

СТАН ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ (за матеріалами дослідження в Донецькій області)

В статті аналізуються результати дослідження щодо самооінки сільськими жителями стану здоров'я, їхніх поглядів на проблеми алкоголізму та наркоманії, а також на стан медичного обслуговування та пропозиції селян і спеціалістів щодо розв'язання цих проблем.

Вступ

В умовах сучасної ситуації в Україні, з обмеженим обсягом коштів, що їх держава може витрачати на соціальний захист населення, необхідною виявилась інформація про першочергові напрямки втручання.

Зважаючи на те, що здоров'я народу є найбільшою суспільною та особистою цінністю, яка значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального та культурного розвитку країни, його показники є важливим критерієм сталого людського розвитку, а право людини на охорону здоров'я в цивілізованому суспільстві визнане як одне з основних прав людини. Тому в сучасних умовах діяльність, спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я, слід вважати пріоритетним напрямком соціальної політики держави. Потреба в охороні здоров'я, характер та обсяг медико-санітарної допомоги визначається станом і динамікою здоров'я населення й умовами його формування [1].

Згідно з "Концепцією Національної програми відродження села на 1995—2005 роки" Державним комітетом статистики України станом на 1 січня 1996 року було проведено суцільне обстеження сільських населених пунктів. Зокрема, зазначалося, що особливої уваги потребує організація медичного обслуговування на селі. Так, за даними обстеження, третина сіл не мала жодного лікарняного закладу. Донецька область за результатами цього ж обстеження була однією з тих, де помічено найгіршу забезпеченість соціальною інфраструктурою. Вона увійшла до групи областей, де забезпеченість лікарняними закладами гірша, ніж в середньому по Україні, і складає 54—40 % від потреби [2].

В 1998 році в Донецькій області було розпочато проект підтримки розвитку агробізнесу, в

межах якого також передбачалися певні заходи і в соціальній сфері, оскільки, на думку авторів проекту, успішне реформування агропромислової сфери неможливе без істотних змін у соціальній сфері на селі. Брак інформації про стан справ у соціальній сфері сіл Донецької області обумовив нагальність даного дослідження. Дослідження було здійснено в жовтні 1998 р. групою, що складалася зі співробітників та слухачів магістерської програми Школи соціальної роботи НаУКМА.

Основною метою дослідження було визначення соціальних проблем та потреб сільських жителів обраного регіону, їхньої задоволеності існуючим соціальним обслуговуванням і соціальною допомогою, а також аналіз їхніх пропозицій щодо розв'язання названих ними проблем.

У цій статті представлено результати дослідження щодо самооінки сільськими жителями стану здоров'я, їхніх поглядів на проблеми алкоголізму та наркоманії, а також на стан медичного обслуговування та пропозиції селян і спеціалістів щодо розв'язання цих проблем [3—5].

Об'єкти і методи

Дослідження відбувалося в 5 селах Старобешівського (Сонцеве, Кам'янка, Краснопілля, Глинки, Перемога) та 4 селах Слов'янського (Олександрівка, Малинівка, Хрестище, Богородичі) районів Донецької області. Ці 9 сіл входять до складу 18 сіл, де три роки тому було розпочато реформування агропромислових підприємств.

Серед цілей дослідження, які планувалося досягти за допомогою методів фокус-груп та інтерв'ю, було визначення найнагальніших соціальних проблем регіону та шляхів розв'язання цих проблем (учасникам фокус-груп та інтерв'ю пропонувалося визначити п'ять найнагальніших

соціальних проблем, що існують в селі, та запропонувати можливі, на їхню думку, шляхи розв'язання цих проблем).

Матеріалом для аналізу були аудіозаписи проведених фокус-груп, сформованих за ознаками віку (з урахуванням побажань замовника від 10 до 79 років) та соціального статусу. Таким чином, було виділено 4 типи фокус-груп:

1. *Учні* (10—17 років).
2. *Робітники* 18—55/60 років, тобто не старші працездатного віку (колгоспники, працівники робітничих спеціальностей КСП тощо).
3. *Службовці* 18—55/60 років (вчителі, бухгалтери, лікарі).
4. *Пенсіонери* 55/60—79 років.

