



*Присвячено
140-річчю географії
у Львівському національному університеті
імені Івана Франка*

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
IVAN FRANKO NATIONAL UNIVERSITY OF LVIV
GEOGRAPHY FACULTY. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL GEOGRAPHY
GEOGRAPHICAL COMMISSION OF SHEVCHENKO SCIENTIFIC SOCIETY
LVIV DEPARTMENT OF UKRAINIAN GEOGRAPHICAL SOCIETY

**PHILOSOPHY DOCTOR OLENA STEPANIV:
GEOGRAPHER, LOCAL-AREA RESEARCHER,
EDUCATOR**

PROCEEDINGS
International scientific online seminar dedicated
to the 130th anniversary of the scientist
(Ukraine, Lviv, December 20, 2022)



LVIV – 2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА
ГЕОГРАФІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ. КАФЕДРА ЕКОНОМІЧНОЇ І СОЦІАЛЬНОЇ ГЕОГРАФІЇ
ГЕОГРАФІЧНА КОМІСІЯ НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА ІМЕНІ ШЕВЧЕНКА
ЛЬВІВСЬКИЙ ВІДДІЛ УКРАЇНСЬКОГО ГЕОГРАФІЧНОГО ТОВАРИСТВА

ДОКТОР ФІЛОСОФІЇ ОЛЕНА СТЕПАНІВ: ГЕОГРАФ, КРАЄЗНАВЕЦЬ, ПЕДАГОГ

МАТЕРІАЛИ

Міжнародного наукового онлайн-семінару
до 130-ліття від народження ученої
(Україна, м. Львів, 20 грудня 2022 р.)



ЛЬВІВ – 2023

УДК 91-051(477)"1892/1963"О.Степанів(06)

Д 63

Редакційна колегія: проф. Р. Гладішевський (голова), проф. В. Качмар (голова), доц. В. Біланюк (співголова), проф. О. Шаблій (співголова, відп. ред.), доц. І. Гудзеляк (співголова, відп. ред.), доц. М. Влах (заступник голів), асист. Л. Котик (відп. секретар), зав. навч. лабораторією М. Хоминець (секретар).

*Рекомендовано Вченою радою географічного факультету
Львівського національного університету імені Івана Франка
Протокол № 8 від 23 листопада 2022 р.*

Д 63 Доктор філософії Олена Степанів: географ, краєзнавець, педагог : матеріали Міжнародного наукового онлайн-семінару до 130-ліття від народження ученої (Україна, м. Львів, 20 грудня 2022 р.). Львів : Простір-М, 2023. 268 с.

Подано наукові статті з таких напрямів наукових досліджень: Олена Степанів: географ та освітянин; географія і війна; погляди Олени Степанів і сучасний розвиток транспорту, геоурбаністики, краєзнавства, мандрівництва; освіта, наука та енциклопедична діяльність; модерні напрями суспільно-географічних досліджень.

УДК 91-051(477)"1892/1963"О.Степанів(06)

Автори опублікованих матеріалів відповідають за підбір, точність наведених фактів, цитат, власних імен та інших відомостей. Текст подано з незначною літературною редакцією та корекцією текстів зі збереженням авторського стилю. Думка авторів статей може не збігатися з думкою організаторів наукового семінару.

Адреса редакційної колегії:

Львівський національний університет імені Івана Франка,
кафедра економічної і соціальної географії,
вул. П. Дорошенка, 41, ауд. 56, м. Львів, 79000

Тел.: +38 032 239 45 73

E-mail: esg.dep.geography@lnu.edu.ua; kafedra.lviv@gmail.com

© Автори статей, 2023

© Львівський національний університет
імені Івана Франка, 2023



Доктор філософії
Олена Степанів
(1892-1963)

ПЕРЕДНЕ СЛОВО

Олена Степанів – доктор філософії (1921), професор, науковець-географ та історик, педагог, організатор науки та освіти, член Наукового Товариства ім. Шевченка. Знана своєю громадською діяльністю напередодні та в часи Першої світової війни. Брала участь у жіночому русі та параліментарних організаціях – «Пласті», «Соколах», «Січах», героїчно боролася на полях Першої світової війни у лавах Українських Січових Стрільців та Української Галицької Армії. Була активісткою «Учительської громади» та кооперативного руху в міжвоєнний період та ін.

Олена Степанів зробила вагомий внесок у географічне українознавство і регіоналістику, демогеографію і геоурбаністику, дослідження природних ресурсів Західного регіону України. Вона автор до 100-та наукових праць, есеїв та спогадів, частина з яких втрачена.

Народилася 7 грудня 1892 р. у с. Вишнівчик колишнього Перемишлянського району на Львівщині у родині священника. Батько Іван був активним громадським діячем, мати Мінодора із священничої родини Кунцевичів провадила домашнє господарство. Олена Степанів закінчила Львівську учительську семінарію (1912), екстерном здала екзамени на атестат зрілості у Першій українській гімназії Львова і 1914 р. закінчила два курси філософського відділу Львівського університету. Після Великої війни навчалась у Віденському університеті, де захистила докторат (1921). Тема докторської дисертації «Розвиток і розподіл суспільства давньої Русі до половини XIII ст.».

У Відні одружилася з генерал-хорунжим армії Української Народної Республіки Романом Дашкевичем (1920) і повернулася до Львова. Працювала професором Гімназії Сестер Василянок (1921–1935), референтом Ревізійного Союзу Українських Кооператив (1935–1939). Під час окупації Львова нацистами керувала Статистичним бюро міста, а після відновлення советського режиму – в наукових і навчальних закладах Львова та Києва (1946 року була «почесно» депортована в Київ разом з І. Крип'якевичем та В. Огоновським). Засуджена трійкою МГБ на підставі сфабрикованих обвинувачень до 10-ти років ув'язнення в таборах суворого режиму (1950). Звільнена у 1956 р. Померла 11 липня 1963 р. Реабілітована.

