ISSN 2218-4805

УДК 613/614: 616 – 08 (477.51) «1960/1980»

Л.І. Лавріненко

ЛІКУВАЛЬНО-САНІТАРНА ДОПОМОГА ЯК ЕЛЕМЕНТ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ «ОХОРОНИ НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я» НА ЧЕРНІГІВЩИНІ В 1960–1980-ТІ РР.

У статті проаналізовано розвиток лікувально-санітарної допомоги в системі охорони здоров'я на Чернігівщині. Висвітлено питання впровадження диспансеризації, формування медичної культури, профілактики захворювань, відновлювального лікування та діяльності санітарно-епідеміологічних установ.

Ключові слова: *охорона здоров'я, лікувально-санітарна допомога, диспансеризація, профілактика, санітарно-епідеміологічні установи.*

Найбільшою соціальною цінністю, вирішальним чинником соціально-економічного розвитку, конкурентоспроможності, росту добробуту виступає здоров'я людини. 1960–1980–ті роки стали періодом, коли найбільш повно проявились як позитивні, так і негативні вади системи охорони здоров'я М. Семашка. Проводячи аналіз розвитку лікувально-санітарної допомоги як елементу системи організації «охорони народного здоров'я» в Україні, акцентуємо увагу на Чернігівщині, де поряд з лікувальною справою важливе місце відводилось санітарно-профілактичним заходам, відновлювальному лікуванню, формуванню медичної та санітарної культури населення.

Проблему «охорони народного здоров'я» в Україні й на Чернігівщині містили підручники «Історія медицини» С. Верхратського, монографія Р. Богатирьової, Ю. Спіженка, В. Черних «Історія фармації України», праці О. Голяченка «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Українська здоровохорона: як вийти з кризи». Значне місце зайняли видання «З історії медицини Чернігівщини», «Розвиток медицини та фармації на Чернігівщині», що підготовлені М. Дулею, А. Грушею, С. Пасталицею, та колективна робота «Из истории развития здравоохранения Черниговщины». До вивчення змін в охороні здоров'я Чернігівщини була залучена джерельна база Державного архіву Чернігівської області.

Метою статті є дослідження питання організації лікувально-санітарної допомоги на Чернігівщині як елементу системи «охорони народного здоров'я». Реалізація цієї мети передбачає висвітлення питань упровадження диспансеризації, профілактики захворювань, відновлювального лікування, формування медичної культури населення, діяльності санітарно-епідеміологічних установ регіону.

У досліджувані роки посилювалося прагнення держави підпорядкувати справу організації охорони здоров'я стосовно розв'язання низки ідеологічних проблем. Ці обставини, безумовно, специфічно впливали на формування громадянського здоров'я. Медична допомога включала лікувальну справу, профілактичну допомогу й просту діагностику та суттєво відрізнялася від досконалих систем охорони здоров'я Європи і США, де, крім лікування, передбачалися заходи щодо сприяння організації громадського харчування, забезпечення доброякісною водою, проведення санітарних заходів, охорону здоров'я матері й дитини, імунізацію, профілактику епідемічних хвороб, санітарну просвіту.

Лікувальна справа в радянській системі медичної допомоги відігравала провідну роль.

Санітарно-профілактичні ж заходи, які вважалися визначальними при попередниці радянської системи охорони здоров'я – громадській медицині – недооцінювалися й продовжували перебувати на другорядних позиціях. Це цілком відповідало природі радянського ладу (програмі будівництва комунізму), коли, мовляв, разом із досягненням найвищого рівня добробуту суспільства автоматично відбувалось і масове його оздоровлення. Ключовим інструментом реалізації профілактичного напрямку охорони здоров'я залишалася диспансеризація. Суть її практично не змінювалася з 1920-х років і полягала в проведенні активних оздоровчих заходів, спрямованих на поліпшення умов і способу життя радянських людей, на раннє виявлення хронічних захворювань, на оздоровлення хронічно хворих і забезпечення їхньої активної життєдіяльності й працездатності. У 1960-ті роки в Україні було здійснено спробу відійти від практики домінування стаціонару як форми лікування та відновити призабуту ідею диспансеризації. Відповідно посилювалася роль амбулаторій і поліклінік. Поставлені державою завдання перед охороною здоров'я включали в себе налагодження профілактичних оглядів певних верств громадян-механізаторів, тваринників, робітників, взяття на диспансерний облік хворих з певними хронічними захворюваннями з метою зменшення втрат з тимчасової непрацездатності. Термін їх виконання, тобто досягнення суцільної диспансеризації, складав майже 20 років і мав завершитись у 1980-х роках. Для цього були розроблені інструкції, у яких містилися обсяги та частота профілактичних оглядів та спостереження за хронічно хворими. Визначальною рисою цих заходів було те, що кожний здоровий і хворий мав періодично, але не рідше, ніж раз на рік, обстежуватися трьома-чотирма, а то й більше фахівцями. У кінці 1980-х років профоглядами було охоплено більше половини здорових і майже всі хронічно хворі громадяни України й Чернігівщини зокрема.