В ході дослідження було проведено 32 фокус-групи: 18 у Старобешівському та 14 у Слов'янському районах. В тому числі з 6 групами школярів, 8 — робітників, 9 — службовців, 9 — пенсіонерів. Всього в роботі фокус-груп взяли участь 302 сільські жителі.

Серед учасників вищевказаних фокус-груп з метою отримання повнішої інформації щодо предмета дослідження проводилось анкетування. Всього в анкетуванні взяли участь 326 осіб, з яких 41,4 % складали чоловіки, 58,6 % — жінки. Аналіз розподілу вибірки за віком показав, що співвідношення відхиляється від нормального переважно за рахунок високої частоти дітей 14—17 років, а також високої частоти групи пенсіонерів з віковими максимумами 60 та 70 років. Кількісна перевага респондентів цих груп була обумовлена попередньо. Учні старших класів — це група, яка безпосередньо реалізовуватиме основну частину проекту, орієнтовану на реформи в сільськогосподарській сфері. Група пенсіонерів є пріоритетною при плануванні соціальних послуг: утримується тенденція до старіння сільського населення, за результатами обстеження сільських населених пунктів Держкомстатом України на 01.01.96 питома вага осіб пенсійного віку становила 30 % [2]. Середній вік у вибірці становив 41,1 року (стандартна похибка 19,88). При цьому за віковими групами респонденти всієї вибірки розподілились таким чином: група осіб працездатного віку 18—55/60 років склала 50,0%, група осіб пенсійного віку — 28,8 %, група дітей (учнів) — 21,2 %.

Спеціально для даного дослідження було розроблено анкету, яка складалася з 14 розділів: Домогосподарство; Зайнятість; Інвалідність; Алкоголь, наркотики, злочинність; Охорона здоров'я; Допомога дітям та сім'ям з дітьми; Проблеми та потреби молоді; Проблеми та потреби людей похилого віку; Прибутки; Пільги; Дозвілля; Задоволеність та потреба в закладах освіти, медичного обслуговування, соціально-культур-

ного, побутового призначення; Інші проблеми; Соціально-демографічні характеристики респондентів.

Також було проведено 16 напівструктурованих інтерв'ю зі спеціалістами, що працюють у соціальній сфері (в територіальних центрах обслуговування одиноких непрацездатних громадян, соціальних службах для молоді, центрах зайнятості населення), представниками районних адміністрацій та головами органів місцевого самоврядування (головами сільрад).

Для обробки даних, отриманих у результаті проведення анкетування, було використано пакет SPSS. Матеріали фокус-груп та інтерв'ю оброблялися з використанням методів кодування та групування даних. За бажанням респондентів анкетування, фокус-групи та інтерв'ю проводилися російською мовою.

Отримані результати

Аналіз матеріалів, проведених фокус-групам, дозволив визначити за частотою згадування та середнім рейтингом проблеми (середній рейтинг проблеми визначався шляхом ділення суми всіх рейтингів, що їх було визначено для цієї проблеми, на кількість згадувань останньої) основні соціальні проблеми жителів досліджених сіл. Проблема медичного обслуговування ввійшла до п'ятірки найнагальніших проблем і посіла четверте місце (за частотою згадувань: 16 фокус-групами з 32 та середнім рейтингом 3). Передували проблемі медичного обслуговування проблеми безробіття — згадувалося 18 фокус-групами, середній рейтинг 2 (18; 2); транспортного сполучення (18; 3) та організації дозвілля (17; 4).

