

Міністерство освіти і науки України  
Український католицький університет  
Факультет суспільних наук

Кафедра соціології

Дипломна робота на тему:  
“Зміни нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні”



Виконала студентка 4 курсу  
бакалаврату за спеціальністю  
“Соціологія”, групи – ССО-17Б  
Городнюк Ольга Василівна

Науковий керівник:  
Доцент кафедри соціології,  
К. соц. н., Погоріла Н. Б

Львів 2021

## ***Зміст***

<b><i>Вступ</i></b> .....	3
<b><i>Розділ I. Теоретичний огляд</i></b> .....	6
1.1 Соціологічна амбівалентність у роботі лікарів .....	6
1.2 Професіоналізм у структурно-функціональному напрямі .....	9
1.3 Роль альтруїзму у формуванні очікувань щодо роботи лікарів.....	11
1.4 Моделі взаємодії лікар-пацієнт .....	13
1.5 Зміни оцінок у системі охорони здоров'я в емпіричних дослідженнях...	15
Висновки з Розділу I .....	18
<b><i>Розділ II. Методологія дослідження</i></b> .....	20
2.1 Концепція дослідження.....	20
2.2 Визначення основних понять .....	23
2.2 Метод збору інформації .....	25
Висновки з Розділу II .....	29
<b><i>Розділ III. Результати дослідження</i></b> .....	30
Висновки з Розділу III .....	41
<b><i>Висновки</i></b> .....	44
<b><i>Список джерел і наукової літератури</i></b>	

## Вступ

1. **Актуальність теми:** актуальність теми “Зміни нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні” полягає в тому, що в Україні є досить поширена недовіра до лікарів та медичних закладів, яка частково може пояснюватися існуванням завищених очікувань щодо моральних принципів у роботі лікарів (альтруїзм, емпатія тощо). Такі очікування, можливо, сформувалися внаслідок “системи Семашко”, яка діяла в СРСР. Загалом, ця система була безкоштовною, забезпечувала доступ всіх громадян СРСР незалежного від їхнього соціального статусу, а медичні заклади були територіально-зручно розміщені [11].

За даними соціологічного дослідження “Стан медичної сфери в Україні”, яке було проведено 2017 року 47% опитаних респондентів не довіряють або скоріше не довіряють лікарям. В свою чергу, 31% опитаних респондентів оцінюють професіоналізм лікарів як високий або дуже високий. Натомість 51% респондентів оцінюють компетентність лікарів як низьку або дуже низьку [22]. У 2016 році соціологічна група “Рейтинг” провела дослідження, яке стосувалося оцінки медичної сфери в Україні [24]. Так, позитивний рівень задоволеності державними медичними послугами у 1991 році складав 27%. В свою чергу, в період з 2011 року по 2016 цей рівень залишився майже незмінним (24%). Проте, з 2018 року довіра до роботи сімейного лікаря почала зростати (з 61% до 70%). Варто дослідити як трансформувався образ лікаря в період Незалежної України та від чого залежала зміна нормативних очікувань. Передусім важливим є розуміння того, які саме фактори формування очікування є найважливішими для респондентів у контексті оцінки роботи лікарів в Україні; як ці фактори трансформувалися у часовому розрізі і під впливом чого. Такого роду дослідження допоможе з'ясувати, якими є вимоги українців щодо державного медичного обслуговування лікарів. Власне, розуміння нормативних

очікувань дасть змогу з'ясувати сенс та напрям реформи в контексті медичного обслуговування та причини негативної оцінки роботи лікарів.

На мій погляд, цікавим буде дослідити загальні фактори побудови очікування щодо моральних якостей лікарів в Україні та розставити їх у часових рамках. На основі цього дослідити як змінюються уявлення про “справжнього лікаря”: які фактори є більш суттєвими, а які втратили свою значимість? Чи впливає якимось чином контекст реформ на зміну цих нормативних очікувань?

2. **Мета дослідження:** дослідити, якими є нормативні очікування респонденток з різних поколінь.

### 3. Завдання

1. Окреслити теоретичну рамку роботи;
2. Проаналізувати емпіричні дослідження щодо оцінки роботи лікарів у різні роки;
3. Здійснити теоретичну інтерпретацію понять;
4. Проаналізувати, якими є нормативні очікування респонденток з різних поколінь;
5. Дослідити, в яку сторону відбулася трансформація нормативних очікувань;
6. Дослідити, який тип моделі взаємодії з лікарем є найбільш оптимальним для респонденток.

### 4. Об'єкт дослідження

За критерієм загальної проблеми: нормативні очікування українців щодо роботи лікарів.

За критерієм носія проблеми: жінки, громадянки України 18 років і старші, які мають дітей.

5. **Предмет дослідження:** складові нормативних очікувань пацієнтів щодо роботи лікарів в Україні.

**6. Теоретико-методологічні засади дослідження:** було досліджено “Зміни нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні” на основі моделей поведінки лікарів (Р. Вітча). Під час проведення дослідження опиралися також на теорію соціологічної амбівалентності у роботі лікарів Р. Мертона для виявлення того, що є більш важливим для респонденток: професіональні якості чи особистісні характеристики лікарів. Було опитано методом глибинних інтерв'ю 10 жінок віком від 18 років, які проживають у сільських поселеннях та які мають історію ведення вагітності та народження дитини.

**7. Структура роботи:** Дипломна робота “Зміна нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні” складається зі: вступу, 3 розділів, висновків, списку джерел та наукової літератури, який налічує 38 позицій, 3 додатків та 44 сторінки основного тексту.

## **Розділ I. Теоретичний огляд**

### **1.1 Соціологічна амбівалентність у роботі лікарів**

Нормативні очікування пацієнтів є одними із джерел, які формують довіру до лікарів. Саме тому важливо проаналізувати, яким чином формуються нормативні очікування пацієнтів щодо роботи лікарів в Україні та під впливом чого ці очікування сформувалися. Також варто дослідити чи відбуваються зміни таких очікувань і якщо так, то в якому напрямку.

Перш за все варто звернутися до теоретичної концепції, яка розкриває зміст роботи лікарів в контексті взаємодії з пацієнтами. На наш погляд, варто звернутися до теорії структурного функціоналізму Роберта Мертона. А саме до його пояснення щодо того як соціальний статус та соціальна роль поєднують в собі очікування певної культури щодо моделей поведінки та про соціологічну амбівалентність у роботі лікарів.

Роберт Мертон, описуючи поняття соціального статусу та соціальної ролі, посилається на визначення цих термінів запропоноване Ральфом Лінтоном. Ральф Лінтон визначає соціальний статус як положення в соціальній системі, яке займає певний індивід. В свою чергу, соціальна роль – це поведінка, в якій реалізуються очікування, які пов'язані з цими положеннями [10, с.537-555]. Розглядаючи соціальну роль лікарів, варто зазначити, що їхня модель поведінки формується під впливом очікувань пацієнтів. Лікарі як носії цього соціального статусу взаємодіють з пацієнтами по-різному в залежності від їхнього віку, рівня освіти тощо. Внаслідок такої неоднакової комунікації лікаря з пацієнтами відбувається “невідповідність очікування”, яка впливає на подальшу репутацію роботи лікаря. Врахування лікарями всіх нормативних очікувань щодо їхньої роботи від пацієнтів з різними соціально-демографічними характеристиками, очевидно, неможливе, тому варто виокремити основні зміни очікувань пацієнтів щодо надання медичних послуг лікарями для того, щоб розуміти в якому напрямку повинна змінюватися модель поведінки лікарів. Безпосередньо, важливим є вивчення моральної атмосфери навколо лікарів та

що пацієнти чекають від них. Також, варто зосередити свою увагу на можливій рольовій напрузі між трьома поколіннями. Тобто, як покоління, які соціалізувалися в період СРСР, на стику розпаду СРСР та Незалежної України визначають соціальну роль лікаря та “правильну” модель поведінки. В чому погляди цих двох поколінь збігаються, а в чому, навпаки, різняться та від чого залежить можлива різниця поглядів щодо оцінки роботи лікарів в державних медичних закладах. Для здійснення аналізу нормативних очікувань пацієнтів з різних поколінь щодо роботи лікаря варто визначити суперечливі подвійні стандарти, які вимагаються суспільством від роботи лікарів.

У роботі “Sociological ambivalence and other essays” Роберт Мертон написав про соціологічну амбівалентність щодо сприйняття роботи лікаря. Загалом соціологічну амбівалентність соціолог описує в контексті суперечливих цінностей. Професія лікарів формує власну неформальну субкультуру, в якій передаються ідеї, цінності та стандарти, які є важливими у наданні медичних послуг. Засвоєні у цій субкультурі норми та стандарти формують моральну поведінку лікарів, яка і визначає цінність професії. Власне, ці норми і є вимогами до ролі лікаря, перш за все, зі сторони пацієнтів. Дуже часто ці норми є досить суперечливими, що не дає змогу лікарям задовольнити одночасно подвійні вимоги чи стандарти [4, с. 65-66]. Таким чином, оцінка пацієнтів щодо роботи лікарів буде залежати в першу чергу від того, чи виправдав лікар очікування пацієнта.

Мертон описав норми, які регулюють відносини лікаря з пацієнтом та вказав на їхню амбівалентність. Зокрема, він писав про те, що лікарі у емоційному сенсі повинні бути відстороненими від пацієнтів, але це не означає, що вони не мають проявляти жодної емпатії до пацієнта. Тобто, лікарям, радше, треба вміти співпереживати пацієнту та співчувати, але варто контролювати свій емоційний фон. І одразу ж тут виникає дисонанс у тому, як правильно встановити ту межу, яка б задовільняла дві сторони: і лікарів, і пацієнтів [4, с.67].

Наступна подвійна норма у роботі Р. Мертона стосувалася етичного аспекту. А саме те, що лікарі повинні надавати медичні послуги однаково всім навіть, якщо деякі пацієнти не співпрацюють з лікарем та не дотримуються медичних рекомендацій. Тут для лікаря важливим є стримувати своє незадоволення та розцінювати ситуацію з “несвоїми” пацієнтами як додаткову можливість для отримання досвіду. Така норма говорить про те, що у пацієнта все ж більше привілеїв щодо комунікації, ніж у лікаря. Оскільки пацієнти можуть обирати: дотримуватися рекомендацій чи ні, комунікувати чи ні. Лікарі, в свою чергу, повинні приймати той факт, що не всі пацієнти будуть свідомо слідувати інструкціям, але все одно продовжувати зберігати толерантне ставлення до пацієнта та надалі підтримувати комунікацію з ним, навіть, якщо немає зворотнього зв'язку [4, с.68].

Однією із найважливіших, на мій погляд, є вимога до того, щоб лікарі забезпечували медичну допомогу пацієнту неквапливо. Тобто, щоб достатньо часу приділили для визначення точного діагнозу. Але, в той же час, лікарі не повинні дозволяти пацієнтам “захоплювати” стільки часу, щоб не вистачило для консультації інших пацієнтів [4, с.68]. Тут проблема полягає в тому, що лікар повинен не тільки надавати медичні послуги, а ще вміти розподіляти свій час раціонально на кожного пацієнта. Таким чином, діяльність лікарів виходить поза межі “розрахованого” часу на пацієнта. І якщо, нормативні очікування пацієнтів стосуються того, скільки часу лікар виділив на консультацію, то, звісно ж, у випадку, якщо лікар не є умілим у тайм-менеджменті, оцінка його роботи буде негативною.

Також лікар повинен приділяти достатню увагу психологічним та соціальним обставинам пацієнта, але ця увага не повинна забирати багато часу, щоб вистачило на всіх пацієнтів. Знову ж таки, йдеться про додаткове навантаження на лікаря. Адже лікар повинен бути ще й психологом, який морально підтримує пацієнтів. Психологічна підтримка пацієнтів забирас



багато часу, а отже, вимогу щодо надання медичних послуг всім, хто їх потребує, виконати стає все важче [4, с.70].

Крім того лікарі повинні враховувати соціально-економічне становище пацієнта. А, відповідно, лікування має співвідноситись з доходами пацієнтів [4, с.71]. Це говорить про те, що, коли для підтвердження діагнозу потрібно пройти додаткові аналізи, УЗД, КТ тощо, які часто не роблять у державних лікарнях або ж роблять за додаткову плату, то лікарі повинні обходитися без них у випадку, якщо пацієнт не може дозволити собі пройти такого роду обстеження. Але тоді ймовірність визначення точного діагнозу зменшується, що може повпливати на оцінку роботи лікаря.

Така амбівалентність у роботі лікарів говорить про те, що вони повинні вміти поєднувати майже непеєднуване: бути психологом, соціальним працівником, знати про цінову політику всіх ліків та медичних послуг і лікарем в одній особі. І якщо лікарям важко поєднувати декілька соціальних ролей, то пацієнтам важливо, тим не менше, щоб всі ці ролі відповідали їхнім нормативним очікуванням. А тому, не дивлячись на труднощі поєднання декількох ролей одночасно, лікарі повинні пристосовуватися до вимог та очікувань пацієнтів для того, щоб отримати позитивну оцінку та довіру.

На думку Р. Мертона, неінформований пацієнт у медичній сфері не може приймати раціонального судження щодо нормативної адекватності того, що робить лікар [4, с.72]. Але тут одразу виникає питання: як довести пацієнту, що він не є достатньо інформованим у медицині так, щоб це не вплинуло на отримання негативної оцінки певного лікаря? І чи взагалі це можливо?

## **1.2 Професіоналізм у структурно-функціональному напрямі**

Представник структурно-функціонального напрямку в соціології Толкотт Парсонс розглянув, в чому полягає професіоналізм у соціальній системі. Так, соціолог визначає професіоналів як соціальну групу, яка функціонує в суспільстві на альтруїстичних засадах. Тобто, цінність професіонала полягає не в отриманні прибутку, а в наданні безкорисливих

послуг. Основною цінністю для лікарів, на думку науковця, має бути служіння іншим людям, що включає в себе значення безкорисливості. Проте, соціолог також вказує на той факт, що важливою складовою сучасної економічної системи є прагнення збагачення, яке часто супроводжується корисливим інтересом. Власне, описуючи розвиток капіталізму, науковець і розрізняє поняття “професії” та “бізнесу”. На думку автора, професії, більшою мірою, вирізняються своєю безкорисливістю. Проблематика цієї інтерпретації полягає, перш за все, у традиційному мисленні, яке оцінювало людські дії в контексті двох мотивів: “егоїстичних” та “альтруїстичних”. Традиційне мислення і визначило альтруїзм як характерну рису професіоналів. Установки традиційного мислення, які сконцентровані на проблемі корисливості досить часто заважають побачити й інші не менш важливі складові професіоналізму [5, с.34-49].

Таким чином, досліджуючи питання нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні, варто з'ясувати, як справді респонденти характеризують приватних лікарів і державних. Тобто, чи розвивається і далі таке традиційне мислення щодо альтруїстичних позицій лікарів та як ідентифікують лікарів, які працюють у приватних медичних закладах. Дослідження цього питання дасть змогу зрозуміти, який спосіб мислення є характерним для певного покоління: традиційний чи раціональний. Т. Парсонс говорить про те, що в контексті професіоналізму авторитетною є раціональна складова. Тобто, професіонали завжди шукають ефективніший метод, а не слідує тому, що було популярним раніше [5, с.40].

На думку Т. Парсонса, цілі і бізнесменів, і професіоналів є однаковими - це досягнення та визнання. Наприклад, для лікарів досягненням може слугувати застосування ефективних методик лікування або ж врятування життя пацієнта. Визнанням може бути схвальна оцінка роботи лікаря колегами та суспільством. Проте в контексті цих цілей може виникати парадокс. Оскільки не завжди досягнення може приносити потрібного визнання, і навпаки: не завжди визнання відповідає досягненням. Внаслідок

такої невідповідності виникає напруга, яка спричиняє відхилення від інституціоналізованих очікувань та норм. Під впливом такого відхилення і виникає “комерціалізм в медицині”, який порушує нормативні очікування пацієнтів [5, с.45].

Отже, внаслідок невідповідності цілей прагнення професіоналів та їх розвиток у часи капіталізму, лікарі є, радше, ні альтруїстами, ні егоїстами. Вони займають посередню позицію між цими двома мотивами, а тому важливо дослідити, як бачать респонденти справжнього професіонала.

### **1.3. Роль альтруїзму у формуванні очікувань щодо роботи лікарів**

У 2017 році був опублікований звіт за результатами дослідження “Selfless giving in medicine: a study of altruistic attitudes among medical students”, проведеним в медичному коледжі в Індії. Мета цього дослідження полягала у вивченні альтруїстичних мотивів у студентів медичного коледжу [3].

Альтруїзм в цьому дослідженні інтерпретується як служіння іншим, без переслідування егоїстичних інтересів. Прикладами альтруїзму лікарів є: надання медичних послуг у позаробочий час, праця у небезпечних умовах (війни і т.д.), безкоштовне надання допомоги. Оскільки все більш характерною рисою для сучасних суспільств є капіталістична модель, то питання альтруїзму стає більш невизначеним. Зважаючи на це, автори дослідження прагнули з'ясувати, чи відіграє значну роль альтруїзм зараз, зокрема, у медичній сфері [3].

Було досліджено, що відбулася зміна фокусу щодо цінності альтруїзму в медицині. Основною причиною цього є те, що альтруїстичні позиції в роботі лікаря досить важко підтримувати і поєднувати з особистим життям. Оскільки студенти-медики прагнуть балансу між роботою та особистим життям, тобто чітко розмежовувати цих дві сфери. Також за результатами звіту можемо побачити, що альтруїзм не є обов'язковою професійною характеристикою лікаря, проте роль цього аспекту відіграє значення у формуванні взаємодії лікар-пацієнт. Таким чином, альтруїзм для студентів-

медиків не є важливою професійною навичкою, це, швидше, особистий вибір лікаря [3].

У 2008 році було опубліковано звіт за результатами дослідження “Can Compassion be Taught? Let’s Ask Our Students”. Дослідження було проведене у медичному університеті США. Головне завдання цього дослідження полягало у тому, щоб з’ясувати, чи навчилися студенти-медики моральним чеснотам під час навчання. Студентам було запропоновано написати есе на тему того, як медична освіта сприяла - або ж, навпаки, перешкоджала засвоєнню моральних цінностей: співчуття, поваги до пацієнтів тощо. Частина студентів відзначила, що завдяки проходженню практики в альтруїстичних лікарів, які демонстрували свою емпатію та безкорисливість по відношенню пацієнта, відбулося більше усвідомлення значення альтруїзму у роботі лікаря. Натомість інші студенти стверджували, що основною метою та головним успіхом у навчанні було отримання позитивної оцінки, яка засвідчувала хороші знання. Адже хорошу оцінку ставили виключно за знання, а не за прояв моральних чеснот. Важливим аспектом у послабленні ролі альтруїзму була умова конкурентності у медичному університеті: знання як інструмент досягнення успіху. Таким чином, відчуття постійних перегонів виносило на перший план “власні вигоди”. Під час клінічної практики студенти отримували як позитивний досвід спілкування з пацієнтом, так і негативний, що відповідно і вплинув на подальше їхнє уявлення щодо комунікації з пацієнтом [8]. Власне, така відмінність у поглядах студентів-медиків є свідченням того, що не завжди наявність моральних дисциплін розвине у них альтруїстичні цінності.

У статті “Are doctors altruistic?” альтруїзм пояснюється в контексті професіоналізму. Зокрема, автори публікації пишуть про те, що лікарі не можуть бути альтруїстично налаштовані у своїй роботі, оскільки головною вимогою є слідування професійним обов'язком, а безкорисливість та жертвовність не є професійним зобов'язанням лікарів [2]. Хоч альтруїзм не є важливою складовою у роботі лікарів, проте, якщо очікування пацієнтів

стосуються цього, то як в такому випадку діяти лікарям, щоб не виникало рольової напруги?

#### **1.4. Моделі взаємодії лікар-пацієнт**

Для того, аби визначити нормативні очікування щодо роботи лікарів в Україні, варто проаналізувати типи поведінки лікарів з пацієнтами та їхні особливості. Це дасть змогу при проведенні дослідження та безпосередньому аналізі зрозуміти, яка модель поведінки є найоптимальнішою в контексті нормативних очікувань пацієнтів.

