

УДК 94(477) «1953/1964»:613-058.244

Лілія Шевченко

СТАН ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В РОКИ ХРУЩОВСЬКОЇ «ВІДЛИГИ»

В історичному плані розвитку охорони здоров'я доступність та якість медичної допомоги жителів сільської місцевості завжди були нижчими, ніж для жителів міста, що спричиняло погіршення стану здоров'я сільського населення, призводило до значного зменшення економічно активної його частини і, як наслідок, втрати частки внутрішнього валового продукту.

Проблема забезпечення сільського населення кваліфікованою медичною допомогою є дуже актуальною. Вона зумовлюється особливостями розвитку села та національної системи охорони здоров'я і належить до найскладніших проблем охорони здоров'я. Її складність визначається недостатньою вирішеністю, суперечливістю і дискусійністю з багатьох аспектів попереднього та сучасного розвитку цієї допомоги. Це змушує по-новому розглядати проблеми села, більш поглиблено їх вивчати, враховувати особливості організації охорони здоров'я сільського населення взагалі і надання йому медичної допомоги зокрема.

Дослідженням рівня охорони здоров'я в 1953–1964 рр. займалися багато науковців. Комплексного синтезуючого дослідження з цього питання немає, але в якійсь мірі його розглядали О.М. Голяченко [1], А.Т. Обухов [2], С.С. Падалка [3], П.А. Панченко [4], І.В. Рибак [5], І.М. Романюк [6] та інші науковці. У збірниках «Социально-гигиенические вопросы здоровья и здравоохранения сельского населения» [7] та «Социально-гигиенические и общегигиенические вопросы здоровья населения» [8] висвітлено тему охорони здоров'я населення сільської місцевості та актуальні проблеми соціальної гігієни села, розглядаються методологічні та методичні питання вивчення здоров'я сільського населення, а також проблема доступності медичної допомоги жителям села, характеризуються основні показники здоров'я сільського населення – фізичний розвиток, тимчасова непрацездатність, смертність та інвалідність. Результати перепису 1959 р. [9], а також дані статистичних щорічних збірників «Народне господарство Української РСР» [10] дають можливість проаналізувати стан здоров'я і життєздатності населення України в зазначений період часу.

Метою вивчення здоров'я та охорони здоров'я сільського населення є побудова певної моделі лікарської допомоги населенню сільської місцевості в роки хрущовської «відлиги». Стан здоров'я населення визначається на основі дослідження захворюваності населення, смертності та її причин, фізичного розвитку населення.

Динамічні лікарські спостереження за станом здоров'я працівників сільського господарства, які було проведено співробітниками Київського інституту гігієни праці і профілактичних захворювань у різних за профілем

сільськогосподарських районах України в 1972 р., показали, що протягом 1952–1972 рр. простежувались позитивні зрушення у стані здоров'я працівників села. Пониження загальної захворюваності працівників сільського господарства зумовлювалось відносним підвищенням рівня життя, механізацією та автоматизацією основних трудомістких процесів, а також підвищенням якості медичного обслуговування сільського населення з наданням спеціалізованої медичної допомоги [7, с. 72].

Проте у зв'язку з наростаючою інтенсифікацією сільського господарства, в умовах праці різноманітних сільськогосподарських професій з'явилися нові для нього виробничі фактори (вібрація, інтенсивний галас, вплив пестицидів тощо). Усі ці фактори негативно впливали на здоров'я сільського населення та викликали нові форми патології.

Основними несприятливими в гігієнічному плані факторами в умовах праці механізаторів була вібрація робочого місця, інтенсивний шум, несприятливі мікрокліматичні умови, вимушена робоча поза з напруженням окремих м'язових груп, наявність окису водню, а в ряді випадків і отрутохімікатів в зоні дихання, систематичне потрапляння на шкіру паливно-мастильних матеріалів [7, с. 73].

Робота рілників була пов'язана зі значним фізичним навантаженням, несприятливими мікрокліматичними умовами, часто – з дією отрутохімікатів. Робота працівників тваринництва також проходила в несприятливих мікрокліматичних умовах: забрудненне повітря виробничих приміщень парами аміаку, сірководню, двоокису водню, різною мікрофлорою. Напруженість праці тваринника більш рівномірно, в порівнянні з рілниками та механізаторами, розподілялася протягом року. Але для обох професійних груп характерним було значне підвищення інтенсивності праці зі збільшенням тривалості робочого дня в періоди посіву та особливо збирання врожаю.