Слід зауважити, що здоров'я населення та якість медичного обслуговування залежать від різних аспектів умов життя. В тому числі матеріального і культурного рівня життя, умов праці та побуту, забруднення навколишнього середовища, розвитку фізичної культури, поширення шкідливих звичок (куріння тютюну, алкоголізм, наркоманія). Таким чином, і інші проблеми, що їх було визначено, дуже тісно пов'язані як із впливом на стан здоров'я населення, так і з можливостями медичного обслуговування. Так, названа проблема транспортного сполучення пов'язана з можливістю дістатися до закладів охорони здоров'я, або навпаки — лікарів до хворих. Серед інших, найчастіше згадуваних проблем, що впливають на стан здоров'я населення та особливості медичного обслуговування, зазначалися проблеми водопостачання (15; 2), газопостачання (10; 3), побутового обслуговування (10; 4), проблеми з паливом та опаленням (8; 2). П'ятьма фокус-групами називалися

проблеми екології (накопичення сміття, забруднення землі, водоймищ). Існування проблеми алкоголізму та наркоманії в числі п'яти найнагальніших проблем села були названі чотирма та однією фокус-групами відповідно.

Стан здоров'я сільського населення та медичне обслуговування

За результатами анкетування більшість респондентів (61,3 %) вважають стан власного здоров'я більш-менш нормальним (не добрим, але й не поганим). Не набагато відрізнялися частки респондентів, які оцінили стан власного здоров'я як добрий та як поганий: 16,3 % та 15,0 % відповідно. При цьому між рівнем суб'єктивної оцінки власного здоров'я та середньою кількістю відвідувань респондентом лікаря/медсестри за останній місяць спостерігався зворотний зв'язок. Чим частіше респонденти відвідували лікаря/медсестру, тим вони краще оцінювали власний стан здоров'я. Так, респонденти, які оцінили своє здоров'я як середнє, відвідували медичні установи протягом останнього місяця 0,46 рази (стандартне відхилення 0,87). При цьому 6,4 % респондентів, які відвідували лікаря/медсестру 1,76 рази за останній місяць (стандартне відхилення 2,12), оцінювали рівень свого здоров'я як дуже добрий, а 0,9 % респондентів, які відвідали лікаря/медсестру 0,33 рази (стандартне відхилення 0,56), вважали своє здоров'я дуже поганим. Середні значення кількості відвідувань лікаря/медсестри достовірно відрізнялись між групами респондентів, які оцінювали рівень власного здоров'я по-різному ($p < 0,001$). Серед причин нечастих відвідувань лікаря майже кожен третій респондент (31,6 %) відповів, що не може дозволити собі такі витрати, кожен четвертий (25,2 %) відзначив, що лікується самостійно або за допо-

могою родичів, 23,3 % обрали твердження "я рідко хворію", 16,0 % пояснили нечасті відвідування лікаря тим, що до нього важко дістатися.

Заслугує на увагу низька самооцінка здоров'я молодим поколінням. Як видно з таблиці 1, оцінка свого стану здоров'я респондентами віком від 18 до 28 та від 10 до 17 років є куди песимістичнішою порівняно з респондентами старших вікових груп. Так, серед тих респондентів, які оцінюють свій стан здоров'я як поганий, діти 10–17 років складають 55 %. З усіх респондентів свій стан здоров'я дуже поганим вважають тільки діти 10–17 років (3 респонденти). Жоден з респондентів 10–17 років не визначив свій стан здоров'я як дуже добрий, і тільки 1 — як добрий. Серед молоді віком від 18 до 28 років 60 % вважають свій стан здоров'я посереднім, третина — поганим і тільки 6,7 % (2 особи з 30) — добрим (див. таблицю).

Що стосується проблеми медичного обслуговування, то результати фокус-груп також свідчать про більшу стурбованість цією проблемою саме молодшого покоління. Так, серед фокус-груп з учнями проблема медичного обслуговування називалася майже кожною фокус-групою: 5 із 6 посіла друге місце за частотою згадування, серед фокус-груп з пенсіонерами згадувалася кожною другою групою (3 місце за частотою згадування), а серед службовців та робітників кожною третьою та четвертою групою (4 та 8 місця) відповідно.