Американський професор медичної етики Роберт Вітч у 1972 році запропонував 4 типи моделі поведінки лікарів: модель технічного типу, модель сакрального типу, модель колегіального типу та модель контрактного типу. Кожен із типів має свої певні особливості, які прийнятні для окремих культур чи поколінь. Аналіз цих типів допоможе визначити, для якого покоління є важлива та чи інша модель та чому. Важливим є розуміння того, що характерною особливістю кожного покоління є те, що їхні погляди сформувалися за певних історичних подій. Кожне покоління має спільні цінності та однакові моделі поведінки, що свідчить про те, що ставлення до певних інститутів, зокрема до медичних закладів, є схожим, оскільки цінності в представників конкретних поколінь сформувалися під впливом певних соціальних, політичних, економічних явищ/подій [6, с.43-80]. У цій роботі ми прагнемо проаналізувати зміни нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні у представників трьох поколінь: старшого, середнього та молоді. Оскільки є важливим розуміння того чи залежать нормативні очікування респондентів від періоду, в якому вони адаптувалися [12, 9, с.19-30].

Що стосується типів поведінки лікарів за Р. Вітчем, то для моделі технічного типу характерним є надання великого значення діагностиці та показникам стану хворого. Тобто для лікаря, перш за все, важливим є використання медичної техніки для встановлення діагнозу. При такому типі взаємовідносин лікар майже не пояснює хід розвитку подій (лікування,

побажання пацієнта тощо), а орієнтується виключно на зібрані дані за допомогою обладнань про стан хворого [7, с.5].

Сакральна модель взаємодії лікар-пацієнт визначає лікаря як авторитетну особу, надаючи йому право повністю приймати рішення за пацієнта. При такому типі взаємодії лікар сам визначає, що варто говорити пацієнту, а що ні. Процес комунікації з пацієнтом є мінімальний, проте лікар повинен дотримуватися правил лікування в інтересах пацієнта щодо покращення його стану здоров'я [7, с.5-7]. На мій погляд, такий тип поведінки є найбільш відповідним для старшого покоління. Оскільки розвиток медицини в період СРСР відбувався за системою Семашко, яка і наділяла лікаря такими повноважними функціями [16].

Колегіальна модель визначає лікаря в образі “товариша”. Тобто, лікар і пацієнт є своєрідними колегами, які працюють над однією метою. Дві сторони співпрацюють між собою, проте все ж лікар наділяється більшими повноваженнями [7, с.7]. Така модель, вважаю, є “ідеальною” для представників молоді, оскільки їхня соціалізація відбулася в період певної “демократизації відносин”. Тому саме представники цього покоління можуть, більшою мірою, співпрацювати з лікарем через інший рівень оцінювання.

Контрактна модель характеризується наявністю чітко прописаних прав та обов'язків кожної із сторін. Це може бути як юридично-укладений договір, так і більш неформальний, коли дві сторони домовляються про певну “співпрацю”. Така модель забезпечує дотримання лікарем та пацієнтом своїх обов'язків. У разі, якщо довіра та очікування пацієнта до лікаря не виправдалися, перший може змінити свого лікаря [7, с.7]. Така модель взаємодії характерна для України, оскільки практика сімейної медицини діє саме за цим принципом. Тому, можливо, для кожного із поколінь ця модель є прийнятною.

## 1.5.Зміни оцінок у системі охорони здоров'я в емпіричних дослідженнях

Система охорони здоров'я України знаходиться на етапі становлення, оскільки зараз відбувається трансформація медицини з «радянської» до такої, що відповідає світовим стандартам [27]. Зокрема у грудні 2018 року був підписаний закон 2168 - VIII "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", згідно якого держава зобов'язується фінансувати медичні заклади [26]. Мета цього закону і взагалі медичної реформи є: «Підвищення якості та доступності допомоги та зменшення фінансових ризиків для людей», проте низка обставин, які є на сьогодні в Україні гальмують процес прийняття законів для покращення медичної сфери. Та все ж, зміни, які відбуваються є помітними. Яскравий приклад цього міститься у дослідженні «Стан медичної сфери в Україні», яке провела соціологічна група «Рейтинг» у жовтні 2018 року [23]. У ході цього дослідження було опитано 1200 респондентів. Статистична похибка репрезентативності становить 2,8%. Серед 1200 опитаних респондентів, 675 респондентів оцінили свого сімейного лікаря, з яким підписали контракт так: (див. рисунок №3)

Рисунок №1



## Задоволеність сімейним лікарем (% , №=675)

Джерело: дослідження «Стан медичної сфери в Україні», яке провела соціологічна група «Рейтинг» (жовтень 2018 року)

25% респондентів, які обрали свого сімейного лікаря цілком задоволені його роботою, 51% респондентів скоріше задоволені роботою свого лікаря, зовсім не задоволені роботою лікаря всього 1% респондентів. Такі відсотки говорять, радше, про те, що сімейні лікарі все ж відповідають нормативним очікуванням пацієнтів.

Натомість респонденти оцінили професіоналізм лікарів (не тільки сімейних) в Україні не так схвально: (див. рисунок №3)

Рисунок №2



## Оцінка рівня професіоналізму та компетентності лікарів (% , №=1200)

Джерело: дослідження «Оцінка медичної сфери в Україні», проведене соціологічною групою «Рейтинг» (червень 2018 року)

31% респондентів вважають рівень професіоналізму та компетентності лікарів в Україні дуже високим або скоріше високим, 51% респондентів



вважають рівень професіоналізму скоріше низьким або дуже низьким. В порівнянні з дослідженням, яке було проведене у червні 2018 року, показник щодо «скоріше високого» рівня професіоналізму лікарів дещо погіршився (з 33% в червні до 27% в жовтні). Така оцінка є показником того наскільки лікарі відповідають нормативним очікуванням пацієнтів чи навпаки. Проте, цікавим є той факт, що відсоток задоволеності своїм сімейним лікарем є значно вищим, ніж оцінка рівня професіоналізму та компетентності лікарів. Припускаю, що основна причина такої різниці полягає в тому, що свого сімейного лікаря кожен українець мав право обрати самостійно, а отже, це дало змогу обрати лікаря, з яким буде комфортно «співпрацювати» та який, безпосередньо, викликає довіру. Окрім того, питання стосувалося всіх лікарів, в тому числі тих, з якими респонденти ніколи не зустрічалися, але чули про них від знайомих або інших джерел інформації. Що стосується інших лікарів, то пацієнти не обирають їх, оскільки направлення на відвідування певного лікаря надає сімейний лікар.

Міністерство охорони здоров'я проаналізувало зміну ставлення до системи охорони здоров'я в період з 2016 по 2019 роки [20]. З вересня 2018 року по березень 2019 року відсоток задоволеності сімейним лікарем дещо підвищився з 61 до 70%. І хоч таке покращення не є особливо суттєвим, проте це є свідченням того, що українці відзначили покращення у роботі зі своїм сімейним лікарем. Що стосується хабарництва у державних медичних закладах, то МОЗ також відзначило покращення, зокрема, з жовтня 2016 року по березень 2019 року відсоток тих, хто давав хабар лікарю (в грошовому варіанті) суттєво знизився, з 25% до 9%. Та все ж, незважаючи на покращення, варто дослідити, які очікування є в пацієнтів щодо роботи лікарів у державних медичних закладах та чи зазнали вони змін у часовому проміжку.

У квітні-вересні 2016 року було проведене якісне дослідження на тему: «(Без)коштовна медицина» благодійним фондом «Пацієнти України» за

експертної підтримки Київського Інституту Соціології та школи охорони здоров'я НаУКМА. В ході проведення фокус-групи було виявлено, що респонденти не довіряють лікарям з таких причин як:

- Некомпетентність лікарів;
- Байдужість лікарів, а саме те, що лікарі пояснюють процес лікування поверхнево;
- Призначення «забагато» ліків;
- Відсутність пропозиції на вибір лікування дешевших та дорожчих ліків;
- Наявність корупції в медичних закладах [21].

На основі цього варто дослідити за якими критеріями респонденти оцінюють компетентність лікаря та якість пояснення процесу лікування. А саме те, що є визначальним фактором у тому, коли пацієнти визначають професіоналізм лікаря. Та чи такі очікування є однаковими для різних поколінь.

## **Висновки з розділу I**

Виходячи із теорії соціологічної амбівалентності у роботі лікарів Р. Мертона, важливим є розуміння того, що цінності та норми у наданні медичних послуг є рівноцінно-вагомими знанням лікаря. Тобто професіоналізм у роботі лікарів полягає у поєднанні знань, моральних цінностей та відповідності очікуванням пацієнтів щодо надання медичних консультацій. Ця сукупність якостей і є предметом нормативних очікувань пацієнтів щодо роботи лікарів в державних медичних закладах України.

Таким чином, досліджуючи зміни нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні, варто з'ясувати, як респондентки сприймають соціальну роль лікаря. Які аспекти є більш важливими, а які є менш важливими. Чи

альтруїстична складова у роботі лікарів є досі актуальною, чи, можливо, відбулася зміна фокусу в сторону професійної складової.

Вважаю, що за допомогою моделей поведінки лікарів (Р. Вітча) можна чітко простежити зміну нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні. Так, автор виділив 4 моделі взаємодії лікар-пацієнт: сакральну, технічну, колегіальну та контрактну [7]. Припускаю, що для респонденток старшого покоління найбільш оптимальною є сакральна модель, оскільки період соціалізації пройшов тоді, коли соціальна роль лікаря високо поцінювалася в суспільстві. В свою чергу, контрактна та колегіальна моделі, можливо, є найбільш оптимальними для респонденток середнього покоління та молоді. Оскільки соціалізація цих представників поколінь відбулася під час демократизації стосунків і відповідно це могло б спричинити те, що пацієнти очікуватимуть на більш дружню співпрацю з лікарями. Що стосується контрактної моделі, то вона є типовою для сучасної України, оскільки практика сімейної медицини включає в себе наявність договору, який юридично закріплює співпрацю між лікарем та пацієнтом. Також, вважаю, що технічна модель частково сприймається представниками молоді. Адже інтенсивний розвиток використання технічних засобів у медицині збігається з датою народження цієї групи респондентів.

Отже, у своїй роботі прагну дослідити, якими є нормативні очікування щодо роботи лікарів, використовуючи теорію Р. Мертона “Соціологічна амбівалентність у роботі лікарів” та теорію моделей поведінки лікарів Р. Вітча.

## Розділ II. Методологія дослідження

### 2.1 Концепція дослідження

У процесі роботи було сформовано 5 гіпотез дослідження.

1. Модель технічного типу взаємодії лікар-пацієнт схвалюється, проте не є пріоритетною, більшою мірою, респондентами, рік народження яких коливається в межах 1989-2000 років. Це може бути зумовлене тим, що респонденти належать до молоді (молодого покоління), соціалізація яких відбулася у період, коли відбувся вагомий прогрес у впровадженні медичних технологій [14, 15]. Зокрема, 1997 року був виданий наказ, згідно якого лікарні мали бути забезпечені і новітніми технологіями, і кваліфікованими спеціалістами [17]. Таким чином, зважаючи на цей факт, респонденти молодшого покоління могли використовувати вже ці технології та переконатися у їхній ефективності та достовірності інформації, яку вони дають. Оскільки головним проривом у рамках ведення вагітності було використання апарату УЗД для встановлення розвитку дитини, її положення та статі, то респондентки більше розуміють переваги використання медичних технологій. А тому для них технічна модель поведінки є більш прийнятною, ніж для представників інших поколінь.
2. Сакральна модель взаємодії лікар-пацієнт найбільше схвалюється респондентами старшого покоління, які народилися в період 1949-1959. Оскільки для цієї моделі визначальним є те, що лікар є авторитетом для пацієнта; пацієнт цілком довіряє всім словам лікаря; та загалом сприймає возвеличено професію лікаря. На основі цього припускаю, що в період СРСР професія лікаря значно поцінювалася та схвалювалася суспільством. Зокрема, через високий соціальний статус лікарів пацієнтам, в особливості звичайним робітникам, не було дозволено критикувати представників цієї професії. Тому лікарі

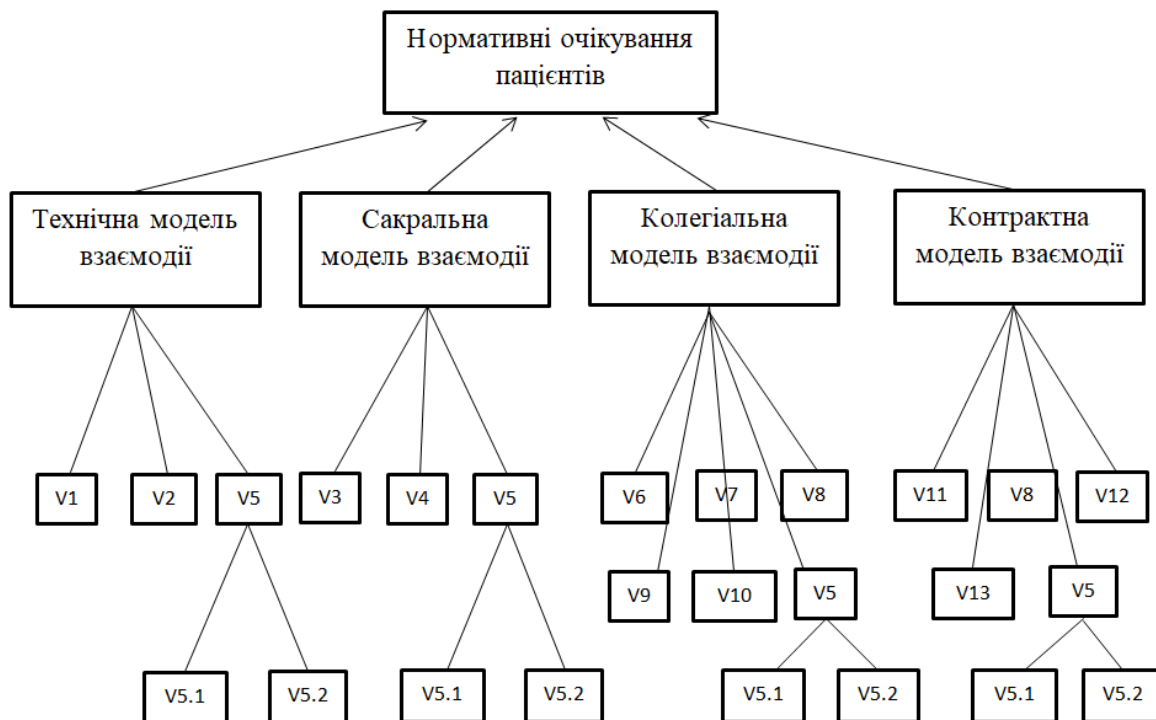
сприймалися як ті, хто займає вищий соціальний статус та є авторитетом для своїх пацієнтів. Внаслідок того, що респонденти старшого покоління соціалізувалися саме в цей період часу, вони і звикли до сакральної моделі поведінки.

3. Колегіальна модель взаємодії лікаря-пацієнта є найбільш оптимальною для респондентів молодшого та середнього поколінь. Зокрема, це може бути зумовлене тим, що представники цих поколінь сприймають себе на рівні із лікарем, а тому прагнуть побудувати приятельські відносини. Можливо, внаслідок більшої поінформованості респонденти цих двох поколінь можуть активно долучатися до комунікації з лікарем та обговорювати прийнятний для них метод лікування. Що стосується представників середнього покоління, то оскільки їхній процес соціалізації відбувся на стику розпаду СРСР та утворення Незалежної України, то вони більш здатні до аналізу ставлення лікарів в порівнянні з попереднім періодом часу та теперішнім, ніж особи інших поколінь. Тому для них модель, коли пацієнт є “товаришем” лікаря є найбільш відповідна. Що стосується респондентів молодшого покоління, то вони пройшли період соціалізації, коли відбувалася певна демократизація стосунків, а тому схильні вважати себе на рівні із лікарями. Таким чином, відчуття рівності у процесі комунікації пояснює той факт, що для них кращою є колегіальна модель взаємодії з лікарем.
4. Представники всіх поколінь (молодь, середнє та старше покоління) схвалюють в однаковій мірі контрактну модель взаємодії з лікарем, проте не визначають її як пріоритетну. Оскільки в Україні зараз діє практика сімейної медицини. Згідно з чим, пацієнти укладають договір про “співпрацю” з лікарем та надалі комунікують з ним. Оскільки контрактна модель характеризується тим, що пацієнти і лікарі дотримуються встановлених обов'язків, то представники всіх поколінь не відкидають можливості співпраці згідно цієї моделі [19]. Адже є впевненими в тому, що їхня комунікація з лікарем є юридично

закріплена. Ця модель є, можливо, прийнятною для всіх представників поколінь, оскільки кожен із них пройшов цей етап укладання договору з лікарем. А тому здатні оцінити певні переваги співпраці з одним лікарем протягом тривалого часу.

- Відмінності у вікових групах пояснюється як проекція змін у часі. Оскільки старші жінки говорять про минулий досвід, а молодші - про теперішній, то нормативні очікування щодо роботи лікарів відповідно будуть відрізнятися. Припускається, що відбулася зміна фокусу від сакральної моделі до колегіальної та контрактної. Внаслідок демократизації стосунків та наявної практики сімейної медицини очікування щодо роботи лікарів зазнали змін.

На цій схемі зображені ймовірні очікування пацієнтів по кожній моделі взаємодії лікар-пацієнт.



V1 – Використання лікарем новітніх медичних технологій у призначенні лікування;

V2 – Володіння лікарем професійними навичками щодо призначення додаткової діагностики;

V3 – Вміння лікаря брати всю відповідальність на себе у процесі лікування;

V4 – Сприйняття пацієнтом лікаря як авторитета;

V5 – Володіння лікарем професійними складовими:

- V5.1 – досвід у лікуванні (великий стаж роботи);
- V5.2 – періодичне проходження курсів (оновлення знань);

V6 – Відчуття рівності у комунікації з лікарем;

V7 – Вміння лікаря вислуховувати пацієнта;

V8 – Надання медичних послуг у позаробочий час;

V9 – Вміння співпереживати пацієнту;

V10 – Активна участь пацієнта під час комунікації з лікарем;

V11 - Наявність договору між лікарем та пацієнтом;

V12 – Дотримання обов'язків, які прописані у договорі;

V11 – Пояснення лікарем кожного кроку щодо призначення лікування.

## **2.2 Визначення основних понять**

У своїй роботі я працюю з такими поняттями як: очікування, нормативні очікування, зміни нормативних очікувань, лікар, пацієнт. Тому, перш за все, варто їх окреслити [17].

1. Очікування - сукупність неформальних вимог пацієнта щодо виконання відповідних соціальних ролей лікаря (сподівання пацієнта, що професіоналізм та особистісні характеристики лікаря відповідатимуть його бажанню) [17].

До очікуваних професійних характеристик лікаря можна віднести:

- періодичне проходження курсів для отримання нових знань та оновлення наявних;
- вміння пояснити пацієнту кожний крок у призначенні лікування;
- володіння великим стажем роботи.

До очікуваних особистісних характеристик лікаря відносимо:

- вміння бути психологом для пацієнта. Тобто висловлювати свої думки так, щоб не справити негативного впливу на ментальне здоров'я;
- надання медичних послуг та консультацій у позаробочий час;
- вміння співпереживати пацієнту;
- вміння призначити лікування, враховуючи доходи пацієнтів.

2. Нормативні очікування - закладені стандарти правильної поведінки лікарів, які базуються на вимогах пацієнтів. Таким чином, для пацієнтів, їхні вимоги визначають правильність та прийнятність поведінки лікарів [17].

3. Зміни нормативних очікувань - перехід стандартів правильної поведінки від одного концепту до іншого. Варто зазначити, що така зміна нормативних очікувань може відбуватися під впливом міжпоколінної відмінності. Тобто різниця у поглядах, ставленні та сприйнятті особи лікаря у різних поколіннях буде формувати відмінні "нормативні очікування" [17].

4. Лікар - це фізична особа, яка надає медичні консультації та призначає лікування.

5. Пацієнт - фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога [25, ст.3].



## 2.3 Метод збору інформації

Для дослідження теми “Зміни нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні” я використовувала якісний метод для збору інформації. Зважаючи на те, що я прагну дослідити ціннісні складові очікувань пацієнтів, вважаю, що використання якісного методу зможе охопити цю ділянку. Зокрема, це пов'язано з тим, що, я як інтерв'юер, буду задавати тему для обговорення респонденту, а не обмежуватиму його думку в конкретних питаннях чи варіантах відповідей. Таким чином, очікувалося, що респондент сам вкаже на ті очікування, які є важливим, безпосередньо, для нього.

