

**Охорона материнства та дитинства в УСРР
у 1928–1933 рр.**

Охорона материнства та дитинства — це система державних та суспільних профілактичних та лікувальних заходів, які забезпечують охорону плоду, профілактику захворювань дитини, її всебічний фізичний та розумовий розвиток, попередження та лікування захворювань у жінок, зміцнення їх здоров'я. У радянські часи вважалося, що розвиток охорони материнства та дитинства тісно пов'язаний з провідними соціально-економічними факторами відповідних етапів історичного розвитку, та в першу чергу зі способом виробництва матеріальних благ¹. Роль об'єктивних чинників незаперечна, проте не можна ігнорувати суб'єктивні складові, оскільки саме спрямованість соціальної політики визначає рівень добробуту населення та охорони здоров'я зокрема.

Охорона материнства у широкому своєму розумінні виходить далеко за межі безпосередньої охорони здоров'я жінок у стані вагітності, пологів та післяпологового періоду. Вона передбачає систему соціальних та медичних заходів по охороні здоров'я жінок, особливу турботу про вагітних жінок та матерів, що мали годувати дітей².

Широке коло завдань, безпосередньо пов'язаних з діяльністю закладів охорони материнства, але спрямованих на охорону здоров'я дітей та підлітків, мала мережа закладів охорони дитинства.

Мережу закладів Охматдит становили постійні та тимчасові медично-профілактичні та соціальні заклади як відкритого (консультації охорони материнства та дитинства, ясла з молочними пунктами, дитячі садки, оздоровчі колонії, санаторії та дитячі майданчики), так і закритого (будинки матері й дитини, будинки немовляти, будинки дитини) типу, що мали піклуватися про здоров'я та виховання дітей та жінок-матерів.

Керівним органом медичних закладів Охматдит УСРР було Управління Охорони материнства та дитинства при Наркоматі охорони здоров'я УСРР у складі шести відділів: 1) дитячих лікарень, амбулаторій, санаторіїв та дитячих будинків; 2) пологової допомоги з секторами організації пологової допомоги на селі та боротьби з абортами; 3) дитячих ясел; 4) консультацій та молочних кухонь з сектором для обслуговування багатодітних матерів; 5) по санаторно-профілактичному обслуговуванню дошкільних та шкільних закладів; 6) капітального будівництва³. На відділи покладалися завдання медико-профілактичної допомоги дітям та матерям та санітарного нагляду в соціальних та оздоровчих закладах

Охматдиту, навчальних закладах Наркомосу та на виробництвах, де працювали діти та жінки.

Зважаючи на широке коло завдання, Управління охорони материнства та дитинства мало співпрацювати з низкою народних комісаріатів (освіти, соціального забезпечення, праці, постачання й частково юстиції та внутрішніх справ) та громадськими організаціями (товариствами "Друзі дітей" та Червоний Хрест, кооперативами, профспілками та комсомольськими організаціями), які також відповідали за певні ділянки роботи Охматдиту.

Координацією діяльності державних закладів та громадських організацій у сфері охорони дитинства займалися комісії допомоги дітям при виконкомах рад, на які покладалися завдання розвитку системи закладів охорони материнства та дитинства, забезпечення матерів речами, необхідними для догляду за дітьми, популяризації відомостей, які стосувалися гігієни вагітності, відновлення після пологів, догляду за немовлям тощо.

В основу організації та діяльності радянської системи Охматдит, як і в цілому системи охорони здоров'я населення, було покладено класовий принцип, згідно з яким безкоштовна медична допомога надавалася "трудоючим" й в першу чергу — робітникам та робітницям. У зв'язку з посиленням наприкінці 1920-х років індустріальних пріоритетів розвитку країни та планами "соціалістичної реконструкції" села, класові пріоритети у державній політиці посилювалися. План розвитку охорони здоров'я на першу п'ятирічку передбачав переважне медичне обслуговування робітників основних галузей промисловості, ударних виробництв і підприємств, а також соціалістичного (колгоспного) сектору села⁴.

Перед закладами системи Охматдит ставилося завдання запровадження заходів, які сприяли б масовому залученню жінок у суспільне виробництво. При розробці цих заходів враховувалися чинники, що визначали рівень здоров'я жінок і дітей. Насамперед — рівень харчування, житлово-побутові умови, доступність медичного обслуговування, умови праці та ефективність соціального страхування, санітарно-культурний рівень населення тощо⁵.

Зважаючи на масову гінекологічну захворюваність робітниць та селянок, високий відсоток дитячої та материнської смертності, значну недоношеність немовлят, що зумовлювалися тяжкою працею, незадовільним харчуванням, недоступністю медичної допомоги, недотриманням умов соціального страхування вагітних та матерів та низьким санітарно-культурним рівнем населення на початку 1930-х років, план розвитку системи охорони материнства та дитинства передбачав комплекс заходів, спрямованих на розв'язання цих проблем. А саме —

розширення мережі дитячих закладів по обслуговуванню молодшого дитинства та дітей підліткового віку, в тому числі розвиток ясельної справи, організацію стаціонарної пологової допомоги на селі, поширення мережі медичних закладів по обслуговуванню жінок, які знаходились у стані вагітності та післяпологового періоду⁶.

Конкретні завдання щодо залучення жінок до суспільної праці, закріплення її на виробництві і забезпечення підвищення кваліфікації — вимагали не тільки розширення системи закладів Охматдит, а й організації належного культурно-побутового обслуговування жінок-робітниць, оздоровлення умов жіночої праці, що передбачало вивчення впливу виробництва на здоров'я жінки, зокрема вагітної, проведення відповідної роботи з охорони праці та техніки безпеки, запровадження санітарного мінімуму в цехах. Ця робота покладалася на консультації для жінок, які мали брати участь у справі організації жіночої робочої сили на виробництві: в професіональному доборі робітниць, їх переведенні на менш шкідливі роботи⁷.

Створювалася наукова база для розвитку системи Охматдит. Було засновано спеціальні науково-дослідні інститути охорони материнства та дитинства. Зокрема, у 1928 р. — Київський інститут, першими організаторами та науковими керівниками якого були блискучі клініцисти Євген Львович Скловський та Григорій Федорович Писемський. Працівники інституті займалися розробкою нових форм обслуговування хворих дітей в яслах, розробляли проекти типового будівництва дитячих закладів, виробництва дитячого одягу, а також меблів, визначали стандарти фізичного розвитку дітей. Так, в Україні вперше було розроблено стандарти для обліку розвитку дітей в сільській місцевості⁸.

Питання охорони материнства та дитинства набували широкого обговорення на всесоюзних та всеукраїнських нарадах та з'їздах працівників Охматдит. Так, у 1929 р. на IV Всеросійському з'їзді Охматдит жваво обговорювалося питання про те, чи повинні органи охорони материнства та дитинства брати на себе, окрім профілактичних, також лікувальні функції щодо обслуговування дітей раннього віку. Було ухвалено рішення про надання консультаціями всебічної лікувально-профілактичної допомоги матерям та немовлятам.

Саме в УСРР наприкінці 1920-х років було започатковано медико-санітарні цехи, які вперше в СРСР мали налагоджувати диспансерний нагляд за жінками-робітницями та дівчатами підліткового віку, а також забезпечувати психопрофілактичне знеболювання пологів, організувати школи материнства та здійснювати медичний контроль за материнською та дитячою смертністю. Такий контроль сприяв підвищенню

відповідальності органів та закладів охорони здоров'я за станом акушерської допомоги на місцях⁹.

Важливим напрямком роботи органів Охматдиту була боротьба з дитячою безпритульністю. Відповідно до постанови ВУЦВК та РНК УСРР "Про заходи боротьби з дитячою безпритульністю в УСРР", ухваленою у листопаді 1927 р., реалізація цих заходів покладалася на різні державні органи. Зокрема, НКЗдрав мав здійснювати завдання ліквідації безпритульності серед дітей віком до 4-х років, НКОсвіти — серед дітей віком старше 4-х та підлітків молодше 18-ти років, НКСоцзабезпечення мав займатися загальною опікою безпритульних, а НКВС та ДПУ — боротися з правопорушеннями неповнолітніх та вилучати безпритульних з вулиць. Перед НКПраці та НКЗемсправом ставилося завдання працевлаштування безпритульних та бездоглядних. Функції фінансування та здійснення контролю за всіма заходами по боротьбі з безпритульністю покладалась на Центральну комісію допомоги дітям (ЦКДД) при ВУЦВК як на координуючий державний орган. Державним органам у боротьбі з безпритульністю мали сприяти добровільні товариства та організації ("Друзі дітей", Червоний Хрест, профспілки та кооперативні організації)¹⁰.

Хоча безпритульність планувалось подолати до 1928 р., соціальні наслідки політики "розкуркулення" та колективізації унеможливили реалізацію цього завдання. Масовий голод та безпритульність внесли неочікувані корективи до планів розвитку системи Охматдит.

Саме діти були найбільш вразливою групою населення, яка постраждала від голоду та епідемічних хвороб. Оскільки діти у віці до 14-ти років, вважалися непрацездатними, колгоспи не брали їх до уваги при розподілі хліба на трудовні, й таким чином позбавляли засобів до існування. Коли дорослі масово покидали рідні оселі та відправлялися до міст в пошуках продуктів, діти поповнювали лави безпритульних. Нерідко вони ставали жертвами канібалів або інших злочинців. За переписом населення 1926 р., діти віком від 14 років становили 38% сільського населення України, а до 4 років — 16%, отже на 1933 р. останнім мало виповнитися по 11 років і багатьом з них довелося виживати самотужки¹¹.

