



Министерство Алтайского края по здравоохранению

КГБПОУ Бийский медицинский колледж

**Электронное пособие для студентов  
по дисциплине**

**ОП.13. ОСНОВЫ УЧЕБНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

по специальности: 34.02.01 «Сестринское дело»

Составил преподаватель: Лыхина Е.В.  
Рассмотрена на заседании ЦК  
Протокол № \_\_\_\_\_  
Председатель ЦК \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020г.



Бийск 2020г.

## Оглавление

Тема 1.2. История Бийского медицинского колледжа .....	3
Тема 2.1. История развития медицины. ....	12
Тема 2.2. История сестринского дела .....	18
Тема 3.1. Гигиена умственного труда. ....	49
Тема 3.4. Особенности организации УИРС и НИРС. ....	73
Теоретический контроль знаний .....	81
Темы докладов, рефератов, презентаций.....	84

## Тема 1.2. История Бийского медицинского колледжа.

История здравоохранения Бийска неотделима от истории страны, края. В архивных документах второй половины XIX века можно встретить упоминание о врачах на службе в лазарете (1853г.), отчеты врачей об ужасающей антисанитарии и высоких показателях смертности в Бийске.

Первая городская больница на 25 коек появилась в Бийске в 1876 г. Ее открыл и содержал на свои средства купец А.В.Соколов. Известно, что при больнице имелась аптека. В 1890 г. это медицинское учреждение было передано городу.

В сборнике «Алтай», изданном в Томске в 1890 г., было замечено не без сарказма: «Весь расход Бийска на медицину ограничивается платой врачу при частной больнице доктора Соколова, содержанием с 1883 г. при этой больнице одной бесплатной кровати...» И это - при населении города 18 тыс. человек!

В 1891 г. в городе было 32 кровати, работали 3 врача и фельдшер. По-видимому, городских денег на их содержание выделялось недостаточно, да и помощь зажиточного купечества была также относительной. По отчету открытого в Бийске в ноябре 1888 г. Благотворительного общества, оно в 1894 г. имело 1808 руб. 57 коп. капитала, созданного благодаря местным купцам. Расходы составили 1498 руб., из них на оказание помощи бедным ушло 1197 руб. 14 коп., на устройство увеселений - 87 руб. 52 коп., на покупку медикаментов - 154 руб. 20 коп., на содержание фельдшера - 60 руб.

В начале XX века Бийский уезд делился на 9 медицинских участков, и далеко не в каждом были собственные лечебницы.

Медицинские участки обслуживали огромные территории. Так, в состав Бийского участка входило 5 больших волостей с населением 92 тыс. человек. Участковая больница, на содержание которой отпускалось 500 руб. в год, не могла обеспечить медицинской помощью даже самых остро нуждающихся в ней. (В 1910 г. по Бийскому участку число больных, посетивших лечебницу, составило 18 тыс. человек. Городские власти вынуждены были признать, что «...медицинского персонала недостаточно даже для простого констатирования заболеваемости и смертности населения. Жители города и деревни испытывают беспомощность не только при эпидемических заболеваниях, но и при единичных случаях болезни. Громадный процент населения хворает и умирает без всякой медицинской помощи» (В.П.Штейнфельд «Бийский уезд Томской губернии», 1910).

В Бийском уезде на одного врача приходилась в среднем 51 тыс. человек, а на одного фельдшера - более 25 тыс. человек.

Из медицинских учреждений в Бийске в 1902 г. имелась одна больница на 25 коек и амбулатория. (В 1912 г. число коек уменьшилось до 18.)

В городе и уезде часто свирепствовали эпидемические болезни: оспа, тиф, скарлатина, дифтерит, в 1908 и 1910 гг. были вспышки эпидемии холеры. По уезду наблюдался большой процент смертности населения. Так, в 1908 г. число умерших было 13 495 человек, что составило 3,3% всего населения уезда. Отсутствие канализации, грязь на улицах приводили к тому, что эпидемические болезни не прекращались, но власти не принимали никаких мер по улучшению санитарного состояния города.

Если учесть, что население на начало 1910 г., согласно однодневной губернской переписи, составляло 27 938 «душ обоего пола», одной больницы на 18 кроватей было, наверное, недостаточно.

В 1906-1913 г.г. городской больницей заведовал врач Георгий Алексеевич Прибытков - уникальный человек, без которого невозможно себе представить историю города и здравоохранения в частности. По инициативе доктора был открыт приют для сирот, где Георгий Алексеевич 18 лет бесплатно работал детским врачом. После установления советской власти, в марте 1920 г. Прибытков А.Г. организовал первую амбулаторию и стал первым ее заведующим.

Прибытков был первым в Бийске хирургом, первым акушером, прекрасным терапевтом и окулистом.

В период первого установления советской власти в Бийске в 1818 г. городской совет начал организацию новых учреждений, ведающих городскими и уездными делами. В числе других был создан отдел народного здоровья во главе с комиссаром Е.М.Ершовым.

В ведении отдела были, согласно «Народному календарю - справочнику по Бийску и его уезду на 1918 г.», «городская больница, заразная больница, амбулаторная заразная, сельская уездная лечебница, родильный покой». Работало 13 врачей, 7 зубных врачей, 3 фельдшера и акушерки.

В период н. 20 г.г. городская жизнь была подчинена военным целям. Просвещение и лечение отошли на второй план, что не замедлило сказаться на состоянии здоровья горожан. Антисанитарные условия способствовали распространению сыпного, брюшного и возвратного тифа, дизентерии, холеры, на борьбу с которыми не было ни врачей, ни медикаментов, ни средств. В этот же период появляется отдел народного здоровья и акцизного надзора.

В 20-30-е годы в Бийске и уезде имелось 6 больниц, работало 11 врачей, 9 зубных врачей, 22 так называемых лекпома, 7 акушерок и 34 фельдшерицы-акушерки. Всего работников в больницах насчитывалось 351 человек, количество кроватей - 700. В каждой больнице имелись зубо-лечебницы.

В 1921 г. был открыт противотуберкулезный диспансер, в 1923-1925 гг. - 3 дезинфекционные камеры.

Серьезную проблему для города представляли инфекционные заболевания (тиф, скарлатина, коклюш, туберкулез легких, сифилис, малярия). Учитывая тяжесть последствий органы здравоохранения начинают проводить прививки, добиваются открытия новых амбулаторий, детских профамбулаторий, консультаций, детских яслей, дома матери и ребенка, родильных домов, венерической больницы и диспансера, санбаклабораторий.

Несмотря на появлении новых медицинских учреждений, едва ли здравоохранение города могло полностью удовлетворить потребности горожан в квалифицированной помощи. По-прежнему, потребность во медиках оставалась очень высокой, коечной помощью жители города были удовлетворены только на 50% (приходилась 1 койка на 304 чел. вместо планируемых на 150 чел.)

В архивных записях тех лет содержатся красноречивые сведения о дефиците кадров: «в городе 9 врачебно-амбулаторных участков и 6 акушерских пунктов, но последние пустовали за неимением акушерок. На 1 врачебный участок приходится на 25 842 жителя. Площадь обслуживания одного участка - 1860 кв. километров».

Как отмечает бийский историограф Э.П.Шмойлов впервые на 1927-1928г.г. предусматривались показатели культурного и социального развития города, в том числе количество больниц и больничных коек (всего на эти нужды планировалось выделить 1100 тыс. рублей, из которых 500 тыс. на больничное строительство). В связи с неблагоприятной санитарной обстановкой города (не прекращались заболевания брюшным тифом, малярией) закладываются основы новых учреждений (окружной больницы и др). В 1928 г. Бийск имел 5 больниц на 205 коек, 10 амбулаторий с 40 кабинетами. Здесь работало 69 врачей, 6 санврачей и 2 школьных санврача. К тому времени были созданы детская профилактическая лаборатория, дом матери и ребенка, 2 молочные кухни, оздоровительный лагерь на 100 детей, 4 детских яслей. Появились вендиспансер, тубдиспансер на 20 коек.

Первым пятилетним планом (1928/29 - 1932/33 гг.) предусматривались достаточно серьезные капитальные вложения в школьное и больничное строительство - 900 тыс. руб., однако освоено просвещением и здравоохранением было вдвое больше - 1849,3 тыс. руб.

*Важным событием в жизни города становится появление медицинского техникума. С этого момента город ведет подготовку специалистов среднего звена, удовлетворяя потребности города в акушерках, медицинских техниках по охране материнства и младенчества, в медицинских техниках по уходу. Несомненно, что становление было сопряжено не с меньшими трудностями,*

чем рождение здравоохранения города в целом: испытывали дефицит кадров, материально-технического обеспечения, дефицит учебных и наглядных пособий.

*Из воспоминаний первого директора техникума Ширшова Бориса Александровича: «По всему Бийску собирали и мебель, и учебные пособия, и литературу».*

*В первый год здесь было всего 4 группы, которые получали знания в весьма скромных условиях: в 6 учебных кабинетах даже не было своей мебели, ее ежедневно для занятий носили из аэроклуба (ныне здание швейной фабрики), отсутствовали наглядные пособия, до 1938 г. был всего один микроскоп.*

*Штатных преподавателей по специальным дисциплинам не было, будущих медиков обучали высококвалифицированные врачи - выпускники Московского, Томского и других институтов страны: преподаватель акушерства Е.Н.Богословская, хирург Б.Н.Денисов, биолог Е.Г.Кузнецова и другие.*

*Два года напряженной работы всего коллектива техникума и молодого руководителя (всего 24 года) оказались весьма плодотворными. На первом выпуске фельдшеров, акушеров представителями крайздраводела и медицинской общественностью Бийска было отмечено высокое качество учебного процесса и как результат отличные знания выпускников.*

*23 марта 1933 г. в соответствии с распоряжением Наркомздрава СССР от 4 декабря 1932 г. отделение «Медтехник по уходу» переименовано в отделение «Помощник врача-лечебника», отделение «Медтехник охраны материнства и младенчества» - в отделение «Помощник врача-педиатра».*

*Набор учащихся увеличился до 15 групп. Условия занятий постепенно улучшались: приобреталась мебель, наглядные пособия, оборудовали общежитие для иногородних учащихся.*

*Из воспоминаний дочери директора техникума Кудашкина Якова Степановича (...) «»*

*В июле 1940 г. техникум стал фельдшерско-акушерской школой.*

*Первая пятилетка принесла свои результаты к 1931 году открывается новая городская больница на 100 мест за рекой (стоимость только этой больницы – 450 тыс. рублей), в июле 1935 г. принято решение «об открытии детской больницы в городе», появляются новые амбулатории при ведущих промышленных предприятиях. Таким образом, население города уже обслуживали 51 врач и 80 фельдшеров. За период 30-40 г.г. Бийский медицинский техникум подготовил 558 специалистов.*

*Начало войны перечеркнуло планы дальнейшего расширения и улучшения Фельдшерско-акушерской школы. Этот период вписал в историю здравоохранения особую страницу.*

*Летом и осенью 1941 года в Бийске было сформировано 8 эвакуационных госпиталей для раненых воинов. Кроме того, прибывали госпитали с запада из Харькова, Ворошиловграда, Нижнего Оскола и других городов. К концу года их выросло до 15. Сотни бийчанок работали в эвакуационных госпиталях медсестрами, нянечками, санитарками. Это были выпускницы фельдшерско-акушерской школы, вчерашние школьницы, окончившие курсы сандружинниц, жены, ушедших на фронт. Сколько раненных прошло через их ласковые и заботливые руки – кто сосчитает! А ведь характер ранений у их подопечных был в основном тяжелый: переломы конечностей, травмы.*

*Госпитали размещали в лучших зданиях города: кинотеатрах, учительском институте, гостинице, универмаге. Всего за годы Великой Отечественной войны в Бийске было развернуто 25 эвакуационных госпиталей, которые размещались в 43 зданиях города. В общей сложности все госпитали имели до 11 тыс. коек и за 4,5 года войны в них вылечилось свыше 200 тыс. раненых.*

*Вот и здание школы заняли под госпиталь, а школу перевели в общежитие по ул. Динамовской, а через год, в 1942 год – на улицу Набережную в здание лакокрасочного завода. И только в 1944 году, когда эвакуировали госпиталь, учебное заведение вернулось в свое здание на ул. Кирова, 12.*

*В первые месяцы войны ушли на фронт многие учащиеся и преподаватели. Разными путями шли к победе, не всем довелось до нее дожить.*

*В годы войны было особенно трудно заниматься. Срок обучения сократили до 2 лет. Часть групп уходила на фронт вместе с преподавателями, не окончив обучение, и уже после войны возвратившиеся заканчивали учебу. За военный период для фронта и госпиталей было выпущено 808 специалистов.*

*Оставшиеся в тылу работали за двоих. В 1943 году после окончания медучилища пришла в хирургическое отделение 1-й горбольницы Тамара Константиновна Тихоньких. Она Ассистировала на операциях известным хирургам: Денисову, Форнель, Бабушкиной.*

*Выпускница фельдшерско-акушерской школы И.П.Суртаева всю войну проработала медсестрой эвакогоспиталя №3712 и прошла с ним весь путь. День Победы встретила в Славуте.*

*Слайд 24, 25*

*Из воспоминаний выпускницы Фельдшерско-акушерской школы Павловой Елизаветы Митрофановны: « Тяжелые годы были. Очень много было раненых: 80-90 человек на сестру в отделении. Из них 50% тяжело раненых, приходилось перевязывать прямо в кровати (нельзя взять даже на носилки). В общем, была жуткая работа, но нас объединяло одно- профессиональное мастерство и любовь к профессии. Мы выполняли приказ Родины – это была битва за Жизнь, за выздоровление».*

*Слайд 26*

*История хранит память еще об одном выдающемся медике- хирурге – Борисе Николаевиче Денисове. С 20-х гг. работал в городских больницах и по совместительству преподавал в Бийском медтехникуме. В первые же дни войны его назначают главным хирургом эвакогоспиталя 1235. Вскоре добиваются отправки на фронт, несмотря на возраст. Будет назначен ведущим хирургом и вместе с 232-й стрелковой дивизией пройдет боевой путь от Сталинграда до взятия Вены.*

*И это - буквально несколько имен из сотен и сотен медицинских работников, которые героически сражались на фронтах или выполняли профессиональный долг в тылу и на передовой.*

*В послевоенный период основными задачами государства было восстановление и дальнейшее развитие народного хозяйства, перевод производств на мирные рельсы, помощь пострадавшим районам страны.*

*Выполнение этих задач было сопряжено с большими трудностями. Перебазированные на Алтай предприятия представляли собой огромные стройки, которые требовали времени и больших капитальных вложений. На многих предприятиях ощущался большой недостаток кадров. Большие капиталовложения были направлены на строительство детских и лечебных учреждений и на благоустройство города.*

*Народное образование на Алтае добилось больших успехов. По данным переписи населения 1939 г., на каждую тысячу жителей края в 1939 году приходилось 38 человек со средним и незаконченным средним образованием, а в 1959 году – уже 204. Почти на сорок тысяч пополнилась армия работников со средним специальным образованием.*

*В 1946 г. в Бийске проживало 120 тыс. человек. Состояние лечебных учреждений было тяжелым. Станция скорой помощи имела одну грузовую машину и две конные повозки, многие медицинские учреждения были размещены в нетиповых зданиях. По воспоминаниям медиков послевоенного времени, тогда из нуждающихся в госпитализации на больничную койку попадало немногим более половины - не было мест. Лечебные учреждения ютились в деревянных помещениях, для проведения ремонта не было ни денег, ни материалов.*

*Однако страна достаточно быстро восстанавливалась после войны. На 1 января 1948 г. в Бийске было 112 врачей и 325 медсестер.*

*В городе после войны действовало 6 больниц, 3 роддома, 2 поликлиники, 6 амбулаторий, 2 диспансера, физиолечебница, 3 детских консультации с молочной кухней, 11 детских яслей, дом ребенка, туберкулезные санатории - детский и взрослый, СЭС, 26 здравпунктов на предприятиях. В них работало около 100 врачей и свыше 300 средних медицинских работников. На нужды*

здравоохранения в 1951 г. бюджетом города определено 11,768 тыс. руб., в 1952 г. - 11,814 тыс. руб.

В послевоенные годы набор учащихся в Бийской фельдшерско-акушерской школе увеличивался. В 1948 г. срок обучения увеличился до 4 лет - на фельдшерском, фельдшерско-акушерском и сестринском отделениях.

В тяжелое после военное время школа по-прежнему испытывала большой дефицит материальном плане не хватало наглядных пособий, условия труда и быта далеки от привычных для нас норм.

Из воспоминаний Евдокии Степановны Елфимовой-Кузнецовой, студентки Бийской фельдшерско-акушерской школы (1946-1949 г.г.):

«Условий для жизни в эти страшные голодные годы – никаких. Матрасовки, набитые соломой, отопление печное, печи странные, так называемые конпромарки, тумба из кирпичей. Готовили пищу в этих же печурках, их было две на комнату, а очередь занимали рано утром. Стены комнаты, промерзшие, блестели от инея, на окнах сугробы, хранили продукты как холодильник. В марте, апреле выходили на улицу – выходили на улицу погреться на солнышке. В городскую баню было попасть труднее, чем на «Лебединое озеро». Часами стояли ( в полном смысле – стояли) в очереди, брали с собой конспекты, и часто уходили ни с чем, объявляли – холодная вода!

О бытовках даже не мечтали, в кабинетах занимались одетыми. Стипендию получали на 1 курсе – 120руб, на 2-3 курсе 140-160 руб, а буханка хлеба на базаре стоила 150 рублей. Но даже в такое время тяжелое время многие студенты, и я в том числе, сдавали кровь- были донорами.

Тетрадей, книг не было, конспекты писали на старых книгах и журналах между строк сажая и соком красной свеклы. Освещения почти не было. керосин покупали флакончиками на базаре и жгли копилки – кружок картошки и через него продернут фитилек во флаконе с керосином.

Немногие, в основном избалованные жизнью, бросали учебу, а основная масса тянулась к знаниям».

Но, несмотря на это, открывались новые отделения, увеличивается контингент студентов с 1122 чел. в 46-56 г.г. до 1842 ч. В 51-60 г.г. (на 30%??). И в мае 1954 г. учебное заведение стало училищем

Характерной особенностью учебных учреждений и учреждений культуры в послевоенное время было проведение культурно-массовой работы в свете решений съездов КПСС, пропаганды коммунистической идеологии, воспитание масс на революционных и трудовых традициях. Большого разнообразия достигли формы работы с молодежью: проведение массовых увеселительных и спортивных мероприятий с играми, танцами, появляются клубы молодежи, встречи ветеранов революции и героев труда, усиливается размах лекционной пропаганды по вопросам политики, теории и истории КПСС и др, усиливается краеведческая работа.

Благодаря усилиям руководителей училища, самоотверженной работе педагогов укреплялась материальная база, создавались условия для саморазвития и реализации личности студентов.

Достаточно сказать, что в 1960 г. на нужды здравоохранения направлено до 40% городского бюджета. За короткий срок было приобретено много нового медицинского оборудования, открыты и расширены лаборатории, развернуты новые специализированные отделения в больницах, увеличена штатная и фактическая численность медицинских работников, в том числе и счет выпускников БМУ.

Так, число врачей выросло от 188 (1951 г.) до 1000 (1968 г.), число больничных коек - от 435 до 2410 соответственно.

На VI краевом съезде медицинских работников в 1960 г. бийчане отмечены как одни из лучших.

В 60-е годы открываются 2 поликлиники и детская больница.

Развитие здравоохранения шло стремительными темпами. В 1964 г. закончилось строительство стационара туберкулезной больницы. В 1965 г. построена МСЧ треста № 122.

Судя по отчетам, активно внедрялась в практику профилактическая направленность в деятельности лечебно-профилактических учреждений. Действовало 4 университета здоровья (за год там обучали уходу за больными на дому до 1,5 тыс. чел.); 5 школ молодых матерей, где в 1968 г. обучилось 1877 женщин. В 1968 г. расходы на здравоохранение составили 45% от городского бюджета, появляются специализированные медицинские отделения при больницах, что свидетельствует о качественных изменениях в городском здравоохранении:

С 1971 по 1976 г. отделения патологии новорожденных, детское глазное отделение, детское психоневрологическое отделение, специализированная детская поликлиника, построен дом ребенка, расширена детская поликлиника. На бесплатное питание ежегодно неорганизованным детям отпускалось 30 700 руб., на бесплатное лечение - 5400 руб. В результате возрос индекс здоровья детей.

На начало 1977 г. город располагал 2585 койками (123 на 10 тыс. населения). На них за год пролечивалась 51 тыс. человек.

В конце 70-х годов все хирургические стационары были оснащены современной аппаратурой и оборудованием. В городе работало 60 врачей-хирургов, способных оказывать больным помощь, не направляя их в центральные города.

В 70-е годы за счет промышленных предприятий строились и вводились в эксплуатацию дом ребенка, санатории-профилактории, новое здание для 2-й горбольницы, новый комплекс 5-й горбольницы с поликлиникой и стационаром на 50 коек и другие объекты. Рождаемость в 1972-1973 гг. составила 16,7 и 16,0 соответственно, а общая смертность - 8,7. Количество больничных коек в 1975 г. достигло 2540.

В 1978 г. в Бийске действовали 3 детские специализированные поликлиники. профосмотрами было охвачено 96% работников предприятий и учреждений, диспансерным наблюдением - до 93%, введено в практику 50 новых методик диагностики и лечения. Был открыт наркодиспансер со стационаром на 80 коек.

С 80-е годы продолжался рост числа больничных коек, осуществлялись строительство и реконструкция лечебно-профилактических учреждений, таких как долгожданный 600-коечный многопрофильный комплекс (ныне - ЦГБ), детская поликлиника на 400 посещений, молочная кухня на 5 тыс. посещений, 7-этажная пристройка к медсанчасти треста № 122, психиатрическая больница (в составе ЦГБ).

В 1981 г. построено новое здание детской больницы на 600 коек. Большая заслуга в этом бывшей на тот момент главным врачом больницы Людмилы Михайловны Зайцевой.

Она рано определила свое призвание: сразу после семилетки поступила в Бийское медицинское училище, а через несколько лет после его окончания - в Алтайский мединститут. Поскольку на помощь рассчитывать не приходилось (после смерти отца мать осталась с пятью ребятишками), она совмещала учебу с работой на Барнаульской станции скорой помощи. При этом окончила институт с отличием и в 1967 г. была направлена в Бийск участковым педиатром в городскую детскую больницу, где в 1974 г. возглавила коллектив.

За 26 лет ее работы в должности главного врача построены детская поликлиника по ул. Максимовой, 15, стационар, детская молочная кухня, открыт ряд специализированных отделений.

В 1988 г. Л.М.Зайцевой присвоено звание заслуженного врача РСФСР. Многие годы она являлась главным внештатным педиатром Управления здравоохранения города.

В 1990 г. была избрана народным депутатом РСФСР и оправдала это высокое доверие сторицей. Людмила Михайловна сумела добиться завершения строительства в Бийске современного диагностического центра.

В 1990 г. построено здание поликлиники при многопрофильной больнице (ЦГБ). В 1995 г. состоялось торжественное открытие диагностического центра.

Вторая половина 80-90 гг. стала новым периодом в истории страны, периодом реформ и потрясений в жизни общества. Правительством страны был выбран новый экономический курс, направленный на «слом» основ старой коммунистической системы в целом. Годы перестройки становятся новой серьезной проверкой прочности государственной системы, проводимых реформ.

*С 1992 года открывается новая страница в истории страны. Ключевые направления в экономике и общественной жизни является ускоренный перевод на рельсы рыночного хозяйства, достижение общемирового уровня развития страны, включение в единое общеевропейское пространство.*

*Такая смена ориентиров вынуждала многие предприятия, учреждения культуры и образования искать новые способы адаптации к рыночным условиям. Сегодня законы экономического развития ставят в зависимость эффективность работы коллектива и ее руководителей от многих составляющих: его слаженности, конкурентоспособности, служить показателем стабильности и роста. Такой переход к «новой» экономике и радикальные изменения в политической и социальной жизни не прошел бесследно: ценностные ориентиры поменялись, из сознания вытравляется «общественное», культура отражает потребительский, коммерческий характер, продолжается процесс духовного переосмысления прошлого и поисков своего места в глобализирующемся мире путем обновления своих традиций.*

*В начале 90-х годов, как и во всей стране, отмечалось снижение рождаемости, увеличение общей смертности, рост онкозаболеваний (в том числе запущенных форм). В 2,2 раза возросли показатели заболеваемости новорожденных (1987 г. - 54 на 1000 детей, 1991 г. - 123), возросло число осложненных беременностей (1987 г. - 38%, 1991 г. - 62%) и младенческой смертности (1987 г. - 13,5 на 1000, в 1991 г. - 16,5).*

*Сократилось количество коек в больницах: с 2855 в 1994 г. до 2361 в 2002 г.*

*На протяжении 1991-2000 гг. сохранялся рост заболеваемости сифилисом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, психическими заболеваниями, рост временной и стойкой нетрудоспособности.*

*Рост количества ВИЧ-инфицированных потребовал создания в городе специализированного ЛПУ - Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. В эти непростые времена развитие отрасли, безусловно, замедлилось, но не прекращалось.*

*Приметой времени стало внедрение стационарозамещающих методов деятельности первичного уровня, создание дневных стационаров в поликлиниках, расширение сети учреждений медико-социальной помощи, а также использование ресурсосберегающих медицинских и управленческих технологий, разработка и реализация целевых медицинских программ.*

*В 2002 г. сданы спальный корпус радиологического отделения онкодиспансера и великолепное здание кожно-венерологического диспансера на 60 мест, реконструкция которого длилась 7 лет.*

*В 2005 г. Бийску присвоен статус наукограда, что, безусловно, способствовало дальнейшему развитию всех отраслей городского хозяйства. Национальный проект «Здоровье», федеральные программы (в том числе программа «Наукоград»), усилия администрации Алтайского края и города дали возможность активно развивать материальную базу объектов здравоохранения, способную обеспечить высокий лечебно-диагностический уровень медицинских учреждений. По нацпроекту за 2006-2008 гг. в Бийск поступило ресурсов на сумму 358, 457 млн руб., поставлено 85 единиц лабораторного и медицинского оборудования, появляются новые отделения (для пациентов с почечной недостаточностью, для лечения больных с нарушением мозгового кровообращения), проводятся новые методы исследования – гистологические исследования плаценты, на базе ЦГБ открылся межрайонный перинатальный центр.*

*Таким образом, на сегодняшний день в городе работает 23 лечебно-профилактических учреждения, из них 11 специализированных являются краевыми. Отделения многих больниц оказывают помощь не только горожанам, но и жителям всего Бийского медико-географического округа. В системе здравоохранения трудится около 5,6 тыс. медицинских работников, среди которых почетное место занимают и выпускники БМК.*

*За годы экономической перестройки в стране, различного реформирования в области среднего профессионального образования коллективу медицинского колледжа удалось сохранить самое главное - свои кадры, образовательную базу, высокий уровень учебного процесса на основе современных инновационных технологий и актуальные для сегодняшнего дня медицинские специальности.*

*Статус нашего учебного заведения на протяжении без малого 80 лет его существования неоднократно менялся: в разные годы он именовался техникумом, фельдшерско-акушерской школой, училищем, но неизменной оставалась преданность педагогического коллектива главной задаче - подготовке высококвалифицированных медицинских работников.*

*Сохраняя традиции и внедряя инновации, учебным заведением подготовлено более 20 тыс. специалистов, которые добросовестно трудились и трудятся в различных регионах России и странах ближнего зарубежья.*

*Гордостью нашего колледжа являются выпускники разных лет, навсегда связавшие себя с благородной профессией медика. Среди них почетное место занимают известные люди как в городе и за его пределами:*

*Анатолий Михайлович Никандров – доктор медицинских наук, возглавлял кафедру челюстно-лицевой хирургии Омского медицинского института (80-90 е г.г.). провел более 5 тыс. операций, вырастил не одно поколение хирургов.*

*Людмила Михайловна Зайцева – главный врач городской детской больницы (1974 -2000г.г.)*

*Ирина Ивановна Париуткина – главный врач 2-ой городской больницы (1981-2004 г.г.), при ее непосредственном участии был восстановлен стационар 1-й городской больницы в Заречной части города и произошло объединение двух больниц в «первую городскую больницу».*

*Михаил Иванович Анашкин – главный врач МУЗ «Бийской стоматологической поликлиники» (с 1996 г.)*

*Сергей Владимирович Некрасов – (с 2009г.) заместитель главврача МУЗ «Первой городской больницы» невролог, кандидат медицинских наук.*

*Станислав Сергеевич Калининченко – врач глазного отделения 4 городской больницы.*

*Артем Владимирович Шмаков – врач- рентгенолог в детской туберкулезной больнице.*

*Результатом творческой работы коллектива единомышленников, превративших училище в многоуровневое, многофункциональное учебное заведение, стало изменение статуса образовательного заведения - в июне 2005 г. оно было преобразовано в колледж.*

*Сегодня колледж - государственное образовательное учреждение среднего профессионального образования, имеющее современную материально-техническую базу с учебными аудиториями, клиническими лабораториями. За последние годы значительно преобразились и учебные аудитории, кабинеты и лаборатории колледжа: появилась возможность приобрести новую аппаратуру, оснастить кабинеты наглядными пособиями, муляжами, фантомами, инструментарием, компьютерами, имеется локальная компьютерная сеть с выходом в Интернет.*

*Сегодня в колледже обучается около тысячи человек, ежегодно выпускается более 200 специалистов. обучение на бюджетной и внебюджетной основе ведется по следующим специальностям: на базе 11 классов - «лечебное дело» (повышенный уровень образования и квалификация - фельдшер); «лабораторная диагностика»; (квалификация - медицинский лабораторный техник); «акушерское дело (акушерка)»; «стоматология ортопедическая» (зубной техник); а также на базе 9 и 11 классов - «сестринское дело», где готовят медицинских сестер. На современном этапе в связи с реализацией Национального проекта «Образование», с учетом потребности регионального рынка труда открыта новая специальность - «фармация».*

*В настоящее время достаточно широк спектр образовательных услуг колледжа. Это и профессиональная переподготовка, и первичная специализация, и усовершенствование квалификации практически по всем специальностям здравоохранения.*

*В 2010 году Бийский медицинский колледж вошел в число ста лучших средних специальных учебных заведений.*

*Как видим, за годы становления системы здравоохранения в городе Бийский медицинский колледж занимает не последнее место. Улучшение качества жизни зависит от такого важного показателя, как уровень медицинского обслуживания, санитарно-просветительной работы, системы профилактических и диагностических мероприятий, а подготовка медицинских кадров для города, районов Алтайского края позволяет улучшить этот результат.*

*На протяжении многих лет Бийскому медицинскому колледжу удавалось добиваться традиционно высоких показателей уровня профессионального образования, следовать инновациям, сотрудничать с социальными партнерами (ЛПУ, школы, учреждения социальной сферы), демонстрировать социальную мобильность (волонтерское движение - помощь пожилым, детям и др.), тем самым напрямую участвовать в становлении бийского здравоохранения.*

## Тема 2.1. История развития медицины.

### План

1. Медицина в древнерусском государстве.
2. Медицина в Московском государстве (15-17 вв).
3. Медицина в эпоху феодализма.
4. Медицина в эпоху капитализма.

На протяжении многих столетий русская М развивалась во взаимодействии с медициной других народов, но всегда имела свои особенности, отличительные черты и самобытный характер. Ученые - медики Р сделали немало научных открытий, создали большое число школ, внесли достойный вклад в историю мировой и отечественной М.

М. стала самостоятельным разделом человеческих знаний лишь со времен Гиппократ (5-4 вв. до н.э.). За прошедшие столетия знания в области М значительно расширились. было создано учение о строении человеческого тела, о функциях и отправлениях человеческого организма, о болезни, диагностике, лечении и профилактике, о внешней среде и, наконец, учение о происхождении самой медицины.

История М - это наука о возникновении, развитии и современном состоянии М.

Определение истории М формулировалось не сразу, а лишь тогда, когда эта наука выработала свои принципы и методы исследования. Наиболее раннее определение истории М было дано русским историком М Лебедевым в 1827 г. В советский период определение истории М дал проф. Заблудовский.

В своем развитии ИМ прошла ряд этапов, сначала факты только накапливали, собирали, а затем описывали и уже позднее обобщали.

Главная цель ИМ - поставить прошлое на службу настоящему, расширить знания врачей и студентов в области М, вооружить медиков историко-медицинским методом исследования, видеть перспективу развития М.

В Р ИМ делает первые шаги лишь в эпоху феодализма, к концу этой эпохи ИМ вводится в программу университетского образования. В эпоху капитализма в Зап.Европе и в Р ИМ сформировалась как наука и предмет преподавания.

### 1 этап. Медицина в древнерусском государстве.

М в нашей стране на первом этапе ее существования следует рассматривать, как народную М. Ярким примером развития народной М на Руси была М скифов. Наряду с народной М начинает развиваться и профессиональная М. В Киевской Руси были врачи - профессионалы, которые умели распознавать и лечить болезни, готовить лекарства и даже предсказывали исход некоторых заболеваний.

В Древней Руси были также «лечцы» - это типичные представители народной медицины, свои познания они получали в семейных школах, т.е. секреты врачевания передавались из поколения в поколение. Лечцам работу оплачивали, но в то же время, за нанесение ущерба здоровью виновный платил в казну и пострадавшему.

Под влиянием церкви среди народа было широко распространено мнение о том, что возникновение болезней зависит от сверхъестественных сил, гнева богов, неправильного состояния небесных светил, изменения климата.

Описание симптоматики некоторых болезней известно из заговоров, придуманных народом для избавления от страданий. Были известны болезни, которые получили название в народе. К ним относятся: куриная слепота, грудная жаба, ячмень, чахотка, рак и т.д. некоторые из этих болезней настолько прочно вошли в русскую медицинскую терминологию, что до сих пор употребляются в современной медицине.

В древней медицине также для избавления и предупреждения болезней использовались различные амулеты.

Лечение больных в то время проводилось средствами растительного, животного и минерального происхождения.

Раст.: полынь, ревеня, крапива, кора ясеня, листья березы и липы, мед с мукой, печеный лук и т.д.

Жив.: сырая печень трески, кобылье молоко, панты и т.д.