З-поміж наукових праць найвідомішою є книга «Сучасний Львів» (1943), яка чотири рази перевидавалася (1953, 1992, 2002, 2003), «Економгеографія українських земель» (цикл лекцій, 1938; рукопис опубліковано 2002-го і 2003-го років), «Дністер – важлива транспортна магістраль» (рукопис, 1948 р., опублікований у 2003 р.), «Напередодні великих подій» (1930) та «Кооперативи здоровля» (1937, 1938), а також геополітична мініатюра «Крим: ключ Чорного моря» (1943) (усі повторно опубліковані 2003 року).

Іменем Олени Степанів у Львові названо гуманітарну гімназію і вулицю. У 2003 р. їй встановлено і освячено меморіальну дошку на будинку, де була розміщена Гімназія Сестер Василянок (автор Ярослав Скакун), а також 2012 р. – меморіальну таблицю у дворіку географічного факультету Львівського національного університету імені Івана Франка. Відновлено музей у рідному селі Вишнівчик. Видано за редакцією професора О. Шаблія дві книги праць О. Степанів. З 2015 року міський голова Львова щорічно вручає «Відзнаку ім. Олени Степанів» жінкам, які мають видатні заслуги в галузі освіти, науки, культури та в громадській сфері.

Професор Олег ШАБЛІЙ

Білецький Мирослав, Котик Любов РОЗВИТОК ЕКСКУРСІЙНОГО ТУРИЗМУ (НА ПРИКЛАДІ М. ДОЛИНА ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)	167
Мороз Соломія ТЕРИТОРІАЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ГОСПОДАРСТВА ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	180
Ванда Ірина, Котик Любов АКТУАЛЬНІСТЬ ІДЕЙ ОЛЕНИ СТЕПАНІВ У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	186
Розділ IV. ОСВІТА, НАУКА, ЕНЦИКЛОПЕДИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ	195
Садова Уляна, Степура Тетяна, Корицька Ольга, Дідух Наталія ПЕРЕГУК ВІКІВ: ДО ПИТАННЯ ПРО МИНУЛЕ І СУЧАСНЕ ДОКТОРСЬКИХ ШКІЛ В УКРАЇНІ	195
Шаблій Олег ЕНЦИКЛОПЕДІЯ УКРАЇНОЗНАВСТВА	200
Шаблій Олег АНГЛОМОВНА «ЕНЦИКЛОПЕДІЯ УКРАЇНОЗНАВСТВА»	207
Книш Мирослава, Котик Любов ДО АКТУАЛЬНОСТІ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ «ГЛОБАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЛЮДСТВА»	211
Теліш Павло АНАТОЛЬ ВАХНЯНИН ТА ЙОГО ВНЕСОК У РОЗВИТОК ГІМНАЗІЙНОЇ ГЕОГРАФІЧНОЇ ОСВІТИ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ХІХ СТОЛІТТЯ	219
Розділ V. МОДЕРНІ НАПРЯМИ СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	225
Влах Мирослава ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ КОНСТРУКТИВИ МОНОГРАФІЇ «ВЕРБАЛЬНА МОВА СУСПІЛЬНОЇ ГЕОГРАФІЇ: СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК»	225
Грицевич Володимир МОДЕЛЮВАННЯ ГЕОПРОСТОРОВОЇ МІНЛИВОСТІ СУСПІЛЬНИХ ЯВИЩ	230
Поплавська Інна ГЕОГРАФІЯ ДОБРОБУТУ ЯК НОВИЙ НАПРЯМОК СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ (ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ)	233
Чайка Ірина ТРАНСФОРМАЦІЯ СІЛЬСЬКОЇ ПОСЕЛЕНСЬКОЇ МЕРЕЖІ УКРАЇНИ ВПРОДОВЖ ХХ СТОЛІТТЯ ТА ЇЇ СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНІ НАСЛІДКИ	236
Михайлюк Анжела ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД ЗОВНІШНІХ МІГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ГАЛИЧИНИ В ХІХ–ХХІ СТ.	240

УДК 911.3+614.2 (477-2/3)

АКТУАЛЬНІСТЬ ІДЕЙ ОЛЕНИ СТЕПАНІВ У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Ірина Ванда, Любов Котик

Львівський національний університет імені Івана Франка, Україна, м. Львів

Проаналізовано напрацювання Олени Степанів з проблематики становлення первинної ланки медицини на території Галичини у міжвоєнний період. Виділено головні наукові проблеми, означені ученою, та подано їх сучасне трактування: неналежний стан розвитку медичної сфери у сільській місцевості, низький рівень валеологічної культури й грамотності населення, взаємозв'язок санітарно-гігієнічних умов проживання та рівня захворюваності населення, важливість впровадження кооперативів здоров'я з метою розв'язання сформованих проблем.

Обґрунтовано, що проведення адміністративно-територіальної і галузевої реформи системи охорони здоров'я заново актуалізувало проблему розвитку первинної медичної допомоги у Львівській області. Означено, що оскільки в області переважають сільські територіальні громади, то на первинну ланку медицини покладено обов'язки як власне медичної допомоги так і консультування та профілактики захворювання. Розраховано навантаження поселень Львівської області на заклади первинної ланки медицини, навантаження пацієнтів на медичний персонал, тісноту кореляційного зв'язку між кількістю закладів та людністю громад тощо. Укладено картосхему просторових відмін забезпечення населення новостворених територіальних громад закладами первинної медичної допомоги та пояснено сформовані територіальні диспропорції. Наголошено на поширені культури турботи про індивідуальне здоров'я та роль у цьому інституту сімейного лікаря.

Ключові слова: Олена Степанів, кооперативи здоров'я, реформування, первинна медична допомога, заклад первинної медичної допомоги, сімейний лікар, адміністративно-територіальний устрій, територіальна громада.