За допомогою напівструктурованого глибинного інтерв'ю було проаналізовано досвід респонденток у процесі ведення вагітності. Зокрема, респонденти почасти акцентували свою увагу на труднощах, які виникали під час ведення вагітності та після пологів. На основі цього були сформовані їхні очікування щодо роботи лікарів. Варто зазначити, що головним у зборі інтерв'ю було те, щоб респонденти описали ідеальну для них модель поведінки лікар-пацієнт. Це дало змогу побачити відмінність щодо нормативних очікувань, виходячи з того, яку модель взаємодії респондентки вважали прийнятною та найбільш оптимальною.

Варто зазначити, що якісний метод має певні обмеження. Зокрема, це пов'язано з тим, що 10 глибинних інтерв'ю не дають змоги перевірити гіпотез, але власне дають доповнити їх, побудувати модель стосунків, яку можна тестувати тільки кількісними методами. Працюючи з глибинними інтерв'ю, можна виявити певні “сенси”, але не причини та/чи наслідки. Основний акцент в цій роботі базується на тому, щоб показати, як респонденти інтерпретують світ, які їхні уявлення щодо “ідеальної моделі” взаємодії з лікарем. Проте надання рекомендацій з того, які наслідки потягнуть за собою певні дії лікарів на основі інтерв'ю виключається.

## Вибірка

Що стосується вибірки дослідження, то до неї входять 10 українок, які є мешканцями сіл Дністровського району, Чернівецької області, віком від 18 до 72 років. Варто зазначити, що до вибірки входять тільки жінки, які мають досвід у веденні вагітності та народженні. Такі респонденти можуть поділитися своїм досвідом, на основі якого можуть побудувати власні нормативні очікування. Тобто те, що для них було важливим у цей період часу, на що вони очікували, чи виправдалися їхні очікування, з якими труднощами зіштовхнулися і так далі. Респондентки мають досвід спілкування з лікарем протягом довгого періоду часу на постійній основі (9 місяців ведення вагітності і 1 рік після народження дитини). Зважаючи на тривалість комунікації з лікарем припускається, що у них є більш чітко сформовані очікування щодо того, яким повинен бути лікар і яким він є насправді. Оскільки я із Дністровського району, Чернівецької області, то мені зручнішим було опитати саме жінок із сіл цього району.

Загалом я опитала 10 жінок, серед яких:

- 3 пенсіонерки віком від 67 до 72 років. Ці респондентки народжували дітей у 1971 році, 1975 році та 1979 році (тобто в період СРСР). Таким чином, цікавим було дослідити, які очікування виникали у респонденток у період існування СРСР. На чому, більшою мірою, акцентувалась увага: на професійних характеристиках лікаря чи на особистісних чеснотах.
- 4 респондентки віком від 40 до 50 років. Процес ведення вагітності та народження відбувався у період з 1991 - 2017 років. Враховуючи це, важливим було те, щоб з'ясувати чи відбулися зміни щодо нормативних очікувань з часу розпаду СРСР, чи змінилося ставлення лікарів і чи змінився фокус респонденток у формуванні очікувань.

- З респондентки віком від 21 до 32 років. Процес ведення вагітності та народження відбувався у період з 2010 - 2020 роки. Тобто з досвіду та розповіді цих респонденток можна було проаналізувати нормативні очікування щодо роботи лікарів в період сучасності. Зокрема, важливим тут було проаналізувати відповіді респонденток та визначити їхню головну відмінність від попередніх респонденток. Чи відбулася зміна нормативних очікувань, в якому напрямку та під впливом чого можливі зміни відбулися.

При виборі респондентів важливим було те, щоб залучити осіб, які проживають в малих населених пунктах (села та смт) та які є представниками різних поколінь. Внаслідок того, що доступ до медичних закладів у сільських місцевостях є дещо обмеженим в порівнянні із містами. Зокрема, немає (або ж відсутній) великого вибору лікарів одного профілю. Не завжди у сільських поліклініках є наявність сучасного медичного обладнання тощо. Таким чином, цікавим було проаналізувати те, які труднощі виокремлюють респонденти та які очікування у них є сформовані щодо роботи лікарів.

Оскільки гіпотези дослідження стосуються моделей взаємодії лікар-пацієнт, то цікавим було і те, щоб прослідкувати зміни нормативних очікувань, базуючись на тому, як змінюється їхній фокус щодо цих типів взаємодії.

3 інтерв'ю відбувалося face-to-face, 7 - в онлайн-режимі через Skype, Zoom. Середня тривалість розмови коливалася в межах 40 хвилин. Під час двох інтерв'ю відбувалася перерва на 3-5 хвилин для того, щоб записана розмова збереглася на робочий стіл.

Збір інтерв'ю тривав 20 днів у період з 26 березня 2021 року до 14 квітня 2021 року.

## **Інструментарій дослідження**

У своїй роботі я використовувала гайд глибинного інтерв'ю як інструментарій дослідження. Загалом, було прописано запитання до 3 блоків. Перший блок був ознайомчий. Респонденти представляли себе та розповідали про рік народження дитини і чи часто відвідують медичні заклади. Цей блок був націлений на ознайомлення із респондентом та на те, щоб підготувати їх легкими питаннями до наступного блоку.

Другий блок питань був зосереджений на досвіді респонденток у веденні вагітності та народжуваності. Зокрема, очікувалося, що респонденти вкажуть на принцип, за яким обирали лікаря; опишуть труднощі, з якими зіштовхнулись; окреслять власні очікування та те, чи вони виправдалися.

Третій блок охоплював питання, які описують важливість для респонденток професійних якостей у роботі лікаря та особистісних характеристик. Зокрема важливим тут було простежити, які все ж очікування переважають. Тобто, що важливіше для них у співпраці з лікарем: щоб останній був професіоналом чи, щоб володів альтруїстичними цінностями.

На основі кожного з блоку відбулося підтвердження або ж спростування гіпотез та, безпосередньо, був здійснений аналіз нормативних очікувань жінок з різних поколінь.

На першому етапі аналізу я зробила технічне кодування. Тобто були сформовані такі категорії як професіоналізм лікаря та особистісні характеристики. Відповідно до запропонованих категорій я прописувала цитати, які найкраще підтверджують їх.

На другому етапі сформовані категорії в першому етапі були співставлені з моделями поведінки лікар-пацієнт. Таким чином, я відібрала до кожної моделі, на основі слів респондента, ті професійні та/чи особистісні характеристики лікарів, які найбільше підходили до певної моделі.

## Висновки з Розділу II

Загалом, в цій роботі я працюю з такими поняттями як нормативні очікування, зміна нормативних очікувань, лікар, пацієнт. Нормативні очікування - це закладені стандарти правильної поведінки лікарів, які базуються на вимогах пацієнтів [17]. Нормативні очікування пацієнтів можуть стосуватися професійних характеристик лікаря та моральних якостей. Під терміном “зміна нормативних очікувань” розуміється те, що відбувається перехід стандартів правильної поведінки від одного концепту до іншого [17]. Зокрема, це може бути пов'язане з тим, що респонденти з різних поколінь мають відмінні погляди щодо того, яким має бути лікар, оскільки соціалізувалися у різні часові періоди.

Лікар - особа, яка надає медичні консультації та визначає лікування. А також має всі повноваження для того, щоб здійснювати такого роду діяльність. Пацієнт - фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога [24, ст.3].

Що стосується методу збору інформації, то для дослідження теми я використовувала якісний метод. В процесі проведення дослідження було опитано методом глибинних інтерв'ю 10 респонденток віком від 18 років, які проживають у сільських поселеннях, мають історію ведення вагітності та народження, а також належать до різних поколінь.

Під час проведення інтерв'ю важливим було зрозуміти чи відбулася зміна фокусу нормативних очікувань респонденток від сакральної моделі взаємодії до контрактної та колегіальної. Зокрема, припускалося, що респондентки старшого покоління вважають сакральну модель комунікації та контрактну найбільш оптимальною для себе; контрактна та колегіальна модель є найбільш прийнятною для представників середнього покоління; а колегіальна, контрактна та технічна - для представників молодшого покоління.

### **Розділ III. Результати дослідження**

У ході проведення дослідження було з'ясовано, що зміни нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні відбулися. Зокрема, це пояснюється тим, що респондентки із різних поколінь мають відмінні вимоги щодо виконання відповідних соціальних ролей лікаря. Передусім це пов'язано з тим, що сприйняття ролі лікаря в різні часові періоди було іншим від попереднього періоду і внаслідок цього неформальні вимоги пацієнтів, так чи інакше, видозмінювалися.

Щодо очікувань респонденток стосовно моделей поведінки лікарів, то перш ніж перейти до самого аналізу, який розкриє ці очікування, варто окреслити, за якими ознаками було визначено, про яку модель йдеться. Тип висловлювань “лікар-друг”, “лікар-товариш” означав те, що респондентки описують колегіальну модель. Тобто таку, де пацієнт відчуває свою рівність у комунікації та коли лікар враховує всі побажання пацієнта. Висловлювання “лікар-найманий працівник”, “лікар-сімейник” окреслювали контрактну модель, згідно якої взаємодія з лікарем базується на укладеному договорі, який дає право пацієнту бути повноцінним актором комунікації. Вирази “лікар-технар”, “лікар-фактолог” є характерними для опису моделі технічного типу, в якій для лікаря в пріоритеті є використання сучасного медичного обладнання для встановлення діагнозу. Ціннісна складова такої комунікації полягає саме у використанні різного обладнання. Висловлювання “Лікар-Бог”, “лікар-директор”, “лікар-авторитет” описують сакральну модель взаємодії лікаря з пацієнтом. Особливість цієї моделі полягає в тому, що лікар має значно більше повноважень, ніж пацієнт. Внаслідок цього головним актором такої комунікації є лікар, який і вирішує, як буде краще для пацієнта, а як - гірше, що говорити пацієнту, а що - ні. Пацієнти, в свою чергу, повністю покладаються на лікаря та все, що він скаже, оскільки сприймають його як людину, якій можна цілком довіряти.

Респондентки старшого віку (67 - 72 роки) акцентували свою увагу на тому, що у період СРСР всі пацієнти мали однаково рівний доступ до отримання медичної допомоги, що забезпечувала, передусім, медична система Семашко. Тобто, відвідуючи медичні заклади, респондентки не відчували нерівності у якості надання медичних послуг. Також респондентки часто вдавалися до порівняння лікарів СРСР із сучасними лікарями. Зокрема, вони вказали на той факт, що лікарі були зацікавлені перш за все в тому, щоб надати допомогу пацієнту, а не отримати прибуток: *“Да, вони тоді на гроші не дивилися, як зараз. Вони лічили без грошей (ж.72 р.) [30]”*. З респондентки визначили, що найголовнішим для них є ставлення лікаря до пацієнта. Тут важливим є те, щоб лікар проявляв увагу до пацієнта, вислуховував його: *“Це бути уважним, гарно говорити, а не гроші потребувати. От тоді вчені всі були такі облесні, невискомерні, такі от прості, не крахабори (ж.72 р.) [30]”*. Крім того, респондентки зазначили, що і зі сторони пацієнтів повинна була бути повага до лікарів: *“Поважали, бо строгота була. Була строгота від лікаря. А як же, як я не буду поважати (ж. 67 р.)”*. [31]

Професійні характеристики для респонденток старшого віку не відіграють значної ролі, оскільки впродовж інтерв'ю про них було згадано в одиничних випадках або не згадувалося взагалі. Проте особистісні характеристики лікаря були згадані неодноразово. Важливим для респонденток старшого віку є те, щоб лікар вмів співпереживати пацієнту, міг надати медичні послуги у позаробочий час за потреби. Цікавим є те, що респондентки цього віку єдині з-поміж респонденток іншого віку, для яких лікар-пенсіонер не є перешкодою у отриманні якісного медичного лікування та консультації зокрема. Перш за все, це пояснюється тим, що вони сприймають лікарів пенсійного віку як тих, кого “виховало” СРСР. Тому, такі лікарі будуть діяти згідно тих норм, які були прийнятними за часів СРСР.

Загалом професія лікаря інтерпретувалася респондентами як авторитетна: *“Ну лікар-друг то не для мого покоління. В нас якось інакше чи*

*шо. У нас всі поважали лікарів (ж.70 р.) [33]*”. Було вказано на те, що отримати кваліфікацію лікаря в період СРСР було не так легко, як в умовах сучасності. А відповідно ті, хто отримали диплом лікаря за замовчування високо поцінювалися у суспільстві. Лікар розглядався як особа, якій можна цілком довіряти: *“Тоді дуже, дуже уважно вони так. Не знаю, як зараз, але дуже. Не дай Боже, щоб дитинка заболіла, не дай Боже, щоб ще прищичок в роддомі вискочив... (ж. 67 р.)” [31]*. Також дві респондентки вказали на важливості здобуття освіти у період існування СРСР. Зокрема, мова йшла про те, що якісна освіта гарантувала те, що лікар - це людина професіонал, якій можна довіряти. Адже в той період часу освіта в медичних вищих навчальних закладах була на високому рівні, а відповідно і лікарі оцінювалися досить високо. Тобто, лікар з дипломом автоматично сприймався людиною, якій цілком можна довіряти: жодних сумнівів щодо цього не виникало у респонденток.

Таким чином гіпотеза №2 про те, що сакральна модель взаємодії лікар-пацієнт найкраще описує те, що думають респонденти старшого покоління, які народилися в період 1949-1959 збігається з тим, про що зазначили респондентки. Також, враховуючи те, що респондентки акцентували свою увагу на очікуваннях щодо хорошого ставлення лікарів, то зараз для них оптимальною є і колегіальна модель, яка забезпечує рівність у взаємодії лікар-пацієнт та допомагає встановити більш дружній (неформальний) формат співпраці.

Під час аналізу інтерв'ю з респондентками середнього віку (40 - 50 р.) було чітко простежено те, що сприйняття лікаря у суспільстві змінилося у гірший бік. Зокрема, 3 респондентки описали лікарів, з якими мали досвід співпраці під час ведення вагітності, як некваліфікованих та без альтруїстичної складової у ставленні до пацієнта. Непрофесійність лікарів пояснювалася тим, що вони не оновлювали свої знання, а лікували всіх вагітних згідно однієї методики: *“Лікарі лікували всіх одними й тими самими*



препаратами. Чи треба, чи не треба колоти той фолікулін - вони кололи всім (ж.50 р) [32]”. Наступним аспектом непрофесійності лікарів є те, що на початку 1990-х років, коли тільки запустили роботу УЗД в лікарнях, у сільській поліклініці не було жодного лікаря, який чітко розумів функціональність цього апарату. Невміння користування УЗД було пояснене тим, що інтерпретація результатів була хибною. Таким чином вагітні жінки на початку 1990-х років не довіряли результатам УЗД. Актуальним для респонденток стало використання УЗД та інших медичних обладнань після 2000 року. До того часу, як зазначали респондентки, використання медичної техніки не було наскільки актуальним, оскільки самої техніки або ж лікаря, який розумівся на цьому не було. Щодо пояснення призначеного лікування чи етапів вагітності респондентки відзначили також непрофесійність лікарів. Така непрофесійність полягала, на їхню думку, в тому, що жоден лікар не надав їм ширшої інформації щодо призначеного лікування та особливостей кожного триместру: *“Та навіть ніхто не сказав, як мають бути перейми, коли вони мають починатися, як зрозуміти, що то саме перейми вже (ж.42 р.) [38]”*. Проте, респондентки, які народжували після 2000 року зазначили, що лікарі активно співпрацювали з вагітними щодо пояснення кроків, як все має відбуватися: *“Але от саме дуже, що ця Тамара Іванівна вона мене настільки класно навчила, настільки розтлумачувала, пояснила, як я себе маю вести, як я повинна дихати. І тому вже при самих потугах, коли вже народжувати, вона тож навчила набирати повітря і витискати із себе дитинку (ж. 40 р.) [35]”*.

Також респондентками було виокремлено момент непрофесійності, але вже радше медичного персоналу загалом: в момент пологів жінки із сусідніх сіл повинні були знаходити транспорт самостійно, щоб доїхати до районного пологового будинку. Лікарня не надавала транспорт для таких випадків. До непрофесійності медичного персоналу відноситься також і догляд за новонародженими. До 2000 років дітей забирали в окремі кімнати,

де за ними мали б дивитися дитячі медсестри та педіатри. Проте, як зазначили респондентки, належного догляду не було. Зокрема, це пояснюється тим, що медсестри не намагалися заспокоювати дітей, які плачуть, мотивуючи це тим, що таким чином в них розвиваються легені. Догляд за дітьми простежувався тільки в тому, що їх переодягали та приносили батькам на годування.

Щодо форми комунікації лікаря з пацієнтом, то в період ведення вагітності та народження, очікування респонденток будувалися більше на колегіальній моделі взаємодії. Проте, їхні очікування не збігалися із реальністю дій лікаря. Передусім це пов'язується з тим, що лікарі самі визначали, яку інформацію будуть говорити пацієнту, а яку - ні. Також респондентки не раз вказували на той факт, що під час огляду в пологовому будинку було заборонено перебивати лікаря, якщо він до тебе не звернувся: *“До нас, як приходив лікар на огляд, то всі сиділи і мовчали поки до них черга не дійде. Там лікаря ми сприймали, як таку людину. Ніхто і не пікав навіть нічого. В палаті була мертва тишина. Жінки відповідали лиш на ті питання, які лікар задавав. Як армія (ж. 42 р.) [38]”*. Така поведінка лікарів вписується в сакральну модель: коли лікар є головним у взаємодії, а пацієнтів розглядає, як підлеглих і пацієнти з цим погоджуються.

Проте, якщо говорити про конкретні нормативні очікування пацієнтів щодо роботи лікарів, то як я вже зазначала, вони не були прихильними до сакральної моделі взаємодії. Очікування респонденток були націлені, більшою мірою, на колегіальну модель, коли дві сторони: лікарі і пацієнт, є рівними у комунікації. Підтвердженням цього є те, що їхні неформальні вимоги були пов'язані з тим, щоб:

- огляд вагітних здійснювався без використання грубої сили;

- щоб не виникало відчуття страху, коли пацієнт уточнював інформацію, хотів почути деталізацію, не розумів чогось і міг вільно про це сказати своєму лікарю;
- щоб була можливість сконтактувати з лікарем в позаробочий час або з черговим лікарем в нічний період на випадок, якщо щось трапиться;
- щоб лікарі вміли подати негативну інформацію у ввічливій формі;
- щоб лікарі вислуховували пацієнта та співпереживали.

Цікавим є те, що 2 респондентки середнього віку описали досвід безпосереднього народження дитини в містах із зовсім іншої сторони. Зокрема, вони відзначили, що комунікація із лікарями проходила у більш неформальний спосіб, а також відзначили професіональність таких лікарів: *“Бо даже от в Хотині був випадок, бо молоді там були дівчатка, шо породили, і дитинка вночі відригнула так, як захлиснулася. Я лиш почувала - лиш відкрила двері кажу, шо дитині погано. Там зразу куна персоналу прибігло і... ну, почали цей. А тут - не (ж. 50 р.) [32]”*. Неодноразово акцентували свою увагу на тому, що під час комунікації із лікарем не виникало відчуття того, що лікар був головним у цій взаємодії. Головною відмінністю, на думку респонденток, було те, що лікарі із міст проявляли більшу увагу та турботу до своїх пацієнтів: *“А там та лікарша, шо вона була молода, вона мене підтримала. Сказала, щоб я не переживала, все буде добре. Вона мені зразу психолога привела, бо в мене була така як депресія (ж. 40 р.) [34]”*. Одна із респонденток припустила, що причиною такого відмінного ставлення є те, що у місті спостерігається більша кількість лікарів, які конкурують за прихильність пацієнтів та дбають про свою репутацію. Саме тому лікарі ставляться до пацієнтів у такий спосіб, щоб отримати в подальшому позитивний відгук.

