

Олена Олійник

Запровадження радянської моделі охорони здоров'я у західноукраїнському селі (1945–1951 рр.)

В статті розглядається процес запровадження радянської моделі охорони здоров'я на західноукраїнських землях, аналізуються кількісні та якісні характеристики сільських медичних закладів, реальні проблеми і труднощі їхнього функціонування у західноукраїнському селі. Простежується також організаційний дисбаланс у кількості закладів охорони здоров'я у східних та західних областях України.

In the article discussed the process of introducing the Soviet model of health care in Western Ukrainian states, analyzed the quantitative and qualitative characteristics of rural health care institutions, real problems and difficulties in their operation in Western Ukrainian Village. Organizational imbalance in the number of health facilities in the eastern and western regions of Ukraine is revealed.

Одним із найбільш важливих та об'єктивних елементів оцінки соціально-побутової інфраструктури будь-якого регіону є особливості організації та функціонування охорони здоров'я. Із приєднанням західноукраїнських земель до складу СРСР на них було розпочато запровадження радянської моделі охорони здоров'я (розробленої академіком О. М. Семашком в 1919 р.). Однак, Друга світова війна не тільки перервала, але й загальмувала цей процес, який було відновлено лише у повоєнний час. В період 1946–1950 рр. передбачалося створити у західноукраїнських селах розгалужену мережу медико-санітарних закладів, підвищити якість надання медичної допомоги населенню, досягнути повної ліквідації небезпечних інфекційних захворювань, суттєво знизити смертність серед селян. Ця проблема мала висвітлення у вітчизняній історіографії [1; 3; 4; 5; 6; 8]. Радянська історична література акцентувала увагу на проблемах і труднощах дорадянської системи охорони здоров'я у Західній Україні, перебільшувала досягнення передової радянської моделі надання медичної допомоги селянам у повоєнний період. Сучасна українська історіографія намагається об'єктивно висвітлити кількісні та якісні характеристики сільських медичних закладів, з'ясувати реальні проблеми і труднощі їх функціонування у західноукраїнському селі [10; 11; 12].

Первинним матеріалом для цього наукового дослідження стали профільні публікації періодичних місцевих часописів та архівні матеріали (акти, звіти перевірки стану обслуговування сільського населення, рішення обласних та селищних рад про стан медико-санітарного обслуговування трудящих області, статистичні дані про стан сільської лікарської мережі та укомплектування сільської лікувальної мережі та ін., а також матеріали доповіді на колегії Міністерства охорони здоров'я СРСР та ін.) із Центрального Державного архіву вищих органів влади та управління (далі ЦДАВО), Державний архів Тернопільської області (далі ДАТО). Методами дослідження визначено: історичний, контент- та структурно-логічний аналіз, а також методи системного підходу.

Особливості застосування радянської моделі охорони здоров'я у західноукраїнських селах Тернопільської, Львівської, Станіславської та Чернівецької областей стали домінуючими у дослідженні. Вивчення первинних матеріалів дозволило нам здійснити аналіз та порівняльну характеристику сільської лікувальної мережі східного та західного регіонів України, а також охарактеризувати ступінь укомплектованості лікувальних дільниць лікарським та середнім медичним персоналом (табл. 1) [14].

Виходячи з даних, наведених в Табл. 1 про стан сільської лікувальної мережі на

01.01.1941 р., можна стверджувати про кількісну перевагу сільських медичних закладів Східних областей України над аналогічними закладами у Західних областях. Так, співвідношення сільських лікарень, фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП), аптек (аптечних пунктів) у східних та західних областях складало – 9,8:1; 8,2:1; 5,2:1; (12,2:1) відповідно. Станом на 01.01.1946 р. зазначені співвідношення були такими – 6,1:1, (4:1), 5,6:1 (12,2:1). Наведені дані свідчать про зменшення кількості лікарень та ФАП в Східних областях у 1946 р. щодо 1941 р, та тенденції до збільшення кількості даних лікувальних закладів у Західних областях. Кількість аптек та аптечних пунктів у областях, які порівнюються, залишилася відносно незмінною.

