



Щодо представників більшості населення, то, передусім, це були міщани та робітники. Хоча в другій половині XIX ст. «місцеві» активно займалися й торгівлею.

Основні напрями модернізації Бердянського морського торговельного порту визначалися різноманітними чинниками. Так, численні свідчення, зафіксовані в Одеському Віснику, на сторінках опису Бердянського порту Я. Іванова та інших джерелах, переконають, що із загалу сприятливих природних факторів для функціонування порту можна було виділити декілька, що спричиняли чимало проблем для порту. Зокрема вразливість пришвартованих кораблів до штормів. З метою розв'язання цього питання, відбувалося будівництво хвилелому, який офіційно відкрили в 1868 р. Паралельно з цим, здійснювалися роботи із заглиблення каналу, з метою розв'язання проблеми замулювання та мілини поблизу причалу. Починаючи з 1836 р., очільники порту та міста неодноразово наголошували на необхідності реконструкції причалу. Чисельні статті «Одеського вісника» засвідчили, що дерев'яний причал перебував в аварійному стані і доволі часто не виконував у повному обсязі свою функцію. В 1894 р. розпочали побудову, поряд з дерев'яною пристанню, напівзакритого порту, обладнаного набережною з приналежностями. Заклучний, але один з найголовніших заходів модернізації порту – прокладення залізниці.

Кожен із означених заходів модернізації зміцнював економіку порту та припортового міста. Будівництво хвилелому та поглиблення каналу на 19 футів, загальною довжиною 5 верст, сприяли збільшенню реалізованих товарів через морський порт. Якщо раніше перебувати на якорі в акваторії порту було небезпечно, через можливість штормів, а з іншого боку – мілина не дозволяла судам максимально заповнюватись товарами, а застарілий дерев'яний причал значно затягував процеси навантаження та розвантаження товарів, то з модернізацією порту в другій половині XIX ст., ці проблеми залишилися в минулому. Також будівництво залізниці забезпечило стабільну та своєчасну доставку товарів, розширило їх асортимент та обсяги. Стабільний розвиток порту, його економічне зростання позначилися і на соціальних процесах міста. В середньому, 8-ми місячна робота порту сприяла стаціональному торгівлі, а, відповідно, й формуванню купецького стану. Наявність постійного заробітку, можливість промислів призвела до формування найбільшої соціальної верстви – міщан.

Характеризуючи соціальні процеси в Бердянську, доходимо висновку, що, незважаючи на короткий термін існування міста (трохи більше 60 років), у Бердянську сформувалася типова соціальна ієрархія, характерна для дореформеного періоду імперії. Соціальні зрушення в Бердянську призвели до суттєвого зменшення кількісного показника купців. Такі висновки робимо, завдяки аналізу статистичних даних Новоросійського календаря за 1838 р., «Географічно-статистичного словника Російської імперії», в якому репрезентовані відомості про кількісний та соціальний склад населення Бердянська станом на 1838 та 1862 рр. і матеріалам Першого Всеросійського перепису населення 1897 р. Проаналізувавши етнічний склад населення Бердянська, ми визначили, що більшість склали «руські» – 81,59% (цим терміном були об'єднані українці та росіяни – 15,33 і 66,06%, відповідно), а також євреї, німці та греки. Представники останніх трьох меншин перебували в безпосередній взаємозалежності з функціонуванням морського торговельного порту.

Підсумовуючи, зазначимо, що функціонування Бердянського морського торговельного порту визначило й

основні етапи розвитку міста. Для 1830–70-х рр. характерний торгівельно-купецький період – місто та його мешканці перебували в повній залежності від стабільності функціонування порту. Впродовж 80–90-х рр. XIX ст. відбувалася трансформація до торгово-промислового, що було пов'язано, по-перше, з тим, що накопичений капітал вкладався в розвиток підприємницької діяльності, а по-друге, Бердянськ перебував під впливом реформ, тому на цьому етапі відбувалося становлення підприємств і трансформація соціальних станів.

1. Денисов Е., Михайличенко В., Киосев А. *Бердянський морський торговельний порт*. – Бердянськ: Запорожжє, 2010.
2. Іванов Я.М. *Описание Бердянского порта*. – СПб., 1905.
3. «Юне місто». *Літопис історії Бердянська очима кореспондентів «Одеського Вісника» (1827–1860 рр.)* / Упор. І. Лиман, А. Піменов. – Бердянськ; Ростов-на-Дону, 2007.
4. Баханов К., Лыман И. *Бердянск в дневниках титулярного советника В.К. Крыжановского*. – Запорожжє, 2002.
5. «Крайний порт Азовского моря». *Літопис історії Бердянська очима кореспондентів «Одеського Вісника» (1861–1875 рр.)* / Упор. І. Лиман, В. Константінова. – Бердянськ; Таганрог, 2007.
6. «Півтова столиця». *Літопис історії Бердянська очима кореспондентів «Одеського Вісника» (1876–1893 рр.)* / Упор. І. Лиман, В. Константінова. – Бердянськ; Невинномиськ, 2007.
7. *Железнодорожный вокзал [Електронний ресурс]*. – Режим доступу: <http://azovinform.zp.ua/articles>.
8. Миронов Б.Н. *Социальная история России периода империи (XVIII – начало XX в.): Генезис личности, демократической семьи, гражданского общества и правового государства*. – СПб., 1999. – Т. I.
9. Водотика Т. *Особенности модернизационных процессов у местх Наддніпрянщини другої половини XIX ст.: нові джерельні пошуки [Електронний ресурс]*. – Режим доступу: <http://www.history.org.ua>.
10. Константінова В.М. *Бердянськ кінця XIX ст.: особливості складу населення приморського повітового міста Південної України [Електронний ресурс]*. – Режим доступу: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/MuzVis.
11. *Бердянск // Географическо-статистический словарь Российской империи*. – СПб., 1862. – Т. I.
12. *Первая всеобщая перепись населения Российской империи. 1897 г. XLI: Таврическая губ.* – СПб., 1904.
13. *Бердянск // Новороссийский календарь на 1839 год, издаваемый при Ришельевском лицее*. – О., 1838.

