною вигодою для укладання декларації із сімейним лікарем є зручність процесу отримання медичних послуг за наявності сімейного лікаря.

1.7.7. Емоційні передумови здебільшого пов'язані із соціальним тиском на респондентів при переході до системи сімейної медицини, довготривалістю надання медичних послуг та можливістю обрати лікаря, до якого існує певний суб'єктивний рівень довіри.

1.7.8. Пандемія covid-19 має значний вплив на виокремлення дисфункційних аспектів у свідомості респондентів.

1.8. Теоретична інтерпретація базових понять:

Сімейна медицина – спеціальність, напрямок у медицині, що розглядає здоров'я та хвороби людини з урахуванням її біо-психо-соціального статусу, орієнтація на забезпечення безперервності

медичної та фармацевтичної допомоги (протягом усього життя); профілактична спрямованість на формування здорового способу життя, збереження й зміцнення здоров'я кожної сім'ї.⁵

Сімейний лікар (в Україні — лікар загальної практики сімейної медицини) – лікар, який отримав спеціалізовану багатопрофільну підготовку з надання первинної медико-санітарної допомоги членам родини будь-якого віку та статі.⁶

Дисфункція – порушення нормального ходу, розвитку чого-небудь.⁷

Формальна поведінка – дотримання процедур надання та отримання медичних послуг, передбачених системою сімейної медицини.

Неформальна поведінка – уникнення/ігнорування процедур надання та отримання медичних послуг, передбачених системою сімейної медицини, пошук альтернативних шляхів отримання медичної допомоги.⁸

1.9. Операціональна інтерпретація базових понять:

Попередня соціалізація

1. Когнітивний аспект (особисті знання про медицину загалом, сімейну медицину)

2. Емоційний аспект (формування первинного ставлення до реформи сімейної медицини)

Виокремлення вигоди, винагород

1. Когнітивний аспект (знання про вигоди, що існують в системі сімейної медицини)

2. Емоційний аспект (формування (дис)функційних аспектів системи сімейної медицини, її переваг/недоліків)

3. Поведінковий аспект (прийняття рішення, підписання декларації)

⁵ Вороненко Ю. Сімейна медицина в Україні: об'єктивні та суб'єктивні чинники затримки впровадження. Журнал АМН України. 2005. Т.11. № 1. 24 с.

⁶ Всесвітня Організація Сімейних Лікарів (WONCA). URL: <http://www.wonca.org/> (дата звернення 05.10.2022).

⁷ Словник української мови. Український мовно-інформаційний фонд НАН України, 2015 - 2022

⁸ Авторське визначення.

Набуття соціальної ролі

- 1. Когнітивний аспект** (знання про соціальну роль пацієнта-здобувача послуг сімейної медицини)
- 2. Емоційний аспект** (формування обґрунтованого (вторинного) ставлення до системи сімейної медицини, самооцінка як суб'єкта)
- 3. Поведінковий аспект** (ритуальні форми прояву, характерні для набутої соціальної ролі: формальні або неформальні)

2. Методична частина

2.1. Принцип відбору учасників дослідження: Щоб дотримуватися умов дослідження і виконати завдання, підтвердити або спростувати гіпотези, було обрано квотну цільову вибірку, де відбір та поділ респондентів із генеральної сукупності буде здійснено за однією головною ознакою – наявністю укладеної угоди із сімейним лікарем. Щоб дотримуватися балансу між квотами, передбачається проведення 10-12 інтерв'ю. Кількість респондентів залежатиме від рівня та якості інформаційного наповнення зібраних інтерв'ю. Збір буде тривати до моменту досягнення точки сатурації, тобто, межі, після якої кожне наступне інтерв'ю не нестиме нової інформації і необхідність пошуку нових респондентів зникне.

2.2. Опис методів й технік отримання інформації: Відповідно до проблемної ситуації, мети та завдань дослідження, в якості методу було обрано глибинне інтерв'ю. Такий вид збору інформації дасть змогу якнайкраще відтворити компоненти та рівні уявлень про сімейну медицину, зрозуміти (дис)функційні аспекти та їх причини. Обраний принцип збору інформації мінімізує можливість тиску на респондента з боку інтерв'юера.

У ході проведення інтерв'ю передбачається виявити можливі латентні дисфункційні аспекти сімейної медицини, прийти до шляхів їх вирішення самими респондентами. Концентрація уваги

респондента на запропонованих запитаннях, можливість знайти на них відповідь, дасть змогу уникнути простого вибору із декількох можливих, як от пропонує кількісне анкетування. Глибоке осмислення запитань, створення первинної інформації, ніким раніше не формульованої. Такий метод дозволяє максимально задовольнити умови дослідження та отримати відповіді на запитання, щоб виконати завдання та дійти до мети. У якості інструментарію пропонується розроблений запитальник глибинного інтерв'ю з тематичними блоками та спеціальними запитаннями відповідно до гіпотез, завдань та моделювання дослідження. Технічне оснащення забезпечене наявністю диктофона для можливості подальшого транскрибування та аналізу.

2.3. Часові рамки дослідження: Дослідження проводитиметься поетапно

2.3.1. Підготовчий етап: червень-липень 2022 року.

2.3.2. Польовий етап: серпень-вересень 2022 року.

2.3.3. Аналіз та інтерпретація: вересень-жовтень 2022 року.

2.4. Обґрунтування логіки й методу аналізу даних: Аналітичним процедурам передуватиме переведення аудіозапису у текстовий формат –транскрибування (*див. Додаток Е*), яке є основним джерелом інформації на початкових етапах. Спробу поєднати транскрипт із науковою концепцією вперше буде здійснено за рахунок процедури кодування. Для завершення етапу кодування, необхідно одразу окреслити теоретичні межі дослідження. Кожен код буде підкріплений певною кількістю секвенцій, і вже на початковому етапі можна буде говорити про ефективність дослідження, оскільки буде відомо: збережено баланс між кодами за кількістю секвенцій, тобто кожен код, кожна сутнісна характеристика знайшла своє віддзеркалення у відповідях респондента, чи ні.

Наступним етапом стане категоризація (див. Додаток Д), в межах якої коди буде об'єднано у певні тематичні категорії, відповідно до їх ознак. Категорії будуть максимально наближені до тих аспектів, що їх пізніше буде окреслено в концептуалізації. Потім необхідно буде здійснити наступний етап – кластеризацію, уточнити гіпотези. Саме такий відхід від запропонованої програми дасть змогу подивитися на проблему під кардинально іншим кутом: новим і нехарактерним для попередніх здобутків у цій тематиці.

2.5. Обґрунтування етичних засад проведення дослідження: Щоб дотримуватися усіх етичних норм соціологічного дослідження, респондентам пропонується підписання інформованої згоди на обробку даних, що будуть отримані в ході проведення дослідження. Необхідним є пояснення того факту, що уся отримана інформація буде використана виключно у дослідницьких цілях і не буде виходити за межі дослідницького інтересу та фокусу. Заборонено також використовувати будь які записуючі пристрої, окрім тих, що передбачаються процедурою.

2.6. Дослідницька саморефлексія: Загалом такого роду дослідження дасть змогу вийти на нові рівні теоретичного осмислення сімейної медицини у зрізі українських реалій. Після проведення аналізу та оформлення результатів можна буде побачити перспективи для подальших досліджень, зокрема із уточненням дисфункційності сімейної медицини, її причин та шляхів подолання.

**Запитальник для авторського соціологічного дослідження
«(Дис)функційні аспекти сімейної медицини в сучасному
українському суспільстві»**

1. Скажіть будь ласка як Вас звати, звідки Ви та скільки вам років?
2. Хто Ви за освітою?
3. Чи працюєте Ви? Якщо так, то ким?
4. Чи маєте Ви можливість отримувати медичні послуги на платній, приватній основі?
5. Як довго у вас є сімейний лікар? Чи змінювали Ви його протягом всього часу? Чому так, чому ні?

