

- Кунгурская жизнь (Кунгур). 1917.
Кунгурский листок (Кунгур). 1917.
Лавров В. М. Запутался мужик. Как Ленин и Спиридонова вовлекли крестьян в Октябрьскую революцию. М.: ЛАНА, 2019.
МБУ Архив Кунгурского муниципального округа (КГА). Ф. р-62. Кунгурский уездный военный комиссариат Пермской губернии. 1917–1923 гг.
Наш Путь (Екатеринбург). 1918.
Попов Н. Н., Бугров Д. В. Бремя упущенных возможностей: Урал в 1917 году. Екатеринбург: Наука, 1997.
Российский государственный архив политической истории (РГАСПИ). Ф. 564.
ЦК Партии левых социалистов-революционеров (интернационалистов). 1917–1921 гг.
Соловьев Василий Андреевич // Свободная энциклопедия Урала. URL: http://энциклопедия-урала.рф/index.php/Соловьев_Василий_Андреевич (дата обращения: 07.08.2022).
Тетерин В. И. Пермское земство в великой русской революции 1917 года. Пермь: ИПЦ Прокрость, 2019.
Щеколдин А. Н. Из летописи земли Кунгурской. Кунгур: Перм. кн. изд-во, 1967.

УДК 94(571.6).084.9:314.42

Е. В. Климова
Комсомольский-на-Амуре государственный
университет, г. Комсомольск-на-Амуре
А. В. Ахметова,
Комсомольский-на-Амуре государственный
университет, г. Комсомольск-на-Амуре
С. В. Бобышев
Дальневосточный государственный университет
путей сообщения, г. Хабаровск

ФАКТОРЫ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА В 1950–1980-е гг.¹

Статья содержит анализ факторов младенческой смертности у коренных малочисленных народов Дальневосточного федерального округа в советский период (вторая половина 1950-х гг. — вторая половина 1980-х гг.). Рассмотрен процесс трансформации социальных и медицинских аспектов младенческой смертности у этнофоров Дальневосточного федерального округа в советское время.

Ключевые слова: младенческая смертность, коренные малочисленные народы, Дальневосточный федеральный округ.

¹ Публикация подготовлена при поддержке гранта Министерства образования и науки Хабаровского края.

Изучение многолетнего опыта родовспоможения среди коренных народов Дальнего Востока России, анализ факторов младенческой смертности среди коренных малочисленных народов дальневосточного региона будут способствовать решению проблем в области демографической политики коренных малочисленных народов Дальнего Востока России и социального проектирования в регионе. Эта тема также приобретает особую актуальность в связи с тем, что в России объявлено Десятилетие детства (Указ Президента РФ от 29 мая 2017 г. № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства»). Период младенчества возможно отнести к периодизации детства, младенчество составляет фазу развития в раннем детстве.

Особый вклад в популяризацию медицинских знаний среди коренного населения Дальнего Востока внесли активисты, русские врачи, которые до 1940-х гг. обслуживали этнофоров: М. М. Добротворский, А. А. Васильев, Н. В. Кирилов, Г. В. Стеллер и Н. В. Слюнин [Тураев, 2019, с. 145].

В целом развитие системы здравоохранения способствовало улучшению демографической ситуации. Так, согласно переписи населения, проведенной в 1959 г., численность нанайцев составляла 8 026 чел., а к концу 1979 г. их численность увеличилась почти на 30 %. В первую очередь это было обусловлено введением антибиотиков и прогрессом в лечении опасных инфекционных заболеваний, что привело к снижению показателей смертности населения [Подмаскин, 2012, с. 102].

Показатели состояния здоровья трудоспособного населения увеличивались, показатели рождаемости оставались на низком уровне [Bobyshv, Akhmetova, 2020, p. 120].

Этнографы XIX в. фиксировали низкую рождаемость среди коренного населения Дальнего Востока, Д. Д. Богоявленский отмечает, что причиной невысокой рождаемости была не столько неспособность женщины забеременеть и родить в суровых климатических условиях, сколько недостаток учета младенческой смертности. Кочевой и полукочевой образ жизни коренных малочисленных народов дальнего Востока приводил к недостатку учета рождаемости и смертности среди младенцев [Клоков, Хрущев, 2008, с. 39].

Кочевой, полукочевой и оседлый образ жизни коренных малочисленных народов влиял на процесс родовспоможения. В системе организации медицинской помощи беременным и роженицам у этнофоров существовал ряд обычаев. Так, беременные женщины-кочевницы должны были как можно меньше контактировать с людьми. Запрещалось ходить в гости, принимать гостей и общаться с другими беременными. Ряд поверий существовал у беременных женщин из племен,

ведущих оседлый образ жизни. Во время родов роженицам запрещалось кричать; считалось, что так женщина может привлечь злых духов. Традиционно у этнофоров акушерством занимались повивальные бабки, в большинстве случаев они были обучены методам родовспоможения, в особых случаях повитухи могли применять поворот на ножку (эмбриотомия), а также были знакомы с техникой кесарева сечения. Также многие этнофоры применяли практику изоляции родильниц и новорожденного от остальных членов семьи; их размещали в отдельно возводимых жилищах для обеспечения стерильности.