У серпні 1931 р. ВУЦВК ухвалив нову програму заходів боротьби з дитячою безпритульністю, яка враховувала різке зростання кількості знедолених дітей та сиріт і подовжила термін ліквідації безпритульності до початку 1932 р.¹²

Боротьба з безпритульністю здійснювалася надзвичайними заходами: шляхом створення спеціальних штабів та бригад по відловлюванню "дітей вулиць" (до складу останніх поряд з оперативним працівниками органів НКВС та ДПУ залучались робітники з виробництва та колишні безпритульні) та проведення відповідних операцій. Після кожної з них

кількість безпритульних у містах тимчасово зменшувалася. Так, після організованої наприкінці 1931 — на початку 1932 рр., з вулиць, за різними даними, було вилучено від 770 (за повідомленнями дитбудинків) до 1004 (за довідками районних штабів до боротьби з безпритульністю) бездоглядних дітей. На підставі цих даних Київський виконком звітував до обкому партії про подолання дитячої безпритульності у місті¹³. Однак скоро на зміну вилученим з'явилися нові безпритульні.

Зважаючи на катастрофічне зростання безпритульності, у квітні місяці при Наркоматі освіти УСРР було створено Центральний штаб з ліквідації безпритульності, до складу якого увійшли представники Наркомздоров'я, Наркомзабезпечення, Наркомпраці та міліції. Місцеві штаби організовувалися при обласних, міських та районних відділах народної освіти там, де їх ще не існувало. Головою центрального штабу було призначено член колегії НКОсвіти — Баруна¹⁴.

Згідно з інформацією Центрального штабу, не всі наркомати активно залучилися до боротьби з безпритульністю¹⁵. Крім того, діяльність штабів, як і раніше, відзначалась командно-адміністративним підходом, поширювалася виключно на міста, а до того ж спрямовувалася на ліквідацію вуличної безпритульності, тобто самого явища, а не причин його появи¹⁶. Тому подолати дитячу безпритульність не вдавалося. Упродовж першого півріччя 1932 р. у містах, за неповними підрахунками, було вилучено близько 5 тисяч безпритульних підлітків.

Загубивши надію на ліквідацію безпритульності, влада намагалась стримати наплив безпритульних та бездоглядних до столиці репресивними заходами. У телеграмі посла Аттоліко до міністра закордонних справ Італії від 23 серпня 1932 р. з цього приводу повідомлялося, що під час однієї з облав на жебраків та безпритульних "усім їм було зроблено позначку на лівій руці, що не змивалася, й було наказано не з'являтися в подальшому у Москві та Харкові під загрозою розстрілу", а після цього усіх їх було "відправлено у невідомому напрямку, вочевидь на острови Каспійського моря"¹⁷.

На початку 1933 р. становище дітей у неврожайних місцевостях катастрофічно погіршилося. Про різке збільшення у лютому кількості підкидьків та стрімке зростання смертності в дитячих установах інформував ЦК КП(б)У Вінницький обком партії. Аналогічні повідомлення надходили з інших місць. Зокрема, від Дніпропетровського облвиконкому, який повідомляв ЦК, що у 14 районах області діти перестали відвідувати школи, а продовольчої допомоги потребують 250 тис. школярів. На Київщині, за даними Наркомохоронздоров'я, у травні голодувало більше чверті мільйона дітей, а смерть забрала життя

332 дітей. В сільських районах Мелітопольського району смертність серед дітей становила половину померлих від голоду¹⁸.

6 травня 1933 року ЦК КП(б) ухвалив рішення про створення Всеукраїнської комісії по боротьбі з безпритульністю, яку очолив заступник начальника Харківського обласного управління ДПУ О. Й. Броневой¹⁹. Комісія Бронєвого, не відміну від штабів з ліквідації безпритульності, переймалася різними справами: вилучала безпритульних дітей з вулиць і залізниць, організовувала дитячі притулки у селах, налагоджувала харчування у школах, притягала до відповідальності посадових осіб, які не допомагали голодним дітям, "вибивала" кошти для працевлаштування підлітків. Чутки про діяльність комісії дійшли до сіл. З усіх районів України селяни привозили сусідських дітей, які залишались без батьків, а то і своїх до столиці і там залишали. На вулицях Харкова з'явилися десятки тисяч безпритульних малюків²⁰.

За січень–травень 1933 р. комісією Бронєвого було підібрано з вулиць Харкова 11 тис. 402 безпритульних, з них дітей — 8 тис. 557 осіб. Крім того, на залізницях за відповідний період було затримано ще 10 тис. дітей. У травні 1933 р. кількість безпритульних, підібраних у Харкові, зростає до 11 тис. 940 дітей (з них тисяча померла кількома днями поспіль). У бараках і дитбудинках на цей час перебувало понад 27 тис. дітлахів, а до міста щодня прибували все нові і нові.

На 5 липня 1933 р. кількість безпритульних, вилучених з вулиць та залізниць в Україні, становила близько 158.090 осіб. З метою попередження епідемічних хвороб, безпритульних первісно розміщували в ізоляторах — "карантинах".

Один з перших "карантинів", утворених на кошти комісії з ліквідації безпритульності, розпочав діяльність в Києві 1 жовтня 1932 р. Згідно з висновками бригади Київської КК–РСІ, яка проводила обстеження цього дитячого закладу, було з'ясовано, що він забезпечувався ще гірше, ніж інші дитячі заклади. Будівля "карантину" знаходилась у вкрай незадовільному стані, мало побитий дах, попсовану каналізацію, стелі, що руйнувались. В закладі, розрахованому на 45 дітей, їх перебувало у 2,5 рази більше (120 дітей). Кухня карантину поєднувалась з пральнею, тому фактично в одному приміщенні готували їжу, зберігали продукти, сушили білизну та купали, стригли й перевдягали дітей. В іншому приміщенні діти їли, спали та навчалися. Оскільки "карантин" не забезпечувався необхідним інвентарем та меблями, його постояльці спали на підлозі та розкладушках без матраців, подушок, простирал. Не було у "карантині" і рушників та мила, а через відсутність верхнього теплого взуття та одягу діти не виходили на прогулянки й весь час перебували у брудному приміщенні²¹.

Згідно з інструкціями НКЗО, після проходження карантину в ізоляторах дітей, вилучених з вулиць, мали розміщувати у спеціалізованих дитячих закладах: сиріт у віці від 1 до 4 років, а також дітей відповідного віку, які залишались без постійного догляду дорослих, або тих, кому батьки не забезпечували нормальні умови життя, — у "будинках дитини"²². Дітей старшого віку відсилали до так званих "виховних будинків".

Однак через брак приміщень для дитячих закладів, це правило не дотримувалося: малолітніх, вилучених з вулиць, на тривалий час залишали в карантинних, а до будинків дитини спрямовували переважно немовлят віком до одного року, а також безнадійно хворих підлітків. Аналогічна інформація щодо становища безпритульних надходила і з інших місць. Зокрема, у доповідній записці Харківського міського відділу охорони здоров'я повідомлялося, що діти у Литовських та Салтовських карантинних, що розміщувалися у бараках, через велику скупченість та погане харчування були дуже виснажені, тому їх щомісяця помирало більше третини²³. Тіснота та антисанітарія в дитячих ізоляторах спричиняли високу смертність дітей, яких ховали в колективних могилах²⁴.

У зв'язку з поширенням такого явища, як підкидання батьками немовлят до дитячих притулків, існувала потреба пристосування цих закладів для утримання немовлят. Деякі з "будинків дитини" було реорганізовано у "будинки немовляти" ще у 1920-ті рр., проте про їх кількість на початку 1930-х рр. нам невідомо.

Як і заклади для дітей старшого віку, "будинків немовляти" мали надавати притулок не тільки для безпритульних, а й для тих дітлахів, яких з різних причин належало тимчасово вилучати з хатніх умов життя. Різновидом "будинків немовляти" стали "будинки для хворої дитини", в яких розміщували фізично та розумово відсталіх дітей, а також (в окремих будинках) дітей з вродженим сифілісом, або хворих на трахому, чи на шкіряні або інші хвороби. Ці будинки відрізнялися від "будинків дитини" лише тим, що в них здійснювалася спеціалізована медична допомога для хворих²⁵.

На жаль, місць в дитячих притулках різних типів для безпритульних не вистачало. Про це, зокрема, повідомлялося у доповідній записці керівника групи соціально-побутової роботи Київської КК та РСІ, надісланої до обласної РСІ у серпні 1932 р.²⁶

Проте й розміщення дітей у дитячих закладах не рятувало їх від хвороб, голоду та смерті. Через брак приміщень для дитячих закладів, мізерність асигнувань на їх утримання та брак медичних та педагогічних працівників, умови утримання та виховання дітей у дитячих притулках були вкрай незадовільними, навіть для хворих, які потребували особливого нагляду та лікування. Це засвідчують чисельні акти ревізій,

проведених у дитячих будинках для хворих дітей. Так, у акті за наслідками обстеження Київського будинку для глухонімих дітей, організованого у січні 1931 р., було зафіксовано його істотне переповнення, занедбаний стан приміщення, відсутність опалення (через брак вугілля і непридатність печей до опалювання дровами), недостатнє обладнання меблями, побутовими речами та постільною білизною (на всіх вихованців було лише 5 рушників, часто-густо вони спали без простирадл). Крім того, було зафіксовано факти нецільового використання продуктів, призначених для продовольчого забезпечення дітей (співробітники установи харчувалися за рахунок цих продуктів)²⁷.