Попередня соціалізація

6. Розкажіть будь ласка трохи про Ваше дитинство, зокрема чи пам'ятаєте Ви яким було надання медичних послуг, коли Ви були дитиною, підлітком, молодою людиною? Чи часто ви хворіли? Як здійснювалося Ваше лікування? До кого із фахівців зверталися? За яким принципом (знайомі, дільничні)?
7. Що вам було відомо про сімейну медицину до моменту укладання декларації із сімейним лікарем?
8. Яким чином, на Вашу думку, медична система в Україні трансформувалася до такої, яка є зараз?
9. Чи стикалися Ви з певними емоційними бар'єрами щодо сімейної медицини до моменту укладання декларації із сімейним лікарем? Якщо так, то з якими?
10. Пригадайте будь ласка ваше перше ставлення до впровадження системи сімейної медицини в Україні? Чим воно було зумовлене?

Виокремлення вигоди, винагород

11. Які Вам відомі переваги для тих, хто уклав декларацію з сімейним лікарем?
12. Які Вам відомі переваги бути сімейним лікарем?
13. Чи може наявність укладеної декларації з сімейним лікарем покращити становище деяких людей/сімей? Чому так, чому ні?
14. Хто здебільшого отримує вигоду від системи сімейної медицини? Чому?
15. Які на Вашу думку основні переваги сімейної медицини?
16. Які на Вашу думку основні недоліки сімейної медицини?
17. Які чинники мають вплив на формування Ваших оцінок щодо переваг та недоліків?
18. Що спонукало Вас укласти декларацію із сімейним лікарем? Як відбувався цей процес?
19. Чи довго Ви приймали рішення? Чому?

Набуття соціальної ролі

20. Що для Вас є сімейна медицина? В чому її суть?
21. Хто такий сімейний лікар? Яка його роль? В чому сутність і специфіка роботи сімейного лікаря?
22. Яких знань про сімейну медицину Вам бракує?
23. На Вашу думку, наскільки актуальними є норми/форми сімейної медицини? Наскільки така система є потрібна для України?
24. Коротко окресліть ваше ставлення до медицини та її рівня в Україні. Чи довіряєте Ви їй?
25. Функціонально досконалішою Ви вважаєте дільничну/сімейну систему медицини для України? Чому?
26. Окресліть у чому для Вас полягає зручність системи сімейної медицини.

- 27.Окресліть чим система сімейної медицини є незручною для вас. Яким чином це впливає на Вашу поведінку в процесі отримання медичних послуг?
- 28.Чи змінила пандемія covid-19 Ваші уявлення щодо сімейної медицини? Вашу поведінку?
- 29.Як Ви можете себе охарактеризувати: як людину, яка слідує процедурам сімейної медицини? Чи людину, яка їх уникає та шукає альтернативних шляхів отримання медичних послуг? Чому?
- 30.Як Ви вважаєте, чи впливає Ваше економічне становище на прийняття рішень щодо отримання медичних послуг? Як саме?

**Культурсоціологічний підхід
у вивченні інституціоналізації сімейної медицини**

Дослідницьке завдання полягало у побудові “сильної програми” культурсоціологічного аналізу інституціоналізації сімейної медицини, послуговуючись основами теорії Дж. Александера. Таким чином, необхідно виокремити алгоритм:

- 1) соціальну подію;
- 2) її культуральне опрацювання у вигляді процедур кодування, надання сенсу та створення відповідного наративу / наративів;
- 3) соціальні наслідки у вигляді реакції держави та населення.

Враховуючи ситуацію сьогодення, коли пандемія covid-19 змусила не лише українців, але і цілий світ по-іншому сприймати соціальну реальність, актуальність інституту сімейної медицини значно зросла. Хоча, умови впровадження системи сімейної медицини є новими для України, протиепідеміологічні заходи побудовані так, що без наявності декларації із сімейним лікарем складно комунікувати із вузькими спеціалістами, та неможливо вакцинуватися. Саме через таку примусовість виникає дослідницький інтерес до вивчення питань інституціоналізації сімейної медицини в сучасному українському суспільстві.

СОЦІАЛЬНА ПОДІЯ

Запровадження системи сімейної медицини.

КУЛЬТУРНА РЕКОНСТРУКЦІЯ

1. КОДИ

Сприйняття VS Несприйняття

Також обрану соціальну подію можна наділити наступними кодами:
Наявність підписаної декларації VS Відсутність підписаної декларації

Підтримка VS Заперечення

Позиція автора: Підтримка VS Заперечення

2. СЕНСИ

Код виступає умовним позначенням, простором, де розташовані сенси. Місце сенсу залежить від надання смислової першості. Різні прояви сприйняття/несприйняття сімейної медицини як нової системи надання медичних послуг мають різні причини, наслідки, підтримку або заперечення, в залежності від того, ким репрезентується інформація:

Таблиця 1. Наповнення кодів сенсами

	Підтримка	Заперечення
Хто говорить? (популяризатор)	Міністерство охорони здоров'я, громадська думка, кваліфіковані спеціалісти в сфері медицини, політики, ЗМІ, інтернет-джерела.	
Що говорить? (зміст)	Заклики до переходу до системи сімейної медицини, підписання декларації, ретельного вибору сімейного лікаря.	Заклики до відмови від системи сімейної медицини, до користування послугами приватних лікарів/клінік.
Чому говорить? (причина)	Прогресивність системи сімейної медицини, зручність для пацієнтів, довготривала співпраця.	Великі черги, нерозуміння принципів функціонування системи, недовіра.
Як говорить? (метод подачі)	Фахові видання, медіа, законодавчі/нормативно-правові акти, Інтернет-видання, соціальні реклами на ТБ, "сарафанне радіо" тощо.	

3. НАРАТИВИ

Описувану соціальну подію можна осмислювати в рамках прогресивного, реакційного та ліберального наративів.

Прогресивний нарратив проголошує появу сімейної медицини як вагомому зміні та відхід від радянської системи надання медичних послуг. В рамках цього нарративу несприйняття, відсутність підписаної декларації чи заперечення є неприпустимими, оскільки це заперечує загальний процес прогресивного розвитку системи медицини.

Ліберальний нарратив проявляється в тому, що актори займають позицію несприйняття і заперечення подій соціальної реальності.

Реакційний нарратив є протилежним до ліберального і наголошує на стимулах та реакціях акторів, як і особистих, так і масових. Реакції можуть бути різні; не завжди вони залежать від благих намірів; важливим є те, як вони спонукають актора до певної дії (підписання\непідписання декларації, підтримки/заперечення тощо).

Позиція автора: Реакційний нарратив. Оскільки він передбачає множинність вибору і описує обидва коди “підтримку” та “заперечення”. Основне - це наявність стимулу, та реакції на нього.

ІСТОРИЧНА ЗАВІСА

Історія медицини в Україні починається з історії народної медицини і закінчується системою сімейної медицини, що триває наразі. Еволюційні процеси становлення медицини в Україні можна структурувати так:

Таблиця 2. Історичні періоди медицини в Україні

Період	Етапи становлення	Хронологічні межі
Усвідомлення необхідності надання медичної допомоги.	Формування передумов для складних медичних досягнень.	до ХХІ ст.

Медицина і духовність.	Формування передумов для складних медичних досягнень. Осередки медиків при церквах.	XXI - XXII ст.
Медицина і військові події.	Формування передумов для складних медичних досягнень. Медичні загони під час воєнних перепалок.	XIV-XV ст.
Бактеріологія та епідеміологія.	Удосконалення вмінь та навичок, раннє становлення системності надання мед. послуг.	80 рр XIX ст.
Радянська система надання медичних послуг.	Дільничний лікар та безкоштовна медицина.	XX ст - 2018 р
Система загальної медичної практики.	Безкоштовна медицина, можливість обрати лікаря, довготривала співпраця.	2018 - сьогодні

Таким чином, **мета сімейної медицини** - спрощений довготривалий процес отримання/надання медичних послуг населенню.

Засобами поширення інформації є телебачення, Інтернет-видання, офіційний сайт Міністерства Охорони Здоров'я України.

КУЛЬТУРНИЙ ФОН

Культурне позиціонування сімейної медицини в сучасному просторі потребує ширшого розгляду, ніж просто засобу надання медичних послуг.