Мин.: различные минералы и камни (хризолит, яхонт, мышьяк, опилки из меди, уксус, медный

купорос, скипидар и т.д.).

В древнерусском государстве врачи широко применяли лекарства из арсенала народной М. с принятием христианства на Руси, распространением грамотности и письменности создались предпосылки к систематизации и обобщению опыта народной М, были написаны травники и лечебники. Были созданы первые монастырские больницы.

*Первый этап развития М связан с развитием древнерусского государства. Господствовала народная М, но она имела тенденцию к перерастанию в профессиональную М. Наряду с врачами-профессионалами врачевали лечцы, резальники (хирурги), кровопуски. Они умели распознавать и лечить болезни, знали лечебные свойства лекарств растительного, животного и минерального происхождения.*

## **2 этап. Медицина в Московском государстве (15-17 вв).**

После завершения освободительной борьбы против татаро-монгольского ига на обширной территории Вост-Еврп. равнины в конце 15 в. образовалось московское государство, которое развивается как политически, так и экономически, создаются самобытная культура, наука и искусство.

Начало 17 в. отмечено бурными событиями в жизни Р.: страну охватил голод, вспыхнуло восстание под руководством Болотникова, организованы военные походы в Крым и Азов. В связи с этим московское государство принимает энергичные меры по созданию регулярной армии, заботится об обеспечении ее медицинской помощью.

Народная М в Р занимала ведущее положение до конца 17 в. подавляющее число больных получали врачебную помощь из рук народных лечцов, которых в крупных торгово-вых центрах насчитывалось значительное число. Оригинальны и самобытны мед. профессии: лечцы - народные врачеватели, лекари - врачи-профессионалы, подлекари - фельдшера, резальники - хирурги, зелейники - аптекари, травники - фармацевты и т.д.

В 17 в. не только простой народ, но и некоторые врачи считали, что причиной болезни является порча, колдовство. Согласно закону за порчу полагалось суровое наказание - смертная казнь.

В 15-17 вв. огромное гигиеническое и профилактическое значение при целом ряде простудных заболеваний имела русская баня.

В период возникновения централизованного московского государства и расцвета феодализма зарождается государственная М, которая в 17 в. занимает уже важное место, в то время как народная начинает отходить на второй план. Наступил новый этап в истории М, когда управление мед.делом в стране перешло в руки государства.

Опасность военного нападения извне существовало на протяжении всего 17 в. Перед правительством встал вопрос об обеспечении войска и населения постоянной мед.помощью. С этой целью создается Аптекарский приказ - высший орган мед. службы в Моск.государстве.

Время учреждения А.П. точно не установлено, однако считают что это 1620г. Необходимость создания его наступила после открытия в 1581 г первой аптеки и появления на службе иноземных, а затем и русских врачей.

На первом этапе своей деятельности АП является придворным медицинским учреждением, его возглавляли приближенные царя, но не врачи. В обязанности персонала АП входило обеспечение мед.помощью царя, его семьи и приближенных.

В середине 17в АП из придворного учреждения превращается в общегосударственное, значительно расширяются его функции. АП ведал приглашением на службу иноземных врачей и подготовкой национальных мед.кадров, распределением их по должностям, проверкой «докторских сказок» (истории болезни) и выплатой жалованья.

Военные события выдвинули еще одну проблему перед АП - создание мед.службы в русской армии. Отсюда возникли его функции: назначение в войска лекарей и подлекарей, снабжение лекарствами войсковых аптек, организация временных военных госпиталей, освидетельствование солдат о пригодности их к несению военной службы.

В 1716 указом Петра I АП был заменен новым учреждением - аптекарской канцелярией.

По мере возрастания потребности в обеспечении мед.помощью войска и гражданского населения в середине 17 в встал вопрос об организации специальной государственной военной школы при АП. В 1654 была открыта школа русских лекарей. Ученики лекарского и аптечного дела направлялись к опытным врачам и аптекарям-иноземцам, находившимся на службе в Р. В ШРЛ обучались дети стрельцов, духовенства и служивых людей в течение 5-7 лет за счет государства.

Обучение осуществлялось в три этапа: 1 этап обучения был теоретическим и в тоже время практическим, 2 этап - практические навыки в аптеке. После завершения практического и теоретического обучения в аптеке лекарские ученики направлялись для врачебной практики в стрелецкие полки. Прохождением врачебной практики в полках завершался этап обучения в школе.

#### Болезни и способы лечения.

В 16-17 вв в развитии отечественной М произошли значительные сдвиги. Получили широкое распространение рукописные травники и лечебники.

Основными проблемами М того времени являлись распознавание болезней (диагностика), лечение и уход. Изучение различных источников показывает, что врачи того времени неплохо диагностировали целый ряд заболеваний, назначали соответствующее лечение и даже предсказывали исход болезни, однако способы лечения были далеко не на высоте, и часто врач не мог справиться с болезнью.

Среди методов лечения больных широкое распространение получил способ кровопускания.

#### Меры борьбы с эпидемиями

Большая роль в деле организации борьбы с эпидемиями в Московском государстве принадлежала АП. Для защиты войска от эпидемий в 17в были разработаны основные методы простейших карантинных мероприятий.

Особенно тяжелой была эпидемия чумы, разразившаяся в 1654 в Москве. Умерло очень много людей, население бежало из города, разнося заразу в другие местности. Важнейшими мероприятиями, которые проводились в Москве согласно указу Петра 1, было следующее: создание карантинных пунктов, строгое под страхом смертной казни; запрещение всякого сообщения с Москвой. На пути к Москве были учреждены заставы. Письма из Москвы на заставах переписывались, передавались через огонь, а подлинник сжигался. Кладбища в Москве были закрыты для захоронения. Все жилые дома очищались от умерших, окуривались и вымораживались.

*С развитием М в Московском государстве связан второй этап развития М. Народная М занимала ведущее положение до к. 17 в. Образование централизованного Московского государства способствовало зарождению основ государственной М, открытию первых аптек, больниц. Государственная М занимала в 17в. уже важное место, в то время как народная начинала отходить на второй план. Был создан АП - высший орган мед.службы в Московском государстве, с целью обеспечения войска и населения постоянной мед.помощью. На первом этапе своей деятельности АП является придворным медицинским учреждением, его возглавляли приближенные царя, но не врачи. В обязанности персонала АП входило обеспечение мед.помощью царя, его семьи и приближенных. В середине 17в АП из придворного учреждения превращается в общегосударственное, значи-*

*тельно расширяются его функции. По мере возрастания потребности в обеспечении мед. помощью войска и гражданского населения в 1654 была открыта школа русских лекарей. В ППРЛ обучались дети стрельцов, духовенства и служивых людей в течение 5-7 лет за счет государства. В 16-17 вв в развитии отечественной М произошли значительные сдвиги. Получили широкое распространение рукописные травники и лечебники. Среди методов лечения больных широкое распространение получил способ кровопускания. Русские лекари умели распознавать и лечить болезни, составлять «докторские сказки». Борьба с эпидемиями велась в общегосударственном масштабе. В 15-17вв появились первые отечественные доктора М.*

### **3 этап. Медицина в эпоху феодализма.**

На рубеже 17-18 вв Р встала на путь национального возрождения и крупных государственных преобразований. В начале 18в Р была провозглашена империей. Петр 1 в интересах господствующих классов проводит ряд важных реформ. Петром 1 была проведена реорганизация мед. дела в стране.

Аптекарская канцелярия была переведена в мед. канцелярию, затем в коллегию, а позже ее закрыли, а функции коллегии были переданы в мед. департамент страны.

1706 Петр 1 дал указ построить в Москве постоянный военный госпиталь и госпитальную школу при нем. В 1707 состоялось торжественное открытие госпиталя на 300 коек и госпитальной школы, которую возглавил голландский врач Николай Бидлоу. Спустя несколько лет аналогичные военные госпитали и школы при них были открыты в различных городах Р.

В 1786 госпитальные школы были реорганизованы в медико-хирургические училища, а в 1798 - в медико-хирургическую академию в Петербурге.

В начале 19в в Р. расширяется университетское образование. Первый Рос. университет был открыт в Москве 7 мая 1755 по инициативе М.В.Ломоносова, где имелся философский, юридический и медицинский факультеты. В эту эпоху деятельность мед. факультета и его ученых

была весьма плодотворна. В стенах клиник и кафедр зародились новые направления в М, утвердились важнейшие принципы (единства и целостности организма, предупреждение болезней, индивидуальный подход к больному), сформулировались крупнейшие научные школы, открыты и описаны новые болезни.

Открытие Петербургской академии наук явилось завершающим этапом важнейших государственных реформ первой четверти 18 в.

В это время зарождаются основные проблемы русской М:

1. проблема охраны здоровья народа

В то время только начала зарождаться. Ломоносов выразил глубокую озабоченность и беспокойство по поводу высокой заболеваемости и смертности населения. Он обращал внимание правителей на недостаточное число аптеки и докторов, на отсутствие доступных для народа мед. книг. В феодально - крепостнической Р народ не знал еще причин болезней, не умел применять меры профилактики и поэтому некоторые ученые издавали брошюры для народа «Искусство повивания», «Краткое описание сибирской язвы, содержащее предохранительные и врачебные средства, в пользу простого народа» и т.д.

2. проблема единства и целостности организма

Нашла отражение в ряде оригинальных работ и высказываний передовых ученых- медиков. Основоположник Ломоносов. Основана на том, что в организме все органы и системы органов взаимосвязаны.

3. проблема сущности болезни

Зародилась еще в глубокой древности. В 18в большинство ученых медиков встало на путь понимания сущности болезни, они уже предполагали функциональные нарушения в организме. Во второй половине 18 в Зыбелин в своих работах положил начало учению о сущности болезни.

4. проблема борьбы с заразными заболеваниями

Организация борьбы с эпидемиями была нелегкой. Мероприятия по борьбе с чумой наиболее активно разрабатывались известным русским ученым-эпидемиологом Данилой Самойловичем. Для этой цели проводились карантин, изоляция больных, окуливание помещений, дезинфекция вещей, захоронение трупов вне черты города. Кроме того, рекомендовалось производить обмывание тела холодной водой или уксусом, пить по ложке в день жидкого дегтя, как больным, так и здоровым и т.д. Самойлович был участником 9 ликвидаций чумы. Важнейшей заслугой Самойловича является то, что он впервые высказал убеждение, что заболевший чумой может выздороветь, тем самым он внушил надежду миллионам людей на спасение.

Сибирская язва была известна под названием «персидский огонь». Средств борьбы с этой болезнью не было найдено вплоть до начала 19в. Первое описание признаков этой болезни принадлежит Эшке и Ножевщикову. Более четкую клинику описал Степан Семенович Андриевский. Он же предложил и различные средства лечения и профилактики этого заболевания. Однако меры, принимаемые в 18 в были явно недостаточными и лишь во второй половине 19в была открыта причина этой болезни и найдены пути ее ликвидации.

М в Р на заключительном этапе феодализма.

К началу 19 в Р по территории и численности населения являлась самым крупным государством в Европе. Идет развитие всех отраслей наук.

Общественно-экономические сдвиги в стране наложили свой отпечаток и на развитие М. В этот период М присуще следующие особенности:

1. анатомофизиологическое направление становится ведущим
2. зарождается клиническая М и появляются первые научные мед.школы.
3. продолжается борьба с антинаучными теориями в М
4. учение о болезни получает объяснение в трудах передовых русских ученых
5. наблюдается дальнейшая дифференциация мед.знаний
6. расширяется база подготовки врачебных кадров
7. главными научными мед.центрами становятся мед.факультет Московского университета и Медико-хирургической академии в Петербурге.

В первой половине 19в мед. наука в Р достигла уровня западноевропейской, а по некоторым ее разделам заняла передовые позиции. В деле дальнейшего развития М имело немаловажное значение открытие новых мед.факультетов при университетах.

М поделилась на теоретическую и клиническую.

Теоретическая М всегда являлась фундаментом практической и клинической М. В первой половине 19в самостоятельными науками стали: анатомия, физиология, фармакология и патология. Пробивались пат.анатомия, пат.физиология, судебная М и история М.

Понятие клинической М утвердилось не сразу, а лишь после того, как была открыта первая

терапевтическая клиника в Голландии (1698). В Р первая клиника была построена лишь в 1805. Важнейшими разделами клинической М является терапия и хирургия.

Терапия - самый обширный раздел М. Длительное время звание доктора М присваивали только врачам-терапевтам.

В 1846 произошло разделение клиник на факультетские и госпитальные. Ученые- клиницисты сосредоточились на решении таких проблем как диагностика заболевания и внедрение новых методов обследования, лечения и предупреждения. Проблемы диагностики успешно решали наши соотечественники клиницисты-терапевты. В 20-е г 19в стали внедряться новые методы распознавания болезней: перкуссия и аускультация.

Крупнейшие хирурги-клиницисты успешно разрабатывали основные проблемы общей и частной хирургии. Проблема хирургии сосудов успешно разрабатывалась в трудах Буяльского, Буша, Пирогова, Саломона. Буяльский предположил перевязку сосуда в ране. Буш предложил несколько методов остановки кровотечения и первый в Р сделал перевязку внутренней подвздошной артерии. Пирогов впервые в мире изложил оперативные

доступы ко всем артериям. Также была решена проблема обезболивания. Пирогов впервые в мире описал методы и стадии наркоза, а также в 1846 сделал первую операцию под эфирным наркозом. Пирогов также выдвинул принцип «сберегательного лечения», в основе которого лежит покой.

Заслуживает особого внимания проблема оживления организма. Разработка этой проблемы начата Мухиным. Другие разделы клинической М наибольшее развитие получили лишь во второй половине 19в.

*Петр I проводит ряд важных реформ, была проведена реорганизация мед.дела в стране. Расширяется университетское образование, открыты Московский университет, мед. академия в Петербурге. Зарождаются основные проблемы М:*

1. *проблема охраны здоровья народа*
2. *проблема единства и целостности организма*
3. *проблема сущности болезни*
4. *проблема борьбы с заразными заболеваниями*

*(Мероприятия по борьбе с чумой разрабатывались Д. Самойловичем, Андриевский изучил средства лечения и профилактики сиб.язвы).*

*К н.19в идет развитие всех отраслей наук. В этот период М присущи следующие особенности:*

1. *анатомофизиологическое направление становится ведущим*
2. *зарождаются клиническая Ми появляются первые научные мед. школы.*
3. *продолжается борьба с антинаучными теориями в М*
4. *учение о болезни получает объяснение в трудах передовых русских ученых*
5. *наблюдается дальнейшая дифференциация мед.знаний*
6. *расширяется база подготовки врачебных кадров*
7. *главными научными мед.центрами становятся мед.факультет Московского университета и Медико-хирургической академии в Петербурге.*

*Идет разделение М на теоретическую и клиническую. Важнейшими разделами клинической М становятся терапия и хирургия. В области хирургии заслуживает особого внимания, что Пирогов впервые в мире изложил оперативные доступы ко всем артериям, описал методы и стадии наркоза, а также в 1846 сделал первую операцию под эфирным наркозом. Пирогов также выдвинул принцип «сберегательного лечения», в основе которого лежит покой.*

#### **4 этап. Медицина в эпоху капитализма**

В середине 19 феодально-крепостническая Р переживала глубокий кризис, вызванный крестьянскими волнениями, поражением в крымской войне и нарастанием революционного движения. Наибольшее влияние на развитие М оказало принятие нового университетского устава и устава о земском самоуправлении. Т.о., начиная с 1864 в Р возникла земская М - новая система мед.обслуживания сельского населения.

Во второй половине 19 как теоретическая, так и клиническая М развивались по пути анатомофизиологического направления. Наибольший размах получило изучение НС, деятельности мозга. Появились новые мед.приборы и инструменты. Более совершенной стала методика обследования пациента, описан ряд новых болезней, расширился ассортимент лек.препаратов.

В связи с прогрессом науки и техники, открытием наркоза, асептики и антисептики, клиническая хирургия во второй половине 19в занимала одно из ведущих мест. Характерными особенностями хирургии этого периода являются:

1. расширение сферы хир.вмешательств
2. изменение характера хир.операций (проводили как удаление, так и восстановление, пластику)
3. возрастание эффективности хир. деятельности
4. новаторство и творческое содружество с другими науками
5. выделение и развитие самостоятельных наук: оперативной хирургии, военно- полевой хирургии

*В эпоху капитализма русская М достигла значительных успехов в области теоретических, клинических и профилактических наук, по ряду разделов вышло на одно из первых мест в мире. В области хирургии произошел переворот, она достигла значительного размаха. Характерными особенностями хирургии этого периода являются:*

1. *расширение сферы хир.вмешательств*
2. *изменение характера хир. операций*
3. *возрастание эффективности хир. деятельности*
4. *новаторство и творческое содружество с другими науками*
5. *выделение и развитие самостоятельных наук*

## Тема 2.2. История сестринского дела

План.

1. Истоки милосердия и ухода за больными и ранеными
2. Организация системы ухода за больными
3. Общины сестер милосердия
4. Участие женщин в помощи раненым в годы Крымской войны
5. Российское общество Красного Креста в войнах и стихийных бедствиях конца XIX - первой половине XX века
6. Состояние милосердного сестринского движения в России на современном этапе (конец XX - начало XXI века)

### 1. Истоки милосердия и ухода за больными и ранеными

Чувство любви к ближнему во все века было присуще человеку. С течением времени менялось лишь понятие о том, кто является нашим ближним. В доклассовом обществе ими были мать, отец, дочь, сын, сестра, брат, жена, муж. Впоследствии понятие о ближнем расширилось. Согласно христианской религии, ближний - это тот, кто создан по образу и подобию Божьему, то есть все люди. Одним из многочисленных проявлений любви к ближним стал уход за больными. Причем, женщине в большей степени, чем мужчине, приходилось ухаживать за больными.

У народов Древнего мира уход за больным осуществляли родственники. Специальных людей, которые посвящали бы себя делу ухода за больными, не было, исключение составляли лишь женщины, занимающиеся оказанием помощи роженицам и новорожденным. Вначале это были пожилые родственницы, но со временем появились особые специалисты. Наибольшего развития организация подобной помощи достигла у греков и римлян.

В Древней Греции были акушерки, которыми, по определению Гиппократ, могли быть только рожавшие женщины, а также женщины с большим жизненным опытом. Они определяли сроки беременности, наступления родов, им предоставлялось право ускорять роды лекарственными средствами и священными песнями. Акушерки занимались также лечением женских болезней и даже были свахами. Отдельную группу составляли женщины-врачи, занимавшиеся также женскими болезнями. Многие из женщин-врачей и акушеров состояли на государственной службе. Но особенно развито акушерское дело было в Древнем Риме. Здесь акушерки не только оказывали помощь во время родов, но и ухаживали за роженицами и младенцами.

Соран Эфесский в своем трактате по гинекологии обращал внимание на то, чтобы женщины, желающие заниматься родовспомогательным искусством, были грамотны, "подвижны, приличны и имели нормальные органы чувств, были здоровы и сильны, имели длинные тонкие пальцы с коротко обрезанными ногтями". Если акушерки были не особенно молоды, то он рекомендовал им "быть постоянно трезвыми, спокойными и молчаливыми, не быть суеверными, из-за корыстных целей не употреблять abortивных средств".

В Афинах и Риме заболевших бедняков и раненных в сражениях воинов лечили в домах богатых граждан, где уход за ними осуществляли женщины. Однако в полном объеме развитие дела ухода за больными получило только с распространением христианства. Ученики Иисуса Христа - апостолы не только проповедовали христианское учение, но и исцеляли больных. Попечение о больных и неимущих брали на себя в первую очередь женщины, которые назывались диаконисами, а также мужчины (диаконы), добровольно посвятившие себя бескорыстному уходу за больными и ранеными.

При церквях и монастырях стали возникать богадельни, или "диаконии", предназначенные вначале для больных монахов и монахинь, а позже и для всех больных. Уход за больными в этих заведениях считался еще у первых христиан богоугодным делом, ему посвящали себя почти все члены общины, но, в основном, женщины и диаконисы. Уже тогда было замечено, что у постели больного женщины чаще, чем мужчины, проявляют выдержанность и легче переносят беспокойные ночи и дни, полные тревог и забот о больном.

Христианская попечительность о больных со времен римского императора Константина Великого (IV век н. э.), поддерживавшего христианскую религию, принимает новый вид - учреждаются общественные больницы и госпитали для больных и бесприютных.

К XI веку относится создание во многих городах Западной Европы (Нидерланды, Германия и др.) общин женщин и девиц для служения делу милосердия и ухода за больными. В летописях этих стран упоминается о многих женщинах, принадлежащих даже к княжескому роду, которые

посвящали свою жизнь уходу за прокаженными в первых общественных больницах. Так, в XIII веке графиня Елизавета Тюрингенская, которая отличалась глубокой религиозностью и любовью к людям, всю свою жизнь посвятила служению делу милосердия. В возрасте 20 лет она на свои средства построила госпиталь, организовала приют для подкидышей и сирот, в которых сама много работала.

В 1235 г. Елизавета была причислена к лику святых и в ее честь была основана католическая община "елизаветинок" - из пожелавших последовать ее примеру. В мирное время сестры общины ухаживали только за больными женщинами, а в военное время - и за мужчинами, нуждающимися в медицинской помощи. Много сделала община и для больных проказой.

Христианская благотворительность в средние века в католических странах выражалась и в создании различных светских и духовных рыцарских орденов, члены которых считали основной своей целью уход за больными. Например, основной функцией ордена Святого Лазаря (отсюда - лазарет) в Иерусалиме был уход за прокаженными. Ордена тамплиеров во Франции и немецких рыцарей покровительствовали паломникам и заботились о больных и неимущих. Членами ордена могли стать и женщины.

Главным делом ордена, основанного в Иерусалиме и названного в честь Святого Иоанна, было попечение о больных и уход за больными. Первой его настоятельницей в 1099 г. стала римлянка Агнесса. Сестры давали обет проводить все свое время в уходе за больными, посте и молитве и трудиться на благо ордена. Деятельность женщин этого ордена распространилась и в Италию, Испанию, Францию, Англию, где ими были созданы монастыри.

Особенно известной стала деятельность общины "иоанниток" в Париже. В 1348 г., во время большой эпидемии чумы, члены общины показали пример самопожертвования. Современники этих событий описывали такую картину: "Всеми оставленный больной лежал один со своими муками. Родные боялись приблизиться к нему, врач страшился вступать в его жилище и даже священник лишь со страхом причащал его. Со стонами, разрывавшими сердце, призывали дети родителей, отцы и матери - сыновей и дочерей. Но тщетно! Даже и до трупов родные прикасались лишь потому, что никто не соглашался исполнять последние желания за деньги... ничто не могло собрать родных и знакомых на обряд погребения. Трупы самых знатных и заслуженных лиц относились в могилы самыми бедными людьми, потому что невыразимый страх отталкивал от гроба их друзей и товарищей". Тем веселее выглядят многочисленные примеры самопожертвования сестер орденов при оказании помощи больным. Только в Париже за время эпидемии умерли более 500 сестер этих орденов, но эту опасную работу продолжали делать другие сестры.

Много сделали по уходу за больными и сестры ордена, так называемые "госпитальерки". В ведении этих сестер находились крупные госпитали - Святого Людовика в Париже, а также в других городах Франции. Только один Отель-Дье (дом Божий) в столице вмещал 6000 больных; сюда принимались больные с любыми заболеваниями, даже заразными.

В 1617 г. во Франции священник Викентий Поль организовал первую общину сестер милосердия. В этом году в г. Шатиньоне в одной из своих проповедей он обратил внимание прихожан на крайне тяжелое материальное положение одной бедной семьи, члены которой были больны. Пораженные красноречием проповедника слушатели (и особенно женщины) стали помогать не только этой семье, но и всем больным прихода. Для правильного распределения помощи Викентий Поль решил организовать общество и принялся за составление устава. "Милосердие к ближнему, - говорится в этом уставе, - есть вернейший признак христианина, и одним из главных дел милосердия является посещение бедных, больных и всякого рода помощь им". Вначале общество называлось "общество милосердия", а члены его - "служительницы бедных". Они должны были по очереди брать ежедневно из общего склада необходимую провизию, готовить из нее пищу и разносить больным. Но задача этого общества состояла не только в оказании материальной и физической помощи, но и духовной. "Служительницы бедных" старались научить больных лучше жить и достойно умирать, поэтому они совмещали свои посещения с религиозными беседами, чтением и наставлениями.

В 1633 г. Викентий Поль во главе общества поставил Луизу де Мариллак - высокообразованную женщину, которая неумоимо ухаживала за тяжелыми больными в госпиталях и частных домах. В своей многолетней деятельности она убедилась, что уход за больными требует основательной теоретической подготовки. Луиза де Мариллак вначале организовала семинары для сестер милосердия и сиделок, а в 1641 г. создала специальную школу по их обучению. Главным руководителем и советником был Викентий Поль. Слава школы быстро распространилась по госпиталям Франции, Италии, Испании, Португалии, Польши и других стран. Это была первая попытка организовать научную и практическую подготовку сестер милосердия, и она увенчалась

успехом. Институты сестер милосердия стали создаваться во Франции, Нидерландах, Польше и других странах.

В последующие годы подобные общества были созданы в Париже и его предместьях. Викентий Поль так определял их назначение: "Задача общества милосердия состоит в том, чтобы оказывать материальную и духовную помощь бедным как в городе, так и в деревнях". В 1620 г. по образцу женских обществ милосердия были организованы мужские общества, однако у них были иные функции - помощь нищим и искоренение нищенства. Мужские общества милосердия существовали во всех провинциях Франции и во всех приходах столицы.

Викентий Поль впервые предложил словосочетания "сестра милосердия", "старшая сестра". Считая, что все общины должны иметь единый устав, он разработал основные его положения: "Общины сестер милосердия состоят из вдов и девиц. Они не должны быть монахинями и не должны давать никаких постоянных обетов, а если непременно желают, то только на один год. Они должны носить не монашескую, а свою обычную простую светскую одежду... Старшая сестра избирается ими из своей среды на 3 года, причем одна и та же сестра может быть избрана только дважды, и более 2-х трехлетий ни одна сестра не может быть старшей". 30 мая 1655 г. он собрал всех сестер, находившихся в Париже и его окрестностях, и в торжественной обстановке прочитал этот устав, чтобы его утвердить. "Добрые сестры, - начал он, - вы собрались с целью, как мне кажется, быть истинными последовательницами Христа... Мне хотелось бы до моей смерти дать вам устав. Ваше братство будет называться "общиной сестер милосердия", вы же "служительницами бедных", смирение и милосердие должны быть основными добродетелями".

Последователи Викентия Поля организовали около 2000 общин (ясли для детей, богадельни для стариков, приюты для сирот, больницы для эпилептиков и душевнобольных и др.).

Викентий Поль умер в 1660 г. в возрасте 85 лет. Католическая Церковь в 1737 г. причислила его к лику святых и почитает его как покровителя всех дел милосердия.

В период французской революции общине сестер милосердия пришлось пережить тяжелые времена - сестер выгоняли из госпиталей и приютов, где они работали. Некоторые из них были казнены или посажены в тюрьмы, многие эмигрировали в Англию, но оставшиеся продолжали тайно оказывать помощь страждущим.

Большую известность снискали сестры милосердия во время наполеоновских войн. Став императором, восстановив христианскую Церковь, уничтоженную конвентом, Наполеон I обратился к ее служителям с просьбой о помощи по уходу за ранеными. Церковь отправила в армию много сестер милосердия, которые в период сражений сыграли важную роль в истории христианской попечительности о больных и раненых. Особенно прославилась сестра Марта, которую наполеоновские солдаты считали святой. За заслуги в деле милосердия император наградил ее орденом Почетного легиона. По инициативе Наполеона после войны была продолжена подготовка сестер милосердия, они по-прежнему ухаживали за ранеными и больными в госпиталях и приютах.

В Германии общины сестер милосердия были созданы еще в 1808 г. В Италии сестры милосердия появились лишь в 1821 г. Их главной задачей был уход за заразными больными, которых не принимали больницы. Два раза в неделю они посещали на дому больных, имеющих хронические заболевания, и снабжали их пищей и лекарствами, которые были назначены врачами.

Первые общины сестер милосердия в Австрии были организованы в 1834 г., в Чехии - в 1837 г. К середине столетия в Западной Европе уже насчитывалось около 16 тыс. сестер милосердия. Заслуживает внимания благотворительная деятельность немецкого пастора Теодора Флиднера. В 1833 г. он организовал приют для женщин, вышедших из тюрем, раскаявшихся проституток. В 1835-1836 гг. открыл первые в Германии школы для малолетних детей рабочих. Т. Флиднер создал специальную школу для обучения женщин уходу за детьми из малоимущих семей и больными бедняками. За 40 лет работы в школе прошли обучение 1450 человек. С большими финансовыми трудностями им была создана женская община по образцу существовавших у первых христиан - община диаконис.

В эту общину сестры принимались после испытательного срока с проведением церковного обряда. Сестры сохраняли связь со своей семьей и продолжали владеть своим имуществом. В случае их болезни и старости община заботилась о них. Они имели право вступать в брак, а также вернуться к родителям в случае, если им требовался уход. Деятельность диаконис включала уход за больными, бедными детьми, заключенными, проститутками (приюты кающихся Магдалин), а также преподавание в школах для малолетних детей.

В 1841 г. общины диаконис были организованы в США, а в 1851 г. - на Востоке, где в ведении общин находились многие больницы и воспитательные учреждения (в Бейруте, Иерусалиме, Александрии). В 1884 г. в мире насчитывалось всего 56 общин, преимущественно протестантских,

из которых 35 находились в Германии, 6 - в России, 3 - в Швейцарии, 3 - во Франции, 2 - в Голландии, 2 - в Англии и по одной общине в Венгрии, Дании, Швеции, Норвегии и США. К концу XIX века существовало 60 общин диаконис, объединявших более 8000 сестер. Их благотворительная деятельность осуществлялась в 1780 учреждениях. Подобного рода общины существовали и при протестантских церквях в России - в Санкт-Петербурге, Саратове, Выборге, Риге, Таллинне, Хельсинки.

Начиная с середины XIX века католические монахини и протестантские диаконисы оказывали медицинскую помощь и осуществляли уход за ранеными во время военных действий. На принципиально новой организационной основе и на более высоком качественном уровне женский труд стал применяться при оказании медицинской помощи раненым в период Крымской войны (1853-1856 гг.).

## **2. Организация системы ухода за больными**

В 1763 г. известный русский просветитель И. И. Бецкой предложил создать в России систему учреждений для воспитания и профессиональной подготовки детей-подкидышей. Идею одобрила императрица Екатерина II. Она издала манифест о создании в Москве воспитательного дома на благотворительной основе и первой внесла 100 тыс. рублей. Учреждение было рассчитано на 500 детей, но обычно в нем находились около 1400. Правила приема детей в дом были следующие:

"1) принимать в оный детей, кои либо тайно рождены, либо от убогих и неимущих родителей произошли, и через то избавить их от безвременной гибели; 2) воспитать сих детей в пользу государства; 3) принимать бедных женщин, коим приходит время родить, чтобы они в том доме освободились от бремени". В 1770 г. Воспитательный дом с аналогичными целями был основан и в Петербурге.

Правильная организация работы воспитательных домов по обучению и профессиональной подготовке своих воспитанников давала положительные моральные и материальные результаты. Подводя итог благотворительной деятельности воспитательных домов, императрица Мария Федоровна, под контролем которой с 1797 г. осуществлялась их работа, писала: "Так как Воспитательные дома достигли уже той степени, что доходы значительно превышают все расходы, то и наступило время употребить сей избыток на распределение действия главной обязанности Воспитательных домов - благотворение страждущему человечеству". Таким "благотворением страждущему человечеству" была организация по инициативе императрицы строительства больницы для бедных. В 1803 г. в Петербурге и Москве на средства воспитательных домов были учреждены две больницы для бедных по 200 коек каждая, с целью "оказывать безвозмездно врачебное пособие всякого состояния, пола и возраста и всякой нации бедным и неимущим больным, судя по роду и степени болезни: или оставляя больных для лечения в больнице, или надзирая над приходящими ежедневно за советом и лекарствами"<sup>3</sup>. В 1828 г., после смерти императрицы, эти больницы в ее честь были названы Мариинскими.

В этом же году - 12 мая в Москве и 30 августа в Санкт-Петербурге "для призрения престарелых и не имеющих средств к пропитанию своему вдов" были официально открыты вдовьи дома. Их учреждение стало выдающимся актом благотворительности не только в России. Санкт-Петербургский вдовый дом включал: 1) отделение для малолетних детей; 2) сиротское отделение для дворянских детей; 3) дом призрения больных девиц благородного звания; 4) приют для детей, родители которых пострадали от наводнений 1824 г.; 5) приют для детей, родители которых умерли от эпидемии холеры 1831 г.; 6) училище для детей-сирот военнослужащих.

Идея организации систематического ухода за больными специально обученным для этих целей персоналом вдовьего дома принадлежит императрице Марии Федоровне. Еще в 1804 г. она выдвинула идею привлечения вдов для ухода за больными в Московском вдовьем доме, но только в 1813 г. эти планы были реализованы в Санкт-Петербурге. Их задачу императрица видела так: "Помышляя о средствах дать во Вдовьем доме, по мере их сил, занятие полезное и благотворительное, и к человеколюбивой цели сего заведения, ...я решилась сделать опыт употребления некоторого числа вдов для присмотра за больными в больнице для бедных, дабы приучая их тем к хождению за ними и к оказыванию страждущим всякой помощи... составить таким образом особый разряд вдов, которые не только в одной больнице... употреблены быть могли с великой для больных пользою, но и отпускались бы в частные дома, для хождения за больными... по добровольному их согласию. Когда же успехом опыта докажется возможность и польза сего заведения, тогда... я о учреждении такого разряда сердобольных вдов дам формальное предписание". В другом письме она писала: "Я рассудила, что некоторых из призреваемых во Вдовьем доме вдов можно было бы употреблять с пользою для присмотра за больными в больнице

для бедных. Дабы нам более удостовериться в полезности такого заведения, я на первый случай хочу сделать опыт, а когда успех соответствовать будет ожиданию, тогда приступить к формальному учреждению постоянного разряда под названием сердобольных вдов".