У перші роки після війни найголовнішим завданням, яке потребувало неабияких зусиль з боку радянських органів влади, стало відновлення зруйнованих медичних закладів і створення їх оптимальної мережі у західноукраїнському селі. Незважаючи на те, що відбудова сільських лікувальних закладів у західному регіоні відбувалася значно швидше, ніж у східних областях (як видно з даних таблиці), все ж не вдалося досягти оптимальної кількості лікарень, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів у сільській місцевості, наприклад, у Станіславській області на 1951 р. не було відкрито жодної дільничної лікарні у Коржівському, Яремчанському, Снятинському районах. Із 34 районів Станіславської області у 20-ти зовсім не було лікарень [15].

Мережа медичних закладів у західноукраїнському селі залишалася недостатньо ефективною щодо надання медичної допомоги. Свідченням чого є те, що «в ряді районів Станіславської області є по одній – дві лікарні. По медичну допомогу колгоспнику, який проживає на території такого району, потрібно звертатися до лікарні, розташованої за 15–20 км. У Жаб'євському районі один медичний працівник обслуговує дільницю у радіусі 12–15 км» [7]. Більш розгалуженою була мережа медичних закладів у Львів-

Таблиця 1. Стан сільських лікувальних мереж Східних та Західних областей України (у 1941 та 1946 рр.)

Критерії характеристики		На 01.01.1941	На 01.01.1946
Лікарні	Східні обл.	1071	996
	Західні обл.	109	161
Фельдшерські, акушерські, та фельдшерсько-акушерські пункти	Східні обл.	7491	6192
	Західні обл.	913	1532
Аптеки	Східні обл.	1187	922
	Західні обл.	227	165
Аптечні пункти	Східні обл.	5168	5543
	Західні обл.	192	452

ській області. Тут, на початку 50-тих рр. лише у трьох районах не було лікарень [16]. В цілому, забезпечення сільського населення лікарняними ліжками у західних областях України на початку 50-их рр. було доведено до 1,9 ліжок на тисячу населення при нормі – 3 [17].

Проблему покращення роботи медичних закладів було розглянуто на Всесоюзній нараді з охорони здоров'я, яка відбулася у квітні 1949 р. Вона сформулювала такі головні принципи подальшого поліпшення медичного обслуговування сільського населення: сільська лікарняна дільниця має стати закладом, де жителі села зможуть отримати кваліфіковану лікарську допомогу. За зниження захворюваності сільського населення мають боротися в єдиному комплексі дільнична, районна, обласна лікарні разом з районною санітарно-епідеміологічною службою. Здійснити якнайшвидше спорядження сільських лікарень лабораторним обладнанням, хірургічним інструментарієм, фізично-терапевтичним та рентгенівськими установками. Зміцнити фельдшерсько-акушерські пункти, перетворивши їх на форпости дільничних лікарень з подання невідкладної медичної допомоги населенню і здійснення профілактичних заходів [11].

Сільська лікарняна дільниця, що була основним лікувально-профілактичним закладом на селі, могла більш менш впоратися із завданням наближення до сільського населення загальної лікарської допомоги, але ні за структурою, ні за штатними можливостями вона не була здатною вирішити складну проблему спеціалізованого лікарського обслуговування.

Важливим напрямом запровадження радянської моделі охорони здоров'я стало створення оптимальної мережі медичних закладів в українському селі. У відповідності до постанови Кабінету Міністрів СРСР від 3 жовтня 1949 р. «Про впорядкування мережі та встановлення єдиної номенклатури закладів охорони здоров'я» визначалася структура сільських медичних закладів: дільничні лікарні на 50; 55; 25; 15; 10 ліжок залежно від кількості населення, яке обслуговувалося, сільські амбулаторії чотирьох категорій та фельдшерсько-акушерські пункти [9].