Тому в контексті “сильної програми” доцільним буде пояснити сімейну медицину ще і через такі зразки, що відображають культурні особливості поняття.

Сімейна медицина — комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики.

Сімейна медицина — це така форма медичного обслуговування, при якій будь-хто з родини звертається за медичною допомогою до одного й того ж лікаря – сімейного.

Сімейна медицина – це всебічна медична допомога, у якій особлива увага приділяється саме родині, за здоров'я якої відповідає лікар.

Наступним дослідницьким етапом є “**щільний опис**”, що включає в себе також і деякі соціальні наслідки для кожного із кодів:

Таблиця 3. Змістове наповнення “щільного опису”

	Підтримка	Заперечення
Хто є учасниками?	Міністерство охорони здоров'я, кваліфіковані спеціалісти в сфері медицини, політики, ЗМІ, люди.	
Наслідки	<p><i>Короткострокові:</i> Активна рекламна кампанія (соціальна) з поясненням важливості та доцільності системи сімейної медицини.</p> <p><i>Довгострокові:</i> 100% перехід до системи сімейної медицини, масове усвідомлення її важливості.</p>	<p><i>Короткострокові:</i> Збій у процесах вакцинації, погіршення епідеміологічної ситуації.</p> <p><i>Довгострокові:</i> Закріплення дисфункційності інституту медицини, регрес, недовіра до медицини і надання послуг.</p>
Хто несе відповідальність?	Держава та інші відповідальні особи, громадяни як пацієнти.	
План подальших дій (майбутня поведінка)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Влада: конкретне, послідовне впровадження змістовних законів, а не їхнє фрагментарне пояснення і застосування, продовження реформи другого рівня. 2. Соціологія: постійний моніторинг суспільних настроїв. 3. Звернення до культури як повноцінної складової, що впливає на соціальні відносини, зокрема і на розвиток системи медицини. 4. Громадяни: Залученість до процесу реформування, активна позиція. 5. ЗМІ: Хороша соціальна реклама. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Свідома мобілізація громадської думки. 2. Усунення недовіри, пояснення неоднозначностей. 3. Розв'язання дисфункційних аспектів системи сімейної медицини.

Підсумовуючи усе вищезгадане, слід наголосити, що сімейна медицина є новим явищем для України та її громадян. Відтак, не слід вважати поточну ситуацію із прийняттям норм та правил сімейної медицини сталою, та такою, що буде спостерігатися тривалий час. Соціальна реальність є динамічним утворенням, особливо вразливим до нових явищ. Саме тому, настрої щодо реформи сімейної медицини, стан її інституціоналізованості на подальших етапах реформування, повинні завжди знаходитися в межах соціологічного дослідницького поля.

Повної підтримки реформування системи медицини та переходу до сімейної медицини можна досягти лише з урахуванням важливості культури як сильного складового компоненту. Цей процес поєднання зусиль влади і суспільства, кожного (свідомого) громадянина здатні формувати нові інституціоналізаційні зразки, що позитивно впливатиме на процес інституціоналізації нових соціальних інститутів та їх безпосереднього закріплення в суспільстві. Можливості культурсоціології прослідковуються чітко, в першу чергу для загального окреслення поточної ситуації, можливостей та наслідків, а також виявлення проблемних місць у ході трансформаційних процесів. Це сприяє загальному прогресивному процесу, що є надзвичайно важливим, особливо в контексті проєвропейського руху сучасної української політичної думки.

Акцентуючи на реальних наслідках щодо впровадження сімейної медицини, можемо визначити, що деякі з них ми можемо спостерігати вже сьогодні. По перше, ситуацію пришвидшує контекст пандемії covid-19 та вакцинація. Оскільки, без наявності підписаної декларації із сімейним лікарем, громадянин не має права отримати вакцину, - існує деяке покращення щодо їх підписання. Проте, навіть

в такому контексті можливе місце для “заперечення”. По перше, це передбачається нарративом, по друге - людською природою як такою. Завжди знайдуться ті, хто відверто висловлюватиме свою опозиційну позицію. Так, деяким громадянам може здатися, що в суспільстві існує певний соціальний тиск, а свободу вибору, яку передбачає система сімейної медицини, повільно відбирають. Проте позитивна динаміка укладання договору із сімейним лікарем почалася ще до пандемії, та до вакцинації, що свідчить про, якоюсь мірою, навіть органічний та добровільний перехід.

Важливо розуміти, що прихильні до системи сімейної медицини громадяни створюють позитивний фон смислового навантаження, а отже - в країні панує позитивна динаміка, позитивні настрої, саме це допоможе в подальшому державі здійснити подальші рівні реформування. Останній процес наразі призупинено, оскільки система медицини і її ресурси наразі направлені на потреби боротьби з covid-19.

Отже, є великий потенціал та можливості використання культурсоціології у вивченні актуальних та нагальних проблем України, без відриву від теоретичного базису та емпіричного досвіду. Такі спостереження значною мірою допомагають при моніторингу загальної ситуації та суспільних настроїв.

**«Рейтинг респондентів із загальної практики/розвитку сімейної
медицини у своїй країні»**

<i>Країна</i>	Політика/управління: Низький рівень=1 Середній=2 Високий=3	Академічний рівень/університети: Низький рівень=1 Середній=2 Високий=3	Прийняття населенням: Низький рівень=1 Середній=2 Високий=3	Розвиток системи охорони здоров'я: Низький рівень=1 Середній=2 Високий=3	Підсумок Низький рівень=4-6 Середній=7-9 Високий=10-12
<i>Високого рівня</i>					
Нідерланди	3	3	3	3	12
Ізраїль	3	3	3	3	12
ВБ	3	3	3	3	12
Данія	3	3	3	2	11
Естонія	2	3	3	3	11
Туреччина	2	3	3	3	11
Боснія-Герцеговина	2	2	3	3	10
Німеччина	3	2	3	2	10
Литва	1	3	3	3	10
Мальта	2	3	3	2	10
Норвегія	2	3	3	2	10
Португалія	2	3	2	3	10
Румунія	2	2	3	3	10
<i>Середнього рівня</i>					
Хорватія	2	3	2	2	9
Чехія	2	3	2	2	9
Фінляндія	2	3	2	2	9
Словенія	2	3	2	2	9
Швеція	3	2	2	2	9
Італія	1	1	3	3	8
Монтенегро	2	2	2	2	8
Польща	1	2	3	2	8
Словакія	2	2	2	2	8
Іспанія	2	1	3	2	8
Болгарія	2	2	1	2	7
<i>Низького рівня (n=6)</i>					
Австрія	1	1	2	2	6
Грузія	1	2	2	2	6
Македонія	1	2	2	2	6
Молдова	2	1	2	2	6
Росія	1	2	1	1	6
Сербія	1	1	2	2	6

Примітка: Загальна кількість респондентів – 30. Країни розподілено на 3 основні рівні.

