

дискурсе, представляющем собой текст в жизни, в движении отображаются социальные, психологические, культурные и индивидуальные характеристики носителя языка.

Конструкции с двойным отрицанием – очень большой пласт языковых единиц, которые имеют свои структурные и семантические особенности. Предложения с двойным отрицанием также сами по себе имеют ярко выраженную национальную специфику. С помощью их автор текста подчеркивает свою правоту, воздействует на читателя, показывая, что его утверждение является верным, единственно правильным. В газетном дискурсе функционирует достаточно большое количество конструкций с двойным отрицанием, которые журналисты используют как средство уверенности, а также инструмент воздействия на читательскую аудиторию.

Литература

- 1 Дейк Т.А. ван. Язык. Познание. Коммуникация. – М.: Прогресс, 1989.
- 2 Кузьмина Н. А. Медиа́текст как объект медиали́нгвистики // Современный медиа́текст / отв. ред. Н. А. Кузьмина. – Омск: Омский гос. ун-т, 2011. – С. 11-55, с. 12.
3. Валгина Н.С. Синтаксис современного русского языка. – М.: Высшая школа, 1991. – 311 с.
- 4 Лузина Л.Г. Исследования отрицания в языке: особенности проявления в частях речи. (обзор), <https://cyberleninka.ru/article/n/2002-04-029-issledovaniya-otritsaniya-v-yazyke-osoben-nosti-proyavleniya-v-chastyah-rechi-obzor>
- 5 Гао Ю., Николаева Н.В. Двойное отрицание в русском языке: лингводидактический и лингвокультурологический аспекты, <https://cyberleninka.ru/article/n/dvoynoe-otritsanie-v-russkom-yazyke-lingvodidakticheskiy-i-lingvokulturologicheskiy-aspekty>
6. Ша́кенова, М. Т., Таши́мханова, Д. С., Оспа́нова, У. А., Булдыбаев, Т. К. Лексико-грамматические маркеры манипулятивности массмедийного дискурса (на материале корпуса русскоязычных текстов СМИ в Республике Казахстан) [Текст] // Научный диалог. – 2020. – № 2. – С. 141–160. – DOI: 10.24224/2227-1295-2020-2-141-160.

Нұрымбекқызы Н., Карагандинский университет им. академика Е.А. Букетова, исторический факультет, гр. ГИ-43, студент
(*Научный руководитель - к.и.н, доцент Абдрахманова К.К.*)

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Накануне войны сельское население было самой многочисленной социальной группой советского общества – 47,2 %, но война изменила данную пропорцию. Таким образом, война стала демографической катастрофой для колхозной деревни, последствия которой проявляются и в современном обществе [1, с. 130].

В развитии демографической ситуации населения большую роль играет фактор здравоохранения. В послевоенный период ситуация со здравоохранением обстояла крайне неблагоприятно. Среди населения были распространены такие категории заболеваний как: инфекционные, туберкулез, кожно-венерические заболевания, болезни сердечно-сосудистой системы, онкозаболевания. Нередко последствия перечисленных болезней приводили к летальному исходу. Причиной этому служила: нехватка кадров, слабая развитость медицинской сети в селах, отсутствие электроэнергии, данный фактор не позволял осуществлять полноценную работу рентгенкабинетов. Также наблюдались проблемы с несвоевременной доставкой пациентов. Острым оставался вопрос нехватки либо постоянного отсутствия препаратов.

В области имелось 10 сельских районов с количеством населения от 4300 до 45000. В зависимости от населенности районов построена медицинская сеть. В среднем на один сельский врачебный участок приходится 6000 жителей и на каждые 1000 жителей 2,3 больничных коек [2, л.25].

Количество врачебных участков 26, из них врачебные участки райцентров Каркаралинского, Тельманского и Жана-Аркинского районов по существующему административному делению отнесены к городским лечебным учреждениям, фактически же в основном обслуживают сельское

население. Из существующих 26 сельских врачебных участков , 4 врачебных участка были открыты в конце 1947 года.

