

УДК 930.1(477). «1945/1965»

О.Ф. НІКІЛЄВ

СІЛЬСЬКА МЕДИЦИНА УКРАЇНИ СЕРЕДИНИ 1950-Х – СЕРЕДИНИ 1960-Х РР.: РЕАЛІЇ СТАНУ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ

Нікілев Олександр Федорович – доктор історичних наук, доцент, професор кафедри історії України Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара

Розглядається стан медицини на селі, її матеріальна база, кількісний і якісний склад медичних працівників та можливість її на належному рівні забезпечувати потреби сільських жителів.

Ключові слова: село, медицина, сільська медицина, соціальні фактори.

Рассматривается состояние медицины на селе, ее материальная база, количественный и качественный состав медицинских работников, возможности обеспечивать на необходимом уровне потребности сельских жителей.

Ключевые слова: село, медицина, сельская медицина, социальные факторы.

It is examined the state of medicine in the village, its material base, numerical and qualitative structure of the medical workers, the abilities to provide the necessities of the agricultural inhabitants of the necessary level.

Key words: village, medicine, village medicine, social factors.

© О.Ф. Нікілев, 2012

Аграрна проблематика є однією з провідних у вітчизняній історичній науці. Проте, за радянської доби дослідники основну увагу приділяли виробничій складовій [1,2,4]. Лише з кінця 80-х – поч. 90-х рр. минулого століття увагу науковців почала привертати соціальна її складова. Так з'явилися праці, в яких предметом дослідження виступали культурні зміни на селі, стан його побутової, житлово-комунальної сфер [5,6], соціальної інфраструктури села взагалі [3,5]. Проте значне коло проблем соціального характеру ще не знайшли належного висвітлення. До їх числа, зокрема, належить і така, практично недосліджена, як медичне обслуговування та спроможність його забезпечити потреби сільського населення. До певної міри заповнити існуючу наукову прогалину покликана дана публікація.

Як доводять дослідження вітчизняних учених [3,5,6], фактором, що в значній мірі визначав наміри й бажання працюючих у матеріальному виробництві села, пов'язати з ним своє життя, виступала соціально-побутова ситуація в ньому самому, спроможність належним чином задовольнити проблеми соціально-побутового характеру його працівників. Важливе місце при цьому належало, зокрема, системі медичного обслуговування. Від стану його розвитку, спроможності повноцінно забезпечувати потреби населення і залежали ефективність його (сільського населення) функціонування в умовах села. Проте у роботі всіх без винятку складових даної системи малися досить серйозні невідповідності.

Однією з важливих реалій села був недостатній рівень матеріальної бази сільської медицини. Медичні установи, в більшості, розташовувалися у непристосованих спорудах, не мали необхідного обладнання для належного лікування, достатніх за кількістю та площею приміщень, спроможних прийняти всіх, хто потребував догляду у стаціонарних умовах. Наприклад у 1955 р. із 2213 дільнич-

них лікарень 1297 мали лише по 10 ліжок та ще 75 – до 9 таких місць, а з 417 районних – 77 були розраховані на одночасний прийом лише від 16 до 35 хворих [7, арк.2]. При такій ситуації навіть районні лікарні мали досить обмежені можливості по наданню допомоги всім, хто її потребував. У тому числі і в разі складних захворювань. Так, у 1955 р. всі 417 районних медичних установ могли лікувати терапевтичних хворих. Але для цього в їхньому розпорядженні малося лише 5282 ліжка, тобто в середньому 13 місць на заклад; 413 лікарень могли надати допомогу хірургічним хворим (відповідно 4409 та 10,6 ліжка); вагітних жінок та породіль могли прийняти лише 401 лікарня (відповідно 3019 та 7,5 ліжка); 388 лікарень могли лікувати гінекологічні хвороби (1847 та 4,5 ліжка); у 409 лікарнях могли лікуватися діти з неінфекційними захворюваннями (2476 та 6 місць) і лише у 24 – з інфекційними (78 та 3,5 ліжка); тільки одна лікарня з дев'ятьма ліжками призначалась для лікування сільських жителів хворих на туберкульоз [7, арк.9]. У наступні роки кількість лікарень, де надавалося таке лікування, зменшувалася, а хворих із сільської місцевості направляли в обласні центри. Тож мусили діставатися до лікарні за сто й більше кілометрів. А це, при тих умовах сполучення сільської місцевості з містом, при тогочасному стані дорожньої інфраструктури супроводжувалося значними труднощами для хворого та його рідних. Тобто, впродовж років сільські жителі, які потребували медичної допомоги, направлялися своїми районними і дільничними лікарнями до міських медичних установ і мусили її отримувати там. І згода лікуватися там при такій системі діставання до міста залежала уже від складності хвороби, ступеня загрози життю людини, можливостей прибути до міста і наявності там родичів, які б могли сприяти при прийомі до лікарні та моральній і матеріальній підтримці в процесі лікування.