Кодування та категоризація

Основні коди:

- Знання
- Емоції
- Поведінка
- Вигода
- Функційність
- Дисфункційність

“Знання”

Основні категорії:

1. *Що було відомо до моменту укладання декларації*

- **Нічого**

- “Якщо чесно, я ніяк не розглядала ці питання, до того як підписала цю декларацію” (Анна, 1-2 ст.2)
- “ Не знав взагалі нічого” (Владислав, 30 ст.1)
- “Не дуже було все відомо, і не все зрозуміло” (Наталія, 30 ст.1)
- “Нічого” (Сергій, 23 ст.1)

- **В чому суть сімейного лікаря**

- “Все що я знала, що є один лікар, який дає направлення до інших лікарів” (Аліна, 7-8 ст. 2)
- “Сімейний лікар мав би спостерігати всю нашу родину, знати всі наші хронічні захворювання, знати дітей з самого дитинства, розуміти, які препарати нам підходять” (Богдана, 1-3 ст.2)
- “Я знаю, що сімейний лікар, це лікар загальної практики. Тобто, якщо у тебе щось болить, і незрозуміло що, – то ти йдеш до цього лікаря і він тобі вже далі направляє до інших лікарів. Як проміжна ланка між тобою і іншими лікарями” (Максим, 2-5 ст.2)
- “Що є лікар, який відповідає за тебе” (Олександр, 28 ст.1)

- **Про реформу**

- “Що пройшла реформа, і тепер ми можемо обирати свого лікаря, і підписати з ним угоду” (Вікторія, 25-26 ст.1)
- “Насправді, лише те, що її дуже багато критикували” (Остап, 27 ст.1)

- “Мені було відомо тільки те, що я можу сама собі вибрати сімейного лікаря” (Христина, 1-2 ст.2)

2. Чому медична система трансформувалася до сімейної медицини

● **Крок до зручності**

- “Це зручніше, щоб підвищити комфортність надання медичних послуг” (Аліна, 11 ст.2)

● **Покращення системи надання послуг**

- “Думаю, потрібно було якось розгрузити лікарів” (Анна, 6 ст.2)
- “Напевно в першу чергу, щоб краще фахівці могли надавати свої послуги, і щоб люди могли вибирати того фахівця, якого вони хочуть” (Богдана, 6-7 ст.2)
- “Потрібно було якось направити людей до однієї людини. Щоб це було зручно і їй (лікарю), і взагалі суспільству. Щоб правильно виконувати охорону здоров'я” (Владислав, 3-5 ст.2)
- “Було правильним створити декларацію, щоб люди зверталися до лікарів, і держава компенсує ці послуги” (Олександр, 3-5 ст.2)
- “На мою думку, через те, що багатьох людей не влаштовував їх дільничий лікар, і вони не могли його змінювати, і так вийшло, що людям дали змогу обирати” (Христина, 6-8 ст.2)

● **Бажання йти в ногу з часом**

- “Це більш сучасно оновлення, і всі ми хочемо йти в ногу з часом, і тому бажаємо змін на краще” (Вікторія, 3-4 ст.2)
- “Приблизно з 2014го року у нас почалися процеси модернізації держави на різних рівнях” (Максим, 8-9 ст.2)
- “і ми пішли в ногу з часом” (Наталія, 1-2 ст.2)
- “Мені здається це одна з найпоширеніших практик в розвинутих країнах. Україна прагне до того, щоб бути як розвинені країни” (Остап, 3-4 ст.2)

3. Що таке сімейна медицина

● **Зручний процес**

- “Не потрібно сидіти купу годин в чергах” (Аліна, 23 ст.4)

- “Коли лікар закріплений за конкретною людиною, і завжди можна звернутися. Не потрібно робити самодіагностику” (Владислав, 1-2 ст.5)
- “Сімейна медицина - це швидкий ефективний спосіб отримувати медичні послуги, в одній особі” (Остап, 1-2 ст.4)
- “Це, на мою думку, коли людина може собі вибрати свого лікаря” (Христина, 17 ст.3)

- **Один лікар на всю сім'ю**

- “Всі члени сім'ї можуть обслуговувати в одного лікаря” (Богдана, 7-8 ст.4)
- “Один сімейний лікар на усю сім'ю” (Наталія, 13 ст.3)

- **Спосіб надання медичних послуг**

- “А сімейна медицина – спосіб надання суспільству допомоги медичної” (Владислав, 28-29 ст.3)
- “Сімейна медицина – банальні звернення пацієнтів до лікарів”(Олександр, 27 ст.3)

4. Хто такий сімейний лікар

- **Комплексні знання про здоров'я**

- “Буде лікар, який буде повністю знати, про стан вашого здоров'я, який зможе проконсультувати телефоном, або назначити прийом у зручний для обох сторін час і обстежити” (Аліна, 23-26 ст.4)
- “Буде знати які препарати нам допомагають, які у нас найчастіші захворювання, в який період ми хворіємо, чому так відбувається” (Богдана, 8-10 ст.4)
- “Це людина, яка відчуває, що в неї є багато різнопланових знань з медицини, і найкращий спосіб їх застосувати, – це саме таким чином” (Максим, 5-6 ст.5)
- “Сімейний лікар це той, хто знає про тебе все” (Наталія, 12 ст.3)
- “Людина, яка має з тобою повний контакт, знає тебе як людину, але знає твою історію хоч трохи і може прослідкувати динаміку розвитку твого організму” (Олександр, 5-7 ст.4)

- “Ну, як на мене, сімейний лікар якось повинен знати всіх своїх пацієнтів, і принаймні він повинен краще орієнтуватися зі своїми пацієнтами, ніж колишній дільничні” (Сергій, 18-20 ст.3)

● **Координація, зв’язок між пацієнтом та галузевим лікарем**

- “А сімейний лікар він оцінює загальний твій стан, допомагає визначитись, куди тобі потрібно направитись далі. Координатор” (Вікторія, 4-6 ст.4)

- “Сімейний лікар – це людина яка може допомогти в будь-якій медичній ситуації, направити хворого до спеціалізованого лікаря” (Владислав, 27-28 ст.3)

5. ***Яких знань бракує***

● **Про переваги для пацієнтів**

- “Я би хотіла дізнатися більше про переваги для пацієнтів. Якби я знала про них більше, я б ходила до сімейного лікаря частіше” (Аліна, 1-2 ст.5)

● **Про суть сімейної медицини**

- “Я би хотіла зрозуміти, чому саме “сімейна”. Якщо я в одного лікаря, а мама в іншого” (Анна, 7-8 ст.4)

- “Насправді таких дуже багато, але напевно основне, що мене цікавило, – це як як здійснюється підготовка сімейних лікарів наразі” (Остап, 5-6 ст.4)

● **Про функційні аспекти**

- “Що робити, коли мій лікар у відпустці, чи коли він захворів, до кого я можу звернутися” (Богдана, 12-13 ст.4)

- “Де шукати лікарів, які не звільняються, і знаходяться біля мого місця проживання” (Олександр, 9-10 ст.4)

● **Будь яких, оскільки наявних мало**

- “Я думаю багатьох” (Вікторія, 8 ст.4)

“Емоції”

Основні категорії:

1. ***Емоційні бар’єри до укладення декларації***

- **Конфіденційність**

- “Думаю, що один з бар’єрів це конфіденційність. Якщо ви всією сім’єю ходите до лікаря, і є моменти, які б ви не хотіли розказувати. Звичайно, є таємниця, яку ніхто не розголошує, але якщо це сільська місцевість, район, хтось когось знає” (Аліна, 28-31 ст.2)

- **Незручність розривати угоду з лікарем**

- “Трошки було незручно навіть по місцю прописки розірвати угоду з лікарем, і перейти до іншого” (Богдана, 14-15 ст.2)
- “Мені важливо було, щоб лікар постійно працював, не звільнявся, щоб я звертався до одного лікаря” (Олександр, 9-10 ст.2)

- **Хвилювання/страх**

- “Хвилювання. Страх” (Вікторія, 8 ст.2)

2. *Ставлення до впровадження сімейної медицини*

- **Нейтральне/відсутнє**

- “Якщо чесно, у мене навіть не було ніякого ставлення” (Аліна, 1 ст.3)
- “Як такої недовіри до сімейної медицини у мене не було, бо я не дуже вникала” (Анна, 16-17 ст.2)
- “Нейтральне було скоріше, ніж позитивне чи негативне” (Владислав, 12 ст.2)

- **Настороженість**

- “Не зовсім зрозуміло було, як воно має відбуватися, і я взагалі така людина, котра важко привикає до чогось нового, тому напевно з настороженням я до цього відносилася” (Богдана, 18-20 ст.2)
- “Скептичне. Недовіра до всього нового” (Сергій, 7 ст.2)

- **Позитивне**

- “Більш позитивне” (Вікторія, 11 ст.2)
- “Але потім виявилось, що лікар сімейний жив в сусідньому будинку. Написав йому через Вайбер, і ми на тому порозумілися” (Максим, 28-29 ст.2)
- “Позитивне ставлення” (Наталія, 9 ст.2)