Данные медицинской сети в районном разрезе на 1946 и 1947 представлены в таблице 1.

Таблица 1. Данные медицинской сети

	Вр. участок		Бол. Коек		Ф/ак.пунктов		Фельд. Пунктов	
	1947	1946	1947	1946	1947	1946	1947	1946
Осакаровский	6	6	146	126	17	9	4	10
Тельманский	4	2	67	52	10	10	8	7
Ворошиловский	3	2	50	40	4	3	6	6
Жана-Аркинский	2	2	25	30	3	2	6	6
Нуринский	4	3	60	52	3	3	7	5
Каркаралинский	3	3	90	90	7	7	-	-
Шетский	1	1	20	20	7	8	6	9
Кувский	1	1	20	20	-	-	5	5
Коунрадский	1	1	20	20	1	1	6	6
Улугауский	1	1	15	15	-	-	6	6

По сравнению с 1946 годом, ситуация не меняется кардинально. Небольшие сдвиги наблюдаются в Осакаровском районе.

Неблагоприятно обстояла ситуация с туберкулезом и кожно-венерическими болезнями в сельской местности. В 1947 году были сделаны выезды специалистов областных диспансеров на места, для оказания практической помощи в проведении намеченных мероприятий. Фтизиатры выезжали в Каркаралинский, Коунрадский, Шетский, Жана-Аркинский районы, которыми проведена работа с медперсоналом по раннему выявлению туберкулеза. Отсутствие рентген-кабинетов (отсутствие электроэнергии в селах) в основном и отсутствие аппаратов для наложения пневмоторакса ограничивает возможности более широкого наложения искусственного пневмоторакса на местах.[2, л.30]

В критическом состоянии находились туберкулезные больницы области. Не было специальных отделений для бациллярных больных и отделений для стационарного лечения [3, л. 85]. В итоге все больные находились в одном здании, что создавало благоприятную обстановку для дальнейшего распространения туберкулеза.

Главной причиной наихудшей обеспеченности больничными койками населения являлось отсутствие достаточного количества зданий для больниц. К примеру, городская больница Каркаралинска размещалась в жилой постройке, построенной еще в XIX в. Это были дома бывших торговцев и купцов, которые явно не соответствовали назначению [4, с.62].

Касательно ситуации с кожно-венерическими заболеваниями , обследовано было на выявление 25 % сельского населения, из них 10 % работниками венпункта.

Систематическое лечение венбольных проводится на местах , в отдельных случаях больные направляются в облвендиспансер. Снабжение противолуэтическими средствами за последний период значительно улучшилось.

Затруднения в лечении грибковых больных на местах связаны с отсутствием рентген-аппаратов и невозможностью транспортировки больных детей из отдаленных районов в зимнее время. Лечение чесотки проводилось с большими перебоями из-за отсутствия мазей , отдельные районы с большими интервалами по 5-6 месяцев совершенно не имели противочесоточных средств. Можно прямо сказать, что из-за отсутствия противочесоточных медикаментов работа по лечению чесотки сорвана.

Оснащение венкабинетов мединструментарием и медоборудованием неудовлетворительное.

Данная тенденция наблюдалась и в 1949 и 1950 годах. Показатели приведены в таблице 2.

Большой процент смертности в области наблюдается в результате пневмонии, туберкулеза легких, декомпенсированного порока сердца , сыпного, брюшного и возвратного тифа и нефрозонофрита.

В 1947—1949 гг. все хирурги отмечали высокую послеоперационную смертность после резекций, что заставило обратить особое внимание на тщательную и длительную предоперационную подготовку больных и очень осторожно определять показания к операции. Вследствие этого статистики показывают сравнительно низкий процент операбельности больных с хроническими нагноительными процессами. Только половина больных подвергалась радикальной операции,

остальных же относили к неоперабельным и лечили консервативно или с помощью паллиативных операций.