Важливим є і те, що тільки респондентки середнього віку описували контрактну модель взаємодії як прийнятну. Зокрема, їхні очікування стосувалися того, щоб в той період часу, коли відбувався процес ведення вагітності, вагітні були закріплені за одним лікарем, який би вів від початку вагітності і до пологів включно. Тут варто зауважити те, що з 2000 років така практика почала вже вводитися, а до цього часу вагітні жінки консультувалися з різними лікарями, які не знали повною мірою особливостей вагітності конкретної жінки та організму: *“Я думаю, що краще би було, щоб ще тоді був сімейний лікар. Мені зараз дуже сподобалося бути на обліку, що я маю сімейного лікаря. Мені це дуже подобається. (ж. 40 р.) [35]”*. Респондентки апелювали до медичної реформи, згідно якої вони уклали договір із сімейним лікарем. На основі цього, було зазначено, що наявність такої ж можливості сприяла б тому, що за вагітними закріплювався тільки один лікар-гінеколог: *“я думаю, що це було би класно. Було б дуже класно, тому що бувало, що щось інше заболить, а не знаєш куди і до кого піти, до кого звернутися... Мені зараз дуже сподобалося бути на обліку, що я маю сімейного лікаря. (ж. 40 р.) [35]”*. Зважаючи на це, можна вважати, що гіпотеза №4 “Представники всіх поколінь (молодь, середнє та старше покоління) схвалюють в однаковій мірі контрактну модель взаємодії з лікарем, проте не визначають її як пріоритетну”, підтвердилась частково. Оскільки тільки респондентки середнього покоління визначили такий вид моделі оптимальним. Також для респонденток середнього покоління контрактна модель взаємодії є пріоритетною. Адже, на їхню думку, такий вид взаємодії сприятиме тому, що лікар буде більше знати про свого пацієнта, з огляду на тривалу комунікацію виключно з одним і тим самим пацієнтом.

Гіпотеза №3 “колегіальна модель взаємодії лікаря-пацієнта є найбільш оптимальною для респондентів молодшого та середнього поколінь” підтвердилась у ході аналізу інтерв'ю із респондентками середнього віку. Оскільки впродовж всього інтерв'ю респондентки вдавалися до критики

“старої” моделі, яка існувала в той період часу, коли вони ставали на облік по веденню вагітності. Таким чином їхню критика, вважаю, варто сприймати як прагнення нової моделі взаємодії, де лікар сприймається як колега та друг, а пацієнт відчуває свою рівність під час комунікації. Таким чином, простежується зміна фокусу від сакральної моделі, яка була оптимальною для респонденток старшого покоління, до колегіальної моделі.

Для 3 респонденток, які належать до молоді (21, 25 та 32 роки) важливими були в однаковій мірі і професійна складова і особистісні характеристики лікаря. Оцінюючи лікаря як професіонала, респондентки відзначили такі складові:

- Детальне пояснення кроків призначеного лікування. Тобто, на їхню думку професіоналізм пояснюється тим, що лікар активно взаємодіє з пацієнтом і кожне своє рішення вміє пояснити в подробицях;
- Пояснення складного доступними словами для пацієнтів: *“... простий в спілкуванні, без всяких викрутасів в словах. Я ж приходжу до нього, я чесно не знаю якохось там назв лікарств чи діагнозів. Лікар шось там понарозказує, які хвороби, а ти потім сиди і читай, шо то означає. Він має то пояснити, порадити (ж.32 р.)”* [29];
- Регулярне оновлення існуючої бази знань та опанування технік. Для 3 респонденток важливим є те, щоб із вдосконаленням медицини лікарі покращували свої знання щодо методик лікування. Зокрема, важливим є проходження додаткових курсів та демонстрація пацієнтам факту проходження їх: *“От заходиш в кабінет до одного, а там гола стіна, а в другого - і сертифікати якісь є і ще шось таке. Та я і знаю зразу, шо він розвивається (ж. 21 р.)* [36]”. Акцентувалася також увага на тому, що лікар-професіонал - це людина, яка приймає рішення на основі проходження додаткових обстежень: *“От в мене на початку прискорене серцебиття у дитини було, коли такою трубкою слухали.*

*Але поки я не поїхала на УЗІ, то лікарша не страхала мене. Вона чекала, щоб точно було підтвердження. От так і має бути, а не гратися у гадалку (ж.32 р.) [29]*”. Наявність сучасного обладнання в лікарнях є вкрай важливою складовою для респонденток. Оскільки районна лікарня не має всіх необхідних обладнань, то респондентки все одно шукають можливості пройти додаткові обстеження. Зокрема, вони обирають міські лікарні для проходження діагностик, а також готові заплатити більше за послугу використання найновішого обладнання, аби тільки отримати більш розгорнуту форму заключення про обстеження.

- Вміння швидко приймати рішення в непередбачувані моменти. Професіоналізм пояснюється і тим, що лікарі повинні швидко реагувати на ті ситуації, які були непередбачувані: *“Пройшло менше, ніж півгодини після мого дзвінка. Вона до мене подзвонила і сказала, що приїжджай, я тобі переробляю направлення (ж. 25 р.)” [37]*.
- Позитивні відгуки від інших пацієнтів. Респондентки зазначили, що наявність хороших відгуків - ознака того, що лікар є справді професіоналом. Проте через брак вибору профільних лікарів в сільській місцевості, респондентки не завжди мали змогу обрати лікаря за відгуками. Одна із респонденток, через неможливість обрати іншого лікаря, обрала лікаря, про якого негативно відгукувалися інші мешканці села. Таким чином, ці відгуки сформували першопочатково сумнівні очікування щодо професіональної складової і респондентка не завжди враховувала поради лікаря: *“Мені виписали антибіотики. А я думаю собі: “Е, що там Інна поміає, якщо про неї так погано говорять?” І я вирішила антибіотики не пити (ж. 25 р.)” [37]*.

Що стосується моральних цінностей, які б респондентки хотіли бачити у лікарях, то, перш за все, важливим є те, щоб лікарі ставилися з повагою до

пацієнтів, проявляли турботу, надавали медичні послуги у позаробочий час та сприймали пацієнта як повноправного актора взаємодії. В свою чергу, цікавим є те, що для респонденток здатність лікаря співпереживати взагалі не є визначальною під час комунікації, на відміну від очікувань попередніх респонденток. Передусім, респондентки пояснили, що лікар не зобов'язаний співпереживати кожному пацієнту, оскільки його прямий обов'язок стосується того, щоб вилікувати пацієнта, а не жаліти. Також важливим для респонденток було те, щоб з самого початку до вагітних була “особлива увага”. Під “особливою увагою” мається на увазі те, щоб лікарі одразу реагували на будь-які скарги вагітних, щоб вміли приймати рішення у критичні моменти, щоб уважніше проводили огляд, були уважними до деталей: *“По рекомендаціях я сподівалася, що там буде всьо в найкращих умовах, добре ставлення, то вийшло трохи не так. Бо в селі поки дойде шось, то люди десять раз перекрутять і вийде вже шось нове (ж.32 р.)”* [29].

Найкращими моделями взаємодії лікарів з пацієнтами, на думку респонденток молодого покоління, є колегіальна та технічна. Колегіальна модель є найбільш прийнятною для них, тому що вони хочуть бути залученими у процес лікування. Респондентки прагнуть бути почутими та, щоб їхня позиція та думка бралася до уваги щодо ухвалення фінального рішення лікарями. Зокрема, було зазначено, що важливим є досягнення консенсусу: *“То от для мене ідеально, коли двоє шукають компроміс. Тобто, шоб лікар рахувався з моєю думкою. Це для мене є дуже важливим, шоб були дружні відносини (ж.25 р.)”* [37]. Тут важливо також зазначити те, що сприйняття лікаря як друга не означає те, що головним у цій взаємодії має бути саме пацієнт. Одна із респонденток зазначила, що мала досвід комунікації з лікарем, де лікар проявляв себе, як підлеглий пацієнта: *“Ну тай я там всьо йому розказую, а він мені каже: “Шо тобі виписати?”. Прикидаєш? Він в дитини питає, шо виписати. То аж наскільки не треба,*

*щоб лікар був. Канєшно хай враховує думку, але не прямо аж наскільки (ж.21 р.)*” [36]. Тобто, очікується, що респондентки зможуть активно взаємодіяти з лікарем, проте не бути головними у цій взаємодії. Тут, радше, йдеться про те, що лікарям варто чути своїх пацієнтів та враховувати їхні побажання, проте не передавати свої лікарські функції пацієнтам.

Важливо зазначити, що технічна модель є важливою не тільки для респонденток молодого покоління, але й для респонденток середнього покоління, які народжували після 2000 року. Оскільки додаткові обстеження розглядаються респондентками як невід’ємна складова для визначення точного діагнозу. Під час ведення вагітності додаткові обстеження є вкрай необхідними, бо респондентки розглядали це як додаткову можливість, щоб знати про всі деталі розвитку дитини. Таким чином, і колегіальна модель, і технічна є однаково важливими для респонденток молодого покоління. Адже і легкість у спілкуванні з лікарями, і наявність сучасного обладнання в приміщеннях та проходження додаткових курсів підвищення кваліфікації є в пріоритеті для респонденток.

Отже, гіпотеза №3 “колегіальна модель взаємодії лікаря-пацієнта є найбільш оптимальною для респондентів молодшого та середнього поколінь” підтвердилась частково, оскільки респондентки всіх трьох поколінь вважають її найкращою у взаємодії з лікарем. Проте гіпотеза №4 “представники всіх поколінь (молодь, середнє та старше покоління) схвалюють в однаковій мірі контрактну модель взаємодії з лікарем, але не визначають її як пріоритетну” підтвердилась частково. Для респонденток старшого та молодшого поколінь контрактна модель не гарантує того, що якість надання послуг та ставлення лікаря будуть на високому рівні: *“Договорів я не підписувала. Знаєш, шо я скажу. Ті договори нічого не гарантують. Бо якщо лікар не людина, то ніякий договір не спасе тебе (ж.32 р.)*” [29]. А от для респонденток середнього покоління контрактна модель більше схвалюється, оскільки вони порівнюють її із практикою



сімейної медицини. На їхню думку, контрактна модель сприятиме тому, що ведення пацієнта буде здійснюватися на постійній основі одним лікарем. Це позитивно впливатиме на загальне знання лікаря про особливості організму конкретного пацієнта.

Гіпотеза №1 “модель технічного типу взаємодії лікар-пацієнт схвалюється, проте не є пріоритетною, більшою мірою, респондентами, рік народження яких коливається в межах 1989-2000 років” можна вважати, що не підтвердилася. Оскільки тут важливим було не те, коли народилися респондентки, а те - коли вони народжували власних дітей. Таким чином, для респонденток молодого покоління і середнього, які народжували після 2000 року, важливим є використання сучасного обладнання: *“ В самий родзал заносили таку спеціальну... Якби на вигляд таку, як мікроволновочка якась чи шо, як духовочка маленька. От шось таке. І підключали якось до живота і я лежала і слухали дитину (ж. 40 р.)”* [35].

### **Висновки з Розділу III**

Під час аналізу було з'ясовано, що відбулася зміна нормативних очікувань щодо прийнятних моделей взаємодії лікаря з пацієнтом. Для респонденток старшого покоління сакральна модель є найбільш оптимальною, в той час як для представників середнього покоління фокус зміщується в сторону колегіальної та контрактної моделей. Респондентки молодшого покоління визначають колегіальну та технічну моделі як ті, які повинні переважати у взаємодії лікарів з пацієнтами. Порівняння трьох поколінь дала можливість висунути гіпотезу, щодо того, що відбулася зміна нормативних очікувань в сторону колегіальної моделі. Також для респонденток, які народжували після 2000 року все більш актуальною ставала технічна модель. Оскільки, в цей період, сільська поліклініка активно почала використовувати медичні обладнання, які дали змогу вагітним краще знати про те, як розвивається дитина. До 2000 року сільські поліклініки не

були забезпечені медичною технікою, тому і не виникало очікувань у вагітних щодо того, щоб скористатися такою послугою. Таким чином, можна стверджувати, що з часом сакральна модель втратила свою актуальність, а колегіальна та технічна моделі стали більш затребуваними.

Що стосується професійних характеристик та особистісних характеристик лікаря, то очікування респонденток з старшого, середнього та молодшого поколінь теж відрізняються. Для респонденток старшого покоління важливим є ставлення лікаря до пацієнта під час комунікації. Зокрема, очікується, щоб лікар вмів вислухати, співпереживати, надавати медичні послуги у позаробочий час, не прагнути отримати прибутку, а перш за все, допомогти пацієнтам. Зокрема, за словами респонденток, лікарі в період існування СРСР були саме такими. Професійні характеристики для респонденток цього покоління не є важливими, оскільки було вказано, що отримання диплому лікаря в період СРСР не викликало жодного сумніву щодо цієї складової характеристик. Тому оновлення лікарями знань для респонденток не було важливим. Адже вони зазначали, що освіта в період існування СРСР не викликала жодних сумнів. Тобто, достатнім було мати диплом, щоб вважатися професіоналом.

Для респонденток середнього покоління важливим вже є і професійні характеристики, і особистісні. Можна висунути гіпотезу щодо того, що відбулася зміна нормативних очікувань в сторону професійних характеристик. Респондентки, які народжували після 2000 року зазначили, що важливим є і те, щоб лікар володів знаннями щодо призначення додаткових обстежень і загалом, щоб лікар періодично оновлював свої знання в медицині. Зокрема, важливим є те, щоб лікарі відійшли від тих стандартів ведення вагітностей, які були закріплені в період існування СРСР: лікування вагітних одними ж і тими самими препаратами, рекомендації щодо догляду за дитиною, які не базувалися на медичних знаннях тощо.

Для респонденток молодшого покоління важливим, в однаковій мірі, є професійні та особистісні характеристики лікарів. Очікується, щоб лікар володів сучасними знаннями і вмів підібрати індивідуальний метод лікування, ставився з повагою до пацієнтів і був для них, свого роду, товаришем. Таким чином, можна побачити, що поступово відбувається зміна очікувань щодо характеристик лікарів: від особистісних до особистісних і професійних в комплексі.

## Висновки

У роботі “Зміна нормативних очікувань щодо роботи лікарів в Україні” ми звернулися до теорії соціологічної амбівалентності Р. Мертона та до 4 типів моделей поведінки лікарів Р. Вітча. Соціологічна амбівалентність у роботі лікарів полягає в тому, що норми та стандарти, які вони засвоюють, формують їхню поведінку щодо пацієнтів. Зазвичай, ці норми є неформальними вимогами зі сторони пацієнтів. Неформальні норми можуть бути досить суперечливими, що не дає змогу лікарям задовольнити одночасно подвійні вимоги чи стандарти [4]. Таким чином, оцінка пацієнтів залежатиме, в першу чергу, від того, чи виправдав лікар очікування, а не від якості обслуговування.

Що стосується моделей поведінки лікарів, то Р. Вітч виділив 4 таких взаємодії: сакральну, технічну, колегіальну та контрактну. Для технічної моделі характерним є надання великого значення діагностиці. Тобто для лікаря, перш за все, важливим є використання медичної техніки для встановлення діагнозу. Сакральна модель визначає лікаря як авторитетну особу, надаючи йому право повністю приймати рішення за пацієнта. Процес комунікації з пацієнтом при такому типі взаємодії є мінімальний. Колегіальна модель визначає лікаря в образі “товариша”. Лікар і пацієнт є своєрідними колегами, які працюють над однією метою та співпрацюють, проте все ж лікар має більше повноважень. Контрактна модель характеризується наявністю чітко прописаних прав та обов'язків кожної із сторін. Це може бути як юридично-укладений договір так і більш неформальний, коли дві сторони домовляються про певну “співпрацю”. Така модель забезпечує дотримання лікарем та пацієнтом своїх обов'язків. У разі, якщо довіра та очікування пацієнта до лікаря не виправдалися, перший може змінити свого лікаря [7].

На основі 4 моделей взаємодії лікар-пацієнт було сформовано 5 гіпотез досліджень. Передусім, припускалося, що для респонденток старшого покоління оптимальними є сакральна та контрактна моделі; для представниць середнього покоління - колегіальна та контрактна; а для респонденток молодшого покоління - технічна, колегіальна та контрактна. Враховуючи це, припускалося, що відбулася зміна нормативних очікувань пацієнтів в сторону контрактної та колегіальної моделей, а сакральна втратила свою актуальність.

Щодо методу збору інформації, то для дослідження теми використовувався якісний метод. В процесі проведення дослідження було опитано методом глибинних інтерв'ю 10 респонденток віком від 18 років, які проживають у сільських поселеннях, мають історію ведення вагітності та народження, а також належать до різних поколінь. Важливим було залучити саме респонденток, які проживають в селах, оскільки доступ до медичних закладів у сільських поселеннях є дещо обмеженим. Зокрема, не завжди мешканці можуть обрати лікаря, з яким було б комфортно співпрацювати через брак персоналу. Також не всі поліклініки оснащені сучасним обладнанням, що може спричинити певні труднощі в отриманні повноцінного обстеження.

За допомогою напівструктурованого глибинного інтерв'ю було проаналізовано досвід респонденток у процесі ведення вагітності. На основі цього були сформовані їхні очікування щодо роботи лікарів. Оскільки досвід ведення вагітності та народження у респонденток з трьох поколінь відбувався в різний період часу, то відповідно і очікування щодо роботи лікарів відрізнялися.

Аналізуючи 10 інтерв'ю з респондентками було з'ясовано, що відбулася зміна нормативних очікувань: з сакральної моделі до колегіальної та технічної. Для респонденток старшого покоління важливими є сакральна

модель та колегіальна. Оптимальними моделями для представниць середнього покоління є контрактна та колегіальна, а для молоді - технічна та колегіальна. Цікавим є те, що респондентки, які народжували після 2000 року зазначили, що важливим для них є і технічна модель, яка дозволяє краще дослідити процес протікання вагітності та розвитку дитини.

Також було з'ясовано, що відбулася зміна нормативних очікувань щодо професійних та особистісних характеристик лікарів. Для респонденток старшого покоління важливими є ставлення лікаря до пацієнта, проте професійні характеристики не відіграють значної ролі для них. Респондентки середнього покоління відзначили, що для них важливим є і професійна складова, і особистісна, але пріоритетною все ж залишається особистісна. В свою чергу, для респонденток молодшого покоління важливими в однаковій мірі є і професійні, і особистісні характеристики. Таким чином, відбулася зміна нормативних очікувань від особистісних характеристик до професійних і особистісних в комплексі.

Список використаної літератури:

1. Girgis L. Why Doctors Are Losing the Public's Trust. Physician's weekly, грудень 2017 р. Електронний ресурс: <https://www.physiciansweekly.com/doctors-losing-publics-trust/>
2. Glannon W. Are doctors altruistic? [Електронний ресурс] / W. Glannon, L. Ross // Journal of Medical Ethics. – 2002. – Режим доступу до ресурсу: <https://jme.bmj.com/content/28/2/68>.
3. Gopichandran V. Selfless giving in medicine: a study of altruistic attitudes among medical students [Електронний ресурс] / Vijayarasad Gopichandran // Indian Journal of Medical Ethics. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.researchgate.net/journal/Indian-Journal-of-Medical-Ethics-0975-5691>.
4. Merton R. Sociological Ambivalence and Other Essays. // The ambivalence of physicians / – New York: The free press. A Division of Macmillan Publishing Co., Inc., 1976. – С. 65–73.
5. Parsons T. The professions and social structure// Parsons T. Essays in sociological theory. - Glencoe (IL): Free press 1954. - P 34-49.
6. Strauss W. Generations: The history of America's future, 1584 to 2069. / W. Strauss, N. Howe // Generations: The history of America's future, 1584 to 2069. / W. Strauss, N. Howe. – New York: William Morrow and company INC., 1991. – С. 43–80.
7. Veatch R. Models for Ethical Medicine In a Revolutionary Age [Електронний ресурс] / Robert Veatch // Hastings Center Report. – 1972. – Режим доступу до ресурсу: [https://www.academia.edu/307842/Models\\_for\\_Ethical\\_Medicine\\_In\\_a\\_Revolutionary\\_Age](https://www.academia.edu/307842/Models_for_Ethical_Medicine_In_a_Revolutionary_Age).
8. Wear D. Can Compassion be Taught? Let's Ask Our Students [Електронний ресурс] / D. Wear, J. Zarconi // NCBI. – 2008. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517940/>.
9. Мангайм К. Ідеологія та утопія / Карл Мангайм // Ідеологія та утопія / Карл Мангайм., 2008. – (К: Дух і літера). – С. 19–30.

10. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура / Р. Мертон. – Москва: АСТ, 2006. – С. 537-555
11. Микиртичан Г. Л. Роль Н.А. Семашко в строительстве советской системы охраны материнства и детства [Электронный ресурс] / Г. Л. Микиртичан // История медицины. – 2014. – Режим доступа до ресурсу: [https://historymedjournal.com/volume/number\\_3/3-2014\\_\\_Mikirtochan\\_Rol%20Semaschko.pdf](https://historymedjournal.com/volume/number_3/3-2014__Mikirtochan_Rol%20Semaschko.pdf).
12. Ожиганова О. М. Теории поколений Н. Хоува и В. Штрауса. Возможности практического применения, 2015 р.
13. Осипова Н. Г. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации / Н. Г. Осипова, Т. В. Семина. // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2017.
14. Осипова Н., Семина Т.. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации, 2017 р.
15. Осипова Н., Семина Т. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации.
16. Соколова А. Анализ международной практики модернизации национальных систем здравоохранения [Электронный ресурс] / А. Соколова // Науковий вісник ЮИМ. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-mezhdunarodnoy-praktiki-modernizatsii-natsionalnyh-sistem-zdravoohraneniya>.
17. Соціологія: словник термінів і понять / [Є. А. Біленький, М. А. Козловець, І. В. Саух та ін.]. – Київ: Кондор, 2006. – 370 с.
18. Страусс Д. К. Основы качественного исследования / Джульет Корбин Страусс. – Москва: УРСР, 2001. – 261 с.
19. Що змінилося за рік після прийняття закону про медичну реформу [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров`я України. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/scho-zminilosja-za-rik-pislja-prijnjattja-zakonu-pro-medichnu-reformu-->.



20. Як змінилось ставлення українців до системи охорони здоров'я за три роки: аналіз соціологічних опитувань 2016-2019 рр. [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-zminilos-stavlennja-ukrainciv-do-sistemi-ohoroni-zdorovja-za-tri-roki-analiz-sociologichnih-opituvan-2016-2019-rr>.

#### Список використаних джерел

21. Дослідження «(Без)коштовна медицина» [Електронний ресурс] // БФ «Пацієнти України. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <https://moz.gov.ua/article/statistic/rezultati-doslidzhennja-bezkoshtovna-medicina>.

22. Дослідження «Оцінка медичної сфери в Україні» [Електронний ресурс] // Соціологічна група "Рейтинг". – серпень, 2017. – Режим доступу до ресурсу: <http://ratinggroup.ua/>.

23. Дослідження «Стан медичної сфери в Україні» [Електронний ресурс] // Соціологічна група "Рейтинг". – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <http://ratinggroup.ua/>.

24. Дослідження «Стан медичної сфери в Україні» [Електронний ресурс] // Соціологічна група "Рейтинг". – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <http://ratinggroup.ua/>.

25. Закон України Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] // Верховна Рада України. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>.

26. Міністерство охорони здоров'я: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»/ Верховна Рада України. – Офіц. Вид. - грудень 2018 р.

27. МОЗ України: що було, є і буде. [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України – Режим доступу до ресурсу: [https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition\\_book\\_healthcare.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf).

28. Наказ Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – 1997. – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0340282-97#Text>.
29. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Анастасією, 32 роки, 12 квітня 2021 р., Skype.
30. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Вірою, 72 роки, 28 березня 2021 р., с.Бабин, Чернівецької області.
31. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Галиною, 67 років, 14 квітня 2021 р., Zoom.
32. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Іриною, 50 років, 7 квітня 2021 р., Zoom.
33. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Любов'ю, 70 років, 27 березня 2021 р., смт Кельменці, Чернівецької області.
34. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Людмилою, 40 років, 12 квітня 2021 р., Zoom.
35. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Марією, 40 років, 3 квітня 2021 р., с. Бабин, Чернівецької області.
36. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Мартою, 21 рік, 8 квітня 2021 р., Skype.
37. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Оксаною, 25 років, 6 квітня 2021 р., Skype.
38. Транскрипт інтерв'ю, проведеного з Цвітаною, 42 роки, 14 квітня 2021 р., Zoom.

## Додатки

### Додаток 1 - Гайд

#### 1. Вступні питання/розігрів

1.1 Розкажіть коротко про себе (вік, сфера діяльності, освіта).

1.2 Як часто ви відвідуєте медичні заклади?

1.3 Скільки у вас дітей та в якому році ви їх родили?

#### 2. Досвід

2.1 Як проходив процес ведення вагітності? Чи виникали у вас якісь труднощі? Що було легко а що складно? (тут про те, як ставали на облік+як вибирали лікаря)

2.2 Як відбувався процес, коли ви вже народили і перебували з дитиною в лікарні? Як ставилися лікарі до вас і дитини? Чи подобалося вам таке ставлення? Чому? Якщо ні, то як би ви хотіли, щоб до вас ставилися?

2.3 Порівняйте кілька ваших вагітностей? Які покращення відбулися у спілкуванні з лікарем та у обслуговуванні загалом? Які погіршення відбулися? Як загалом ви оцінюєте свій перший і другий досвід?

2.4 Чи було щось таке чим ви захоплювалися під час ведення вагітності та у після родовий період? Можливо, ставлення лікарів чи якісь нововведення?

2.5 На що ви очікували, коли були у лікаря? Що було насправді? Чи виправдалися ваші очікування? Чому

2.6 Чи важливо для вас, щоб лікар опирався на результати аналізів при встановленні діагнозу?

2.7 Чи важливо для вас, щоб лікар використовував новітні медичні технології для призначення лікування.

#### 3. Образ «ідеального лікаря»

2.1 Яким, на вашу думку, повинен бути ідеальний лікар?

2.2 Як ви оцінюєте професіоналізм лікарів?

2.3 Які критерії того, як ви оцінюєте професіоналізм лікарів?

2.4 Яким має бути лікар, щоб йому довіряли? (заповнюється

респондентом)

Хороший лікар	Поганий лікар
Той, що	Той, що

2.5 На цій карточці перераховані деякі характеристики лікарів. Відзначте ті, які є важливими для вас і прокоментуйте, будь ласка, свій вибір.

1. Досвід у лікуванні (великий стаж роботи);
2. Періодичне проходження додаткових курсів для отримання додаткових знань;
3. Вміти бути і психологом, і профільним спеціалістом для пацієнтів водночас;
4. Вміння вислуховувати пацієнта навіть, якщо його/її розповіді не стосуються процесу лікування (пояснення симптомів);
5. Надавати медичні послуги, консультації у позаробочий час;
6. Співпереживати пацієнту.
7. Пояснювати кожний крок у призначенні лікування.
8. Вміння призначити лікування, враховуючи доходи пацієнтів.
9. Не бути пенсійного віку.

3.6 Чи хочете Ви ще щось додати до нашої розмови?

*Додаток 2 - Абстракти інтерв'ю*

Інтерв'ю 1.

- Ім'я: Марта
- Вік: 21 рік
- Освіта: вища незакінчена (студентка)
- Основний рід занять: помічник кухаря
- Місце проживання: смт Кельменці, Чернівецька область.

## Інтерв'ю 2.

- Ім'я: Оксана
- Вік: 25 років
- Освіта: середня спеціальна
- Основний рід занять: перебуває в декретній відпустці
- Місце проживання: смт Кельменці, Чернівецька область.

## Інтерв'ю 3.

- Ім'я: Анастасія
- Вік: 32 роки
- Освіта: вища
- Основний рід занять: манікюрниця
- Місце проживання: с. Нагоряни, Чернівецька область.

## Інтерв'ю 4.

- Ім'я: Марія
- Вік: 40 років
- Освіта: повна загальна середня освіта
- Основний рід занять: техпрацівниця
- Місце проживання: с. Бабин, Чернівецька область.

## Інтерв'ю 5.

- Ім'я: Людмила
- Вік: 40 років
- Освіта: середня спеціальна
- Основний рід занять: безробітна
- Місце проживання: с. Грушівці, Чернівецька область.

## Інтерв'ю 6.

- Ім'я: Цвітана
- Вік: 42 роки
- Освіта: повна загальна середня освіта
- Основний рід занять: приватний підприємець
- Місце проживання: с. Бабин, Чернівецька область.

#### Інтерв'ю 7.

- Ім'я: Ірина
- Вік: 50 років
- Освіта: незакінчена вища
- Основний рід занять: продавець
- Місце проживання: смт Кельменці, Чернівецька область.

#### Інтерв'ю 8.

- Ім'я: Галина
- Вік: 67 років
- Освіта: середня спеціальна
- Основний рід занять: пенсіонерка
- Місце проживання: с. Грушівці, Чернівецька область.

#### Інтерв'ю 9.

- Ім'я: Любов
- Вік: 70 років
- Освіта: середня спеціальна
- Основний рід занять: пенсіонерка
- Місце проживання: смт Кельменці, Чернівецька область.

#### Інтерв'ю 10.

- Ім'я: Віра
- Вік: 72 роки

- Освіта: вища
- Основний рід занять: пенсіонерка
- Місце проживання: с. Бабин, Чернівецька область.

Додаток 3 – Технічне кодування

Професійні характеристики у роботі лікарів	Цитати
<p>1. Оновлення знань+наявність хороших знань</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Лікарі лікували всіх одними й тими самими препаратами. Чи треба, чи не треба колоти той фолікулін - вони кололи всім (ж.50 р.)».</li> <li>- «бо для того, щоб якість усавершенствованіе було. А не, як вони прийшли, наприклад, в 70 році на роботу, то так вони і до 2010 йдуть по-старінке (ж. 50 р.)».</li> <li>- «Щоб він мені міг сказати, що це тобі від того і від того, але ми зараз уточнимо. От так в моєму розумінні. Це дуже важно, щоб лікар знав, а не видумував (ж. 50 р.)».</li> <li>- «От він є професіонал, бо він не стоїть на місці: він читає додаткову літературу, проходить додаткові курси. Тойсть він розвивається разом з медициною. Він не стоїть на місці, він вдосконалює свої знання. Він є професійний, бо в нього є сучасне мислення на рахунок цього. От якщо б я до нього прийшла і сказала, що в дитини прищик там якийсь вискочив. І він може конкретно сказати, що це. Лікар зразу розуміє що і до чого, а не сидить і гадає (25 р.)».</li> <li>- «Поганий - це той, хто деградує в своїй професії, який сидить на місці, який не знає про новинки</li> </ul>

	<p>медицини, який застряг на одному місці (25 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Вона настільки мудра жінка, з досвідом, що вона могла визначити якусь проблему зразу (21 р.)».</li> <li>- «Ну і ясно що має знатися на тому. Шоб не, я прийшла з соплями, а він мені зразу випсує все, як на гайморит (21 р.)».</li> <li>- «Ну да, бо це показник того, що вони розвиваються. Що вони шось нове вчать, а не, як в давнину все парацетамолом лікували. От заходиш в кабінет до одного, а там гола стіна, а в другого - і сертифікати якісь є і ще шось таке (21 р.)».</li> <li>- «Тоді було добре, всі були розумні, а не кожний мав диплом лікаря (72 р.)».</li> <li>- «Шо шо, а тоді такі були всі, ну більшість точно, розумні. Тож лікарі всі з дипломами були (70 р.)».</li> <li>- «Лікарі тоді хороші були, як люди себе вели, але от тих знань сучасних їм бракувало, тої техніки навороченої (70 р.)».</li> <li>- «От зараз би взяти цих сучасних лікарів з їх знаннями і тих з їхнім серцем - ідеально б було (70 р.)».</li> <li>- «Якщо постійно проходить якісь курси, там вчиться, не лікує так, як коли я ще була молода, то ж час інший, самі бачите (70 р.)».</li> <li>- «То треба часу, то треба підвищення кваліфікації, треба знати останні новини, там техніки. І тоді лікар вже є професіоналом (32 р.)».</li> <li>- «То треба часу, то треба</li> </ul>
--	---



підвищення кваліфікації, треба знати останні новини, там техніки. І тоді лікар вже є професіоналом (32 р.)».

- «лікар має не лиш вчитися на пацієнтах і на якихось нових випадках, що стаються. Він має ще проходити курси, щоб знати як діяти, коли стикається з новою проблемою (32 р.)».
- «Ну тут да. Бо медицина йде вперед тай мусять і лікарі рухатися. А не стояти на одному місці (40 р.)».
- «Тиждень капають мене, а ноги не стухають. Даже ніхто не подумав, щоб точний діагноз поставити. І це 2006 рік. Це не 90 якісь (42 р.)».
- «ну да, це по любому, бо медицина йде вперед лікар має йти в ногу з цим (42 р.)».
- «Да, дуже їх слухала. То я вважаю, що важливіше, щоб лікар був розумним. Слухати мудрих, розумних» (40 р. М).
- «От такі лікарі мені подобаються. Шо вона, як кажуть глянула, і вже знає мій діагноз. Хоча би приблизно. Хоча би приблизно. Але щоб вони дійсно це знали і це буде...» (40 р. М)
- «Чи вони трошечки перекваліфіковуються, або це дійсно якісь мудрі такі, мудрість до них вже приходе з роками, бо вже дорослі такі були...років 50-60. Такі мене оглядали лікарі, шо досвід мають. То мені дуже сподобалося. Шо вони, можна сказати, зразу всьо вгадали. І потому я ще таки ходила робила знімок, шо на легені. То дійсно

	<p>легені були чисті. Шо дійсно, так як вони мене оглянули, я вам кажу, як екстрасенси» (40 р. М).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «І: Мг, а щоб він періодично проходив якісь курси підвищення кваліфікації, щоб якось покращував знання?</li> </ul> <p>Р: Так-так. Це також потрібно. Да-да. Я думаю, це просто буде краще і для лікаря, і для пацієнтів». (40 р. М)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Врачі кращі були, а не було всього такого...це забезпечення. А зараз кажуть, що це забезпечення зняли і всілякі там лікарі - не знаю». (67 р.)</li> <li>- «по-перше, скажу, що лікарі вчилися розумом, а тепер вчать грішми. Шо це неправда? Ну це неправда? За то заплати. Заплатиш - тобі той залік зачислю, заплатиш - то.. Вообщем зараз понавчалися всі». (67 р.)</li> <li>- «А тоді по своїм розумі вчилися, того люди і знали всьо. А тепер: там підплатив, там заплатив, а там залік зачислили, а там перздав. А треба, щоб було, я кажу, щоб лікар і добре відносився до людини добре і щоб знав. А шо з того, шо він сюсюсюсю, як він поклав шось там не то тобі і всьо». (67 р.)</li> </ul>
<p>2. Використання технічного обладнання</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Там толком ніхто і не знав, як то всьо визначати. Там тоді і спеціалістів не було таі таких конкретних. Прийшов на то УЗІ: подивилися, шо подивилися , скзали розмір, але то було тоді не інтєресно. Ну як: сказали там: “Ай, плід має скільки то сантиметрів” – і на тім всьо (ж.50 р.)».</li> </ul>

- «На УЗІ відправляли вже декілька раз. Якщо плід в когось був обернутий невірною, то могли таки перед самими родами знов назначати УЗІ. Уже в 59одом тебе, наприклад, положили наперед, якщо бачили, що якась патологія є. Тоже май спеціалісти ходили оглядали (ж. 50 р.)». з 2000
- «Я тоді за своєю ініціативою вирішила поїхати сама на УЗІ (ж. 25 р.)».
- «Не, для мене це було максимально важливо. Більше того, коли вона мені дала вже направлення, бо в мене був кесарський розтин, коли вона мені дала направлення, то вона сказала, що я одна з тих вагітних, яка вчасно проходить всі аналізи і УЗІ (25 р.)».
- «Це просто відповідальність за майбутню дитину і так далі. Для мене було важливо знати, що з моєю дитиною всьо добре (25 р.)».
- «Не, для мене це є дуже важливе. Краще лишній раз пройти ті аналізи і обстеження, чим бабка на двоє гадала (25 р.)».
- «Бо будь-які аналізи чи ті самі обстеження це ще така можливість точно знати, як протікає вагітність. Я даже представити не можу, щоб я того не проходила, то ж, як на бочці з порохом сидиш. А так лікар собі подивиться і ага, скаже тобі на 100 процентів що і до чого. Аналізи і ті обстеження для вагітних - це як вода, без них нікуди, то якась була б

	<p>неізвесность (21 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Але от один мінус цього всього, шо в нас в поліклініці нема нормального УЗІ. Воно там тіпа є, але його більше використовують не для вагітних. То я мусила в Чернівці кожен раз їхати, щоб мені і фотографію дали потім на руки і висновок (ж. 21 р.)».</li> <li>- «Ти ще не була вагітна, а от я тобі скажу, шо УЗІ при вагітності це то без чого ну ніяк не можна обійтися (ж. 21 р.)».</li> <li>- «Не хватало тоді такої техніки, ну але то часи такі були (70 р.)».</li> <li>- «Врачі тоді хороші були, як люди себе вели, але от тих знань сучасних їм бракувало, тої техніки навороченої (ж. 70 р.)».</li> <li>- «То треба часу, то треба підвищення кваліфікації, треба знати останні новини, там техніки. І тоді лікар вже є професіоналом (32 р.)».</li> <li>- «І от в мене на початку прискорене серцебиття у дитини було, коли такою трубкою слухали. Але поки я не поїхала на УЗІ, то лікарша не страхала мене. Вона чекала, щоб точно було підтвердження. От так і має бути, а не гратися у гадалку» (32 р.)</li> <li>- «Раз на місяць я їхала в Кельменці вона мене слухала, міряла, відправляла на аналізи, УЗІ. А от вже за Роми, то мені назначали більш обширні аналізи. А тоді, то такі загальні здавала: кров, сеча (42 р.)».</li> <li>- «Тоді було чорнобіле воно. Там ще не розбиралися в ньому. Але</li> </ul>
--	--

все одно то так цікаво було вже. Це такий був хороший прорив. Я так чекала, коли вже піду на то УЗІ, щоб знати, як той плід розвиветься і так далі. То да, важливо, щоб ще якісь обстження додатково лікарі назначали (42 р.)».