- “Було позитивне ставлення, бо ми змогли обирати лікаря самостійно, а не по місцю реєстрації, чи проживання” (Олександр, 13-14 ст.2)
- “Хоч всі в Україні різко критикували таку систему, мої батьки ставилися до цього досить позитивно, тож я також ставився позитивно. Перебрав у них своє ставлення” (Остап, 13-15 ст.2)
- “Позитивним, бо мій дільничий мене не влаштував” (Христина, 16 ст.2)

3. Чинники, що мають вплив на формування оцінок

● **Обслуговування**

- “Якби я на постійній основі відвідувала сімейного лікаря, я б могла швиденько відповісти на це питання. А так як у мене з цим не дуже добре складається, і простіше піти десь в приватну установу. Від обслуговування” (Аліна, 10-12 ст.4)
- “Плюс один недолік я можу знайти, якщо звернуся до сімейного лікаря, і вона буде недостатньо кваліфікована. Від обслуговування” (Анна, 21-22 ст.3)
- “Все залежить від того, як мене обслужить в поліклініці конкретно мій сімейний лікар” (Богдана, 21-22 ст.3)
- “Власний досвід, система лікування, якість і легкість послуг” (Вікторія, 17 ст.3)
- “Рівень і якість обслуговування” (Максим, 17 ст.4)
- “Від обслуговування” (Наталія, 5 ст.3)
- “Ну, перш за все, що часами буває незручно” (Сергій, 7-8 ст.3)
- “Залежить від лікаря, від обслуговування” (Христина, 10 ст.3)

● **Бюрократичність**

- “Також, змогло би повпливати, якби держава займалася не тільки бюрократійними моментами, але і звичайними людськими ремонтами поліклінік” (Анна, 22-24 ст.3)

● **Економічний чинник**

- “Можливо платоспроможність” (Владислав, 14 ст.3)

4. Оцінка актуальності системи сімейної медицини

● **Актуально, бо безкоштовно**

- “Думаю, що така система потрібна. Консультація у лікаря безкоштовна. Якщо є сім’ї, у яких немає можливості заплатити за

прийом. Це значно зменшить відсоток дотікання хвороб до тяжких випадків і смертності” (Аліна, 6-8 ст.5)

- “Я думаю, система є актуальною, тому що в ній більше позитивних моментів ніж недоліків і це безкоштовно” (Владислав, 3-4 ст.4)

- **Актуально, але є куди рости**

- “Я думаю, що вона хороша. Я думаю, є куди рости, і треба це робити менш бюрократійним, більш контактним до людей” (Анна, 16-17 ст.4)

- “Мені здається, що оскільки ще недавно ця система запрацювала в Україні, то навряд чи вона є дуже досконалою, бо для будь-якого нововведення потрібен час” (Богдана, 17-19 ст.4)

- “Потрібно наголошувати, що це важливо, і закликати саме молоде суспільство, щоб вони були потім обізнані і в сімейній медицині, її актуальності і так далі” (Вікторія, 15-17 ст.4)

- **Актуально, бо спрощує процес надання послуг**

- “Я вважаю, що потрібна. Оскільки спрощує взаємодію пацієнта та лікаря” (17-18 ст.5)

- “Зараз набагато легше для нас, і для лікарів. Це спрощує момент надання послуг” (Олександр, 14-25 ст.4)

- “На мою думку, це потрібно для країни. Тому що пацієнтів є багато, і щоб пацієнти зверталися вчасно до свого лікаря, вони собі його виберуть” (Христина, 22-23 ст.3)

- **Актуально, бо це працює**

- “Я думаю, це актуально. Це вже “пішло” в нас, процес запусився, ніби добре йде” (Наталія, 27-28 ст.3)

- “Потрібно, не потрібно, – вона вже є нехай працює” (Сергій, 27-28 ст.3)

5. Ставлення до медицини

- **Двоєке**

- “Усе впирається в кошти, і твій стан” (Аліна, 15 ст.5)

- “Ну і державна медицина у нас ще на доволі низькому рівні, відповідно, – і сімейна теж” (Богдана, 24-25 ст.4)

- “Я довіряю високомотивованим спеціалістам” (Владислав, 7 ст.4)
- “Медицині я довіряю, але це залежить все від лікаря” (Христина, 1 ст.4)

- **Позитивне**

- “Якщо відповідально поставитися до вибору лікаря, якщо відповідально ставитися до свого здоров’я, то в Україні гарна медицина, і треба просто розуміти, куди ти йдеш. Я повністю довіряю доказовій медицині.” (Анна, 20-23 ст.4)
- “Довіряю. Позитивне” (Наталія, 30 ст.3)
- “До сімейної медицини у мене довіра висока 9/10. Ставлення здебільшого позитивне” (Олександр, 18-19 ст.4)
- “Якщо я просто дивитися саме на от рівень цін, в Україні це все безкоштовно, – в інших державах це коштує дуже і дуже великі гроші, то я обожнюю українську медицину” (Остап, 17-19 ст.4)
- “Повністю довіряю. Мав щастя стикатися з зарубіжної медициною, – нашій медицині довіряю абсолютно” (Сергій, 1-2 ст.4)

- **Негативне**

- “У мене не дуже добре відношення до державної медицини в Україні” (Анна, 15 ст.2)
- “Позитивне – 40%, а негативне буде переважати” (Вікторія, 22 ст.4)

“Поведінка”

Основні категорії:

1. Моделі поведінки: слідування процедурам, чи пошук альтернативних шляхів

- **Альтернативні шляхи через дисфункційність сімейної медицини – час**

- “Я пішла в приватну клініку. Бо до лікаря не було вільних віконць, щоб потрапити на консультацію і я вимушена була піти до лікаря в приватну клініку” (Аліна, 10-12 ст.6)
- “Ну я звертаюся в приватні установи, бо це швидше” (Анна, 21 ст.5)

- **Альтернативні шляхи через дисфункційність сімейної медицини – професійність**

- “Якщо я шукаю спеціаліста, то я можу звернутися приватно, і тоді я не звертаюся до сімейного лікаря” (Богдана, 22-23 ст.6)
- “Більше альтернативні варіанти. Через високу вмотивованість. Я вважаю, що у приватних клініках спеціалісти більш мотивовані, і вище кваліфіковані” (Владислав, 1-3 ст.5)

- **Слідування процедурам – простота захворювання**

- “А якщо елементарна застуда чи не важке захворювання, то тоді я виберу сімейного лікаря” (Богдана, 23-24 ст.6)

- **Слідування процедурам**

- “Слідкую за тим, що каже лікар. Піду до сімейного” (Вікторія, 10 ст.5)
- “Я – людина, яка хоче отримати повну інструкцію з лікування, дотриматися її івилікуватися” (Максим, 19-20 ст.6)
- “Я виконую все, що каже сімейний лікар” (Наталія, 15 ст.4)
- “Я звернуся до сімейного лікаря, бо зараз це не проблема” (Олександр, 17-18 ст.5)
- “Я слідую процедурам процедурам сімейної медицини, тому що це зручно, і чому їм можна взагалі не слідувати” (Остап, 17-19 ст.5)
- “Я людина, яка підтримує сімейну медицину і звертається до свого лікаря” (Христина, 21-22 ст.4)

2. Вплив пандемії

- **Змусила звертатися в приватну клініку**

- “Коли я захворіла, я намагалася потрапити до свого лікаря, але не змогла. Запис був на 2 тижні вперед” (Аліна, 4-5 ст.6)

- **Змусила відповідально обрати спеціаліста**

- “Так. Бо реально було страшно, і треба було знати, що є спеціаліст, який тобі допоможе і ти можеш вирішити цю проблему вчасно” (Богдана, 17-18 ст.6)

- “Так, дуже сильно змінила. Бо на момент пандемії мені зробили щеплення, і вставили його у картку іншої людини” (Олександр, 11-12 ст.5)

3. *Вплив економічного чинника*

● Точно впливає

- “Точно впливає. Якщо порівнювати вартість послуг державної і приватної клініки. Але якщо ситуація вже ребром, життєвонеобхідна, то краще все ж таки вкласти кошти і піти до лікаря, щоб тебе оглянув” (Аліна, 18-20 ст.6)