Из числа желающих была выбрана 21 вдова, с 1 января 1814 г. они приступили к своим обязанностям. Дежурства сердобольных осуществлялись в Мариинской больнице группами по 8 человек, которые менялись через 2 недели. Каждая группа разделялась на 2 смены - одна для мужской и женской половин хирургического отделения, а другая - для терапевтического отделения. Содержались вдовы на средства вдовьего дома, больница давала им лишь помещение и несла некоторые дополнительные расходы. Дежурные вдовы должны были осуществлять надзор за порядком в палатах, при раздаче больным пищи, питья и лекарств, за содержанием в чистоте и опрятности как больных, так и их постелей. Доктора давали вдовам необходимые наставления по уходу за больными, а дежурные вдовы учились у них всем медицинским приемам, чтобы в случае необходимости самим оказывать помощь больным. Дежурные должны были сопровождать врача по всем палатам и внимательно слушать его наставления и распоряжения. Вдовам запрещалось беспокоить врачей пустыми жалобами и доносами, за которые они могли быть исключены из числа сердобольных.

"Должность не многосложна, - записано в инструкции для них, - но важна для страждущих и требует хорошего рассудка и много терпения и человеколюбия и кроткого обхождения с больными".

Убедившись в пользе этого нововведения, императрица сделала его через год постоянным учреждением с 50 вдовами, во главе с выборной настоятельницей.

12 марта 1815 г. вдов, прошедших испытательный срок, привели к присяге. Эта процедура проводилась почти ежегодно до 1886 г.

С января 1818 г. дежурства сердобольных вдов (17 человек) были учреждены и при Московском вдовьем доме. Первым организатором их работы был штаб-лекарь, главный врач Мариинской больницы для бедных Христофор фон Оппель (прадед известного хирурга и главного врача больницы Петра Великого, являющейся в настоящее время основной клинической базой Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова).

В 1822 г. он издал "Руководство и правила как ходить за больными". Это было первое руководство по уходу за больными на русском языке, учитывающее опыт российских сиделок, сердобольных вдов, повивальных бабок. Книга включала 5 разделов, 24 главы и 231 параграф. Обосновывая необходимость наставлений, Х. Оппель отмечал: "...многие больные единственно от того только умирают, что не имели надлежащего присмотра", а далее приводил казуистические примеры: "Бывали такие печальные случаи... что люди по видимому умершие, преждевременно живыми были похоронены". В первом разделе руководства приведены общие положения, роль сердобольной вдовы в деле ухода за больными, требования к ней: "Ухаживающий есть необходимое только орудие, от верности и точности которого зависит успех лечения". Автор подчеркивает также качества, необходимые для "хожатого" - человеколюбие, внимательность к больному, терпеливость, честность, сострадание, доброта, терпение; описывает обустройство палаты, вещи, необходимые больному, требования к кровати и постели больного, особенности ухода за ним, включающие 58 конкретных пунктов.

Второй раздел содержит, например, такие заголовки: общие предосторожности; питье больного; жидкие лекарства; твердые лекарства; слабительные; рвотные; клистиры или промывательные; слабительная сосулька или свечка; ванны; горчичники; припарки, натирания, намазывание мазью, шпанские мухи и приставление пиявок.

Третий раздел книги посвящен особенностям ухода при различных заболеваниях - лихорадке, слабости и обмороке, кровотечениях из носа, пролежнях, четвертый - способам приготовления лекарственных препаратов лицом, осуществляющим уход за больным.

В последнем разделе даны рекомендации для выздоравливающих, особенности ухода за роженицами, родильницами и новорожденными, правила по профилактике внутрибольничных инфекций.

Начиная с 1829 г. в течение 32 лет благотворительную организацию, созданную императрицей Марией Федоровной и включающую в себя воспитательные дома, женские приюты и госпитали, возглавляла императрица Александра Федоровна. По ее инициативе 15 августа 1842 г. был утвержден устав Санкт-Петербургского вдовьего дома, который регламентировал деятельность сердобольных вдов: устав был рекомендован для использования во всех аналогичных учреждениях Российской империи. Параграф 6 устава гласил: "Вдовы, пожелавшие посвятить себя богоугодному попечению о больных, составляют во Вдовьем доме особый разряд под названием сердобольных и до принятия в которые подвергаются испытательному сроку".

Во вдовьем доме числилось 600 женщин, из них 15 проживали непосредственно в доме, 50 вдов были в ранге сердобольных, 15 находились на испытании, остальные 385 вдов получали пособие, проживая в своем жилище. На жительство в дом принимались вдовы не моложе 60 лет, однако делалось исключение для тех, кто был не в состоянии зарабатывать деньги на пропитание. Сердобольными вдовами могли стать женщины, у которых мужья прослужили беспорочно на государственной службе не менее 5 лет. После испытательного срока, который включал дежурства в Мариинской больнице под руководством опытных коллег и главного врача в течение одного года, женщина в церкви вдовьего дома приводилась к присяге, вместе со свидетельством ей вручали знаки отличия - золотой крест на зеленой ленте с надписью на одной стороне: "Всех скорбящих радость", а на другой - "Сердоболие".

Клятва вдов включала такие слова: "Желая... подражать сердоболию... Иисуса Христа, из любви к страждущему человечеству исцелявшему всякий недуг и всякую болезнь... клянусь... что доколе сил моих достанет, употреблять буду все мои попечения и труды на богоугодное служение болящим... что буду тщательно соблюдать все, что по настоянию врачей призвано будет полезным и нужным для восстановления здоровья вверенных моему попечению болящих... что по долгу христианского милосердия не только буду заботиться о телесном, но и о душевном здоровье болящих... буду, по возможности, стараться моим примером и советом располагать и самих болящих к молитве веры, спасающей больных...".

Одежда сердобольных вдов отличалась от одежды остальных обитательниц вдовьего дома - они носили платье коричневого цвета. За 2 недели дежурства в больнице они получали по 1,5 рубля серебром и пищу по особому расписанию. Сердобольные вдовы могли быть отпущены в частные дома для ухода за больными и имели право получать за свой труд денежное вознаграждение. Через 10 лет добросовестной работы вдова ежегодно получала награду - 45 рублей серебром, через 25 лет - 90 рублей.

Институт сердобольных вдов существовал в России до 1892 г., а затем был упразднен. Он явился прототипом общин сестер милосердия, которые в России начали создаваться с 1854 г. За период своей деятельности сердобольные вдовы оставили о себе добрую славу на поприще милосердия и ухода за больными. Особой страницей истории сердоболия в нашей стране является их подвиг при оказании помощи раненым во время Крымской войны 1853-1856 гг.

### **3. Общины сестер милосердия**

Организация ухода за больными в нашей стране тесно связана с деятельностью общин сестер милосердия. Как упоминалось, в 1844 г. в мире насчитывалось 56 общин сестер милосердия, из которых 35 были организованы в Германии, 6 - в России (Санкт-Петербурге, Выборге, Саратове, Риге, Таллинне, Хельсинки) и по 1-3 общины в других странах.

Первые такие структуры в нашей стране создавались по линии частной благотворительности. В марте 1844 г. в Санкт-Петербурге по инициативе и на средства Великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской была основана первая в России православная община сестер милосердия (с 1873 г. - Свято-Троицкая община сестер милосердия в честь существующей при общине церкви святой Троицы). Согласно уставу общины, который был утвержден в 1848 г., ее целью было "попечение о бедных больных, утешение скорбящих, приведение на путь истинный лиц, предававшихся порокам, воспитание бесприютных детей и исправление детей с дурными наклонностями". Община включала: отделение сестер милосердия; женскую больницу; богадельню для неизлечимых больных; исправительную школу; пансион; приют для приходящих детей; отделение "кающихся Магдалин".

В общину принимались вдовы и девицы всех сословий в возрасте от 20 до 40 лет. Прежде чем получить звание сестры милосердия, женщины должны были отработать в общине в течение года. Процедура зачисления в сестры милосердия проходила в торжественной обстановке, так же как при посвящении в сердобольные вдовы.

При создании общины количество сестер милосердия было определено в 30, испытываемых - в 20 человек. Звание сестер милосердия в течение года получали 3-4 человека. Богадельня общины имела 6 коек для неизлечимых больных; для сирот и детей неимущих было 70 мест; в исправительной школе обучались 20 детей; только в первые 11 лет в отделении "кающихся" находились 446 человек.

Существовала община на благотворительные средства. В 50-е годы община переживала трудный период - хозяйство пришло в расстройство, ухудшилась дисциплина сестер, встал вопрос об ее закрытии. Однако с 1859 г., когда общину возглавила Е. А. Кублицкая, ее деятельность стала возрождаться.

Профессиональная подготовка сестер милосердия включала обучение основным гигиеническим правилам ухода за больными, некоторым лечебным процедурам. Впоследствии круг их обязанностей был существенно расширен. Помимо работы в отделениях общины, сестры милосердия бескорыстно осуществляли уход за больными в малоимущих и бедных семьях.

Женская больница при общине была организована на 25 коек, а начиная с 1868 г. уже насчитывала 58 коек. В 1884 г. была открыта мужская больница на 50 коек.

В разные годы в общине в качестве преподавателей-консультантов работали известные врачи: Н. Ф. Арендт, В. Л. Грубер, Н. Ф. Здекауер, Н. И. Пирогов, Е. В. Павлов, В. Е. Экк, первая женщина-врач Н. П. Сулова. Много для реорганизации системы преподавания в общине сделал П. С. Калабанович, который с 1873 по 1884 г. исполнял обязанности директора общины. Он разработал программу обязательного обучения сестер уходу за больными. Сестры милосердия общины участвовали во всех крупных войнах второй половины XIX начала XX века.

Деятельность Свято-Троицкой общины сестер милосердия с момента основания и до ее ликвидации в 1917 г. осуществлялась на средства и при активном участии царской семьи Ольденбургских. Принц Александр Петрович Ольденбургский (1844-1932 гг.), являясь с 1881 г. почетным опекуном общины, в 1886 г. создал при ней Пастеровскую прививочную станцию для лечения больных бешенством. Станция содержалась на средства ее основателя, и в декабре 1890 г. на ее базе был создан Институт экспериментальной медицины. Это было первое в России научно-исследовательское учреждение в области медицины и биологии.

В очерке, посвященном 50-летию юбилею Свято-Троицкой общины, ее вклад в дело медицинского обслуживания оценивался следующими словами: "Труд сестры милосердия составляет фундамент всей деятельности общины. Вот итог деятельности общины: сестры милосердия сутками дежурят в больнице, чередуясь каждые 4-5 дней, участвуют в амбулаторном приеме больных, в значительной части хирургических операций, проводя в основном перевязки; следят за сохранением содержанием инструментария и приготовлением перевязочных материалов, необходимых для антисептических перевязок. На начало 1891 г. при общине было 47 сестер, выполняющих свои обязанности, и 7 человек престарелых, находящихся уже на покое. Из 48 сестер милосердия, находящихся в общине к 1 января 1894 г., 23 сестры по очереди дежурили в мужской и женской больницах, а также ухаживали за больными на дому, 7 сестер - в хирургических отделениях, остальные - в аптеке, "при белье", в операционной, в амбулатории, 2 сестры постоянно находились в Императорском Институте экспериментальной медицины".

За несколько десятилетий своей деятельности Свято-Троицкая община сестер милосердия внесла значительный вклад в дело ухода за ранеными и больными в России.

В 1844 г. в Петербурге княгиня М. Ф. Барятинская основала общину сестер милосердия Литейной части.\* Община ставила своей целью оказание помощи нуждающимся на территории данного района. Согласно уставу она состояла из трех отделений: сестры милосердия; призреваемые бедные старушки (24 человека) и детские ясли (12 детей).

В сестры милосердия принимались совершеннолетние девушки или вдовы после шестимесячного испытательного срока. Сестры осуществляли уход за больными, преимущественно бедными. С 1853 по 1876 гг. сестрами, несмотря на то, что число их не превышало 23, был оказан уход 103 758 больным. В 1854 г. при общине была открыта небольшая больница для раненых офицеров Балтийского флота, реорганизованная в 1856 г. во временный дом призрения для вдов и сирот офицеров, убитых в Севастополе. В 1863-1877 гг. при общине работала детская больница на 10 коек. За этот период здесь получили лечение 987 детей.

В 1850 г. была организована Одесская богадельня сердобольных сестер. Цель общины - уход за больными женщинами и обучение желающих осуществлять уход за ними, который включал раздачу лекарств, перевязку ран, перестилание постелей, раздачу пищи и т. д. Община включала больницу на 24 койки и отделение сердобольных сестер, куда принимались девушки и вдовы православной веры в возрасте от 20 до 40 лет. В 1854 г. в больнице общины находились на лечении раненые на Крымской войне.

Покровская община сестер милосердия была учреждена в 1859 г. в Петербурге Великой княгиней Александрой Петровной. Согласно уставу (1861 г.) целью общины являлось "попечение о приходящих больных, подготовка опытных сестер милосердия и воспитание бедных и бесприютных детей".

Община включала отделение для сестер милосердия, больницу, лечебницу для амбулаторных больных, аптеку, отделение для грудных детей, отделение для детей младшего возраста, школу для мальчиков, училище для подготовки фельдшерниц.

В отделении сестер работали 35 человек. Сюда принимались, как правило, девушки и вдовы в возрасте от 17 до 40 лет. Испытательный срок составлял 3 года, по истечении которого в

торжественной обстановке, после принесения клятвы сестры получали золотой крест на ленте синего цвета с надписью "Любовь и милосердие". Сестры, испытываемые и воспитанницы училища для фельдшерниц дежурили в больнице, лечебнице для амбулаторных больных, аптеке и обязаны были выполнять распоряжения врачей. Больница общины имела 20 коек для взрослых и 30 - для детей. В лечебнице для амбулаторных больных бесплатно оказывалась помощь врачами-консультантами, находящимися в штате больницы.

Отделение для детей младшего возраста было рассчитано на 98 человек обоего пола. Сюда принимались дети-сироты, калеки, слепые, дети из бедных семей.

В школе для мальчиков обучались 40 воспитанников, которые оставались в общине до 12 лет.

В училище осуществлялась подготовка 100 фельдшерниц; обучение включало два этапа - подготовительный (гимназический) и специальный (медицинский). Учебная программа предусматривала изучение анатомии, физиологии, физики, фармакологии, клинических дисциплин, малой хирургии, десмургии, методов ухода за больными. Курс обучения составлял 4 года. Окончившие училище сестры милосердия получали аттестат, дающий право работы в качестве помощника лекаря.

В 1861 г. княгиня М. М. Дондукова-Корсакова создала в Псковской губернии общину сельских сестер милосердия.

В 1863 г. княгиня А. В. Голицына организовала в Москве приют для иногородних монахинь, а при нем больницу и общину сестер милосердия.

В 1866 г. княгиня Н. Б. Шаховская создала общину сестер милосердия "Утоли моя печали" (название иконы Божией Матери). При общине, созданной при тюремной больнице, позднее были открыты сиротский приют для девочек, больница и амбулатория. Впоследствии община стала самой крупной в России, в 1877 г. она насчитывала 250 сестер милосердия.

Особое место в деятельности первых общин сестер милосердия занимает Крестовоздвиженская община, которая была учреждена в Петербурге в самом начале Крымской войны по инициативе Великой княгини Елены Павловны (день создания общины - 5 ноября 1854 г. совпал с православным праздником Воздвижения Креста Господня - символа христианской веры). Это было первое в мире женское медицинское формирование по оказанию помощи раненым на поле боя. Помощь раненым силами сестер милосердия этой общины явилась прообразом деятельности будущего Общества Красного Креста.

Сестры милосердия принимали участие во всех войнах второй половины XIX столетия. Они самоотверженно трудились в госпиталях, на перевязочных пунктах, а также оказывали помощь раненым и непосредственно на поле боя.

При возвращении сестер в Петербург с Крымской войны в сентябре 1856 г. община насчитывала 96 сестер милосердия и 10 испытываемых. Они были направлены в морские госпитали - Калининский (ныне - Военно-морской) и Кронштадтский, в больницу для чернорабочих (ныне - Александровская больница), Максимилиановскую больницу, Повивальный институт (ныне - НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта). Сначала сестры жили в специально нанятом для них доме на Петербургской стороне, затем - в Михайловском дворце. В 1859 г. община приобрела дом на набережной Фонтанки, в котором и осуществляла свою деятельность. В 1860 г. здесь была создана небольшая женская больница и лечебница для проходящих больных, ставшие очень популярными среди бедного населения.

В послевоенные годы общину возглавляла Е. М. Бакунина, начавшая переговоры с представителями военного ведомства о постоянном использовании труда сестер милосердия в госпиталях. В 1860 г. на посту настоятельницы Крестовоздвиженской общины ее сменила Е. И. Карпова.

В 1863 г. последовал приказ военного министра Д. А. Милютина о введении по договоренности с общиной постоянного сестринского ухода за больными в госпиталях. Сестрам, прослужившим в них не менее 25 лет, назначали из государственной казны пенсию в размере 100 рублей. Эту дату можно считать годом рождения профессии медицинской сестры в России.

После Крымской войны для управления Крестовоздвиженской общиной был создан особый комитет. Его председателем стал Н. И. Пирогов, а с 1861 г. - известный общественный деятель, писатель и музыкант В. Ф. Одоевский. Обязанности сестер в мирное время включали уход за больными, перевязки после операций. Каждая из них обслуживала около 70-80 человек. Сестры находились в подчинении врачей, а сами имели право надзора за фельдшерами.

Первым главным врачом Крестовоздвиженской общины был В. И. Тарасов, который во время Крымской войны являлся ближайшим помощником Н. И. Пирогова. Лечебница общины имела большую популярность среди населения. В 1872 г. на VII Международном статистическом

конгрессе в Петербурге Н. И. Торопов - преемник В. И. Тарасова в докладе "100 тыс. бедных больных Петербурга" привел данные о движении амбулаторных больных в этом учреждении за 3 года: "...Таковую массу числовых данных, какой не в состоянии дать ни одно из подобных учреждений не только у нас, но и за границей, потому что мы не знаем, чтобы где-либо стекалась теперь в одно место за советом и лекарством так много больных, как в эту лечебницу". В течение 1876 г. 10 штатных врачей амбулатории больницы приняли уже 100 тыс. больных.

Община получила широкую известность не только в России, но и за границей. Она участвовала в международной гигиенической выставке в Брюсселе в 1876 г., а сестры Е. С. Высотская и С. П. Сухонен оказали помощь в создании первой общины сестер милосердия в Болгарии в 1900 г. по просьбе Болгарского общества Красного Креста.

С 1884 г. в течение 14 лет главным врачом общины работал известный русский хирург Н. А. Вельяминов. По его инициативе были построены лечебница для приходящих, дом для служащих, введены систематические курсы лекций для подготовки сестер по уходу за больными. Он принимал непосредственное участие в разработке проекта новых зданий общины, в числе авторов которого был видный архитектор Л. Н. Бенуа. В 1897-1898 гг. были построены новые корпуса общины, существующие и в настоящее время.

К 1 января 1891 г. в общине было 119 сестер милосердия и 19 испытуемых. В 1894 г., после упразднения ведомства Великой княгини Елены Павловны, община перешла в ведение Российского общества Красного Креста.

В начале XX века в состав комитета, управляющего общиной, вошли педиатр К. А. Раухфус и замечательный путешественник, географ и статистик П. П. Семенов-Тянь-Шанский. В 1908 г. занятия по бактериологии вел Е. П. Первухин, один из организаторов здравоохранения в Петрограде в 1918 г.

После Октябрьской революции 1917 г. больница Крестовоздвиженской общины получила имя Г. И. Чудновского, профессионального революционера, а в настоящее время она называется Балтийская клиническая центральная бассейновая больница.

Проанализировав опыт первых общин сестер милосердия, можно отметить, что принципиальных отличий в их деятельности не было. Неизменными качествами сестер были строгая нравственность, любовь и милосердие к ближнему, трудолюбие и самоотверженность, дисциплинированность и беспрекословное подчинение начальству. Уставы общин, хотя и были строгими, но, в отличие от монастырских, сохраняли за членами общины некоторые элементы свободы. Сестры имели право наследовать и владеть собственным имуществом, при желании могли вернуться к родителям или вступить в брак. Среди сестер милосердия было много женщин и девушек знатного происхождения. Однако устав не позволял делать кому-либо "скидки", да никто и не стремился к привилегиям, все с одинаковой самоотверженностью переносили тяготы трудовых будней мирного времени и лишения и опасности фронтовой жизни.

С другой стороны, следует подчеркнуть социальную направленность сестринской, акушерской и фельдшерской помощи в России, которая прежде всего предназначалась для бедных, беременных, новорожденных, детей, стариков, больных и раненых. Кроме того, она была направлена на оказание помощи пострадавшим от войн, стихийных бедствий, эпидемий. Предоставлялись не просто уход и физическая помощь больному, раненому, сироте-ребенку, но было организовано гуманитарное и профессиональное образование (приюты и школы при общине). Все, что может быть названо современным термином "социальная реабилитация и адаптация".

Прослеживается и разделение сфер деятельности по оказанию помощи: помощь в госпиталях и больницах проходила под контролем врача и была от него зависима, поскольку врач рассматривал сиделку, хожатого или сердобольную вдову как "орудие, от верности и точности которого зависит успех лечения": работа сестер в приютах, богадельнях была менее зависима от врача, предоставляла больше самостоятельности в действиях, так как, кроме ухода, подразумевала обучение, привитие навыков, в том числе и профессиональных.

Организация сестринской помощи, направленная в основном на социально незащищенные группы населения, была экономически эффективной. Так, деятельность воспитательных домов, доходы которых значительно превышали расходы, позволила на заработанные средства открывать больницы для бедных. Развитие сестринской и акушерской помощи поддерживалось обществом и государством.

В разработке программ обучения акушерок, сиделок, сердобольных вдов и в реализации ухода за бедными, больными, ранеными и беременными принимали участие образованные представители российского государства, при этом был использован опыт Европы и учтены проблемы России. К женщине, решившей посвятить себя благородному, "Богу угодному делу" - оказанию помощи больному, бедному, незащищенному, предъявлялись высокие нравственные требования. Эти

требования были закреплены в специальных документах (присяга, клятва, инструкции и др.). Кроме того, были разработаны и меры морального и материального поощрения сиделок и сердобольных вдов с учетом качества и срока их работы.

Уже к концу XIX столетия в России сложилась оригинальная организационная структура оказания благотворительной и медицинской помощи населению, которая позволяла использовать труд сестер милосердия, сердобольных вдов, акушерок, фельдшерниц. Помимо государственных учреждений здравоохранения, существовали ведомства благотворительных учреждений. Первое такое ведомство было создано в 1797 г. императрицей Марией Федоровной. В него входили: 2 воспитательных дома, 11 богаделен, 2 вдовьих дома, 15 больниц, женское патриотическое общество, осуществлявшее призрение бедных детей (девочек), попечительство слепых, попечительство глухонемых, особое общество детских приютов (150 по всей России).

Другим крупным учреждением, осуществлявшим благотворительную деятельность в сочетании с воспитательными функциями, было Императорское человеколюбивое общество, созданное в 1802 г. Оно имело свои учреждения в 25 губерниях России и включало 210 заведений (57 учебно-воспитательных учреждений, 6 богаделен, 32 дома бесплатных квартир, 3 ночлежных приюта, 7 народных столовых, 19 больниц и амбулаторий, 26 комитетов, оказывающих помощь бедным деньгами, одеждой, обувью, и др.). Бюджет общества составлял 1,5 млн. рублей.

В 1867 г. было основано Русское общество попечения о больных и раненых воинах (в 1879 г. переименовано в Российское общество Красного Креста). Оно имело 232 комитета во всех губерниях России и 62 общины сестер милосердия, при которых были больницы. Помимо своей основной деятельности во время войны, общество оказывало бесплатную медицинскую помощь населению.

Организованные на пожертвования частных лиц, в том числе и лиц императорской фамилии, эти ведомства и общества выполняли функции общественного призрения и являлись государственными учреждениями. Так, Ведомство императрицы Марии даже имело в своей структуре особый законодательный орган в лице Опекунского совета и не представляло своих счетов для государственного контроля. Опекунский совет считался высшим государственным учреждением, где обсуждались финансовые дела, законодательные вопросы и хозяйственные проблемы ведомства. Все ведомства и учреждения были самостоятельными и не подчинялись Министерству внутренних дел, по закону выполнявшему функции общественного призрения в России.

К 1877 г. в России насчитывалось 438 благотворительных учреждений, в том числе 210 - в Петербурге, 97 - в Москве, 131 - в губерниях. К благотворительным учреждениям относились воспитательные дома, родовспомогательные заведения, больницы и лечебницы, дома призрения, детские приюты общества благотворительности, попечительство о бедных в Москве, богадельни. В воспитательных домах Москвы находились 40 754 питомца, Санкт-Петербурга - 33 309, в родовспомогательных учреждениях - соответственно 103 902 и 55 497 родильниц. Объем стационарной и амбулаторной помощи, оказанной нуждающимся к этому году, представлен в табл. 1. В домах призрения, богадельнях и благотворительных обществах получили помощь около 67 тыс. человек (табл. 2 и 3). В детских приютах к этому году находилось почти 300 тыс. детей.

В последующие годы число благотворительных учреждений постепенно увеличивалось. В начале XX столетия в губерниях Европейской части России их было уже 14,8 тыс., в том числе 5270 (35,5%) в губернских и 9584 (64,5%) - в уездных городах. Благотворительных обществ и учреждений, относящихся к различным ведомствам, было 1775, из них более 680 принадлежали Ведомству Императрицы Марии, более 500 - Российскому обществу Красного Креста, более 200 - Императорскому человеколюбивому обществу, около 280 - попечительству о домах трудолюбия (основано в 1895 г.). Более 12,3 тыс. благотворительных обществ и учреждений не относились к указанным ведомствам и подчинялись Министерству внутренних дел (более 6,8 тыс.), Ведомству православия (более 3,3 тыс.), Министерству финансов (более 1,1 тыс.), Министерству юстиции (более 780).

Частная благотворительность в России в то время также была на высоком уровне. К 1898 г. насчитывалось более 5600 частных благотворительных обществ и учреждений.

Таким образом, на рубеже XIX и XX столетий в Российской империи насчитывалось около 30 тыс. государственных, общественных и частных учреждений, которые оказывали благотворительную и медицинскую помощь населению. Достойное место в этой работе занимали общины сестер милосердия. Во второй половине XIX века Санкт-Петербург включал 12 районов, которые назывались: Адмиралтейская часть, Александро-Невская часть, Васильевская часть, Выборгская часть, Казанская часть, Коломенская часть, Литейная часть, Московская часть, Нарвская часть, Петербургская часть, Рождественская часть

#### 4. Участие женщин в помощи раненым в годы Крымской войны

В период Крымской войны (1853-1856 гг.) женский труд по оказанию помощи раненым и больным был применен в принципиально новых организационных формах и на новом качественном уровне.

Крымская (Восточная - по европейскому определению) война между Россией и коалицией Турции, Англии, Франции и Сардинии (в то время единого государства Италии еще не существовало), возникшая в результате столкновения политических и экономических интересов этих стран на Ближнем Востоке, развернулась преимущественно в Крыму и на Черном море, хотя военные действия велись и на Кавказе, и на Балтике, и даже на Камчатке.

Осенью 1853 г. Турция, поддерживаемая западными державами, объявила России войну. В ноябре 1853 г. русская черноморская эскадра под командованием адмирала П. С. Нахимова уничтожила турецкий флот в бухте Синопа, и западные державы вынуждены были вступить в открытую войну против России.

В сентябре 1854 г. союзники по коалиции высадили свои войска в Крыму и начали осаду Севастополя. Русские корабли были затоплены русскими моряками при входе в Севастопольскую бухту, чтобы затруднить вторжение вражеской эскадры в нее с моря. На суше моряки и солдаты, которым помогало гражданское население, мужественно выдержали одиннадцатимесячную осаду крепости. При защите города-крепости погибли адмиралы П. С. Нахимов, В. А. Корнилов, В. И. Истомин.

349 дней и ночей держался осажденный Севастополь (в историю тот военный эпизод вошел под названием "первой осады"), сковывая главные силы неприятеля, выпускавшего иногда по городу до 60 тыс. артиллерийских снарядов в сутки.

И только в конце августа 1855 г. ценой огромных потерь в своих рядах врагу удалось овладеть южной стороной Севастополя и оттеснить русские войска на север. Война началась во время правления императора Николая I, а мир был заключен в марте 1856 г. в Париже уже при императоре Александре II (император Николай I скончался в 1855 г.).

Россия уступила в пользу Турции устье реки Дуная и часть Бессарабии, потеряла право иметь военный флот на Черном море. Черное море было объявлено нейтральным, проливы были открыты для торговли, но закрыты для военных судов всех государств. Только в 1870 г. Россия добилась полного восстановления своего суверенитета на Черном море.

Легендарная "Севастопольская страда" привлекала в те годы внимание всего мира. Ф. Энгельс писал: "Русские солдаты являются одними из самых храбрых в Европе".

Первыми сестрами милосердия, которые отправились на фронт для оказания помощи раненым на поле боя, были сестры Крестовоздвиженской общины. Община объединяла патриотически настроенных женщин из самых разных слоев общества - от весьма образованных (среди них были жены, вдовы и дочери титулярных и коллежских советников, дворян, помещиков, купцов, офицеров русской армии и флота) до малограмотных женщин. Руководить их деятельностью в Крыму было поручено действительному статскому советнику Н. И. Пирогову.

В "Докладной записке об основных началах и правилах Крестовоздвиженской общины сестер попечения", написанной 14 октября 1855 г., великий хирург обосновал необходимость привлечения женщин к участию в оказании медицинской помощи на войне, определил роль и задачи сестер и врачей общины. В частности, он писал:

"Доказано уже опытом, что никто лучше женщин не может сочувствовать страданиям больного и окружить его попечениями, не известными и, так сказать, не свойственными мужчинам".

В это время Н. И. Пирогов писал своей жене: "...подумай... мы живем на земле не для себя только...". Принцип "жить на земле не только для себя" Н. И. Пирогов считал основой сестринского милосердия. Позднее в одном из писем Е. М. Бакуниной он заметил, что больных и раненых "мы не делили на своих и чужих".

5 ноября 1854 г. в церкви Михайловского дворца (ныне - Русский музей) состоялась торжественная церемония открытия Крестовоздвиженской общины. После литургии сестры милосердия во главе с начальницей А. П. Стахович дали клятву, в которой были такие слова: "...доколе сил моих станет, употреблять буду все мои попечения и труды на служение больным братьям моим".

Утром 6 ноября первая группа сестер общины выехала на фронт. 22 ноября, после краткосрочного обучения, в Крым отправилась вторая группа сестер милосердия. К началу 1856 г.

на театре военных действий уже трудились более 200 сестер милосердия из Крестовоздвиженской общины.

В своем письме 6 декабря 1854 г. Н. И. Пирогов писал: "Дней пять тому назад приехала сюда Крестовоздвиженская община сестер Елены Павловны, числом до тридцати, и принялась ревностно за дело; если они так будут заниматься, как теперь, то принесут, нет сомнения, много пользы".

Впервые на этой войне, которую Н. И. Пирогов назвал "великой драмой", сестры милосердия стали делать то, что в наше время обозначено как функция защиты больного, а их стали рассматривать как адвокатов больного. Именно сестра представляла и защищала интересы больного. Вот как писал об этой работе сестер милосердия Н. И. Пирогов: "Они день и ночь попеременно бывают в госпиталях, помогают при перевязке, бывают и при операциях, раздают больным чай и вино и наблюдают за служителями и за зрителями и даже за врачами. Присутствие женщины, опрятно одетой и с участием помогающей, оживляет плачевную юдоль страданий и бедствий. Но еще должны приехать сердобольные императрицы... распоряжение этих вдов тоже поручается мне".

В другом письме он отмечал: "Так поставили упущенный госпиталь на ноги, что теперь не узнаешь. Отдали вместе зрителя под следствие, завели контрольные дежурства сестер". Не случайно Е. М. Бакунина, отмечая эту работу сестер милосердия, говорила о них как о "ходатайницах" за интересы больных и раненых.

С конца декабря большинство сестер не могли продолжать работу в госпиталях из-за сыпного тифа; остальные ухаживали за больными сестрами. Вновь вступавшие в общину женщины проходили в течение 2-3 месяцев обучение в пехотном госпитале Петербурга на специальных медицинских курсах, а затем также отправлялись на театр военных действий.

13 января 1855 г. в Севастополь прибыл отряд из 12 сестер во главе со старшей сестрой М. Меркуловой, им была поручена самая трудная работа - дежурства (дневные и ночные) на главном перевязочном пункте и во временном госпитале. Н. И. Пирогов разделил сестер на несколько групп и разработал для каждой группы инструкции, регламентирующие их деятельность. Группа перевязочных сестер несла суточное дежурство в отделениях госпиталей, помогала врачам при перевязках и операциях, наблюдала за чистотой палат. Согласно инструкции сестра обязана серьезно готовиться к перевязкам, подбирать для работы необходимые медикаментозные и перевязочные средства. При перевязке она должна была обращать внимание на изменения раны и окружающей ее ткани; в случае появления сильного покраснения, гнойных затеков или кровотечения следовало немедленно сообщать об этом врачу.

Особое внимание в инструкции уделялось мерам по предупреждению инфицирования ран, в частности, было указано, что в употреблении могут быть только чистые губки, специально взятые у сестры-аптекари; "...все другие губки, сохраняемые иногда украдкой фельдшерами и самими больными, должны быть истребляемы... Корпии, бинты и проч. отнюдь не должны бросаться на пол, через что распространяются вредные испарения и пол ими пропитывается". Следует подчеркнуть, что на все это указывалось тогда, когда еще не существовало научно обоснованного метода антисептики, когда не знали о патогенных возбудителях и их роли в возникновении и распространении раневых осложнений. Хорошо понимая опасность инфицированных ран, Н. И. Пирогов требовал, чтобы сестры обращали внимание на запах, исходящий от раны. Им предписывалось "больного, у которого рана издает вонючий запах, перевязав, тотчас же отправить в гангренозное отделение или поместить в другую комнату".