Залишалась нерозв'язаною проблема кадрового забезпечення дитячих закладів²⁸. На цьому, зокрема, зауважувалося у акті обстеження інтернатних установ міста Києва, проведеного обласною КК-РСІ у вересні 1932 р. За висновками бригади КК-РСІ, незабезпеченість кадрами медичних та педагогічних працівників, а особливо допоміжним персоналом, зумовлювалася їх низькими заробітками²⁹.

Не дотримувалися у дитячих будинках й нормативи щодо харчування дітей, встановлені у розмірі 400 г хліба, 20 г цукру, 85 г гороху чи круп, 40 г борошна, 6 г жирів, 35 г м'яса, 30 г свіжих овочів на особу на добу³⁰. Згідно з даними актів по обстеженню дитячих будинків та шкіл-інтернатів по районах Київської області у 1932 р., було встановлено, що щоденна видача хліба на особу становила пересічно 360 г, а крупи — лише 25% від норми. Зовсім не видавали дітям жирів, м'яса, риби та молока — продуктів конче необхідних для розвитку дитячого організму. Не надходили до дитячих закладів і засоби гігієни та санітарії, одяг, взуття та інші промислові товари. Внаслідок цього, наприклад, взуттям дитбудинківці були забезпечені лише на 40% від норми³¹.

Голод для дитячих міських закладів розпочався навесні 1931 р., коли уряд зняв з централізованого продовольчого постачання всіх працівників та утриманців, що його отримували, у 180 районах УСРР, які не виконали хлібозаготівель. Це рішення мало катастрофічний характер, особливо для дитячих інтернатних установ, які не мали продовольчих запасів³².

Оскільки дитячі заклади переводилися на самозабезпечення, характерним явищем була організація підсобних господарств у дитячих будинках. Так, на початку 30-х років 280 дитячих будинків мали сільськогосподарські бази, 60 — городи³³. Однак сільгосппродукції, виробленої у підсобних господарствах, для забезпечення вихованців та працівників дитячих закладів не вистачало. Щоб врятувати їх, уряд УСРР епізодично надавав фінансову та натуральну допомогу дитячим закладам. Так, незадовго до збору врожаю, у червні 1931 р., для 42 тис. вихованців інтернатних закладів по лінії Наркомосу УСРР було додатково

виокремлено 35 тис. кг м'яса, 5 тис. кг масла, 105 тис. шт. яєць та 10 тис. кг господарського мила.

Мало результативна допомога надходили й з боку союзного уряду. Зокрема, у січні 1932 р. Наркомат постачання СРСР надіслав для дітей України хліб, м'ясо, масло, рибу, цукор, крупу — всього понад 23,4 т продуктів. Але постачання йшло з перебоями, обмежено, а то і зовсім припинялося³⁴.

Намагаючись розв'язати проблему продовольчого забезпечення дитячих закладів за рахунок громадських організацій та господарських підприємств, ВУЦВК у серпні 1931 р. ухвалив рішення про прикріплення цих закладів в порядку шефства до промислових підприємств, МТС та радгоспів. Одночасно передбачалися заходи розширення мережі інтернатних закладів та налагодження їх стабільного фінансування³⁵.

Однак через брак коштів мережу дитячих інтернатних установ було скорочено. Кількість названих закладів з 1929/30 р. до 1930/31 р. скоротилась з 402 до 358, а чисельність їх вихованців — з 45 860 до 38 045. На 1 жовтня 1932 р. в Україні залишилося тільки 274 інтернатні установи, в яких перебувало 44 588 вихованців. Тобто за умовою скорочення інтернатних установ їх контингент, порівняно з 1930/31 р., збільшився майже до рівня 1929/30 р. Якщо у другій половині 20-х рр. згортання мережі дитячих інтернатних установ відбувалося як результат зменшення чисельності безпритульних, то з початку 1930-х рр. всупереч її зростанню. Це означало, що проблеми дитячої безпритульності у суспільстві стояла досить гостро³⁶.

Після відносного полегшення з харчуванням дітей влітку та восени 1931 р., наприкінці року голод знову посилювався. Заклади опіки, що знаходились на місцевому забезпеченні, були приречені на голодне існування, оскільки майже весь хліб, отриманий в одноосібних та колгоспних селянських господарствах з урожаю 1931 р., було вилучено та відправлено до центру для виконання плану хлібозаготівель.

У зв'язку з неспроможністю міських дитячих закладів врятувати всіх безпритульних, маленьких біженців від голоду почали повертати на село: до батьків, на патронат в селянські родини або в сільські дитячі установи. 1 серпня 1933 р. Політбюро ЦК КП(б)У законодавчо закріпило цю практику. Згідно з постановою Політбюро "Про відправку дітей на село", реєвакацію маленьких біженців від голоду планувалось завершити до 1 листопада 1933 р.³⁷ Через збереження голоду на селі, це рішення прирєкло багатьох із них на голодне існування або навіть смерть.

Для голодуючих безпритульних, які перебували поза закладами опіки, передбачалось безкоштовне харчування. Але державних коштів для цього бракувало. У жовтня 1932 р. Раднарком УСРР доручив Вукопхарчу та

транспортним споживчим товариствам спільно з Наркомосом УСРР залучити для врятування дітей всі можливі продовольчі ресурси господарських та громадських організацій. На їх кошти при громадських їдальнях деінде почали відкриватися харчувальні пункти для дітей. Їх підтримці сприяло виокремлення Наркомпостачем УСРР позапланових фондів — 700 т борошна, 50 т круп, 170 т цукру, 800 тис. банок консервів. У березні 1933 р. пункти громадського харчування годували 60 тис. дітей³⁸.

1 червня 1933 р. ЦК КП(б)У ухвалив постанову "Про надання продовольчої допомоги безпритульним дітям". Було оголошено про видачу голодуючим дітям 90 тис. продовольчих пайків, яких не вистачило навіть на безпритульників Харкова на один день³⁹.

З ініціативи місцевих органів робились спроби забезпечити молоком немовлят та хворих дітей у шпиталях. Зокрема, згідно постановою Київського обкому КП(б)У від 18 березня 1933 р. "Про виділення молока дітям та хворим" в голодуючих Сквирському, Білоцерківському та Володарському районах Київської області було тимчасово призупинено здачу молока молочарськими господарствами державним заготівельним організаціям⁴⁰.

Продовольча допомога дітям, які мали батьків, надавалася як шляхом організації громадського харчування в школах, сільських будинках та дитячих яслах, так і видачі продовольчих пайків вагітним жінкам та дітям у віці до 5 років (тим, які не відвідували ясла). Гаряче харчування, започатковане у 1928 р., надавалося дітям віком від 6 до 15 років. Видача натуральних пайків передбачалась 2 рази на місяць⁴¹.

Проте, вже на початку 1930-х рр. майже всі школи було знято з централізованого продовольчого постачання. З місць звідусіль до центральних установ почали надходити повідомлення, що видача гарячих сніданків в більшості шкіл припинилася, оскільки забезпечення за рахунок місцевих фондів виявилось нереальним. Дітям доводилося перебувати у школі без їжі по 7–8 годин, що негативно впливало на їх здоров'я.

У середині травня уряд вирішив перевести школи на самозабезпечення за рахунок шкільних допоміжних сільських господарств. Однак коштів, що виокремлювалися Наркомосом УСРР для їх організації не вистачало. За даними Всеукраїнського комітету профспілки працівників народного харчування, на 1 листопада 1932 р. вдалося забезпечити гарячими сніданками лише 1,1 млн. осіб, замість 3,9 млн. за планом⁴².

Більш активно, порівняно з містечками та селами, громадське харчування школярів розгорталося у великих містах. За наслідками перевірки, проведеної Київською КК–РСІ у квітні 1932 р., у школах міста сніданками забезпечувалося 46% учнів київських шкіл, хоча у листопаді 1931 р. ними користувалося 53% школярів. Крім недотримання плану розгортання мережі шкільного громадського харчування, було виявлено

погану якість обідів для школярів. Калорійність обідів та їх якість за кількістю білків, вуглеводів та жирів не відповідали встановленим нормативам. Причинами цього, окрім поганого постачання шкільних їдалень, були крадіжки продуктів, призначених для школярів, оскільки за рахунок цих продуктів готували обіди для вчителів⁴³.

Діяльність закладів Охматдит щодо забезпечення матерів та малолітніх дітей продовольчими пайками нами не досліджена.

Важливе значення для охорони здоров'я дітей та підлітків, особливо в умовах голоду та епідемій, мало лікування та оздоровлення знесилених та хворих дітей.

Медичну допомогу дітям надавали дитячі амбулаторії, дитячі консультації та дитячі відділення поліклінік та лікарень для обслуговування всіх верств населення. Відомості про розвиток у досліджуваній період мережі дитячих амбулаторій та відділень міських та районних поліклінік нами не виявлено, проте знайдено дані про чисельність дитячих консультацій в УСРР, що у 1929–1933 рр. збільшилася з 524 до 689⁴⁴. Однак, за оцінкою керівників НКЗО УСРР, рівень лікувальної допомоги хворим дітям, особливо удома, лишався незадовільним⁴⁵. Через голод та епідемії не вдалось налагодити оздоровчо-профілактичну роботу дитячих лікувально-консультаційних закладів. Між тим, ці заклади, поряд з наданням медичної допомоги хворим дітям, мали здійснювати диспансерний нагляд за дітьми, вивчаючи їх хатні умови, сприяти правильному розвитку дітей, їх оздоровленню.