Gnybida Y.V. Development of marine trade port and social development of Berdiansk-City in the second half of the O²O c. Are determined the main problems that hampered the development of Berdiansk port, described main measures of it's liquidation. Is analyzed the dynamics of changes in the city ethno-social structure in the second half of the XIX c.

Key words: port, cutwater, dock, railway, ethnosocial composition.

В. А. Альков

ПРОБЛЕМИ ТА ЗДОБУТКИ СІЛЬСЬКОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ХАРКІВЩИНІ ІМПЕРСЬКОГО ЧАСУ ТА ДОБИ РЕВОЛЮЦІЙНИХ ПОТРЯСІНЬ

У статті проаналізовано проблеми, здобутки та особливості сільської охорони здоров'я в 1721–1919 рр. на теренах Харківщини. Зроблено висновок про суперечливий, але загалом прогресивний розвиток надання медичної допомоги.

Ключові слова: Харківщина, повсякдення, медицина, пацієнти, село.

Сільська охорона здоров'я є специфічною сферою, що історично має суттєві відмінності від міської медицини. В добу Російської імперії більшість населення проживала на селі, втім, ця царина знаходиться на периферії сучасних історичних студій. Для неї харак-



терний свій специфічний комплекс проблем, що потребують вивчення в умовах сучасного процесу гуманізації історичної науки, звернення до людинознавчої проблематики.

Як відмічають дослідники Г. Демочко й І. Робак, медичне краєзнавство є аспектом, досі не охопленим науковцями, не є об'єктом дослідження в жодній фундаментальній праці з краєзнавства, а коло його дослідників вузьке [1, 17–18]. Історіографія теми вже зображена І. Робаком та Г. Демочко, а тому докладно на ній зупинятись не будемо. Зауважимо лише, що більшість праць торкається міської медицини лише побіжно або звертається до медичного обслуговування сільського населення задля порівняння. У дореволюційний час такі праці були створені Д. Багалієм та Д. Міллером [3] і невідомим автором «Краткого очерка деятельности Харьковскаго губернскаго земства по медицинской части» [4]. За радянських часів тема була на дальній периферії наукових пошуків [5], а в добу незалежності питання в порівняльному ключі підняв І. Робак [6].

Література з теми не є багатою, тому дослідження побудоване на джерелах. Передусім, це діловодна (головним чином, звітна) документація з фондів Держархіву Харківської обл., де найбільш інформативними є фонд 304 – Харківської губернської земської управи та фонди повітових управ. Також інтерес представляють друковані звіти. Метою цієї статті є аналіз проблем, здобутків і особливостей сільської охорони здоров'я в 1721–1919 рр. на теренах Харківщини.

Так, у 1747 р. на п'ять слобідських полків був один лікар, який проживав в м. Охтирці. Відповідно, хворим з інших місцевостей дістатись до нього було важко, а самостійно навіть неможливо. В інших полках, крім Охтирського, лікар не бував. Тому жоден хворий, за винятком жителів цього полку, не отримував лікування. Тимчасовий лікар, надісланий 1772 р., увесь час пробув в Ізюмському повіті, бо там лютувала епідемія. З організацією в імперії 1775 р. Приказу суспільного нагляду, ситуація дещо покращилась. Повітовий лікар часто виїздив у повіт, утім, лишаячи хворих у харківській лікарні приказу без допомоги [3, 190–194]. Ще один приклад: всередині XVIII ст. у м. Сумах діяв один міський лікар та один повітовий, відповідно, на 10 та 150 тис. населення. Навіть за двох помічників у кожного цього було замало. На весь повіт була одна повитуха. Лише через 100 років у 75 селах Сумського повіту були організовані фельдшерські пункти, де працювали фельдшери й повитухи [7]. Як бачимо, допомога була надзвичайно нерівномірною.

Головним чином, лікарями було забезпечене губернське місто. В губернії, за умови невисокої урбанізації кількість лікарів навіть у другій половині XIX – на початку XX ст. була невідповідно малою. За нашими підрахунками, зробленими на основі даних таблиці, складеної І. Робаком, 1883 р. у губернії було 177 лікарів, з них у Харкові – 90, тобто, співвідношення губернія/губернське місто складало біля 49/51%; 1890 р. – 328/201, тобто, співвідношення складало вже 39/61%; 1900 р. – 506/348, тобто, 32/49%; 1910 р. – 632/399, тобто, 37/63%; 1912 р. 821/593, або 28/72%, відповідно [6, 80].

1888 р. у Харкові було 145 цивільних лікарів, а за 172 тис. населення на лікаря припадало 1188 осіб. В інших містах і повітах губернії був 101 лікар, або один на 21 тис. населення. Кількість жителів на дільничного лікаря в повітах можна побачити з табл. 1 [8, 14]. Так, скажімо, в Ізюмському повіті на лікаря припадало до 125 тис. жителів, а отже, невідповідність медичної допомоги по лінії центр–периферія вражає.