Аналіз ступеня задоволеності сільських жителів медичним обслуговуванням дозволив отримати такі результати. Більше половини респондентів незадоволені станом медичного обслуговування, серед них 29,3 % респондентів повністю незадоволені, 22,8 % — радше незадоволені. Позитивно оцінили стан медичного обслугову-

Таблиця 1. Відповіді респондентів на запитання: "Як ви оцінюєте стан свого здоров'я?"

Стан здоров'я	Кількість	Відсотки
Група респондентів віком від 10 до 17 років		
Добрий	1	1,4
Посередній	38	55,1
Поганий	27	39,1
Дуже поганий	3	4,3
Всього	69	100
Група респондентів віком від 18 до 28 років		
Добрий	2	6,7
Посередній	18	60,0
Поганий	10	33,3
Всього	30	100

вання менше третини респондентів, серед яких 10,5 % цілком ним задоволені, 20,4 % радше задоволені. Водночас значній частці респондентів (17,0%) було важко дати оцінку. Проведений кростабуляційний аналіз не виявив зв'язків між суб'єктивною задоволеністю сімей респондентів медичним обслуговуванням та кількістю відвідувань лікаря/медсестри за останній місяць. Разом з тим, спостерігався зв'язок суб'єктивної задоволеності сім'ї медичним обслуговуванням з наявністю та якістю роботи медпункту ($\text{Chi-Square} = 30,71, \text{DF} = 8, p < 0,001$) та лікарні ($\text{Chi-Square} = 19,31$) ($\text{DF} = 6, p < 0,01$). Так, достовірно частіше, ніж очікувалось, респонденти відмічали повну задоволеність сім'ї медичним обслуговуванням, якщо, на їхню думку, медпункт працював добре, достовірно рідше, якщо він працював погано ($p < 0,05$). Респонденти не були задоволені медичним обслуговуванням достовірно рідше, якщо медпункт працював погано ($p < 0,05$) і достовірно частіше, якщо його в селі не було, але їм хотілось, щоб він був ($p < 0,01$). Респонденти були повністю задоволені медичним обслуговуванням достовірно частіше, ніж очікувалось, якщо лікарня працювала добре ($p < 0,05$) і достовірно рідше, якщо її в селі не було, але їм хотілось би, щоб вона була ($p < 0,01$).

Пропозиції сільських жителів щодо покращення медичного обслуговування

Проблеми медичного обслуговування зазначалися в 16 фокус-групах в тому числі як окремі проблеми було названо відсутність лікарні, швидкої допомоги та поганий стан здоров'я жителів. Аналіз ситуації виявив брак не тільки вузьких спеціалістів, а й такий факт, що в багатьох селах немає навіть лікаря. Існує проблема з медикаментами та медичним обладнанням (як діагностичним, так і лікувальним). Виходячи з ситуації учасниками фокус-груп були внесені такі пропозиції для покращення медичного обслуговування:

- *"Построить новое здание больницы, или отремонтировать уже имеющееся свободное здание, кадры для работы в больнице в селе есть".*

- *"Приобрести машину скорой помощи, которая бы при необходимости могла доставить в районную больницу".*

- *"Создать график, согласно которому в село приезжали бы специалисты, участковый. График есть, но он не соблюдается, необходимо, чтобы в районном управлении здравоохранения следили за выполнением графика".*

- *"Нужно либо установить контроль за работой медсестры, либо уволить ее".*

- Недостатньо існування тільки одного ФАПу в селі (*"и тот собираются закрывать"*).

Потрібно, щоб в селі був хоч би один лікар (*"Раньше больничный открывали здесь, а теперь..."*), *"неплохо было бы иметь стоматолога, хирурга, дерматолога"*.

- Придбати медичне обладнання, в т. ч. для електрофорезу, УВЧ, рентгену.

