

УДК 93

## Социальная политика СССР в отношении коренных малочисленных народов в 20–50-х годах XX века: проблемы материнства и детства

А.А. Ермакова<sup>a</sup>, В.А. Кудашкин<sup>b</sup>

Братский государственный университет, ул. Макаренко, 40, Братск, Россия

<sup>a,b</sup>Alinochka-e-97@yandex.ru

Статья поступила: 12.11.2019, принята 04.12.2019

*В статье исследуются вопросы социальной политики советского государства в отношении материнства и детства в первой половине XX в. Затронуты проблемы, связанные с качественными и количественными изменениями в медицинском обслуживании коренных малочисленных народов. Приведена положительная динамика изменения численности медицинских учреждений, отмечены позитивные перемены, связанные с проведением профилактической работы среди беременных. Рассмотрены меры социального поощрения в рамках государственной поддержки многодетных и одиноких матерей.*

**Ключевые слова:** коренные малочисленные народы; социальная политика; демография; советская власть; проблемы материнства и детства; Сибирь.

## The social policy of the USSR in relation to indigenous peoples in the 1920s-1950s of the XX century: problems of motherhood and childhood

A.A. Ermakova<sup>a</sup>, V.A. Kudashkin<sup>b</sup>

Bratsk State University; 40, Makarenko St., Bratsk, Russia

<sup>a,b</sup>Alinochka-e-97@yandex.ru

Received 12.11.2019, accepted 04.12.2019

*The article discusses the implementation of the social policy of the Soviet state in relation to motherhood and childhood in the first half of the XX century. The problems and difficulties of qualitative and quantitative changes in health services for indigenous peoples are mentioned. The dynamics of improving the situation in the number of medical institutions, carrying out preventive work among pregnant women is given. The article also describes the measures of social incentives for large and single mothers.*

**Keywords:** indigenous peoples; social politics; demography; Soviet authority; problems of motherhood and childhood; Siberia.

События октября 1917 г. установили в России власть большевиков и провозгласили диктатуру пролетариата. Первые декреты нового правительства были направлены на решение остросоциальных проблем, в том числе наиболее острых, касающихся положения матери и ребенка. В частности, 29 октября 1917 г. Советом Народных Комиссаров был принят декрет «О восьмичасовом рабочем дне» [1, с. 24], где впервые на законодательном уровне был гарантирован отпуск по беременности и родам с полным сохранением заработной платы на срок от 12 до 16 недель. 31 января 1918 г. вышло постановление наркома государственного призрения «Об организации комиссии по охране младенчества» [1, с. 25]. Таким образом, в начале 1918 г. в советской России сформировалась единая государ-

ственная организация под названием «Отдел охраны материнства и младенчества». Перед данным отделом стояли важные социальные задачи, а именно создание сети детских лечебно-профилактических учреждений и подготовка медицинских кадров для них. Это было связано с недостаточной развитостью детской медицины в стране.

Нельзя не отметить тот факт, что народы Севера до утверждения советской власти фактически находились в отстраненном и изолированном положении по отношению к остальным народам. Политическая ситуация изменилась в 1920-е гг., когда население коренных малочисленных народов было уравнено в правах с остальным населением страны. Между тем, вопросы жизнедеятельности матери и ребенка у коренных малочисленных

народов не затрагивались вплоть до 1924 г., когда законодатель впервые обратил внимание на данную социальную группу, и появились первые распоряжения по улучшению их жизни.

В досоветский период одной из основных была проблема высокой смертности, и здравоохранение было призвано найти ее решение. Проводился сбор данных по всем губернским и областным отделам здравоохранения «...о составе населения, заболеваемости национальных меньшинств различными, социальными, глазными болезнями, малярией, а также о состоянии обслуживающей население лечебно-санитарной сети» [2, с. 14].

В мае 1925 г. было принято постановление XII Всероссийского съезда Советов по докладу наркома здравоохранения о состоянии отечественной медицины и ее развитии. В докладе отмечалась специфика развития национальных областей и пути преодоления проблем, связанных с социальными болезнями: «...съезд Советов признает необходимым развить медико-санитарную сеть в таких местностях с обращением особого внимания на сельскую медицину» [3, с. 38]. Кроме этого, важным аспектом деятельности съезд утвердил проведение образовательных работ с населением с целью повышения уровня санитарного просвещения. Таким образом, анализируя литературу, можно прийти к выводу, что власти осознавали необходимость улучшения санитарно-гигиенических условий проживания коренных малочисленных народов. Принципиально же изменить ситуацию в 1920-е гг. не удалось из-за точечного характера действия властей.

В этот период начали использоваться различные формы работы с населением. Ярким примером могут служить ярмарки. Они способствовали налаживанию доверительного контакта с людьми, закреплению новых отношений между государственной властью и местным населением, играли роль своеобразных агитационных пунктов.