- « В 2000 році, тоді УЗІ одне єдине робили. Нічого не було видно, хто там: хлопчик чи дівчинка. І ніяких не направляли більше аналізів. І... Так, ще шо. І не робили оце, як сердечко б'ється у дитини. Не знаю, як це. Кардіомоніторинг чи шо. То тоді ще такого не знали. Тоді ще того не було» (40 р.).
- «Дійсно далі ще май краще. Ті покращення. Вони там так всьо роздивлялися, всьо мені пояснювали. Коли там у дитини ще в 12 тижнів, то вже 3 дитина, що там уже сердечко є, що вони вже там наскільки мені всього розповідали. За першої дитини точно нічого подібного не було. Вони ще тоді, напевно, не дуже то всьо знали або не дуже показували ті всі монітори їм, шо почали показувати вже далі: за 3 дитини, за 4. Це вже дійсно видно, що медицина наша дуже-дуже. Що там дитинка, як повертається яким боком. Бо ж, кажуть, шо перед самими пологами дитина сідничками. То тоді в 2000, коли я народжувала, то ніхто ще там того не розумів. А тепер вже: 2011 і 2017, оці роки - оце вже карще, набагато краще. Вони вже всьо бачили: скільки там разів обвита пуповиною,

	<p>вже всьо вони там знали. Шо от має народжуватися і обвита пуповиною, шо треба швиденько розвити. Якось так. І ото серцебиття перед самим пологами. Тоді точно ніхто не провіряв у 2000. Тоді такою трубочкою, підкладала лікарка своє вухо і до мого живота. А вже далі наступні троє родів, то це вже підключали до цього апарату і виміряли дитини серцебиття, шо там всьо показувало» (40 р. М).</p> <p>-</p>
<p>3. Закріплення за одним лікарем</p>	<p>- «Ну та може й би хотіла, щоб один лікар був. А це до кого прийшла, до того і прийшла. До кого попала.От сьогодні, наприклад, працює та, то йдеш до тої (ж.50 р).».</p> <p>- «І чуєш, кожний раз йшла до одного, до другого, до третього, до б2полноєб2, до десятого і кожен раз казали. Одна могла сказати: “Ай, шо ти там? У тебе вообщє дітей не буде. Даже більше не рипайся”. Друга могла сказати: “Ай, не переживай. Всьо буде добре”. А третій міг сказати: “Ну ,будемо бачити. Як карта ляже”. І постійно був в страхові (ж.50 р).».</p> <p>- «Але там в Хотині ще як було: шо я от попала на роди до цеї і вона мене так цих п'ять днів і веде, доки мене не випишуть. Шо та сама лікарша (ж. 50 р.)».</p> <p>- «Там один був ніби відповідальний, але по суті, кожен раз відповідальним був той, хто на зміні (ж. 50 р.)».</p> <p>- «Але всьо равно, якби і на ніч</p>

	<p>була та сама лікарка, то мені було б якось спокійніше (32 р.)».</p> <p>-</p>
<p>4. Призначення аналізів</p>	<p>- «Там, по-перше, і догляд був кращим: зразу після родів в тебе беруть повторні аналізи, роблять всі оці дослідження: як ти себе відчуваєш, який в тебе гемоглобін. Наверно, це всьо таки того, що це місто (ж. 50 р.)».</p> <p>- «Це тако помінялося: май більше назначали такі більш поширені аналізи. Я вже не помню, як вони називалися, але май більше і частіше здавалися аналізи (ж.50 р.)». з 2000</p> <p>- « Важливо було, щоб лікар дивився на аналізи, бо не знаєш що тебе чекає (ж. 50 р.)»</p>
<p>5. Відповідальність</p>	<p>- «Бо даже от в Хотині був випадок, бо молоді там були дівчатка, що породили, і дитинка вночі відригнула так, як захлиснулася, що ми спали. Я лиш почула – лиш відкрила двері кажу, що дитині погано. Там зразу купа персоналу прибігло і... ну, почали цей. А тут – не (ж.50 р.)».</p> <p>- «Даже, о, що ще інтересне було от за тих часів, що я першу і другу дитину родила. От, наприклад, привезли жінку з схватками. Вона стогне, плаче, кричить. Це, наприклад, 11 годин вечора. Їй кололи якісь уколи, щоб трошки прекратіть схватки, щоб вони до ранку могли відпочити, а рано наступна бригада вже буде приймати роди (ж.50 р.)».</p> <p>- « А в Хотині уже – там коли б не привезли. Привезли тебе в 3 часа ночі, то в три часа ночі у</p>

	<p>тебе приймають роди (ж. 50 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «А потім кладуть їй системи, бо по-новому викликають роди вже. Та того в Кельменцях дуже велика була смертність. Того в Кельменцях і 64полю закрили. Це всьо ж через це. Через халатність лікарів (ж.50 р.)».</li> <li>- «Вона сама по собі була совісна. Вона приходила, Люся колись Грушівська була, кожного тижня. Вона дитину дивилася: як пупочок поводить себе, слухала, міряла температуру... Всьо-всьо добросовісно робила (ж.50 р.)».</li> <li>- «Время 9 часов ранку нема – вона вже сама дзвонить. “Доброго дня. Як дитинка себе почуває?”. І приємно знаєш, що вона так. І вона кожного Божого дня: рано і ввечері дзвонила і питала, як він себе почуває. Чи є якісь зміни, чи ні (ж. 50 р.)».</li> <li>- «Через їх халатність купа дітей, ті калічками лишилися, бо та на зміну прийшла і там якесь свято, то вони вже п’ють і вже їм всьо до лампочки. Там дитинка мертва народилися, там шось одне, шось друге. Всі казали в Кельменцях, шоб краще його закрили і його закрили в кінці-кінців (ж. 50 р.)».</li> <li>- «Оля, він приходив до ранку і сидів аж до пізнього вечора, бо дітей було багато і він поки кожду дитину не огляне – не йшов. Він був людина з великої букви. Він віддавав душу тим дітям (ж. 50 р.)».</li> <li>- «Він, грубо кажучи, від 9 години до 12 години дня просто</li> </ul>
--	---



простояв в черзі. Шо, як на мене, це трошечки ну не зовсім відповідально. Того що вона знала про наш стан ще в неділю (ж. 25 р.)».

- «Ну от через реєстратуру нехай буде, але чго тоді лікарка по телефону не сказала: “Дивіться, у 8 годині ранку приходите і записуєтеся в реєстратурі до мене”? А так: “Добре, чекайте”. Чого чекайте? То, всьо таки, думаю, шо тут більше вина лікарки (ж. 25 р.)».
- «Я думала, шо буде всьо добре, відповідально. Шо вагітні, то давайте аналізи поробити. А насправді я прийшла вагітна, а мені кажуть: “Добре, чекайте 12 тижнів”. Прийшла, бо мене нирки болять: “Добре, чекайте 14 тижнів”. В загальному можна було б і краще, але я рада, шо всьо добре закінчилося (25 р.)».
- « Він прийшов, він її подивився, зважив, він ще попросив, щоб я погодувала Віку, щоб він побачив чи вона їсть охоче, чи ухиляється (25 р.)».
- «після того, як я вже родила, то вона приходила до нас в палату питала, як ми себе почуваємо, чи не тягне нам низ живота. Так по-людськи вона відносилася (ж. 21 р.)».
- « Має назначати тобі прийом, щоб періодично слухати тебе, щоб бачити чи є якісь зрушення чи не. Ну і ясно шо має знатися на тому (ж. 21 р.)».
- «ну вона була така найстойчива, привітна дуже, часто вона приходила аж додому, щоб дивитися як іде біременность.

	<p>Вона ніколи, ніколи не хамила (72 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Він такий був уважний. От зайде в палату, подивиться. Потім сідав і питав чи нема болі в мене (72 р.)».</li> <li>- «Коли я заснула, чую якісь крики, а я її притиснула і вона почала задихатися. Це добре, що доктор тоді зайшов і побачив. Він її бігом схопив і по попі давай. То вона вже тоді заплакала (72 р.)».</li> <li>- «От він за всьо розпитував, такий був уважний (72 р.)».</li> <li>- «То я вже зараз аналізую і розумю, що на той час лікарі відносилися до вагітних, як до робочого матеріалу (42 р.)».</li> <li>- «А він каже мені: “Ей, йди, дівко”. Він даже не подивився мене. Написав, що написав в тім листочку і відправив мене (42 р.)».</li> <li>- «Це вона така паскуда, що гроші брала, а на тебе даже не дивилася. Вже скільки років пройшло, а я на неї дивитися не можу. Шо я через неї через її халатність скільки проблем мала (42 р.)».</li> <li>- «Це я вже зараз розумію, що та лікарня була тупа. Бо як можна до жінки після родів, яка втратила купа крові, що аж переливання робили, відправляти по поверхах ще гасати (42 р.)».</li> <li>- «І шо далі вона каже: “ДИВІТЬСЯ, в мене тут велика черга ввесь час. Я зараз смс кину вам код на флюорку чоловіку, а вам медсестра в коридор винесе дві пробірки,</li> </ul>
--	--

	<p>щоб ви в черзі не стояли”. Поки мій чоловік проходив флюорку, мені винесли ті пробірки і взяли поторний аналіз. Тобто ну дуже совісно в цьому плані вона вчинила. І потім вже, коли прийшли результати, вона сказала, що є запалення, зміряла рівень сатурації, виписала всьо і крім того пояснила, що і від чого. І потім вона постійно дзвонила і питалася, як чоловік, ти можеш таке уявити? Вона реально переживала. Я була шокована, що є такі лікарі совісні (42 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Приходили, перевіряли кожного дня, слухали дитинку, мене оглядали, цей, чи матка добре скорочується. Ну дуже. Дуже гарно оглядали. Мені сподобалося» (40 р. М).</li> <li>- «Ну пішла - дали мені больничний на 3 дня. Пішла на роботу - опять температура. Я опять з температурою. Так 3 раз мені дали. Вони ж не будуть мені давати ті больничні». (67 р.)</li> <li>- «То така була строгота. Не знаю, як зараз підуть лікарі. Зараз вже є, але тоді - ти пішла в туалет, а за тобою лікар біжить. Ти вийшла на коридор - вже, якщо бачить...Дуже дивилися, дуже дивилися. Дуже і за дітьми дивилися. Мені кається, що зараз вже не така відповідальність». (67 р.)</li> <li>-</li> </ul>
<p>6. Пояснення кроків у лікуванні</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Але от коли, от у мене було два викидиші, то ти вже боялася шось приймати. І от питаю: “ А це не має шкодити?”. А лікар каже: “Я сказав, значить</li> </ul>

	<p>пийте”. І на тім всьо (ж.50 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- «Бо ж хотілося людського відношення. Шоб пояснили, шо це вам не нашкодить, шо все буде добре (ж.50 р.)».</li><li>- «А от в тому Хотині, то кличе от мене лікар до себе і починає пояснювати всьо, шо колись так робили, а краще вже так. Вона всьо- всьо пояснювала, незалежно від твого віку ітак далі. Всьо таки тоже є цей барер село і місто (ж. 50 р.)».</li><li>- «Нехай буде, шо я вже старша була, але мені було цікаво, шо колись той пупчик ниткою перевязували, а в 10 році вже були такі щипчики. І мені було інтересно, коли мені це всьо пояснювали чи за ним такий самий уход треба, чи не (ж. 50 р.)».</li><li>- «Вона мені дуже добре розжувала, шо буде, якщо я вип’ю ці антибіотики і шо буде, якщо я їх не вип’ю. Тойсть вона змогла мене переконати в тому, шо якщо я їх вип’ю, ті антибіотики, то моїй майбутній дитині буде тільки краще. І я випила і буквально за кілька днів нирки попустили, в мене зникла температура. Тойсть я почала себе добре почувати (25 р.)».</li><li>- «Він мені потім пояснив це всьо (за вакцини) (25 р.)».</li><li>- «Да, важливо. Бо я повинна знати кожен крок, шо відбувається. Ну тойсть, як я можу пити якісь ліки і не знати, чого я їх п’ю (25 р.)».</li><li>- «Там наприклад, шоб казав, допустім, в тебе грип і він</li></ul>
--	--

	<p>розказує всьо, шо от ти маєш попити сиропчик якийсь, антибіотик, шоб за пару днів стало краще (21 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- «Бо шо, мені 18 було, шо я там знала. То вона так всьо-всьо розказувала. Мені це дуже сподобалося (21 р.)».</li><li>- «Шоб пояснив мені всьо в подробностях, шоб на питання мої відповідав. А не, дверима хлоп і пішов (72 р.)».</li> <li>- «Дуже така совісна жінка була. Вона так всьо розказувала, казала, шо робити. Така жінка, шо з нею даже до душах можна було поговорити (ж. 70 р.)».</li><li>- «розуміє своїх пацієнтів, входе в їхне положення, допомагає нам, призначає правильно лікування , пояснює діагноз, шоб от я поняла (70 р.)».</li><li>- «Оце тоже важно. Ну бо, наприклад, призначають лікування, а шо до чого, ну сказали пити – пий. От в мене так було, от питають нашо ви то пили (ліки), а я шо скажу, мені сказали- я пила. Мені ж, шо сказали, то я і робила (70 р.)».</li><li>- «Вона Казала мені, як спати правильно, шо робити, шо пити (32 р.)».</li><li>- « А ти знаєш, як то вагітним важливо. Бо я ж не лікар, шоб знати, шо і від чого. Мені треба, шоб всьо пояснили. От так, як моя сімейна лікарка. Виписала мені шось і зразу пояснює нашо мені то пити, скільки то пити (32 р.)».</li><li>- «Він ще має бути дуже простий. Простий в спілкуванні, без</li></ul>
--	---

всяких викрутасів в словах. Я ж приходжу до нього, я чесно не знаю якохось там назв лікарств чи діагнозів. Лікар щось там понарозказує, які хвороби, а ти потім сиди і читай, що то означає. Він має то пояснити, порадити (32 р.)».

- «о тоже я то казала, що він має пояснювати на хлопський розум про ті лікарства чи причини хвороби, самі хвороби. Бо не всі люди мають медичну базу якусь (32 р.)».
- «Шоб він казав, що він робить і для чого, шоб от я чисто дя себе знала, що от фаніган там п'ю від того то, а парацетамол для того то (40 р.)».
- «Тоді ті лікарі навіть не розказували за таке. То зараз є інтернет і ти вже всьо знаєш від А до Я про вагітність, які відчуття можуть бути, що робити і так далі. І вони ж знали, що ті, хто перший раз народжує і ще молоді до того всього, поняття про самі пологи не мають. Багато халатності з їхньої сторони було навіть в тому, що вони не розказали, що може бути. Вони нічого абсолютно не пояснювали. А я була молода на той час, я нічого не знала (42 р.)».
- «Та навіть ніхто не сказав, як мають бути перейми, коли вони мають починаються, як зрозуміти, що то саме перейми вже (42 р.)».
- «Не, нічого вони не розказували. Це я вже зі свого досвіду знала, як то має бути. Ніхто, ніколи не розказав, що і до чого має бути

	<p>(42 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «І пояснив від чого це так, що я дала навантаження тими вікнами і того воно так мені стало. А вони мене тиждень капали без діагноза. І після того я великі проблеми мала. Наступні місяці вагітності я періодами встати з ліжка не могла, бо вони там таку дозу мені накапали, що просто (знервовано). Наступні 2 місяці я просто лежала. Я навіть встати не могла (42 р.)».</li> <li>- «Вона мене навчила, як дихати, як затримувати то дихання, як розслабляти схватки» (40 р. М).</li> <li>- «І як би сказати, дуже навчила мене, бо я ні розривів не мала, нічого» (40 р. М).</li> <li>- «Вона так якось мене і вчила, бо вона розуміла, що в мене це перші роди» (40 р. М).</li> <li>- «І коли я так почала пробувати, як вона мене вчила, то дійсно мені та схватка, вже наступні мої схватки вони не були такими сильно болючими. І тому всі наступні свої пологи я вміла розслабляти схватки і того наскільки всьо класно получилось» (40 р. М).</li> <li>- «І потому вже при самих потугах, коли вже народжувати, вона тоже навчила набирати повітря і витискати із себе дитинку» (40 р. М).</li> </ul>
<p>7. Вміння швидко приймати рішення</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «А врешті-решт після цього, що чекайте 12 тижнів, чекайте 14 тижнів, то я вирішила змінити лікаря і до іншого записатися» (ж. 25 р.)».</li> <li>- «Я пам'ятаю той день, коли я зайшла до неї з цими ж самими</li> </ul>

нирками, що мене боліли. Мене тоді були положили в лікарню в гінекологію, без обмінної картки до речі (25 р.)».

- «Зразу, що не казала “чекайте ще тиждень, приходьте через три, а давайте прийдіть на 20”. Зразу записала і всьо (25 р.)».
- «Оце от коли в мене перший раз нирки боліли, то виходить, що то ж УЗІ було важко пройти. Та Тамара іванівна вона ніяк не могла мені обмінну картку завести: перекладала на завтра, на післязавтра. І виходить, що цей от єдиний фрагмент, який мене трохи засмутив (255 р.)».
- «Да-да, дуже швидко. Вона в той же день до мене подзвонила. Пройшло менше, ніж півгодини після мого дзвінка. Вона до мене подзвонила і сказала, що приїжджай, я тобі переробляю направлення (25 р.)».
- «І в дитини була жовтуха і виходить, що білорубін у неї піднявся вище норми. Для того, щоб його зняти, треба було дитину поставити під лампу. Лампи були зайняті, то вони дуже швидко нашли мені лампу і поставили. На другий день вони з самого ранку, ми з дитиною ще спали, прийшли, зміряли рівень білорубіну. Зняли її з під лампи, обстежили, послушали, подивилися, що ну дуже добре відносилися. То я задоволена: і відношенням до себе, і відношенням до дитини (25 р.)».
- «і вона розумна, реально розумна. В мене живіт тягнуло на 16 тижні, то я прийшла до неї



	<p>і вона мене зразу положила на сохрaнення, бо от зразу поняла, що є вже якась угроза (21 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Вже хоч би раді віду якісь вітаміни виписала (21 р.)».</li> <li>- «Коли я заснула, чую якісь крики, а я її притиснула і вона почала задихатися. Це добре, що доктор тоді зайшов і побачив. Він її бігом схопив і по попi давай. То вона вже тоді заплакала (72 р.)».</li> <li>- «Чекайте за 3-4 години, бо жінка не може розродитися з двойнятами. Всі лікарі зібралися коло неї». Ми кажемо, що як чекати. А в мене вже води відійшли(40 р.)».</li> <li>- «Вона мені зразу психолога привела, бо в мене була така, як депресія. Паучачка постарался. Зі мною працював психолог, мене пускали до дитини в любий час (40 р.)».</li> <li>- «Бо я вдосвіта приїхала, то вона швиденько оглянула, підключила системку, допомогла. Всьо, як має бути» (40 р.)».</li> <li>- «І що це вони просто оглянули мене за якихось 5-10 хвилин. Один прийшов оглянув, потім другий, спочатку лікарка одна послухала, потім ще один прийшов. Що вони швиденько, оперативно. Так класно збіглися всі, оглянули і сказали, що “вам негайно треба лягати в лікарню під системи, бо того що нирки - це серйозні такі”». (40 р. М).</li> </ul>
8. Стаж (досвід роботи)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Може бути і маленький стаж роботи, але він може людськи ставитися і може ще більше знати, як той, що має</li> </ul>

	<p>великий стаж. Стаж не означає, що лікар професіонал (ж. 50 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Якщо наприклад лікарю 60 років. Да, він має великий стаж роботи, але він керується тими нормами СРСР, тими технологіями, а медицина вона прогресує. Для мене важливий не стаж, а професійність лікаря (25 р.)».</li> <li>- «хороший це той, що має досвід лікування (70 р.)».</li> <li>- «Поганий - то той, до якого не дай Боже попадеш. Який без досвіду, а якщо і з досвідом, то більше призначав неправильно, чим правильно (70 р.)».</li> <li>- «Тут більше стаж правильно вилікуваних пацієнтів. Щоб от знати, до нього можна прийти і ти будеш здоровий, а не прийшов і ходиш, як по святу воду до нього місяць за місяць (70 р.)».</li> <li>- « В неї такий досвід великий, скільки вона тих вагітних набачилася, але людського в ній нічого нема (32 р.)».</li> <li>- «Я ж чого її перший раз вибрала, бо вона з найбільшим досвідом з усіх. А мені реально то важно було. Але тепер я точно можу сказати, що важніше нормальне ставлення чим той досвід (32 р.)».</li> <li>- «Але знаєте, я то всьо перевіряла через тьотю Люду. Вона так сказати жінка з досвідом, то вже може й ліпше знає, як то має бути (32 р.)».</li> <li>- «досвід то найголовніше, бо лікар стикається з багатьма ситуаціями і вже знає, як діяти,</li> </ul>
--	---

	<p>шо робити. Але то не обов'язково, щоб і стаж великий був. Досвід то ж не про стаж. Чи то я не правильно питання вловила? (32 р.)»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «а в Чернівцях та була молоденька була десь 25 років. Але в неї досвіду як приймати пологи і як спілкуватися з вагітними було набагато більше, ніж у наших старших лікарів (40 р.)».</li> <li>- «Скільки зараз багато молодих толкових, що стаж це далеко не показник (42 р.)».</li> <li>- «А от уже ця остання, що я казала, що їй вже десь 70 років, то дійсно відчувається, що у жінки вже досвід є великий, мудрість. Вона знає вже.. От вона наперед знає якимось, що вот-вот зараз буде. Відчувається, що у жінки є досвід. Вона лиш доторкнеться до мене і каже: “О, я вже чую. Зараз цей, зараз буде схваточка”. От якимось легенько вона по мені всьо бачила наперед» (40 р. М).</li> <li>- «Чи вони трошечки перекваліфікуються, або це дійсно якісь мудрі такі, мудрість до них вже приходить з роками, бо вже дорослі такі були...років 50-60. Такі мене оглядали лікарі, що досвід мають. То мені дуже сподобалося. Шо вони, можна сказати, зразу всьо вгадали. І потому я ще таки ходила робила знімок, що на легені. То дійсно легені були чисті. Шо дійсно, так як вони мене оглянули, я вам кажу, як екстрасенси» (40 р. М).</li> </ul>
Особистісні характеристики	
1. Відсутність відчуття страху	- «Шоб у нього було можна,