- *"Построить жилье — тогда станет возможным приезд в село на постоянную работу врача".*

- *"Обеспечить медпункт медикаментами".*

Задля розв'язання проблеми поганого здоров'я пропонувалось побудувати спортивно-оздоровчий комплекс для дорослих та дітей зі спортивним залом, з тренажерами, оздоровчими процедурами, басейном.

Щодо оплати за медичні послуги, то згоди в цьому питанні серед учасників фокус-групи не було. Люди молодшого віку, в тому числі учні, бачили рішення проблеми у встановленні оплати за медичні послуги (*"пускай бы это было платно, все равно люди ходили бы, даже если визит к вра чу стоил около пяти гривен"*). Люди старшого віку, переважно пенсіонери, навпаки, висловлювались за безплатні медикаменти та медобслуговування.

Проблеми алкоголізму та наркоманії з точки зору сільських жителів

Проблема алкоголізму

За результатами анкетування — 66,9 % всіх респондентів вказали, що в їхньому селі існує проблема алкоголізму. Наявність цієї проблеми відзначили більшість респондентів — 92,8 % (64) учнів, 66,0 % (62) пенсіонери, 56,4 % (51) дорослих працездатного віку. При цьому найбільший відсоток респондентів, що підтвердили наявність проблеми алкоголізму, відзначався в селі Краснопілля — 88,9 % (32), найменший відсоток — 37,1 % (13) в с. Кам'янка (разом з цим у Кам'янці майже третині респондентів — 31,4 % — було важко визначити, чи існує проблема алкоголізму в їхньому селі). При кростабуляційному аналізі було встановлено зв'язок між твердженням респондентів про наявність проблеми алкоголізму в селі і соціальним статусом ($\text{Chi-Square} = 61,44, \text{DF} = 8, p < 0,001$), а також статтю ($\text{Chi-Square} = 11,63, \text{DF} = 2, p < 0,001$). Проблема алкоголізму вірогідно рідше, ніж очікувалося, відзначалася колгоспниками і робітниками КСП ($p < 0,001$). Вірогідно частіше на проблему алкоголізму вказували учні ($p < 0,01$) і вірогідно рідше ця група респондентів давала відповідь "не знаю" ($p < 0,05$). Проблема алкоголізму вірогідно рідше, ніж очікувалося, відзначалася чоловіками ($p < 0,05$).

Проблема наркоманії

Щодо проблеми наркоманії, то відповіді респондентів розділися таким чином: існує —

27,3 %, не існує — 32,2 %, не знали — 40,5 %. В різних селах частка респондентів, яким було важко відповісти на це питання, коливалась у межах 22,4—58,3 %, що набагато більше ніж при відповідях на питання щодо існування проблеми алкоголізму (2,8—31,4 %).

За результатами анкетування існування проблеми наркоманії відзначили 43,5 % (30) дітей, 26,4 % (43) дорослих працездатного віку і 17,0 % (16) пенсіонерів. При цьому частка респондентів, котрі відзначили існування проблеми наркоманії, по різних селах коливалась від 65,3 % (32) в с. Сонцеве до 0,0 (0) в с. Глинки.

В процесі проведення фокус-груп більшість респондентів зазначали проблеми алкоголізму та наркоманії після обговорення проблем безробіття чи проведення дозвілля, оскільки вважали їх похідними від вищезгаданих проблем. Разом з тим, наприклад, у с. Сонцеве, де за результатами дослідження спостерігається найкраща ситуація з забезпеченістю закладами соціальної інфраструктури і найбільшим рівнем задоволеності населення їхньою роботою, більшість респондентів порівняно з іншими селами визнали існування наркоманії в їхньому селі.

Слід зазначити, що проблему алкоголізму та наркоманії не визначали як важливу фокус-групи робітників.