Більшість лікарень сільської місцевості не

мали централізованого опалення і обігрівалися пічками, що знаходились у палатах та кабінетах і топилися вугіллям, дровами, соломкою. Значна їх частина не забезпечувалась електроенергією, тож не мала відповідної діагностичної апаратури, не могла здійснювати низку процедур та аналізів. Навіть, скажімо, у 1960 р. було електрифіковано лише 112 районних лікарень та 2135 дільничних [9, арк.27]. Тож умови перебування у сільських медичних установах для пацієнтів були досить непрості. Через недостатній рівень забезпеченості лікарень спеціальними транспортними засобами складно було із доправленням до них хворих. У 1955 р. у сільських медичних закладах усіх рівнів основу становив гужовий транспорт. Але й через десять років, тобто у 1965 р., лише чотири районні та 186 дільничних лікарень мали у своєму розпорядженні автомобілі, а отже, оперативно могли доставити хворого до лікарні. Інші ж мали або змішаний транспортний парк, або, як і раніше, лише кінну тягу [10, арк.33].

Дуже складною була ситуація з наданням швидкої допомоги. Ця служба була організована лише наприкінці 1950-х рр., але розвивалася вкрай повільно. Так, у 1960 р. у сільській місцевості було лише 5 станцій швидкої допомоги, а в 1965 – 6 [7, арк.21]. Та й можливості їх були вкрай обмежені. У їх розпорядженні лише по одному автомобілю. Тож обслуговувати вони могли обмежену кількість населених пунктів, що розташовувалися найближче до місця їх розміщення. Мешканцям же віддалених сіл району, навіть у разі гострої потреби, годі було й розраховувати на їхню допомогу. Дуже гострою була проблема з кадрами медичних працівників. Хронічно не вистачало як лікарів, так і середнього медичного персоналу: фельдшерів, медсестер, акушерок. Некомплект по багатьох областях сягав половини, а то й більше. Наприклад, у 1955 р. малося чотири райони, де в сільській місцевості працювали лише від 3 до 5 лікарів та 189 – де працювали від 4 до 10 спеціалістів вищої кваліфікації [11, арк.141]. Такий кадровий стан сільської медицини особливо негативно позначався на забезпеченні дільничних лікарень, найбільш наближених до працівників матеріальної сфери. Багато з них роками не мали жодного лікаря. Для більшості ж взагалі було нормою мати лише одного-двох фахівців. У 1955 р. постійна комісія Верховної Ради УРСР з питань охорони здоров'я і соціального забезпечення з цього приводу зазначала, що «во всех областях республики имеются десятки врачебных участков, где не имеется ни одного врача», а через десять років, а саме – в березні 1964 р. констатувала майже аналогічність ситуації: «До цього часу сільські дільниці не укомплектовані лікарями... Так, на початок 1964 р., не було укомплектовано лікарями 34 сільські лікарняні дільниці та амбулаторії: Харківська обл. – 12, Луганська – 3, Полтавська – 5 та інші» [13, арк.159].