Найбільш слабкою ланкою охматдиту була дитяча лікарня. В дитячих стаціонарах бракувало лікарняних ліжок, медичного обладнання, медикаментів та медичних працівників. Не достатньо було налагоджено спеціалізовану медичну допомогу⁴⁶.

Не вистачало шкільних лікарів, на яких покладався нагляд за санітарним станом шкільних закладів, станом здоров'я учнів, що у них навчалися, робота по санітарній та фізичній освіті школярів, а також нагляд за їх фізичним вихованням⁴⁷.

Повільно, але розвивалася мережа санаторно-курортних закладів. Відбір ослаблених дітей для оздоровлення у санітарно-курортних закладах проводили лікарсько-доборові комісії, організовані при дитячих поліклініках, дитячих відділах поліклінік для обслуговування всіх верств населення та дитячих відділів туберкульозних диспансерів. До складу лікарсько-доборових комісій входили окрім лікарів, які працювали у відповідних лікувальних та навчальних закладах, представники міськради, комсомолу та інших громадських організацій, а також представники від батьківських комітетів загальноосвітніх або профшкіл. Комісії здійснювали добір дітей, керуючись класовими принципами⁴⁸.

Всі оздоровчі дитячі установи, що існували у той час, поділялися на дві групи: масові оздоровчі (оздоровчі майданчики, фізкультурні бази, піонерські табори, дитячі оздоровчі колонії, будинки для відпочинку підлітків та будинки відпочинку 5-го для підлітків) та оздоровчі установи санаторного типу (санаторії, оздоровчі групи у школах, денні санаторії для школярів, нічні санаторії, школи-санаторії для психоневротиків)⁴⁹.

З'явилися нові типи дитячих оздоровчих установ, виникнення яких зумовлювалося наслідками голоду. Зважаючи на масову міграцію голодуючого населення у пошуках хліба, на великих вокзалах, де накопичувалася велика кількість біженців від голоду, створювалися кімнати матері і дитини.

Мережа дитячих оздоровчих закладів, створена у 1920-х рр., поступово збільшувалася, але якість педагогічної та медичної роботи в цих закладах, особливо на селі, була низькою⁵⁰.

Діти із слабким здоров'ям, що перебули заразні захворювання, а також ті, хто походив з туберкульозних родин або ж самі хворіли на незаразну форму сухот, залежно від профілю захворюваності, на літо чи навіть на цілий рік відсилались до спеціалізованих дитячих санаторіїв, які поєднували оздоровчі та лікувальні функції.

Найбільші санаторно-лікувальні установи розташовувалися у Київській приміській зоні, Одесі, Бердянську, Слов'янську, Складовську та інших курортних місцевостях⁵¹. Зокрема, під Києвом у Пуща-Водиці функціонував один із тубсанаторіїв, пристосованих для дітей⁵². Відкривались і спеціалізовані дитячі санаторії-стаціонари для дітей, хворих на вензахворювання. Звичайно термін лікування у таких закладах тривав не менше двох чи трьох років. Наприклад, тих, кого лікували від сифілісу, виписували лише через рік після отримання негативних аналізів. Сиріт після одужання переводили до інтернатних дитячих установ⁵³.

Поряд з дитячими установами закритого типу, діяли відкриті санаторні установи — сезонні зимові та літні санаторії, які працювали під час канікул, а також денні та нічні санаторії для оздоровлення учнів без відриву від навчання, а також оздоровчі групи в школах та школи-санаторії для психоневротиків⁵⁴. Так, у 1932 р. в УСРР існували два стаціонарні оздоровчі заклади для дітей психоневротиків — у Києві та Харкові⁵⁵.

На початку 1930-х рр. майже по всіх областях почали закладатися колгоспні і міжколгоспні санаторії для дітей, утримання яких покладалося на колгоспи за умовою додаткових дотацій районних і обласних міжвідомчих комісій Охматдит⁵⁶. Однак у 1932–1933 рр. діяльність цих закладів фактично завмерла.

До групи масових оздоровчих закладів також належали піонерські табори та дитячі оздоровчі колонії; будинки відпочинку для підлітків (на час

відпусток) та будинки відпочинку для підлітків 5-го дня (на вихідні), а також оздоровчі та фізкультурні майданчики, які організовувалися закладами Наросвіти, громадськими організаціями й житловими кооперативами.

Звичайно піонерські табори, будинку відпочинку та колонії влаштовувалися поблизу великих міст у найближчій сільській або іншій місцевості зі здоровим кліматом. Такі заклади нерідко іменувалися колоніями, оскільки мали на меті не тільки оздоровленням, а й громадсько-політичне та трудове виховання дітей та підлітків під час праці у найближчому колгоспі⁵⁷. На відміну від піонерських таборів, призначених виключно для піонерів, оздоровчі колонії приймали всіх школярів, незалежно від приналежності до піонерської організації. В 1932 р. багато піонертаторів було реорганізовано на загальнооздоровчі дитячі заклади⁵⁸.

20 травня 1933 р. ВУЦВК видав постанову "Про літню дитячу оздоровчу кампанію", згідно з якою було утворено центральну, обласні, міські та районні міжвідомчі комісії по керівництву місячником (оздоровлення дитинства), а план фінансування кампанії орієнтовно визначено у сумі 75 млн руб., з яких приблизно 45% мало бути зібрано за рахунок добровільних внесків.

Проте через зрив фінансування план оздоровлення дітей не було виконано. У літку 1933 р. до НКОЗ надходили чисельні листи від районних керівників відділів охорони здоров'я зі скаргами, що "професійні, господарські та страхові організації недооцінювали важливість оздоровчої кампанії, добровольчі товариства також мало йшли на зустріч справі розгортання оздоровчої роботи"⁵⁹. Проте й державні органи виявилися неспроможними виконати свої завдання. Факти "незадовільної постановки педагогічної та масово-політичної роботи, особливо на шкільних майданчиках у сільських районах, слабе керівництво цією найважливішою ділянкою оздоровчих установ з боку окремих районних відділів охорони здоров'я, органів народної освіти та райфізкультури" було зафіксовано у резолюції "Про підсумки літнього і завдання зимового оздоровлення дітей та підлітків", що була ухвалена Всеукраїнською нарадою у справах ОЗДП 22 жовтня 1933 р. Про проблеми з харчуванням в оздоровчих закладах у резолюції не згадувалося⁶⁰.

На жаль, динаміка оздоровлення дітей та підлітків продовж 1928–1933 рр. нами не досліджена через відсутність належних даних. Проте відомо, що до липня 1931 р. в 97-ми районах України було створено 2 340 дитмайданчиків на 93 600 дітей, 15 піонерських таборів на 1 870 піонерів та 15 санаторіїв на 45 100 дітей та підлітків. Всіма літніми оздоровчими заходами у 1931 р. було охоплено близько 150 000 дітей шкільного віку⁶¹.

За 1932–1933 р. знайдено статистичні дані про чисельність оздоровчих закладів для підлітків по областях УСРР (будинків відпочинку, сезонних та нічних санаторіїв, оздоровчих колоній) та про кількість осіб, які їх відвідували, та відсоток підлітків, оздоровлених цими закладами. Також виявлено відомості про відсоток міських та сільських школярів, охоплених оздоровчими закладами в цілому по УСРР та по окремих областях і в АМСРР. (Див. додатки 2, 3).

У 1932 р. у колоніях робітничої молоді оздоровлювалося 10 569 осіб або 15% учнів професійно-технічних закладів та підлітків-робітників⁶². У наступному році їх послугами скористалось 3% підлітків у Одеській області, по 13% — у Київській та Вінницькій та 59,8% — у Донецькій. Дані по інших областях невідомі. У колоніях та піонертаборах у 1932 р. відпочивало 19% міських школярів, а сільських — лише 0,6%. У наступному році їх кількість відповідно зросла до 33% та 1,9%. Послугами сезонних літніх дитячих санаторіїв у цьому році скористалось 9,6% школярів з міст та промислових центрів України та лише 0,3% сільських школярів. Дані за наступний 1933 р. нам невідомі. (Див. додатки 2, 3)⁶³.

Сільські діти мали можливість оздоровитися лише на шкільних майданчиках. У 1932–1933 рр. шкільні майданчики відвідувало 23–30% сільських школярів. Частка міських школярів, охоплених шкільними майданчиками, за відповідний період становила 64–48% (Див. додаток 1)⁶⁴. Дані про роботу майданчиків при житлових кооперативах та організованих громадськими організаціями невідомі.

Таким чином, саме шкільні майданчики були найбільш поширеною формою оздоровлення дітей⁶⁵. Однак на селі ці заклади, як і оздоровчі дитячі колонії, почали організовуватися лише з початку 1930-х рр. Зокрема, у Березівському районі влітку 1930 р. було створено 7 дитячих оздоровчих майданчиків та районна оздоровча колонія — фактично санаторний піонертабір. Понад 60% шкільних майданчиків утримувались на кошти батьків⁶⁶.

Всього на Україні у 1933 р. діяло 50 оздоровчих закладів по обслуговуванню дітей шкільного віку та 84 — по обслуговуванню підлітків, що фактично склали тогочасну мережу дитячих оздоровчих закладів⁶⁷.