THE RELEVANCE OF OLENA STEPANIV'S IDEAS IN THE CONTEXT OF THE REFORM OF PRIMARY HEALTHCARE AT LVIV OBLAST

Iryna Vanda, Liubov Kotyk

Ivan Franko National University of Lviv, Ukraine, Lviv

The work of Olena Stepaniv on the problems of the formation of the primary health care on the territory of Halychyna in the interwar period is analyzed. The main scientific problems defined by the scientist are highlighted, and their modern interpretation is presented: the inadequate state of development of the medical sphere in rural areas, the low level of valeological culture and literacy of the population, the interrelationship between sanitary and hygienic living conditions and the level of morbidity of the population, the importance of health cooperatives introducing in order to solve the problems that have arisen.

It is substantiated that the implementation of the administrative-territorial and sectoral reform of the health care system has re-actualized the problem of the development of primary health care in Lvivoblast. Since in the region rural territorial communities' are prevailed, the primary level of health care is responsible actual medical care as well as consulting and disease prevention. The ratio of the settlements on primary health care facility, the ratio of patients on the medical staff, the correlation coefficients between the number of primary health care facilities and the population of communities, etc. were calculated. A map of spatial differences in providing the population of newly created territorial communities with primary health care facilities is drawn up and the existed territorial disparities are explained. The implementing cultures of preventive caring for individual health and the role of the family physician institution are emphasized.

Keywords: Olena Stepaniv, health cooperatives, reform, primary health care, primary health care facility, family physician, administrative-territorial system, territorial community.

Реформування адміністративно-територіального устрою України зумовило перегляд тенденцій розвитку соціальної сфери на базовому рівні. Заново постали проблеми ефективності функціонування закладів освіти, культури, медицини, транспорту тощо [1; 2; 9]. Особ-

ливо гостро означилась проблема доступності медичних послуг у сільській місцевості. Її актуальність викликана як неналежним рівнем розвитку медичної інфраструктури, так і відносно низькою побутовою культурою догляду за здоров'ям.

Подібні проблеми у медичній сфері сільської місцевості України уже мали місце, зокрема у міжвоєнний період. Однак на західних теренах, що перебували тоді у складі Польщі, було зроблено досить вдалу спробу (яку перервала II Світова війна і подальша советська окупація) суттєво поліпшити медичне обслуговування села шляхом медичної кооперації, подібно до кооперації у сфері сільського господарства, харчової промисловості та кредитування.

Це всебічно дослідила відома українська вчена, доктор географії Олена Степанів (1892–1963) у своїй головній праці із зазначеної проблематики «Кооперативи здоров'я: їх завдання, організація, історія» [12], що вперше видана у Львові в 1938 р.; а також у низці інших публікацій. Аналіз ідей О. Степанів крізь призму сьогодення показує, що ті ж самі проблеми, що мали місце у медичній сфері міжвоєнного часу, і розв'язувалися шляхом кооперування, залишаються актуальними й на нині [3; 10], хоча й у дещо іншому вимірі.

Дослідження кооперативного руху в медичній сфері О. Степанів здійснює після ґрунтовного аналізу розвитку кооперації в торгівлі та виробництві в Західноєвропейських державах та в Україні. Вона констатує, що *«кооперативний рух, що поширився по українських селах, клав головну вагу на поправу господарських відносин і на піднесення культурного ступня життя села, а не посвячував належної уваги санітарним і гігієнічним, нераз дуже тяжким, умовам, серед яких живе наше населення»* [12, с. 453]. Аналогічні тенденції спостерігаються й у сучасній Україні, де пріоритетний розвиток має активізація підприємницької діяльності у економічній сфері, приділяється певна увага для підтримки сфери торгівлі та транспорту, тоді як реформування медичної сфери є прерогативою держави.

Важливість розвитку у міжвоєнний період в Галичині кооперативів здоров'я вчена пов'язує з їхньою безпековою функцією, зокрема збереженням генофонду української нації: *«Вже від 1932 року виринала серед наших лікарів чи кооператорів думка забезпечити кооперативною самопомочю також здоров'я народу на селі, бо всі ми знаємо, що найбільшим скарбом нації і кооперації є її морально й фізично здорові члени. Всі ми жаліли над тим, що тілесне здоров'я нашого селянства поважно загрожене, що смертність наших дітей надто велика, що наше село нидіє без лікарської опіки»* [12, с. 450]; *«... здоров'я — найдорожча річ в життю. Здоров'я кожної людини зокрема складається на здоров'я цілого народу. Здорова людина працює справніше, здатніше і ліпше як хора. З праці населення росте сила, добробут, культура народу»* [12, с. 456].

Олена Степанів так означає кооператив здоров'я та мету його діяльності: *«Кооператива здоров'я — це селянська кооператива, заснована на окремим зареєстрованим статуті, як усі інші кооперативи. Її далекосяглою метою є закріпити здоров'я народу, щоб забезпечити нації здорове й сильне покоління, а людині — повноту життєвого щастя»* [12, с. 453].

Учена наголошує на необхідності виокремлення кооперативів здоров'я з системи кооперативного руху, оскільки: *«Кооперативний рух, що поширився по українських селах, клав головну вагу на поправу господарських відносин і на піднесення культурного ступня життя села, а не посвячував належної уваги санітарним і гігієнічним, нераз дуже тяжким, умовам, серед якого живе наше населення»* [12, с. 453].

Кооператив здоров'я, згідно О. Степанів: *«1) поширює відомості з обсягу суспільної гігієни та учить людей, як мають уладити життя, щоб воно можливо найліпше сприяло людському здоров'ю, 2) веде боротьбу за здоров'я народу в цей спосіб, що вможливорює членам і їх родинам скору, добру й дешеву лікарську допомогу та ліки на випадок занедужання, як також опікується людиною і її оточенням, щоб запобігти недугам і їх поширенню»* [12, с. 453]. Тобто, за сучасною класифікацією кооперативи здоров'я належать до лікувально-профілактичних установ.