Результатом такої кадрової ситуації було те, що дефіцитом на селі були працівники навіть таких найбільш поширених і затребуваних населенням професій, як терапевт і хірург. Серйозні складнощі малися і зі спеціалістами по дитячих

і жіночих хворобах. Проте найбільш гостра і перманентна потреба була у так званих вузьких спеціалістах: урологах, окулістах, рентгенологах, стоматологах, отоларингологах, невропатологах, дермато-венерологах тощо. Ось як, наприклад, у цьому плані виглядала ситуація у 1961 р. Краснолиманському районі Херсонської області, який мав 5 дільничних лікарень, розрахованих на 150 хворих, та одну районну – на 150 хворих, за даними депутатів цієї області: «Из имеющихся единиц врачебных должностей занято 72, а врачами физических лиц – 54. Особенно тяжелое положение с детскими врачами. Ни в одной сельской больнице на протяжении многих лет их нет. Крайне недостаточное количество акушеров-гинекологов, нет невропатологов, стоматологов, других специалистов. В двух больницах нет медтранспорта» [12, арк.259].

З початку 1960-х рр. система сільської медицини доповнюється такою структурою, як фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи). Їх призначення полягало у наданні допомоги силами середнього медичного персоналу у межах його кваліфікації, а саме: перев'язки, уколи, перша медична допомога при травмах чи певних видах захворювань, приймати пологи (якщо там була акушерка), здійснювати патронат вагітних жінок, доки ті не будуть доставлені до пологового будинку дільничної чи районної лікарні. Проте ФАПи мали аналогічні з лікарнями проблеми як матеріального, так і кадрового плану. Розміщувалися вони у пристосованих, часто непридатних для цих цілей, приміщеннях, які належали колгоспам, і утримувалися за рахунок їхніх коштів. Керівництво господарств з різних причин не надавало їм належної матеріальної і організаційної допомоги. Через це вони не забезпечувалися вугіллям на зиму, не ремонтувалися, не мали необхідних умов для виконання своїх функцій. Так, у 1965 р. з 17957 ФАПів лише 140 мали ліжка. Але їх нараховувалося всього 272 та й призначені вони були лише для породіль [10, арк.31]. Тобто всі ФАПи мали змогу лише для надання амбулаторної допомоги. Значна частина їх просто не функціонувала через відсутність належних приміщень або персоналу.

Так, у тому ж таки 1965 р., за даними статоргнів республіки, нараховувалося 136 ФАПів, в яких посади не були зайняті упродовж цілого року [10, арк.31]. Це ж означало, що впродовж цього періоду мінімум 270 сіл не мали медичного обслуговування. У той самий час продовжували функціонувати і такі форми медичного обслуговування селян, як пологові будинки. Вони створювалися за рахунок колгоспів і були на їх матеріальному забезпеченні. Проте правління господарств недостатньо дбали про їх роботу і умови перебування породіль та новонароджених, що позначалося на якості роботи установ і народжуваності дітей. Як правило, пологові будинки знаходилися у звичайних хатах, які нерідко потребували ремонту. У них в обмеженій кількості малися ліжка, інші необхідні меблі, та й ті були несправні. М'який інвентар також був низької якості, несвіжий. Наприклад, матраци часто були нестандартними (наповненими ватою), просто набиті соломкою. Частим явищем була відсут-

ність господарського мила, що вкрай обмежувало можливості прати і робити якісне вологе прибирання. Взимку пологові будинки взагалі не працювали через відсутність вугілля. Ось яким побачили у 1954 р. колгоспний пологовий будинок перевіряючи у селі Малинівка Новоселівського району Чернігівської області: «У невеличкій сільській хаті влаштоване пологове відділення площею 12 кв. м. У приміщенні із земляною підлогою було вогко. Дитячі ліжка відсутні. Новонароджені лежали на одних ліжках з породіллями. У пологовому будинку було обмаль господарського мила. Простирадла брудні. Білизну перуть рідко через відсутність мила і палива, які у літній період колгоспам не виділяються» [5, с.109].