Недоліком організації сільської медичної мережі було те, що в селах розгорталися малопотужні медичні заклади на 10–15 ліжок [13], переважно за рахунок використання для цього різноманітних непристосованих приміщень. Так у акті обстеження медичних закладів Заложцівського району Тернопільської області зазначалося: «Більшість фельдшерсько-акушерських пунктів знаходиться у приватних приміщеннях під солом'яним дахом, території їх не обгороджені, складаються з однієї кімнати із земляною долівкою, вкрай недостатньо оснащені інструментами та приладами. Характеризуючи стан сільських лікарень варто зазначити, що коридори їх вузькі, темні, відсутні кімнати для роздачі їжі, немає їдалень для ходячих хворих, побутові умови хворих у таких малопристосованих для лікарень приміщеннях важкі і незадовільні» [2].

За проаналізованими архівними джерелами виявлено, що наступною об'єктивною причиною незадовільного надання медичної допомоги сільському населенню було неуконструктування середнім медичним персоналом та кваліфікованими лікарями відповідних посад у сільських лікувальних закладах. Так, під час перевірки стану роботи сільських лікарень і організації лікувально-профілактичного обслуговування сільського населення у Станіславській області на 1 січня 1951 р. з'ясувалося, що у Богородчанському, Вайнілівському, Обертянському, Снятинсько-

му, Тисьменецькому, Чернолицькому районах не було жодного лікаря у сільських дільничних лікарнях, посади лікарів посідали фельдшер, або акушерка [18]. Із 31 району Львівської області у 14 були відсутні лікарі фтизіатри, у 12-ти – стоматологи, у 9-ти – хірурги, у 8-ми – акушері-гінекологи, у 4-ох – санітарні лікарі, у 2-ох – педіатри [19].

Про якість надання медичної допомоги у вищезазначених умовах може свідчити історія хвороби Орловської С. М., мешканки села Дубівці, Станіславської області. 23 травня 1951 р. вона звернулася до фельдшера по допомогу, який, не з'ясувавши причин високої температури хворої, направив її в Жовтневу районну лікарню з діагнозом «післягрипозний стан». В цей же день їй було встановлено новий діагноз без лабораторного і рентгенівського обстеження – туберкульоз легенів. Незважаючи на діагноз, хвору відправили додому, де вона і з травня по серпень 1951 р. була вдома, не перебуваючи на обліку і не отримуючи медикаментозного лікування. Лише у серпні, хвора у стані передсмертної агонії була оглянута лікарем, який констатував останню стадію туберкульозу, у результаті чого Орлова С. М. померла. Однією з причин смерті була відсутність кваліфікованих фахівців, незадовільна лікувально-діагностична робота в Маринопільській дільничній лікарні та халатне, непрофесійне ставлення середнього медичного і лікарського персоналу [20].

Разом з тим, потрібно зазначити вкрай незадовільне забезпечення сільських лікарень медикаментами та інструментарієм. Так, під час перевірки дільничної лікарні у селі Делієво, Станіславської області, було «виявлено відсутність найнеобхідніших ліків і приладів. Протягом кількох місяців у цій лікарні не було йоду, аспірину, стрептоциду, вазеліну, іхтіолової мазі, протиправцевої сироватки. На всю лікарню був один термометр» [21]. Все це призвело до того, що хворі за власні кошти купували необхідні медикаменти. Окрім того, слід вказати на проблеми із забезпеченням стаціонарних хворих продуктами харчування. Наприклад, хворі, у вищезазначеній лікарні, у 1951 р. не отримували хліба протягом 112 днів, цукру – 55 днів, жирів – 63 дні, круп – 87 днів, калорійність їхнього харчування у березні склала 12,5 %, а в квітні – 13,7 % від норми [22].

Нерідко не лише дільничні, але й районні лікарні мали незадовільні умови для роботи. Так, районна лікарня у місті Магерові Львівської області, як свідчать результати перевірки, проведеної у 1951 р., «знаходилася в будівлі, яка зовсім не відповідала своєму призначенню. У лікарні не було санпропускника, ізолятора, операційного та інфекційного відділень. Через це, інфекційні хворі госпіталізувалися у інші райони. Районна амбулаторія розміщена у приміщенні, яке має всього 3 кімнати, через це, лікарі змушені вести прийом терапевтичних, туберкульозних, венеричних і хірургічних хворих в одному кабінеті. У ще гірших умовах знаходилася амбулаторія лікарської дільниці у селі Лавриново. Остання розташована у приміщенні, яке складається з однієї кімнати, яка є одночасно кабінетом для прийому хворих й квартирою лікаря» [23].