Курс на суцільну диспансеризацію, як і інші радянські програми, що носили приставку «суцільна» не мали позитивного успіху й не позначилися на якісних змінах у здоров'ї громадян. Можна конста-

тувати, що ідея диспансеризації в умовах радянської дійсності зазнала провалу. Підтвердженням цього було постійне погіршення показників здоров'я нації. До причин цього явища слід віднести обрану модель диспансеризації, коли ті соціальні прошарки, що мали гірше здоров'я, забезпечувалися й гіршою медичною допомогою. Скажімо, ті ж жителі сіл порівняно з міським населенням одержували біль звужений асортимент медичних послуг.

Крім того, диспансеризація носила примусовий характер та поступово входила в русло формалізації цілей та результатів. Унаслідок цього заходу, як правило, мали бути зацікавлені обидва учасники процесу. За недостатнього рівня загальної медичної культури громадяни часто виявляли байдужість до вибіркового обстеження власного організму. Через організаційну розпорошеність диспансерного спостереження (між чотирма і більше фахівцями) медичні установи були більше зацікавлені в належному складанні документації, яка б відображала кількісні показники, тобто чисельність громадян, залучених до обов'язкового щорічного огляду. Скажімо, сільський дільничний лікар-терапевт, який обслуговував дільниці, що в середньому охоплювали 2,5 тис. жителів, фізично не міг володіти в повному обсязі даними, що свідчили про динаміку зміни здоров'я у того чи іншого, хто проходив обстеження.

Диспансеризація головним чином зводилася до поверхових, часто неякісних і неефективних оглядів, які не могли задовольняти потреби громадян.

Первинна профілактика передбачала заходи, що спрямовувалися на збереження здоров'я здорових, запобігання дії на організм людини шкідливих чинників природного й соціального середовища. Вторинна профілактика передбачала усунення виражених чинників ризиків, які за певних умов можуть призвести до виникнення, загострення й рецидиву захворювання, зменшувала ризик виникнення ускладнень, сприяла збереженню працездатності. Мета третинної профілактики – реабілітація після хвороби, лікування ускладнень захворювань, компенсація втраченої функції та збереження працездатності хворої людини.

Провідними закладами все більше ставали поліклініки й амбулаторії. Їх утримання для держави було вигіднішим (дешевшим), ніж стаціонарних лікарень, і цілком відповідало усталеній практиці врізання витрат з інших сфер на користь потреб військово-промислового комплексу. У 1960–1980-ті роки масово продовжували з'являтися амбулаторно-поліклінічні установи (головним чином у містах).

Диспансеризація мала виявляти хронічні захворювання в пацієнта й призначити йому відповідне лікування, яке в ідеалі повинно продовжувати йому життя й поліпшувати його якість. Вона перетворювалась на самоціль і проводилась із метою штучного декларування досягнень охорони здоров'я.

Особливо важливого значення набував перший етап диспансеризації – професійні огляди. Усе більше населення охоплювалось обстеженнями в різного профілю диспансерах. Лікарі-терапевти позбавлялись т. з. пасивних форм роботи. Громадяни з хронічними захворюваннями брались на спеціальний (диспансерний) облік і періодично викликалися для повторного обстеження. У періоди загострення хвороб пацієнтам призначалося спеціальне безкоштовне лікування. Цим самим попереджалось загострення хвороби. Протягом 2–5 років хворі знімались з обліку. За цих умов хворий не міг стати інвалідом. Метод протирецидивного лікування вперше застосували лікарі Чернігівщини. Його було рекомендовано для запровадження в лікувально-профілактичні заклади України [5, 14–24; 4, 34].