Табл. 1

Повіти	Лікарі			Кількість жителів	Жителів на лікаря
	у місті	у повіті	загалом		
Харківський	1	2	3	158868	52956
Охтирський	1	3	4	132574	33143
Богодухівський	1	3	4	144595	36149
Валківський	–	2	2	120981	60490
Вовчанський	1	3	4	151214	37803
Зміївський	1	4	5	203942	40788
Ізюмський	–	2	2	250001	125000
Куп'янський	1	1	2	212221	106110
Лебединський	2	4	6	156016	26002
Старобільський	1	4	5	352904	70581
Сумський	1	4	5	202008	40401
Загалом / у середньому	10	32	42	2085324	49651

Як бачимо, забезпеченим медичною допомогою було головню населення губернського міста, причому, за загального зростання кількості лікарів, їх відсоток на периферії губернії зменшувався. Відповідно, 1883 р. у губернії на одного лікаря припадало 12372 жителі, Харкові – 1486; 1890 р. – 7517 та 967, відповідно, 1900 р. – 5450 та 567, 1910 р. – 5060 та 592, 1912 р. – 4102 та 401 [6, 80]. Таким чином, у жителя губернського центру було у 8–10 разів більше шансів отримати кваліфіковану медичну допомогу, ніж на периферії, особливо на селі. В повіті ситуація також була на користь центру. Так, до лікарні м. Лебедин 1900 р. звернулися 3,5% населення дільниці, до Василівського покою тієї ж дільниці – 0,6%, Ворожбянського – 0,1% [9, 48]. Ліжка були зосереджені в містах, а тому часто лишались вільними, коли були потрібні на селі [10, 33–85].

Рятувало ситуацію лише те, що більша частина простого люду, особливо забобонного сільського, до середини XIX ст. по медичну допомогу не зверталася зовсім, через недостатню її доступність і свій загалом низький культурний рівень [6, 102]. У подальшому ситуація змінювалася. Приміром, населення Старобільської волості наприкінці XIX ст. звикло звертатись по лікарську допомогу. Тому лікарю доводилось виїздити до хворих по кілька разів на день [11, 45]. У результаті, встигати до всіх на великій території було майже нереально.

На селі, після земської реформи, медична допомога була зорганізована за повітовими дільницями, які мали лікаря та кілька фельдшерських пунктів. Лише в складних випадках хворих доправляли до Харківської губернської земської лікарні або до лікарні в центрі дільниці, якщо така була. У сільських приймальних покоях (лікарня до 5 ліжок за тогочасною термінологією) та пунктах прийом вели досвідчені фельдшери та повитухи, в лікарнях – лікарі. На дільницях лікарі контролювали персонал та надавали допомогу в складних випадках [8, 18]. Дільниці розраховувались приблизно на 20 тис. населення й не співпадали з адміністративним поділом [12, 12–18]. У Лебединському повіті, як приклад, у середньому на дільницю припадало 22500 жителів, близька 4 ротних, 1 шкільний фельдшер, 2–3 фельдшерських пункти. На 5 дільницях було по 1 акушерці, а на трьох їх не було зовсім [9, 34–37].

Системи надання допомоги в повітах різнилися залежно від місцевих умов та думки лікаря. Наприклад, у Зміївському повіті 1899 р. з населенням 244129 осіб лікар приймав хворих на місці свого проживання



тільки у визначені дні. В інші дні він здійснював виїзди до фельдшерських пунктів (раз на тиждень до кожного). Лікар за такої стаціонарно-роз'їзної системи проводив у дорозі дуже багато часу й приймав хворих у непристосованих місцях. Через роз'їзди, на день приїому за місцем проживання лікаря накопичувалась величезна черга хворих. Через нестачу лікарів та нерівномірний розподіл дільниць, більша частина хворих послуговувалась фельдшерською допомогою. Ці вади були усунені переходом у 1900 р. на стаціонарну систему та відкриттям трьох нових дільниць [13, 28].

У Лебединському повіті система надання медичної допомоги була подібною. Лікарі, крім приїому за місцем свого проживання, виїздили до фельдшерських пунктів. В амбулаторії хворих приймали 4–5 днів на тиждень. За виїзд на пункт, лікар приймав біля 18 хворих, а за його відсутності приймалося 19, тобто, кількісна різниця була незначною, а полягала в якості. Головним чином, це були легкохворі, а тяжкі, які потребували стаціонарного лікування чи операції, стікалися до міської лікарні. Кількість хворих в приймальних покоях була невеликою, тому лікар встигав їх оглянути без проблем [9, 45]. На Шпетівській дільниці повіту діяла амбулаторія, а надання медичної допомоги було роз'їзним. Лікар був один, фельдшерів – 2, акушерка – 1. Один із фельдшерів працював на пункті у с. Тарасівці, акушерка жила на селі. Лікар відвідував пункт у Тарасівці 4 рази на місяць [14, 3]. В Алешанській міжповітовій дільниці лікар жив від с. Алешні в 25 верстах та приїздив лише раз на місяць, при населенні волості 20 тис. осіб [15, 5].