У зв'язку з необхідністю масового залучення жінок-матерів до суспільного виробництва актуалізувалося завдання розгортання мережі дитячих ясел. Зокрема у 1932 р. у СРСР планувалось залучити більш, ніж 1 млн. жінок⁶⁸.

Зважаючи на це, НКОЗ УСРР у 1930 р. ухвалив відкрити замість спершу запроектованих 93600 ясельних місць 97000. Для забезпечення

ясельних закладів приміщеннями, він звернувся з клопотанням до РНК УСРР про надання для цієї мети 10% житлової площі, що звільнялася по кооперативах, та про забезпечення ясельного будівництва будівельними матеріалами на рівні з робітничим будівельними житлокооперативами. Інше клопотання торкалося забезпечення ясельних закладів медперсоналом за рахунок випуску у 1931 р. 400 лікарів-педіатрів, які мали до закінчення навчання проходити виробничу практику у тих ясельних установах, до яких їх планувалося працевлаштувати. Середній медперсонал мав готуватися на короткотермінових курсах⁶⁹.

Завдяки цим заходам передбачалося забезпечити місцями у стаціонарних яслах всіх дітей ясельного віку робітниць провідних галузей промисловості, на 60% — дітей робітниць інших галузей промисловості та транспорту і на 10% — дітей колгоспниць. Ще 30% малечі колгоспників планувалось забезпечити доглядом за рахунок сезонних ясел, які на відміну від стаціонарних ясел, які почали організовуватися у колгоспах на початку 1930-х рр., традиційно створювалися у сільській місцевості на час польових робіт⁷⁰.

Польові колгоспні ясла, розраховані на 12–15 немовлят віком до 6–8 місяців, які потребували грудного годування, організовувалися сільрадами у колгоспах, де колгоспниці працювали на віддалених від сіл ділянках. Там, де колгоспниці працювали на ділянках не дуже віддалених, немовлят доглядали в стаціонарних колгоспних яслах, розташованих у самому селі. Польові ясла прикріплювались до бригади, в якій працювали матері грудних дітей, та розташовувалися біля виробничої ділянки бригади. Для роботи в сезонних яслах мали залучатися колгоспниці, які набули підготовку на короткотермінових курсах ясельних працівників. Але так було далеко не завжди⁷¹. З метою залучення фахівців ясельної справи до роботи в колгоспах, уряд у 1931 р. ухвалив забезпечувати завідательок ясел та дитсадків промкрасом нарівні з колгоспницями, що працювали у полі. Також було запропоновано налагодити у зимовий час роботу сезонних ясел як стаціонарних⁷².

Враховуючи, що голод та епідемії вражали насамперед дітей ясельного віку, організовувалися спеціалізовані ясла для хворих дітей⁷³.

Згідно з індустріальними пріоритетами переважну частину коштів, асигнованих Головоцстрахом у 1930 р. для розвитку мережі дитячих ясел та молочних кухонь, було переведено у міста та робітничі селищіща Донбасу та Криворіжжя. Решта ж, а саме 88 тис. руб. на ясла та 30 тис. — на молочні кухні, призначалась для найбільших міст УСРР: Києва, Одеси та Харкова (переважну частину останньому)⁷⁴.

У звітах органів охорони здоров'я про розвиток системи закладів Охматдит за першу п'ятирічку зазначалось поступове зростання мережі закладів по

обслуговуванню дітей ясельного віку. Так, якщо у 1928 р. в УСРР діяло 226 постійних та 1 434 сезонних ясел, 502 консультації та 243 молочні кухні, а також 27 будинків немовляти та 6 будинків хворої дитини, то у 1931 р. — 1205 постійних та 17 678 сезонних ясел, 641 консультація та 347 молочних кухонь, а також 10 будинків хворої дитини⁷⁵.

Поступово ясла перетворювалися в провідний масовий заклад Охматдиту. До липня 1931 р. ясельними закладами було охоплено 181 389 дітей. Ще 7 420 дошкільників, але старше 4-х років, користувалися послугами 186 дитсадків⁷⁶.

Однак розвиток ясельна мережі відстав від потреб втягнення жіноцтва у виробництво. На кінець 1931 р. відсоток дітей робітниць, забезпечених яслами, навіть по вугільній промисловості, не перевищував 56%. І це незважаючи на те, що було створено 1 200 нових ясельних ліжок для дітей робітниць вугільної промисловості, 500 — для дітей робітниць металевої й 200 — для дітей робітниць хімічної промисловості. До кінця року планувалося збудувати нові приміщення на 2 785 ясельних ліжок⁷⁷.

З метою розширення ясельної мережі, 21 травня 1932 р. Раднарком СРСР запропонував збільшити коло підприємств, які мали відраховувати ¼% з фонду заробітної плати на ясельну справу. До кінця року сума відрахувань для ясел збільшилася в УСРР на 1,4 млн руб.

Широку програму заходів щодо розгортання мережі ясельних закладів, зміцнення їх матеріальної бази та піднесення якості ясельної роботи накреслила постанова ЦК ВКП(б) від 28 липня 1932 р. Згідно з цією постановою належало, по-перше, прискорити ясельне будівництво, ремонт та облаштування ясельних закладів: по-друге, — упорядковувати їх фінансування та налагодити продовольче постачання за рахунок виокремлення централізованих фондів та розгортання децентралізованих заготівель; по-третє, — забезпечити підготовку ясельних працівників. Також передбачалися заходи громадського контролю за роботою ясельних закладів з метою усунення їх антисанітарного стану та низького рівня медобслуговування вихованців⁷⁸.

Завдяки зусиллям державних органів у 1932–1933 рр. збільшилася кількість постійних ясел з 1 094 до 2 012, а сезонних — з 30 500 до 30 923. Зростала і мережа молочних кухонь, що засновувалися при консультаціях — з 360 до 1 094 (див. додаток 5)⁷⁹. Проте умови перебування дітей у ясельних закладах не покращувалися. Це підтверджують результати перевірок цих закладів, проведених КК–РСІ. Зокрема, під час обстеження київських ясел у серпні 1932 р. було виявлено затримку їх фінансування, продовольчого та промислового постачання, розміщення у тісних, непристосованих приміщеннях, а також неупорядкованість кадрами кваліфікованих

працівників. Всі ці чинники зумовлювали велику скупченість вихованців, їх високу захворюваність і смертність,⁸⁰

Підсумки розвитку мережі Охматдит за чотири роки першої п'ятирічки підбила VII Всеукраїнська нарада з питань охорони материнства та дитинства та охорони здоров'я дітей та підлітків, що відбулась у Харкові 15–19 жовтня 1932 р. Нарад констатувала, що незважаючи на розширення мережі ясел (протягом поточного року сільськими яслами було охоплено приблизно півтора мільйони дітей), консультацій, молочних кухонь та інших закладів Охматдит, план розвитку закладів системи Охматдиту у першій п'ятирічці не було виконано. На нараді зауважувалося, що відставання розвитку системи Охматдит від темпів розвитку народно-господарства негативно позначалося на виконанні виробничих завдань через високу захворюваність матерів та дітей, яка спричиняла падіння продуктивності праці⁸¹.

Справа з ясельною справою не покращилася й у наступному році, насамперед, через погане надходження коштів до фондів Охматдит від промисловими підприємствам та припинення їх сплати кооперативним та профспілковими організаціями⁸².

Під час ревізій ясел Дніпропетровська та області, проведених у 1933 р. Інститутом Охматдит, було виявлено антисанітарні умови утримання дітей у багатьох закладах. Поширенню інфекційних захворювань серед їх вихованців сприяли розміщення у тісних приміщеннях, нерідко поблизу до вигрібних ям, відсутність у закладах вентиляції та камер для збереження продуктів, погане освітлювалися й до того ж ігнорування не тільки дезінфекції, а й навіть звичайного прибирання.

Невід'ємною складовою системи Охматдит, поряд з заходами по охороні дитинства, були заходи по охороні материнства. До них, як вже згадувалося, окрім медичної та соціальної допомоги вагітним та породіллю, входили заходи по наданню гінекологічної допомоги жінкам та охорони їх праці на виробництві.

Радянське трудове законодавство забороняло застосування жіночої праці на особливо важких і шкідливих роботах. Перелік таких робіт та професій, із врахуванням потреб індустріального розвитку країни, було уточнено 1932 р. За цим переліком дозволялось застосовувати жіночу працю на всіх, за невеликим винятком, роботах у системі господарства річкового флоту, на багатьох підземних роботах в гірничодобувній промисловості⁸³. Заборонялося її використовувати на роботах по перенесенню і пересуванню вантажів, вага яких перевищувала встановлені законом граничні норми. Однак ці умови часто-густо не дотримувалися⁸⁴.

Зважаючи на зростаючу потребу народного господарства у робочій силі, влада намагалася зниження смертності породілля та немовлят та

підвищення народжуваності. У 1928 р. згідно з декретом ВУЦВК про організацію фонду матері-селянки, запроваджувалося страхування матерів-селянок за рахунок селянських товариств взаємодопомоги (СТВ) шляхом організації спеціальні фонди для допомоги вагітним та годівницям⁸⁵. Історія реалізації цього декрету в умовах продовольчої кризи кінця 1920-х та голоду початку 1930-х рр. залишається недослідженою⁸⁶. З 1932 р., після реорганізації СТВ у каси товариств взаємодопомоги колгоспів, соціальне страхування вагітних та годувальниць у колгоспах було покладено на новостворені товариства.