Участь громадян у справі охорони здоров'я витікала із соціальної сутності здоров'я. На думку вітчизняних фахівців, її слід було розуміти в т. з. широкому та вузькому аспектах. Оскільки здоров'я пацієнта залежало від умов та способу його життя, то марно сподіватися на поліпшення здоров'я без розуміння й участі в цьому кожної людини. Звісно, цьому мала передусім сприяти соціально-економічна система, яка мусила прагнути досягти найвищого економічного добробуту людини й у якій права людини не обмежувалися. Тоді б охорона здоров'я спиралася на благодатну основу у вигляді загальної, всебічно розвиненої особистості.

Вузький аспект полягав у безпосередній участі громадян у розвитку медичних закладів, у наданні медикам допомоги в проведенні профілактичних і лікувальних заходів. З цією метою створювалися громадські організації – товариства Червоного Хреста, санітарні пости та дружини на підприємствах та установах, санітарний актив тощо.

Радянська практика формування медичної культури загалом носила масовий характер і мала за мету, передусім, розв'язання ідеологічних завдань. На Чернігівщині під керівництвом Червоного Хреста діяли санітарні дружини як масові організації. Ними проводились агітаційно-масові, санітарно-оздоровчі, санітарно-захисні заходи [15, 11]. Аби навчити населення цінувати власне життя, було відкрито 23 університети здоров'я, 37 шкіл здоров'я, 21 школа матері й дитини. Мала значення робота громадських рад при лікувальних установах. Уже в першій половині 1960-х років в області було створено 36 таких громадських рад, у яких працювало 1200 чол. [2, 59; 12, 2].

Використання засобів фізкультури з метою профілактики в лікуванні різних захворювань і травм сприяло розвитку лікувальної фізкультури.

В області відкривалися кабінети лікувальної фізкультури, лікувально-фізкультурні диспансери.

При домінуванні лікувальної допомоги на другий план відходили напрями оздоровлення. Пропаганда здорового способу життя зрештою була малоуспішною. Кошти витрачалися на боротьбу з алкоголізмом, наркоманією, курінням. Державні рішення про необхідність розвитку фізкультури й спорту часто носили декларативний характер. 1986 року на Чернігівщині у практику роботи лікувально-профілактичних закладів вводилися спеціальні програми, які передбачали оздоровлення засобами фізкультури. В області діяв лікувально-фізкультурний диспансер, де хворі проходили реабілітацію після перенесення ускладнень захворювання. Розпочалася підготовка відповідних фахівців. Засоби просвіти, які мали за мету пропагувати здоровий спосіб життя, зрештою не мали успіху за умов низького рівня в переважної частини громадян медичної культури. На Чернігівщині діяло 64 університети здоров'я, обласні ЗМІ вели журнал «Ваше здоров'я» [10, 86–88].

У містах і селах області було мало привабливих місць для занять фізкультурою. У фізичному вихованні школярів залишалося чимало формалізму. Ефективність цієї роботи залежала від аматорських здібностей вчителів. 1989 року в області займалися фізкультурою й спортом близько 103 тис. чол. Очевидно, що дані статистичних органів були перебільшені. Працювало чотири дитячо-юнацьких спортивні школи, 20 клубів для дітей і підлітків. Вони використовували методичні рекомендації: «Медичні аспекти фізичної культури і загартовування», «Профілактика п'янства і алкоголізму», «Боротьба з курінням і наркоманією», «Раціональне харчування» тощо [10, 1–88].

Профілактичною роботою на підприємствах, в організаціях, установах займалися профілакторії. Особливо важливою їх роль була на підприємствах, де переважали шкідливі умови праці. На Чернігівщині в досліджувані роки позитивну роль у плані попередження професійних захворювань відіграли профілакторії при комбінаті «Хімволокно», фабриці первинної обробки вовни, Ніжинському машинобудівному заводі [13, 2].

Радянська держава розглядала охорону здоров'я як засіб підвищення загальної продуктивності виробництва, впливу на робочу силу.

Перехід на суцільну диспансеризацію, що розпочався після 1983 р., вніс зміни в чинну лікувально-профілактичну систему. На першому етапі диспансеризації впроваджувалися заходи, пов'язані із задоволенням потреб щодо нагляду за здоров'ям осіб з підвищеним ризиком захворювань, за хворими на хронічні хвороби, виявленням ранніх ознак патологічних змін, несприятливих умов праці й побуту та вчасного призначення комплексу оздоровчих дій.