Олена Степанів визначає низку особливостей стану здоров'я сільського населення у 30-х рр. XX ст. Зокрема, робить наголос на такі аспекти:

➤ неналежні соціально-економічні, санітарно-гігієнічні умови, важкі умови праці, незбалансоване харчування погіршують здоров'я населення: *«не тільки суспільно-економічні причини, не тільки невідповідний побут та лихі здоровні відносини села спричиняють невід-*

радний стан здоров'я нашого селянства, але також незнання підставних засад гігієни та умілого догляду хорих і немовлят, брак доцільної лікарської опіки над немовлятами, шкільними дітьми, вагітними жінками й матерями та цілою селянською родиною доводять до такого невеселого стану» [12, с. 454];

➤ недбайливе ставлення до власного здоров'я: «часто селяни взагалі не шукають поради в часі занедужання, бо, як кажуть, «вмерти треба скорше чи пізніше» [12, с. 455];

➤ територіальна і / або фінансова обмеженість доступу до медичних послуг: «коли шукають її (тобто, поради в часі занедужання), то не можуть дістати на час, бо лікарі поселюються головно по містах і містечках, віддалених нераз дуже далеко від доколичних сіл, або коли навіть хотіли би віднестися до лікаря, то не мають засобів оплатити дорогої лікарської помочі і дорогих ліків» [12, с. 454–455].

Означає вчена й передумови, які спричинюють поганий стан здоров'я сільського населення:

➤ неналежний стан дорожньої і каналізаційної інфраструктури: «Українські села, що тягнуться звичайно долинами рік чи потоків, мають на загал широкі й продувні вулиці. Однак ті вулиці мають іншу хибу — вони небиті, незасаджені деревиною, повні порошу при посусі чи болотах в часі дощів і розтопів. Відпливні рови зле удержані, нечисті, зарослі хоптами, часто повні застоюлої води, до яких з придорожних стаєн спливає гноївка» [12, с. 453]; «На обійстю незакрита гноївка і обірник стають розсадником хоріб та насікомих, що дістаються до хат [...] — це явище викликає скорий розрід потешних хоріб» [12, с. 454];

➤ відсутність належних санітарно-гігієнічних умов у житлових будинках: «Сільські хати деревляні, мазанки чи муровані, залежно від доколичного будівельного матеріалу, де-не-де ще й курні, без коминів — звичайно малі, тісні, низькі з поодинокими, навіть й глухими вікнами, з малою кількістю повітря, завше задушеного й зіпсованого, криють в собі зародні преріжних хоріб» [12, с. 453]; «В хатах брак добрих підліг, а долівка, глиняна чи земляна, не хоронить від зимна й возкости, пилу чи болота. Стіни лихі також не все достаточо хоронять від холоду й возкости, що громадиться по кутах і стінах хати» [12, с. 454];

➤ дуже мала житлова площа помешкань: «В хаті по найбільше одна кімната, яка є рівночасно кухнею, їдальнею, пральнею, спальнею, а навіть — на випадок смерти в родині — й трупарнею. Якщо є друга кімната — то вона служить тільки для гостей і родинних празників. На сотню сільських хат — 62 хати мають одну кімнату, 32 — дві, а всего 6 — три або й більше кімнат. В кімнаті за великій на 3х4 м і досить низькій припадає всего 20–30 м повітря, себто около 5 м на особу, коли родина числить 5–6 осіб, а повинно припасти на одну людину 17 м» [12, с. 453];

➤ відсутність достатньої кількості їжі та її якість: «На переднівку село звичайно голдує. Прості страви, якими харчуються селяни в робочі дні, є одностайні і все одні. [...] Лиха, одностайна, належно неприправлена їжа зле впливає на виявлення життєвої енергії людини» [12, с. 454].

Конструктивними є ідеї Олени Степанів про процес трансформації територіальної структури медичної сфери: «При закладанню кооперативи здоров'я треба намітити і подбати для неї відповідно великий район (6–10 сіл). Осідок для кооперативи визначити на селі, що найбільше надається для цієї мети з географічних, організаційних чи історичних мотивів, очевидно, за попереднім порозумінням з Ревізіїним Союзом Українських Кооператив» [12, с. 458].

Учена зазначає, що утримання кооперативу здоров'я є витратною справою, тому завчасно необхідно потурбуватися про його кошторис, розглянути як можливе джерело доходів членські внески — приклад сучасної страхової медицини: «При обчислюванню майбутніх коштів ведення кооперативи треба мати на увазі те, що уділовий капітал має покрити будову, зглядно внутрішнє уладження кооперативи враз з лікарськими інструментами, а місячні членські вкладки чи оплати від членів і нечленів є призначені на біжучі місячні видатки (оплата праці лікаря і його помічників, суспільне забезпечення, податки, приміщення, світло, опал, підводи, обслуга, лікарські підручні засоби тощо)» [12, с. 458].

Олена Степанів наголошує на важливості праці лікаря в кооперативі здоров'я: «Кооперативний лікар запобігає недугам, себто старається про те, щоби вони не поширювалися, і тому бодай раз в місяць, а в потребі й частіше, відвідує кожну сільську станицю, де уділяє

порад вагітним жінкам, матерям немовлят і дітей, а крім того, щоденно приймає в центральній станиці людей [...] кооперативний лікар учить, як запобігти недугам. Він бере під увагу побут населення і старається вплинути на людей, щоби вони забралися до uzдоровлення села і усунули з нього всьо то, що причинюється до повстання, зглядно поширювання хоріб, а саме: нечистоту, болото, бруд, брак смітників, гноївень, відхідників, доброї води й криниць, відповідно побудованих хат і господарських будинків, нездорові способи праці і т. п.» [12, с. 465].