Ситуація з лікарською допомогою змінювалась у краще. В Ізюмському повіті 1911 р. 58,2% хворих приймалися лікарями, 41,8% – фельдшерами. На Поповській та Слов'янській дільницях цього повіту кількість лікарських прийомів складав навіть 84–90%, на Петровській, Барвенківській, Шандриголівській та Сергіївській – 72–77%, Черкаській та Бугаївській – 51–56%. Як виняток, на фельдшерських пунктах 6-ї та 8-ї дільниць навіть практикувались прийоми лікарями. На більшості дільниць ситуація була кардинально іншою. Тільки названі 8 з 28 волостей повіту були добре забезпечені амбулаторною допомогою, з превалюванням лікарської допомоги над фельдшерською. Скажімо, в Олександрівській волості 99% амбулаторної допомоги були фельдшерськими, у Довжанській – 91%, Велико-Камишевахській і Мечелівській – 84%, Гусарівській – 74% [12, 2–11]. Зважаючи на подібну ситуацію, у Старобільському повіті 1897 р. було ліквідовано всі самостійні фельдшерські пункти, а замість них відкрили три нових лікарських дільниці [11, 42].

На з'їзді земських лікарів 1905 р. було підкреслено, що «Валківське повітове земство, заохочуючи фельдшеризм, подає голодному камінь замість хліба». Самостійний фельдшеризм з'їзд назвав особливим родом знахарства. Часто таке лікування лише завдавало шкоди. Фельдшери, на думку з'їзду, не мали лікувати самостійно. Та більше половини хворих «лікувались» у них [10, 35–85]. У Рублівській волості, приміром, 1919 р. виїзди в основному робили фельдшери – до 662 хворих, лікар – до 122 [16, 26]. У Алешанській волості до військового фельдшера народ звертатись не хотів, бо той був некомпетентний [15, 5]. Не завжди фельдшерська допомога була нефаховою. Жителі слободи Лозовеньки намагались завадити управі перевести свого досвідченого фельдшера, бо без акушерки та лікаря, посади яких були вакантні, вони не могли розраховувати на медичну допомогу взагалі [17, 6–7]. Це, принаймні, було краще, ніж нічого.

У Зміївському повіті 1911 р. загалом було 8 лікарів, з них 7 на дільницях. Відповідно до кількості дільниць, у селах діяли 7 приймальних покоїв по 5 ліжок. При них працювали амбулаторії, що являли собою спеціалізовані приміщення з трьома палатами для хворих, ванною з нагрівачем, кабінетом лікаря, кухнею, аптекою. Ванна або кабінет лікаря могли за необхідності використовуватись як операційна. Персонал дільниці складався з дільничного лікаря, двох фельдшерів (один працював у приймальній покій, інший – на виїздах), повитухи та по одному фельдшеру припадало на кожну волость. Хоч були й відхилення щодо кількості персоналу в бік збільшення. Дільничний фельдшер на своєму пункті вів щоденний амбулаторний прийом та у визначені дні виїздив до населених пунктів дільниці для прийому хворих в їхніх оселях чи спеціальних приміщеннях сільського правління [13, 3–5]. Натомість в Ізюмському повіті фельдшери на дім практично не виїжджали. Це практикувалось лише на Царборисівському (212 виїздів) та Гусарівському пунктах (182) [12, 6].

По медичну допомогу в Ізюмському повіті 1899 р. звернулися 130097 осіб, які зробили 186212 відвідань. З них стаціонарних хворих – 1141, амбулаторних – 58850, відвідань – 91111. На самостійних фельдшерських пунктах амбулаторних хворих було 67953, відвідань – 92265. При цьому кількість стаціонарних хворих склала 1141, з яких видужали 881 (77%), отримали полегшення 180 (16%), не отримали його 54 (5%), померли 15 (1%), залишились 11 (1%). Тобто, лікування можна вважати ефективним, адже позитивний результат склав 93%, а смертність була незначною [13, 8–19]. У середньому щоденне відвідування на дільницях складало 47 хворих, хоча реально коливалось у межах 36–115 осіб. Більше 100 хворих на день приймали Слов'янська (115) та Ізюмська дільниці (112), найбільш урбанізовані, 36–44 хворих приймали Черкаська, Сергіївська, Бугаївська та Поповська. Загалом, на фельдшерських пунктах повіту приймали 23 особи на день [12, 5].

Як ми можемо побачити з табл. 2, періодично приймальні покої Зміївщини переповнювались (деякі вдвічі від штатної кількості ліжок), хоча траплялись і вільні місця. Хворі проводили в лікарні пересічно близько двох тижнів [13, 20–21].

Табл. 2

Лікувальний заклад	Ліжок	Стаціонарних хворих	Середня кількість днів у закладі	зайнятість ліжок, min/max	Число хворих на ліжко за 1899 рік
Волохово-Ярський покій	5	99	14	42217	20
Андріївський покій	5	168	11	–/10	34
Шелудковський покій	5	65	21	–/8	13
Преображенський покій	5	126	11	42186	25
Олексіївський покій	5	180	13	42250	36
Чугуївський покій	5	101	13	–/8	20
Таранівський покій	5	118	11	42248	24
Загалом	35	857	13	42217	–

Щодо облаштування закладів, то, як свідчать джерела, медпункти на дільницях були доволі світлими. Андріївський навіть мав свій сад, а також кам'яну теплу та суху будівлю з 3 палатами для хворих, кімнатою очікування, приймальною, ванною, кухнею та клозетом. Діяла навіть окрема операційна [13, 78–84]. Ворожбянський покій у Лебединському повіті розміщу-



вався разом з амбулаторією в центрі села. Будинок був дерев'яний на кам'яному фундаменті. Були там своя операційна та ванна, а пункт мав 8 кімнат. Працювала там задля кращого обслуговування лише жіноча прислуга [9, 46]. Втім, окремі медпункти мали різноманітні вади. Наприклад, Шелудковський мав незадовільне освітлення, Преображенський був малим, а Олексіївська амбулаторія, через торгове значення слободи, була весь час переповнена [13, 88-97].