Зберігалось державне страхування матерів-робітниць, матерів-службовок, а також дружин робітників та службовців у разі вагітності та пологів. Для працівниць та дружин працівників фізичної праці ця допомога надавалася на термін 8 тижнів до і після пологів, а для осіб, розумової праці та їх дружин — 6 тижнів. Так звана допомога "на годування" для немовлят надавалася виключно робітницям та жінкам-службовкам впродовж 8 тижнів до пологів та 9 місяців після них й дорівнювалася $\frac{1}{4}$ сумі середнього для певної місцевості заробітку. Причому право на отримання допомоги для породілля набували лише ті робітниці, які пропрацювали на наймом не менше півроку до початку відпуски за вагітністю. Тобто ті, котрі підтвердили статус найманих робітниць⁸⁷.

Для матерів, які не мали притулку, в останні місці вагітності та відразу після пологів організовувалися "будинки матері та дитини", які також називалися "будинками матері-пролетарки" або "будинками самотньої матері". Ці заклади не тільки надавали притулок та харчування безпритульним вагітним та породіллю, а й адаптувати їх до материнства та суспільної праці: навчали правильного догляду за дітьми та здійснювали професійну підготовку. Кількість таких закладів в Україні з 1929 по 1931 рр. збільшилася з 9 до 14 (Див. додаток 5)⁸⁸.

Відповідно до вимог "Статуту про Охматдит в єдиних диспансерах", основна робота по охороні здоров'я вагітних жінок, породілля та немовлят покладалась на жіночі консультації та жіночі кабінети, що діяли при поліклініках. Вони мали пропагувати знання про гігієну вагітності, тобто надавати поради вагітним жінкам з приводу режиму їх життя під час вагітності, а з метою попередження захворювань та смертності немовлят, виявляти та брати під нагляд новонароджених та через патронажних сестер навчати матерів правилам догляду та годування дитини. Через ради соціальної допомоги, що входили до складу консультацій, останні призначали та надавали соціальну допомогу вагітним жінкам (видача продуктів харчування) та малозабезпеченим матерям (видача дитячого одягу, речей догляду за дітьми, харчових продуктів тощо).

На консультації також покладалися завдання боротьби з "перегулами" декретних відпусток, а також з абортами, насамперед підпільними. Боротьба з абортами мала здійснюватися шляхом роз'яснення жінкам небезпечності цієї операції та популяризації та індивідуального підбору протизаплідних засобів, а також направлення жінок, які бажали перевивати вагітність, до медичних закладів. З метою захисту жінок від свавілля чоловіків, консультаціям належало організовувати юридичні бюро, які б надавали їм консультативну допомогу у сфері родинного права⁸⁹.

Сприяючі профілактиці соціальних хвороб та попередженню ускладнень під час пологів та захворювань після них, жіночі кабінети та консультації мали співпрацювати з пологовими будинками, клінічними лабораторіями, туберкульозними та венерологічними диспансерами⁹⁰.

Незважаючи на економічні труднощі, кількість консультацій охорони материнства та дитинства за 1931–1933 рр. зросла у містах УСРР з 252 до 350, а по селах — з 382 до 461 (Див. додаток 4)⁹¹. За 1929–1933 р. їх кількість збільшилася з 542 до 729 (Див. додаток 5)⁹².

Однак у роки голоду функціонування цих закладів у містах було призупинено, а у селах голодуючих місцевостей — фактично згорнуто. Консультаціям Охматдиту не вдавалось запровадити диспансерні методи роботи, здійснити повсюдний патронаж над породіллями, налагодити масову санітарно-профілактичну роботу, охопити дітей всіма видами лікувальної допомоги в стаціонарах і вдома, а також об'єднати роботу охматдитських закладів в районах⁹³.

Стаціонарна пологова допомога надавалася переважно городжанкам, оскільки пологові будинки, кількість яких за 1928–1933 рр. збільшилася з 29 до 40, відкривалися у великих містах і робітничих селищах (Див. додаток 5)⁹⁴. На початку 1930-х рр. лише 12 зі 100 селянок народжували з медичною допомогою. У районних центрах стаціонарну пологодопомогу породіллю надавали районні лікарні (по одній чи дві на район), які мали не більше 6–8 акушерських ліжок, тому породіллі часто-густо лежали в коридорах, а новонароджені діти — по двоє в ліжках⁹⁵. Недотримання правил ізоляції породілля, які мали підвищену температуру, та санітарно-гігієнічних норм догляду за немовлятами призводили до їх високої смертності у пологових відділеннях та будинках⁹⁶.

Боротьба за збільшення полових ліжок на селі залишалась основним завданням охорони материнства та дитинства. Враховуючі обмежені можливості стаціонарної допомоги породіллю, у районних центрах при медичних амбулаторіях створювалися акушерсько-фельдшерські пункти (пересічно по 3 на район) із однією акушеркою у штаті, на яку покладалися завдання пологової допомоги породіллю у акушерському пункті і удома. Як правило, акушерка обслуговувала не менше 5 сіл на

відстані 10–12-ти км від амбулаторії. Наявність у штаті акушерських пунктів "роз'їзних акушерок" була скоріше виключенням, аніж правилом. Тому "роз'їзна акушерка" на Київщині обслуговувала 12 495 жінок зі всіх районів області.

На початку 1930-х рр., згідно з пільговим медичним обслуговуванням членів колгоспів, на селі почали організовуватися колгоспні (при кожному великому колгоспі) та міжколгоспні (при кількох "маломісних" колгоспах) стаціонарні акушерські пункти, розраховані на надання стаціонарної допомоги 2–3 породіллям впродовж 6–7 днів. Відповідно до постанови Наркомздорів'я УСРР від 1 грудня 1929 р., колгоспні та міжколгоспні акушерські пункти мали організовуватись у кожному великому колгоспі, а також при кущових об'єднаннях колгоспів із загальною скупченістю людності в 2 000–3 000 осіб (на території до 5-ти кілометрів радіусом). У штаті таких пунктів мали працювати акушерка та 3–4 санітарки⁹⁷. Через брак акушерок акушерські пункти нерідко обертались на суто фельдшерські⁹⁸.

У 1931 р. відсоток охоплення породілля пологовою допомогою, як стаціонарною, так і домашньою, пересічно по Україні становив лише 30,2%. У наступні роки, незважаючи на голод, спостерігався певний приріст гінекологічних ліжок та консультацій охорони материнства та дитинства, особливо на селі. Так, кількість гінекологічних ліжок у пологових будинках та відділеннях за 1933 рр. збільшилася у містах УСРР на 160, а по селех — на 500 ліжок (Див. додаток 3)⁹⁹. Щоправда, в умовах голоду багато з них, особливо у голодуючих місцевостях, фактично припинили свою діяльність.

Хоча охорона материнства на селі передбачала ті ж самі заходи, що і у містах — охорона праці вагітної селянки й селянки годувальниці, дотримання рекомендованих норм харчування й санітарії житлових приміщень, патронаж вагітної, організація абортної допомоги жінкам, регулювання дітонародження і, нарешті, організація медичної допомоги за пологів і за післяпологової доби — у роки першої п'ятирічки контраст у рівні пологової та післяпологової допомоги породіллю та годувальницям у місті та на селі не було подолано¹⁰⁰.

VII Всеукраїнська нарада з питань охорони материнства та дитинства та охорони здоров'я дітей та підлітків, що відбулась у Харкові 15-19 жовтня 1932 р., констатувала невиконання планів розвитку мережі закладів Охматдит по обслуговуванню жінок та дітей амбулаторною та консультативною допомогою¹⁰¹. Консультацій та пологових будинків, які мали надавати кваліфіковану пологову та післяпологову медичну та консультативну допомогу породіллю, до середини 1930-х років в УСРР не вистачало. Пересічна селянка, народивши вдома, починала працювати вже на другий-

третій день після пологів, іноді тому, що цього вимагала родина. Це призводило до гінекологічних захворювань та знесиленості організму¹⁰².

Лише у 1934 р. по селах УСРР починали організовуватися перші колгоспні пологові будинки, утримання яких на 75% покладалось на колгоспи, а 25% — на бюджет¹⁰³.

Наявна мережа гінекологічних ліжок задовольняла лише тих жінок, які потребували оперативної допомоги, переважно невідкладної. Пологова допомога, зокрема по лінії акушерських пунктів, найбільший розвиток мала у Київській, Вінницькій, Одеській та Чернігівській областях¹⁰⁴.

Поширеною формою оперативної гінекологічної допомоги була операція по перериванню вагітності. Брак контрацептивів змушував жінок систематично звертатись до абортів. Для жінки 30–35 років нормою було 6–8 операцій подібного характеру. З 1930 р. з метою утримання жінок від штучного переривання вагітності, операція по здійсненню абортів стає платною. Якщо в 1931 р. за позбавлення від вагітності жінкам, залежно від прибутків, треба було заплатити від 18–20 руб., то у 1933 р. плата піднялася від 20 до 60 руб.¹⁰⁵ Внаслідок широкого розповсюдження отримала практика підпільних абортів та самоабортів, які в більшості випадків закінчувалися гінекологічними ускладненнями¹⁰⁶.

Узагальнюючи досвід організації та діяльності закладів Охматдиту у роки першої п'ятирічки, слід зазначити, що урядом була розроблена широка програма в області охорони здоров'я матерів та дітей. Проте, незважаючи на всі спроби втілити її в життя, результати виявилися суперечливими.