Таблица 2. Показатели венерических болезней за 1949-1950 гг.

Район	Вид заболевания	Состояло на 1/1-49г.	Взято на учет	Зарегистр. впервые с уст. диагн	Снято с учета	Осталось на 1/1-50г.	Осталось на 1\1-49 г.	На 10000 населения
Осакаровский	Сифилис	33	29	27	19	43	94	10.2
	Гонорея	-	54	50	52	2	1	0.4
	Грибковые	-	36	36	20	16	-	-
Ворошиловский	Сифилис	-	3	-	-	3	1	2.5
	Гонорея	1	30	7	30	1	1	0.8
	Грибковые	-	6	-	3	3	-	-
Тельманский	Сифилис	8	8	8	4	12	16	4.3
	Гонорея	-	32	30	32	-	17	-
	Грибковые	-	16	16	14	2	-	-
Нуринский	Сифилис	58	59	28	94	23	-	13.0
	Гонорея	20	49	31	56	13	-	7.3
	Грибковые	5	35	27	36	5	-	-
Жана-Аркинский	Сифилис	32	38	20	15	56	89	18.0
	Гонорея	-	20	20	19	1	4	0.33
	Грибковые	2	79	54	75	6	-	-
Улутауский	Сифилис	52	25	16	12	65	-	85.3
	Гонорея	-	20	4	20	-	-	-
	Грибковые	-	68	64	23	45	-	-
Кувский	Сифилис	-	6	6	-	6	5	11.0
	Гонорея	-	5	5	5	-	10	-
	Грибковые	-	34	34	-	34	-	-
Шетский	Сифилис	11	59	8	-	69	27	24.0
	Гонорея	-	47	23	39	8	7	3.1
	Грибковые	1	159	134	133	27	-	-
Каркаралинский	Сифилис	7	15	16	16	6	103	3.3
	Гонорея	4	52	35	56	-	33	-
	Грибковые	-	20	19	17	3	-	-
Коунрадский	Сифилис	193	44	41	33	204	69	194.2
	Гонорея	3	13	14	11	5	4	4.1
	Грибковые	22	56	2	53	25	-	-

В медицинском обслуживании сельского населения имеется целый ряд недостатков, зависящих в основном от некомплектованности сельских врачебных участков врачами и средними медицинскими работниками. Из 22-х сельских участков, в 10-ти участках работает по одному врачу, в 6-ти работают фельдшера и только в 6 врачебных участках имеется 2-3 врача. Специализированная помощь оказывается только в Осакаровском районе (хирург, фтизиатр), в остальных районах специализированная помощь организована за счет подготовки средних медицинских работников (венпункты, детженконсультации).

Крайне тяжелая ситуация сложилась для детского населения. По области функционировали всего 2 детские больницы на 170 коек. Тогда как численность детского населения резко возросла. Если в 1945 г. в Караганде численность населения в возрасте от 0 до 14 лет составила 31105 детей, то в 1948 г. – 64254 детей [3, л. 283].

Не имея ни одного педиатра в сельской местности, Облаздравотделом были подготовлены фельдшера по детству, которыми укомплектованы должности инспекторов ОМД райздравотделов. [5, л.10]

В результате активного проведения мероприятий по линии охраны здоровья женщины-матери к концу рассматриваемого периода расширилась сеть родильных домов. Если во второй половине

1940-х гг. функционировал 1 роддом на 120 коек, то в 1950 г. – 2 роддома на 210 коек [6, л. 2]; в 1951 г. – 5 роддомов на 370 коек [7, л. 1 –2]; в 1952 и 1953 гг. – 4 роддома на 350 коек. [8, л. 1].