Внаслідок впливу на організм працівників сільського господарства несприятливих факторів зростала захворюваність серцево-судинної системи. Була встановлена підвищена частота артеріальної гіпертензії в професійних групах, праця яких характеризувалась більш високим рівнем напруженості: у механізаторів – 10,6 %, рілників – 13,3 %, у тваринників – 5,1 % [7, с. 73].

Патологія органів дихання у працівників сільського господарства була представлена в основному хронічним дифузним бронхітом. Роль виробничих факторів у розвитку патології органів дихання підтверджувалось закономірністю: чим більше виробничий стаж, тим менша життєва ємкість легенів.

Хоча частота захворювань органів травлення в цілому у працівників сільського господарства суттєво відрізнялась від аналогічного показника в осіб, які не підпадали впливу певних несприятливих факторів виробничого середовища, проте привертала увагу значна поширеність таких форм шлунково-кишкової патології, як виразкова хвороба та гастрити у

механізаторів сільського господарства, на розвиток яких впливають шумова, вібраційна, значна фізична напруга, а також порушення режиму харчування.

Патологія нервової системи характеризувалась переважно захворюваннями периферичного відділу, що виникали в результаті впливу вібрації, охолодження, нераціональної робочої пози тощо.

Захворювання очей діагностовано приблизно у третини працівників сільського господарства. Вони були пов'язані з впливом пилюки, несприятливих метеорологічних умов, контактом з аміачною водою та іншими хімічними речовинами.

Подразнення шкіри були виявлені приблизно у третини обстежених механізаторів сільського господарства та у половини тваринників і рільників. У механізаторів переважали професійні дерматози в результаті впливу мастильних масел, газу, бензину.

Таким чином, результати досліджень свідчили про те, що несприятливі в гігієнічному плані фактори умов праці працівників сільського господарства прямим чином впливають на стан їхнього здоров'я.

Щоб оцінити вплив умов життя на здоров'я населення, яке проживає в сільській місцевості, необхідно проаналізувати статистичні дані про рівень захворюваності.

У цілому інтенсивність звернень до лікарів сільських жителів завжди була значно меншою, ніж міських. Особливо велика відмінність (у півтора – два рази) була при інфекційних та паразитарних хворобах, психозах, неврозах та розладах нервової системи, хворобах органів дихання. Це залежало від доступності та забезпеченості різними видами кваліфікованої медичної допомоги, соціального та професійного складу населення, рівня загальної і санітарної культури, різного роду потреб тощо.

В УРСР у післявоєнний період органами охорони здоров'я було проведено значну роботу по зниженню та ліквідації інфекційних захворювань, у результаті чого такі захворювання, як малярія, туляремія, поворотний тиф та інші було повністю ліквідовано. У 1955 р., порівняно з 1940 р., значно знизилась захворюваність населення такими інфекційними хворобами як черевний тиф і паратиф – у 4 рази, висипний тиф – у 5 разів, дифтерія – у 3 рази. Проте, як зазначав 14 жовтня 1957 р. адміністративний відділ ЦК КПУ в доповідній записці на адресу секретаря ЦК О.І. Іващенко, «внаслідок незадовільної роботи Міністерства охорони здоров'я УРСР та його місцевих органів по боротьбі з інфекційними захворюваннями населення, загальна кількість інфекційних хворих в республіці у 1955 р., в порівнянні з 1940 р., збільшилась. Особливо збільшилась захворюваність дорослого населення дизентерією, дітей дитячими інфекційними захворюваннями (кором, скарлатиною, коклюшем): дизентерією і скарлатиною – більше ніж у 2 рази, кором і коклюшем – у 1,2 рази. Порівняно з 1953 р., в 1955 р. у 8 разів зросла захворюваність поліомієлітом» [12].

У 1955 р. усього було зареєстровано більше 1 млн. інфекційних хворих, у тому числі дизентерією – 100 тис., вірусним грипом – 125 тис., кором – 266

тис. чол., скарлатиною – 141 тис., коклюшем – 110 тис., вітряною віспою – 110 тис., паротитом (свинкою) – 109 тис., дифтерією – 8 тис., поліомієлітом – 3 тис., брючним тифом і паратифом – 7 тис., висипним і поворотним тифами – 2 тис., токсичною диспенсією – 12 тис. чол. [12].