Следует отметить, что условия санитарии и гигиены имеют особое значение для женщин в период периодом беременности и родов. Для улучшения профилактической работы планировалось проведение платных вечеров, спектаклей, организация летних яслей в подшефных деревнях [2, с. 14]. До 1930-х гг. проводились беседы с населением на медицинские темы с целью повышения медицинской грамотности, устраивались уголки матери и ребенка, пропагандировались идеи здорового образа жизни, а также соблюдение гигиенических требований. Для того чтобы привлечь женщин на эти мероприятия, им дарили подарки «в виде предметов санитарии и гигиены» — мыло, зубной порошок, полотенца [2, с. 16]. Однако данные меры были недостаточно эффективны, и женщины без особого интереса шли на такие ме-

роприятия. В деревнях, где существовала «народная медицина», была велика роль шаманов. Официальная медицина населением не признавалась вовсе и игнорировалась. Тем не менее, к началу 1930-х гг. наметился определенный прогресс в отношении к профессиональной медицине. Если в 1932 г. в больнице при Чукотской культбазе были приняты двое родов, то в 1934 г. — уже 30 [4, с. 22].

Первая половина XX в. в республике Советов ознаменовалась большим рывком в отечественной медицине. В 1935 г. появились первые детские поликлиники, и к 1940 г. по стране насчитывалось уже более 8 тыс. женских и детских консультаций. И все же к середине 1930-х гг. среди коренного населения Сибири роды проходили по методам народной медицины. Женщины продолжали практиковать роды в домашних условиях, при отсутствии надлежащей санитарии. Впрочем, на выбор в пользу родов в домашней обстановке влияли не только традиции. Оставалась острой проблема нехватки медицинских кадров и отсутствия необходимого количества медицинских учреждений. Так, на 6 тыс. жителей Чукотского района к 1930 г. приходился один фельдшер со школьным образованием [5].

Создание полноценной системы медицинского обслуживания населения несколько ускорилось после образования национальных округов. К 1940 г. в Чукотском национальном округе функционировали 12 больниц на 165 коек, 17 фельдшерско-акушерских пунктов, в которых работали более 80 медицинских работников [4, с. 23]. Значительную роль в санитарном просвещении, а также в оказании необходимой медицинской помощи населению взяли на себя передвижные «красные юрты». Их санитарно-просветительская работа заключалась в организации встреч, занятий и даже курсов по охране материнства и младенчества. Были распространены показательные стирки белья.

Государство признавало наличие проблем в области социального обслуживания населения, но найти решение за короткий срок было невозможно. В стране шла индустриализация, все основные силы и ресурсы направлялись на развитие тяжелой промышленности, и социальная политика имела для государства второстепенное значение. Несмотря на это, в Конституции СССР 1936 г. нашло отражение стремление государства к решению вопросов материнства и детства. В частности, Конституция 1936 г. закрепила некоторые права матери и ребенка, женщине был предоставлен декрет с сохранением содержания, появилась широкая сеть родильных домов, детских яслей и садов [6, с. 309]. Таким образом, обязательные льготы для женщин стали частью официальной социальной политики государства.

В военное и послевоенное время социальное положение всех советских граждан было крайне тяжелым. Такая ситуация была характерна для всей территории СССР. Рождаемость резко упала, смертность возросла, чрезвычайно остро стояла проблема нехватки медицинских кадров. В связи с этим 8 июля 1944 г. Президиум Верховного Совета СССР принял указы об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, установлении почетного звания «мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» [7]. Таким образом государство стимулировало повышение рождаемости и улучшение демографического положения по всей стране. Для народов Севера это стало своеобразным толчком для рождения детей в приспособленных медицинских условиях.

Органы самоуправления советской власти на местах пытались решить ряд социальных проблем. Так, например, в Туруханском районе Эвенкии первая женская консультация была открыта при районной больнице в 1947 г., однако и в начале 1950-х гг. отмечалось недостаточно квалифицированное медицинское обслуживание беременных женщин. Например, многие женщины в период беременности даже не были поставлены на учет в консультации. Роды по-прежнему проходили без квалифицированной медицинской помощи, вне стационара [8, с. 78].

Важнейшей проблемой оставался высокий уровень детской смертности. В сентябре 1953 г. в Алыгджерском сельсовете умерли двое детей дошкольного возраста. Причина смерти – «отсутствие врача» [9]. Одной из главных причин высокого уровня смертности детского и взрослого населения был туберкулез. Еще в 1949 г. медицинская комиссия Эвенкийского здравотдела провела медицинское обследование населения и зафиксировала у 22,1 % жителей активную форму туберкулеза. При этом большая часть больных с открытой формой туберкулеза проживала рядом со здоровыми людьми и подвергала их высокой опасности заражения [9]. Главными факторами высокого роста заболеваемости туберкулезом были признаны бытовая неустроенность населения, скученность проживания, антисанитария и недостаток витаминов.