Також підкреслюється важливість наближення медичних послуг до сільського населення, а не зосередження у містах: *«Село занедбане під гігієнічним і здоровним станом вимагає безпосередньої помочі інтелігентних фахових одиниць, лікаря та його рідні, гігієністки і других, які живучи життям села, а не поза ним, стають не тільки живим взором того, як треба жити, щоб бути здоровим, але мають передовсім можливість день-у-день вглублюватися в селянський побут, розуміти його світла й тіни, впливати на рівень і спосіб життя дорогою приятельського контакту та опікуючися родинами членів, студіювати підложжя лихих здоровних відносин села, лічити його та перевиховувати його під тим оглядом від основ. Такого впливу ані такої праці не може виконати цей лікар, що мешкаючи у містечку лишень приватно і тільки з конечности з'являється на коротко у хворого на селі, чи час від часу з недільним викладом» [12, с. 473].*

Із здобуттям незалежності в Україні розпочався процес суспільної трансформації – структурні, галузеві, інституційні, просторові зрушення в усіх сферах життєдіяльності. Вектором змін з 2014 р. є децентралізація (влади) — передача від органів виконавчої влади органам місцевого самоврядування значної частини повноважень, ресурсів та відповідальності. У 2020 р. ухвалено новий адміністративно-територіальний устрій базового (територіальні громади (ТГ)) і субрегіонального (райони) рівня, що формує підґрунтя для економічного розвитку країни, загалом, сприяє прискоренню реформ у сфері охорони здоров'я, освіти, соціальних послуг, енергоефективності та інших, зокрема.

Новий етап реформування системи охорони здоров'я в Україні розпочався у 2017 р. [5]. Вагомими змінами у системі стали: створення Національної служби здоров'я України; зміна моделі фінансування закладів за обсягами наданих медичних послуг відповідно до договорів; перетворення медичних закладів на комунальні некомерційні підприємства; право пацієнтів вільно обирати лікарів і медичні заклади для отримання первинних медичних послуг незалежно від регіону проживання або місця реєстрації. Особлива увага акцентується на підвищенні доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості [6]. Географічні аспекти реформування визначаються як відомчою регіоналізацією (території) і структурізацією (визначення рангу об'єктів), так і сформованими просторовими особливостями розселення і населення, інфраструктури, господарства, адміністративно-територіального устрою, природних властивостей території.

Функціонування закладів системи охорони здоров'я залежить від типу медичної допомоги, яка надається: екстренна, первинна, спеціалізована, паліативна. Система відомчої регіоналізації передбачає виділення рівнів допомоги залежно від складності випадку, важкості стану пацієнта. Наближення первинної медичної допомоги до пацієнта і концентрація спеціалізованої медичної допомоги — напрямки змін для покращення надання медичної допомоги.

Львівська область — єдина область України, де сформовано один госпітальний округ. Мережу багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування формують дев'ять закладів, три з яких розміщені у м. Львові, шість — у інших адміністративних районах області (локалізовані у найбільших за людністю містах районів: Буськ, Червоноград, Дрогобич, Новояворівськ, Самбір, Стрий). На перспективу ці заклади як надкластерні лікарні будуть максимально оснащені сучасним обладнанням, надаватимуть пацієнту найширший спектр послуг. У кластерних закладах пацієнт зможе отримати медичні послуги при найпоширеніших хворобах. Загальні лікарні надаватимуть базові медичні послуги для пацієнтів однієї або кількох громад.

Первинна медична допомога (ПМД) передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для

надання йому спеціалізованої медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, спеціалізованої медичної допомоги [4]. Тобто, ПМД включає не тільки власне допомогу, але і консультування та профілактику, впливаючи на стан здоров'я населення.

ПМД надають лікарі загальної практики (у закладах охорони здоров'я державної, комунальної і приватної форми власності, фізичними особами – підприємцями). Пацієнт має право обирати лікаря, який ПМД. За даними 2021 р., 90,4 % населення Львівської області уклало декларації з лікарями для надання медичної допомоги за програмою медичних гарантій (первинної медичної допомоги), у т. ч. 95,3 % — з лікарями закладів комунальної форми власності, 1,9 % — приватної форми власності, 2,8 % — лікарями — фізичними особами-підприємцями [7, с. 42]. Оскільки комунальними закладами первинної медичної допомоги є фельдшерсько-акушерські пункти і лікарські амбулаторії, які є визначальними надавачами послуг первинної медичної допомоги населенню, нижче зосередимо увагу на просторових особливостях їхньої діяльності.

Мережа ПМД Львівської області представлена 217 сільськими і 23 міськими лікарськими амбулаторіями і 888 фельдшерсько-акушерськими пунктами [11, с. 148]. За 2005–2020 рр. кількість закладів скоротилася на 5,5 %, у т. ч. ФАПів — на 14,1 %. Пандемія COVID-19 зумовила призупинення ліквідації закладів первинної медичної допомоги, зокрема лікарських амбулаторій. Фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) — тип закладів медичної допомоги, що обслуговують лише сільську місцевість, тому їм належить провідна роль у турботі та збереженні здоров'я жителів села. Сільські лікарняні амбулаторії розміщуються переважно у селищах міського типу або найбільших селах, і обслуговують потреби ФАПів та найближчих сіл.

Найбільше закладів локалізовано на території Львівської ТГ — 230 од. (23,3% закладів області), Дрогобицької — 38 од. (3,8 %), Стрийської — 36 од. (3,6 %), Тростянецької — 36 од. (3,6 %), Жовківської — 30 од. (3,0%); найменше—Мурованської, Оброшинської та Сокільницької ТГ, по 2 од. (0,6 % закладів області).

Громади Львівської області нерівномірно забезпечені закладами ПМД: 14 ТГ мають до 5 закладів (19,2 % ТГ області), 5–10 закладів є на території 31 ТГ (42,5 %), 10–15 закладів — 12 ТГ (16,4 %), 15–20 закладів — 7 ТГ (9,6 %), понад 20 закладів — 9 ТГ (12,3 %) (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл територіальних громад Львівської області за кількістю закладів первинної медичної допомоги, 2020 р.