Найбільшу загрозу для здоров'я населення становила вода. Невідповідність якості питної води нормативним вимогам було головною причиною поширення в сільській місцевості багатьох інфекційних хвороб – вірусного гепатиту, вірусних інфекцій, інфекцій бактеріальної природи. Загострилась проблема водопостачання сільського населення у зв'язку з повсюдним хімічним та бактеріологічним забрудненням вододжерел внаслідок інтенсивного застосування отрутохімікатів у сільському господарстві.

Порушення строків госпіталізації хворих приводило до поширення епідемій. Закарпатський обком КПУ 8 липня 1957 р. повідомляв завідувачому адміністративним відділом ЦК М.А. Кузнецову: «За останні місяці в області виникла епідемія дитячого паралічу – поліомеліту, особливо у Виноградівському, Берегівському, Тячівському, Іршавському районах – всього за станом на 6 липня 68 випадків, з них 5 смертельних» [13].

21 березня 1955 р. у листі ЦК КПУ заступник міністра охорони здоров'я УРСР П. Лещенко повідомляв: «В 1954 р. припущено зріст гострих кишкових захворювань в сільських місцевостях окремих областей і внаслідок цього в цілому по республіці. Так, мали місце спалахи черевного тифу в Турбівському районі Вінницької, Берегівському районі Закарпатської, Шевченківському районі Миколаївської області. Зріст кишкових захворювань у сільській місцевості пояснюється, насамперед, більш тривалим і жарким літнім періодом у 1954 р., що при незадовільному санітарному стані сільських місцевостей, незадовільної їх очистки від покидьків та бруду, відсутності відхідників вело до значного розмноження мух» [14].

У довідці замісника начальника санітарно-епідеміологічного управління Міністерства охорони здоров'я УРСР Бірковського від 12 березня 1955 р. зазначалося, що «шлунково-кишкові захворювання серед сільського населення реєструються в значно меншій кількості, порівнюючи із міським населенням. Так, в 1954 р. серед сільського населення зареєстровано 12,3 % від загальної кількості хворих на дизентерію, що виявлено в республіці, причому значна кількість цих хворих на дизентерію зареєстровано в селах навколо міст, наприклад, в Харківському сільському районі, Дніпропетровському приміському, Жовтневому районі Миколаївської області» [15].

Дуже високими залишалися показники захворюваності жителів села туберкульозом. За даними статистичного управління станом на 1 січня 1954 р. по УРСР (без Кримської області) хворих на туберкульоз серед сільського населення було зареєстровано 125 102 чол., з них із вперше встановленим діагнозом – 18 906 чол. або 39,1 % від загальної кількості хворих туберкульозом серед сільського населення [16]. У тому ж 1954 р. із

числа хворих туберкульозом серед сільського населення республіки, в тому числі Кримської області, кількість хворих активним туберкульозом органів дихання складала 41 936 чол. (85,5 % від загальної кількості хворих туберкульозом), активним туберкульозом кісток – 6,8 %, туберкульозним менінгітом – 2,8 %, іншими формами цього захворювання – 4,9 % [17].

Поширеними серед жителів сільської місцевості були онкологічні захворювання. За даними статистичного управління, серед сільського населення УРСР в 1954 р. нараховувалось 34 745 хворих на рак або 14,4 чол. на 10 тис. сільського населення. Особливо високою онкологічна захворюваність була серед сільських жителів Ворошиловградської (25,7 на 10 тис. населення), Харківської (24,2), Херсонської (22,9), Одеської (21,7), Чернівецької (19,5), Сталінської (19,4) областей [18].

Основною причиною високих показників захворюваності була незадовільна робота органів охорони здоров'я по проведенню санітарно-профілактичних та протиепідемічних заходів по зниженню і ліквідації інфекційної захворюваності та покращення імунітету населення. Якість медичного обслуговування в селах залишалась на дуже низькому рівні. Окрім того, інтенсивність звернень за лікарською допомогою сільського населення була значно меншою, ніж жителів міста. Серед причин, за яких мешканці сільської місцевості нехтували завчасним зверненням до лікаря, були обмеження послугами малокваліфікованих фельдшерів (характерне для 49,3 % сільського населення), віддаленість лікарні (14,9 %), бездоріжжя (10,1 %), відсутність ознак хвороби (9,2 %), сімейні обставини (6,1 %), нестача транспорту (4,2 %), зайнятість (1,2 %), боязнь лікарів (1,0 %) та інші причини (4,0 %) [7, с. 62].