Важливим напрямком діяльності лікувально-профілактичних установ ставало відновлювальне лікування. У 1970–ті роки в області була організована анестезіолого-реанімаційна медична допомога й спеціалізовані бригади швидкої допомоги. Це сприяло введенню ранньої медичної реабілітації. У 1971–1975 рр. на Чернігівщині для хворих кардіологічного, неврологічного й інших напрямків були створені спеціалізовані відділення й лікарні відновлювального лікування. Тут не лише проводилася медична реабілітація, але й відновлювалася професійна працездатність.

Протягом 1960–1980–х років у Чернігівській області здійснилося формування системи санаторно-курортних установ. До неї входило три санаторії-профілакторії, які перебували на балансі промислових підприємства, два – на балансі колгоспів і радгоспів, п'ять будинків відпочинку. Відомим за межами області був санаторій «Остреч». Одночасно в них могли відпочивати й лікуватися 3027 чол. [1, 108–109].

На середину 1970-х років в області функціонувало 215 колгоспних профілакторіїв [7, 38]. Крім того, на Чернігівщині діяло 222 фізіотерапевтичні кабінети, 229 кабінетів лікування фізичними методами у фельдшерсько-акушерських пунктах, 82 – у здоровпунктах [7, 38–40].

1975 року було відкрито перший в області міжколгоспний санаторій «Десна» (с. Ладинка Чернігівського району). Він спеціалізувався на відновному лікуванні шлунково-кишкових захворювань, периферійної нервової системи й органів опорно-рухового апарату.

З метою запобігання захворюванням інфекційними хворобами санітарні лікарі й епідеміологи області брали проби води в колонках, колодязях, водогонах, артезіанських свердловинах. Проводилися хімічні аналізи, визначалися допустимі величини вмісту мінеральних сполук тощо [4, 1–4].

Одним із напрямків роботи санітарно-епідеміологічних установ був контроль за санітарним станом населених пунктів. На Чернігівщині були проблеми із забезпеченням водопостачання значної кількості міст і сіл, наявні випадки спалахів захворювань на черевний тиф, дизентерію, дифтерію. 1967 року з 120 тис. населення Чернігова користувалися водою з водогону лише 30 % [14, 3]. Близько 90 % сіл області мали єдиним джерелом забезпечення питною водою колодязь. Ще більшою проблемою залишалося скидання стічних вод. У Чернігові, Ніжині, Прилуках поступово будувалися загальноміські очисні споруди. Водночас значна частина стоків нагромаджувалась, завдаючи цим самим навантаження на довкілля та погіршуючи санітарні умови проживання.

Лабораторії санітарно-епідемічних станцій працювали постійно. Лише 1979 року ними було проведено 4875 бактеріологічних і 21712 хімічних досліджень води й джерел водозабезпечення. За їх рекомендаціями протягом року було відремонтовано 1623 колодязі загального користування [17, 28–29].

На кінець 1970–х років було охоплено навчанням з основ санітарії і гігієни 138 тис. 770 чол. Щорічно фахівцями читалося близько 650 лекцій, публікувалися статті в засобах масової інформації, транслювалися передачі по радіо, демонструвалися кінофільми з питань здорового способу життя, боротьби зі шкідливими звичками: алкоголізмом, курінням [9, 1–3].

1979 року в Чернігові завершено будівництво фтораторної установки для поліпшення якості питної води, уведено чотири хлораторні та одну знезалізувальну установки в районах [18, 66;].

Санітарна служба області постійно приділяла увагу благоустрою шкіл і дитячих дошкільних закладів. Поступово зростала кількість шкіл, що мали центральний водогін і центральне опалення [17, 28–29]. Щорічно проводилося більше 15 тис. хімічних і бактеріологічних досліджень води відкритих водойм, атмосферного повітря й ґрунту [8, 21–23, 27].

Протягом 1976–1979 рр. кількість населення, що користувалося водою з центрального водогону, збільшилася з 30 до 34,2 % [17, 28–29]. У цей період в області було проведено паспортизацію артезіанських свердловин, шахтних колодязів і джерел.

Протягом 1970–1980-х років в області було введено в експлуатацію 15 каналізаційних очисних споруд [13, 3].