Всупереч збільшенню безпритульності, кількість інтернатних дитячих закладів до жовтня 1932 р. скорочувалася, проте зростала чисельність відкритих закладів Охматдит (консультативних, лікувальних, оздоровчих, ясельних). Щоправда це зростання не відповідало планам розвитку системи у першій п'ятирічці. Цьому перешкождали, особливо на селі, відсутність приміщень, пристосованих для ясел, неуккомплектованість кваліфікованим персоналом, систематичні зриви фінансування та постачання. Останнє зумовлювалося недотримання страхових внесків на охорону здоров'я з боку промислових підприємств та призупинення внесків селян до фондів товариств селянської взаємодопомоги в умовах голоду та колективізації. Навіть дотації на літні оздоровчі заходи з боку Наркомату охорони здоров'я і Наркомату освіти мали несистематичний характер. В найбільш скрутному становищі опинились жінки та діти у сільській місцевості. Районні консультації Охматдит працювали в межах райцентру, ігноруючи вимоги села, на селі не діяли спеціалізовані медичні заклади по обслуговуванню дітей грудного віку, а нечисленні ясла у більшості не були пристосовані до обслуговування працюючих жінок.

Додаток 1
Мережа оздоровчих закладів по обслуговуванню дітей
шкільного віку у сільській та міській місцевості по областях
УСРР у 1932–1933 рр.

Області	Роки	Шкільні майданчики		Колонії та піонертабори		Сезонні дитячі санаторії		Загальна кількість закладів
		Міста та промцентри	Села	Міста та промцентри	Села	Міста та промцентри	Села	
Харківська	1932	55%*	32%	22%	0,2%	10%	–	12
	1933	56%	33%	28%	1,5%	11%	0,3%	
Донецька	1932	40%	40%	34%	16%	1,1%	4%	5
	1933	80%	36%	38%	3,6%	11%	0,3%	
Дніпропетровська	1932	48%	17%	17%	0,5%	9%	–	10
	1933	78%	32%	30%	2,4%	10%	0,4%	
Київська	1932	46%	21%	25%	1,0%	8%	–	10
	1933	59%	27%	31%	1,3%	9%	1,9%	
Одеська	1932	36%	21%	16%	1,3%	7%	–	7
	1933	57%	45%	26%	4,0%	8%	0,4%	
Вінницька	1932	56%	13%	15%	0,2%	5%	–	5
	1933	71%	15%	23%	1,0%	6%	0,1%	
АМССР	1932	44%	16%	20%	–	5%	–	1
	1933	53%	28%	50%	2,0%	6%	0,4%	
Всього	1932	48%	23%	19%	0,6%	–	–	50
	1933	64%	30%	33%	1,9%	9,6%	0,3%	

* % — відсоток охоплення дітей шкільного віку мережею оздоровчих закладів.

Додаток 2.
Мережа оздоровчих закладів УРСР по обслуговуванню підлітків
у 1932–1933 рр.

Область	Загал. кільк. підлітків	Будинки відпочинку		Санаторії для відпочинку		Нічні санаторії		Оздоровчі колонії молоді	
		Кількість підлітків // процент охоплення							
		1932	1933	1932	1933	1932	1933	1932	1933
1.Донецька	47942	<u>14383</u> 30	<u>28765</u> 60	<u>6400</u> 13,6	<u>7040</u> 14,7	<u>2975</u> 6,2	<u>4500</u> 9	—	—
2.Харківська	18874	<u>7660</u> 40	<u>9437</u> 50	—	<u>600</u> 3,2	—	<u>600</u> 3,2	—	<u>1080</u>
3.Київська	8372	<u>3349</u> 40	<u>4185</u> 50	<u>543</u> 6,5	<u>600</u> 7,2	<u>271</u> 3,2	<u>600</u> 7	<u>1086</u> 13	<u>1230</u>
4.Дніпропет- ровська	24000	<u>9600</u> 40	<u>12000</u> 50	<u>4488</u> 18,5	<u>4910</u> 20,5	<u>4353</u> 18,1	<u>4353</u> 18,1	<u>9568</u> 59,8	<u>1040</u> 0
5.Одеська	11465	<u>4886</u> 40	<u>5723</u> 50	<u>1678</u> 14,6	<u>1838</u> 16	<u>839</u> 7,3	<u>920</u> 8	<u>3365</u> 3	<u>3580</u>
6.Вінницька	1066	<u>426</u> 40	<u>533</u> 50	<u>70</u> 6,5	<u>80</u> 7,5	<u>35</u> 3,2	<u>45</u> 4,2	<u>140</u> 13	<u>160</u>

Додаток 3.
Приріст гінекологічних ліжок по УРСР у 1933 р.

Роки	Загалом по Україні		Харківська		Київська		Одеська		Вінницька		Дніпроп.		Донецька	
	місто	село	місто	село	місто	село	місто	село	місто	село	місто	село	місто	село
1933	160	500	25	50	25	100	20	75	30	120	25	65	25	75

Додаток 4.
Розвиток консультацій охорони материнства та дитинства в УРСР
у 1931–1933 рр.

Роки	Всього по Україні		Харківська		Вінницька		Київська		Дніпро- петровськ.		Одеська		Донецька	
	місто	село	місто	село	місто	село	місто	село	місто	село	місто	село	місто	село
1931	252	382	53	92	22	57	41	93	34	53	26	60	74	19
1932	341	423	59	93	29	70	56	103	43	58	30	64	122	26
1933	350	461	60	97	30	78	58	108	44	62	36	70	123	31

Додаток 5.
Мережа закладів Охматдит в УСРР у першій п'ятирічці.

Заклади	1929	1930	1931	1.01.32	1.10.32	1.01.32	1.10.33
Консультації	524	541	564	618	671	689	729
Молочні кухні	161	182	191	280	270	180	360
Ясла постійні	360	369	422	1094	1614	1568	2012
У них дітей	11652	17143	20290	83225	–	88646	99275
Ясла сезонні	2023	6762	17500	30500	–	30923	–
У них дітей	66205	266000	751200	1559000	–	1824515	–
Закрити дитячі заклади	77	65	65	54	64	77	116
У них дітей	1996	2523	2617	223	3223	3685	9591
У т.ч. будинки матері-пролетарки	9	8	10	–	–	–	–
У т.ч. будинки хворої дитини	5	5	7	–	–	–	–
У т.ч. будинки матері та дитини	–	3	3	–	–	–	–
Пологові будинки	29	25	27	32	36	4–	38

¹ *Сосюра Н. Я.* Современные задачи и методы работы консультации по охране материнства // Доклад на межрайонной конференции работников Охматдета в мае 1931 г. — Одесса, 1932. — С. 2.

² *Ткач Л. И.* История охраны материнства в дооктябрьский период и развитие ее на Украине за годы Советской власти. (1844–1967): Автореферат дис. канд. мед. Наук / Харьковский медицинский университет. — Х.: 1969. — С. 16.

³ ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 214. — Арк. 16–17.

⁴ Про контрольні цифри охорони здоров'я на 1932 рік в УСРР // Профілактична медицина. — 1931. — № 9–10. — 160.

⁵ *Ткач Л. И.* Вказана праця. — С. 7–8.

⁶ Про контрольні цифри охорони здоров'я на 1932 рік в УСРР. — С. 160–161.

⁷ *Беліцька Є. Я.* XV років охорони материнства і дитинства на Україні. Історичний нарис. — К., 1936. — С. 38–39.

- ⁸ Український научно-исслед. институт Охматдета им. П. М. Буйко. X итоговая сессия. Рефераты научных работ. — К., 1958. — С. 5–6.
- ⁹ *Ткач Л. И.* Вказана праця. — С. 13–14.
- ¹⁰ *Зінченко А. Г.* Дитяча безпритульність в Радянській Україні в 20-і — першій половині 30-х років ХХ століття: Дис... канд. іст. наук: 07.00.01 / Одес.нац.ун-т ім. І. І. Мечникова. — О., 2002. - С. 107.
- ¹¹ Голод 1932–1933 років в Україні: причини та наслідки. — К., 2003. — С. 562–563.
- ¹² *Зінченко А. Г.* Вказ. праця. — С. 122.
- ¹³ Державний архів міста Києва. — Ф-р. 323. — Оп. 1. — Спр. 554. — Арк. 279.
- ¹⁴ Голодомор 1932–1933 років в Україні: документи і матеріали. — К., 2007. — С. 434.
- ¹⁵ Там само.
- ¹⁶ *Зінченко А. Г.* Вказ. праця. — С. 119; Національна книга пам'яті жертв голодомору 1932–1933 років в Україні. Місто Київ. — К., 2008. — С. 329.
- ¹⁷ Голодомор 1932–1933 років в Україні: документи і матеріали. — С. 297.
- ¹⁸ Там само. — С. 836–838.
- ¹⁹ Там само. — С. 836–838.
- ²⁰ Голод 1932–1933 років в Україні: причини та наслідки. — С. 562–563.
- ²¹ Державний архів міста Києва. — Ф-р. 323. — Оп. 1. — Спр. 559. — Арк. 6–7.
- ²² ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 215. — Арк. 29, 33.
- ²³ Голод 1932–1933 років в Україні: причини та наслідки. — С. 562–563.
- ²⁴ Національна книга пам'яті жертв голодомору 1932–1933 років в Україні. Місто Київ. — К., 2008. — С. 334.
- ²⁵ *Федотова О. М.* Охорона материнства і дитинства на Україні. — Х., 1930. — С. 26.
- ²⁶ Національна книга пам'яті жертв голодомору 1932–1933 років в Україні. Місто Київ. — С. 329.
- ²⁷ Державний архів міста Києва. — Ф-р. 323. — Оп. 1. — Спр. 559. — Арк. 26 — 31.
- ²⁸ *Зінченко А. Г.* Вказ. праця. — С. 100.
- ²⁹ Національна книга пам'яті жертв голодомору 1932–1933 років в Україні. Місто Київ. — С. 334.
- ³⁰ Державний архів міста Києва. — Ф-р. 323. — Оп. 1. — Спр. 559. — Арк. 43, 44.
- ³¹ Там само. — Спр. 554. — Арк. 280.
- ³² Голод 1932–1933 років в Україні: причини та наслідки. — С. 562.
- ³³ *Зінченко А. Г.* Вказ. праця. — С. 111.
- ³⁴ *Кульчицький С. В., Шаталіна Є. П.* Становище дітей на Україні у 1931–1933 рр.: Документальна розповідь. — К., 1989. — С. 8,10.
- ³⁵ Там само. — С. 122.
- ³⁶ Там само. — С. 110.
- ³⁷ Там само. — С. 130.
- ³⁸ Там само. — С. 20–21,24.
- ³⁹ Голодомор 1932–1933 років в Україні: документи і матеріали. — С. 868.
- ⁴⁰ Там само. — С. 783.
- ⁴¹ ЦДАВО України. — Ф. 1. — Оп. 4. — Спр. 765. — Арк. — 174, 200.
- ⁴² *Кульчицький С. В., Шаталіна Є. П.* Вказ. праця. — С. 13, 16, 21.
- ⁴³ Національна книга пам'яті жертв голодомору 1932–1933 років в Україні. Місто Київ. — С. 318.
- ⁴⁴ *Беліцька Є. Я.* Вказ. праця. — С. 41.
- ⁴⁵ Там само. — С. 58–59.
- ⁴⁶ Там само. — С. 50–52, 54.