Кількість закладів первинної медичної допомоги, од.	Кількість громад, од.	Перелік територіальних громад
до 5	14	Великолюбінська, Глинянська, Грабовецько-Дулібівська, Жовтанецька, Зимноводівська, Мурованська, Оброшинська, Підберізіцівська, Підкамінська, Пустомитівська, Ралівська, Сокільницька, Солонківська, Щирецька
5 с 10	31	Белзька, Бісковицька, Великомоствівська, Гніздичівська, Давидівська, Заболотцівська, Івано-Франківська, Кам'янка-Бузька, Козівська, Комарнівська, Красненська, Куликівська, Лопатинська, Меденицька, Моршинська, Новороздільська, Новояворівська, Перемишлянська, Поморянська, Радехівська, Розвадівська, Рудківська, Сколівська, Славська, Старосамбірська, Стрілківська, Судововишнянська, Східницька, Трускавецька, Хирівська, Шегинівська
10 – 15	12	Бібрська, Боринська, Бориславська, Бродівська, Буська, Добромільська, Добротвірська, Мостиська, Новояричівська, Самбірська, Сокальська, Турківська
15 – 20	7	Добросинсько-Магерівська, Жидачівська, Золочівська, Миколаївська, Новокалінівська, Рава-Руська, Червоноградська
понад 20	9	Городоцька, Дрогобицька, Жовківська, Журавненська, Львівська, Стрийська, Тростянецька, Ходорівська, Яворівська

Укладено авторами за: [8].

Середньообласний показник забезпечення ТГ закладами ПМД становить 13,5 од. на одну ТГ. 55 ТГ (75,3%) області мають показник нижче середньообласного значення, 2 ТГ (2,7%) на рівні середньообласного значення, 16 ТГ (21,9 %) вище середньообласного значення.

Середньообласний показник забезпечення населення закладами ПМД становить 3,9 од. на 10 тис. населення. ТГ Львівської області суттєво диференційовані за забезпеченням населення закладами ПМД (рис. 1). У 35 ТГ (47,9 %) рівень забезпечення населення закладами ПМД є менше 4 закладів на 10 тис. населення; у 23 ТГ (31,5 %) — на рівні 4-6 закладів на 10 тис. населення; у 5 ТГ (6,8 %) — 6-8 закладів на 10 тис. населення; у 6 ТГ (8,2 %) — 8-10 закладів на 10 тис. населення. Десять і більше закладів ПМД у розрахунку на 10 тис. населення зафіксовано у чотирьох ТГ: Тростянецькій (44,8), Журавненській (20,0), Новокалинівській (13,2), Ходорівській (12,9).

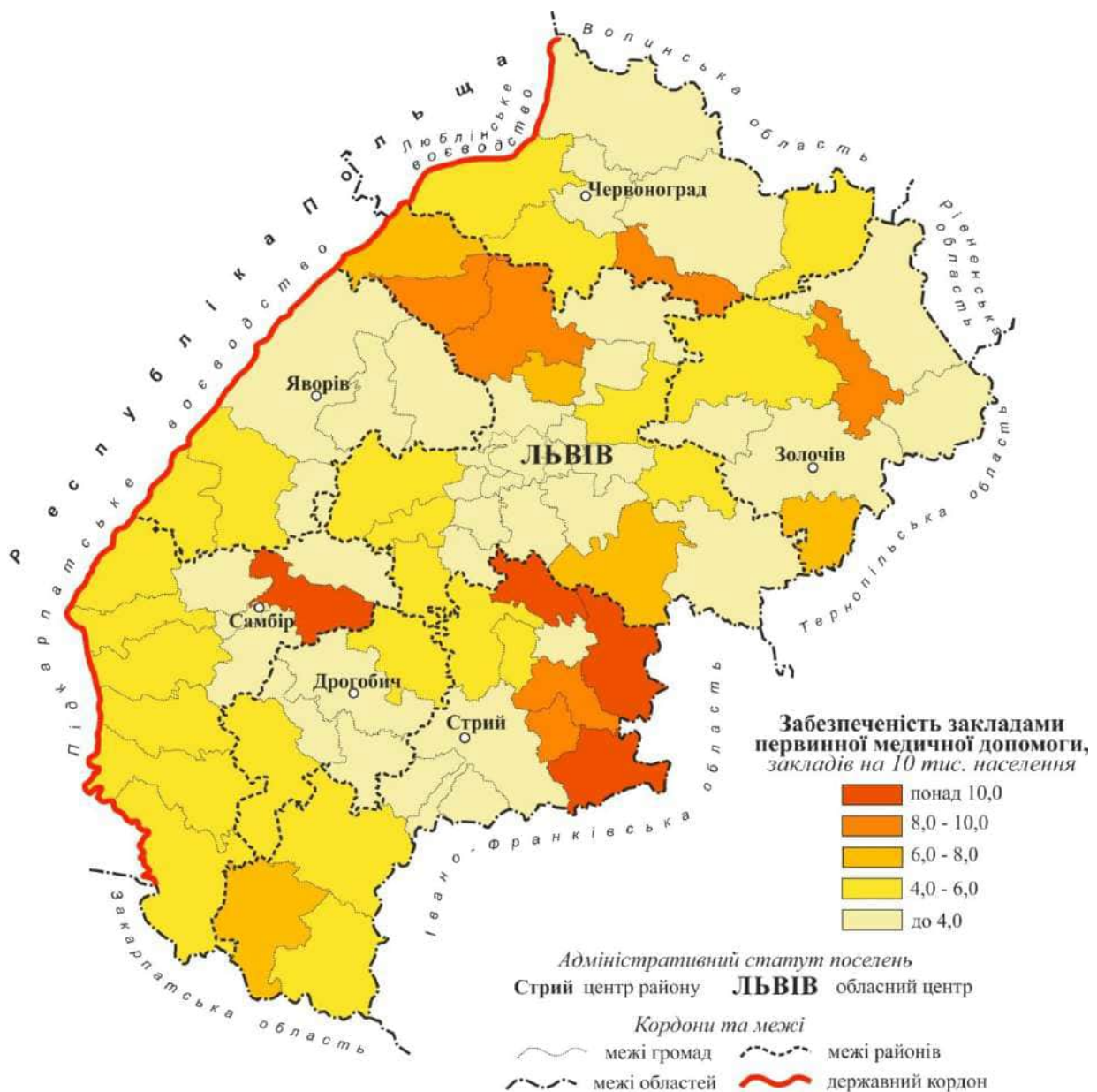


Рис. 1. Забезпеченість населення Львівської області закладами первинної медичної допомоги, 2020 р.