В ночное время предусматривалось поочередное дежурство трех сестер, которые несколько раз за смену должны были делать обход больных. Они внимательно выслушивали просьбы больных, выполняли назначения врачей, выдавали лекарства, осматривали повязки. При поступлении раненых и больных они принимали участие в операциях, перевязках, в выдаче чая, белья и размещении поступивших.

В обязанности сестры-аптекари входило: раздача больным предписанных врачом медикаментов, приготовление отваров, накладывание припарок, примочек, горчичников, хранение лекарств, перевязочных средств, инструментов, предметов ухода за больными; своевременное пополнение их запасов, обеспечение медикаментами отделения, контроль за порядком их использования и хранения на местах.

В инструкции подчеркивалось, что губки, предназначенные для операций, должны храниться только у аптекари и содержаться всегда вымытыми и чистыми. У нее же хранились (в достаточном количестве) кровоостанавливающие и возбуждающие средства, ибо "от их недостатка жизнь больного подвергается большой опасности".

Сестра-хозяйка должна была обеспечивать чистым нательным и постельным бельем раненых, обеспечивать чистоту в палатах и проветривание помещений. Эти "приказания должны быть

непрерывно и пунктуально ими исполнены, несмотря на просьбы и жалобы больных, которые нередко к своему вреду требуют и упрашивают закрывать окна".

Бинты, корпия, постельное белье и матрацы необходимо было собирать в отдельные ящики и непременно выносить из помещения. В обязанности сестры-хозяйки входило окуливание (для дезинфекции) палат; она должна была следить за тем, чтобы при кроватях у гангренозных и тифозных больных в сосудах имелся раствор хлора. Ей вменялось в обязанность "осматривать обед и ужин больных, замечать не по одной, а по нескольким порциям, каково их количество и качество, и вникать в жалобы больных". Из хранящихся у нее продуктов сестра милосердия готовила больным манную кашу, бульон, компот, чай, кофе для дополнительного питания (по назначению врача).

Был также назначен постоянный сестринский персонал для оказания медицинской помощи больным с гнойными и гангренозными ранами, которые были размещены отдельно от остальных раненых.

17 января 1855 г. в Крым прибыла группа сестер во главе с Е. М. Бакуниной, но тяжелые условия работы на главном перевязочном пункте и в госпиталях подорвали их здоровье, уже в феврале многие сестры заболели, а двое умерли.

21 февраля в Севастополь прибыли 27 сестер во главе с А. П. Стахович, а 28 марта - 23 сестры (старшая сестра Е. Будберг).

Н. И. Пирогов, под руководством которого работали эти первые сестры милосердия, в одном из своих писем очень подробно описывает их деятельность. По его инициативе впервые в истории военно-полевой хирургии сестры милосердия и врачи были разделены на четыре группы. Первая группа обязана была сортировать поступающих по тяжести ранений, а тех, кто нуждался в срочной операции, немедленно передавали второй группе. Третья группа осуществляла уход за ранеными, которые не нуждались в срочном оперативном лечении. Четвертая группа, состоявшая из одних сестер и священника, занималась безнадежно больными и умирающими. Наконец, две сестры-хозяйки занимались раздачей раненым вина, чая или бульона. Сестры-хозяйки хранили всю провизию. Это была первая "специализация" среди сестер, учитывающая уровень их знаний и способностей, а также практическую необходимость в этом роде деятельности.

Работать сестрам приходилось в ужасных условиях. Изю дня в день, по словам Пирогова, выполнялось от 150 до 200 ампутаций и других тяжелых операций. Нередко раненые располагались в палатках-лазаретах. Однажды, вспоминая Пирогов, над этим лагерем мучеников разразился ливень, промочивший насквозь не только людей, но и матрацы под ними. Когда кто-нибудь входил в эти палатки-лазареты, со всех сторон раздавались стоны о помощи. И сестры милосердия, стоя в лужах на коленях перед больными, оказывали им посильную помощь.

По словам очевидцев, многие сестры милосердия, помогая хирургам, так пригляделись к разнообразным операциям, что любая из них сама могла бы произвести ампутацию. Сестры не оставляли без попечения и раненых французов, которых не считали врагами. Принявшие на себя непосильный труд и тяжелый крест, сестры Крестовоздвиженской общины, "скрепя сердце, прислуживали операторам, хлороформировали оперируемых, наблюдали за пульсом, держали руку или ногу, которую резал или пилил оператор, прижимали пальцами вместо турникета артерию, указанную хирургом, и даже налагали лигатуру на сосуд, из которого после отнятия члена сочилась артериальная кровь".

Несмотря на то, что первые сестры милосердия были набраны с большой поспешностью и многие из них не имели никакого образования, все они быстро обучились сестринскому делу и стали образцами профессионализма

Сестры общины были представителями различных сословий, имели разное образование, и это иногда было причиной сложностей, возникавших в отношениях между ними. Так, А. П. Стахович, начальница отряда Крестовоздвиженской общины в Крыму, требовала, чтобы сестры милосердия называли ее генеральшей, "величали превосходительством, хотя была вдовой капитана". Поэтому Н. И. Пирогов предложил "главную начальницу" называть просто старшей сестрой. Знаменитый хирург не разделял и мнения А. П. Стахович, смотревшей "на сестер, как на сиделок". Это послужило причиной обращения Н. И. Пирогова к Великой княгине Елене Павловне с просьбой об "удалении" Стахович.

Помимо лечебной работы, сестры осуществляли контроль за деятельностью интендантов. Это было вызвано тем, что государственные деньги, отпущенные для госпиталей, разворовывались, по меткому выражению Н. И. Пирогова, "даже днем". Таким образом, по словам Н. И. Пирогова, у сестер милосердия появилась новая функция - "нравственный контроль" за действиями госпитальной администрации.

К борьбе с госпитальными казнокрадами, обворовывавшими больных и раненых, много усилий приложила Е. П. Карпова, приехавшая в Крым в 1855 г. и ставшая впоследствии одной из самых известных сестер милосердия в результате самоотверженного труда. В одном из писем жене Н. И. Пирогов писал: "Мы вводим всевозможные крючки, чтобы ловить госпитальных воров; Карпова просто неутомима, день и ночь в госпитале; и варит для больных, и перевязывает, и сама делает все и всякий день от меня выходит с новыми распоряжениями..."

Начальники госпиталей упорно не допускали сестер милосердия к хозяйственной части, однако настойчивость Е. П. Карповой позволила вскрыть ряд крупных злоупотреблений. Особенно значительными они оказались в госпиталях городов Херсона и Николаева. Была создана следственная комиссия. Это принесло свои результаты: "Мы живем здесь, слава Богу, не худо, занимаемся дельно: в госпиталях, где теперь сестры, все идет прекрасно".

В последующем Е. П. Карпова возглавила отряд 28 "дежурных" сестер в Симферополе, осуществлявших медицинский надзор за самыми тяжелыми ранеными и "ампутированными".

Самоотверженная деятельность сестер, их милосердие к раненым и горячее желание быть полезными высоко ценились как пострадавшими, так и врачами. В Крымской войне, по словам Н. И. Пирогова, он ежедневно убеждался, присматриваясь к "обдуманному суждению и аккуратным действиям сестер", что "мужчины не умеют ни достаточно ценить, ни разумно употреблять природный такт и чувствительность женщин". Всегда подчеркивая высокие нравственные качества женщин, талантливый хирург заявлял, что поведение сестер милосердия на театре войны было примерным и достойным уважения; их обращение с ранеными и больными было самое задушевное; сестры милосердия доказали, что женщины более одарены способностями, чем мужчины.

Во многих своих письмах и отчетах Н. И. Пирогов описывает высокие человеческие и профессиональные качества старших сестер Е. М. Бакуниной, Е. Будберг, Е. П. Карповой, М. Меркуловой, Е. А. Хитрово. Вот, например, какая характеристика дается Е. М. Бакуниной:

"Ежедневно, днем и ночью, можно было ее застать в операционной комнате ассистирующей при операциях; в то время, когда бомбы и ракеты то перелетали, то не долетали и ложились вокруг всего собрания, она обнаруживала... присутствие духа, едва совместимое с женской натурой и отличавшее сестер до самого конца осады".

В Крымской войне приняли участие более 200 сестер милосердия Крестовоздвиженской общины. Кроме Севастополя и Симферополя, небольшие отряды из 6 - 26 сестер работали в госпиталях городов Бахчисарая, Николаева, Перекопа, Херсона и др. При исполнении служебных обязанностей на войне умерли 17 сестер Крестовоздвиженской общины, причем большинство - от сыпного тифа.

В одном из писем в ноябре 1855 г. Н. И. Пирогов отмечает: "Раненых новых совсем нет, но больных очень много, сюда прибывает по 500 в сутки". Поэтому так необходимы были усилия сестер милосердия по созданию условий, препятствующих возникновению и распространению инфекции. Возможно, не случайно одним из помощников Н. И. Пирогова в этот период войны заведующим тифозным отделением госпиталя был терапевт С. П. Боткин, ставший впоследствии выдающимся ученым. Позднее С. П. Боткин напишет: "Пирогов был значительно выше того времени, в котором ему приходилось действовать. Опередив свой век в науке, он опередил его в общественной деятельности".

Н. И. Пирогов убедился, что медицинские сестры должны знать не только название лекарств, но и "действия этих средств", а также "действовать то по предписанию врачей, то по собственному усмотрению, ознакомившись из опыта с этим родом страданий". Опыт работы сестер милосердия в период Крымской войны показал, что их обязанности "многосложны и важны по их последствиям для больных и в физическом, и в нравственном отношениях".

Кроме сестер милосердия, в деле ухода за ранеными во время войны принимали участие сердобольные вдовы. Первая группа их в количестве 57 человек была направлена в Симферополь в ноябре 1854 г. По прибытии на место им было разрешено набрать из числа местных жителей себе в помощь 25 женщин с последующим посвящением их в сердобольные вдовы.

Н. И. Пирогов так описывает их работу: "Сердобольные вдовы прибыли... в Симферополь в самое трудное и критическое время. Госпитали, еще едва организованные в различных заведениях и частных домах города, были переполнены больными и ранеными; беспрестанные транспортировки больных... препятствовали их сортировке; постоянно сырая погода значительно затрудняла сушку и перемену белья; недоставало ни рук, ни помещения, ни перевязочных средств; раны начали принимать худое свойство; показался заразительный тиф. Сестры Крестовоздвиженской общины, прибывшие за несколько недель раньше сердобольных, принявшись с большой активностью ухаживать за больными, не устояли и занемогли от изнурения и госпитальной заразы, так что

сердобольные застали госпитали без женской прислуги. В эту критическую минуту сердобольные заступили в госпитали по сделанному мною распоряжению вместо сестер и принялись ревностно за дело... занялись по возможности сортированием больных, перевязкою раненых, переменою белья".

Проводя день и ночь в этих занятиях, многие из них также вскоре заболели различными инфекциями, а их место занимали другие вдовы. Нередко во время перевязки раненых, размещенных на полу или на земле, нужно было ползать от одного к другому на коленях или сохранять полусогнутое положение в течение длительного времени; при этом еще приходилось иногда вдыхать запах, распространявшийся от гнойных ран. Но сердобольные вдовы ни разу не уклонились от возложенных на них обязанностей.

Кроме перевязок, они выполняли много других обязанностей - раздача белья и лекарств, проверка качества пищи, обеспечение чистоты, наблюдение за санитарями. На долю каждой сердобольной вдовы приходилось около 200 раненых, из которых каждому третьему, кроме перевязок, требовался постоянный уход.

В августе 1855 г. из Московского и Санкт-Петербургского вдовьих домов в Крым были направлены 36 женщин. Только из Одесской богадельни в Крыму работали около 200 сердобольных вдов.

Участники Крымской войны так описывали труд сердобольных вдов в госпиталях Симферополя: "С прибытием их в госпиталь приобрел себе самых деятельных и трудолюбивых помощниц, самых усердных и бескорыстных слуг. Каждая палата, каждое отделение в лице сердобольной получило хозяйку, которая старалась, чтобы больные были покойны и довольны, чтобы прислуга была исправна и старательна, а палата достаточно снабжена всем необходимым; заботилась, чтобы стены, окна, двери, полы и столы, кровати, посуда и белье были чисты, воздух свеж, теплота приличная, освещение достаточно; чтобы пища, питье и лекарства, пожертвования и пособия раздавались правильно; помогала доктору при перевязке и операциях; докладывала ему о нуждах больного и переменах в ходе болезни и о всех неисправностях, беспорядках и злоупотреблениях, если они случались в палате; и немедленно доносила начальнице общины, которая... тотчас принимала меры. Таким образом, несмотря на огромное число больных... сердобольные неуклонно поддерживали внутренний порядок в госпитале, следили за больными и течением их болезни, за ранеными и лечением их ран так, что внутреннее благосостояние госпиталя лежало большей частью на них".

О работе сердобольных вдов в Крыму подробно писала газета "Русский инвалид": "...сердобольные вдовы, забывая собственную свою опасность и не помышляя о трудах и лишениях, дни и ночи проводили в уходе за больными... Сердобольная вдова Воронина... занимается перевязкою ран в гангренозном отделении, убийственном для здоровья, по злокачественности воздуха, и не желает оставить сего госпиталя... Сердобольная Пашковская, состоявшая при Симферопольском военном госпитале, постоянно присутствовала при ампутациях и других операциях, затем неуклонно наблюдала за ходом болезни каждого страдальца, в точности исполняя все распоряжения врачей...

В Богоугодном заведении, где находятся теперь самые трудные раненые, сердобольная вдова Малейн ухаживает за ними с таким редким усердием, не упуская ни малейшего случая подать им необходимую помощь, возможное пособие.

В отделении раненых пленных сердобольная вдова Евреинова также сама перевязывала раны и... заслужила общую их благодарность.

К сожалению, 12 сердобольных вдов... во время ухода за больными и ранеными, вследствие истощения сил и от заразы, окончили жизнь в Симферополе...".

После Крымской войны сердобольные вдовы вернулись в места постоянного пребывания своих общин. Вдовы из Санкт-Петербурга в последующем осуществляли свою работу преимущественно в Мариинской больнице и больнице св. Марии Магдалины. Однако их количество с годами уменьшалось. В 1892 г., согласно новому уставу Санкт-Петербургского вдовьего дома, институт сердобольных вдов был упразднен, но еще в 1902 г. на службе состояли 19 сердобольных вдов.

В Крымской войне посильную медицинскую помощь оказывали и жительницы Севастополя. Среди них были жены офицеров, солдат и матросов, они также проявляли самоотверженную заботу о пострадавших на войне и прославились своими подвигами при уходе за ранеными. Особенно отличилась дочь черноморского матроса Дарья Алексеевна Александрова (Даша Севастопольская). В народе ее чтили как героиню, как первую сестру милосердия.

Н. И. Пирогов 29 ноября 1854 г. писал из Симферополя: "При перевязке можно видеть ежедневно трех или четырех женщин: из них одна знаменитая Дарья, одна дочь какого-то чиновника, лет 17 девочка, и одна жена солдата. Кроме этого я встречаю иногда еще одну даму

средних лет... Это жена какого-то моряка, кажется, приносит свой или другими пожертвованный чай. Дарья является теперь с медалью на груди, полученной от государя, который велел ее поцеловать великим князьям, подарил ей 500 рублей и еще 1000, когда выйдет замуж. Она - молодая женщина, не дурна собой. Под Альмой она приносила белье, отданное ей для стирки, и здесь в первый раз обнаружилась ее благородная склонность помогать раненым. Она ассистирует и при операциях".

Сразу после войны Великая княгиня Елена Павловна писала императору: "...назначаю: 1) раздать вдовам и сестрам серебряные медали с изображением моего имени, а начальнице их такую же золотую медаль; 2) службу вдов в Крыму считать вчетверо, для получения определенного уставами вдовьих домов денежного им награждения; 3) начальнице вдов и сестер производить пенсию по 300 руб. в год с выделением единовременно 1000 руб., вдовам и сестрам выдавать по 10 руб. за каждый месяц служения их в военных госпиталях". Александр II на докладе написал резолюцию: "Очень хорошо, но прибавить одну фразу: кроме того, они все имеют право на Севастопольскую медаль, если еще не получена, 25 августа 1856 г.". За самоотверженный уход за ранеными и больными 158 участниц Крымской войны были награждены медалями "За оборону Севастополя" и позолоченным крестом.

Крымская война показала пользу женского ухода за ранеными и больными, который осуществлялся воюющими сторонами. Это на основании опыта Крымской войны Н. И. Пирогов напишет то, что войдет во все медицинские энциклопедии и учебники мира: "Война - это травматическая эпидемия. Как при больших эпидемиях всегда недостает врачей, так во время больших войн всегда в них недостаток". Он убедился на практике, что в такой ситуации в интересах раненого и больного необходимо расширить функции медицинской сестры, они должны быть шире, чем у сиделки, и качество оказания медицинской помощи должно быть выше. А профилактические мероприятия по предупреждению болезней, особенно инфекционных, по созданию условий выздоровления оказались настолько разительными, что, как отметил Н. А. Семашко, Н. И. Пирогов доказал, что "будущее принадлежит предупредительной медицине". Доказали это и сестры милосердия, работавшие под руководством Н. И. Пирогова в труднейших условиях Крымской войны.

5 ноября 1854 г. в расположение войск союзных армий в Константинополь прибыли из Англии 38 сиделок во главе с мисс Флоренс Найтингейл; в то время в английских госпиталях, по разным сведениям, находилось до 3 000 раненых. Сестры-сиделки были размещены в барачном госпитале (в Скутани, Турция) и выполняли различную работу в зависимости от необходимости и умения: одни из них помогали хирургам, другие - работали кухарками, прачками, швеями, третьи - занимались приготовлением подушек и тюфяков.

На место военных действий, в Балаклаву, Ф. Найтингейл отправилась только в начале лета 1855 г. с целью посещения госпиталей, в которые ранее она послала некоторых сестер. Мисс Найтингейл не только пожертвовала свои сбережения на устройство кофейни в Инкермане, но и помогала в устройстве читален, организации чтений для матросов, писала также письма за солдат, заботилась о том, чтобы их денежные переводы отправлялись на родину, занималась устройством бань, прачечных, больничных кухонь, чем способствовала снижению смертности и санитарных потерь в английской армии. В конце 1855 г. Ф. Найтингейл вернулась в Англию, организовала сбор пожертвований с целью создания школы для подготовки сестер милосердия. 26 июня 1860 г. она открыла в Лондоне в госпитале Сент-Томас первую в мире школу для подготовки сестер милосердия.

Таким образом, в отечественной литературе, посвященной Крымской войне и ее медицинскому обеспечению, подчеркивается, что Крестовоздвиженская община заслуженно является первым в мире медицинским формированием, ее деятельность осуществлялась по четкой системе, предложенной гениальным хирургом Н. И. Пироговым. По сути дела, на полях сражений Крымской войны зарождались основные принципы военно-полевой хирургии, хорошо продуманная система этапного лечения и эвакуации раненых, сформулированные затем Н. И. Пироговым в "Началах общей военно-полевой хирургии" (М.; Л., 1944). И совершенно прав был ученый, когда он писал Э. Ф. Раден: "В октябре 1854 г. Крестовоздвиженская община получила высочайшее соизволение, а в ноябре того же года она находилась уже на театре войны в полной деятельности. О мисс Найтингейл и о ее высокой души дамах мы в первый раз слышали только в начале 1855 года, когда злоупотребления английской военной администрации во время зимних месяцев 1854 года так же ясно обнаружались, как и у нас..."

Образ сестры милосердия - участницы Крымской войны увековечен во многих произведениях классиков художественной литературы. О подвигах русских женщин, преданных своему делу, писал в "Севастопольской страде" С. Н. Сергеев-Ценский: "Сто восемьдесят шесть раненых

перевязала в ночь с 26 на 27 мая в своем блиндаже на Корниловском бастионе боевая сестра милосердия Прасковья Ивановна Графова". Писатель детально описывает и внешний вид сестер милосердия: "На всех сестрах были коричневые платья с белыми накрахмаленными обшлагами; ярко-белые и тоже накрахмаленные чепчики на простых гладких прическах; белые фартуки с карманами и - самое главное и самое заметное - золотые продолговатые кресты на широких голубых лентах".

В романе "На ножах" Н. С. Лескова дан образ Екатерины Астафьевны, дочери бедных родителей, которая "по неодолимым побуждениям своего кипучего сердца поступила в общину сестер милосердия и отбыла всю тяжкую оборону Севастополя, служила выздоравливающим и умиравшим его защитникам...". О подвигах русских женщин во время Крымской войны, преданных своему делу, писал в "Севастопольских рассказах" и Л. Н. Толстой.

Опыт работы сестер милосердия в период Крымской войны показал следующее.

Сестры должны уметь создать условия для выздоровления и предотвращения болезней, "оказывать услуги для выздоровления"; знать признаки "перемен болезни", уметь оценивать их и при внезапных "переменах" оказывать помощь; знать не только название лекарств, но и их действие и осложнения, которые они могут вызвать: уметь вести документацию, в которой фиксируются "перемены" в состоянии больных и раненых, замечания и предложения по уходу за ними. С учетом потребностей практики необходимо разделение функции сестринского персонала - специализация (сестра, дающая хлороформ; помогающая при операциях; работающая с безнадежными больными и ранеными). Сестры милосердия должны быть готовы к работе в экстремальных ситуациях (войны, катастрофы, эпидемии и др.). Они должны выступать как представительницы и защитницы интересов раненых и больных. Для реализации этих и многих других функций медицинской сестре необходимы специальные знания, подготовка и программы обучения.

Не случайно, сравнивая работу сестер милосердия других государств во время военных действий в Крыму (1854 - 1856 гг.), Пруссии (1871 г.) и Америке (1865 г.), Н. И. Пирогов отмечал, что круг их обязанностей был более ограничен, чем наших сестер во время Крымской кампании: "Мы рады были, когда наши сестры вмешивались, если не прямо, то косвенно, в госпитально-экономическую администрацию. И не только врачи, многие военачальники желали этого". Он понимал, что принципы, положенные в организацию подготовки сестер милосердия на основании опыта Крымской войны, важны "для будущего всего дела, следствия которого неисчислимы".

### **Российское общество Красного Креста в войнах и стихийных бедствиях конца XIX - первой половине XX века**

Помощь раненым силами сестер милосердия явилась предпосылкой к организации Общества Красного Креста. Его основоположник - гражданин Швейцарии Анри Дюнан писал, что мысль о посещении полей сражений и об организации международной, частной и добровольной помощи пострадавшим на войне, без различия их звания и национальности, появилась у него отчасти под влиянием деятельности во время Крымской войны княгини Елены Павловны, Н. Н. Пирогова и сестер Крестовоздвиженской общины.

25 - 27 июля 1859 г. А. Дюнан был свидетелем битвы при Сольферино в Италии войск Наполеона III с австрийской армией. Таких кровавых сражений Европа не знала со времени битвы при Ватерлоо. После битвы на поле боя остались 23 тыс. раненых, которым никто не оказывал медицинскую помощь.

Свои впечатления об увиденных последствиях сражения Дюнан изложил в книге "Воспоминания о битве при Сольферино", экземпляры которой он разослал руководителям европейских государств. Впоследствии книга была переведена на многие языки. Он писал: "Если бы существовали международные союзы помощи, если бы были добровольные санитары... то сколько бы неопределимого добра они могли бы сделать; сколько бы раненых можно было подобрать своевременно на поле битвы и спасти; если бы были средства для транспортировки, можно было бы раньше оперировать... Для этого необходимы санитары, добровольные санитары, деятельные, подготовленные, вышколенные и призванные полководцами для этой деятельности. Военный персонал недостаточен для этого и никогда не будет достаточен, если даже он будет удвоен или утроен.

Настоятельно необходимо обратиться к населению, ибо только при его содействии можно надеяться достичь благотворных результатов. Надо обратиться с воззванием во всех странах к каждому, какого бы сословия и общественного положения он ни был, как к мужчинам, так и к женщинам, к принцессе и бедной вдове, ко всем, кто имеет еще сердце, полное любви к ближнему. Нужно выдвинуть международный принцип, освятить его всенародным договором и для

осуществления его организовать во всех государствах Европы союзы для подачи помощи раненым".

В августе 1863 г. в Берлине, на Международном конгрессе по статистике (на секции сравнительной статистики и состояния здоровья и смерти среди солдат и простого населения) были одобрены доклады Дюнана и голландского лейб-медика Бастинга по организации добровольных санитарных отрядов во всех странах.

В октябре этого же года в Женеве открылась Международная конференция, в которой приняли участие представители 14 стран. Здесь было принято решение, в котором говорилось, что каждая страна должна иметь комитет, который в случае войны должен организовать помощь санитарным службам вооруженных сил. Был создан и Международный комитет по оказанию помощи раненым.

22 августа 1864 г. в Женеве представители 16 государств заключили уже международный договор о помощи раненым во время войн - Женевскую конвенцию. Позднее к этому соглашению присоединились еще 26 стран, в том числе и Россия. Отличительным знаком организации стал герб Женевы как центра духовного единения стран-участниц: красный крест на белом флаге.

1866 г. явился новым этапом в развитии дела женского ухода за больными и в России. По инициативе лейб-хирурга И. А. Нерановича и доктора Ф. Я. Кареля стали предприниматься шаги для создания Общества Красного Креста. 3 мая 1867 г. в Государственном совете бы утвержден устав общества, получившего название "Российское общество попечения о больных и раненых воинах". В 1879 г. оно было переименовано в Российское общество Красного Креста.

Общество приняло на себя функции по подготовке опытного санитарного персонала для нужд военного времени, организации госпиталей на фронте, по сбору пожертвований и оказанию материальной помощи раненым и больным. В его деятельности на разных этапах активно участвовали многие выдающиеся медики - Н. И. Пирогов, Н. В. Склифосовский, С. П. Боткин, С. И. Спасокукоцкий, Н. А. Вельяминов, Н. Н. Бурденко и др.

Общество Красного Креста России конца XX века представляло собой замкнутую организацию. Во главе его в Петербурге стояло Главное управление, а на местах создавались окружные управления, расположенные на территории военных округов; в губернских городах имелись местные управления и в уездных городах - комитеты. Всего существовало 109 общин Красного Креста. Все вновь открываемые общины сестер милосердия находились в ведении Общества Красного Креста.

Первая община Красного Креста была учреждена в 1868 г. в Москве. Процесс создания общин сестер милосердия Обществом Красного Креста шел медленно. За период с 1871 по 1881 г., главным образом в связи с войнами, было открыто 11 общин, из которых наиболее известными были Елисаветинская в Варшаве, Мариинские в Киеве и Иркутске, Касперовская в Одессе, Александровская в Санкт-Петербурге. Замедлил рост числа общин и голод в стране в 1891-1892 гг.

Принципиальных различий в уставах общин Красного Креста не было. Основной целью общин была подготовка опытного женского персонала для ухода за больными и ранеными как в военное, так и в мирное время. Подготовка персонала осуществлялась в своих лечебных учреждениях и амбулаториях. Помимо ухода за больными в собственных лечебных учреждениях, сестры милосердия общин направлялись в местные военные госпитали, городские, земские и частные больницы, а также в случаях стихийных бедствий сестры работали в составе санитарных отрядов.

Сестрами милосердия могли стать незамужние женщины или вдовы в возрасте от 20 до 40 лет. Число сестер в общине устанавливалось в зависимости от потребностей своих лечебных учреждений и колебалось от 40 до 80. Испытательный срок для учениц устанавливался до полутора лет. Ученицы и сестры находились на полном обеспечении общины: получали здесь жилье, питание, одежду, деньги на карманные расходы (10 руб.). Общины Красного Креста имели свои дома для престарелых сестер, а прослужившим 25 лет назначалась пенсия в размере 200 рублей.

Существовавшие при общинах школы сестер милосердия имели двухгодичный, а некоторые - полуторагодовой срок обучения. Программа школы включала следующие предметы: 1) анатомия и физиология - 30-40 часов; 2) гигиена - 20 часов; 3) общая и частная патология - 42 часа; 4) общий уход за больными - 30 часов; 5) рецептура - 10 часов; 6) детские болезни - 22 часа; 7) кожные и венерические болезни - 20 часов; 8) общая хирургия - 24 часа; 9) десмургия и учение об асептике - 24 часа; 10) уход за хирургическими больными - 18 часов; 11) женские болезни - 12 часов; 12) глазные болезни - 12 часов; 13) массаж - 24 часа и 14) богословие.

С 8 до 13 часов ученицы проводили в лечебном учреждении, затем до 15 часов они находились на уроках в классах и с 16 до 18 часов опять работали в лечебном учреждении.

Одной из самых известных общин сестер милосердия Общества Красного Креста являлась Георгиевская община. Она была организована в Санкт-Петербурге в 1870 г. Главным управлением

Российского общества Красного Креста при участии принцессы Евгении Максимилиановны и С. П. Боткина и получила название в честь святого Георгия. На должность сестры-настоятельницы была приглашена Е. П. Карпова. С начала существования общины свои услуги в качестве консультантов безвозмездно предложили профессора Военно-медицинской академии С. П. Боткин, В. А. Манассеин, А. Г. Полотебнов, а с 1883 г. - и известный акушер-гинеколог Д. О. Отт.

В 1874 г. при общине была основана трехгодичная женская фельдшерская школа. Большая роль в организации учебного процесса в ней принадлежала С. П. Боткину. Для поступления в школу требовалось выдержать испытания по арифметике, чтению и письму. В числе преподавателей учебного заведения были известные медики: И. П. Павлов, Н. И. Быстров, А. И. Теренецкий, Г. Е. Рейн, Н. В. Склифосовский и др. Несмотря на материальные затруднения, фельдшерская школа являлась первоклассным медицинским заведением. Обучение в ней стоило от 10 до 15 рублей в год. Просуществовала она только до 1882 г. - дальнейшее содержание ее оказалось непосильным для общины.

В 1879 г. общине был безвозмездно передан участок земли на Выборгской стороне, принадлежавший ранее Клиническому военному госпиталю. В 1882 г. состоялся торжественный переезд общины в новое помещение. В 1884 г. при ней была открыта больница, которая принимала больных не только из своей амбулатории, но и по направлениям городской справочной больничной конторы.

Деятельность Георгиевской общины из года в год расширялась. В 1887 г. ее воспитанницы стали работать и в Мариинской больнице для бедных. В штате общины к этому времени состояли уже 110 сестер милосердия.

Большой вклад в развитие общины внес Н. И. Богоявленский - один из лучших учеников С. П. Боткина. Будучи врачом лечебницы, он в 1875 и 1877 г. вместе с отрядом сестер милосердия общины оказывал помощь пострадавшим на войне в Черногории и в русско-турецкой войне. Около 15 лет Н. И. Богоявленский трудился в качестве главного врача общины. В частности, он организовал водолечебницу с различными видами лечения, оборудовал лабораторию. В 1890 г. Н. И. Богоявленский умер, заразившись возвратным тифом. Главным врачом общины стал другой ученик С. П. Боткина - В. Н. Сиротинин.

После Октябрьской революции 1917 г. общину ликвидировали, а ее больница вошла в систему лечебных учреждений города и в 1919 г. получила имя Карла Маркса. В настоящее время больнице возвращено ее историческое название - больница св. Георгия.

С организацией Российского общества Красного Креста некоторые ранее созданные общины сестер милосердия стали передаваться в его ведение. В 1894 г. в его подчинение перешла Крестовоздвиженская община. Самостоятельными оставались несколько старейших общин - Свято-Троицкая, Покровская, Екатеринославская св. Иосифа и др. Однако и самостоятельные общины во время войны были в распоряжении Общества Красного Креста. В 1875 г. было издано положение о сестрах Красного Креста, назначаемых для ухода за больными и ранеными во время войны.

В 1882 г. по инициативе Общества Красного Креста в Петербурге начали работу курсы для населения по оказанию первой помощи при несчастных случаях. Программа обучения включала циклы лекций и практических занятий по изучению строения человека, по оказанию первой помощи при различных острых заболеваниях и повреждениях. В течение года на курсах обучались более 900 человек, 658 из которых их закончили. Состав обучающихся был самым разнообразным - слушательницы высших женских курсов, женщины разных сословий, студенты и т. д.

В 1897 г. Общество Красного Креста учредило в Петербурге институт "братьев милосердия". Программа подготовки была рассчитана на 2 года и не отличалась от программы подготовки сестер милосердия. В военное время братья милосердия оказывали помощь раненым на поле боя, в перевязочных пунктах, находившихся на передовых позициях, осуществляли уход за больными в госпиталях и лазаретах, сопровождали транспорт с ранеными. К 1899 г. проходили подготовку 180 человек, 30 братьев милосердия состояли в запасе.

Всего к началу XX столетия в ведении Красного Креста была 81 община с 1603 сестрами милосердия. К 1913 г. он уже имел 109 общин, в которых насчитывалось 2438 сестер милосердия, 1004 испытываемые и 750 сестер в запасе, работавших в госпиталях, земских, городских и собственных лечебницах, приютах и т. д. В 1914 г. в стране уже функционировали 150 общин. Число подготовленных в них сестер милосердия составляло 10 тыс. человек.

Помимо подготовки квалифицированного медицинского персонала на случай войны, все учреждения Красного Креста оказывали бесплатную (или за минимальную плату) медицинскую помощь. Эта не бросающаяся в глаза, но имеющая большое значение деятельность и являлась особенностью Российского общества Красного Креста. В подобных европейских организациях не было ни такой широкой подготовки сестер милосердия, ни правильно организованной помощи при

общественных бедствиях. Учреждения Красного Креста в странах Западной Европы подчинялись, в большинстве случаев, военным ведомствам и готовили сестер только для работы в условиях войны.

Деятельность Общества Красного Креста и сестер милосердия особенно ярко проявилась в период войн.

Русско-турецкая война 1877-1878 гг. явилась следствием национально-освободительной борьбы славянских народов на Балканах против турецкого многовекового ига. Это была освободительная война, вызвавшая резонанс и в России. Многие представители передовой отечественной интеллигенции, в том числе и врачи, принимали непосредственное участие в боевых действиях. Среди них были А. П. Доброславин, Н. И. Пирогов, Н. В. Склифосовский и С. П. Боткин, которому принадлежат такие слова: "Внести свою лепту в это дело есть святая обязанность каждого честного человека". Участие в этой войне Русского общества попечения о раненых и больных воинах осуществлялось в следующих направлениях: устройство лазаретов, эвакуация раненых, организация передвижных санитарных отрядов, организация перевязочных пунктов, обеспечение женским санитарным персоналом врачебно-санитарных учреждений. На фронт был отправлен медицинский отряд - 356 человек, в состав которого вошли 118 сестер милосердия разных общин. Отряд из 32 сестер Крестовоздвиженской общины работал в госпиталях. Начальницей отряда сестер милосердия была назначена опытная старшая сестра Н. А. Щеховская.