В середине 50-х гг. XX в. в Иркутской области проводилось обследование женского здоровья. Результаты медицинского исследования выявили у беременных женщин гиповитаминоз в связи с недостатком витаминов С и D. Их нехватка приводит к ослаблению иммунитета, бессоннице, повышенной усталости, а также вызывает проблемы с суставами. В итоге большой процент детей рождался с хроническими заболеваниями и слабым здоровьем. Следствием авитаминоза также явля-

лись самопроизвольные аборты и преждевременные роды (4 % по РСФСР, 9 % по Иркутской области) [10, с. 142].

Отсутствие надлежащих санитарно-гигиенических условий становилось серьезной проблемой во время беременности и в период роста ребенка. Попытки улучшения санитарных условий, проводимые местным самоуправлением в 1930-е гг. среди коренных жителей Сибири и Дальнего Востока, были малоэффективны. Хотя стоит отметить, что создаваемые при женсоветах культурно-бытовые комиссии играли важную социальную роль в культурно-просветительном воспитании молодых матерей. Основная цель, которую преследовало создание комиссий, состояла в помощи женщинам в наведении чистоты в собственном жилище, улучшение бытовых условий.

Ситуация 1940–50-х гг. показала, что стратегия культурно-бытовых комиссий стала давать положительные результаты. Женщин из числа коренных малочисленных народов приучили стирать белье, готовить пищу, содержать жилище в приемлемой чистоте. В Нижнеудинском районе в 1955 г. по инициативе женсовета и врачебной экспедиции проводился конкурс, который должен был выявить самого чистого и опрятного ребенка. Таким образом, можно сделать вывод, что женсоветы взяли социальный контроль над санитарно-гигиеническим состоянием женщин и детей и доказали эффективность своей методики.

Таким образом, в 20–50-е гг. XX в. перед государством в социальной политике в отношении малых народностей Севера стоял ряд остросоциальных вопросов, которые необходимо было решить.

*Во-первых*, это нехватка медицинских учреждений, медицинского персонала и качественного медикаментозного лечения.

*Во-вторых*, отсутствие соответствующих гигиенических требований к условию жизни людей. Антисанитария приводила к развитию таких заболеваний, как туберкулез, тонзиллит, бронхит, ревматизм, отит. Все эти заболевания присутствовали, как у детей, так и у взрослых, и чаще всего приводили к летальному исходу.

*В-третьих*, обособленность территории проживания коренных малочисленных народов. Добраться к местам проживания малочисленных народов было проблематично, что сильно влияло на своевременность медицинской помощи в экстренных ситуациях.

Во второй половине XX в. перечисленные проблемы решались более системно. Основными направлениями работы оставались борьба с антисанитарией и проведение регулярной профилактики с целью повышения медицинской гигиенической грамотности населения. Это было важным

условием для нормального протекания беременности и воспитания здоровых детей. И так, во второй половине XX в. у коренных малочисленных

народов Севера начался новый этап развития здравоохранения и гигиены в рамках охраны материнства и детства.

*Литература*

1. Постановления КПСС и Советского Правительства об охране здоровья народа. М.: Медгиз, 1958. 338 с.
2. Декрет по Комиссариату государственного призрения. Об организации коллегии по охране и обеспечению материнства и младенчества от 31.12 1917 г. [Электронный ресурс]: URL. <http://istmat.info/node/28298> (дата обращения: 28.09.2019).
3. Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР, 1925–1940: сб. док. и материалов. М.: Медицина, 1973. 378 с.
4. Чикин С.Я., Чекнев Б.М. Охрана здоровья народностей Севера. М.: Медицина, 1978. 231 с.
5. Доржеева В.В. Начальный этап построения основ здравоохранения на северо-востоке России. Конец XIX – первая треть XX вв. (охрана женского и детского здоровья) // Вестн. Северо-восточного гос. ун-та. 2008. № 10. С. 20–23.
6. Доржеева В.В. Построение основ женского и детского здравоохранения на Северо-Востоке России в 1920 – начале 1930-х гг. [Электронный ресурс]: URL.[http://www.rusnauka.com/8\\_NMIW\\_2012/Istoria/2\\_104257.doc.htm#\\_edn5](http://www.rusnauka.com/8_NMIW_2012/Istoria/2_104257.doc.htm#_edn5) (дата обращения: 12.10.2019)
7. Кукушкин Ю.С. Очерк истории Советской Конституции. М.: Политиздат, 1987. 364 с.
8. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. [Электронный ресурс]: URL. [http://www.libussr.ru/doc\\_ussr/ussr\\_4500.htm](http://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4500.htm) (дата обращения: 10.11.2019).
9. Кудашкин В.А., Янюшкин С.А. Особенности медицинского обслуживания малочисленных народов Иркутской области и Красноярского края в 50–80-е гг. XX в. // Ом. науч. вестник. 2006. № 15. С. 77–80.
10. Кудашкин В.А. Изменение жизненных стратегий у коренных малочисленных народов Восточной Сибири во второй половине XX века // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2011. № 2–1 (8). С. 101–104.
11. Каганович Р.Б. Из истории борьбы с туберкулезом в дореволюционной России. М.: Изд-во акад. мед. наук, 1952. 320 с.