Розраховано авторами за: [8]

Найнижчий рівень забезпечення закладами ПМД у розрахунку на 10 тис. населення зафіксовано в Новороздільській ТГ (1,9). У Львівській ТГ, на території якої локалізовано 230 закладів ПМД, рівень забезпечення — 2,9 закладів у розрахунку на 10 тис. населення.

У просторовому розрізі громади на межі Малого Полісся і Розточчя, а також західно-передкарпатські, карпатські, опільські громади Львівської області краще забезпечені закладами ПМД.

Периферійні, сільські і селищні громади із-за малої людності мають вищі показники забезпечення закладами первинної медичної допомоги, на противагу велелюдним міським громадам, особливо громадам, які розташовані в ареалі впливу Великого Львова.

У середньому на один заклад ПМД Львівської області припадає 2,0 поселення. Значення показника дуже диференційовані за громадами області. Найменша кількість поселень, які формують зону обслуговування закладів ПМД, у міських ТГ, центри яких є центрами районів (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл територіальних громад Львівської області за кількістю поселень зони обслуговування закладів первинної медичної допомоги, 2020 р.

Кількість поселень, од.	Кількість громад, од.	Перелік територіальних громад
менше 1,0	6	Львівська, Самбірська, Тростянецька, Бориславська, Червоноградська, Дрогобицька
1,0 – 1,9	16	Трускавецька, Жидачівська, Журавненська, Зимноводівська, Миколаївська, Розвадівська, Стрийська, Новокалінівська, Ходорівська, Новороздільська, Городоцька, Сокольніцька, Жовківська, Новояричівська, Куликівська, Сколівська
2,0 – 2,9	12	Добровірська, Меденицька, Славська, Гніздичівська, Добросинсько-Магерівська, Рава-Руська, Великомоствська, Новояворівська, Мурованська, Турківська, Старосамбірська, Моршинська
3,0 – 3,9	18	Грабовецько-Дулібівська, Козівська, Оброшинська, Східницька, Заболотцівська, Добромільська, Пустомитівська, Радехівська, Стрільківська, Хирівська, Красненська, Кам'янка-Бузька, Давидівська, Комарнівська, Підберізіцівська, Судовишнянська, Бібрська, Золочівська
4,0 – 4,9	10	Белзька, Великолюбінська, Поморянська, Яворівська, Мостиська, Бісковицька, Сокальська, Жовтанецька, Лопатинська, Глинянська
5,0 – 5,9	6	Бродівська, Буська, Солонківська, Івано-Франківська, Щирецька, Боринська
6,0 і більше	5	Шегинівська, Рудківська, Ралівська, Підкамінська, Перемишлянська

Укладено авторами за: [5].

Емпірично підтверджується дуже тісний прямий кореляційний зв'язок між кількістю закладів ПМД і кількістю населення (0,970) у розрізі ТГ і слабкий кореляційний зв'язок кількості закладів ПМД і кількості поселень (0,067) та площею ТГ (0,120). Це вказує на потенціал кращого врахування сформованої системи розселення, транспортної інфраструктури при подальшому реформуванні системи охорони здоров'я у Львівській області [2].

У області працює 1 853 лікарі загальної практики (67,9 % — сімейні лікарі, 18,2 % — педіатри, 13,9 % — терапевти). Розподіл укладених договорів про надання медичних послуг дещо відмінний: 79,2 % декларацій укладено з сімейними лікарями, що визначає тенденцію реформування охорони здоров'я України у XXI ст. — сімейна медицина, 12,5 % — з терапевтом, 8,3% — з педіатром.

Заклади ПМД у сільській місцевості мають низку проблем. Серед найпоширеніших: розташування закладів у непристосованих приміщеннях (61,4 % у області, зокрема усі — у колишніх Бродівському, Дрогобицькому, Золочівському, Старосамбірському, Турківському районах), відсутність або застарілість обладнання. Укрупнення дозволяє скоротити поточні витрати на утримання установ, які фінансуються за рахунок бюджетів ТГ. Фінансування

комунальних закладів суттєво залежить від рівня спроможності громад. Високу податкову спроможність у 2020 р. мали 16 громад області, у яких розміщено 39,3 % закладів ПМД, зокрема, 230 закладів у Львівській і 36 — у Стрийській ТГ [2]. Таким чином, проблема фінансування і дотування охорони здоров'я сільського населення загострюється.

Статеві-віковий розподіл населення, що уклало декларації, демонструє ставлення до власного здоров'я. 53,4% декларацій укладено жінками, у т. ч. 21,3 % — від імені своїх дітей. Це свідчить про турботу про здоров'я наступного покоління, погіршення стану здоров'я населення (у т. ч. у дитячому віці).

Тільки 27,7 % лікарів, з якими підписано декларації, мають оптимальний обсяг послуг (сімейні лікарі — 32,5 %, педіатри — 24,6 %, терапевти — 8,9 %) [7], що вказує на потребу територіального перерозподілу, у напрямку наближення послуг до споживача. У Львівській області у середньому сімейний лікар має 1,48 тис. підписаних декларацій (в Україні — 1,52 тис.). Існує значна диференціація показника: у периферійних колишніх адміністративних районах — Турківському, Радехівському — сімейний лікар обслуговує у середньому 2,0 тис. пацієнтів, тоді як у Стрийському — 0,9 тис. [11]. Відносно низьке навантаження у сімейних лікарів колишніх Жовківського і Бродівського районів (1,1 тис.) зумовлено різними, на нашу думку чинниками: колишній Жовківський район є прильвівським, тому частина населення може надавати перевагу лікарям у закладах обласного центру, тоді як колишній Бродівський район є периферійним.