	<p>наприклад, що тебе турбує спитатися. А в тебе постійно було чувство страху, що ти приходив і чогось боявся: щоб до тебе не почали кричати (ж.50 р).».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Кажуть, що до нього дуже страшно попасти. Якщо щоб поганий лікар, значить що - жорсткий, що погано відноситься до людей дуже погано». (40 р. М)</li> <li>- «А як ти боїшся даже сісти коло него, а він до тебе викрикнув. Тай пішов собі у двері. Воопшем людиною треба бути скрізь: хоч старому, хоч малому, хоч вченому, хоч не вченому». (67 р.)</li> </ul>
2. Відчуття безпеки	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Ну то треба було дуже зробити колот, щоб таке проізошло. Я собі лежала і просто знала, що до мене ніхто не має підійти (ж.50 р).»</li> </ul>
3. Турбота	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Даже, даже от в Хотині було... От в Кельменцях ти родила, тобі дали карточку в руки і чи ти годна йти, чи не годна – ти йдеш після родів, наприклад, на 3 день і проходиш 7бполює7брафію. А тут – не. Тут лікарша підходить і каже: “Як ти себе почуваш? Ти зможеш іти?” Ну да. Але з тобою полюбому піде санітарка. Хотя, наприклад, я себе добре почувала, що я 7бполює могла сама йти, але саму там тебе не відпускали. З тобою йшли в супроводі, щоб не дай боже стало погано (ж.50 р.)».</li> <li>- «Время 9 часов ранку нема – вона вже сама дзвонить. “Доброго дня. Як дитинка себе почуваш?”. І приємно знаєш, що</li> </ul>

	<p>вона так. І вона кожного Божого дня: рано і ввечері дзвонила і питала, як він себе почуває. Чи є якісь зміни, чи ні (ж. 50р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Вона до мене відносилася, як до дитини рідної. Я аж відчувала, що вона переживає за мене (21 р.)».</li> <li>- «Вона була уважна, переживала за мене, постійно вислуховувала мене. Я тобі кажу вона більше переживала за мене, чим я сама за себе (21 р.)».</li> <li>- «Щоб він вмів вислуховувати, щоб проявляв свою заботу, щоб відносився до тебе, як до свого друга, а не як та Паучачка (21 р.)».</li> <li>- «Бо я думала, що до вагітних ставляться поблажливо май. Бо як не як, але ми ж життя в собі носимо (21 р.)».</li> <li>- «Завжди дуже приємно дуже гарно, дуже ніжно відносилася. Мені дуже сподобалося» (40 р. М).</li> <li>-</li> </ul>
<p>4. Вміння слухати</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Це обов'язково. Вона має прийти, вислухати мене, що мені наболіло (ж. 50 р.)».</li> <li>- «Не, він має бути і професіоналом, і має мене вислухати, і шось порекомендувати мені, і шось підказати. І то, і то важливо (ж.50 р.)».</li> <li>- «І потім та жінка вже переключилася на дівчину, що вже і забула про ті сливки. А та лікарша бере і каже: “Ну а тепер розкажуй: що там у тебе з тими сливками?” І між ними починається така бесіда, і вони вдвох сміються. Тай інтересно</li> </ul>

	<p>тако (ж. 50 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- «Бо якщо лікар вміє слухати, то він нормальний і адекватний лікар. А якщо ти прийшла і кажеш, що болить горло і температура, а він тобі “а, всьо понятно”. Ну всмислі всьо понятно, я лиш начала говорити, а йому вже всьо понятно?! (25 р.)».</li><li>- «Вона була уважна, переживала за мене, постійно вислуховувала мене. Я тобі кажу вона більше переживала за мене, чим я сама за себе (21 р.)».</li><li>- «Вона ніколи нормально говорила. Вона шось там починала питати чи нічого не болить. Я лиш рот відкривала шось пояснити, а вона даже то не слухала до кінця. Вона початок послухає, скаже, шоб дальше лежала і всьо (ж. 21р.)».</li><li>- «Шоб він вмів вислуховувати, шоб проявляв свою заботу, шоб відносився до тебе, як до свого друга, а не як та Паучачка (ж. 21 р.)».</li><li>- «Ну шоб уважно слухав, показував свою зацікавленість. Не був байдужим (21 р.)».</li><li>- «Да, бо вони такі були добрі, говорили з тобою, а не так як я недавно пішла (72 р.)».</li><li>- «Бо вони в першу очередь питали, як ти, дивилися, слухали, а не зразу “йдіть аналізи здайте чи йдіть в той то кабінет”. А як же поговорити, спитати (72 р.)».</li><li>- «Це звичайно, це дуже потрібно, бо тому що от якщо дійсно про вагітність говорити, то там вже різні патології передаються: від</li></ul>
--	---

	<p>батьків, від дідів, від бабів...ну всі їхні хвороби. То я вважаю, що дійсно все треба вислухати, все правильно записати, усі...як то, предотвратить від чогось страшного. Да-да, то я тоже це підтримую, що потрібно вислухати пацієнтів» (40 р. М).</p> <p>-</p>
<p>5. Безкорисливість</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Петрівна була. Додому лиш приходила, коли знала, що чоловік на яблуках був. Лиш прийде і каже: “Так би яблук поїла”. Їй до лампочки було на дитину подивитися. Вона прийшла, бо вона яблук хоче, щоб дали (ж.50 р.)».</li> <li>- «Їй лиш, якщо на лапу дати, то тоді вона вже починає нормально і говорити, і слухати, а поки не даш, то нічого від неї не чекай (21 р.)».</li> <li>- « Не, ні копійки. Нікому нічого тоді не давали. Не було тоді такого. Хоч би хто сказав, щоб якісь там копійки дали чи шо. Неа. Ніхто такого не говорив (72 р.)».</li> <li>- «Да, вони тоді на гроші не дивилися, як зараз. Вони лічили без грошей (72 р.)».</li> <li>- «У них всі препарати були під руками, і не продавали їх, як то є зараз. Тоді всьо було чесно. В той час люди були доброзичливі, і лікарі такі були. Не було, що один одного утопили б у ложці (72 р.)».</li> <li>- « Вони не дивилися в твої кошилок, а лікували. От це таке, що ним можна і похвалитися цій молодьожі (70 р.)».</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Мала, наприклад, по 100 гривень дала чи там тепер за останньої по 200 роздала. Що це, я щітаю, я просто дала від душі, подякувала за гарне ставлення до мене і всьо. Але, як то кажуть, щоб хтось шось вимагав, то такого не було» (40 р.).</li> <li>- «Що вони не займалися якимось таким здирством, щоб накупити різних ліків. Потому вони і мені не пригодилися і в аптеку не приймуть. Вони якраз взяли саме необхідне. Написали списочок, побігла була санітарочка, бо я вже бігти не могла. І всьо, на 300 гривень якраз вистачило». (40 р. М)</li> <li>- «То ти ж хочеш нещасну десятку їй дати, тоді ж були гроші, дати. А ти не знаєш як, бо як старший лікар узнає - всьо: і мене з тою дитиною через вікно викине. А тепер дай - тепер дай». (67 р)</li> <li>-</li> </ul>
<p>б. Дружні відносини</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Знаєш, професіонала треба було, але треба було перший раз бути людьми. Щоб вони могли до тебе заговорити і ти могла дійсно відчути, що ти маєш кому довіритися (ж.50 р.)».</li> <li>- «У них там всьо було запросто. От вона могла зайти, ага, під час обіду. Ага, а обід приносили в палату. От даже в Хотині це шо. І, ага, вона могла зайти під час обіда і каже: “Чекайте, дівчата, я з вами тоже зараз пообідаю”. І вона брала тарілку з тим супом чи борщем і сідала з нами разом балакала і їла (ж. 50 р.)».</li> <li>- «Всьо таки краще бути друзями</li> </ul>



	<p>і довіритися. Перший раз, щоб друзями такими були, а вже потім, щоб могли покластися (ж. 50 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- «Ну і щоб комфортним було спілкування. Тойсть, щоб я могла собі дозволити до нього подзвонити і запитати якісь банальні речі (25 р.)».</li><li>- «Він розуміє мене, а я розумію його. Мені комфортно з ним у спілкуванні. Тойсть всі недомовленості між нами вони вирішені (25 р.)».</li><li>- «ну та коли двоє на рівних. Щоб могли якісь компроміси шукати. Ну от, наприклад, виписує мені лікар нурофен. Він коштує 100 грн, а мені от ця ціна не підходить. Мені дорого. От я хочу якийсь аналог дешевший. А він мені каже, що не. То от для мене ідеально, коли двоє шукають компроміс. Тобто, щоб лікар рахувався з моєю думкою. Це для мене є дуже важливим, щоб були дружні відносини (25 р.)».</li><li>- «Щоб він вмів вислуховувати, щоб проявляв свою заботу, щоб відносився до тебе, як до свого друга, а не як та Паучачка (ж. 21 р.)».</li><li>- «Лікар має слухати думки своїх пацієнтів, що вони думають. Має чути їх. Тіпа, щоб радився (21 р.)»</li><li>- «Бо нехай вона не має величезних знань, але зато вона завжди вислуховує, радиться зі мною (21 р.)».</li><li>- «Дружні. Я ж кажу, що вона постійно слухає тебе, розпитує, а не просто випише рецепт та</li></ul>
--	--

	<p>йди з Богом (21 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- «Дуже, от того я і не йду від неї, бо я відчуваю, що вона мене має за людину. Ми з нею, от як ти сказала, рівні. І вона щей моя сусідка. Коли щось треба, то я запросто можу підскочити до неї (21 р.).</li><li>- «Ну тай я там всьо йому розказую, а він мені каже: “Що тобі виписати?”. Прикидаєш? Він в дитини питає, що виписати. То аж наскільки не треба, щоб лікар був. Канешно хай враховує думку, але не прямо аж наскільки (ж. 21 р.)».</li><li>- «Да, бо вони такі були добрі, говорили з тобою, а не так як я недавно пішла (72 р.)».</li><li>- «Бо вони в першу очередь питали, як ти, дивилися, слухали, а не зразу “йдіть аналізи здайте чи йдіть в той то кабінет”. А як же поговорити, спитати (72 р.)».</li><li>- «Дуже така совісна жінка була. Вона так всьо розказувала, казала, що робити. Така жінка, що з нею даже до душах можна було поговорити (70 р.)».</li><li>- «В порівнянні з першою вагітністю, то я була так приємно вражена, як до мене Інна ставилася. От реально як до людини. З нею я вільно говорила і не боялася її. Вона мені всьо розказувала, питала моєї думки. Ну от реально всьо класно було (32 р.)».</li><li>- «Важливо, але не знаю чи це важливо. Було б добре, щоб лікар розумів пацієнта і виявляв хоч нотку того співпереживання,</li></ul>
--	---

	<p>щоб пацієнт відчува якусь таку дружню підтримку (42 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Марія Яківна, вона вже покійна, але приходила, завжди шуткувала, співала нам якісь пісні. Так це пам'ятаю. Дуже гарно до нас відносилися» (40 р. М).</li> </ul>
<p>7. Розуміння/повага до пацієнта</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «І от приходиш, ситуація, що я попадаю до неї. Мене ставлять перед фактом ,що для того, щоб мене виписали з роддому треба, щоб чоловік пройшов. Чоловік на той час був за кордоном. Я кажу, що його нема дома. А вона мені каже, що їй по цимбалах. Так і сказала. “Мені по цимбалах. Мені нужна 8383утилу83рафія. Будеш сидіти – поки не приїде (ж. 50 р.)”».</li> <li>- «Йде та лікарша зі мною під кабінет, дитину бере у мене з рук, бо він плаче. Я здаю аналізи, виходю, вона мені віддає дитину і я йду назад в палату (ж. 50 р.)».</li> <li>- «І лікарі були привітні, вони з повагою ставилися (25 р.)».</li> <li>- «Професійний лікар він розуміє пацієнта з пів слова і з пів симптома (25 р.)».</li> <li>- « Бо моя мама Русю в неї родила. Це рахуй 28 років пройшло, а вона так і не помінялася. Горбатого могила виправить (21 р.)»</li> <li>- «вона дуже добре серце має. Вона жодного разу до мене не фиркнула. І не тільки до мене. Вона ну якось так з повагою ставиться до всіх (21 р.)».</li> <li>- « Для мене важливіше, щоб лікар вмів говорити з пацієнтами (21 р.)».</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- «ну вона була така найстойчива, привітна дуже, часто вона приходила аж додому, щоб дивитися як іде біременність. Вона ніколи, ніколи не хамила (72 р.)»</li><li>- «Да, були розумні. Вони всі дуже добрящі були (72 р.)».</li><li>- «Це бути уважним, гарно говорити, а не гроші потребувати. От тоді лікарі всі були такі облесні, невискомерні, такі от прості (72 р.)»</li> <li>- «А ще мені от зараз, то мене вже так діти навчили, мені важливо, щоб лікар був ввічливий, я от так бачу, що молоді такі трохи хамовиті бувають, бо що це та бабака ходє і ходє. В наші часи лікарі були такі добрі (70 р.)».</li><li>- «розуміє своїх пацієнтів, входе в їхнє положення, допомагає нам, призначає правильно лікування , пояснює діагноз, щоб от я поняла (70 р.)».</li><li>- «Оце то, що я казала вже, да, зара вже важливо. Коли я була молода, то не дуже на таке звертали увагу, ну врач ти і врач, а зарз от прийшов ти в лікарню, а тут такий приемний лікар і ти вже не чувствуєш себе якось, як додому прийшов і помішав, от повага, співчуття, вміння послухати, от да, думаю, важливо. Важливо (70 р.)».</li><li>- «Ну по-перше, я очікувала доброго ставлення до мене (32 р.)».</li><li>- «То для мене було головне, щоб він не хамив до мене, бо розумієте, я з дитинкою, як вона це все буде сприймати.</li></ul>
--	--

	<p>Вагітність, то не шутки, то треба лікаря, який ще буде психологом для тебе. Бо то є стрес, на собі знаю (32 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Так той лікар там біля нього бігав, заспокоював, розважав, щоб вирвати той зуб (32 р.)»</li> <li>- «А було то раніше, ми може ходили зуби лікувати, то це була така жінка в роках, яка вопше ніяких емоцій не показувала. І що з того, що вона майстер своєї справи, якщо вона ну як не вміє з пацієнтами спілкуватися (32 р.)».</li> <li>- «Ну, по-перше, ввічливий. Якщо ти приходиш до лікаря і кажеш, що тебе болить, він має перше допомогти, а не говорити: "оо, знов прийшла". Як би він там не був начитаним та яким би він там не був професіоналом, то не приємно коли до тебе ставляться, ніби ти сама винна в тому, що щось сталося (32 р.)».</li> <li>- «То підтримка лікаря для мене була просто супер важливою. Інна, от наприкад, мене психологічно підтримувала та і тьотя Люда тоже підтримувала (32 р.)».</li> <li>- «Дитинку поклали в окремий бокс спочатку, але мені дозволили заходити до нього, годувати (40 р.)».</li> <li>- «Вона мені зразу психолога привела, бо в мене була така, як депресія. Паучачка постарался. Зі мною працював психолог, мене пускали до дитини влюбий час (40 р.)».</li> <li>- «І та друга дозволяла собі нахамити, накричати на вагітну</li> </ul>
--	--

	<p>(42 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «От і ще одне, я там чуть не вмираю, а вони мене відправляють ще поверхами ходити. Ну та що не можна було домовитися з гінекологію, щоб вони самі піднімалися і кололи мене. Мені ходити важко було, бо скільки крові втратила (42 р.)».</li> <li>- «Пояснила їй ситуацію. І на по телефону записали. Шо лікар - людина. Вона зрозуміла, що нам з Ковідом нема що лишній раз до лікарні ходити з тими ідентифікаційними і так далі (42 р.)».</li> <li>- «Воно мале, дурне, даже не говорить: “Вийдіть звідси ,в мене багато людей”. Ну я розумію, що багато. В мене дід з бабою слабі. Баба через раз ходить (42 р.)».</li> <li>- «Потім, коли тужишся, каже: “Всьо, відпочивай, набирайся сил. Набирайтеся сил. Зараз знов буде схваточка, знов потужитися і буде дитинка”. Яюсь вони мене дуже, дуже легко налаштували позитивно і я дійсно дуже легко народжувала всіх своїх діточок. Я не можу сказати, що в мене були якісь пологи важкі» (40 р. М).</li> <li>- «Тоді, коли вона прийняла вже роди, тоді мені хтось то розповів, що то вона дитячий гінеколог. Тому вона так ніжно до мене говорила. Я кажу, що так вона мені сподобалася» (40 р. М).</li> </ul>
8. Вміння співпереживати/етично	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Канешно має, бо того що, коли тобі кажуть, що ти вже</li> </ul>

ВИСЛОВЛЮВАТИСЯ

обречена на то чи на то, а ти собі вже думаєш, що всьо, в мене шансів вже нема. І тоді опускаються руки. А коли тебе лікар може підтримати, даже словом, знаєш. Може він і думає, що ти вже нічого, що це вже для тебе, що ти вже приречена, що в тебе, що ти вже не будеш мати, наприклад, дітей. Але він тебе підтримує і в тебе крила ростуть і ти собі думаєш “Слава Богу” (ж. 50 р.)».

- «до нас заходять в палату лікарі і кажуть: “Сьогодні народилося 3 дитини і ні одної нормальної. Ти не маєш сили навіть голову підняти, і тут тебе ще приголомшують. В смислі нормальної дитини нема? А вона так собі байдужо каже: “У твого ключиця вломана, у твого з легенів не встигли відкачати слиз – треба на Чернівці відправляти”. Боже, це так було приголомшливо (ж. 50 р.)».
- «І я тобі скажу, що вже потім з третьої дитиною ті лікарі не мали в голові клепки, що та людина переживає за свою дитину. Що вони так само могли зайти і лягнути таке. Не, щоб зайти, пояснити здалеку, що таке, а це, як ножем в серце. Для них це раз плюнути. Бо воно того не розуміють. Так як тоді до мене та Марія Яківна кричала, щоб я сильніше тужилася, бо дитина душиться, а в тебе вже сил нема. Він народився фіолетовим, не заплакав, лиш коли його по попі почали бити - тоді він заплакав (ж. 50 р.)».
- «Вона каже: “Ви знаєте, для

	<p>початку треба вирішити чи вам можна взагалі вагітніти чи не”. Шо серйозно, а де ви були, коли я лиш прийшла? (25 р.)»</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- «Ну думаю, що це не дуже важливо, бо як лікар почне кожного пацієнта підтримувати, то ну його нафіг, так можна посивіти швидко (25 р.)».</li><li>- «Може й розумна, але її ставлення всьо перекривало. Толку з того, що вона розумна, як вона не знає нормально говорити (21 р.)».</li><li>- «Добрий, ласкавий, щоб ну, разговорчевый, щоб я могла своє здоров'я довірити (72 р.)».</li><li>- «Це важливо, але думаю що і відпускати теже важливо. Ну то як прийде 10 людей, будеш думати за кожного, то ненадовго ти лікарем будеш. (70 р.)».</li><li>- «Вона мене заспокоїла, втішила. То я їй дуже вдячна за таку підтримку. Того я вже другий раз даже не задумувалася до кого мені йти (32 р.)».</li><li>- «Ну, по-перше, ввічливий. Якщо ти приходиш до лікаря і кажеш, що тебе болить, він має перше допомгти, а не говорити: "оо, знов прийшла". Як би він там не був начитаним та яким би він там не був професіоналом, то не приємно коли до тебе ставляться, ніби ти сама винна в тому, що щось сталося (32 р.)».</li><li>- «А вона каже: “ Тай шо. Тай тепер сама на себе піняй дитина родиться мертвою” (40 р.)».</li><li>- «Тоді, там в роддомі попалися дуже хороші лікарі. Мене заспокоїли. Сказали, щоб я не</li></ul>
--	--



	<p>плакала, бо ніяких відхилень вони не бачать (40 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Але в мене залишилося то враження до цих пір про ту Світлану Ярославівну. Яка вона скотина. Вона замість того, щоб підтримати мене в той період, почала наїжджати на мене (40 р.)».</li> <li>- «В той період, коли мені було так тяжко, мені хотілося, щоб хтось мене підтримав добрим словом, я цього не получила від наших лікарів. А там та лікарша, що вона була молода, вона мене підтримала (40 р.)».</li> <li>- «Але він повинен знати, як підтримати добрим словом. І якщо баче, що щось не так, то покликай психолога, як мені тоді (40 р.)».</li> <li>- «То вона дуже потолкувала і мені багато, і йому. Шо каже: “Зачекай, потерпи. Даш йому на руки дитину, все зміниться. Він відчує, що то таке почуття”. Вона ще дуже морально підтримувала» (40 р. М).</li> <li>- «І він дійсно жорсткий. В нього немає, що от коли ти зайшов до нього, хочеш просто оглянутися... Він фиркає яюсь..да, дуже погано». (40 р. М)</li> <li>- «Потом він приїхав у роддом до дитини. Вона вже йому провела там консультацію. Да, от таким бути, як психолог - це дуже було б добре» (40 р. М)</li> <li>- «Даже прості оці слова почути від лікаря було би дуже приємно. Того що ти коли ходиш в лікарню, ти ходиш, як загнаний заєць. І тобі всьо</li> </ul>
--	--