Через низьку забезпеченість медичними послугами сільські жителі мусили давати собі раду самі, займатися самолікуванням, навіть (через неможливість вчасно доставити вагітну до лікарні) народжувати вдома. Так, лише в 1955 р. без медичної допомоги вдома народили 56000 селянок [8, арк.24].

Але й після пологів їхні проблеми не зникали. Особливо в разі ускладнень зі здоров'ям новонароджених та й їх самих. Але і в менш серйозних ситуаціях годі було й розраховувати на медичну допомогу. Наприклад, при втраті або зниженні спроможності годувати дитину своїм молоком, селяни мусили давати проблемі лад самотужки. Адже сільська медицина у своєму розпорядженні практично не мала таких підрозділів, як молоч-

ні кухні. Якщо у місті кожна дільнична лікарня мала таку кухню, яка забезпечувалася, до того ж, централізовано і з досить широким асортиментом, спеціально приготовленим молочним харчуванням і надавала його дітям в обов'язковому порядку і необхідного виду, за призначенням дільничного лікаря, який з першого дня життя немовляти брав його на облік і спостерігав за його станом, то в селі навіть у 1965 р., за даними звіту Міністерства охорони здоров'я республіки, на всю сільську місцевість малося лише 10 молочних кухонь, 9 з яких працювали при районних лікарнях [10, арк.33].

Якість медичного обслуговування сільського населення призводила до поширення хронічних недугів, різних інфекційних захворювань. Відсутність належної кількості спеціалістів не давало можливості проведення різних профілактичних заходів.

Внаслідок усього цього в сільській місцевості спостерігалися високий рівень захворюваності і висока смертність, що було ще однією з її реалій. Незадовільний стан медичного обслуговування на селі негативно позначався на настроях людей. Вимушені поїздки до міста на консультації та лікування відволікали їх від нагальних проблем як на виробництві, так і у власному присадибному господарстві, визначали додаткові витрати позаробочого часу та коштів, впливали на морально-психологічний стан людей і, зрештою, змушували багатьох з них замислюватися над перспективами свого і своїх близьких перебування у таких умовах.

ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА:

1. Вылцан М.Н. Восстановление и развитие материально-технической базы колхозного строя (1945 – 1958)/ М.Н. Вылцан. - М.: Мысль, 1969;
2. Зверев С.М. Діяльність Комуністичної партії України по зміцненню і розвитку громадського господарства колгоспів (1951 – 1959)/ С.М. Зверев. - К.: Вид-во Київ-го ун-ту, 1969.
3. Кривчик Г.Г. Українське село під владою номенклатури (60 – 80-ті рр. XX ст.)/ Г.Г. Кривчик. - Д.: Вид-во Дніпропетр. ун-ту, 2001.
4. Панченко П.П. Развитие сельского хозяйства Украинской ССР (1959 – 1980)/ П.П. Панченко. - К.: Наук. думка, 1980.
5. Рибак В.І. Соціально-побутова інфраструктура українського села. 1922 – 1991/ В.І. Рибак. - К.-П.: Абетка, 2000.
6. Романюк І.М. Українське село у 50-тих - першій половині 60-х рр. XX ст./ І.М. Романюк. - Вінниця: Вега, 2005.
7. Центральний державний архів вищих органів влади України (ЦДАВОВУ). – Ф. 582, оп. 11, спр. 494.
8. ЦДАВОВУ. – Ф. 582, оп. 11, спр. 522.
9. ЦДАВОВУ. – Ф. 582, оп. 11, спр. 744.
10. ЦДАВОВУ. – Ф. 582, оп. 11, спр. 1157.
11. ЦДАВОВУ. – Ф.1, оп. 22, спр. 10.
12. ЦДАВОВУ. – Ф.1, оп. 22, спр. 167.
13. ЦДАВОВУ. – Ф.1, оп. 22, спр. 168.