- “Так, звісно. Якщо у мене немає грошей, то я йду в державну установу” (Анна, 23 ст.5)

- “Звичайно впливає. Всі знають, що приватні клініки, приватні поліклініки вони більш уважно відносяться до пацієнтів. Але їх послуги є платними, і не завжди рівень зарплати дозволяє оплатити ці послуги” (Богдана, 27-29 ст.6)

- “Так, впливає. На можливість обрати висококваліфікованого та мотивованого лікаря” (Владислав, 6-7 ст.5)

- “Це безумовно впливає. Якщо я розумію, що мені бракує коштів, щоб полікувати якусь хворобу в приватній клініці, то я піду в державну. Бо краще так ніж ніяк” (Максим, 3-5 ст.7)

- “Впливає, через рівень моєї зарплати, не завжди можна позволити” (Наталія, 19 ст.4)

- “Мені здається, якщо дивитися на це питання з погляду часу, і якщо твій час коштує дорожче ніж прийом у лікаря, то ти звернешся до приватного, який тебе прийме без черги і без бюрократії” (Олександр, 22-24 ст.5)

- “Звичайно. Безпосередньо. Ліки доступні, – лікуємося. Ліки дорогі, – ну думаємо, чи лікуємося” (Сергій, 22-23 ст.4)

“Вигода”

Основні категорії:

1. *Для тих, хто укладає декларацію*

● Постійний контакт з лікарем

- “Перше, можливість набрати до лікаря, записатися на зручний час, прийти, тебе оглянуть” (Аліна, 6-7 ст.3)

- “Ви можете бути з ним конкретно на зв’язку, ближче контакт, ніж при інших умовах” (Анна, 21-22 ст.2)

- “Те, що точно цей лікар тебе буде оглядати, і можна йому телефонувати, можна написати у Вайбер, чи відіслати повідомлення” (Богдана, 24-25 ст.2)
- “По перше, що ти можеш звернутися саме до свого лікаря, який знає твою історію хвороб. По друге, ти це можеш зробити навіть телефоном, тобто не обов’язково йти” (Вікторія, 18-20 ст.2)
- “Можна звернутися до однієї людини” (Владислав, 16 ст.2)
- “Один лікар постійно буде тебе лікувати, буде знати все про твоє здоров’я” (Наталія, 13-14 ст.2)
- **Можливість обрати досвідченого лікаря**
- “Друге, лікар досвідчений. Він може дати тобі правильну відповідь, якісну оцінку твого організму, і призначити якісь додаткові аналізи, щоб точно виявити яка точно в тебе проблема” (Аліна, 8-11 ст.3)
- “І плюс ми обрали лікаря, з ким хочемо працювати, за його сервісом” (Олександр, 21-22 ст.2)
- **Можливість обирати/змінювати лікаря**
- “Можливість вибрати собі лікаря” (Богдана, 10 ст.3)
- “Людей вже є вибір власного лікаря, якому вони довіряють, і до якого хочуть потрапити” (Владислав, 16-17 ст.2)
- “Ми змогли обирати лікаря самостійно, а не по місцю реєстрації, чи проживання” (Олександр, 20-21 ст.2)
- “Як мені не сподобався лікар, я собі можу піти до іншого” (Сергій, 11 ст.2)
- “Те, що людина сама собі вибере лікаря, і буде йому довіряти” (Христина, 18 ст.2)
- **Комфортність**
- “Це комфортно, бо один лікар може закрити багато ваших питань” (Анна, 21 ст.2)
- “І комфортність” (Аліна, 11 ст.3)
- “По перше, це зручність: в тебе завжди є свій лікар, і ти до нього приходиш і він тебе знає, твою історію хвороби” (Максим, 1-2 ст.3)
- “Як на мене, основною вигодою є зручність, бо це мультифункціональний лікар, який направляє куди треба піти” (Остап, 19-20 ст.2)

2. Для лікарів

- **Комплексність знань, – більша користь**

- “Сімейний лікар має широкі знання в кожному з напрямків. І може бути корисним” (Аліна, 13-14 ст.3)
- “Ще плюс в тому, що лікарі широкої спеціалізації” (Владислав, 20 ст.2)
- “Треба дуже любити людей, намагатися їм допомогти. Це людина, яка відчуває, що в неї є багато різнопланових знань з медицини” (Максим, 12-13 ст.3)
- “Якщо подобаються всі форми лікування, то вибирають сімейного” (Наталія, 16-17 ст.2)

- **Кар’єрне зростання**

- “Можуть брати більше пацієнтів, і надавати більше послуг, самовдосконалюватися за рахунок цього” (Владислав, 20-22 ст.2)
- “Можливо, є люди, які саме на цій основі хочуть розвивати свою кар’єру” (Остап, 24-25 ст.2)

- **Фінансова мотивація**

- “Сімейним лікарям йде доплата за кожну людину, яка підписала з ним декларацію” (Анна, 25-26 ст.2)
- “У них розмір зарплати залежить від кількості пацієнтів” (Богдана, 28 ст.2)
- “Якщо ти гарний лікар, і тебе люблять, то до тебе буде надходити багато людей, і таким чином твоя заробітна плата буде вища” (Вікторія, 24-26 ст.2)
- “Перше, – це зарплата, сімейні лікарі перші з усіх інших вузькоспеціалізованих отримали зарплату 20 тисяч гривень” (Владислав, 19-20 ст.2)
- “Наскільки я розумію, там існує якась система надбавок до зарплати” (Остап, 23 ст.2)
- “Ну наскільки я розумію ну напряму пов'язано з його добробутом: чим більше в нього пацієнтів, – тим більше він заробив, грубо кажучи” (Сергій, 14-15 ст.2)
- “І якщо буде повністю забитий ліміт пацієнтів, відповідно, – буде вища зарплата” (Христина, 21-22 ст.2)

3. Хто здебільшого отримує вигоду від сімейної медицини

- **Пацієнти**

- “Можу сказати від себе, як від пацієнта. Думаю, що це класно: комфортність і економія часу” (Аліна, 23-24 ст.3)
- “А якби це не було вигідно пацієтам, то щось би змінилося” (Владислав, 4 ст.3)
- “Пацієнти. Бо вони собі самі вибирають, це для них краще” (Христина, 3 ст.3)

- **Лікарі**

- “Я думаю, що це достатньо вигідно на сторону лікарів” (Анна, 7 ст.3)
- “Мені здається, що найбільшу вигоду отримують працівники медицини та лікарі” (Олександр, 8-9 ст.3)
- “Медичні заклади. Мені здається там, як і лікарям йде якась надбавка, то чим більше в лікарні клієнтів до сімейних лікарів, чим більше фінансування. Тож, я вважаю що вони найбільше отримують вигоди” (Остап, 8-10 ст.3)
- “Думаю медики. Тому що вони якраз найбільше в тому зацікавлені, щоб мати побільше в пацієнтів. Ну напевно їх фінансують відповідно” (Сергій, 21-22 ст.2)

- **Держава**

- “Напевно, в першу чергу держава. Раз вона запровадила сімейну медицину, значить якусь вигоду вона в цьому вбачає” (Богдана, 7-8 ст. 3)
- “Я думаю, якби це не було вигідно державі, ця система би не працювала” (Владислав, 3-4 ст.3)
- “Найперше, це звичайно ж держава, бо їй взагалі завжди вигідна якась система, яка все систематизує, де йде обіг грошей з державного бюджету, залучення спеціалістів” (Максим, 1-3 ст.4)
- “Держава. Бо їй це вигідно” (Наталія, 20 ст.2)

“Функційність”

Основні категорії:

1. *Переваги сімейної медицини*

- **Економія часу**

- “Економія часу, швидкість” (Аліна, 27 ст.3)

- **Зручність**

- “Зручність” (Аліна, 27 ст.3)
- “Можливість обрати ближчу поліклініку до місця роботи чи місця проживання” (Богдана, 10-11 ст.3)
- “Можна переїхати, і легко змінити лікаря” (Вікторія, 10-11 ст.3)
- “Легко вибрати лікаря” (Владислав, 7 ст.3)
- “Зручність, постійність, впевненість” (Максим, 9 ст.4)
- “Зручність” (Остап, 12 ст.3)
- “Зручність, бо поблизу виберуть” (Христина, 5 ст.3)