По оценке Д. Д. Боявленского, «в середине 1960-х годов смертность детей 26 групп коренных северян России составляла 110–115 на 1 000, а к концу 1980-х снизилась на 35–40 %» [цит. по: Подмаскин, 2012, с. 102].

С 1963 г. в СССР в статистику здоровья населения и практику здравоохранения был введен термин «перинатальный период». Он начинается с 29 недель беременности, включает период родов и заканчивается через семь полных дней жизни новорожденного. Перинатальный период включает в себя три периода: – антенатальный (с 28 недель беременности до родов); интранатальный (период родов) и постнатальный (первые семь дней жизни). По терминологии постнатальный период соответствует раннему неонатальному периоду. Каждому периоду соответствует свой показатель смертности» [Kovalchuk et al., 2021, p. 870].

Младенческая смертность влияет на среднюю продолжительность жизни в социуме. Продолжительность жизни – главный демографический показатель в стране [Новоселов, 2013, с. 96].

В числе основных показателей демографической ситуации – младенческая смертность, т. е. смертность среди детей, не достигших годовалого возраста. Она является важным показателем уровня здоровья населения. Уровень младенческой смертности связан с социальным показателем развития регионов и страны в целом [Грицай, 2009, с. 98].

Ученые четко разграничивают понятия детской и младенческой смертности. В отличие от младенческой, детская смертность – это смерть ребенка от 0 до 14 лет. Число умерших детей, не достигших годовалого возраста, зависит от уровня рождаемости и смертности. Младенческая смертность, в отличие от смертности в других возрастных группах, гораздо в большей мере определяется уровнем развития медицины. В современной России при проведении анализа младенческой смертности учитываются различные факторы, например уровень образования матери, обратно пропорциональный младенческой смертности. Однако, этот показатель невозможно применить к уров-

ню младенческой смертности в советский период у этнофоров дальневосточного региона по той причине, что уровень образованности аборигенов являлся очень низким [Манчук, Надточий, 2008, с. 108].

В области здравоохранения детей и подростков и политики в снижении младенческой смертности в советский период происходят важные события. В 1922 г. Дом охраны младенца был преобразован в Государственный научный институт охраны материнства и младенчества, ответственными за данное решение были ведущие специалисты в этой области В. П. Лебедева и Г. Н. Сперанский. В советский период система охраны материнства и детства давала возможность всем беременным женщинам находиться под наблюдением врачей, а процесс родов контролировался специалистами в стационаре. Ввиду кочевого и полукочевого образа жизни женщин-этнофоров большинство рожениц не имели возможности проводить роды под наблюдением врачей. В крупных поселках были созданы новые формы помощи – выездные женские консультации. Также были введены специальные стационары для беременных с различными заболеваниями сердца, заболеваниями нервной системы, послеродовыми осложнениями и др. [Akhmetova, Klimova, 2021, p. 165].

Главный фактор высокой младенческой смертности у коренных народов Дальнего Востока России в переходный период от традиционного образа жизни к советскому связана со многими факторами – это процесс родов. У аборигенов, ведущих кочевой и полукочевой образ жизни, отсутствовала возможность добраться до ближайшего родительного дома или любой медицинской организации для получения помощи. Поэтому процесс родов проходил в традиционных условиях. В традиционный период у нанайцев существовала специальная родильная обрядность: беременной женщине нельзя было оказывать помощь при родах, ей приходилось рожать в специально сооруженном месте в одиночестве, помощь в оказании родов могла быть отведена повитухе, в особо сложных случаях за помощью могли обратиться к шаману. В. К. Арсеньев связывал данный родильный обычай с ограждением беременной женщины от возможных инфекций. Отсутствие гигиенических норм и дезинфицирующих средств способствовало распространению инфекционных заболеваний как у ребенка, так у матери [Подмаскин, 2012, с. 102].

Высокая смертность среди младенцев у коренных народов дальневосточного региона была обусловлена и рядом социальных причин, в том числе слабым здоровьем матери. В период советизации общества происходила смена системы питания будущей матери, сопровождавшаяся снижением калорийности потребляемой пищи. Это приводило к ослаблению иммунитета, росту инфекционных заболеваний и повы-

шению уровню заболеваемости туберкулезом [Bobyshev, Akhmetova, 2020, с. 139].

На здоровье новорожденного ребенка негативно сказывался высокий уровень алкоголизма у аборигенов, как мужчин, так и женщин [Грицай, 2009, с. 98].

Советская система охраны материнства и детства, обеспечивавшая среди прочего охрану плода и профилактику заболеваний ребенка в послеродовой период, полностью игнорировала этнопсихологические особенности коренного населения. [ГАМО, ф. 119, оп. 1, д. 22, л. 5].