В мае 1877 г. из Петербурга в Дунайскую армию отправились 27 сестер Георгиевской общины во главе с сестрой-настоятельницей Е. П. Карповой. Сначала сестры работали в Румынии в полевых перевязочных госпиталях, расположенных вдоль железной дороги, обеспечивали прием больных и раненых с санитарных поездов, затем - в Сан-Стефано, где не было госпиталей, а инфекционная заболеваемость была крайне высокой. Здесь через их заботливые руки прошли более 40 тыс. больных и раненых.

Сестры милосердия Покровской общины в составе 35 человек работали во время военных действий в лазаретах и санитарных поездах.

Отряд из 21 сестры милосердия Свято-Троицкой общины и 11 женщин из числа петербургской интеллигенции во главе с настоятельницей общины Е. А. Кублицкой работали в Яском эвакуационном госпитале и военно-санитарных поездах.

Сестры милосердия Московской общины "Утоли моя печали" в составе отряда из 36 человек работали в госпиталях Румынии и Болгарии под руководством Н. Б. Шаховской, пожертвовавшей все свое состояние на организацию госпиталей.

На Балканский театр военных действий в первые месяцы войны прибыл еще один отряд из 10 сестер милосердия Благовещенской общины из Крыма во главе с сестрой-настоятельницей М. С. Сабининой.

Кроме названных отрядов, Русское общество попечения о раненых и больных воинах в начале войны отправило на фронт 75 сестер Красного Креста, закончивших ускоренный курс медицинской подготовки на базе крупных больниц различных городов.

**Русско-турецкая война** вошла в историю как одна из самых неблагоприятных в санитарно-эпидемическом отношении. В начале 1878 г. в русских войсках вспыхнула эпидемия сыпного тифа. На 1000 ее участников пришлось более 1439 случаев заболеваний, в то время как боевых травм - всего 69. Военная администрация не была подготовлена к проведению противоэпидемических мероприятий. Эпидемия с каждым днем разрасталась и вскоре все госпитали оказались переполнены больными. Почти все сестры переболели тифом, многие умерли. В госпитале Адрианополя, например, на 4000 больных осталось всего 8 сестер. Такое же положение было почти во всех госпиталях.

На призыв Общества Красного Креста о пополнении его рядов откликнулись тысячи женщин страны. В кратчайший срок были развернуты курсы подготовки сестер милосердия. Только в Петербурге в 1877 г. их посещали около 500 женщин. В отрядах и группах сестер милосердия были представители почти из всех крупных городов России, немало женщин прибывали на фронт по личной инициативе. Это были жительницы разных городов России, из обеспеченных семей, которые прошли медицинскую подготовку в объеме программы сестер милосердия. В течение 1877-1878 гг. из России было направлено на войну более 1288 сестер милосердия.

В России в этот период наблюдался необычайный подъем духа, на санитарное дело были пожертвованы миллионы рублей, благодаря чему Общество Красного Креста расширило свою деятельность. Русские женщины из всех слоев общества проявляли необычайную энергию, самопожертвование, благотворительность. Они создавали так называемые "дамские кружки", члены которых посещали госпитали для оказания разных услуг больным и раненым (писали письма, читали книги, раздавали подарки и т. п.).

Н. И. Пирогов, анализируя организацию частной помощи раненым на русско-турецкой войне, давал высокую оценку деятельности сестер милосердия: "И Е. П. Карпова на театре войны в Болгарии, и Е. М. Бакунина могут служить для нас идеалом старших сестер... Вообще можно заявить, что и старшие сестры, прежде еще не бывавшие на театре войны, оказались в нынешнюю войну вполне достойными своего призвания. Деятельность и ревность в деле помощи таких личностей, как княжна Дондукова-Корсакова, Сабина, княгиня Шаховская и др., заслужили, бесспорно, общую признательность".

Известный историк медицины П. А. Рихтер, указывая на то, что "умственное и нравственное развитие их было различно", все же приходит к выводу, что "русская женщина в звании сестры милосердия приобрела... всеобщую признательность и уважение как лучший друг солдата посреди страданий и болезни, что было бы излишне распространяться вновь об ее достоинствах". "С совершенным устранением всяких личных притязаний и интересов, с полнейшим самозабвением и с сознанием только святости принятого ими на себя долга они отдались всецело своему делу и энергией, находчивостью, бодростью и ясностью посреди всех лишений и трудов показали, какой драгоценный элемент представляет русская сестра милосердия в деле призрения больных. Случаев нарушения дисциплины или уклонения от нравственных правил почти не было". "Сестры проводили почти все свое время с больными, старались утешить, занять, развлечь их и этим человеческим, дружеским отношением к больным заслужили ту драгоценную славу, которая живет о них в сердцах русского солдата".

Прекрасно зарекомендовали себя сестры милосердия и в Яском эвакуационном госпитале. "Сестры милосердия, бесспорно, составляли наиболее необходимый и притом наиболее обремененный обязанностями персонал барака. Они перевязывали раненых и ознобленных, раздавали, по назначению врачей, лекарства, наблюдали за переменной белья больным и раненым, раздавали им пищу, водку, вино и прохлаждающее питье, трудных больных и тяжелораненых собственноручно кормили, успокаивали страдальцев, во время погрузки поездов заботились о более удобном и бережном помещении на носилки трудных больных и раненых и вообще обо всем том, что могло облегчить участь страждущих. Некоторые сестры исполняли специальные обязанности по заведованию кухней, буфетом и складом белья. Все сестры, по очереди, назначались сопровождать воинские поезда, где их труды при огромном количестве отправляемых на поезде больных и раненых были еще сложнее и тяжелее; к этому нередко присоединялась еще обязанность заботиться о продовольствии транспортируемых в пути, так как в распоряжении Красного Креста не было достаточного числа уполномоченных, да и никто лучше сестер, как показал опыт, не исполнял этих обязанностей".

Здесь же работали прекрасно подготовленные и организованные сестры милосердия Свято-Троицкой общины во главе с Е. А. Кублицкой, "которая с необыкновенным умением, опытностью и кротостью руководила действиями сестер не только своего отряда, но и всех других групп, прибывающих в эвакуационный барак, и с редкою для ее преклонных лет живостью и энергией разделяла с сестрами все их труды, проводя целые дни в бараке и подавая пример трудолюбия и самоотвержения. Кроме общинных сестер в отряде находилось несколько представительниц высшего круга общества, которые с согласия настоятельницы присоединились к общине на время войны, чтобы посвятить себя уходу за пострадавшими воинами. Несмотря на непривычку к непрерывному и тяжелому физическому труду, они не пользовались своим привилегированным положением, но, напротив, всегда старались брать на свою долю самую трудную и самую неприятную работу, что привлекло к ним всеобщую любовь и симпатии их сотрудниц и сотрудников... Польза и услуги, оказанные больным и раненым отрядом Свято-Троицкой общины, неизмеримо велики, нет слов, чтобы достойным образом выразить те чувства глубокого удивления и уважения к самоотверженным и неутомимым трудам, которые останутся неизгладимо в памяти тех, кто имели счастье работать с сестрами этой общины и направлять их труды".

Прекрасные отзывы о своей работе в госпиталях заслужили и сестры других общин. "Что касается качеств сестер, работавших при эвакуационном бараке и в других врачебных учреждениях района, то в течение минувшей войны русская женщина так прочно установила свою репутацию в этом высоком звании, что ничего не остается прибавить к тому, что уже много раз было высказано в печати о сестрах вообще... Никогда не сознавая в усталости, никогда не заявляя ни малейшего неудовольствия, эти самоотверженные труженицы работали без отдыха по целым суткам, преодолевая все - и непривлекательную сторону работы, и природное отвращение, чуть не падая в обморок от вредного и нестерпимого запаха, который им нередко приходилось переносить во время перевязок и ухода за прибывавшими в ужасном виде пленными турками... Сказанное относится ко всем работавшим в районе сестрам почти без исключения".

С. П. Боткин в письме жене писал: "Сестры держат себя безукоризненно и могут быть поставлены в пример прочим". А среди какой обстановки пришлось жить сестрам в период, когда было "дело", можно судить из другого письма: "...нужны большие силы и привычка, чтобы биться здесь и работать с больными. Битком набитые госпитали вонючие много берут силы, не говоря о нравственных муках, вследствие сознания беспомощности своего положения... Сестры здесь... при госпитале, в числе десяти, помещены в юрте, в которой полагается класть не более восьми больных. Вчера при мне в железном ведре им принесли щей, в другой кастрюле - котлеты рубленые, в третьей кастрюле - картофель жареный. Все это холодно, невкусно: есть это нужно сидя на пустых ящиках и держа тарелку в одной руке, а другою справляться вместо вилки. Это еще в Горном-Студие, где удобства сравнительно чуть не большого города; от Систова, от нашего Парижа, мы только в 30 верстах с небольшим. Не буду говорить о работе, которая по временам превосходит человеческие силы и требует большого напряжения... Люди остаются без еды и без перевязки по суткам или более; все это кричит, стонет, умоляет о помощи. Какие силы нужны, чтобы все это выдержать, чтобы не надломиться!".

Несмотря на невероятно тяжелые условия работы в госпиталях, сестры по-прежнему сохраняли самообладание и самоотверженно обслуживали раненых и больных. Они провели гигантскую работу и на эвакуационных пунктах. Если учесть, что Дунайская армия за всю кампанию потеряла ранеными 43 416, а больными 875 543 человека, значительная часть которых была эвакуирована в Россию, то можно себе представить титанический труд сестер, работавших на эвакуационных пунктах и санитарном транспорте.

За годы войны в стране было подготовлено более 3000 сестер, 1100 из которых самоотверженно трудились в госпиталях, лазаретах, на транспортных поездах и судах. 55 сестер милосердия погибли на театре военных действий. Среди них находилась и баронесса Ю. П. Вревская. Пройдя необходимую подготовку по уходу за больными и ранеными и вложив собственные средства в организацию санитарного отряда, баронесса вместе с другими сестрами санитарного отряда Свято-Троицкой общины в июне 1877 г. прибыла на фронт. Здесь она работала на перевязочных пунктах в местах боевых сражений, в полевых госпиталях, где и умерла, заразившись сыпным тифом. Впоследствии Ю. П. Вревская была воспета И. С. Тургеневым стихами в прозе.

Тяжелый труд женщин на войне был отмечен медалями в память о русско-турецкой войне 1877-1878 гг. Шесть сестер милосердия были награждены серебряными медалями "За храбрость" и почти все сестры - знаками отличия, учрежденными Обществом Красного Креста.

Русско-японская война 1904-1905 гг. началась нападением японской эскадры на Порт-Артур в ночь на 26 января 1904 г. В ходе войны проявились как героизм и самопожертвование русских солдат и матросов, так и неподготовленность страны к войне: не хватало оружия, боеприпасов, средств коммуникаций на русском Дальнем Востоке. В результате, несмотря на упорное сопротивление в течение пяти месяцев, Порт-Артур - главная военная база России на Дальнем Востоке - был сдан в декабре 1904 г. Русские войска потерпели поражение под Ляояном (август 1904 г.), на реке Шаху (сентябрь 1904 г.), под Мукденом (февраль 1905 г.). В августе 1905 г. в Портсмуте (США) был заключен мирный договор, по которому Россия уступала Японии Южный Сахалин.

Российское общество Красного Креста на театре военных действий имело 28 719 коек в 143 учреждениях, в которых была оказана помощь почти 600 тыс. раненым и больным. Персонал Общества Красного Креста на Дальнем Востоке составлял 4190 человек. В войне принимали участие и сестры милосердия различных общин, в частности Свято-Троицкой и Касперовской (Одесса). Так, из 17 сестер милосердия Свято-Троицкой общины, командированных в 1904 г. на Дальний Восток в распоряжение Общества Красного Креста, возвратились в общину только 8, а 9 человек остались работать в разных военно-полевых госпиталях в связи с недостатком опытных сестер.

С началом русско-японской войны попечительством Касперовской общины в Одессе был сформирован санитарный отряд с 17 сестрами милосердия и 5 врачами (старший врач - А. А. Дешин). Этим отрядом по прибытии в Верхнеудинск был развернут лазарет на 300 коек, который функционировал с 13 июня 1904 г. по 30 ноября 1905 г. Всего одесский лазарет принял 5570 раненых и больных.

В официальном отчете о русско-японской войне указывалось:

"Комплектование военно-лечебных заведений сестрами милосердия было выполнено только частью, некомплект же их в госпиталях пополнялся главным образом неподготовленными к делу добровольными сестрами милосердия". Как и в прошлых войнах, большинство сестер милосердия ("общинных и необщинных") добросовестно выполняли свои трудные обязанности. Участник

войны, писатель, врач В. В. Вересаев писал о таких сестрах, что они, работая в тыловых госпиталях, старались оказаться на передовых позициях. Об одной из таких сестер он пишет: "Для этого она отказалась от жалованья, хлопотала долго и настойчиво, пока не добилась своего". О таких сестрах писал и А. А. Игнатъев, бывший участником русско-японской войны: "Надолго сохранил я благодарную память о сестре, которая за мною ходила в санитарном поезде. Это была настоящая русская женщина, из тех, которые вкладывают всю свою честную душу в служение страждущей армии".

Международная деятельность Российского общества Красного Креста проявилась в период войн Турции с Черногорией (1876 г.) и Сербии с Турцией (1876 г.). В санитарных отрядах Красного Креста здесь работали сестры милосердия общин святого Георгия и Крестовоздвиженской. Это был первый опыт деятельности общин в чужой стране. Врачи и сестры не щадили сил, оказывая помощь раненым. Приходилось завоевывать и доверие и симпатии жителей, чтобы заставить их выполнять медицинские предписания. За 8 месяцев деятельности одного из отрядов в Черногории в его госпиталях получили медицинскую помощь 1058 больных и раненых, произведено 100 больших и 611 малых операций. Сестры завоевали себе несомненные симпатии черногорского населения, и это обнаружилось при их отъезде. Особенно тяжело расставались черногорцы со своей "майкой" (матерью - Прим. авторов) Е. П. Карповой. Накануне отъезда отряда один из раненых обратился к ней с такими словами:

"Майка, ты завтра уезжаешь, когда доедешь до Каттаро, сними свой портрет и пришли его к нам, мы его повесим в госпитале". А черногорский князь, обращаясь к Е. П. Карповой, писал: "В минуту, когда Вы возвращаетесь на Родину, радуюсь, что могу быть относительно Вас и Ваших любезных и преданных сотрудниц истолкователем благодарности всей страны, особенно же раненых и больных, которые благословляют благодетельные руки, успокоившие их страдания".

Не менее существенная помощь была оказана в том же году и Сербии - в ней работал санитарный отряд Красного Креста, состоявший из 115 врачей, 4 провизоров, 118 сестер милосердия, 41 студента и 78 фельдшеров, обслуживавших лазарет на 200 коек.

**Помимо вышеупомянутых войн, Российское общество Красного Креста принимало участие в 10 военных конфликтах и локальных войнах,** оказывая их участникам посильную медицинскую, финансовую и материальную помощь. Почти с самого начала своего существования общество активно содействовало ликвидации последствий стихийных бедствий (голода, эпидемий, землетрясений, пожаров и т. д.).

В 1899 г. в Петербурге по инициативе императрицы Марии Федоровны Обществом Красного Креста был создан самостоятельный орган - "комитет по подаче первой помощи пострадавшим от несчастных случаев и общественных бедствий". Это была, по сути, первая в России станция скорой помощи, которая в своей работе учитывала опыт лучших европейских учреждений (Берлина, Вены) подобного рода. Структура этого учреждения включала центральную и 6 районных станций. В течение первых 13 лет работы станции первой помощи медицинская помощь была оказана 42 649 пострадавшим.

Одной из важных функций Российского общества Красного Креста было оказание помощи увечным воинам и их семьям. Помощь включала: выдачу денежных пособий; направление на бесплатное лечение или на льготных условиях "на минеральные воды"; присмотр за воинами-инвалидами в приютах, инвалидных домах, богадельнях; снабжение их протезами, костылями, очками и т. п.; обеспечение их бесплатной медицинской помощью в лечебных учреждениях. Все эти вопросы рассматривались и решались созданной в 1899 г. лечебной комиссией, которая за первые 14 лет работы оказала материальную помощь 10 317 нуждающимся на общую сумму 542 тыс. рублей.

15 (28) июня 1914 г. в Сараево, столице Боснии, был убит наследник австрийского престола эрцгерцог Франц Фердинанд. Австрийское правительство обвинило в организации покушения сербскую патриотическую офицерскую организацию и предъявило правительству Сербии ультиматум с требованиями, явно неприемлемыми для независимого государства. Сербия обратилась к России с просьбой о помощи и посредничестве и по совету России дала Австрии примирительный ответ, но Австрия нашла его неудовлетворительным и объявила Сербии войну. Николай II обратился к германскому императору Вильгельму с просьбой повлиять на Австрию и остановить ее агрессию, но обмен несколькими телеграммами между ними не привел к соглашению. Россия начала мобилизацию. Германия ультимативно потребовала немедленно остановить ее и затем 1 августа объявила войну России. На стороне Германии впоследствии выступили Турция и Болгария, союзниками России были Англия, Италия и Франция.

Первая мировая война вызвала в России взрыв патриотизма, готовность населения дать отпор противнику. Начавшиеся накануне войны забастовки рабочих прекратились. Государственная Дума проявила полное единение с Правительством - почти единогласно были приняты военные кредиты. Земские и городские органы самоуправления взяли на себя обязанность помогать при обслуживании различных нужд армии, в том числе и санитарных. Однако в целом военно-медицинская служба русской армии оказалась не в состоянии обеспечить организацию медицинской помощи и эвакуацию раненых и больных - не хватало кадров, имущества, лечебных учреждений. К 1912 г. в 109 общинах было только 3442 сестры милосердия, а требовались десятки тысяч. Как и в русско-японскую войну, началась массовая подготовка сестер милосердия на краткосрочных двухмесячных курсах. В конце 1914 г. в России было уже 150 школ при общинах Общества Красного Креста, где обучались более 10 тыс. учащихся. Практические занятия с сестрами проводились в 80 больницах, 12 амбулаториях и 10 аптеках Российского общества Красного Креста.

Социальный состав обучающихся на курсах сестер милосердия был самый разнообразный - слушательницы высших женских учебных медицинских и немедицинских заведений, женщины из трудовой среды, дворянского происхождения и даже женщины из рода Романовых. В специальной и художественной литературе после революции 1917 г. было не принято объективно отражать деятельность последних на поприще помощи раненым. А многие из светских дам не ограничивались попечительством и ассигнованием средств. Так, когда началась война, императрица Александра Федоровна вместе со старшими дочерьми Ольгой и Татьяной поступили на кратковременные курсы обучения уходу за ранеными. В качестве сестер милосердия они ежедневно трудились в царскосельском лазарете. В сохранившихся дневниках Великой княжны Ольги Николаевны, в письмах ее сестер и матери постоянно упоминается о работе в лазарете, которая вызывала у них интерес и сострадание к людям. Императрица сообщала мужу, что работа в лазарете является для нее утешением. Она писала о перевязках, которые делала, о состоянии подопечных раненых, о смерти тех, к кому успела привязаться и кого успела полюбить.

Младшая сестра Николая II Великая княгиня Ольга Александровна представляла собой редкое явление. Одета как простая сестра милосердия, она занимала с другой сестрой скромную комнату, начинала работать в 7 часов утра и часто не спала несколько ночей подряд, если необходимо было перевязывать вновь прибывших раненых. Даже раненые с трудом верили, что сестра, которая так нежно и терпеливо за ними ухаживала, была дочерью Александра III.

Александра Львовна - младшая дочь Л. Н. Толстого во время первой мировой войны также была на фронте сестрой милосердия, возглавляла санитарный отряд.

В 1916 г. на фронте трудились почти 25 тыс. сестер милосердия Общества Красного Креста, около 6 тыс. которых были из общин милосердия.

После октябрьских событий 1917 г. в Российском обществе Красного Креста произошли коренные изменения. Его Главное управление было упразднено, а все имущество этой общественной организации было объявлено государственной собственностью. Для временного руководства обществом был создан комитет по реорганизации Российского общества Красного Креста, который возглавили М. И. Барсуков, В. М. Бонч-Бруевич, Л. Х. Попов, Т. А. Фортунатова.

27 декабря 1919 г. совместным приказом Реввоенсовета и Народного комиссариата здравоохранения были утверждены положения "О курсах красных сестер (помощниц сестер милосердия)" и "О курсах красных санитарок". В положении "О курсах красных сестер" указывалось, что "в целях создания близких по убеждению и по духу Красной Армии сестер милосердия, которые могли бы заменить больному и раненому красногвардейцу прежних сестер милосердия, облегчая его страдания, и в то же время политически просвещать его в духе коммунистического строительства жизни, учреждаются при Окружных Военно-санитарных Управлениях двухмесячные курсы красных сестер (помощниц сестер милосердия)". На курсы принимались коммунистки и сочувствующие им из среды рабочих, имеющие рекомендацию партийных органов. По окончании двухмесячного обучения, сдачи экзаменов и получения свидетельства сестры направлялись на фронт. По своим правам красные сестры приравнивались к сестрам милосердия лечебных учреждений Военного ведомства. Только в 1920 г. было подготовлено 2442 сестры и 1923 санитарки.

Красные санитарки обучались в течение 4 недель и после сдачи зачетов по анатомии, физиологии, гигиене, заразным болезням, дезинфекции и дезинсекции, хирургии и практическим навыкам получали свидетельство, звание красной санитарки и также направлялись на фронт.

В период гражданской войны в Красной Армии служили 66 тыс. женщин, в том числе 10 тыс. сестер милосердия. Они составляли 2% от всех военнослужащих и самоотверженно работали в госпиталях, санитарных поездах, врачебно-питательных пунктах, банно-прачечных отрядах.

Чрезвычайно опасной на фронтах гражданской войны была санитарно-эпидемическая обстановка. Заболеваемость брюшным, сыпным и возвратным тифами и холерой на 10 000 человек населения повысилась с 31,5 случая в 1918 г. до 370,3 в 1919 г. и до 411,2 случая в 1920 г. Только с октября 1918 г. по октябрь 1920 г. сыпным и возвратным тифами переболели 1 354 752 человека.

Проблема борьбы с эпидемиями в тылу и на фронте приобрела огромное государственное значение. На борьбу с эпидемиями была мобилизована вся общественность, организовывались чрезвычайные санитарные комиссии, эпидотряды, госпитали, санитарно-просветительные ячейки, специальные отряды для проведения прививок против оспы, брюшного тифа и холеры. На фронте и в прифронтной полосе работали более 400 медико-санитарных учреждений Общества Красного Креста, в том числе 24 противотуберкулезных учреждения, 60 венерологических отрядов, 16 глазных, большое число отрядов по борьбе с малярией. Во всех этих структурах работали и сестры милосердия

После гражданской войны многие сестры милосердия Общества Красного Креста приняли участие в борьбе с голодом. На Волгу, в Киргизию, Сибирь и Туркестан были направлены в большом количестве врачебно-питательные отряды, которые на средства, собранные в стране и за границей, ежедневно кормили и оказывали медицинскую помощь более чем 120 тыс. человек. При ликвидации последствий голода в 1922-1923 гг. Советский Красный Крест проводил работу в двух направлениях: учреждения общества продолжали оказывать врачебно-питательную помощь детям - наиболее пострадавшей от голода части населения; в наиболее пострадавших от голода районах впервые были организованы сельские аптеки-амбулатории.

В 1922 г., в год образования СССР, Общество Красного Креста было реорганизовано в Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (СОКК и КП).

В 1924 г., когда голод охватил ряд центральных губерний РСФСР, Северный Кавказ и Крым, Общество Красного Креста вновь пришло на помощь, обеспечив медицинское обслуживание более 5 млн. жителей этих территорий.

В этот период Общество Красного Креста - как общественная организация - использовал свои возможности там, где органы практического здравоохранения не могли обойтись своими средствами. Деятельность 179 (в основном туберкулезные и кожно-венерологические диспансеры) из 757 медицинских учреждений Общества Красного Креста была направлена на борьбу с социальными болезнями. Функционировали 68 учреждений по охране материнства и детства, относящихся к Обществу Красного Креста.

6 июня 1925 г. постановлением ВЦИК и СНК РСФСР было утверждено новое "Положение об обществе Красного Креста", в соответствии с которым учреждения Красного Креста должны создавать школы и курсы для подготовки медицинских работников. В 1926 г. сестер милосердия стали называть медицинскими сестрами, в 1927 г. были созданы первые санитарные дружины, а начиная с 1928 г. стала проводиться систематическая подготовка медицинских сестер.

В этот период исполком Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца организовал "курсы сестер запаса". Обучение на этих курсах велось бесплатно, окончившие их получали удостоверение, дававшее право выполнять обязанности медицинских сестер в военное время. В 1934 г. было издано первое "Руководство для курсов сестер запаса".

Во время военных конфликтов России с Японией - у озера Хасан (1938 г.), на реке Халхин-Гол (1939 г.), а также в период войны с Финляндией (1939-1940 гг.) медицинские сестры проявляли героизм и мужество при выполнении своих профессиональных обязанностей.

В период Великой Отечественной войны потребность в медицинских сестрах для нужд фронта и тыла резко возросла, поэтому Народным комиссариатом здравоохранения СССР были приняты меры по ускоренной подготовке специалистов со средним медицинским образованием. Только за первые 6 месяцев войны Обществом Красного Креста было подготовлено 106 тыс. медсестер и 100 тыс. сандружинниц. А за весь период войны организации Красного Креста подготовили более 280 тыс. медицинских сестер, около 500 тыс. сандружинниц и 36 тыс. санитарок.

Необходимо отметить, что именно медицинские работники со средним специальным образованием (медицинские сестры, акушерки, фельдшера, фармацевты и др.) обеспечили в тылу и на территориях страны, освобожденных от фашистских захватчиков, проведение основных противозидемических и лечебных мероприятий.

В рядах Советской Армии дорогами войны прошли 200 тыс. врачей, 300 тыс. медсестер и более 500 тыс. сандружинниц. Под огнем врага, рискуя жизнью, они оказывали помощь раненым, выносили их с поля боя. Типичной в этом плане является судьба медицинской сестры батальона морской пехоты Екатерины Деминой. К началу войны она была воспитанницей детского дома, никакого медицинского образования не имела. В июне 1941 г. она поехала в Брест к брату, и поезд,

в котором она находилась, 22 июня в районе г. Орша подвергся бомбардировке. Было много раненых. Е. И. Демина вместе с другими девушками оказывала им медицинскую помощь. Была сама ранена, попала в госпиталь. После выздоровления окончила краткосрочные курсы медсестер и была направлена в батальон морской пехоты. Девушка участвовала во всех десантных операциях батальона, в освобождении Венгрии, Австрии и Югославии от фашистов. Отважная медсестра спасла жизнь 150 раненым, уничтожила 59 фашистов, трижды была ранена. Е. И. Демина была награждена двумя орденами Красного Знамени. После войны окончила медицинский институт, в течение многих лет работала врачом в Москве и Подмосковье.

В. Разуваева-Чибор была медицинской сестрой дивизии народного ополчения в Ленинграде. Дочь питерского рабочего, она воспитывалась в детском доме, работала электросварщицей на заводе им. Марти. В 1939 г. окончила курсы медсестер, участвовала в советско-финляндской войне.

За 4 года Великой Отечественной войны В. Г. Разуваева-Чибор оказала медицинскую помощь и вынесла из-под огня противника 368 раненых. Была 5 раз ранена. За проявленное мужество награждена орденами Ленина и Красной Звезды.

Саша Серебровская - дочь известного советского биолога А. С. Серебровского - перед войной окончила Московский университет, работала в нем на кафедре генетики. В начале войны после обучения на курсах медсестер добровольцем ушла в армию. Осенью 1941 г. девушка была направлена в осажденный Ленинград. Зимой 1942-1943 гг. А. А. Серебровская служила санинструктором (медсестрой) в батальоне автоматчиков морской бригады, которая держала оборону на льду Финского залива в районе г. Ораниенбаума. Во время боев ей приходилось оказывать медицинскую помощь бойцам под непрерывным артиллерийским обстрелом.

Летом 1943 г., после прорыва блокады Ленинграда, бригада морской пехоты готовилась к десантным операциям. А. А. Серебровская вместе с пехотинцами совершила несколько прыжков с парашютом. Наступление на Ленинградском фронте началось 18 января 1944 г. Десантные корабли вышли в море и участвовали в штурме ряда городов на побережье Балтийского моря. При высадке десанта 26 апреля 1945 г. в районе г. Пилай (ныне - г. Балтийск) Саша Серебровская была в рядах штурмовавших город, шла в атаку по пояс в ледяной воде. На берегу, когда она оказывала помощь раненому, осколком разорвавшейся мины была смертельно ранена. Моряки похоронили ее на высоком холме, могилу обнесли стальной цепью, снятой с боевого корабля. В г. Балтийске улица Нижняя была переименована в честь Саши Серебровской. Посмертно Саша была награждена орденом Отечественной войны I степени.

Во время исторической Сталинградской битвы сержант медицинской службы В. Кашеева самоотверженно оказывала помощь раненым, без сна и отдыха, отправляла их на другой берег. Она была награждена орденом Красной Звезды, а позднее за героизм и отвагу при оказании помощи раненым во время форсирования Днепра получила звание Героя Советского Союза. Когда начались уличные бои в городе, 3 тыс. жительниц города стали санитарками и связистками. В. Пахомова оказала помощь более чем 100 раненым, вынесла их с поля боя. Л. Нестеренко делала перевязки раненым гвардейцам, когда была ранена сама. Истекая кровью, она умерла с бинтом в руке возле раненого.

Нельзя забыть и о подвиге санитарки Натальи Качуевской. Она находилась в стрелковой роте, ведущей бой. После 12-часового боя было уже 20 раненых. Всех их вместе с оружием вынесла с поля боя хрупкая на вид девятнадцатилетняя девушка. По пути в медсанбат она заметила группу гитлеровских автоматчиков, оставшихся в нашем тылу. Наташа перенесла всех раненых из повозки в блиндаж, а сама, вооружившись винтовкой и гранатами, укрылась рядом. Когда враги окружили блиндаж, девушка меткими выстрелами убила двух гитлеровцев, но и сама была смертельно ранена. Однако, собрав последние силы, она вставила запалы в несколько гранат и подорвала их в тот момент, когда фашисты подходили к ней.

В боях за Сталинград мужество и героизм проявили сандружинницы Т. Кузнецова, Е. Разумовская, Е. Юричева, А. Бычко, Т. Белова, К. Саленко и многие другие.

В первые же дни войны в Ленинграде тысячи женщин и девушек, имеющих медицинское образование, были направлены в госпитали, медсанбаты, на фронт. Организациями Красного Креста была развернута широкая сеть курсов медсестер, учебных дружин и кружков "Будь готов к санитарной обороне". Только за вторую половину 1941 г. были подготовлены более 6,2 тыс. медсестер и около 10 тыс. сандружинниц. В кружках по оказанию первой помощи обучены 370 тыс. человек.

Подготовка медицинских сестер в Ленинграде не прекращалась и во время блокады. В городе была сохранена и функционировала сеть медицинских училищ и курсов, в которых подготовка медицинских сестер проводилась по нескольким направлениям: первичное обучение, повышение

квалификации, переквалификация санитаров, экстернатура для лиц с незаконченным средним образованием.

В тяжелую блокадную зиму 1941-1942 гг. мобилизация молодежи на фронт и эвакуация жителей привели к тому, что из 19 медицинских школ осталось 11. В 1942 г. медицинские школы выпустили 960 медицинских сестер, в основном после шестимесячного обучения. В начале 1942 г. в Ленинграде было организовано еще 68 групп подготовки медсестер Общества Красного Креста, в которых без отрыва от производства обучались около 2 тыс. человек. В ряде крупных больниц были открыты на правах филиалов медицинских школ курсы повышения квалификации медсестер.

Многие медицинские сестры призывались в действующую армию. На фронте они работали в качестве санитарных инструкторов рот, в полковых и дивизионных медицинских пунктах и госпиталях. Здесь медицинские сестры проявляли исключительную сердечность по отношению к раненым и больным, готовность отдать все силы и даже жизнь при выполнении своих обязанностей.

Судьбы и подвиги многих сестер сходны. Все они на полях сражений и в мирные дни, не щадя себя, стремились облегчить страдания человека, главным в их жизни было человеколюбие. К 1995 г. Международный комитет Красного Креста наградил 46 женщин нашей страны медалью имени Флоренс Найтингейл. Эта медаль присуждается медицинским сестрам за исключительную преданность своему делу и храбрость при оказании помощи раненым и больным как в военное, так и в мирное время.

Впервые Советский Красный Крест выдвинул кандидатуры для награждения медалью Ф. Найтингейл в 1961 г. Тогда медаль была присуждена двум участницам Великой Отечественной войны: гвардии подполковнику танковых войск, писательнице, Герою Советского Союза, москвичке Ирине Николаевне Левченко и хирургической сестре, председателю первичной организации Красного Креста на ленинградской фабрике "Скороход" Лидии Филипповне Савченко. В 1965 г. этой медалью была награждена санитарка, Герой Советского Союза Зинаида Михайловна Тусналобова-Марченко. И далее каждые 2 года медали получали от 3 до 6 советских женщин.