Лікар І. Сокальський 1906 р. писав, що на 5 медичну дільницю Валківського повіту припадали 22 тис. населення. У с. Рублівка розташовувалась лікарня. Полтавський та Зінківський повіти були поряд, тому звідти звертались по допомогу в значній кількості. Місцеве ж населення зверталось у меншій кількості й лише у випадку серйозних захворювань, коли не могли допомогти на фельдшерському пункті, яких було 2 – у с. Рандава та с. Філенково. У першому випадку, пункт відвідувався лікарем за викликом фельдшера, в іншому – щосуботи. Лікарня мала 10 ліжок, операційну, 4 палати, ванну, приймальню, аптеку, але там були холодні туалети та коридор, де температура була на кілька градусів вищою за навколишню. Термометр у клозеті не показував різниці з зовнішньою температурою. Перепад температури після ванни та лежання під ковдрою був згубний для хворих. Власне хворі селяни не були привчені до чистоти туалетів, забруднювали їх та користувались неправильно. Доводилось чистити їх після кожного хворого, але через їх велику кількість робити цього не встигали. Іноді потоки сечі з'являлись навіть у коридорі. Сморід був жахливий та розносився всією лікарнею. Довелось прибрати з туалетів стільчики, які прогнівали та замінити їх простими відрами, що не додало хворим зручностей. До того ж відсутнім був водопровід. Кожного хворого слід було обмити, а деяких ваннами лікували. Для ванн вода наносилась відрами, що було дуже незручно та з двору заносився бруд, виникав шум, створювались інші незручності для хворих. Сама ванна кімната була доволі холодною. У деяких палатах, через розташування печей, було жарко, в інших – холодно. Кімната очікування була маленькою, на 10–15 осіб, але там збиралось 40–50. Навіть стояти було ніде. Влітку це не було проблемою, хворі очікували на вулиці, але взимку чи в дощ накопичувався натоп. У базарні дні людей було особливо багато й спостерігалася тиснява. Приймальня була так само тісною, а повітря під час прийому – спертим [18, 102–115].

У Лебединському повіті, як правило, пункти являли собою 1–3 кімнати та не були благоустроєні. Постійних ліжок не було. Зразковий мав очікувальню, приймальню та аптеку. В очікувальні Павленківської амбулаторії сісти могли лише 5 осіб, інші чекали стоячи. Через нестачу ліжок для очних хворих у Василівському повіті деякі сиділи на підлозі, на солом'яних матрацах. Їх там накопичувалось багато через спеціалізацію лікаря-офтальмолога [9, 45–50].

Діяли й несистемні лікарняні установи. Василівський приймальний покій Лебединського повіту 1900 р. належав місцевій землевласниці. Він складався з 2 палат по 4 ліжка. Будівля біла дерев'яною й старою, там само розміщувалась богадільня. Працювали лікар і шкільний фельдшер, жіноча прислуга для догляду. При важкохворих, як правило, сиділи рідні. Хворі також користувались власною провізією, що часто була недостатньою [9, 43]. Такі заклади, як правило, були гірші від земських (за винятком деяких заводських).

Рівномірність обслуговування дільниць різнилась. Допомога в дільницях Ізюмського повіту була вкрай

нерівномірною, тому визнавалась слабкою. Добре обслуговувались амбулаторною допомогою Олександрівська, Слов'янська та Черкаська волості (746–825 амбулаторних хворих) повіту. 500–700 хворих на тисячу населення обслуговували в Бугаївській, Гусарівській, Должанській, Лиманській, Петровській, Перелестенській, Савинській, Сергіївській та Стратилатовській волостях. Малозабезпечені медичною допомогою (200–500 хворих на тисячу) були Барвенківська, Богородичанська, Велико-Камишевахська, Ізюмська, Крючківська, Куньївська, Мечеловська, Михайлівська, Царборисівська та Шандриголівська. Зовсім незадовільно забезпеченими медичною допомогою (менше 200 хворих) були Белянська, Гаврилівська, Данилівська, Курульська, Миколаївська та Закотянська. Найслабше з них були забезпечені Курульська та Гаврилівська волості, де обслуговували відповідно 57 та 110 амбулаторних хворих на тисячу. Дільниця не охоплювала медичною допомогою всі свої території рівномірно, найбільшу кількість хворих давала найближча волость. Реально виявлялись охопленіми 1–2, рідше 3 волості. Ізюмська та Слов'янська дільниці працювали на свої міста, відсоток же хворих з волості складав відповідно менше 37% та 24%, тоді як в сільських дільницях – до 60% [12, 10–13]. На дільниці могло не бути приймального покою, при тому, що там проживало 20–30 тис. населення. Приміром, у Лебединському повіті Василівська та Ворожбянська дільниці, з населенням, відповідно, 16 та 25 тис. мали лікарню, а Вільшанська з 30 тис. була її позбавлена [9, 34–37]. Така ситуація була вкрай нелогічною.