Ускоренные темпы советизации этнофоров приводили к насильственному их перемещению в крупные поселки, что провоцировало стресс и усиливало алкоголизм [Новоселов, 2013, с. 96].

Согласно переписи 1989 г. общий коэффициент рождаемости у коренных народов дальнего Востока России равнялся 31,9 %, при этом сохранялся высокий уровень смертности (10,4 %) [Грицай, 2009, с. 98].

В целом можно сделать вывод, что особенности младенческой смертности в дальневосточном регионе связаны в первую очередь с трансформацией жизни аборигенов и переходом к новому социальному устройству. Демографические показатели указывают на постепенный переход к планируемому характеру воспроизводства и контролю рождаемости. Заметное воздействие на прирост коренных народов оказывала ассимиляция; в 1979–1988 гг. естественный прирост населения малых народов составлял около 12 %.

Бобышев С. В., Ахметова А. В. Социалистическая модернизация традиционных этносов Дальнего Востока (20-е – середина 80-х гг. XX века): этапы и итоги. Хабаровск: Дальневост. гос. ун-т путей сообщения, 2014.

Государственный архив Магаданской области (ГАМО). Ф. 119. Управление здравоохранения администрации Магаданской области

Грицай И. В. Состояние здоровья коренных малочисленных народов Камчатки к концу советского периода // Вестн. Камчат. гос. тех. ун-та. 2010. № 11. С. 98–100.

Клоков, К. Б., Хрущев С. А. Динамика демографического воспроизводства популяций коренных малочисленных народов Севера России и ее региональные особенности // Регион. исследования. 2008. № 5 (20). С. 39–51.

Манчук В. Т., Надточий Л. А. Состояние и формирование здоровья коренных малочисленных народов Севера и Сибири. Красноярск : НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, 2008.

Новоселов В. С. Демографические стереотипы и демографическая политика // Ист. демография. 2013. № 2 (12). С. 96–103.

Подмаскин В. В. Медико-демографические последствия этнокультурных контактов коренных малочисленных народов Дальнего Востока России // Вестн. Дальневост. отд. РАН. 2012. № 2 (162). С. 102–110.

Тураев В. А. Социально-демографические процессы у коренных малочисленных народов Дальнего Востока в 1989–2010 гг. // Россия и АТР. 2019. № 2 (104). С. 145–164.

Akhmetova A. V., Klimova E. V. Development of Supporting Women's Health for Indigenous Minorities of the Far East in the Second Half of 1950 – the Second Half of the 1980s // Smart Innovation, Systems and Technologies. 2021. Vol. 227. P. 165–172.

Bobyshev S. V., Akhmetova A. V. The Health Care System as a Mechanism for the Integration of Indigenous Peoples of the Khabarovsk Territory into Soviet Society (the second half of the 1940s – the first half of the 1980s) // Smart Innovation, Systems and Technologies. 2020. Vol. 172. P. 139–146.

Kovalchuk M. A., Bobyshev S. V., Platonova N. M., Akhmetova A. V. Development of Medical Education in the Khabarovsk Territory in the 1960s – 1970s // European Proceedings of Social and Behavioural Sciences EpSBS, Грозный, 22–25 окт. 2020 г. Грозный: European Publisher, 2021. P. 870–876.

УДК 930.2

И. С. Меншиков
Курганский государственный университет,
г. Курган

ИСТОРИЧЕСКАЯ НАУКА, СОЦИАЛЬНАЯ ПАМЯТЬ И ФОРМИРОВАНИЕ ИДЕНТИЧНОСТИ

В последнее время усилился интерес научного сообщества к феномену социальной памяти, т. е. представлениям социальных групп о своем прошлом. Историческая память способствует объединению этих групп от самых крупных до небольших, а также формированию идентичности их членов, помогает определению принадлежности к той или иной группе. Вместе с тем память субъективна, избирательна и потому склонна к искажению прошлого. В начале XIX в., когда завершилось формирование исторической науки и национальных исторических школ, историки включились в создание национальных историй. В XX в. своими историями обзавелись партии, а затем более мелкие социальные группы. Историческая наука оказалась вовлечена в процесс формирования социальной памяти, однако особенности памяти не исчезли. Память по-прежнему играет важную роль в идентификации членов групп, ссылаясь на историческую научность.

Ключевые слова: история, историческое знание, историческая память, социальные представления, идентичность, этнос, социальные группы.

В конце XX в. возник вопрос о соотношении истории и исторической или социальной памяти. Наиболее четко эта проблема была сформулирована в работах французского академика П. Нора, провозгласившего начало мемориальной эпохи, а затем артикулирована в трудах зарубежных и отечественных историков. Между тем, эта научная проблема далеко не нова. Еще сто лет назад, в 1920-е гг. ее пытался поднять французский социолог М. Хальбвакс, который стре-