	<p>страшно, і ти не знаєш що з тобою. І от якщо кажуть тобі самі лікарі, що “все буде добре, не переживайте, ми вас оглянем, ми вам допоможемо, ми вас вилікуєм”. От таких простих елементарних слів дуже-дуже потребують пацієнти». (40 р.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «І кажуть: “Ми думали, що ти і не виносиш цю дитину”. Але, Слава Богу, таку лялю виносила». (67 р.)</li> <li>- «Як людина, то вона буде скрізь людина. А як не людина, то нехай буде, що воно кончило школу, а як поговорить до людини, то тобі аж в п'ятах застигає. Та нашо такого лікаря. Так шо...Канєшно треба і пацієнтам поважно до лікаря поводитися, але хочеться, щоб лікар поважно поведився і до тебе». (67 р)</li> </ul>
<p>Очікування пацієнтів поза професійно-особистісними характеристиками</p>	
<p>1. Наявність договору</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Наверно би хотіла. От так як ця, шо Ліля у нас, зя кою ми уклали договір. Я нею, наприклад, дуже задоволена (ж.50 р)».</li> <li>- «Ті договори нічого не гарантують. Бо якщо лікар не людина, то ніякий договір не спасе тебе (32 р.)».</li> <li>- «Було б дуже класно, тому що бувало, що щось інше заболить, а не знаєш куда і до кого піти, до кого звернутися. От дійсно треба було терапевта лікаря, щоб можна було в когось тиск зміряти окремо ще, щось порадитися. Я думаю, шо краще би було, щоб ще тоді був</li> </ul>

	<p>сімейний лікар. Мені зараз дуже сподобалося бути на обліку, що я маю сімейного лікаря. Мені це дуже подобається» (40 р. М).</p> <p>-</p>
<p>2. Наявність вибору</p>	<p>- «Не, до кого попала. І не було навіть вибору, щоб поміняти. От, наприклад, я говорила, що була та груба лікарка така і я попала до неї на зміну, але я навіть не могла поміняти її на когось другого. Бо ти не мав такого права. Ти попав до неї на зміну, значить вона і буде приймати роди (ж. 50 р.)».</p> <p>- «Ну ми живемо в такому невеликому місці, де в принципі ти може вибрати між двома людьми: та, в кого ти була і та, в кого ти не була. От того я і пішла, бо в неї я не була (25 р.)».</p> <p>- «Але якби в мене був вибір народжувати в Кельменцях чи в Чернівцях, то я б вибрала Чернівці, бо Чернівці – то місто.</p> <p>І: І що як місто? Місто то що означає? Р: Більше пологів вони приймають, у них може бути краще обладнання. Тойсть у випадку чого, вони зможуть надати хороши догляд дитині (25 р.)».</p> <p>- «Даже якби й погано ставився, то я мала право і змінити лікаря. Це ніхто не заставляв ходити тільки до однієї» (40 р. М).</p> <p>-</p>
<p>3. Корупційність/корисливість</p>	<p>- «Але було дійшло в Кельменцях до того, що за роди треба було дати 600 доларів (ж. 50 р.)».</p> <p>- «Відколи рахуй від 93 року, то рахувалися вони хороші спеціалісти, що могли операції</p>

ці, що по жіночому йдуть, робити. Це Марія Олександрівна і Марія Яківна. Але там тож стояла ціна вапроса (ж. 50р.)».

- «вона могла зайти в палату і сказати: “ Так, дівчата, мені на завтра треба домашню курочку, літрову баночку сметани сепараторної і зо два кілограма творога. Хто має принести?” Ага, там той то має принести і до того вже май уваги більше (ж. 50 р.)».
- «Ну трошечки мені не сподобалося, що для того, щоб мене виписали мені треба було дати 100 гривень, а я від ранку по поверхах бігала якісь довідки збирала (25 р.)».
- «Ну тільки те, що якщо ти хочеш хорошого лікування і ставлення – то мусиш платити, на жаль. Хоча медицина в Україні - безкоштовна. Таке от. Добре слово не вирішує справи (25 р.)».
- «Їй лиш, якщо на лапу дати, то тоді вона вже починає нормально і говорити, і слухати, а поки не даш, то нічого від неї не чекай (21 р.)».
- «І поки моя дочка не дала їм гроші, вони мене не хотіли прийняти. За таке колись би вже уволіли, а їм всьо з рук сходить. Лиш ті гроші в голові. Людські відносини їм не треба (72 р.)».
- «Зараз всі багачурами хочуть бути. Там лиш гроші в тій голові. А більше йому нічого не нада (72 р.)».
- «Професіонал, без хабарів, от зараз я бачу, що треба давати на руку вбільшості, а раніше я

	<p>пам'ятаю, прийдеш робити рентген, він же безкоштовний, і ніхто не вимагав того. А зараз вони ще чекають поки ти їм дасиш на руку,рублів 20, але дасиш (70 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «А лиш даш їй пару гривень і вона вже починає всьо пояснювати, розказувати (32 р.)».</li> <li>- «Я була в захваті від неї, як вона ставилася до мене. Я їй з села возила сметанку, молочко, курочок і вона до мене дуже добре ставилася (сміх)» (40 р.)».</li> <li>- «І вони казали: “Тобі треба було дати їй гроші і вона би ставилася до тебе добре”. Бо вона це дуже любила на той час (40 р.)».</li> <li>- «Це вона така паскуда, шо гроші брала, а на тебе даже не дивилася. Вже скільки років пройшло, а я на неї дивитися не можу. Шо я через неї через її халатність скільки проблем мала (42 р.)».</li> <li>- «Це вже тепер 27-28 років, як вона Юлю родила. А та врачиха сидить по коридору і як швирнула тими канфетами: “Ми вже їли Ромашку”. А шо тут казати?» (67 р.)</li> </ul>
<p>4. Враховування доходів пацієнта</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Я тако рахую, шо всьо таки більше держава має забезпечувати, шо даже тако саме елементарне, як пишуть той список: туалетний папір, 93утилу мила (ж. 50 р.)».</li> <li>- «Ну да, канєшно він має посвятить, бо якщо я не маю можливість, але той препарат дорожчий, але якісніший, то я маю це знати. Лікар мені має</li> </ul>

сказати, щоб я не переплачувала (ж. 50 р.)».

- «ну та коли двоє на рівних. Щоб могли якісь компроміси шукати. Ну от, наприклад, виписує мені лікар нурофен. Він коштує 100 грн, а мені от ця ціна не підходить. Мені дорого. От я хочу якийсь аналог дешевший. А він мені каже, що не. То от для мене ідеально, коли двоє шукають компроміс. Тобто, щоб лікар рахувався з моєю думкою. Це для мене є дуже важливим, щоб були дружні відносини (25 р.)».
- «Да, важливо. Бо в кожного свої фінансові можливості. Якщо людина тиждень має відробити, щоб купити якийсь дорогий препарат і вона його не купує, бо не має грошей. А якщо є якийсь дешевший аналог цього самого препарату, то лікар має враховувати це. Знаєш як буде краще, щоб лікар зразу давав вибір, що от наприклад вам треба нурофен ,але є дешевший аналог панадол і людина вже сама собі вибирає (25 р.)».
- «Та вона даже питає чи зможу я купити лікарства. Якщо я кажу, що не, то вона мені дешевші виписує, але тіпа з тою самою речовиною (21 р.)».
- «Лікар має шукати вихід з положення і виписувати таке, щоб та жінка не лишилася без копійки (21 р.)».
- « Бо я розумію, є різні лікарства, але є й заміники, от прийде пенсіонер в якого пенсії і так 2 рубля, заплатити за все ,а ще зараз ліки на тисячу мінімум.

	<p>Просто це ж вік ше, ми кожного дня маєм якісь пити, то серце, то тиск. То лікар добре би було, якби входив у наше положення (70 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Та бо тож скільки їм всього треба в тій голові тримати. То може вже краще, щоб самі пацієнти казали, щоб наприклад, шось дешевше виписали їм. Ну але то так...Не знаю, короче (32 р.)».</li> <li>- «Бо ми живемо в селі, де зарплат нормальних і так нема. А ще коли маєш дітей, то гроші, як вода. Лікар має сказати, шо ці наприклад дорогі ліки, чи зможу я їх купити. Якщо не, то щоб він дешевші виписав (40 р.)».</li> <li>- «це дуже було б добре. Бо є такі лікарі, шо вони спеціально виписують самі дорогі лікарства навіть, якщо є дешевший аналог з тією самою діючою речовиною. Це має бути. Якщо то дороге і воно мені краще допоможе, то канешно, тут нема нічого такого. Але якщо він мені виписує і знає, шо то саме є дешевше, то ясно, шо лікар має сказати, шо є дешевший аналог (42 р.)».</li> <li>- «Бо треба запитати чи ви маєте за шо дійсно лікуватися, чи можна аналоги, але трошечки дешевші виписати». (40 р. М)</li> </ul>
5. Пенсійний вік лікаря	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Не, для мене це неважливо. Для мене важливо то, щоб він був людиною. Най буде йому 25 чи 65. Для мене це не має різниці. Головне, щоб він був спеціалістом в своїй справі, щоб він розумівся у всьому і, щоб</li> </ul>

він був людиною, щоб з ним можна було поговорити. Не в смислі, що просто поговорити, а в смислі, щоб він міг щось порадити толкове (ж. 50 р.)».

- «Важливо. Бо треба давати можливість молодим себе реалізовувати. Треба давати можливість молодим реалізовувати себе в Україні, а не щоб хороші спеціалісти виїжджали, бо якась пенсіонерка не може посунути зі свого місця (25 р.)».
- «Не, бо їхній розум залишився в далекому минулому. Вони не розвивають себе. Вони отримали диплом ще коли мене не було і думають, що вже все знають, а не (25 р.)».
- «О ті пенсіонери вони вже нічого нового не знають. І вони привикли, що до них всі мають говорити на ви і шопотом, бо вони лікарі крепкі (21 р.)».
- «А лікував мене вже старший лікар, моїх років, то він був дуже совісний. Як при союзі. Я вже, коли і давала йому, а він сказав, що не. Бо наші лікарі, ну ті, що при союзі робили, вони знають, що таке бути лікарем, а не крахабором (72 р.)».
- «Ну тут не до мене (сміх) якщо він добрий лікар, то яка різниця, ясно що там 70 років, то вже таке певно, не дуже налічиш, але ну таке питання: палка з двома кінцями. Думаю тут діло не віку. Бо ж є і багато хороших лікарів мого віку (70 р.)».
- «Нехай пенсіонери йдуть на пенсію. В нас в поліклініці є оцей спеціаліст що по шкірі.



	<p>Бабі вже більше 70, вона вже й не бачить чи є щось на тій шкірі, чи не. Ну от чого сидіти ,місце тримати. Та йди вже на пенсію (40 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Бо вони вже своє відпрацювали. Вони навіть не знають, як в комп'ютері набрати то (42 р.)».</li> <li>- «Якщо вже вийшов на пенсію - хай йде на пенсію. Хай дають право молодим працювати. Тому що, от знов до Мартимянова вернемся. Він вже такий старий, що вже труситься. Там сидить і руки ,і ноги трясуться. Но, як то кажуть, на попелу би сидів, лиш би сидіти. Я вважаю, що це неправильно. Є заслужений отпуск чи отдых, то хай йдуть на пенсію». (40 р. М)</li> </ul>
<p>6. Відгуки інших пацієнтів</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Хоча відгуки про неї були не самі кращі, але ну просто не було виходу (25 р.)».</li> <li>- «Ну на початку я їй не особо довіряла. Того що погані відгуки про неї були. То того я не дуже сильно довіряла. От. Але коли на 24 тижні, здається, в мене знову ж таки було загострення нирок, в мене було запалення. Мені виписали антибіотики. А я думаю собі: “Е, що там Інна помімає, якщо про неї так погано говорять?” І я вирішила антибіотики не пити (25 р.)».</li> <li>- «Думаю, що самим важливим, чого я вибрала його були відгуки інших мам (25 р.)».</li> <li>- «До речі, про неї багато хто погано говорив, а до мене вона дуже добре відносилася. Вона так добре мені прийняла роди (21 р.)».</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Такий, щоб от питаєш чи він добрий врач, а люди не казали, що він гробить, а навпаки, що він лікує, що він добрий, хороший врач (70 р.)».</li> <li>- «Я ще так скажу, що до поганих лікарів люди не хочуть ходити, того, якщо мало людей хоче йти до нього, то це вже означає, що він не є хороший (70 р.)».</li> <li>- «Тьотя Люда вона не одну дитинку прийняла. Моя мама казала, що колись всі в районі хотіли потрапити до неї на зміну (32 р.)».</li> <li>- «нас в селі всі про всіх знають і про лікарів в тому числі. Мені так нахвалювали ту Паучачку, а Інну наоборот, а ти приходиш і зовсім не то (32 р.)».</li> <li>- «От про нього, дійсно, я ще ніколи не чула гарних слів» (40 р. М).</li> </ul>
<p>7. Надання послуг в позаробочий час</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «І: А для тебе важливо було, щоб лікар був 24/7 на зв'язку з тобою?</li> </ul> <p>Р: При вагітності да, бо того що в мене під час вагітності ще грип був почався сильний. Ну для мене це дійсно було важливо (25 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Важливо. Бо я хочу відчувати себе захищеною в будь-який момент (25 р.)».</li> <li>- «Вона сказала, що мені робити, сказала, щоб я їхала на прийомний покой. Вона подзвонила до чергової лікарки сказала, щоб та мене прийняла. Ну реально почала вночі мені все то казати, що мені робити (21 р.)».</li> <li>- «І така круглосуточна підтримка вона заспокоювала мене. Я після того випадку ще</li> </ul>

більше почала її поважати (ж. 21 р.)».

- «А так, якщо маєш хороші відносини з лікарем, то спиш спокійно. От як я тобі розказувала за Тамару Іванівну. Я вночі не трусилася, що ой, боже, що ж мені робити. Я знала, що запросто можу її набрати і так і зробила (21 р.)».
- «Я якось так привикла. Що нема чого тривожити людину у вихідний. От як привикла за Союзу, так і живу. Що нема діжурних, щоб відривати лікарку. Для чого тоді діжурні там сидять?» (72 р.).
- «Думаю, що тут по ситуації, то важливо, але і врача треба тожє розуміти (70 р.)»
- «А Паучачка мені зразу сказала, що в неї такі години прийому і лиш тоді можна до неї приходити чи дзвонити. Я одного разу її набрала в неділю, треба було мені дещо спитати, а вона трубки не взяла даже. В понеділок я вже пішла до неї, а вона даже вибачення не попросила, що не передзвонила до мене (32 р.)».
- «Та вона мені дала з самого початку свій номер і сказала мені, щоб якщо щось, то я зразу дзвонила до неї. Не то що та (32 р.)».
- «Вона приходить така недовольна, бо це вихідний день і так далі, і тому подібне (40 р.)».
- «Ну от випадок з першою моєю дитиною. То я можу сказати, що це дуже важливо. Я ж не знала, що таке може статися і на

	<p>7 місяці. А так лікар знає, яку роботу вибирав, що можуть всякі ситуації бути (40 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «А щоб лікар надавав свої послуги в позаробочий час?</li> </ul> <p>Р: - 100 процентів. Багато є такого, що щось стається і лікар має бути відповідальним за свого пацієнта в разі чого (42 р.)».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Бо, як то кажуть, нещасні випадки стаються і в позаробочий час, і посеред ночі. Да-да, це свого роду їхня клятва Гіппократу, що вони повинні допомагати людям. Да, це дуже важливо». (40 р. М)</li> <li>- «Ану який є вчитель, що затримується на роботі? Ті, що ще давні, то ті затримуються, а молодьож не хоче - “мало платять, мало платять”». (67 р.)</li> </ul>
<p>8. Лікар-авторитет</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Мені кажеється, що даже якби вона мені якусь фігну сказала, то я б все одно її послухала (21 р.)».</li> <li>- «щоб я могла своє здоров'я довірити (72 р)».</li> <li>- «Я от єдине, що хочу ще сказати, що в той час всі лікарів поважали, бо вони того заслужили. А зараз такого нема, бо ці лікарі вже вони ж лиш в карман дивляться і того до них нема поваги і не буде. Вони не є прикладом, як колись. Ті лікарі - на них ти міг розраховувати, він відповідав за тебе (72 р.)».</li> <li>- «Лікарі тоді і медсестри вони були такі совісні люди. Їм люди могли довіритися. Не було там такого, що щось вони там...(70 р.)».</li> <li>- «Може зараз би це і назвали погано, бо то просто як процес</li> </ul>

там, конвеєр такий, зараз то так якось інакше певно, але і то я не можу казати (70 р.)»

- «Ну лікар-друг то певно не для мого покоління. В нас якось інакше чи шо. У нас всі поважали лікарів. Не було такого, шо відкрито про них недобре говорили. Лікар то авторитет був, але він і справді був таким хорошим. Ну але це не були, як ви сказали, дружні відносини. Бо лікарів всі дуже поважали за їхнє добре серце (70 р.)»
- «Там було чи я буду робити, що він скаже, да? Ну да, буду, якщо мені діти не скажуть, що то якийсь такий лікар непонятний і до другого не запишуть, але да, буду (70 р.)».
- «Оце тоже важно. Ну бо, наприклад, призначають лікування, а шо до чого, ну сказали пити – пий. От в мене так було, от питають нашо ви то пили (ліки), а я шо скажу, мені сказали- я пила. Мені ж, шо сказали, то я і робила (70 р.)».
- «До нас, як приходив лікар на огляд, то всі сиділи і мовчали поки до них черга не дойде. Там лікаря ми сприймали, як власну таку людину. Ніхто і не пікав навіть нічого. В палаті була мертва тишина. Жінки відповідали лиш на ті питання, які лікар задавав. Як армія (42 р.)».
- «То ти ж хочеш нещасну десятку їй дати, тоді ж були гроші, дати. А ти не знаєш як, бо як старший лікар узнає - всьо: і мене з тою дитиною через вікно

	<p>викине. А тепер дай - тепер дай». (67 р.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- «А з меншою - не було молока і трохи важче було. А я кажу мамі: “Вже йде, вже йде”, а я як не печенячко ховаю, то молочко, бо трошки з молочком розводила. В 3 місяці в мене вже не було молока». (67 р.)</li><li>- «Поважали, бо строгота була. Була строгота від лікаря. А як же, як я не буду поважати». (67 р.)</li></ul>
--	--

**Оціночний бланк наукового керівника для дипломної роботи**

**Студент/ка: Городнюк О.В.**

**Науковий керівник/ка: Погоріла Н.Б.**

№	Критерії оцінювання	Бали (1 – найменша оцінка, 10 – найбільша)									
		Відхилення роботи без права публічного захисту									
	Наявність плагіату										
1	Чітко та добре оформлена робота, адекватні обсяг та структура	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Наявність в роботі та коректне застосування фахової соціологічної термінології	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Методологічна частина роботи: повнота та коректність аналізу праць дослідників з дотичної тематики	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Методична частина роботи: обґрунтування обрання та глибина опису методів дослідження	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Ефективність використання схем, таблиць тощо для підтвердження аргументів чи додаткового структурування матеріалу	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Новизна, оригінальність, творчий підхід в роботі	1	2	3	4	5					
7	Використання найновіших наукових публікацій та наукової літератури, написаної англійською мовою чи мовами країн ЄС	1	2	3	4	5					
8	Грамотично, синтаксично та стилістично правильний текст	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Якість висновків	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Адекватне використання джерел та їх коректний опис у списку літератури (оформлення списку літератури)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Робота написана без порушення кінцевих термінів виконання її структурних компонентів	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<b>ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ:</b>										

Коментар наукового керівника дипломної роботи:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