Особливо мізерною була кількість звернень сільських жителів з приводу захворювань, для діагностики яких вимагалася компетенція лікарів вузьких спеціальностей, яких в сільській місцевості катастрофічно не вистачало. Наприклад, частота звернень з приводу захворювання органів зору в селах у середньому складала 7,4 на 1000 населення, коли в місті цей показник становив 26,2, з приводу захворювань уретростатевих органів відповідно – 17,6 і 23,8, з приводу ангін – 35,7 і 56,5. Варто відзначити ряд захворювань, з якими сільські та міські жителі приблизно з однаковою інтенсивністю звертаються до лікарів. Це гіпертонічна хвороба (28,8 в селі і 29,1 в місті), гастрити (18,2 і 20,6), холецистити (7,6 і 7,9) та ряд інших захворювань [19, с. 32].

Найактивніше зверталася за лікарською допомогою вікова категорія сільського населення від 40 до 49 років (770,5 на 1000 чол. населення даної категорії), найменше – від 60 років і старше (407,9)[19, с. 33].

До найбільш об'єктивних критеріїв здоров'я населення і всього комплексу сучасних соціально-економічних умов життя народу належить середня тривалість життя. Відповідно до таблиць смертності, складених за даними перепису 1959 р., середня тривалість життя сільського населення, зокрема Вінницької області, складала 70,89 роки (в тому числі для чоловіків

– 66,95, жінок – 73,46) і була нижче, ніж у міського населення на 1,1 роки (в тому числі для чоловіків на 1,3 роки, у жінок – 0,85 роки). Найбільш суттєвими були відмінності у вікових групах від 0 до 20 років. Для осіб віком 50 років і старше середня тривалість життя була вищою у сільських жителів. Порівняно з 1958–1959 рр. середня тривалість життя сільського населення тієї ж Вінницької області до 1969 р. збільшилась більш, ніж на 1 рік. Проте це збільшення зумовлювалось переважно зниженням рівня смертності серед жінок. Для чоловіків села цей показник впав до 0,34 роки [7, с. 78].

Показники дитячої смертності залишалися досить високими. Перше місце серед причин смертності були травми та нещасні випадки і складали в середньому за рік 40–43 % від всієї кількості померлих дітей у віці від 1 до 14 років, при чому частота смертності внаслідок травм і нещасних випадків в сільській місцевості була на 15–20 % вище, ніж в містах. У структурі смертності від травм та нещасних випадків на першому місці причини, пов'язані з недостатнім доглядом за дітьми [7, с. 85]. Загалом смертність дітей у віці 1–10 років у містах була нижчою, ніж в сільській місцевості [19, с. 33].

У листі на адресу секретаря ЦК М.В. Підгорного від 22 лютого 1957 р. адміністративна група на чолі з Г. Бутенком доповідала про результати обстеження рівня життя мешканців гірських районів заходу України: «В гірських районах продовжує залишатися порівняно високий відсоток смертності дітей віком до одного року. За статистичними даними він в 1955 р. становив 15,8 %, в 1956 р. – 9 %. З висновків місцевих органів Міністерства охорони здоров'я УРСР, причиною смертності дітей є запалення легенів (72,5 %), шлункові захворювання (9,4 %), спазмофілія (5,6 %)» [20].

У доповідній записці секретарю ЦК КПУ О.І. Кириченку від 11 березня 1955 р. завідуючий адміністративним відділом ЦК М.А. Кузнецов звітував: «В січні 1955 р. в ЦК КПУ була проведена нарада завідуючих обласними відділами охорони здоров'я Ворошиловградської, Дніпропетровської, Запорізької, Полтавської, Миколаївської, Херсонської, Одеської, Кіровоградської, Сталінської, Кримської та Черкаської областей за участю міністра охорони здоров'я УРСР Братуся. На цій нараді були обговорені питання про медичне обслуговування сільського населення в період весняної посівної кампанії та заходи органів охорони здоров'я з попередження захворювання населення і особливо дітей аліментарною дистрофією. Під час перебування в Херсонській області в обкомі КПУ була одержана інформація про те, що в с. Федорівні Херсонського сільського району виявлені випадки захворювання дітей дистрофією. На місці було встановлено, що 5 лютого 1955 р. під час подвірного обходу медичні працівники с. Федорівні виявили, що в сім'ї колгоспника Бенця захворіли дистрофією троє дітей» [21].