- **Економія коштів**

- “І, я думаю, що економія коштів” (Аліна, 27 ст.3)
- “Для людей, які не мають змоги звертатися до приватних лікарень, у них є можливість отримувати допомогу і бути більш здоровими” (Анна, 11-12 ст.3)
- “Економність” (Остап, 12 ст.3)

- **Постійний контакт з лікарем**

- “І постійна підтримка від лікаря” (Аліна, 28 ст.3)
- “Тісніша співпраця з лікарем” (Богдана, 12 ст.3)
- “Зручність, постійність, впевненість” (Максим, 9 ст.4)
- “Один лікар, до якого можна звернутися. Він знає все про тебе, може надати тобі послуги, бо знає які ліки підходять” (Наталія, 23-24 ст.3)
- “Ми маємо фіксованого лікаря, який за нас відповідає, знає нашу всю мед. картку і може вивчати динаміку і розвиток нашого організму” (Олександр, 11-12 ст.3)

- **Можливість обрати лікаря**

- “Можливість вибрати собі лікаря” (Богдана, 10 ст.3)
- “Напевно, можливість зміни лікаря” (Сергій, 24 ст.2)
- “Довіра, вибір” (Христина, 5 ст.3)

2. *Показники зручності*

- **Економія часу**

- “Економія часу, швидкість” (Аліна, 27 ст.3)
- “Тобто, не потрібно витратити час на те, щоб бігати по лікарям” (Остап, 1-2 ст.5)

- **Економія коштів**

- “І, я думаю, що економія коштів” (Аліна, 27 ст.3)

- “Для людей, які не мають змоги звертатися до приватних лікарень, у них є можливість отримувати допомогу і бути більш здоровими” (Анна, 11-12 ст.3)

● **Постійний контакт з лікарем**

- “І постійна підтримка від лікаря” (Аліна, 28 ст.3)
- “Один лікар довго веде пацієнта” (Наталія, 4 ст.4)
- “Як я вже казав: сімейний лікар хоч принаймні знає, пам'ятає своїх пацієнтів” (Сергій, 10-11 ст.4)

● **Довіра до лікаря**

- “Вибір більш кваліфікованого лікаря, якому людина більше довіряє” (Владислав, 16 ст.4)

● **Конкретика**

- “Можливість змінити лікаря, отримати конкретику щодо захворювання, направлення” (Вікторія, 25-26 ст.4)

“Дисфункційність”

Основні категорії:

1. *Недоліки сімейної медицини*

● **Конфіденційність**

- “Мій основний бар'єр на рахунок конфіденційності інформації” (Аліна, 2 ст.4)

● **Складний процес**

- “Наочевидніші: перший, дуже складно записатися. Є запис через 2 тижні, а вам треба лікарняний” (Анна, 14-15 ст.3)
- “Щоб потрапити до вузькоспеціалізованого спеціаліста, ми повинні взяти дозвіл-направлення від сімейного” (Владислав, 20-21 ст.4)
- “Друге, – якщо вам треба до вузькопрофільного спеціаліста, то ви обов'язково маєте піти до сімейного. І на це витрачається багато часу” (Анна, 15-17 ст.3)
- “Якщо потрібно потрапити до відповідного лікаря, без сімейного ми до нього не попадем. Складність процесу” (Вікторія, 13-14 ст.3)

- “Бюрократична частина. Якщо ти знаходишся в іншому місці, то тобі треба шукати або за гроші лікаря, або заключати декларацію, шукати лікаря, в якого може не бути місця, бо переповнені списки” (Олександр, 17-19 ст.3)
- “Напевно, незручність існує. Щоб потрапити до вузького спеціаліста, мені треба спочатку бути в сімейного” (Сергій, 3-5 ст.3)
- “Процес, що потрібно набрати направлення довгий” (Христи, 7 ст.3)
- **Можливість лікувати усіх членів сім’ї**
 - “Скільки повинно минути часу від початку і до такого періоду, коли він буде знати кожного нашого члена сім’ї, які в нього захворюванн” (Богдана, 17-18 ст.3)
- **Обмеженість компетенцій сімейного лікаря**
 - “Сімейний лікар не є вузькоспеціалізований, тобто, він не може в усіх галузях надати допомогу” (Владислав, 10-11 ст.3)
- **Незавершеність реформаційного процесу**
 - “Система не до кінця впроваджена” (Максим, 11 ст.4)
- 2. ***Показники незручності***
- **Конфіденційність**
 - “Мій основний бар’єр на рахунок конфіденційності інформації” (Аліна, 1 ст.6)
- **Складний процес**
 - “Наочевидніші: перший, дуже складно записатися. Є запис через 2 тижні, а вам треба лікарняний” (Анна, 14-15 ст.3)
 - “Те, що треба записуватися в реєстратурі спочатку. Складно потрапити” (Наталія, 8 ст.4)
- **Часозатратний процес**
 - “Друге, – якщо вам треба до вузькопрофільного спеціаліста, то ви обов’язково маєте піти до сімейного. І на це витрачається багато часу” (Анна, 15-17 ст.3)
 - “Буває так, що неможливо додзвонитися, а немає часу піти в поліклініку” (Богдана, 12-14 ст.6)
 - “Довгий процес отримання направлення до вузького спеціаліста” (Вікторія, 1 ст.6)

- “Щоб потрапити до вузькоспеціалізованого спеціаліста, ми повинні взяти дозвіл-направлення від сімейного” (Владислав, 21-22 ст.4)

● **Неможливість потрапити до лікаря**

- “А незручність це те що, по крайній мірі в моєї сімейної лікаря, дуже-дуже багато клієнтів, і часто з нею неможливо зв'язатися насправді” (Остап, 7-10 ст.5)

Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Аліною, м. Київ (онлайн)

10.10.2022

-(І): Скажіть будь ласка як Вас звати, звідки Ви та скільки вам років?

-(Р): Мене звати Аліна. Я проживаю в місті Києві, сама з Полтавської області. 26 років.

-(І): Хто Ви за освітою?

-(Р): Менеджер. Спеціалізація “Адміністративний менеджмент”.

-(І): Чи працюєте Ви? Якщо так, то ким?

-(Р): Так. Працюю майже за освітою. Працюю менеджером по роботі з клієнтами в рекламній агенції.

-(І): Чи маєте Ви можливість отримувати медичні послуги на платній, приватній основі?

-(Р): Так, є така можливість.

-(І): Як довго у вас є сімейний лікар? Чи змінювали Ви його протягом всього часу? Чому так, чому ні?

-(Р): Сімейний лікар в мене протягом 3-4 років. Не змінювала. Зараз в принципі не особливо до нього звертаюся.

Попередня соціалізація

-(І): Розкажіть будь ласка трохи про Ваше дитинство, зокрема чи пам'ятаєте Ви яким було надання медичних послуг, коли Ви були дитиною, підлітком, молодою людиною? Чи часто ви хворіли? Як здійснювалося Ваше лікування? До кого із фахівців зверталися? За яким принципом (знайомі, дільничні)?

-(Р): Я з сільської місцевості. У мене посвідчення Чорнобильця, і ми мали проходити комісію щорічно на початку року. Нам як дітям надавалися пільги: поїздка лікувальна, додаткові бонуси для дітей. Мама завжди привозила в районну поліклініку. Ми ходила до

педіатра, а там він вже давав направлення. І потім бігаєш по кабінетах, сидиш в чергах. Мама лишає нас з братом, бігає займає інші місця. Це така виснажлива штука. Хворіла середньо, хотілося би менше. Зазвичай це була застуда. Приходили, тебе слухали, давали ліки і потім приїжджали на повторний огляд.

-(І): Що вам було відомо про сімейну медицину до моменту укладання декларації із сімейним лікарем?

-(Р): Все що я знала, що є один лікар, який дає направлення до інших лікарів.

-(І): Яким чином, на Вашу думку, медична система в Україні трансформувалася до такої, яка є зараз?