Санітарно-епідеміологічні установи проводили роботу стосовно поліпшення санітарної культури населення: діяла обласна Рада санітарної освіти, фахівці читали лекції перед спеціалістами, громадянами з питань технології ефективної профілактики інфекційних захворювань, медичної допомоги при отруєннях отрутохімікатами, способах попередження виробничого й побутового травматизму. Працівники тваринницьких ферм і харчових підприємств вивчали санітарний мінімум [4, 1–4; 2, 98].

У 1970–1980-ті роки на Чернігівщині зменшилося число захворювань на такі інфекційні хвороби, як правець, коклюш, кір, скарлатина. Проте значними залишалися прояви захворювань на туляремію, зокрема в Щорському районі. Вживалися заходи щодо ліквідації захворювання: подвірні обходи з метою виявлення й лікування хворих, профілактичні щеплення, госпіталізація хворих, суцільна дератизація [6, 43].

Санітарно-епідеміологічна служба перебувала на периферії лікувально-профілактичного комплексу. Відповідно за залишковим принципом виділялися для її утримання й розвитку фінансові й матеріально-технічні ресурси. Лише 1979 року область одержала 61 автомобіль, в тому числі 32 високої прохідності. 1989 року всі санітарно-епідеміологічні станції були укомплектовані лікарями. Постачався автотранспорт [9, 39]. Водночас санітарна служба постійно потребувала лабораторного устаткування. Хронічно відчувався брак електротермостатів та лабораторних реактивів [4, 34–38; 19, 195–202].

1968 року в санітарно-епідеміологічних установах області трудилися 97 санітарних лікарів, 33 епідеміологи, 40 бактеріологів, 10 хіміків із вищою освітою та два інженери [1, 104].

Унаслідок Чорнобильської катастрофи значна територія області (20 з 22–х районів) зазнала радіоактивного забруднення: 1596 населених пунктів, землі 563 колгоспів і радгоспів загальною площею 1833 тис. га. Значно ураженими виявилися шість районів: Чернігівський, Ріпкинський, Козелецький, Семенівський, Корюківський та Сосницький (208,4 тис. чол.). У структурі медично-санітарної допомоги було створено спеціальну службу для контролю над гамма-фоном, радіонуклідами, продуктами харчування. Діяло три рівні спостереження: республіканський, обласний, місцевий [11, 66–67; 16, 157; 1, 221]. За умов боротьби з наслідками трагедії різко зросли потреби області у фахівцях. 1988 року залишалося незайнятими 184 посади лікарів-терапевтів, 53 – лікарів-педіатрів, 33 – лікарів-стоматологів тощо. Спостерігалась плинність фахівців. Молоді лікарі не бажали їхати працювати в радіаційно забруднену зону [3, 2].

Отже, лікувально-санітарна допомога, як домінантний чинник організації охорони здоров'я й надання медичних послуг, мала свою специфіку й залежала від соціально-економічних заходів держави. Влада, беручи на себе зобов'язання щодо охорони здоров'я громадян, спрямовувала свої зусилля на поліпшення умов праці на виробництві, житлове будівництво. Були створені умови для підвищення культурного й санітарного рівня населення, удосконалювалася система соціального забезпечення. Важливе значення в охороні здоров'я громадян, лікуванні та профілактиці різних захворювань відігравало санаторно-курортне лікування, яке, зокрема, проводилося на базі курортів, санаторіїв, будинків відпочинку. Чернігівщина стала належним відображенням цієї системи. У центрі особливої уваги й турботи радянської держави було здоров'я матерів та виховання дітей, яке здійснювалось у дитячих лікувально-профілактичних установах: санаторіях, поліклініках, лікарнях, дитячих відділеннях. Це питання стане предметом подальших розвідок.

Посилання

1 Груша А.М., Дуля М.М. З історії медицини Чернігівщини [Текст] / А.М. Груша, М.М. Дуля. – Чернігів, 1999. – 208 с.

2. Державний архів Чернігівської області (далі – ДАЧО), ф. Р–5036, оп. 4,спр. 1426, 127 арк.

3. ДАЧО, ф. Р–5036, оп. 4,спр. 2875, 169 арк.

4. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр. 741, 152 арк.

5. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр. 907, 166 арк.

6. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр. 1058, 141 арк.

7. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр. 1283, 70 арк.

8. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр. 1395, 28 арк.

9. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр. 1427, 86 арк.

10. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр. 1596, 95 арк.

11. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр. 1667, 83 арк.