Отже, незважаючи на проведену роботу органів охорони здоров'я в напрямку підвищення рівня та якості медичного обслуговування на селі, воно не відповідало потребам населення. Фактори, що визначали розходження між містом і селом, прямо впливали на організаційні форми і методи роботи сільських медичних установ: характер розселення жителів, радіус

обслуговування, сезонність робіт, вплив погодних умов при польових роботах, специфічні умови трудового процесу, невпорядкованість господарсько-побутової діяльності і побутових умов, регіонально-національні особливості і звичаї, освітній та культурний рівень тощо. Охорона здоров'я сільських жителів визначалася організацією медико-соціальної допомоги на селі, обсяг і якість якої безпосередньо залежали від далекості медичних установ від місця проживання пацієнтів, укомплектованості кваліфікованими кадрами й устаткуванням, можливості одержання спеціалізованої медичної допомоги та реалізації нормативів медико-соціального забезпечення.

Джерела та літератури

1. Голяченко А.М. Социально-гигиенические вопросы здоровья и здравоохранения сельского населения. – К.: Здоров'я, 1973.
2. Голяченко О.М., Обухов А.Т. Лікарняна допомога сільському населенню УРСР. – К.: Здоров'я, 1974.
3. Падалка С.С. Сільське господарство України в другій половині 60-х рр. ХХ століття. – К., 1995.
4. Панченко П.А., Шмарчук В.А. Аграрна історія України: 2-ге вид., випр. і доп. – К.: Т-во «Знання», 2000.
5. Рибак І.В. Соціально-побутова інфраструктура українського села. – Кам'янець-Подільський: Абетка, 2000.
6. Романюк Іван Миронович. Українське село у 50-ті – першій половині 60-х рр. ХХ ст. / Національний педагогічний ун-т ім. М.П.Драгоманова. – Вінниця: Книга-Вега, 2005.
7. Социально-гигиенические вопросы здоровья и здравоохранения сельского населения / Отв. Ред. А.М.Голяченко /. – К.: Здоров'я, 1973.
8. Социально-гигиенические и общегигиенические вопросы здоровья населения. Тематическая конференция, Ивано-Франковск, 1966. Тезисы докладов. – Ивано-Франковск, 1966.
9. Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года. Украинская ССР. – М.: Госполитиздат, 1963.
10. Народне господарство Української РСР в 1959–1964 роках. Стат. щорічники. – К.: Держстатвидав УРСР, 1960-1963; Статистика, 1964-1965.
11. Бедный М.С. Продолжительность жизни в городах и селах. – М.: 1976.
12. ЦДАГО України. – Ф. 1. – Оп. 24. – Спр. 4541. – Арк.99.
13. ЦДАГО України. – Ф. 1. – Оп. 24. – Спр. 4541. – Арк. 122.
14. ЦДАГО України. – Ф. 1. – Оп. 24. – Спр. 4093. – Арк. 27.
15. ЦДАГО України. – Ф. 1. – Оп. 24. – Спр. 4093. – Арк. 24.
16. ЦДАГО України. – Ф. 1. – Оп. 24. – Спр. 4093. – Арк. 44.
17. ЦДАГО України. – Ф. 1. – Оп. 24. – Спр. 4093. – Арк. 45.
18. ЦДАГО України. – Ф. 1. – Оп. 24. – Спр. 4093. – Арк. 90-96.
19. Бедный М.С. Продолжительность жизни в городах и селах. – М.: Статистика, 1976.
20. ЦДАГО України. – Ф. 1. – Оп. 24. – Спр. 4541. – Арк. 24-25.
21. ЦДАГО України. – Ф. 1. – Оп. 24. – Спр. 4093. – Арк. 16-17.

Annotation

The potential of rural population health in Ukraine during the years of Khrushchov «thaw» as social indicator of its life level and quality is analysed in the article. Tendencies and structure of rural locality habitants morbidity and their physical development are estimated, negative influence of technogenic factors, dangerous ecological and domestic conditions, unsatisfactory level of medical service is traced on the state of health of rural population.