В 1975 г. работница лесотарного комбината, бывшая сандружинница, Вера Ивановна Иванова-Щекина также была удостоена медали Флоренс Найтингейл. В первый же день войны семнадцатилетняя Вера Щекина пришла в военкомат с просьбой отправить ее на фронт и услышала: "Нужны сандружинницы, пойдешь учиться на курсы". А когда Вера окончила курсы, в военкомате сказали: "Фронт теперь здесь, в Ленинграде". И молодая сандружинница стала работать в госпитале. Все свои силы и умение, нежность, заботу и внимание она отдавала бойцам, чтобы облегчить их страдания. А в сентябре 1941 г. Веру Щекину назначили командиром санитарной дружины и поручили обход квартир жителей в своем микрорайоне. В обязанность сандружинниц входило выявление больных и ослабленных и доставка их в больницу. Однажды, обходя разрушенный дом, она увидела лежащую женщину, подошла ближе, пощупала пульс - мертва. Вера хотела уже идти дальше, как вдруг заметила - что-то зашевелилось под женщиной. Ребенок! Мать намеренно заслонила его от осколков! Вера отнесла девочку в детский приемник. Принимая ребенка, няня спросила: "Как тебя зовут?" Девочка ответила: "Маринка". Фамилии своей спасенная девочка не знала. Нянечка, подумав, сказала: "Будешь Щекиной".

Было обычное дежурство. Вера Щекина шла, внимательно вглядываясь по сторонам. Вот у большого серого дома остановился старик. Прислонился к стене - нет сил двигаться дальше. Девушка подошла к нему, взяла его под руку и помогла дойти до квартиры. Вышла на улицу и увидела на мостовой лежащего ребенка. Стала тормошить его - живой! От радости сил прибавилось. Скорее в детский приемник. Там спросили у нее: "Как зовут девочку?". Вера не знала. Дежурная сказала: "Значит будет Вера, и опять Щекина. Всем безымянным малышам даем твои имя и фамилию, а если мальчик - имя и фамилию твоего отца".

Об отважной семнадцатилетней санитарной дружиннице распространялась добрая слава. За годы блокады вместе со своими подругами она оказала помощь почти 500 нуждающимся. Только в детские приемники было сдано более 50 детей, спасенных ею из пустующих квартир и разрушенных зданий.

Валерия Гнаровская, жительница Ленинградской области, в 1942 г. в возрасте 18 лет добилась добровольной отправки на фронт и служила санинструктором. Во время боевых действий спасла жизнь более 300 раненым рядовым и офицерам, оказав им вовремя медицинскую помощь. Только в одном из боев она вынесла с поля боя 47 раненых вместе с их оружием. 23 сентября 1943 г. немецкие танки "тигр" прорвали оборону советских войск, пошли в направлении части, где служила Гнаровская, и приблизились к штабу группы полка и группе раненых, ожидавших эвакуации. Когда танки были в 50-60 метрах от раненых и штаба полка, Валерия схватила связку гранат, поднялась во весь рост и бросилась под гусеницы вражеского танка. Раздался взрыв, и "тигр" был уничтожен.

Второй танк был подбит из противотанкового ружья, остальные повернули обратно. Атака врага была отбита, раненые спасены. 3 июля 1944 г. В. О. Гнаровской было присвоено звание Героя Советского Союза.

Многие санитары и санитарные инструктора были удостоены высшей солдатской награды - ордена Славы, которым награждались только лица рядового и сержантского состава. Орденами Славы всех трех степеней были награждены 18 медицинских работников и среди них одна женщина - санинструктор Матрена Семеновна Нечипорчукова-Ноздрачева. Хронология ее подвигов такова. В августе 1944 г. за 2 дня боев она оказала помощь 26 раненым; под огнем противника, рискуя жизнью, вынесла в безопасное место раненого офицера и эвакуировала его в тыл. За эти подвиги она была удостоена ордена Славы III степени. Орденом Славы II степени Матрена Семеновна была награждена за спасение жизни раненым зимой 1945 г. Двое суток она охраняла более 30 раненых, кормила и поила их, делала перевязки и лишь на третий день эвакуировала в госпиталь. 24 апреля 1945 г. М. С. Нечипорчукова-Ноздрачева была награждена орденом Славы I степени за бесстрашие, проявленное ею на поле боя при спасении под обстрелом противника 78 раненых бойцов и офицеров. Во время боев за Берлин, действуя непосредственно в рядах наступающих, она оказывала помощь раненым. При форсировании реки Шпрее в Берлине она вместе с бойцами переправилась по штурмовому мосту на другой берег и под обстрелом оказывала помощь раненым. Даже получив ранение, она продолжала выполнять свой долг.

Опыт Великой Отечественной войны, как и Крымской войны, еще раз показал, что медицинские сестры в интересах больных и раненых выполняли ряд врачебных функций. Они доказали, что могут работать самостоятельно, особенно при проведении профилактических, противоэпидемических и реабилитационных мероприятий. Медицинские сестры находились ближе к больным и раненым, именно они чаще находились на поле боя. Поэтому не случайно среди медицинских работников, удостоенных высшей правительственной награды - звания Героя Советского Союза, было больше медицинских сестер, чем врачей.

#### **6. Состояние милосердного сестрического движения в России на современном этапе (конец XX - начало XXI века)**

После Октябрьской революции 1917 г. задачи подготовки среднего медицинского персонала решались в соответствии с потребностями здравоохранения России, ее экономическим состоянием. Последствия первой мировой войны, двух революций 1917 г. и гражданской войны - голод, инфекции, высокая детская и материнская смертность, беспризорность детей, состояние здоровья населения - требовали срочного принятия мер по организации и обеспечению каждого гражданина страны квалифицированной и доступной лечебно-профилактической помощью. Необходимо было не только больше готовить медицинских сестер, фельдшеров и акушерок, но и внести изменения в учебные планы и программы для решения имевшихся проблем по охране здоровья и оказанию медицинской помощи населению. Поэтому не случайно в феврале 1919 г. приказом Народного комиссариата здравоохранения и Российским обществом Красного Креста (школы сестер милосердия, как и до 1917 г., находились в его ведении) было утверждено положение о школах медицинских сестер, а также учебные планы и программы, рассчитанные на 3 года обучения. Учитывая большую потребность в этих специалистах, на обучение принимались и лица, имеющие начальное (2 класса) образование.

К началу 1925 г. в стране сформировались следующие типы средних медицинских учебных заведений.

1. Фельдшерско-акушерские школы со сроком обучения 4 года. В них принимали лиц, закончивших 4 класса. На территории России таких школ было 10.

2. Фельдшерско-акушерские школы, в которых специалистов готовили 2,5 года. Для поступления в эти учебные заведения необходимо было закончить семилетнюю школу.

3. Школы по подготовке медицинских сестер по уходу за больными (переименованные затем в курсы медицинских сестер) со сроком обучения 2 года. В школу принимались лица с 4-классным образованием.

4. Техникумы, школы и курсы с различными сроками обучения для сестер-воспитательниц, сестер по охране материнства и младенчества.

5. Профилактические техникумы, срок обучения в которых составлял 4 года.

6. Вечерние школы медицинских сестер со сроком обучения 3 года.

7. Двухгодичные курсы санитарных помощников.

8. Курсы переобучения военных (ротных) фельдшеров для работы в школах; срок обучения - 3 года.

9. Курсы дезинфекторов со сроком обучения 6 месяцев.

10. Курсы по подготовке массажистов. Срок обучения - 1 год.

В 1926 г. в Москве на II Всероссийской конференции по среднему медицинскому образованию были обсуждены успехи и недостатки в системе среднего медицинского образования, определены пути его развития. Участники конференции отметили, что существующая система среднего медицинского образования не обеспечивает должного уровня подготовки медицинских работников.

Необходимо отметить, что в новых учебных планах, как и в измененных в 1919 г., предусматривалась подготовка медицинских сестер, владеющих четко отработанными техническими навыками и являющихся помощниками врача. Предлагалось заменить термин "медицинская сестра" на термины "помрача" или "замврача", которые казались более соответствующими ее назначению. Сторонники этой идеи считали определения "сестра" и "сестра милосердия" монашескими и ограниченными, не соответствующими новому типу медицинского работника советского здравоохранения.

Единая система среднего медицинского образования была создана в 1936 г. и подчинялась Наркомздраву СССР. Задачи ее были определены постановлением Правительства "О подготовке средних медицинских, зубоврачебных и фармацевтических кадров" (1936 г.). Постановление предусматривало увеличение числа средних медицинских учебных заведений. Медицинские техникумы были вновь реорганизованы в медицинские школы по подготовке фельдшеров, медицинских сестер, фармацевтов, зубных врачей, а также в акушерские школы и курсы медицинских лаборантов и зубных техников.

Причиной реорганизации системы среднего медицинского образования было интенсивное строительство новых больниц и поликлиник, развитие сети лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений в городе и на селе, дальнейшая специализация медицинской помощи. Так, к 1940 г. число больничных коек в стране превысило 790 тыс. против 208 тыс. в предреволюционные годы. В то же время повысилась обеспеченность населения специалистами со средним медицинским образованием и достигла показателя 24 на 10 тыс. жителей, что в 8 раз превышало дореволюционный уровень и почти в три раза аналогичные показатели 1928 г.

После Великой Отечественной войны в стране были проведены важные мероприятия по улучшению медицинского обслуживания населения. В первую очередь были восстановлены учреждения по охране материнства и детства; развернуто строительство родильных домов, женских консультаций и детских поликлиник; восстановлена сеть домов отдыха и санаториев; организована медико-социальная помощь инвалидам и детям-сиротам. В связи с этим увеличилась потребность практического здравоохранения страны в квалифицированных средних медицинских работниках.

В 1946 г. Министерство здравоохранения СССР утвердило новые учебные планы, которые предусматривали более глубокое преподавание теоретических дисциплин и улучшение практической подготовки выпускников медицинских школ.

В 1953 г. в соответствии с решением Министерства здравоохранения СССР была проведена реорганизация медицинских школ в медицинские училища и ликвидирована их многопрофильность. Были определены сроки обучения в зависимости от общеобразовательной подготовки поступающих (8 или 10 классов образования).

В 1963 г. был окончательно решен вопрос о целесообразности открытия медицинских училищ при крупных многопрофильных больницах, являющихся одновременно клиническими базами высших медицинских учебных заведений и научно-исследовательских институтов страны. Это позволило приблизить обучение медицинских сестер к месту их будущей работы. В этом же году стали создаваться курсы повышения квалификации для средних медицинских работников при крупных лечебно-профилактических учреждениях.

Социально-экономические реформы, начавшиеся в стране в конце 80-х годов, потребовали реорганизации системы оказания медицинской помощи населению.

Система обучения, определение функциональных обязанностей медицинской сестры, разработка стандартов качества ее работы должны определяться положением ВОЗ о том, что сестринское дело является самостоятельной дисциплиной. Сестринский уход за больными рассматривается как организованный многоплановый процесс, направленный на личность, с ее физическими и психосоциальными проблемами. Такой подход к сестринскому делу, принятый в развитых странах мира, требует и подготовки специалистов особого уровня - медицинских сестер с высшим образованием.

Несмотря на разное экономическое положение, разные политические системы, культуру и язык, имеются универсальные факторы, оказывающие влияние на развитие сестринского дела в каждой стране. Среди них выделяют три основных: преобладание женщин среди специалистов сестринского дела; превалирование роли лечебной медицины над профилактической; отсутствие представительства медицинских сестер в органах законодательной и исполнительной власти.

5 ноября 1997 г. постановлением Правительства была одобрена "Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации", в соответствии с которой развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является одним из основных направлений в совершенствовании организации оказания медицинской помощи.

Сегодня здравоохранению нужна медицинская сестра, которая является не только хорошим исполнителем профессиональных обязанностей, но и творческой личностью, которая бы учитывала психологические особенности больного и даже домашнюю обстановку и отношения в семье.

Важным событием в истории сестринского дела явилось создание в 1992 г. Ассоциации медицинских сестер России. Она была организована по инициативе медицинских сестер как неправительственная профессиональная организация. В "Проекте развития Ассоциации медицинских сестер России" были названы следующие направления работы Ассоциации: повышение роли медицинской сестры в системе здравоохранения, повышение престижности профессии; повышение качества медицинской помощи; распространение передового опыта и научных достижений в области сестринского дела; возрождение традиций сестринского милосердия; защита интересов медицинских сестер в законодательных, административных и других органах; организация сбора информации по сестринскому делу, ее анализ и распространение; сотрудничество с международными организациями и правительственными учреждениями. Ближайшими задачами деятельности Ассоциации стали:

- разработка стандартов профессиональной деятельности;
- внедрение контроля за качеством работы медицинской сестры;
- организация непрерывного обучения медицинских сестер в системе повышения квалификации и дополнительного последиplomного образования;
- участие в разработке программ аттестации и сертификации медсестер;
- привлечение членов Ассоциации к научным исследованиям в области сестринского дела;
- юридическая защита интересов и прав медсестер;
- участие в работе экспертной и проблемной комиссий Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- укрепление связей между региональными Ассоциациями медицинских сестер России;
- издание "Вестника медсестринских Ассоциаций России";
- поддержка связей с национальными Ассоциациями и Международным советом медицинских сестер;
- разработка документов для вступления в Международный совет медсестер.

Первый президент Ассоциации медицинских сестер России В. А. Саркисова, говоря о ее задачах, подчеркивает, что нерешенных проблем еще много. Это и статус медицинской сестры, которая должна обладать высоким профессионализмом, быть равным партнером в медицинской бригаде. Это и вопрос о страховании профессионального риска и обеспечения профилактических мер против инфекционных заболеваний для сестер реанимационного, операционного, анестезиологического и гематологического отделений. Это и пересмотр нормативов работы, и существенное улучшение социально-экономического положения медицинских сестер, вспомогательного и технического персонала. Одной из основных задач Ассоциации стало привлечение внимания Правительства к проблемам медицинских сестер, от решения которых зависит дальнейшее развитие сестринского дела в России.

В июне 1996 г. в Санкт-Петербурге состоялась Всероссийская конференция по сестринскому делу. Организаторами конференции были Ассоциация медицинских сестер России и Министерство здравоохранения Российской Федерации. На ней обсуждались насущные проблемы сестринской практики и сестринского образования. Ассоциация получила признание как национальная организация, представляющая и защищающая интересы медицинских сестер России.

Это событие вошло в историю страны как конференция, на которой был принят проект первого "Этического кодекса медицинской сестры", разработанный Ассоциацией медицинских сестер России. Принятие этого документа вселяет надежду на полное возрождение морально-этических принципов в медицинской деятельности. В кодексе нашли отражение положительные и отрицательные результаты научно-технического прогресса в здравоохранении, вопросы повышения риска развития язвенных заболеваний, особенности происходящей в стране реформы сестринского дела и другие аспекты, касающиеся деятельности медицинских сестер.

### Тема 3.1. Гигиена умственного труда.

#### План.

1. Анкета «Умение учиться»
2. Режим дня и его значение.
3. Гигиена труда студентов.
4. Организация учебного труда студентов.
5. Разумное использование времени.
6. Рекомендации «Как воспитать в себе организованность и самодисциплину»

#### **АНКЕТА « Умение учиться».**

1. Возникает ли у вас во время лекции или самостоятельного чтения вопросы по содержанию лекции или прочитанного?
2. Просите ли вы объяснить вопросы, которые при определенных условиях вы могли бы понять сами?
3. Бывают ли у вас случаи, когда что-либо «вызубриваешь» не понимая?
4. Занимаясь по учебнику, используете ли вы иногда по собственной инициативе вспомогательные источники с целью более глубокого усвоения материала?
5. При написании реферата удовлетворяетесь ли вы тем, что пассивно пересказываете содержание прочитанного?
6. Обсуждаете ли вы с друзьями, каким способом лучше учиться?
7. Читаете ли вы записи прочитанного, выученного, в тот же день, когда они сделаны?
8. Много ли времени уходит у вас на то, чтобы начать заниматься?
9. Откладываете ли вы работу до последнего дня рассчитывая на быстрый темп выполнения?
10. Выходя из дому, берете ли вы с собой какой-нибудь материал, чтобы читать, например в транспорте или в очереди?
11. Много ли вы тратите времени на то, что слушаете рассказы других или рассказываете сами?
12. Бывает ли у вас в книгах и записях такой беспорядок. Что вы постоянно должны что-то искать?
13. Применяете ли вы какую-либо систему в повторении выученного, которая препятствовала бы быстрому забыванию?
14. Занимаетесь ли вы по установленному вами плану?
15. Удастся ли вам придерживаться этого плана?
16. Отвлекаетесь ли вы от учения во время занятий из-за того, что не имеете под рукой всего необходимого?
17. Повторяете ли вы материал по памяти еще раз, если убеждены, что он уже выучен?
18. Часто ли бывает, что во время занятий вы думаете о чем-то совершенно другом?
19. Есть ли у вас впечатление, что вы понапрасну тратите много времени, которое можно было бы лучше использовать как для работы, так и для отдыха?
20. Прочитываете ли вы за одну минуту 3-4 страницы текста, например научно-популярной книги?
21. Считаете ли вы, что умеете правильно учиться?

Инструкция: Студенты на листе бумаги проставляют номера вопросов, а затем отвечают на них, записывая последовательно около каждого номера «да» или «нет». Далее зачитывается ключ к опроснику, а студенты отмечают ответы, совпадающие с ключом.

Ключ к опроснику:

«Да»: 1.4.6.7.10.13.14.15.17.20.21.

«Нет»: 2,3,5,8,9,11,12,16,18,19.

Если кол-во ответов 11 и более, то такое умение есть.

#### **2. Режим дня и его значение.**

Успех человека в любой области зависит не только от таланта, а во многом от важного

качества - умения работать.

Люди по своей суточной активности делятся на три группы:

1. жаворонки - 20-25%, максимальная работоспособность падает на утренние часы
2. совы - 30-40%, максимальная работоспособность падает на вечерние часы
3. голуби - промежуточный тип, обладают примерно одинаковой работоспособностью в

течении суток.

Предлагаю определить ваш тип.

Тестирование:

1. Трудно ли тебе вставать рано утром?
  - а. да, почти всегда
  - б. иногда
  - в. редко
  - г. крайне редко
2. В какое время ты предпочитаешь ложиться спать?
  - а. после часа ночи
  - б. от половины 12 до часа
  - в. от 10 до половины 12
  - г. до 10 часов
3. Какой завтрак предпочитаешь в первый час после пробуждения?
  - а. солидный
  - б. обильный, но не очень калорийный
  - в. достаточно 1 бутерброда
  - г. хватит чашки кофе или чая
4. В какое время чаще встречаются твои мелкие раздражения или ссоры?
  - а. в первой половине дня
  - б. во второй половине дня
5. От чего бы вы могли легко отказаться?
  - а. от утреннего чая или кофе от вечернего чая или кофе
  - б. Легко ли вы во время каникул нарушаете привычки, связанные с приемом пищи?
    - а. очень легко
    - б. достаточно легко
    - в. трудно
    - г. привычек не меняю
7. С утра вас ждут важные дела. На сколько раньше вы ляжете спать вечером?
  - а. более чем на 2 часа
  - б. на час или два
  - в. менее чем на час
  - г. как обычно

8. Как точно вы можете оценить отрезок времени, равный минуте (попарно друг друга проверяют при помощи часов)

- а. отрезок оказался меньше минуты
- б. отрезок оказался больше минуты

Эталон баллов:

	1	2	3	4	5	6	7	8
А	3	3	3	1	2	0	3	0
Б	2	2	2	0	0	1	2	2
В	1	1	1	-	-	2	1	-
Г	0	0	0	-	-	3	0	-

0-7 баллов: жаворонок

8-13 баллов: голуби

14-20 баллов: совы

Постоянное нарушение ритма труда, учебы, бодрствования, сна (т.е. отсутствие режима дня) приводит к снижению работоспособности, сонливости днем, бессоннице ночью и др. неприятным

явлениям. Установлено, что для большинства студентов имеются два пика максимальной работоспособности: между 10-12 и 16-18 часами. Именно в это время при минимальной затрате сил можно выполнить наибольшую работу.

По дням недели более высокая работоспособность отмечается по вторникам и средам. В четверг она снижается и становится минимальной в пятницу. Что же касается понедельника, то работоспособность в этот день не очень высока, т.к. происходит «вработываемость» после воскресного дня.

*Степень трудности учебных предметов* должен каждый установить себе сам (это зависит от индивидуальных особенностей) и самые трудные предметы готовить, когда *высокая работоспособность*.

#### Примерный режим дня.

1. Подъем
2. Гимнастика и утренние процедуры
3. Завтрак
4. Дорога в училище
5. Занятия в училище
6. Обед
7. отдых после занятий
8. Приготовление уроков
9. Свободное время
10. Сон \_\_\_\_\_

#### *Дома - исследовать!*

Конечно, этот режим дня не каждому подойдет, но нужно стараться приложить максимум усилий к тому, чтобы самые важные дела выполнялись в определенное время. Приготовление домашних заданий в одно и то же время помогает их выполнять быстрее и лучше, т.к. при этом организм «готов» к началу занятий.

#### **4. Организация учебного труда.**

1. Большое значение для лучшего усвоения материала и экономии времени имеет работа на занятиях. Внимательно слушай на уроках объяснения учителя и ответы студентов. Возьми себе за правило: четко вести записи на занятиях. Не стесняйся спрашивать о непонятном, неясном, вызывающем сомнения.

*Максимальное использование уроков экономит время в 2, а то и 3 раза.*

2. Нужно научиться садиться за работу сразу, не оттягивая этот момент. Чем дольше человек оттягивает начало работы, тем большее усилие ему потребуется для того, чтобы заставить себя приступить к ней, тем более длительный будет период «вхождения» в работу.

Студент, который выполняет работу, не представляющую для него интереса, проходит два этапа. Вначале он работает с трудом, неохотно. Все строится на сознательном волевом усилии. Работа при этом недостаточно эффективна, хотя затрачивается много. По мере «втягивания» в работу, требуется меньше самопринуждения, появляется к ней интерес, и дело идет быстрее и эффективнее. Тот, кто оттягивает начало работы, удлиняет и первый тяжелый этап. У того, кто начинает работу без промедления, 1ый период «втягивания» бывает коротким, иногда почти незаметным. Работа в этом случае оставляет хорошее воспоминание. Он легко работает, многое успевает сделать, многого достичь.

4. Важное значение имеет интенсивность труда и полная внутренняя концентрация на выполняемом задании.

Тот, кто привык к интенсивной умственной работе, затрачивает времени меньше на выполняемом задании, чем тот, который работает, все время отвлекаясь.

Привычка работать в хорошем темпе - очень важный момент в умении правильно заниматься. Тот, кто долго раскачивается, по существу работает лениво, все время прерываясь. Кто умеет полностью сконцентрироваться, работает напряженно. В конце концов тот или иной темп мыслительной деятельности усваивается и становится привычным для человека.

Если студент знает, что он может сразу сосредоточиться и включается в работу без затруднения, работает вначале с подъемом и более продуктивно, чем в конце занятий, то ему прежде всего нужно выполнять более трудные задания. Если же он втягивается в

работу медленно и эффективность труда нарастает постепенно, то нужно начитать подготовку с более легких или интересных заданий, а потом переходить к более трудным.

### **Диктант.**

*Клеточный состав, чрезмерная тучность, функциональное состояние, творческое выражение, светлое мироощущение, терапия, психопрофилактика, первая помощь, подготовка к занятиям.*

Задание: зачеркнуть гласные буквы, сосчитать согласные.

80 согласных

Рекомендации:

1. Кто выполнит задание верно и быстро, начинать готовить домашние задания с трудных предметов.
2. Кто выполнил задание неверно и медленно, надо начитать задания с более легких , потом трудные и снова легкие.
5. Важным моментом в умении учиться является контроль и самоконтроль. Очень часто ощущение непонятности, возникающее при первом знакомстве с материалом, смешивается учащимися с эффектом усвоения. « Я вчера читал все понял. А сегодня вызвали и ничего не мог рассказать», - недоумевал студент. Дело заключается в том, что , прочитав этот материал один раз, он к нему больше не возвращался. Не попытался убедиться, заполнил он материал или нет. Само по себе понимание материала, еще не гарантирует его успешного воспроизведения. В этом случае студент не умеет осуществлять контроль за результативностью своего труда. Он не знает, выучил урок или нет. Он может только сказать, что прочитал материал столько то раз, а каков результат чтения, здесь его оценки бывают ошибочными. Само по себе первоначальное понимание еще не обеспечивает уверенного ответа на уроке. Один из способов самоконтроль - пересказ материала. Затем развернутый контроль начинает постепенно сокращаться. Студент все чаще проверяет прочность своих знаний, воспроизводя только логическую схему материала. Повторять каждый раз заданный урок во всей его полноте становится приемом нерациональным, трудоемким в силу большого объема материала. Теперь студент, контролируя себя, намечает в уме план.

### **3. Гигиена труда.**

1. Убери все лишнее со стола, выключи телевизор, магнитофон, радио.
2. Продумай план подготовки домашнего задания ( какой предмет или вопрос будете изучать в первую очередь).
3. Приготовь все необходимое: конспект, учебник, справочную литературу.
4. Сядь правильно, следи за расстоянием наилучшего зрения, не отвлекайся.
5. Делай перерывы через 40 - 45 минут.
6. Более эффективны занятия в помещении при t 18-20 g.
7. Регулярно проветривай помещение. Работоспособность резко снижается, если количество углекислоты в воздухе повышается до 0,1%.

### **Сон.**

Исследования показали, что только у 9% старшеклассников продолжительность сна соответствует гигиеническим нормам, только 28% бывает регулярно на свежем воздухе, 40% проводят у телевизора по 2,5 часа в учебные дни и по 4-5 часа в выходные.

Продолжительность сна не должна быть менее 8 часов. Недосыпание отрицательно сказывается на самочувствии . Возникает раздражительность, вялость, невнимательность, ухудшается память.

Иногда студенты жалуются на плохой сон. Причиной этого может быть перенапряжение, умственное переутомление. Перед сном полезно выполнить ритуалы сна: проветри комнату, прими душ, вымой ноги, почисти зубы. Все это настраивает на сон.

Для обеспечения полноценного и глубокого сна необходимо соблюдать следующие условия:

1. Правильно чередовать трудный отдых.
2. Не допускать переутомления. Прекращать напряженную работу за 2-3 часа до отхода ко сну.
3. Соблюдать режим питания. Не перегружать желудок пищей вообще и особенно во время ужина. Приминать пищу не позже чем за 2 часа до отхода ко сну.
4. Перед сном совершать 20- 30 мин. Прогулки на свежем воздухе.
5. Отходить ко сну и подниматься в одно и тоже время . Лучше время для

сна от 10- 11 часов вечера до 6-7 часов утра.

6. Спать необходимо в хорошо проветриваемой комнате.

7. Постель должна быть удобной, умеренно мягкой, можно жесткой, головой к северу.

## 5. Разумное использование времени.

Время люди научись ценить давно. Народная мудрость гласит: «Время - казна для знающего ему цену»; «Время ушло - счастье ушло»; «Потерянную вещь можно найти, потерянное время - никогда»; «Минута час бережет».

Как бережно относились ко времени великие писатели, ученые. М.Горький : «На день надо смотреть , как на маленькую жизнь, надо проверить , чем богата эта жизнь». Я.Корчак: «Уважайте текущий час и сегодняшний день!... Уважайте каждую минуту, ибо умрет она и никогда не повторится»..

В сутках 24 часа. Это , Конечно, немного. Однако иные студенты не знают, куда их день. У трудолюбивых почти всегда дефицит времени, у ленивых - его избыток.

Время нельзя ни растянуть, ни сжать и даже сберечь. Его можно лишь различным образом использовать. Ускоряется не время, а уплотняются дела человеческие.

К.Д.Ушинский : убийство времени есть медленное самоубийство.

Чтобы более конкретно изучить резервы времени студента, нужно провести ХРОНОМЕТРАЖ: куда и сколько времени расходует студент, а затем определить целесообразность такого расхода. Сначала выявляются часы пустого времяпрепровождения. Этому подвержены чуть ли не все студенты. Одни теряют времени и даже не подозревают. Что тратят его впустую, а у других расходуется напрасно значительная часть дня. Например, некоторые , не шатаются по улицам, но несколько часов просиживают у телевизора. Время некоторых варварски расхищается из- за дурных привычек :азартные игры, курения, алкоголя, наркомании, токсикомании. Это опустошает человека духовно, нравственно, разрушают и губят организм.

*Как научиться экономить время?*

1ый шаг - изучить расходовать времени в течение 7 дней: куда, на какие цели и сколько его уходит, насколько экономно используется учебное время, время отдыха, досуга, нет ли потерь (неделя - цикл деятельности).

Неумение беречь свое и чужое время - следствие бескультурья, которое надо поскорее изжить.

Одно и то же время воспринимается людьми различно. Чем меньше ребенок, тем длиннее кажется ему год, час.

Различное восприятие времени зависит от содержания труда и уровня его организации, а это- от отношения к нему, от степени удовлетворения трудом. Чем содержательнее деятельность , чем лучше она организована, тем более привлекательна, чем больше вызывает удовлетворения, тем, кажется, быстрее проходит время - оно как бы исчезает, становится незаметным.

Различно воспринимают время оптимистами и пессимистами, сангвиниками и меланхоликами, здоровыми и больными студентами, те. у кого воспитано чувство времени, и теми, у кого оно не сформировано.

Можно ли воспитать его студентами?

Не только можно, но и необходимо. Для этого при подготовки домашнего задания или чтения книги важно ставить себя в определенное временные рамки. Например, на решение той или иной задачи или выполнит того или иного упражнения - столько- то минут. Это и дисциплинирует, и помогает формировать чувства времени.

Время нужно экономить не само по себе. Оно ткань жизни и деятельности личности. Время - это дела, поступки, свершения, и чем они значительнее, тем богаче жизнь. «Учитывать время - значит дольше жить».

Выучить наизусть стих С.Я.Маршака.

Мы знаем: время растяжимо,

Оно зависит от того,

Какого рода содержимым

Вы наполняете его

Бывают у него застои,

А иногда оно течет

Ненапряженное, пустое,

Часов и дней напрасный счет.

Пусть равномерны промежутки,  
Что разделяют наши сутки,  
Но, положив их на весы,  
Находим долгие минутки  
И очень краткие часы.  
Сколько времени необходимо, чтобы выучить наизусть?

## ПАМЯТКА

### Правила рационального расходования времени.

1. Определять, сколько времени необходимо затратить на ту или иную деятельность, чтобы выполнить ее наилучшим образом.
2. Научиться сравнительно точно определять начало и конец работы.
3. Уметь придерживаться намеченных сроков.
4. Уметь спланировать свой труд в течение дня и на более длительный срок.
5. Уметь осуществлять учет и контроль затрат времени.
6. **Как воспитать в себе организованность и самодисциплину.**

Множество людей попусту тратят свое время и энергию на какое-нибудь дело из-за того, что отчетливо не представляют себе, что же они собираются делать. Определить с самого начала **цель работы**, конечный ее результат - решающее условие успеха.

**Запиши** на листке самые срочные дела в порядке их важности. Примись за дело № 1 и не отступай от него, пока не закончишь.

Будь готов к тому, что возможно, к концу дня закончить только одно или два дела. Завтра снова сосредоточиться на самом главном.

Постарайся превратить свои дела из «надо» в «хочется» - и продуктивность твоей деятельности повысится.

Установи твердые **сроки** выполнения дела. Сроки должны быть реальными, иначе не сумеешь выполнить обязательно, остынешь и откажешься от самого дела. Наметив срок, будь непреклонен к тому человеку, который пообещал что-то сделать к определенному сроку и не сдержал своего обещания.

Научись говорить себе «нет». Часть программы самодисциплины и должны состоять в том, чтобы научиться даже время отдыха проводить как можно более полезно, отказываясь от интересных для тебя форм организации свободного времени.

Используй все свое время полностью. Всегда есть возможность время интересно. Это значит, что время поездок, ожидания можно занять такими делами, как планирование, обдумывание предстоящих дел и т.д.

## Тема 3.2. Оптимизация личного труда. Техника чтения, письма.

### План.

1. Техника чтения:
  - а) виды чтения;
  - б) скорость чтения;
  - в) методика повышения скорости чтения

2. Техника письма:
  - поля;
  - сокращение текста;
  - скоропись;
  - выделение главного в тексте

2. Гимнастика для рук.

### 1. Техника чтения.

Книга - важное средство информации, распространение знаний, образования, воспитания. Прежде всего книга - это источник знаний, а знания - это сила. Однако, чтобы добыть из книги знания, нужны знания о том, как эффективно работать с книгой. О том, как работать с книгой учат педагоги, психологи, методисты.

Ученые подсчитали, что общее количество книг, увидевших свет, уже более 30 миллионов. Издано свыше 70 миллионов названий брошюр, листовок и т.д.

Библиографы О.Ю.Шмидта( академика) рассказывают, что еще юношей он любил плановость в работе и не поленился составить список необходимой литературы. Оказалось: чтобы выполнить намеченную программу чтения, нужно было всего - навсего... тысячу лет! Почти полвека спустя О.Ю.Шмидт вспоминает: « С болью в душе я стал вычеркивать то, что хотя и нужно, но без чего можно обойтись. Оставил в программе только то, без чего не мыслил себе пути в науку... Новый подсчет . И снова ошеломляющий итог - 250 лет!»

Вот еще один феномен: подвиг Н.А.Рубакина - русского библиографа и писателя, популяризатора научных знаний. Незадолго до смерти составил он краткую табличку сделанного: прочитано, просмотрено, просмотрено, изучено 250 тысяч книг, создано 49 больших научных работ, написано 280 научно-популярных книг, собрано 230 230 тысяч книг, составлено и разослано 15 тысяч программ по самообразованию, опубликовано 350 статей. Но сюда не вошли сотни книг, которые Рубакин редактировал, тысячи писем, которые он писал. И хотя жизнь он прожил долгую - 84 года, изумление наше беспредельно.

Если обратить внимание, рубакинские цифры сопровождалась сакраментальными словами: просмотрено, прочитано, изучено.

Просмотреть, прочитать, изучить... Выбор способа чтения зависит от целей работы. В арсенале читателя этих способов несколько: просмотр, беглое сплошное чтение, чтение выборочное и чтение-изучение.

#### **Виды чтения:**

Предварительное - общее знакомство с книгой и выделение в ней всего того, что наиболее существенно и требует детальной проработки в другое время.

Сквозное - охват всего содержания книги в целом.

Выборочное - поиск нужного ответа на возникший вопрос.

Повторное - глубокое проникновение в замысел автора.

Чтение с проработкой материала - критический разбор читаемого, конспектирование.