12. Жукова Н.Ф. Турбота про охорону здоров'я трудящих [Текст] / Н.Ф. Жукова // Деснянська правда. – 1969. – 24 вересня. – С. 2.

13. Колесник Є. Ціна чистої води [Текст] / Є. Колесник // Деснянська правда. – 1979. – 25 березня. – С. 3.

14. Тарнопольський В. Вода. Треба її берегти [Текст] /В. Тарнопольський // Деснянська правда. – 1967. – 1 березня. – С. 3.

15. Центральний державний архів громадських об'єднань України (далі – ЦДАГО України), ф. 1, оп. 25, спр. 1689, 39 арк.

16. ЦДАГО України, ф. Р–2, оп. 17, спр. 4355, 323 арк.

17. ЦДАГО України, ф. Р–2, оп. 25, спр. 1358, 77 арк.

18. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (далі – ЦДАВО України), ф. 342, оп. 17, спр. 3554, 157 арк.

19. ЦДАВО України, ф. 342, оп. 17, спр. 3565, 211 арк.

Лавриненко Л.И. Лечебно-санитарная помощь как элемент системы организации «охраны народного здоровья» на Черниговщине в 1960–1980–е гг.

В статье проанализировано развитие лечебно-санитарной помощи в системе охраны здоровья на Черниговщине. Освещены вопросы внедрения диспансеризации, формирования медицинской культуры, профилактики заболеваний, восстановительного лечения и деятельности санитарно-эпидемиологических учреждений.

Ключевые слова: *охрана здоровья, лечебно-санитарная помощь, диспансеризация, профилактика, санитарно-эпидемиологические учреждения.*

Lavrinenko L.I. Medical and sanitary aid as part of the system of «protection of public health» in Chernihiv region in 1960 – 1980

The article analyzes the development of health care in the health system in Chernihiv. The questions of implementation of clinical examination, the formation of medical culture, disease prevention, treatment and restorative activity of sanitary-epidemiological institutions are also enlightened in the article.

Key words: *healthcare, medical and sanitary aid, clinical examination, prevention, sanitation facility institutions.*

13.03.2014 р.

УДК 785(477)

Г.П. Голяка

НАРОДНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ МУЗИКУВАННЯ В УКРАЇНІ: ВІДРОДЖЕННЯ ТРАДИЦІЇ

У статті розглядаються особливості традиції народно-інструментального ансамблевого музикування українців. Здійснюється пошук можливостей застосування такого виду музикування в сучасній педагогічній практиці.

Ключові слова: *ансамблева гра, музикування, традиція, український народний танець.*

Невід'ємною складовою національної музичної культури України є народно-інструментальне виконавство. Здавалося б, інструментальні традиції нашого народу є достатньо вивченими сучасною наукою. Проте існують артефакти, які, на нашу думку, ще не отримали належного наукового дослідження, зокрема, це стосується традиції гри на українських народних інструментах. Актуальною в цьому ракурсі виявляється проблема використання народного інструментарію в сучасному музикуванні, а також опанування навичками гри на ньому в закладах освіти не музичного спрямування. Саме тому метою даної статті є аналіз панорами традиційного народного виконавства в історичному аспекті та виявлення можливостей його застосування в педагогічному процесі.

Вітчизняна наука має значні напрацювання у вивченні традиційного інструментарію. Серед ґрунтовних досліджень в першу чергу слід назвати роботу корифея української культури Г. Хоткевича «Музичні інструменти українського народу» [10], книгу визначного етномузиколога І. Маційовського «Музичні інструменти гуцулів» [3], наукові розробки авторитетного сучасного етномузиколога М. Хая «Музично-інструментальна культура українців (фолкльорна традиція)» [8] та монографію-збірник «Українська інструментальна музика усної традиції» [9]. Питання інструментального виконавства в аспекті тенденцій розвитку європейської культури розглядалися О. Трофимчуком [7]. Процеси відродження традиційної української інструментальної музики вивчав Б. Столярчук [6].

У монографічному дослідженні М. Хая, присвяченому музично-інструментальній культурі українців [9], сформульовано фундаментальні положення щодо побутування інструментальної автентики та принципів етнопедагогічних та виконавсько-реконструктивних засад автентичної традиційної інструментальної музики українців. У роботі етномузиколог наголошує на важливості збереження автохтонної інструментальної музики у первинному її вигляді.

Згідно запропонованої відомим музичним