На початку ХХ ст., задля більшої зручності доступу населення впроваджувались міжповітові дільниці, що мали мати облаштовані лікарні на 12 ліжок, де 4 ліжка для заразних хворих були відокремлені. Так, побудувавши одну в 1907 р., земство згорнуло фінансування й наступні міжповітові дільниці фактично являли собою те ж саме, що й повітові [4, 8]. У Люботинській міжповітовій дільниці надавалась амбулаторна допомога як в амбулаторії, так і на дому. До неї входили 38 поселень з 29 тис. жителів. Їх обслуговували 1 лікар, 2 фельдшери та 2 акушерки. До найвіддаленішого поселення було 226 верст, найближчого – 28 [19, 11], що говорить про завелику відстань та незручність. Головною завадою для відвідання хворими медичних закладів ставали великі відстані та бездоріжжя. Зимом та восени населення менше зверталось по медичну допомогу через шляхи сполучення [20, 3], що непокоїло громадськість. Приміром, міська лікарня знаходилась від дільничного с. Алешні в 26 верстах і при серйозних хворобах доводилось звертатись туди, що було надзвичайно складно в тяжких випадках. Тому сільський схід просив відкрити власну лікарню, однак коштів не було [15, 30–31]. Як писав І. Тургенєв, який був лікарем за професією, повітовому лікареві спочатку доводилось витримати складну дорогу [21, 27]. Хоч це писалось про дореформений період, та на селі в цьому плані мало що змінилось. Населенню доставитись до лікаря було ще важче. Селянин нерідко волів страждати цілий тиждень до приїзду лікаря, аніж поїхати до місця його проживання. Така ситуація, за свідченням джерел, склалась через віддаленість, бездоріжжя та безкінність селян. Тому фельдшерські пункти були необхідні [9, 45], але й вони були віддалені.

Так, у Зміївському повіті за понад 10 верст від медичної допомоги проживали 127429 осіб сільського населення, до 10 – 47932, до 5 – 62323, або 53,6, 20,2 та 26,2%. Тобто, для більшості населення медична допомога була вкрай утрудненою. Люди, які жили



за більш, ніж 10 верст від дільниці чи лікарні, зверталося туди 11971 раз, до 10 – 23065, до 5 – 56075 разів, що складало, відповідно, 13,1, 25,3, та 61,6% відвідань [13, 6–11]. Цю ж закономірність доводить і приклад Старобільського повіту. Для порівняння наведемо наступні дані: у Куп'янському повіті 1906 р. на 1 тис. населення припадало 525 хворих та 734 відвідування, у Лебединському 1910 р. – 834 та 1209, а от у Старобільському – 350 і 573, що зумовлювалося більшою територією та меншою концентрацією населення, а отже, складнощами із доступом до медичної допомоги [12, 10]. Це намагались вирішити ще 1897 р. запровадженням на Старобільщині нових лікарських дільниць, радіус яких не мав перевищувати 15 верст [11, 42], але, як побачимо в подальшому, серйозних результатів цей захід не приніс.

Занепокоєння громадськості викликала забезпеченість сільських лікувальних закладів ліками. Навіть наприкінці XIX ст. не на всі дільниці Богодухівського повіту їх вистачало, тому провізор видавав ліки не в повному обсязі [11, 39]. Лікарня у с. Рубльовці Валківського повіту та фельдшерські пункти недоотримували медикаменти й на початку XX ст., бо через віддаленість довго довозились [18, 119–121]. Амбулаторна допомога була безкоштовною. З хворих брали лише за посуд від 1 до 5 коп. [9, 51], і то не завжди. Бідні мали право на безкоштовні ліки із земських аптек, але їх за наявності видавали взагалі всім, що викликало обурення власників аптек приватних. За плату видавати ліки земство не мало права. Врешті, обмеження на безкоштовну видачу ліків взагалі зникли. У Валківському та Ізюмському повітах плата за ліки зберігалася, що обурило земських лікарів [10, 33–85]. Відчувалась у приймальних покоях нестача білизни, значна частина була негожою [18, 121–122].

На селі у цей час стали надавати й спеціалізовану допомогу. Наприклад, Валківський повіт мав власну венеричну лікарню на 12 ліжок, куди безоплатно приймали селян повіту [8, 20]. Про офтальмологічну допомогу вже говорилось вище. Вже тоді на дільницях проводились хірургічні операції під наркозом [13, 89]. У Краснокутській дільниці було зроблено за 1919 р. 400 видалень зубів [16, 9]. Мав здійснюватися нагляд за психічнохворими. Харківська губерньська земська лікарня, або Сабурова дача, випускаючи хворого, надавала дільничному лікарю відомості, необхідні для нагляду за ним [5, 92–93], хоча часу на це в дільничних лікарів катастрофічно не вистачало. Щодо акушерської допомоги, то пристойні показники її надання, наприклад, в Зміївському повіті мало тільки м. Зміїв, некатастрофічно – Шелудковська дільниця, інші практично нехтували цим видом допомоги [13, 6–15]. В Ізюмському повіті, у кращому випадку, забезпечена була 1/8 частина породіль, на гірших ділянках – 1/24 [12, 33–35]. У Лебединському повіті акушерки їхали на пологи за першою вимогою селян, але, навіть незважаючи на це, їхня робота не була затребувана сільським населенням. Район роботи акушерки охоплював село проживання та околиці хутори, а її допомогою користувались усі верстви. Кількість звернень по акушерську допомогу 1900 р. була незначною й складала в м. Лебедині та с. Тернах 12% від всіх пологів, у інших населених пунктах – 0,5–6% [9, 53].

Значною була кадрова проблема. Так, в Ізюмському повіті 1911 р. перерва у заміщенні вакансій складала 8–9 місяців, а на Данилівській дільниці вакансію лікаря не було заміщено взагалі. Знайти фельдшера, тим більше досвідченого, було проблемою через низьку зарплатню та важкі умови [12, 1–2]. Лозовеньківсь-

ка дільниця 1907 р. довго перебувала без лікаря, причому розпочалась епідемія скарлатини та надання допомоги було утруднене. Як наслідок, на посади лікарів тимчасово призначали студентів [17, 2–64]. Через кадрові проблеми, іноді можливі були грубощі щодо хворих. Лікарський з'їзд 1905 р. звернув увагу на необхідність звертатись до хворих селян на «Ви» [10, 85]. Тим не менш, звитяга медпрацівників заслуговує на повагу, адже вони не мали навіть вихідних [18, 128].