Одним з прогресивних напрямів, який розвивала радянська модель охорони здоров'я, було надання медичної допомоги при пологах сільським породіллям. Як правило, селянки народжували дітей в домашніх умовах, без фахової медичної допомоги. Радянський Уряд задекларував необхідність повного охоплення медичною допомогою при пологах на Західній Україні. З цією метою вирішено було адаптувати практичний досвід Наддніпрянської України у наданні такого виду послуг охорони здоров'я матері і дити-

ни, зокрема, організацією колгоспних пологових будинків. Проте, якість медичної допомоги у них, побутові умови породіль і дітей залишалися проблемними і надто низькими.

«Первинна санітарна обробка хворих, у тому числі інфекційних та породіль здійснюється у одній і тій самій кімнаті площею 6,25м², інша прохідна кімната використовується як ізолятор. Її площа складає всього 3,75м². Одночасно вона слугує санпропускником. На день перевірки тут знаходилась хвора на черевний тиф» [24].

Відсоток сільських породіль, охоплених стаціонарною медичною допомогою у 1951 р. склав у Яворівському районі Львівської області – 23,3 %, у Вінниківському – 23,8 %, Широцькому – 33,3 %, Сокольському – 34,4 %, Шарнянському – 35,1 %, Нестерівському – 39 %, Ново-Яричевському – 45 % [25]. Та рівень медичного обслуговування у стаціонарних медичних закладах (лікарнях, фельдшерсько-акушерських пунктах) залишався на низькому рівні, і незважаючи на те, що мережа пологових лікарень та відповідних акушерських пунктів збільшувалась, незадовільні побутові умови та якість медичної допомоги примушували жінок народжувати дітей у домашніх умовах.

Через недбалість та низьку кваліфікацію медичних працівників, відсутність медичної допомоги при пологах чимало сільських породіль гинуло. Так, 30 жовтня 1951 р. у районну лікарню Станіславської області була доставлена без супроводу медичного працівника породіль Дячок К. П. у стані агонії. З'ясувалося, що після народження дитини в домашніх умовах у неї почалися післяпологові ускладнення, було викликано фельдшера, який, не надавши їй медичної допомоги, направив у дільничну лікарню. Чергова медсестра, оглянувши хвору на підводі, не викликавши лікаря, направила її у Маринопільську районну лікарню. Там вона була оглянута на підводі черговою медсестрою, після чого направлена у Жовтневу районну лікарню де і померла, оскільки медична допомога їй не надавалась протягом 15 год. 30 хв. [26].

Відсутність у медичних закладах транспортних засобів призводила до того, що значна частина хворих на пневмонію, туберкульоз у віддалених селах не отримувала своєчасної кваліфікованої медичної допомоги. Колгоспи теж не надавали транспортні засоби для транспортування хворих, у зв'язку з чим хворі госпіталізувалися із великим запізненням. Нерідко це мало летальні наслідки [27].

Отже, упродовж перших повоєнних років 1946–1951 рр. простежується організаційний дисбаланс у кількості закладів охорони здоров'я (лікарні; фельдшерські, акушерські, фельдшерсько-акушерські пункти; аптеки, аптечні пункти)

у східних та західних областях України, що швидше мав суб'єктивний характер (неякісна адаптація до регіональних особливостей радянської моделі охорони здоров'я).

Рівень медичної допомоги населенню у західноукраїнському селі не відповідав потребам. Насамперед, це стосувалося доступності медичної допомоги через брак на селі, по-перше, лікарень, фельдшерських, акушерських та фельдшерсько-акушерських пунктів; по-друге, фахово підготовленого лікарського та середнього медичного персоналу; по-третє, незадовільне ресурсне забезпечення; по-четверте, відсутність санітарного транспорту.

Наявні проблеми і труднощі обґрунтовувалися не лише наслідками війни, але й тим, що в моделі системи охорони здоров'я СРСР передбачалось фінансування виключно за залишковим принципом, що не дозволяло створити умови для якісного надання медичної допомоги сільському населенню.