Погляди спеціалістів на проблему медичного обслуговування, проблеми алкоголізму та наркоманії

За частотою згадування спеціалістами (6 з 16) проблема медичного обслуговування ввійшла до п'ятірки найнагальніших проблем села і посіла третє місце (середній рейтинг 3). Частіше за неї спеціалісти називали проблеми з паливом та опаленням (згадувалися 9 спеціалістами, середній рейтинг проблеми — 1); проблеми допомоги людям похилого віку (7; 2). Окрім цих, до п'ятірки найважливіших проблем села увійшли проблеми з водопостачанням (5; 3) та безробіття (4; 2). Так само по 4 рази, але вже з середнім рейтингом 4, згадувалися проблеми алкоголізму, транспортного сполучення, організації дозвілля, злочинності. Існування проблеми наркоманії було зазначено 3 спеціалістами.

Медичне обслуговування

Проблеми медичного обслуговування з точки зору спеціалістів полягають у тому, що:

"Сегодня идет тенденция закрытия медицинских учреждений";

"ФАПы закрываются, поскольку их перевели на местный бюджет и на них мало выделяют средств";

"Нет самых необходимых лекарств первой помощи";

"С многих сел очень трудно добираться до врача: или пешком, или несколькими автобусами. Скорую помощь часто вызвать невозможно, потому что в селе только один телефони тот не работает".

Як окрему проблему було названо забезпечення паливом машини швидкої допомоги: *"Я не могу гарантировать, что машина скорой помощи в любой момент готова выехать, а от этого зависит чья-то жизнь. Бывают такие случаи, чтобы отвезти человека в больницу, он должен принести бензин".*

Пропонувалося:

- Ввести в районній поліклініці суботу робочим днем.

- Розширити мережу аптек на селі (у тому числі виїзних).

- Організувати виїзди лікарів 1—2 рази на місяць у села.

- *"Открыть в селах хорошие медпункты хотя бы с одним квалифицированным врачом, с медсестрой, которая сама ходила бы по домам и выявляла больных".*

- *"Открывать медицинские пункты на юридической основе, чтобы врач мог давать больничный лист".*

- *"Чтобы можно было приходить в медпункт на медицинское обследование, оборудовать их стома тологическими кабинетами, рентген-кабинетами, хотя бы выездными".*

- Спеціалісти, як і сільські жителі, пропонували перейти на платне медичне обслуговування, що, на їхню думку, краще, ніж узагалі нічого: *"вполнереально было бы открыть платные приемы у врача с определенными льготами для пенсионеров".*

- *"Обеспечить машинами скорой помощи, а также бензином все имеющиеся в районе больницы".*

Проблеми алкоголізму, наркоманії, поширення СНІДу

Проблеми алкоголізму і наркоманії згадувалися тричі. Ще одним спеціалістом окремо була названа проблема алкоголізму, з уточненням, що *"проблемы с наркотиками не существует: некоторые пробуют курить "травку", но бросают, а более серьезных наркотиков никто не употребляет".* Проблема поширення СНІДу згадувалася один раз. Респондент із Старобешівського району навів статистичні дані, що в районі на обліку стоїть 23 ВІЧ-інфікованих і хворих на СНІД, в основному це ін'єкційні наркомани. Причиною виникнення вищезгаданих захворювань, як правило, називали відсутність можливостей для цікавого проведення дозвілля. Хоча було висловлено й іншу думку: *"Для того, чтобы люди пере-*

стали пить, нужно, чтобы начали платить зарплату, потому что когда денег мало, то главное — чтобы хватило на водку, а когда их будет достаточно, топить будет хотеться меньше. Если бы у людей была возможность тут лечиться от алкоголизма, то часть лечилась бы. Начинает пить молодежь. Но им есть что делать, в селе работает клуб, там есть секции, в свободное время есть чем заняться, то есть, почему они начинают пить — непонятно, и что с этим делать — неизвестно".