Під час Першої світової війни з губерньської лікарні та повітів були мобілізовані 40% лікарів. Їх замінили, хоч і не повністю, молодими лікарями та студентками. Земство не мало ані відповідного персоналу, ані коштів [4, 29–31]. Подальші катаклізми створили ще більші проблеми, що зумовило великі ризики стосовно якості надання допомоги, особливо на селі, куди й так було важко знайти професійний персонал. Про падіння показників свідчить те, що 1919 р. у волостях діяли тільки фельдшери, а якщо волость була маленькою, то фельдшер міг обслуговувати й 2–3. Земські лікарі відвідували свої райони 1–2 рази на рік та ефективно діяти при такій розпорошеності та кількості населення було неможливо. Земські фельдшери ж постійно їздили від села до села, хоча деякі з них приймали лише з листом від волосного правління. У відповідь на це, скажімо, у с. Верхоберегах неграмотний староста винайняв власного фельдшера, який працював з ранку до ночі в своєму домі [22, 8–9].

Таким чином, розвиток охорони здоров'я на селі означеного періоду був складним і суперечливим. З одного боку, зберігалася диспропорція якості надання медичної допомоги за лінією центр–периферія. У сільській місцевості нерідко превалювала не досить фахова допомога – фельдшеризм. Сама система охорони здоров'я знаходилася на стадії становлення та могла бути роз'їзною, стаціонарною чи змішаною. Відповідно, на окремих дільницях надання допомоги могло істотно різнитися. Фельдшерські пункти переслідували переповненість і нестача персоналу. Незручності посилювалися не завжди раціональним розташуванням пунктів і поганими шляхами сполучення, внаслідок чого частина населення мала змогу користуватися медичною допомогою лише формально. Всі проблеми можна поділити на організаційні, кадрові та матеріальні, що виявлялося в різному співвідношенні. З іншого боку, у сільських медзакладах з'явилося навіть спеціалізоване лікування. Вони ставали більш доступними за відстанню, перейшли до повної безкоштовності для хворих. Лікування було ефективним, а сільські лікарні загалом мали необхідне устаткування та зручності, до яких населення навіть не встигло звикнути. Ситуація поступово змінювалася на краще аж до початку суспільних катаклізмів 1914–1919 рр., коли проблеми спалахнули з новою силою.

1. Робак І., Демочко Г. Медичне краєзнавство: витоки, місце, перспективи // Всеукраїнська наукова конференція «Історичні регіони України: минуле та сучасність». – Х., 2013.
2. Робак І., Демочко Г. Сучасна вітчизняна історіографія історії місцевої охорони здоров'я в Україні та перспективи подальших досліджень // Міжнародна наукова інтернет-конференція «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.kntu.kharkov.ua/attachments.
3. Багалей Д.И., Миллер Д.П. История города Харькова за 250 лет его существования (с 1655 по 1905-й г.): в 2 т. – Х., 1993. – Т. 1.
4. Краткий очерк деятельности Харьковского губерньского земства по медицинской части. – Х., 1918.
5. Кутько И.И., Чугунов В.В. Призрение душевнобольных в Харьковской губернии в конце XIX столетия // Исто-



- рия украинской психиатрии: Сб. науч. ст. / Под ред. И. Кутько, П. Петрюка. – Х., 1994. – Т. 1.
6. Робак І.Ю. *Історичні умови організації та специфіка розвитку охорони здоров'я в Харкові (XVIII – початок XX ст.): Дис. ... д-ра іст. наук.* – К., 2009.
 7. Ситникова Н.Ю. *Краткий очерк развития медицины в Сумах и Сумской области // Міжнародна наукова інтернет-конференція...*
 8. *Медицинский отдел: Оттиски из «Харьковского календаря» на 1888 г. / Сост. Н. Смирнитский.* – Х., 1888.
 9. *Держархів Харківської обл. (далі – ДАХО).* – Ф. 304. – Оп. 1. – Спр. 2105.
 10. ДАХО. – Ф. 304. – Оп. 1. – Спр. 2153.
 11. ДАХО. – Ф. 304. – Оп. 1. – Спр. 665.
 12. *Медицинский отчёт Изюмской уездной земской управы за 1911 год.* – Изюм, 1912.
 13. *Отчёты медицинский, ветеринарный и земского медицинского склада по Змиевскому уезду за 1899 год.* – Х., 1900.
 14. ДАХО. – Ф. 304. – Оп. 1. – Спр. 2139.
 15. ДАХО. – Ф. 304. – Оп. 1. – Спр. 2209.
 16. ДАХО. – Ф. 306. – Оп. 1. – Спр. 104.
 17. ДАХО. – Ф. 304. – Оп. 1. – Спр. 2207.
 18. ДАХО. – Ф. 304. – Оп. 1. – Спр. 2189.
 19. ДАХО. – Ф. 304. – Оп. 1. – Спр. 2206.
 20. ДАХО. – Ф. 304. – Оп. 1. – Спр. 2147.
 21. Тургенев И.С. *Уездный лекарь // Записки охотника.* – М., 1985.
 22. ДАХО. – Ф. 309. – Оп. 1. – Спр. 33.