- ⁴⁷ Федотова О. М. Вказ. праця. — С. 22-23.
- ⁴⁸ Там само. — С. 27.
- ⁴⁹ Варшавський М. М. Типологія оздоровчих установ для учнів та підлітків. — Дніпропетровськ, 1935. — С. 3, 7.
- ⁵⁰ ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 28/21. — Арк. — 29, 30.
- ⁵¹ Шаферштейн С. Я. К постановке детской помощи на курорте. — Харьков, 1930. — С. 5.
- ⁵² ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 3, Т. 1. — Спр. 2149. — Арк. 35.
- ⁵³ Там само. — Оп. 14. — Спр. 215. — Арк. 1, 7-8.
- ⁵⁴ Варшавський М. М. Вказ. праця. — С. 3, 7.
- ⁵⁵ ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 28/21. — Арк. — 33.
- ⁵⁶ Турова Ф. Д. Медичне обслуговування дитячих оздоровчих закладів. — К., 1936. — С. 13.
- ⁵⁷ Варшавський М. М. Вказ. праця. — С. 3, 7.
- ⁵⁸ Федотова О. М. Вказ. праця. — С. 20-21, 22-26. Дашевський Д. М. Літня оздоровна дитяча колонія. — Х.-К., 1931. С. 5-6.
- ⁵⁹ Бандурівський А. З., Мац Д. І. Підсумки та завдання літньої оздоровчої роботи серед дітей // Профілактична медицина. — 1934. — № 8. — С. 79.
- ⁶⁰ Мац Д. І. Оздоровна робота в шкільній колонії та на майдані. — Х., 1934. — С. 35.
- ⁶¹ Єдиний фінансовий план Наркомздоров'я на 1931 рік // Профілактична медицина. — 1931. — № 7-8. — С. 161, 163.
- ⁶² Про організацію та оздоровлення праці підлітків та робітничої молоді // Профілактична медицина. — 1932. — № 8. — С. 131.
- ⁶³ ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 28/21. — Арк. — 30.
- ⁶⁴ Там само. — Арк. — 29, 30.
- ⁶⁵ Реммер Т. Л. Оздоровна робота серед дітей. — К., 1936. — С. 25-26.
- ⁶⁶ Шпільберг Г. І. Дитячі курорти та здравниці України. — К., 1959. — С. 8-9, 11.
- ⁶⁷ ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 28/21. — Арк. — 29, 30.
- ⁶⁸ Министры здравоохранения России. Очерки истории здравоохранения России в XX веке. — М., 1999. — С. 107.
- ⁶⁹ Найближчі завдання в галузі охорони материнства та дитинства УСРР // Профілактична медицина. — 1930. — № 12. — С. 107.
- ⁷⁰ Про контрольні цифри охорони здоров'я на 1932 рік в УСРР // Профілактична медицина. — 1931. — № 9-10. — С. 160-161.
- ⁷¹ ЦДАВО України. — Ф. 342. Оп. 14. — Спр. 214. — Арк. 1,2.
- ⁷² Єдиний фінансовий план Наркомздоров'я на 1931 рік. — С. 163.
- ⁷³ Белицька С. Я. Вказ. праця. — С. 50-52.
- ⁷⁴ Найближчі завдання в галузі охорони материнства та дитинства УСРР // Профілактична медицина. — С. 108.
- ⁷⁵ ЦДАВО України. — Ф. 342. Оп. 14. — Спр. 256. — Арк. 1,2.
- ⁷⁶ Єдиний фінансовий план Наркомздоров'я на 1931 рік. — С. 163.
- ⁷⁷ Там само. — С. 161.
- ⁷⁸ Белицька С. Я. Вказ. праця. — С. 42-43.
- ⁷⁹ Там само. — С. 41.
- ⁸⁰ Національна книга пам'яті жертв голодомору 1932–1933 років в Україні. Місто Київ. — С. 329.

- ⁸¹ VII Всеукраїнська нарада з питань охматдиту та ОЗДП // Профілактична медицина. — 1933. — № 5–6. — С. 135.
- ⁸² Про невиконання постанов вищих інстанцій у галузі охорони материнства та дитинства// Профілактична медицина. — 1933. — № 11–12. — С. 90.
- ⁸³ Мельник С. Ф. Охорона інтересів матері і дитини в радянському законодавстві. — К., 1954. — С. 20-21.
- ⁸⁴ Кривуля О. О. Жінки та індустріалізація в Україні (1929-1938 рр.): дис... канд. іст. наук: 07.00.01/ Східноукр. нац. ун-т. ім. В. Даля. — Луганськ, 2004. — С. 94.
- ⁸⁵ Федотова О. М. Вказ. праця. — С. 8-9.
- ⁸⁶ Рыбак И.В. Крестьянские комитеты (общества) взаимопомощи Украинской ССР (1921-1932) Автореф. дис. ... канд. истор. н. — К., 1982; Шарпатов В. Товариства взаємодопомоги УСРР 1920 — Перша половина 1930-х років: організація, форми та соціальні функції // Пам'ять століть, 2004. — № 6.
- ⁸⁷ Мовчан О. Соціальне страхування робітників УСРР в добу нової економічної політики (1921-1927 рр.) // Наукові записки тернопільського національного педагогічного університету ім. Володимира Гнатюка. Серія історія. — Вип. 2. — Тернопіль, 2009. — С. 108, 114.
- ⁸⁸ Беліцька С. Я. Вказ. праця. — С. 16-17, 41.
- ⁸⁹ Федотова О. М. Вказ. праця. — С. 10, 12–14; Обмін досвідом. Збірник-огляд робіт Дніпропетровського обласного інституту Охматдиту та його опорних пунктів. — Дн-п., 1935. — С. 3, 8.
- ⁹⁰ Беліцька С. Я. Вказ. праця. — С. 50–52, 54.
- ⁹¹ ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 28/21. — Арк. — 35.
- ⁹² Беліцька С. Я. Вказ. праця. — С. 43.
- ⁹³ Там само. — С. 50–52, 54.
- ⁹⁴ Там само. — С. 41
- ⁹⁵ Министры здравоохранения России. Очерки истории здравоохранения России в XX веке. — С. 139.
- ⁹⁶ ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 293. — Арк. — 1.
- ⁹⁷ Янкевич Е. Я. Завдання охорони материнства на селі у зв'язку з колективізацією // Профілактична медицина. — 1930. — № 11.– С. 62–63, 67.
- ⁹⁸ Там само. — С. 62.
- ⁹⁹ ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 28/21. — Арк. — 35.
- ¹⁰⁰ Янкевич Е. Я. Вказ. праця. — С. 62–63, 67.
- ¹⁰¹ VII Всеукраїнська нарада з питань охматдиту та ОЗДП // Профілактична медицина. — 1933. — № 5–6. — С. 135.
- ¹⁰² Янкевич Е. Я. Вказ. праця. — С. 62.
- ¹⁰³ ЦДАВО України. — Ф. 342. — Оп. 14. — Спр. 296. — Арк. — 54.
- ¹⁰⁴ Беліцька С. Я. Вказ. праця. — С. 58–59.
- ¹⁰⁵ Лебина Н. "Навстречу многочисленным заявлениям трудящихся женщин..." Абортная политика как зеркало советской социальной заботы // Советская социальная политика 1920-1930-х годов: идеология и повседневность. Сб. статей под ред. П. В. Романова, Е. Р. Ярской-Смирновой. — М., 2007. — С. 234–235.
- ¹⁰⁶ Лебина Н. Вказ. праця. — С. 237-238.