Партитурное - быстрое, динамическое, беглое ознакомление с книгой в целом при большой скорости чтения ( за 1,5 - 2 часа - 200- 300 страниц).

Что следует поминать под «**техникой чтения**» ?

Это навыки быстрого и рационального чтения.

В наш век нужно уметь читать быстро. Исследования психологов показали, что быстрое чтение - это и условие лучшего функционирования мозга. Медленное чтение тормозит умственное развитие. Американские исследователи предлагают следующие нормы чтения про себя:

Старший школьный возраст - 215- 250 слов в минуту;

Студенческий возраст - 250- 280 слов в минуту;

Высококвалифицированные специалисты - 340 - 620 слов в минут;

**При каких условиях возможно быстрое чтение?**

При условии автоматизации и свертывания (сокращения) речевых мыслительных операций без ущерба для их осмысливания. Умеющий читать говорит про себя. За счет этого скорость чтения удваивается. Если устранить **фонетический барьер**, то скорость чтения можно увеличить еще в несколько раз. На этом и основано **быстрое чтение**. Его сущность состоит в умении сватывать сразу несколько слов, а то и целый абзац (их основной смысл) без смыслового произношения. Память и мышление в этот момент настолько активизированы, что позволяют воспринимать весь текст. Этот вид чтения доступен всем, но лишь в результате большой и серьезной тренировки.

Как определить скорость своего чтения?

Отобрать нужную, но еще не читанную книгу. Затем проверить, сколько слов содержит одна страница этой книги. За слова считаются все части речи, включая предлоги и союзы. Читать равное количество минут, примерно 10.

Например, за 10 минут вы прочитали 9 с лишним страниц. На каждой странице по вашим подсчетам примерно 268 слов.

Скорость чтения ( Счт) =  $(268 * 9) + 169 / 10 = 268$  слов в минуту.

**Как усовершенствовать скорость чтения?**

1. Выработать у себя установку, готовность к самосовершенствованию.
  2. Самый ответственный шаг - организовать планомерную и систематическую тренировку.
  3. Максимально увеличивать сектор обзора читаемого текста, стремиться охватить одним взглядом возможно большее количество слов, строк, абзацев;
  4. приучивать себя воспринимать значение слов мысленно, без их произношения ( не вслух, но даже « про себя»);
  5. развивать память и мышление так, чтобы весь текст воспринимался внимательно.
- Сдвиги к лучшему наступают не сразу, после 4-8 недель систематической тренировки. Более существенные сдвиги происходят у тех. Кто читал медленно.

Чем выше скорость чтения, тем более успешно студент учиться, больше успевает.

### **Проверка техники и скорости чтения (практические навыки).**

1. Приготовь незнакомый текст объемом 3-4 страницы.
2. Попроси друга составить по нему 10 вопросов.
3. Начинай читать и читай как можно быстрее.
4. Теперь ответь на вопросы. За правильный ответ 10 баллов, за неверный - 1 балл, за остальные ответы ( в зависимости от правильности) от 2 до 9 баллов.
5. Определи коэффициент усвоения информации, т.е. число полученных баллов раздели на 100 - максимальную сумму, которую ты мог бы получить.
6. Теперь определи скорость чтения. Подсчитай количество всех слов, включая предлоги, раздели их на время в минутах, потраченное на чтение и умножь на коэффициент усвоения.

Коэффициент усвоения = Кол-во баллов /100

**Работу над учебным текстом надо строить по следующему плану:**

1. Чтение всего текста с целью общего знакомства.
2. Выяснение значения трудных слов и выражений.
3. Деление всего материала на составные части (смысловые куски). Установить логическую последовательность частей материала.

*Комплекс приемов чтения (самостоятельной работы с книгой):*

1. выделение существенного,
2. пересказ,
3. ответы на вопросы,
4. сортировка материала,
5. составление плана,
6. самопроверка
7. формирование приемов умственной деятельности.

*Навыки работы с карандашом внутри книги.*

Относительно техники работы с книгой здесь должна быть определенная система. Подчеркнуть - значит провести линию (тонкую, жирную, волнистую, прерывистую), а может, и две, три, и каждая из них должна иметь свой смысл, значение.

Например, \_\_\_\_\_ одна прямая черта - важная мысль,  
 ===== основная, главная,  
 ----- интересный фактический материал.

X, !, !!, !!!, I, II, III - важно, очень важно, обратить внимание

== - итог, сумма, равенство

> < - более, менее

? - сомнение, вопрос

N B, NB - хорошо заметить

V V - наоборот

P S - приписка, написанное после.

[ - сумма, итог.

Подчеркивание различным цветом облегчает ее поиск использование. Можно условиться: понятия - синим;

основные положения, законы, закономерности- красным, следствия, факты - зеленым и т.д.

В библиотечных книгах - только закладки!

Но не спеши сразу внедрять эти пометки в свою практику в полном объеме. Важно ведь не количество и «ученость» пометок, а их осмысленность. Вполне вероятно, что ты, руководствуясь здравым смыслом и опытом великих, с течением времени создашь свою собственную систему пометок, помня об их главном назначении - служить символами, знаками остановки внимания.

Не менее важно выработать и систему знаков.

! - важное место, обратить внимание

? - сомнение, надо проверить на полях - пометки, заметки.

Такие утвердительные символы, подчеркивания ориентируют тебя в отборе материала для записей.

Мы условились, что итогом первоначального чтения должен явиться простой план читаемого. Помни об этом в ходе работы, отмечай (цифрами на полях, горизонтально со скобкой -), где заканчивается доказательство одной мысли и берет начало мысль другая. Если владеешь уже навыком составления простого плана, старайся тут же на отдельном листочке формулировать мысль. Можно записывать эти заголовки плана и на закладках, оставляя их в соответствующих местах текста, но не забудь все-таки пометить на вкладышах страницу - узенькие полоски бумаги имеют странную манеру вылетать из книги и перепутываться.

Чтение закончил? Теперь принимайся за тетрадь. Первая запись, сделанная тобой о прочитанном, - выходные данные книги. Запомни: их перечень необходимо делать в определенном порядке - автор, инициалы, название, место издания и год (Петрянов И.В., Трифонов Д.Н. Великий закон. М., 1976)

Если же работаешь с материалами сборника, укажи на полях полные выходные данные всей книги, а затем, вверху основного поля записи, - название книги, статьи, рассказа ( в точном соответствии с оглавлением), ставших предметом твоего внимания.

А план записывать не торопись - последующее чтение может уточнить его.

#### *Напомню тебе советы:*

1. Прочитать ( речь идет о первом чтении) про себя текст, продумать прочитанное;
2. Разбить текст на смысловые части и каждую озаглавить;
3. В заголовках кратко передать главную мысль каждого фрагмента;
4. Проверить, связан ли последующий пункт плана с предыдущим, отражают ли пункты плана основную мысль текста, связаны ли они по смыслу;
5. Проверить, можно ли, руководствуясь этим планом, раскрыть основную мысль текста.

*Чтение посредством пера превращается в плоть и кровь.*

#### **Сенека.**

Итак, подведем итоги первоначального чтения. Оно должно дать четкое представление об основных мыслях текста, его композиции, о неясных местах. В результате этого чтения появятся твои первые записи и пометки: точные выходные данные книги, эскиз простого плана ( последовательный перечень основных мыслей автора), серия пометок в тексте, останавливающих твое внимание на местах неясных, а также на фрагментах, наиболее компактно выражающих суть читаемого.

#### **Техника письма.**

Студент должен писать быстро, четко и ясно от 15 -20 до 30- 40 слов в минуту.

Чтобы научиться писать быстро, надо устранить все отклонения от нормы. Нормальное письмо - размер шрифта обычной пишущей машинки.

1. Для скорописи надо устранить «болезни» письма: размер, наклон, плотность, отсутствие «художественности».

2. Использовать принципы стенографического письма: буквы писать короче, пропускать гласные, отбрасывать окончания, условно обозначать часто встречающиеся слова.

Поэтому полезно знать **основные требования к сокращению слов:**

1. при сокращенной записи нужно сохранять корень слова (книжн., газета,);
2. оканчивай сокращение на согласную, за которой следует гласная ( сокр., согласи., гласи.);
3. пользуйся общепринятыми аббревиатурами - сокращениями, употребляемыми в письменной речи ( СНК - Совет Народных Комиссаров; ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота и пр.);
4. возьми на заметку сокращения, принятые в словарях и энциклопедиях. В них «Список сокращений» - неперемнная часть вступительных материалов ( н.э. - нашей эры; ед.ч. - единственное число; см.- смотри;  
к- рый - который; сл-но - следовательно; пр- т- пролетариат; кр- во - крестьянство и т.д.);
5. Если выписка носит характер словарно- терминологический, объясняемое слово нет нужды повторять, достаточно обозначить его имена собственные.

Нормализация письма, его упрощение, различные виды сокращения, условные обозначения, систематические тренировки - путь к скорописи.

В рабочей тетради должны быть поля - памятки, пояснения, дополнения, домашние задания.

#### **Сокращения текста.**

**АД** - артериальное давление

**БАК**- биохимический анализ крови

**ИБС**- ишемическая болезнь сердца

**ОАК**- общий анализ крови

**ЭКГ**- электрокардиограмма

**ОПН-** острая почечная недостаточность  
**ОРЗ-** острое респираторное заболевание  
**ОРВИ-** острое респираторное вирусное заболевание  
**УЗИ** - ультразвуковое исследование

### **Практическое задание**

Проверить, сколько слов вы пишете за одну минуту?

### **Гимнастика для рук.**

1. Одновременное сгибание и разгибание пальцев обеих рук. (5-6 раз)
2. Сгибание и разгибание рук в локтевом суставе (6-8 раз)
3. Противопоставление пальцев рук. (3-4 раза)
4. Сгибание и разгибание пальцев рук в дистальных суставах. (5-6 раз)
5. Руки согнуты в локтевых суставах. Круговые движения в лучезапястных суставах  
внутри и наружи.
6. Сгибание и разгибание рук в плечевых суставах . (4-6 раз)
7. Супинация (суп несешь - ладонь вверх) и пронация ( суп пролил - ладонь вниз)  
предплечий и прямых рук. (5-6 раз).

### Тема 3.3 Особенности организации УИРС и НИРС.

#### План.

1. Поиск информации.
2. Структура книги:
3. Конспект.
4. Подготовка к семинару.
5. План.
6. Тезисы.
7. Рецензия.
8. Обзор.
9. Особенности конспектирования лекций.
10. Реферат. Требование к написанию рефератов.

#### Практические задания.

I. Михайлов «Справочник фельдшера» - найти ряд заболеваний:

*Псевдотуберкулез*

*Корь*

*Дифтерия*

*Инсульт*

*Менингит*

*Шизофрения*

*Дизентерия*

*Бешенство*

*Ботулизм*

*Энцефалит*

*Пневмония*

II. Составить библиографию по темам ( к рефератам)

- а) вариант «**Наркомания**»
- б) вариант «**Курение и его вред**»
- в) вариант «**Спид - чума XX века**»
- г) вариант «**Алкоголизм, его влияние на наследственность**».

III. Работа с энциклопедиями:

*Деонтология*

*Гистология*

*Геронтология*

*акушерство фармакология*

*хирургия*

### Спроси себя :

- Определил ли я круг вопросов, значение которых мне необходимо? Есть ли у меня список книг, которые нужно непременно прочитать?
- Сумею ли я, хотя бы приблизительно, подсчитать, сколько книг прочел?
- Знаю ли я, где искать нужную книгу?
- Как я просматриваю книги?
- Как сделать школьную библиотеку такой, чтобы она стала по-настоящему местом моей работы с книгой?

*Надо знать обо всем понемногу, но все о немногом.*

**К. А. Тимирязев**

Конечно, мало кто начинает сизмала на всю жизнь намечать авторов и названия книг для прочтения. Но задавать себе программу тем, проблем, вопросов, безусловно, следует. Само чтение откорректирует тебя. И не смущайся обширностью планов.

Великие, они были энциклопедистами не от рождения. Еще не представляя наработанного до них человечеством, они бесстрашно врезались в толщу пластов культуры, очерчивая обширный горизонт необходимого им знания.

Мальчик, живший в глухом и отдаленном уголке своей страны около двухсот лет назад, наметил себе такой перечень:

1. Теология, или религия, изучаемая через природу.

Этика, или нравственные добродетели, изучаемые через откровение.

2. География.

3. Моя профессия: ботаника, фармакология, учение о болезнях, анатомия, хирургия, химия.

4. Логика.

5. Языки: английский, французский, латинский, греческий, итальянский, испанский, еврейский.

6. Физика: учение о свойствах тел природы, явлениях природы, учение о жидкостях, свойствах организованной материи.

7. Астрономия.

8. Механика.

9. Риторика и ораторское искусство.

10. История и хронология.

11. Математика.

Имя же этого человека есть и в твоих учебниках. Краткая справка энциклопедий гласит: Дэви, Гемфри (1778- 1829) - английский физик и химик, выдвинул электрохимическую теорию. Широко применил для химических исследований электролиз. Открыл опьяняющее действие закиси азота. Описал свои опыты по получению электрической дуги (спустя десять лет после В.В.Петрова, о чем Дэви знать не мог). Изобрел

безопасную рудничную лампу. Впервые разработал и прочитал курс сельскохозяйственной химии, высказал мысль, что минеральные соли составляют часть пищи для растений.

Писатель Б.Могилевский, рассказавший о Гемфри Дэви в книге «Живи в опасности!» (это девиз Дэви), называет его корнуоллским Ломоносовым. Их роднит жажда познания, соединенная с удивительной силой воли, самообразования, возведенное в культ и систему.

*Надо укрепить свою мысль чтением гениальнейших мыслителей, изучавших природу и человека в особенности.*

**Д.И.Писарев**

«Современный читатель находится перед Гималаями библиотек в положении золотоискателя, которому надо отыскать крупинки в массе песка», - говорил академик С.И. Вавилов. И отыскивать эти крупинки золота помогает нам библиография, в буквальном переводе - «книгописание». В задачу этой науки входит информация о книгах, о печатной продукции, ее анализ и рекомендации читателю.

Ты знаком, наверное, хотя бы с одним библиографическим указателем - они встречаются тебе в библиотеке на полках свободного доступа. Да и в учебниках приведены краткие списки литературы для дополнительного чтения - это тоже труд библиографа.

Сегодня владение библиографической культурой есть неременный признак образованности человека, показатель его рабочей квалификации. Уметь читать библиографию должен каждый.

Открыв библиографический указатель, обрати внимание на то, кому он адресован. Каждый указатель рассчитан на определенный круг читателей, и в этом его особая ценность. На одну и ту же тему о космосе, например, - старшеклассник откроет один указатель, а специалист - другой.

Тематические рубрики помогают сориентироваться в новинках: Философские науки. Социология. Психология. Религия. - История. Исторические науки. - Государство и право. - Военное дело. - Информатика. - Физико-математические науки. - Химические науки. - Геолого-географические науки. - Биологические науки. - Техника. Промышленность. - Общетеchnические дисциплины. - Энергетика. - Горное дело.- Металлургия. Машиностроение. Приборостроение. - Химическая технология. - Технология древесины. - Легкая промышленность. - Пищевые производства. - Сельское хозяйство. - Агробиология. Почвоведение. Агрохимия. Растениеводство. - Животноводство. Охотничье хозяйство. Ветеринария.- Транспорт. - Коммунальное хозяйство. - Здравоохранение. Медицинские науки. - Физическая культура. Спорт. Туризм. - Культура. Образование. - Языкознание. - Литературоведение.- Русская художественная литература. - Иностранная художественная литература. - Искусство. Искусствоведение. - Библиотечное дело. Библиография. - Книги на иностранных языках. - Подписные издания.

Хочу обратить внимание еще на один ценнейший источник знания о книгах. Это - внутрикнижная библиография. Книги научно-популярные и научные, как правило,

отсылают своих читателей к широкому кругу литературы по рассматриваемому вопросу. Научно-популярная - для того, чтобы расширить самообразовательное поле читателя. Научная книга - для того, чтобы читатель сам мог принять участие в диалоге ученых, определить свою точку зрения на ту или иную проблему. Но главное библиографическое богатство научной книги - в постраничных ссылках (сносках) на цитируемую и упоминаемую литературу.

И все-таки главный твой помощник в поиске нужной книги - библиотека, а в ней - каталоги и твой друг - библиотекарь.

**Каталог** - настоящий мозг библиотеки, ее память. Он хранит сведения о каждом издании, поступившем когда-либо в библиотеку: фамилию автора и название книги, город, где она напечатана, название издательства и год издания, ее тираж и число страниц. Иногда на карточку, где содержатся сведения, помещают и аннотацию - краткое изложение содержания книги. В левом верхнем углу каталожной карточки - библиотечный шифр. Чем объемнее фонд книгохранилища, тем сложнее этот шифр. Пользуйтесь им, библиотекарь быстро разыщет нужную тебе книгу.

Существует несколько каталогов: алфавитный, систематический.

**Алфавитный каталог** такой, где книги расположены в алфавитном порядке фамилий авторов. Он поможет, если твердо знаешь, кто именно написал нужную книгу. И обязательно - инициалы автора.

Для поиска книг в таком каталоге важно знать. Что по алфавиту идут не только начальные буквы фамилий, но и вторые, третьи... В таком порядке Аксаков всегда встанет впереди Арсеньева, Пиаже впереди Пиотровского и т.п. Различные сборники, книги, написанные коллективом авторов,

располагаются в этом каталоге по названиям.

Кроме алфавитного каталога, существует еще **каталог систематический**. Назван он так потому, что карточки выстроены здесь в определенной системе по различным отраслям знания. Ценность систематического каталога в том, что в нем раскрывается связь между отдельными науками, показывается их соподчинение. Ты сможешь увидеть, как конкретизируется та или иная проблема и к какой отрасли знания восходит частный вопрос.

Пользоваться систематическим каталогом не просто. Поэтому специалисты рекомендуют конечный набор правил (алгоритм) поиска литературы по определенной теме с помощью каталога.

В крупных библиотеках есть и предметные каталоги - карточки расположены по алфавиту названий предметов, которым посвящены те или иные книги.

В ряде библиотек каталоги дополняются разнообразными картотеками. Наиболее распространены картотека журнальных и газетных статей и картотеки персоналий. Принцип организации материалов периодики систематический, т.е. по отраслям знаний, а в картотеке персоналий найдешь необходимую литературу о том или ином лице.

**Начало**

**Но** есть и еще один способ знакомства с книгами. Я бы определила словами : «рыться в книгах». «Рыться в книгах» совсем не пустая, беспорядочная трата времени, как может показаться некоторым.

*Ройся в книгах при всяком удобном случае. Старайся перелистать и пересмотреть на своем веку возможно больше разных книг.*

**Н.А.Рубакин**

«Рыться в книгах» нужно уметь! Конечно, как любое умение, оно вырабатывается годами. Но есть стартовая площадка этого умения - знание, понимание роли каждого элемента книги, умение извлечь необходимую информацию о книге, ее не читая.

Начнем с **заглавия книги**. Оно в научной литературе всегда указывает тему.

На обороте титульного листа( т.е. листа, открывающего книгу) , как правило, помещается **аннотация** - сжатая характеристика содержания с указанием возможного круга читателей книги. Аннотация может находиться на последней странице издания или на его обложке, как в книге А.И.Ракитова «Принципы научного мышления» (М.,1975). На обложке читаем: «Книга профессора А.И.Ракитова знакомит читателя с тем, как образуются научные абстракции, каким требованиям должны удовлетворять законы науки, дает представление о таких важных понятиях современной науки, как вероятность, неопределенность, достоверность. Автор показывает, насколько широк мир проблем, для решения которых необходимо знание принципов научного мышления и умение их применять. Книга рассчитана на учащихся старших классов, студентов, всех, кто интересуется логикой и методологией современной науки».

Следующий шаг - к **оглавлению**. Его нужно читать предельно внимательно, ведь план изложения темы, своеобразный путеводитель.

Следующий этап - **предисловие** или авторское введение. В нем изложены задачи, поставленные автором, иногда повод к изданию или переизданию.

Немалое значение для знакомства с книгой имеет и **заключение** ( послесловие). **В** нем итог выполненной работы, краткие выводы.

*Каждый раз, начиная сложную работу, никогда не спеши ,дай время, смотря по работе, чтобы войти в эту сложную работу, мобилизоваться в порядке, а не бессмысленно, суетливо.*

**И.П. Павлов**

Так «рыться в книгах» - значит расширять свой кругозор. Умение это важно и тогда, когда стоишь в библиотеке. Библиотека... Она не просто книгохранилище, а храм знания. Она, по словам Ю.Н.Тынянова, исследователя литературы и писателя, «не только снабжает читателя книгами, но и вводит его в культуру, знакомит с тем, как культура делается, как делается искусство, техника и история». Иногда одна строка, случайное, казалось бы, упоминание возвращает прошлое, и, говорил Тынянов, «книги опять становятся тем, чем были, - людьми, историей, страной». Эту мысль продолжает М.С.Шагинян: «Книги в библиотеках не лежат: они движутся от человека к человеку, от поколения к поколению. Библиотеки - это жизнь книг во времени. Нет ничего отраднее, чем познавать мудрую книгу. Наш мозг получает от книг энергию, впитывает в себя сконцентрированный в них многовековой научный, нравственный и художественный опыт...»

### **Памятка для работы с учебником:**

#### **1. До чтения текста:**

Начинайте работу с заголовка. Настраивайте себя на дальнейшую работу с текстом.

#### **2. По ходу чтения:**

Ведите диалог с текстом. Выявляйте скрытые в тексте вопросы, стройте свои предположения и проверяйте их. По ходу диалога старайтесь осознать, что вам непонятно. Выясняйте трудные для вас вопросы. Делайте выписки, подчеркивайте важные мысли, составляйте схемы, чертежи, таблицы. Разбирайте конкретные примеры.

#### **3. После прочтения:**

Попытайтесь выразить главную мысль текста. Прочтите повторно трудные для вас части текста. Составьте план. Задавайте себе вопросы по всему тексту. Проверьте себя. **Виды учебных записей.**

**Конспект** - наиболее распространенный вид записей: последовательное изложение основного содержания прочитанного или услышанного: доклада, лекции, рассказа.

В конспекте содержатся не только основные идеи прочитанного (услышанного), но и обоснование их, подтверждение цитатами, фактами, цифрами.

Когда материал прочитан и усвоен, можно приступить к составлению **плана**.

**План** устный или письменный должен отразить в сжатом виде смысловую структуру изучаемого материала. План - это как бы путь через текст, от факта к факту, от мысли к мысли. Хороший план четко выраженное содержание текста и делает легко обозримым, удобным для хранения в памяти текст любого размера. Нередко у отдельных студентов остаются за «бортом сознания» целые куски информации: глаза видят весь текст, но сознание не воспринимает, не впускает в себя какие-то фрагменты, а память не удерживает их, в результате чего знание оказывается искаженным и неполным. Работа по составлению плана предохраняет от таких провалов.

*Чтобы составить план*, надо текст разделить на части, каждая из которых содержит законченное сообщение о каком-то элементе изучаемой темы. Эта работа приводит к созданию пунктов плана.

Пункт плана - это короткая формулировка основного содержания части текста.

### **Как готовиться к семинару.**

1. Взять заранее план семинара и список литературы за 1,5-2 недели.
2. Установи, есть ли у тебя дома нужная литература.
3. Прочитай и законспектируй указанные параграфы учебника (разделы указанной литературы).
4. Сделай выписки из дополнительных источников.
5. При прочтении обязательно, найди в словаре значение новых (недостаточно точно известных для тебя) слов.
6. Работая с книгами и другими источниками, обращай внимание на автора книги, название год и место издания, страницы. Если используются газеты - ее название и дату.
7. Просматривай ежедневно периодическую печать, выпиши на карточку примеры к семинару.
8. Проверь, все ли вопросы плана семинара ты подготовил.
9. На полях конспекта выпиши возникшие вопросы или подчеркнуть те положения, которые кажутся спорными, чтобы задать их на семинаре.

Студент как бы перечисляет существенные мысли текста и вокруг каждой из них группирует материал, разбивая его на части. После этого он обдумывает порядок частей и связь между ними.

Составление плана - результат понимания текста. Не поняв текст, с составлением плана не справиться.

Планы бывают двух видов:

Простые - сжатая схема, перечисление главных вопросов, содержащихся в тексте.

Сложные - развернутые, представляющие собой не только краткий перечень основополагающих мыслей, изложенных в книге (главе), брошюре, статье, но и некоторую расшифровку их, как бы расширенное оглавление.

**Тезисы** - краткие законченные положения, в которых формулируются основные вопросы рассматриваемого материала.

**Рецензия** - (лат. «рецензио» - оценка) - отзыв, критическая оценка художественного, научного и т.п. произведения, спектакля, кинофильма.

В рецензии оценивается:

1. Содержательность, правильность, полнота раскрытия темы и ее основных выводов.
2. Последовательность (по намеченному плану) и доказательность изложения.
3. Использование и объяснение новых терминов.
4. Речь докладчика: логичность и точность, образность и эмоциональность.

5. Ошибки и недостатки речи: ненужные повторы, длинные предложения, бедность речи.

**Обзор** - сжатое сообщение о ряде объединенных общей темой явления.

**Учись слушать и записывать лекцию.**

Памятка № 1.

1. Запиши тему и план лекции.
2. Старайся записать в конспекте даты, фамилии исторических деятелей, перечислить факты, события.
3. Запиши на полях возникшие в ходе лекции вопросы и задай их учителю.
4. После урока постарайся пересказать по плану материал лекции.

Памятка №2.

1. Запиши тему и план лекции.
2. Старайся участвовать в составлении тезисов, в формулировании выводов.
3. Выдели в записях трудные слова, термины, постарайся выяснить их значение.
4. Дома подготовь ответы на поставленные учителем вопросы.
5. Дополни конспект лекции сведениями, почерпнутыми из учебника.

**Как составить план-конспект.**

**Конспект** - это последовательное изложение основного материала прочитанного или услышанного. В нем содержатся основные идеи, их обоснования, подтверждения фактами, цифрами, шифрами.

1. Подготовиться к выполнению задачи: раздели развернутый лист тетради на две неравные части - слева будет записываться план, справа - конспект.
2. Прочти текст целиком.
3. Выдели в нем логически законченные части. Помни, что каждая часть необязательно состоит из одного абзаца.
4. Сформулируй кратко главную мысль каждой части в виде заголовка: выпиши все заголовки ( пункты плана) на левой стороне листа, нумеруя их римскими цифрами.
5. В каждой части выдели факты, а если это нужно , процитируй текст источника, заключая его в кавычки. Основные положения конспекта записывай на правой стороне листа - против соответствующих заголовков.

## **Требования к оформлению реферата**

Реферат (от лат. *refereo* - докладываю, сообщаю) — краткое изложение научной проблемы, результатов научного исследования, содержащихся в одном или нескольких произведениях идей и т. п. Реферат является научной работой, поскольку содержит в себе элементы научного исследования. В связи с этим к нему должны предъявляться требования по оформлению, как к научной работе. Эти требования регламентируются государственными стандартами, в частности:

ГОСТ 7.32-2001 «Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления».

ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления».

ГОСТ 7.80-2000 «Библиографическая запись. Заголовок. Общие требования и правила составления».

ГОСТ 7.82—2001 «Библиографическая запись. Библиографическое описание электронных ресурсов».

### **Общие требования к оформлению рефератов.**

Текст реферата должен быть оформлен в соответствии с требованиями ГОСТ, основные положения которого здесь и воспроизводятся.

Общий объём работы - 15—30 страниц печатного текста (с учётом титульного листа, содержания и списка литературы) на бумаге формата А4, на одной стороне листа. Титульный лист оформляется по **указанному образцу**.

В тексте должны композиционно выделяться структурные части работы, отражающие суть исследования: введение, основная часть и заключение, а также заголовки и подзаголовки.

**Целью** реферативной работы является приобретение навыков работы с литературой, обобщения литературных источников и практического материала по теме, способности грамотно излагать вопросы темы, делать выводы.

### **Реферат должен**

#### **содержать:**

титульный лист,

оглавление,

введение,

основную часть (разделы,

части),

выводы (заключительная часть),

приложения,

пронумерованный список использованной литературы (не менее 2-х источников) с указанием автора, названия, места издания, издательства, года издания.

**В** начале реферата должно быть **оглавление**, в котором указываются номера страниц по отдельным главам.

Во **введении** следует отразить место рассматриваемого вопроса в естественнонаучной проблематике, его теоретическое и прикладное значение. (Обосновать выбор данной темы, коротко рассказать о том, почему именно она заинтересовала автора).

**Основная часть** должна излагаться в соответствии с планом, четко и последовательно, желательно своими словами. В тексте должны быть ссылки на использованную литературу. При дословном воспроизведении материала каждая цитата должна иметь ссылку на соответствующую позицию в списке использованной литературы с указанием номеров страниц, например /12, с.56/ или "В работе [11] рассмотрены..." Каждая глава текста должна начинаться с нового листа, независимо от того, где окончилась предыдущая.

**I глава.** Вступительная часть. Это короткая глава должна содержать

несколько вступительных абзацев, непосредственно вводящих в тему реферата.

**II глава.** Основная научная часть реферата. Здесь в логической последовательности излагается материал по теме реферата. Эту главу целесообразно разбить на подпункты - 2.1., 2.2. (с указанием в оглавлении соответствующих страниц).

Все **сноски и подстрочные примечания** располагаются на той же странице, к которой они относятся.

**Оформление цитат.** Текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания.

**Оформление перечислений.** Текст всех элементов перечисления должен быть грамматически подчинен основной вводной фразе, которая предшествует перечислению.

**Оформление ссылок на рисунки.** Для наглядности изложения желательно сопровождать текст рисунками. В последнем случае на рисунки в тексте должны быть соответствующие ссылки. Все иллюстрации в реферате должны быть пронумерованы. Нумерация должна быть сквозной, то есть через всю работу. Если иллюстрация в работе единственная, то она не нумеруется.

В тексте на иллюстрации делаются ссылки, содержащие порядковые номера, под которыми иллюстрации помещены в реферате. Ссылки в тексте на номер рисунка, таблицы, страницы, главы пишутся сокращенно и без значка, например например: "рис.3", "табл.4", "с.34", "гл.2", "см. рисунок 5" или "график....приведен на рисунке 2". Если указанные слова не сопровождаются порядковым номером, то их следует писать в тексте полностью, без сокращений, например "из рисунка видно, что...", "таблица показывает, что..." и т.д. Фотографии, рисунки, карты, схемы можно оформить в **виде приложения** к работе.

**Оформление таблиц.** Все таблицы, если их несколько, нумеруют арабскими цифрами в пределах всего текста. Над правым верхним углом

таблицы помещают надпись "Таблица..." с указанием порядкового номера таблицы (например "Таблица 4") без значка № перед цифрой и точки после нее. Если в тексте реферата только одна таблица, то номер ей не присваивается и слово "таблица" не пишут. Таблицы снабжают тематическими заголовками, которые располагают посередине страницы и пишут с прописной буквы без точки на конце.

**Выводы (заключительная часть)** должны содержать краткое обобщение рассмотренного материала, выделение наиболее достоверных и обоснованных положений и утверждений, а также наиболее проблемных, разработанных на уровне гипотез, важность\* рассмотренной проблемы с точки зрения практического приложения, мировоззрения, этики и т.п.

В этой части автор подводит итог работы, делает краткий анализ и формулирует выводы.

Примерный объем реферата составляет 15-20 страниц машинописного текста.

В конце работы прилагается **список используемой литературы**. Литературные источники следует располагать в следующем порядке:

энциклопедии, справочники;

книги по теме реферата (фамилии и инициалы автора, название книги без кавычек, место издания, название издательства, год издания, номер (номера) страницы);

газетно-журнальные статьи (название статьи, название журнала, год издания, номер издания, номер страницы).

**Формат.** Реферат должен быть выполнен на одной стороне листа белой бумаги формата А4 (210x297 мм). Интервал межстрочный - полуторный. Цвет шрифта - черный. Гарнитура шрифта основного текста — «Times New Roman» или аналогичная. Кегль (размер) от 12 до 14 пунктов. Размеры полей страницы (не менее): правое —30 мм, верхнее, и нижнее, левое —20 мм. Формат абзаца: полное выравнивание («по ширине»). Отступ красной строки одинаковый по всему тексту.

Страницы должны быть пронумерованы с учётом титульного листа, который не обозначается цифрой. В работах используются цитаты, статистические материалы. Эти данные оформляются в виде сносок (ссылок и примечаний). Примеры оформления сносок приводятся ниже. Расстояние между названием главы (подраздела) и текстом должно быть равно 2,5 интервалам. Однако расстояние между подзаголовком и последующим текстом должно быть 2 интервала, а интервал между строками самого текста

— 1,5. Размер шрифта для названия главы — 16 (полужирный), подзаголовка

— 14 (полужирный), текста работы — 14. Точка в конце заголовка, располагаемого посередине листа, не ставится. Заголовки не подчёркиваются. Абзацы начинаются с новой строки и печатаются с отступом в 1,25 сантиметра. Оглавление (содержание) должно быть помещено в начале работы.

**Заголовки.** Заголовки разделов и подразделов следует печатать на отдельной строке с прописной буквы без точки в конце, не подчёркивая, например: ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Выравнивание по центру или по левому краю. Отбивка: перед заголовком— 12 пунктов, после— 6 пунктов. Расстояние между названием главы и последующим текстом должно быть равно двум междустрочным интервалам. Такое же расстояние выдерживается между заголовками главы и параграфа. Расстояния между строками заголовка принимают таким же, как и в тексте. Подчеркивать заголовки и переносить слова в заголовке не допускается.

**Нумерация.** Страницы следует нумеровать арабскими цифрами, соблюдая сквозную нумерацию по всему тексту (титульный лист и оглавление включают в общую нумерацию). На титульном листе номер не проставляют. Номер страницы проставляют в центре нижней части листа без точки.

**Титульный лист.** В верхней части титульного листа пишется, в какой организации выполняется работа, далее буквами увеличенного кегля указывается тип («Реферат») и тема работы, ниже в правой половине листа— информация, кто выполнил и кто проверяет работу. В центре нижней части титульного листа пишется город и год выполнения.