Al'kov V.A. Problems and Achievements of Health Care in Kharkiv Rural Area during the Imperial Period and Revolutionary Turmoil. The problems, achievements, and peculiarities of rural health care during the 1721–1919th on the territory of Kharkiv region were analyzed in the paper. The conclusion is that development of medical care was generally progressive.

Key words: Kharkiv region, everyday life, medicine, patients, village.

І. В. Мазур, А. В. Войнаровський

СОЦІАЛЬНА СТРУКТУРА НАСЕЛЕННЯ ГУБЕРНСЬКИХ МІСТ УКРАЇНИ В 1920–1925 рр.

У статті проаналізована соціальна структура населення губернських міст України, за умов утвердження радянської влади в 1920–1925 рр. Розкриті тенденції та закономірності перетворень у соціальній диференціації цієї міської спільноти.

Ключові слова: соціальна структура, губернське місто, самодіяльні та несамодіяльні, робітники, службовці, непмани.

Соціальна структура – це елемент суспільно-економічної системи, а зміни у ній виступають як складова взаємопов'язаних соціально-економічних процесів і є своєрідним відображенням, що дозволяє судити про характер та зміст цих процесів, а також про направленість розвитку соціально-економічної системи в цілому. Місто – модель суспільства, яке його сформувало й водночас воно саме формує нове суспільство, відмінне від попереднього. Губернським містам належала провідна роль у становленні нових суспільних відносин в країні, де переважаючу частину населення становило селянство. Соціальна побудова таких осередків представляє інтерес як об'єкт для вивчення, адже тут повніше, ніж на селі та в містечках, були відображені всі елементи структури так званого «перехідного періоду». Суперечності суспільних відносин у цих містах виступали яскравіше, а соціальні процеси протікали динамічніше. Крім того, в містах більше, ніж на селі, були помітними результати соціально-економічної політики радянського керівництва.

Проблеми соціальної диференціації впродовж 1920-х рр. привертали увагу таких дослідників, як Л. Васьяна [1], Г. Диденко [2], А. Дьяченко [3], В. Іваненко та І. Іщенко [4], В. Жиромская [5], В. Підгаєцького [6], Б. Кравченко [7] та ін., але системного аналізу

зу питання еволюції соціуму в губернських містах України відсутній. Відтак, метою цієї статті є реконструкція процесів, що супроводжували зміни соціальної структури в межах запропонованих хронологічних рамок, на прикладі губернських міст України.

На момент встановлення радянської влади в Україні, склалася доволі різноманітна соціальна структура населення, що істотно відрізнялася від середніх у Союзі показників [3, 40–44]. Проте, грандіозні однотипні зміни, які пройшли за перші роки нової влади, у вигляді класів і соціальних груп населення, що зблизилися за корінними якими та показниками, утвердилися в усіх радянських республіках. Для вивчення соціального становища городян 1920-х рр. головним джерелом є «особистий листок» статистичних переписів тих часів. Однак в його формулярах (1920 і 1926 рр.), прямого питання про соціальну приналежність сформульовано не було. Тому спільним для Всесоюзних статистичних досліджень стало визначення соціального складу за допомогою запитання про «положення в занятті», а виокремлені при цьому групи співставні за своїм змістовим навантаженням для трьох часових зрізів.

Зауважимо, що «положення в занятті» розробники програм розуміли не як професію, а як рід занять респондента, оскільки ці поняття неідентичні. Демографічна статистика під «заняттям» вбачала роботу, що була джерелом для існування та фактично виконувалася на даний час, відповідно займаній посаді. Під «професією» розумілася та робота, до якої в особи є спеціальна теоретична чи практична підготовка [1, 79]. Розумілася приналежність опитуваної особи до того чи іншого «класу», як писали розробники матеріалів переписів. На думку багатьох сучасних вчених, коректнішим є виділення за ознакою «положення в занятті» спільноти вважати не класами, а соціальними групами.

Перед розподілом населення, згідно з «положенням у занятті», здійснювалося його основне групування на самодіяльне і несамодіяльне. У соціальному відношенні приналежне до першої групи самодіяльне (активне) населення визначалося характером доходу (зарплати, пенсії, стипендії, аліментів), а також безробітні, для яких цей статус був тимчасовий, і на момент перепису вони жили на кошти інших осіб. Включені до іншої групи – несамодіяльні – розрізнялися характером доходу тієї особи, на кошти якої вони живуть. Такий розподіл населення дає цифрове вираження міри його участі у виробництві, встановлює співвідношення між показником утримувачів і утриманців, з'ясовує запаси робочої сили [3, 46–47]. Гурт активних розподілявся, у свою чергу, за групами і видами занять, утворених за професійною ознакою (тобто, за професіями). В класифікації 1920 р. їх було 650, 1923 р. – 408, 1926 р. – 377 [2, 295–296].

Зміни у співвідношенні самодіяльного та несамодіяльного населення, є показником соціально-економічного стану суспільства. З 1923 р. відбувалося невинне зростання зайнятої частини міського населення. Для характеристики динаміки залучення населення до сфери суспільного виробництва необхідним, на наш погляд, є порівняння темпів зростання кількості всього міського населення та його активної частини. В період 1923–1926 рр. кількість самодіяльних зростала вдвічі швидше, ніж усього міського населення. Аналіз статистичних даних засвідчує, що частка самодіяльного населення у губернських містах на 1923 р. не перевищувала 33%, тоді як 1926 р. ця цифра сягнула більше 50%. Серед міст з найвищими показниками були Харків (32,6% 1923 р. та 50,6% 1926 р.), Ар-