Суттєво відрізняється і число звернень до сімейних лікарів. По області у середньому за 2020 р. на одного пацієнта припадало 2,7 відвідувань сімейного лікаря, при цьому у м. Трускавці — 1,5, колишньому Миколаївському районі — 1,7. Найбільше відвідувань пацієнтами сімейного лікаря у колишніх Стрийському і Дрогобицькому районах (5,2 і 4,6 відповідно), що зумовлено особливостями сформованої структури населення: це сільські райони (міста обласного підпорядкування виокремлюють з площини районів), з підвищеною часткою осіб старшого віку.

Сільська місцевість Львівської області характеризується значно нижчою забезпеченістю кадрами порівняно з міськими поселеннями: тільки 14,6 % лікарів і 24,4 % середнього медичного персоналу працює у сільській місцевості. 35,7 % ФАПів укомплектовані тільки посадою медичної сестри, зокрема від 52 до 54 % ФАПів колишніх Буського, Жовківського, Яворівського районів. 38,2 % ФАПів укомплектовані тільки посадою фельдшера (понад 70% ФАПів колишнього Дрогобицького, Мостиського, Стрийського районів). За 2020 р. на одного працівника середнього медичного персоналу припадає 1,9 тис. відвідувань на ФАПі і 1,2 тис. відвідувань пацієнтів вдома. Надзвичайно високе навантаження на персонал у колишньому Турківському районі (5,8 тис. відвідувань у ФАПі та 4,8 тис. відвідувань удома).

Висновки. Незважаючи, що від досліджень Олени Степанів пройшло понад вісімдесят років, актуальність напрацювань вченої у сфері чинників розвитку первинної медичної допомоги у сільській місцевості, територіального розподілу кооперативів здоров'я та принципів їхнього утворення не втрачає своєї значимості і зараз.

Реформування адміністративно-територіального устрою України у 20-х роках ХХІ ст. зумовило творення нових ТГ, більшість з яких у межах Львівської області є сільськими. Формування мережі ПМД є на часі та зумовлено як сформованою демогеографічною ситуацією — депопуляція і старіння населення — так і потребою ефективного фінансування і результативного функціонування закладів медицини. Проведений аналіз дав змогу: означити тісний кореляційний зв'язок між закладами ПМД і кількістю населення; виявити територіальні диспропорції у розподілі закладів за ТГ; узагальнити сформовану ситуацію з забезпеченням закладів ПМД персоналом тощо.

Подальших досліджень потребують проблеми ефективності функціонування закладів ПМД у громадах, їхня модернізація у напрямку наближення медичних послуг до сільських мешканців, відповідності спектру медичних послуг на місцях запитам населення, особливо враховуючи сформовані виклики російсько-української війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білецький М., Ванда І., Котик Л. Соціальна географія : навч. посіб. — Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2019. — 328 с.

2. Ванда І. Мережа первинної медичної допомоги у контексті децентралізації територіального устрою: просторові особливості, можливості та виклики (на матеріалах Львівської області) // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України (вісімнадцяті марзеєвські читання). — 2022. — Вип. 22. — С. 11–13.
3. Ванда І. В., Котик Л. І., Ранця І. І. Актуальність ідей Олени Степанів у трансформації медичної сфери сільської місцевості Львівської області // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. / Ред. доц. Ю. М. Панишко. — Вип. 18. — Львів : Бодлак, 2007. — С. 10–14.
4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ред. 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
5. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», ред. 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
6. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». №5, 2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.
7. Звіт Національної служби здоров'я України за 2021 рік. — 105 с. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/book-ua.pdf?1669193602> [Перегляд 10.02.2022 р.].
8. Портал спроможності територіальних громад/ За заг. ред. П. Остапенка. — Київ, 2021. URL: <https://tdukr.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html>. — [Перегляд 20.02.2022 р.].
9. Посібник з розбудови міжмуніципального співробітництва на користь сталого розвитку локальної лікарняної мережі в умовах реформування охорони здоров'я та децентралізації. — 2021. URL: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/772/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%9B%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8F%D0%BD%D0%B0_%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B6%D0%B0_2021_ye_1_.pdf.
10. Ранця І. І., Ванда І. В., Котик Л. І. Медична сфера Карпатського регіону: стан, динаміка та просторові особливості в контексті сталого розвитку // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. / Ред. доц. Ю. М. Панишко. — Вип. 26. — Львів : НВБД УАД, 2008. — С. 40–45.
11. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Львівської області за 2020 рік. — Львів, 2020. — 224 с.
12. Степанів О. «Кооперативи здоров'я» працюють для добра своїх членів / Олена Степанів. Наукові Праці. Есе. Спогади / упоряд. О. Шаблій. — Львів : Вид. центр НТШ, 2003. — С. 472–475.

Наукове видання

Доктор філософії Олена Степанів: географ, краєзнавець, педагог

**Матеріали Міжнародного наукового онлайн-семінару,
присвяченого 130-літтю від народження ученої
(Україна, м. Львів, 20 грудня 2022 р.)**

Коректор, комп'ютерне верстання *Марія Хоминець*

Формат 60x84_{1/8}
Умовн. друк. арк. Наклад 50 прим. Зам.

Львівський національний університет імені Івана Франка,
вул. Університетська, 1, м. Львів, 79000

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції.
Серія ДК № 3059 від 13.12.2007 р.

Друк ТзОВ «Простір-М»
Свідоцтво ДК № 5068 від 22.03.2016 р.
79000, м. Львів, вул. М. Скорика, 8
Тел.: (032) 261-09-05, e-mail: prostir.druk@gmail.com