-(Р): Це зручніше, щоб підвищити комфортність надання медичних послуг. Набагато зручніше прийти до лікаря, який зможе надати тобі рекомендації по стану здоров'я. І вже потім, за потреби, він тебе направить до того лікаря, до якого тобі потрібно. Не треба бігати шукати самотійно. По друге, все ж таки, самим лікарям краще, коли є певний список пацієнтів, і він може періодично комунікувати з ними.

-(І): Чи стикалися Ви з певними емоційними бар'єрами щодо сімейної медицини до моменту укладання декларації із сімейним лікарем? Якщо так, то з якими?

-(Р): Коли мені вже “припекло” і потрібно було підписувати декларацію. Взагалі не було ніяких бар'єрів, я про це не думала. Але якщо згадувати більш ранній вік, то я пам'ятаю як ми ходили з мамою разом до гінеколога, і ці запитання не дуже зручні для тебе, коли ти в такому ранньому віці. І коли мама стоїть за шторкою. Думаю, що один з бар'єрів це конфіденційність. Якщо ви всією сім'єю ходите до лікаря, і є моменти, які б ви не хотіли розказувати.

Звичайно, є таємниця, яку ніхто не розголошує, але якщо це сільська місцевість, район, хтось когось знає.

-(І): Пригадайте будь ласка ваше перше ставлення до впровадження системи сімейної медицини в Україні? Чим воно було зумовлене?

-(Р): Якщо чесно, у мене навіть не було ніякого ставлення. Не було періоду, що я дізналася про цей закон. Тому це пройшло мимо мене.

Виокремлення вигоди, винагород

-(І): Які Вам відомі переваги для тих, хто уклав декларацію з сімейним лікарем?

-(Р): Що відчула на собі. Перше, можливість набрати до лікаря, записатися на зручний час, прийти, тебе оглянуть. Тобі не треба сидіти 300 годин під кабінетом з іншими хворими людьми і наражати себе на небезпеку. Друге, лікар досвідчений. Він може дати тобі правильну відповідь, якісну оцінку твого організму, і призначити якісь додаткові аналізи, щоб точно виявити яка точно в тебе проблема. І комфортність.

-(І): Які Вам відомі переваги бути сімейним лікарем?

-(Р): Мені переваги невідомі, але я можу припустити. Сімейний лікар має широкі знання в кожному з напрямків. І може бути корисним.

-(І): Чи може наявність укладеної декларації з сімейним лікарем покращити становище деяких людей/сімей? Чому так, чому ні?

-(Р): Думаю так. Якщо людина буде знати, що вона зможе записатися в зручний для себе час на прийом, і прийде. Це збільшить вірогідність, що людина дійсно прийде на обстеження. І не доведе себе до критичного стану у своїй хворобі. Також, коли лікар перепитує про стан.

-(I): Хто здебільшого отримує вигоду від системи сімейної медицини? Чому?

-(P): Можу сказати від себе, як від пацієнта. Думаю, що це класно: комфортність і економія часу. Тепер, коли твій основний ресурс – час, це надважливо.

-(I): Які на Вашу думку основні переваги сімейної медицини?

-(P): Економія часу, швидкість, зручність. І, я думаю, що економія коштів, бо сімейний направляє туди куди потрібно. І постійна підтримка від лікаря.

-(I): Які на Вашу думку основні недоліки сімейної медицини?

-(P): Мій основний бар'єр на рахунок конфіденційності інформації. Також, є медичні представники, які звертаються в державні медичні заклади, і просують певні препарати. У мене є побоювання, що тобі призначать саме препарат, який вигідно цьому лікарю, тому що він отримує за це бонуси.

-(I): Які чинники мають вплив на формування Ваших оцінок щодо переваг та недоліків?

-(P): Якби я на постійній основі відвідувала сімейного лікаря, я б могла швиденько відповісти на це питання. А так як у мене з цим не дуже добре складається, і простіше піти десь в приватну установу. Від обслуговування.

-(I): Що спонукало Вас укласти декларацію із сімейним лікарем? Як відбувався цей процес? Чи довго Ви приймали рішення? Чому?

-(P): Я захворіла дуже сильно, і хвороба не пройшла самостійно. І я змушена була піти в лікарню поблизу мого дому, відсиділа чергу, зайшла до лікаря, підписала декларацію і це було основною причиною.

Набуття соціальної ролі

-(І): Що для Вас є сімейна медицина? В чому її суть? Хто такий сімейний лікар? Яка його роль? В чому сутність і специфіка роботи сімейного лікаря?

-(Р): Не потрібно сидіти купу годин в чергах. Буде лікар, який буде повністю знати, про стан вашого здоров'я, який зможе проконсультувати телефоном, або назначити прийом у зручний для обох сторін час і обстежити. Також, важливо мамам, якщо буде людина, якій можна довірити свою дитину.

-(І): Яких знань про сімейну медицину Вам бракує?

-(Р): Я би хотіла дізнатися більше про переваги для пацієнтів. Якби я знала про них більше, я б ходила до сімейного лікаря частіше. Недоліки також важливо знати.

-(І): На Вашу думку, наскільки актуальними є норми/форми сімейної медицини? Наскільки така система є потрібна для України?

-(Р): Думаю, що така система потрібна. Консультація у лікаря безкоштовна. Якщо є сім'ї, у яких немає можливості заплатити за прийом. Це значно зменшить відсоток дотікання хвороб до тяжких випадків і смертності.

-(І): Коротко окресліть ваше ставлення до медицини та її рівня в Україні. Чи довіряєте Ви їй?

-(Р): У мене теж двоякі відчуття. З одного боку, якщо я йду до сімейного лікаря, – все безкоштовно, я хвилююся, що мені можуть призначити препарат, який дійсно може допомогти за довший період, але може бути вигода для лікаря, а я можу витратити кошти. З іншого боку, на рахунок приватних клінік те ж саме. Усе впирається в кошти, і твій стан. Коли період лікування затягується надовше, може бути довше хвороба.

-(I): Функціонально досконалішою Ви вважаєте дільничну/сімейну систему медицини для України? Чому?

-(P): Сімейна. Як і будь яка галузь, медицина не стоїть на місці. Ми покращуємо цю галузь. Це вже відбувається якийсь прогрес. Також є великий плюс, якщо ви довіряєте лікарю, вам не страшно привести до нього свою сім'ю.

-(I): Окресліть у чому для Вас полягає зручність системи сімейної медицини.

-(P): Економія часу, швидкість, зручність. І, я думаю, що економія коштів, бо сімейний направляє туди куди потрібно. І постійна підтримка від лікаря.

-(I): Окресліть чим система сімейної медицини є незручною для вас. Яким чином це впливає на Вашу поведінку в процесі отримання медичних послуг?

-(P): Мій основний бар'єр на рахунок конфіденційності інформації.

-(I): Чи змінила пандемія covid-19 Ваші уявлення щодо сімейної медицини? Вашу поведінку?

-(P): Коли я захворіла, я намагалася потрапити до свого лікаря, але не змогла. Запис був на 2 тижні вперед.

-(I): Як Ви можете себе охарактеризувати: як людину, яка слідує процедурам сімейної медицини? Чи людину, яка їх уникає та шукає альтернативних шляхів отримання медичних послуг? Чому?

-(P): Я пішла в приватну клініку. Бо до лікаря не було вільних віконець, щоб потрапити на консультацію і я вимушена була піти до лікаря в приватну клініку. І думаю, що це ситуація більшості людей. В мене ця ситуація впливла в те, що я отримала пневмонію.

-(I): Як Ви вважаєте, чи впливає Ваше економічне становище на прийняття рішень щодо отримання медичних послуг? Як саме?

-(P): Точно впливає. Якщо порівнювати вартість послуг державної і приватної клініки. Але якщо ситуація вже ребром, життєвонеобхідна, то краще все ж таки вкласти кошти і піти до лікаря, щоб тебе оглянув. Звичайно, що люди, які мають нормальний економічний рівень в своїй сім'ї вони можуть собі дозволити приватного лікаря. У мене це було від безвиході, скажем так.