Можливо, у цьому селі варто прислухатися до поради іншого спеціаліста, що у розв'язанні проблем наркоманії, алкоголізму, СНІДу основне місце відводить профілактиці. Він розповів про роботу, що вже ведеться в цьому напрямку:

"В районе работает выездная бригада в составе работника центра, нарколога, венеролога, представителя милиции. Бригада периодически выезжает в школы и другие учебные заведения районного центра и сел, а также в места массового отдыха молодежи, где в увлекательной и интересной форме рассказывают об этих болезнях и о том, как от них уберечься, раздают буклеты, брошюры, календарики, которые несут разъяснительную информацию о наркотиках, наркомании как болезни, о СПИДе".

Висновки та пропозиції

Проблема медичного обслуговування є однією з гостріших на селі. Аналіз ситуації виявив брак не тільки вузьких спеціалістів, але і такий факт, що в багатьох селах немає навіть лікаря. Існує проблема з медикаментами та медичним обладнанням (як діагностичним, так і лікувальним). Надзвичайно актуальною є проблема забезпечення сіл швидкою допомогою.

Очевидно, що стан здоров'я сільського населення та медичне обслуговування тісно пов'язані з соціально-побутовими умовами. Серед найбільш значущих соціальних проблем, які визначали сільські жителі і які впливають на стан здоров'я сільського населення та медичне обслуговування, це проблеми опалення, водо- та газопостачання, транспортного сполучення, екологічні проблеми.

Заслугує на увагу низька суб'єктивна оцінка рівня власного здоров'я дітьми та молоддю.

Виходячи з реальної ситуації, найбільш ймовірним з того, що можливо здійснити в сучасних умовах, є:

- запровадження окремих платних медичних послуг з наданням пільг (за рахунок місцевих бюджетів) самотніми пенсіонерами та інвалідами;
- створення на обласному та районному рівнях мобільних пересувних діагностичних лабораторій, стоматологічних кабінетів;
- проведення профілактичних оглядів жителів сіл виїзною бригадою спеціалістів за встановленим графіком;
- створення резервного фонду пального для машин швидкої допомоги;
- залучення, по можливості, коштів місцевих КСП (колективних сільськогосподарських підприємств) для фінансування витрат, пов'язаних з медичним обслуговуванням та профілактичними напрямками (наприклад, організації умов для занять фізкультурою і спортом);
- створення виїзних аптек.

Більше уваги необхідно приділяти профілактиці алкоголізму та наркоманії серед молоді перш за все збільшенням можливостей проведення дозвілля.

1. Україна: Людський розвиток. Звіт. ПРООН, 1998.
2. Соціальні проблеми становища сільської родини в умовах розбудови незалежної України. К.: Академпрес, 1998.— 152 с.
3. Іванова О. Л. Соціальні проблеми на селі та шляхи їх розв'язання з точки зору сільських жителів// Наукові записки НаУКМА. Том 7: Політологія. Соціологія.— К.: Видавничий дім "KM Academia", 1999. С. 80—86.
4. Іванова О. Л. Найвразливіші соціальні групи на селі, їхні проблеми та шляхи їх розв'язання з точки зору сільсь-

ких жителів та спеціалістів// Наукові записки НаУКМА. Том 9: Політологія. Соціологія. Спецвипуск у 2-х частинах. Ч. II.— К.: Видавничий дім "KM Academia", 1999. С. 264—269.

5. Іванова О. Л. Соціальні аспекти умов життя сільського населення // Соціальні виміри суспільства / Збірка наукових робіт молодих науковців. Випуск 3. К.: Інститут соціології НАН України, 1999. С. 137—152.
6. На той час це складало приблизно \$1.3—1.4 USA.

Ivanova O. L.

**HEALTH AND MEDICAL SERVICE VILLAGERS
(on the basis of the research done
in the Donetsk region)**

The article includes the results of the research, which was done in October 1998 within the frames of joint Ukrainian — British project on support of the development of agricultural business in Donetsk oblast.

This article includes analysis of research on rural inhabitants focused on their evaluation of state of health, substance abuse, quality of medical services as well as possible solutions of these problems proposed by villagers and professionals.