1. *Виноградов Н. А.* Здравоохранение в послевоенный период. Лекции по организации здравоохранения для врачей // Под общей ред. Н. Хмелева. М.: Мед. изд., 1955. – 67 с. 2. Державний архів Тернопільської області (ДАТО). – Ф. 1853. – Оп. 3. – Спр. 208. – Арк. 451. 3. Досягнення охорони здоров'я в Українській РСР В 3-х т. За ред. А. Е. Романенко. – Т. 1. К.: Держ. Мед. Видавництво УРСР, 1958. – 726 с. 4. Здравоохранение в Украинской ССР. Пути и итоги развития. К., Здоров'я, 1987. – 460 с. 5. *Каган С.* Основні досягнення соціалістичної охорони здоров'я в УРСР. (Матеріали до лекції). – Серія X. – 21. – К., 1957. – 47 с. 6. *Кононенко И. Ф.* Здравоохранение Украины на пути к полному возрождению // Врачебное дело. – 3314. – С. 97–104. 7. Медичну допомогу селу на рівень сучасних вимог // Прикарпатська Правда. – 1952. – 9 березня. 8. Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине // Под ред. Б. Д. Петрова, В. Д. Братуся, К. Д. Дулленко. – К., Гос. мед. изд-во УССР, 1954. – 437 с. 9. *Пиварчук В.* Західноукраїнське суспільство і соціальна політика сталінського режиму. Запровадження сталінської моделі у соціально-побутовій сфері // Історія в школі. – 1998. – № 12. – С. 8. 10. *Рибак І. В.* Соціальна інфраструктура українського села: зміни, труднощі, проблеми (20-ті поч. 90-х рр. XX ст.). – К., Рідний Край, 1997. – 165 с. 11. *Рибак І. В.* Соціально-побутова інфраструктура українського села (1921–1991 рр.). – Кам'янець-Подільський, 2000. – 304 с. – С. 143. 12. *Рибак І. В.* Стан соціально-побутової сфери українського повоєнного села (1946–1955 рр.) // Укр. істор. журн. – 1994. – № 1. – С. 65–72. 13. *Хелимский А. М.* Нужны ли карликовые больницы // Врачебное дело. – 1954. – № 8. – С. 734. 14. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (далі ЦДАВОУ). – Ф. 342. – Оп. 14. – Спр. 4940. – Арк. 22. 15. ЦДАВОУ. – Ф. 342. – Оп. 14. – Спр. 513. – Арк. 30. 16. ЦДАВО України. – Ф. 342. – Оп. 14. – Спр. 513. – Арк. 30. 17. ЦДАВО України. – Ф. 342. – Оп. 14. – Спр. 513. – Арк. 31. 18. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 50. – Арк. 9. 19. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 513. – Арк. 29. 20. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 515. – Арк. 6. 21. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 515. – Арк. 15. 22. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 513. – Арк. 7. 23. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 513. – Арк. 35. 24. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 513. – Арк. 4. 25. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 513. – Арк. 31. 26. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 513. – Арк. 6. 27. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 15. – Спр. 513. – Арк. 36.

Валентина Петрикова

Інформаційна культура М. Грушевського в національній соціокультурній творчості

В статті розглядаються особливості інформаційної культури М. Грушевського як яскравого представника гуманітарного знання, який готував наукову спільноту України початку XX ст. до сприймання теорії циклічності розвитку світової цивілізації за умов еволюції гуманітарного знання третьої і подальших епох подвоєння інформаційних ресурсів.

Features of information culture by Hrushevs'ky as a bright representative of humanities, who prepared the Ukrainian scientific community early twentieth century, assist to the theory of cyclical perception of the world civilization in terms of the evolution of human knowledge of third and subsequent periods doubling of information resources are analyzed in the article.

Постать М. Грушевського в науковій біографістиці України завжди асоціюється з історичними процесами, що відбувались і є завершеними в національному соціокуль-

турному просторі. Наукові праці вченого розглядаються як національне надбання періоду його життєдіяльності. Минулий час став суттєвою ознакою семантики текстів ба-