Среди детского населения были распространены скарлатина, дизентерия, дифтерия. Зачастую люди лечились традиционным способом. Из воспоминаний Р.Т. Капановой: «Мы все переболели корью и свинкой. Тогда вакцины не было и от этого очень много детей умирало. Когда мы заболели корью, то бабушка нас сама лечила. Она повесила на окна красные шторы, дала нам красную подушку, одеяло и мы лежали так целый месяц. Мы очень сильно ослабли, в школу долго не ходили. Помню, что дети наших соседей не выжили и умерли». [4, с.67]

Причинами распространения инфекций являлись поздняя обращаемость родителей и, как следствие, несвоевременная госпитализация больных; ограниченное количество коек (например, больные корью не госпитализировались из-за отсутствия коревого отделения); слабая вакцинация детей из-за нехватки лекарств; отсутствие боксов, изоляторов, отдельных палат, а также некачественного питания (отсутствие молочных продуктов, фруктов, витаминов, овощей).

Улучшилось и качество медицинского обслуживания в родильных домах. Стали производить обезболивание при родах. Младенцев стали содержать в отдельных детских комнатах под круглосуточным присмотром педиатров. Роддома обеспечивались столами, тумбочками, кроватями, а также бельем и одеялами [6, л. 14]. Кроме детских консультаций в городах функционировали детские ясли.

Оснащенность больниц твердым и мягким инвентарем, предметами ухода за больными была крайне недостаточной. Постельное и нательное белье, изношенное практически на 80 %, обеспечивало больницы в 1 – 1,5 смены. Хозяйственно-кухонный инвентарь требовал замены и пополнения. В больницах не хватало перевязочного материала, глюкозы, пенициллина, необходимых хирургических инструментов, рентген аппаратуры и т.д. Наличие гужевого и отсутствие автотранспорта приводило к ухудшению качества обслуживания населения участковыми врачами.

Ситуация в области здравоохранения стала частично нормализоваться лишь в начале 1950-х гг., когда увеличились размеры финансовых поступлений на нужды здравоохранения Карагандинской области из Центра. Если в 1947 г. бюджет здравоохранения области составлял 54 818000 руб. , то в 1951 г. – 87 957000 руб. [6, л. 2], в 1952 г. – 95 300000 руб. [8, л. 2], в 1953 г. – 105 600000 руб. [7, л. 1].

Таким образом, анализ системы здравоохранения и качество медицинского обслуживания в послевоенный период оставлял желать лучшего. Существовавшая медицинская сеть была очень слабо развита. Среди сельского населения, получили широкое распространение инфекционные заболевания, болезни дыхательных путей, кожно-венерические, сердечно-сосудистые и онкозаболевания. Практически все учреждения размещались в непригодных помещениях. Была острая нехватка медицинских кадров, чаще всего один сотрудник выполнял несколько функций. Больницы были слабо оборудованы медицинскими приборами, лекарствами, перевязочным материалом, а также мебелью и бельем. Ограниченное количество транспортных средств, а порой их отсутствие, не давало возможности вовремя оказать медицинскую помощь. Положительные изменения в здравоохранении, качестве медицинского обслуживания, благоустройстве стали намечаться в начале 1950-х г.

Литература

1. Хасянов О.Р. Повседневная жизнь советского крестьянства в послевоенное время.1945-1953 гг.(на материалах Куйбышевской и Ульяновской областей):дис. ...доктор ист.наук. –Самара 2017.-459 с.
2. ГАКО, ф. 664, оп 1, д.64 .
3. ГАКО, Ф. 30, ОП 2, Д.15.
4. Абдрахманова К.К. Повседневная жизнь городов Центрального Казахстана в 1945 – 1953 гг.: дис. ... канд. ист. наук. – Караганда 2009. – 206 с.
5. ГАКО, ф. 664, оп 1, д.65.
6. ГАКО, ф. 664, оп. 1, д. 202.
7. ГАКО, ф. 664, оп. 1, д. 299.
8. ГАКО, ф. 664, оп. 1, д. 255.