### **Библиография**

Библиографические ссылки в тексте реферата оформляются в виде номера источника в квадратных скобках. Библиографическое описание (в списке источников) состоит из следующих элементов:

основного заглавия;

обозначения материала, заключенного в квадратные скобки; сведений, относящихся к заглавию, отделенных двоеточием; сведений об ответственности, отделенных наклонной чертой; при ссылке на статью из сборника или периодического издания — сведений о документе, в котором помещена составная часть, отделенных двумя наклонными чертами с пробелами до и после них;

места издания, отделенного точкой и тире;

имени издателя, отделенного двоеточием;

даты издания, отделенной запятой.

Примеры (см. Примечание ).

### **ПРИМЕЧАНИЕ**

Список элементов библиографической записи

сокращен

### **Книга, имеющая не более трех авторов:**

Максимов, Н. В. Архитектура ЭВМ и вычислительных систем [Текст]: учеб. для вузов / Н. В. Максимов, Т. Л. Партыка, И. И. Попов. — М.: Инфра, 2005.

### **Книга с четырьмя и более авторами, сборник и т. п.:**

Мировая художественная культура [Текст]: в 2-х т. / Б. А. Эренграсс [и др.]. — М.: Высшая школа, 2005. — Т. 2.

### **Статья из сборника:**

Цивилизация Запада в 20 веке [Текст] / Н. В. Шишова [и др.] // История и культурология: учеб, пособие для студентов. — М, 2000. — Гл. 13. — С. 347-366.

**Статья из журнала:**

Мартышин, О. В. Нравственные основы теории государства и права [Текст] / О. В. Мартышин // Государство и право. — 2005. — № 7. — С. 5-12. **Электронное издание:**

Сидыганов, Владимир Устинович. Модель Москвы [Электронный ресурс]: электронная карта Москвы и Подмосковья / Сидыганов В. У., Толмачев С. Ю., Цыганков Ю. Э. — Версия 2.0. — М.: Formoza, 1998. **Интернет-ресурс:**

Бычкова, Л. С. Конструктивизм / Л. С. Бычкова // Культурология 20 век. — (<http://www.philosophy.ru/edu/ref/enc/k.html>).

**Рецензия на реферат содержит оценку**

1. Эрудированности в рассматриваемой области:

- актуальность заявленной проблемы;
- степень знакомства с современным состоянием проблемы;
- использование известных результатов и научных фактов в работе;
- полнота цитируемой литературы.

2. Собственные достижения автора:

- использование знаний вне школьной программы;
- степень новизны;
- научная значимость проблемы;
- владение научным и специальным аппаратом.

3. Характеристика работы:

- грамотность и логичность изложения материала;
- структура работы (введение, основная часть, вывод, приложения, список литературы);
- соответствие оформления реферата стандартам.

**Требования к составлению и оформлению кроссвордов**

**Цель:** способствовать развитию интереса к изучаемому и творческому осмыслению материала.

Кроссворды могут быть двух видов:

- Для работы с аудиторией на занятии.
- Для сдачи преподавателю, как контрольное творческое задание.

Количество слов в кроссворде может достигать до 20

Необходимо продумывать вопросы по горизонтали и вертикали.

Вопросы должны быть сформулированы грамотно и корректно, чтобы не было двусмысленных трактовок.

Вопросы должны предполагать ответы в именительном падеже.

Кроссворд может быть составлен как по целому разделу курса, или по теме, так и по одному из вопросов темы.

Кроссворд оформляется на 4 листах:

- Титульный лист (смотри требование к титульному листу)
- Лист с расчерченным кроссвордом и цифрами.
- Лист с вопросами по горизонтали и вертикали.
- Лист с ответами.
- Литература, использованная для составления кроссворда.

**Общие требования к оформлению докладов**

- объем 2-3 страницы;

- бумага А4;
- допускается наличие рисунков и таблиц, которые должны быть представлены также отдельным файлом;
- формат: MS Word 97-2010 (doc; rtf);
- параметры страницы: поля 2,0 см - сверху, снизу, слева и справа;
- абзацный отступ-1,5см;
- шрифт: тип Times New Roman, кегль 14;
- межстрочный интервал: полуторный;
- выравнивание - по ширине;
- библиографический список составляется в алфавитном порядке. На всю приведенную литературу должны быть ссылки в квадратных скобках в тексте статьи, например [1; с. 18];

## Тема 3.4. Особенности организации УИРС и НИРС.

### 1. Методические рекомендации по написанию курсовых работ

**Курсовая работа** – творческая, научная, самостоятельная исследовательская работа по определенной теме, в ходе которой студенты приобретают навыки работы с научной, учебной и методической литературой. Овладевают методами научного исследования, обработки, обобщения и анализа информации; расширяют общий кругозор; решают практические задачи на основе теоретических знаний; активизируют самостоятельную работу и творческое мышление.

Курсовая работа является завершающим этапом изучения дисциплины и позволяет судить о том, насколько студент усвоил теоретический курс и каковы его возможности применения полученных знаний для их обобщения по избранной теме.

Значение курсовой работы состоит в том, что в процессе ее выполнения студент не только закрепляет, но и углубляет полученные теоретические знания. Курсовая работа является составным элементом учебного процесса. Опыт и знания, полученные студентами на этом этапе обучения, во многом могут быть использованы для подготовки выпускной квалификационной работы.

К курсовой работе как самостоятельному исследованию предъявляются следующие требования:

- должна быть написана самостоятельно;
- должна отличаться критическим подходом к изучению научных источников;
- должна отвечать требованиям логичного, ясного и четкого изложения материала, с привлечением достаточного эмпирического материала;
- при необходимости в процессе изложения темы иллюстрировать доказательную базу графиками, таблицами, схемами и т.д.;
- должна быть оформлена в соответствии с ГОСТ;
- должна завершаться конкретными выводами и рекомендациями по теме исследования.

#### **Критериями оценки курсовой работы являются:**

##### 1. по форме:

- наличие плана и внутренних рубрикаций (правильность оформления);
- библиография источников, составленная в соответствии с ГОСТ;
- оформление цитирования в соответствии с ГОСТ;
- грамотность изложения (в т.ч. орфографической, пунктуационной, стилистической), владение научной терминологией;
- соблюдение требований объема курсовой работы;
- представление в срок к защите курсовой работы;

##### 2. по содержанию:

- соответствие содержания заявленной теме;
- новизна и самостоятельность в постановке и раскрытии темы;
- самостоятельность изложения авторской позиции, обоснованность суждений и выводов;
- использование эмпирических, статистических и социологических исследований;
- привлечение научно-исследовательской и монографической литературы;
- оригинальность текста.

#### **Основные ошибки при написании курсовой работы:**

1. Содержание работы не отвечает плану, не раскрывает предмет и объект исследования. Работа выглядит как бессистемный набор разрозненных фактов, мнений различных ученых, результатов социологических исследований.

2. Формулировка глав (параграфов) не раскрывает содержания исследуемого предмета по избранной теме.
3. Цель исследования не отражает специфику объекта и предмета исследования.
4. Аналитический обзор публикаций по теме работы имеет форму аннотированного списка и не отражает уровня исследования проблемы.
5. Конечный результат не отвечает цели исследования, выводы не отражают поставленной задаче.
6. В работе используются без указания источника чужие произведения, идеи и изобретения, что является нарушением авторских прав.
7. Библиографическое описание источников в списке использованной литературы приведено произвольно, без соблюдения требований ГОСТа.
8. Объем и оформление работы не отвечают требованиям; работа выполнена неаккуратно, с грамматическими, орфографическими, пунктуационными, стилистическими ошибками.

### **Особенности подготовки курсовой работы**

Написание курсовой работы — это систематизированное, обстоятельное изложение студентом материала по теме, содержащее анализ научных концепций, отражающий понимание и оценку студентом соответствующих проблем, его предложения по их решению.

Основные задачи выполнения курсовой работы:

1. Обоснование актуальности и значимости выбранной курсовой работы.
2. Изучение состояния и степени научной разработанности темы.
3. Сбор, анализ и обобщение информации по данной теме.
4. Разработка практических рекомендаций и предложений по тематике курсовой работы.

Изучение и анализ научно-исследовательской и монографической литературы по теме курсовой работы

#### **а) Поиск информации**

Известно, что научная работа не может быть написана по одному источнику. Это касается курсовой работы, которая предполагает творческий, исследовательский характер. При подготовке курсовой работы рекомендуется использовать максимально широкий круг источников: монографии, учебники, учебные пособия, справочники, сборники научных трудов, статей и материалы научно-практических конференций, статьи в журналах, газетах, а также материалы информационной сети Интернет.

Необходимо начать подготовку курсовой работы с подбора учебной, монографической и научно-исследовательской литературы по проблеме исследования, при этом необходимо обратить внимание на ссылки, которые составят библиографическую базу для будущей работы. Необходимо в библиотеке ознакомиться с алфавитным, предметным и систематическим каталогами, имеющими отношение к теме работы. На основе подобранной литературы составляется аннотированный список литературных источников, оформленный согласно ГОСТ.

#### **б) Работа с источниками информации**

Работа с источниками информации - это умение правильно оценить сущность и значимость информации, разобраться в структуре материала, в удобной форме зафиксировать все необходимое для последующей работы. Поскольку основным источником информации будет книга, рассмотрим некоторые особенности работы с ней. Работая с литературными источниками, необходимо делать выписки наиболее важных положений, что поможет накопить нужные сведения и облегчит запоминание. При этом необходимо четко фиксировать источник, откуда взята информация (фамилию и инициалы автора, полное название книги, статьи, издательство, год издания, страницу). При изучении литературы не следует стремиться только к заимствованию материала.

Необходимо осмыслить найденную информацию, при этом целесообразно письменно фиксировать свои размышления. Этот процесс должен продолжаться в течение всей работы над темой, тогда собственные мысли, возникшие в ходе знакомства с чужими работами, послужат основой для получения нового знания. Авторские высказывания цитируются дословно либо излагаются своими словами. После каждого цитирования, использования фактических и статистических данных обязательна ссылка на автора и источник место издания, год издания, номер страницы. Любой источник, на который ссылается автор курсовой работы, должен быть внесен в библиографический список.

в) Использование в курсовой работе научных достижений

Курсовую работу, особенно ее теоретическую часть, следует наполнять современным научным материалом, а каждую проблему освещать с учетом отечественных и зарубежных научных достижений, имеющегося практического опыта. Студенту, приступающему к выполнению работы, надлежит овладеть не только основным содержанием, но и методологическими основами исследования, что позволит ему провести системный анализ фактического материала, установить связи и закономерности, сделать теоретические и практические выводы.

г) Составление плана курсовой работы

После предварительного ознакомления с литературой по теме курсовой работы и выяснения ее основных проблемных вопросов можно приступить к составлению плана работы. Составление плана работы является ответственным этапом выполнения курсовой работы. Правильно построенный план служит организующим началом, помогает обобщить и систематизировать накопленный материал, способствует последовательному логическому изложению. План курсовой работы студент составляет самостоятельно с учетом цели и задач исследования на бланке задания на курсовую работу. Он корректируется и утверждается научным руководителем. Составленный план не носит окончательного характера, а может дополняться, изменяться, так как в творческом исследовании план всегда имеет динамический характер. План работы указывается в оглавлении и располагается на второй странице работы.

При составлении плана необходимо учесть, что первая глава работы, как правило, вводит в проблематику темы, в ней характеризуется состояние теории исследования затронутой проблематики, анализируется история развития вопроса и т.д. В последующих главах проводится подробный анализ предмета исследования, рассматриваются его основные характеристики. Приводятся доказательства ранее выдвинутых положений, и строится аргументация для выработки конкретных предложений.

### **Содержание и структура курсовой работы**

Оптимальный объем курсовой работы - 25-30 страниц текста, подготовленного на компьютере в формате Word.

Структура курсовой работы включает следующие разделы:

1. Титульный лист (Приложение 3).
2. Оглавление.
3. Введение.
4. Главы основной части с краткими и четкими выводами по каждой главе.
5. Заключение по работе.
6. Список использованной литературы (Приложение 4).
7. Приложения (если необходимо).

Титульный лист является первой страницей научной работы. Номер страницы на нем не ставится.

Оглавление включает в себя перечень структурных элементов работы

(с указанием страниц, где они расположены) и обычно состоит из:

- введения;
- основной части, которая разбита на 2-3 главы, а каждая глава разделена на 2-3 параграфа;
- заключения;
- библиографического списка;
- справочно-сопроводительного аппарата (примечания, приложения).

### **Правила оформления введения**

Введение — ответственная часть курсовой работы, поскольку оно ориентирует в дальнейшем раскрытии темы, содержит все необходимые ее характеристики. Введение содержит следующие разделы:

- актуальность и значимость избранной темы
- состояние разработанности изучаемой проблемы (с указанием уже имеющейся научно-исследовательской литературой по теме и ее краткой аннотацией);
- объект и предмет исследования;
- цель и задачи исследования;
- методическую основу исследования;
- новизна полученных результатов и практическая значимость;
- положения, выносимые на защиту (2-3 вопроса);
- общая структура работы.

Одним из основных требований, предъявляемых к курсовой работе, является обоснование актуальности темы исследования.

**Актуальность** определяется как значимость, важность и приоритетность выбранной темы исследования среди других тем. Она должна подтверждаться положениями, свидетельствующими в пользу научной и практической значимости решения проблем и вопросов, исследуемых в работе. Необходимо объяснить, почему именно эта выбранная тема представляет интерес для студента. Чтобы сообщить о состоянии разработанности выбранной темы составляется краткий обзор литературы. Обзор литературы по теме должен показать основательное знакомство студента со специальной литературой, его умение систематизировать источники, выделять существенное, оценивать ранее сделанное другими исследователями, определять главное в современном состоянии изученности темы.

Обязательным элементом введения, является формулировка объекта и предмета исследования.

**Объект исследования** представляет собой область научных изысканий, в пределах которой выявлена и существует исследуемая в работе проблема (проблемный вопрос). Если объект — это область деятельности, то предмет — изучаемый процесс в рамках объекта исследования.

**Цель исследования** — это тот результат, которого нужно достичь в ходе исследования. В соответствии с основной целью в курсовой работе следует выделить несколько задач, решение которых необходимо для достижения значимых результатов исследования.

**Методы исследования** — основные приемы и способы, которые использовались при проведении исследования.

Во введении указывается научная новизна полученных результатов. В ней отражается следующее: студент присоединился к уже существующему подходу к решению проблемы; студент предлагает использовать собственную модификацию существующего подхода; студент предлагает использовать свой собственный оригинальный подход.

Полученные по итогам исследования результаты могут иметь теоретическую и (или) практическую значимость, что должно найти отражение во введении. Положения,

выносимые на защиту - это, как правило, два-три тезиса, описывающие выполненные задачи исследования, то новое, что и будет, представлено в процессе защиты курсовой работы. В конце вводной части необходимо раскрыть структуру работы, т. е. дать перечень её структурных элементов.

Объем введения - до 3 страниц.

Основная часть курсовой работы

Основная часть курсовой работы (объем - 19-24 страницы) должна состоять из 2-3 глав, которые можно, в свою очередь, разделить на параграфы. Названия глав и параграфов не должны дублировать название темы курсовой работы. Заголовки глав и параграфов должны быть лаконичными и соответствовать их содержанию.

Курсовая работа на старших курсах – это попытка оценить свои творческие, интеллектуальные способности, а также научные возможности для поступления в магистратуру и написания диссертации.

Содержание глав

В основной части работы в логической последовательности раскрываются поставленные вопросы. В первом вопросе особое внимание обращается на выделение понятий и категорий, которые рассматриваются в данной теме. Нужно соблюдать логику изложения, используя основные способы изложения - от общего к частному или от частного к общему. В основной части работы показывается глубокое понимание сущности избранной темы, знание используемых источников, умение сопоставлять различные точки зрения. Важно не механическое сопоставление точек зрения или бездоказательная критика отдельных авторов, а стремление к тому, чтобы отстаиваемые или разделяемые студентом суждения были подкреплены теоретическими положениями, фактами и конкретными примерами, основываясь на избранной методологии.

Общие требования к заключению

Курсовая работа завершается разделом, который называется

«Заключение». Заключение должно содержать выводы, обобщенное изложение основных рассмотренных проблем, авторскую оценку работы с точки зрения решения задач, поставленных в курсовой работе. Могут быть указаны перспективы дальнейшей разработки темы.

Выводы в заключении должны строго соотноситься с общей целью и конкретными задачами, обозначенными во введении. Важно доказать, что поставленные задачи решены и цель достигнута. Если проведенное исследование не достигло цели, необходимо отметить насколько автору удалось приблизиться к решению данных задач и имеется ли возможность решить их полностью или частично. Вывод в заключении не должен представлять собой механического суммирования резюме, содержащихся в конце глав. В заключении должен содержаться общий итог всего исследования, его конечный результат. Заключение придает работе заверченный характер и оформляется после написания работы. В заключении студент сам оценивает, насколько его работа соответствует заявленной теме по содержанию, какие теоретические и практические проблемы изучены и разрешены, обоснованы ли сделанные выводы. Заключение не должно просто повторять цели и задачи, указанные во введении. Необходимо охарактеризовать решение задач и сформулировать вывод о достижении целей.

Примерный объем заключения - 5-10 % от общего объема работы.

Оформление списка использованных источников После заключения дается список использованных источников и литературы. При этом под источниками понимается практический материал, а под литературой – учебные и научные издания.

Принято источники в списке литературы располагать в алфавитном порядке (относительно заголовка соответствующей источнику библиографической записи). Принят следующий порядок расположения источников:

□ учебники, пособия, монографии;

статьи периодических изданий;

электронные ресурсы.

В список включаются все использованные при подготовке курсовой работы источники независимо от того, где они опубликованы, а также от того, имеются ли непосредственно в тексте ссылки на них.

В описании статей обязательно указываются названия журнала, где опубликованы, год, номер и страница.

Список литературы, как правило, включает в себя 15-20 источников (учебная литература должна быть использована за последние 5 лет).

#### Общие требования к приложениям

Приложения – дополнительные к основному тексту материалы справочного, документального, иллюстративного или другого характера. Приложения размещаются в конце работы, после списка использованной литературы в порядке их упоминания в тексте. Каждое приложение должно начинаться с нового листа и иметь тематический заголовок и общий заголовок «Приложение №\_\_\_». Если приложение представляет собой отдельный рисунок или таблицу, то оно оформляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к иллюстрациям, таблицам. Иллюстрации и таблицы нумеруются в пределах каждого приложения в отдельности. Например: рис. 3.1, таблица 1.1.

Приложения могут оформляться отдельной брошюрой. В этом случае на титульном листе брошюры указывается: Приложение к курсовой работе, и далее приводится название работы и автор.

На титульном листе курсовой работы в правом нижнем углу ставится подпись студента и дата сдачи курсовой работы на кафедру.

В конце курсовой работы также ставится подпись студента и дата сдачи работы на кафедру. Подпись ставится на последней странице текста после списка использованной литературы.

#### **5. Оформление курсовой работы**

После согласования окончательного варианта курсовой работы с научным руководителем работу, аккуратно и четко перепечатанную на принтере, брошюруют в специальной папке или переплетают в следующем порядке: титульный лист, задание на курсовую работу (в котором научный руководитель проставлял отметки о своевременном выполнении каждого этапа), бланк отзыва, содержание, текст работы.

Курсовая работа сдается на кафедру в электронном (на флеш-карте) и бумажном виде.

Оформление курсовой работы должно производиться по общим правилам ГОСТ 7.32-2001 «Отчет о научно-исследовательской работе.

Структура и правила оформления».

Научно-справочный аппарат оформляется в соответствии с ГОСТами.

При дословном использовании материала для подтверждения важной мысли или существенного положения используется цитирование. В этом случае необходима ссылка на источник, откуда приводится цитата.

Курсовая работа должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А4, содержит, примерно, 1800 знаков на странице (включая пробелы и знаки препинания). Допускается представлять таблицы и иллюстрации на листах бумаги формата не более А3. Текст следует печатать через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, размер шрифта – 14, в таблицах – 12, в подстрочных сносках – 10. Подчеркивание слов и выделение их курсивом не допускается. Страницы, на которых излагается текст, должны иметь поля: о поля страницы: верхнее – 20 мм; нижнее – 20 мм; левое – 20 мм; правое – 10 мм; о колонтитулы: верхний - 2; нижний - 1,25.

Названия глав (заголовки), а также структурные элементы письменных работ

«ВВЕДЕНИЕ», «ЗАКЛЮЧЕНИЕ» и «СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ», являющиеся заголовками, печатаются прописными буквами, а названия параграфов (подзаголовки) – строчными буквами (кроме первой прописной). Заголовки и подзаголовки при печатании текста письменной работы на принтере выделяются полужирным шрифтом. Заголовки, подзаголовки и подстрочные сноски (состоящие из нескольких строк) печатаются через одинарный интервал. Абзацный отступ должен соответствовать 1,25 см и быть одинаковым по всей работе. Нумерация разделов производится арабскими цифрами без точки в конце. Главы делятся на параграфы и нумеруются арабскими цифрами без точки в конце. Параграфы (разделы) должны иметь нумерацию в пределах каждой главы (раздела), а главы (разделы) – в пределах всего текста работы. Если глава содержит только один параграф (что нежелательно), то нумеровать его не нужно.

Нумерация страниц. Страницы курсовой работы должны нумероваться арабскими цифрами, нумерация должна быть сквозная, по всему тексту работы. Номер страницы проставляют в центре нижней части листа без точки. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц работы, однако номер страницы на нем не ставится! Если в работе имеются иллюстрации и таблицы на отдельном листе, то они включаются в общую нумерацию страниц работы.

Каждую главу работы следует начинать с нового листа. Параграф начинать с нового листа не нужно.

Иллюстрации и таблицы. Если в работе имеются схемы, таблицы, графики, диаграммы, фотоснимки, то их следует располагать непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице. Иллюстрации следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией (то есть по всему тексту) – 1,2,3, и т.д., либо внутри каждой главы – 1.1,1.2, и т.д.

При наличии в работе таблицы ее наименование (краткое и точное) должно располагаться над таблицей слева, без абзацного отступа в одну строку с номером через тире. Таблицу, как и рисунок, располагать непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице. Таблицы в тексте следует нумеровать сквозной нумерацией арабскими цифрами по всему тексту или в рамках главы (2.1 и т.д.). Если таблица вынесена в приложение, то она нумеруется отдельными арабскими цифрами с добавлением перед номером слова «Приложение» - Приложение 1. Если таблица имеет заголовок, то он пишется с прописной буквы, и точка в конце не ставится. Разрывать таблицу и переносить часть ее на другую страницу можно только в том случае, если целиком не уместится на одной странице. При этом на другую страницу переносится и шапка таблицы, а также заголовок "Продолжение таблицы".

#### Ссылки и сноски

В письменных работах могут использоваться внутритекстовые ссылки и ссылки в форме подстрочных сносок. Подстрочные сноски оформляются внизу страницы, на которой расположен текст, например, цитата. Для этого в конце текста (цитаты) ставится цифра или звездочка, обозначающая порядковый номер сноски на данной странице. Ссылки могут быть как на электронные ресурсы в целом (эл. документ, база данных, сайт, веб-страница), так и на их составные части. В целом оформляются так же, как библиографические сведения об использованных электронных ресурсах. По возможности указывать дату обращения к источнику. Нумерация подстрочных сносок может быть сквозной по всему тексту письменной работы. Ссылки на главы, рисунки, таблицы должны начинаться со строчной буквы, например, см. рис. 2.5..., результаты приведены в табл. 3.1...

#### Цитирование

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- Текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей

авторского написания.

□ Цитирование должно быть полным, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента и без искажения смысла. Пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на место пропуска.

□ Если цитата включается в текст, то первое слово пишется со строчной буквы.

Если цитата выделяется из основного текста, то ее пишут от левого поля страницы на расстоянии абзацного отступа, при этом каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник.

Список использованных источников и Интернет-ресурсов

После заключения, начиная с новой страницы, необходимо поместить список использованных источников.

Список использованных источников должен содержать подробную информацию о каждом использованном источнике. Такая информация различна в зависимости от вида источника.

В любом случае, основой оформления списка использованных источников является библиографическое описание источников.

## Теоретический контроль знаний

### *Тема 2.1. История развития медицины.*

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

#### **Вариант 1.**

1. По мере изменения общества система здравоохранения, теория и философия сестринского дела:
  - а) изменяются
  - б) не изменяются
  
2. В дохристианский период уход за больными входил в обязанности:
  - а) монахинь
  - б) шаманов
  - в) медицинских сестер
  - г) членов семьи, прислуги, рабов
  
3. В госпиталях римской армии уход за больными осуществляли:
  - а) монахи
  - б) шаманы
  - в) духовенство
  - г) рабы и военный персонал
  
4. Обходы врачей, планирование больничных палат и строгие правила в них возникали в эпоху:
  - а) древней Греции
  - б) римской империи
  - в) крестовых походов
  
5. Во время крымской войны медицинский уход солдатам оказывали:
  - а) врачи и медицинские сестры
  - б) монахини, врачи и медсестры
  - в) монахи, сестры церкви и светские сестры милосердия
  
6. В крымскую войну Флоренс Найтингейл резко снизила смертность в госпиталях Англии (с 427 до 22 на 1000) благодаря:
  - а) преобразованиям в области санитарии
  - б) режиму соответствующего питания
  - в) обучению санитаров
  - г) индивидуальному уходу
  
7. Основоположницей официального образования для светских медицинских сестер Англии является:
  - а) Джейн Шарп
  - б) Луиза Бурже
  - в) Флоренс Найтингейл
  - г) христианская церковь

8. В мире основоположником системы ухода за пациентом считается

- а) Христофор фон Опель
- б) Даша Севастопольская
- в) Флоренс Найтингейл
- г) Вирджиния Хендерсон

9. На Руси искусству врачевания и медицинской культуре обучали:

- а) в монастырях
- б) при княжеских дворах
- в) за границей

10. Впервые на Руси организовала больницу:

- а) княгиня Ольга
- б) Ефросинья Суздальская
- в) княгиня Елизавета Федоровна
- г) Великая княгиня Ольга Павловна

11. Впервые женский труд по уходу за больными и ранеными в лазаретах был применен при царе:

- а) Алексея Михайловича
- б) Ивана Грозного
- в) Петре Первом

12. «Святым доктором» Москвы, одним из первых врачей, привлечших женщин к уходу за больными, был:

- а) Пирогов Н.И.
- б) Гааз Ф.П.
- в) Семашко Н.А.

13. В 1854 году Н.И.Пирогов организовал в Петербурге сестринскую общину:

- а) Никольскую
- б) Свято-Троицкую
- в) Крестовоздвиженскую

14. Автор воспоминаний «Сестры милосердия Крестовоздвиженской общины»:

- а) Хитрова Е.
- б) Бакунина Е.
- в) Михайлова Д.

15. В древней традиционной системе оказания помощи народные приметы целители и повитухи за свою деятельность:

- а) не отвечали
- б) несли ответственность

16. Медицина в России до конца 17 века носила:

- а) народный характер
- б) имела статус профессиональной медицины
- в) сочетала и те и другие черты

17. В 17 веке среди методов лечения больных широкое распространение получил метод:

- а) траволечение
- б) кровопускание
- в) лечение минеральными водами
- г) лекарствами животного происхождения

18. Содержание раненых и врачебное обслуживание в госпиталях в 17 веке было:

- а) платным
- б) осуществлялось за счет средств государства

19. Реорганизация медицинского дела в стране и открытие первой госпитальной школы было проведено при:

- а) Петре I
- б) Иване IV
- в) Алексее Михайловиче

20. Учение о уме, мероприятия по борьбе с чумой разрабатывались:

- а) С.Г.Забелиным
- б) М.Я.Мудровым
- в) Д.С.Самойловичем

21. Исследование сибирской язвы принадлежит:

- а) С.Г.Забелину
- б) С.С.Андреевскому
- в) Д.С.Самойловичу

22. Первым применил эфирный наркоз:

- а) Н.В. Буяльский
- б) М.Я.Мудров
- в) Н.И. Пирогов

23. Принцип сберегательного лечения, в основе которого лежит покой выдвинул:

- а) Н.В.Склифосовский
- б) А.А.Бобров
- в) Н.И. Пирогов

24. Организация государственной врачебной школы по подготовке лекарей берет свое начало в:

- а) в XVII в.
- б) в XVI в.
- в) в XVIII в.

25. Обучение в школе русских лекарей было:

- а) платным
- б) бесплатным

## Тема 2.3. Выдающиеся деятели русской и зарубежной медицины.

### Темы докладов, рефератов, презентаций

1. А.И. Евдокимов – основатель Московского государственного медико-стоматологического университета.
2. П.Г. Дауге - организатор отечественной стоматологии.
3. Н.А. Семашко - теоретик и организатор здравоохранения.
4. Профилактическое направление медицины.
5. Героизм и мужество медиков во время Великой Отечественной войны.
6. М.П. Кончаловский - основоположник отечественной школы ревматологов.
7. В.А. Оппель - выдающийся русский хирург и историк отечественной хирургии.
8. С.И. Спасокукоцкий и его хирургическая школа.
9. А.А. Кисель - выдающийся представитель отечественной педиатрии.
10. В.П. Филатов - основоположник отечественной школы офтальмологов.
11. С.С. Корсаков и его вклад в развитие психиатрии.
12. Вклад А.А. Вишневого в развитие отечественной хирургии и анестезиологии.
13. Гиппократ - выдающийся врач древности. Современное значение «Сборника Гиппократов».
14. Гален - врач Древнего Рима, его экспериментальная деятельность и теоретические воззрения.
15. Значение «Канона врачебной науки» Авиценны для развития медицины.
16. А.Везалий и его вклад в развитие научной анатомии; борьба против галенизма и схоластики.
17. В.Гарвей - основоположник научной физиологии.
18. Б.Рамаццини - основоположник учения о профессиональных заболеваниях.
19. П. Фошар – основоположник зубо врачевания.
20. Возникновение патологической анатомии (Д. Морганьи, К. Биша).
21. Значение деятельности французских механистических материалистов (А. Леруа, Ж. Ламетри, Ж. Кабанис) для развития медицины.
22. Н.Л.Бидлоо - руководитель первой госпитальной школы в России и его труд.
23. Влияние трудов М.В. Ломоносова на развитие медицины.
24. Д.С. Самойлович и его труд «О существе яду язвенного».
25. С.Г. Зыбелин - первый профессор Московского университета, последователь взглядов М.В. Ломоносова.

26. А.М. Шумлянский - первый русский микроскопист, основоположник отечественной гистологии.
27. Н.М. Максимович-Амбодик - основоположник отечественного акушерства и педиатрии.
28. П.А. Загорский и его научная анатомическая школа.
29. Значение трудов И.Ф. Буша для развития отечественной хирургии.
30. М.Я. Мудров - выдающийся терапевт первой половины XIX века.
31. И.В. Буяльский и его вклад в развитие отечественной хирургии.
32. Е.О. Мухин и его вклад в развитие отечественной медицины.
33. Вклад Н.И. Пирогова в развитие анатомии.
34. Вклад Н.И. Пирогова в развитие отечественной и мировой хирургии.
35. Н.И. Пирогов, его педагогическая и общественная деятельность.
36. А.А. Филомафитский и развитие экспериментальной физиологии в первой половине XIX века.
37. С.Ф. Хотовицкий и значение его трудов для развития педиатрии.
38. Значение трудов Л. Пастера для развития медицины.
39. Открытие Д. Листером антисептики и совершенствование ее методов в России.
40. Вклад Р. Коха в развитие микробиологии.
41. К. Бернар, его экспериментальные работы, теоретические и философские позиции.
42. И.М. Сеченов, значение его работ для русской и мировой физиологии и медицины.
43. Роль С.П. Боткина в развитии отечественной терапии.
44. С.П. Боткин и его терапевтическая школа.
45. Р. Вирхов и его вклад в развитие патологической анатомии.
46. Развитие высшего женского образования в России; первые русские женщины-врачи (М. Бокова, Н. Сулова, В. Кашеварова-Руднева).
47. И.П. Павлов - основоположник крупнейшей физиологической школы.
48. В.Ф. Снегирев и его вклад в развитие акушерства. Общественная деятельность В.Ф. Снегирева.
49. И.И. Мечников - основоположник учения о фагоцитозе.
50. Н.В. Склифосовский и его вклад в развитие хирургии. Общественная деятельность Н.В. Склифосовского.
51. Крупнейшие представители педиатрии II половины XIX века в России - Н.В. Филатов, Н.П. Гундобин.
52. Отечественные гигиенисты - А.П. Доброславин, Ф.Ф. Эрисман их роль в развитии гигиены.

53. Г.А. Захарьин - основоположник научного анамнестического метода, сторонник профилактики и гигиены.
54. Возникновение вирусологии как науки (Д.И. Ивановский).
55. В.М. Бехтерев - выдающийся невропатолог и общественный деятель.
56. Н.Ф. Гамалея и его вклад в развитие микробиологии.
57. Д.К. Заболотный - основоположник отечественной эпидемиологии.
58. А.Я. Кожевников - выдающийся отечественный невропатолог.
59. Медицина в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. (описание одного из значимых исторических разделов).
60. Медики – Герои Советского Союза.
61. В.П. Демихов – основоположник мировой трансплантологии.
62. В.И. Шумаков – его труды и их значение на медицины.
63. Русские врачи – нобелевские лауреаты.
64. Открытие З.В. Ермольевой.
65. Открытия русских врачей, изменившие мир.

**Тема 2.2. История развития лечебного, сестринского, фармацевтического, акушерского дела**

Инструкция: решите кроссворд

**По горизонтали**

1. Средство, которым Даша Севастопольская обрабатывала раны
6. Начальница третьего отряда сестер милосердия во время Крымской войны
8. Основоположница сестринского дела
9. Место проведения международной конференции «новые сестры для новой России», 1993г
11. Начальница второго отряда сестер милосердия во время Крымской войны
15. Автор первого руководства по уходу за больными на русском языке
17. В 1854 году великой княгиней Еленой Павловной организована ... община
22. Присяга... бабок
24. Город, где в 1864 году была подписана «конвенция об улучшении участи раненых и больных воинов в действующих армиях»

**По вертикали**

2. Начальница первого отряда сестер милосердия во время Крымской войны
3. Кто был основоположником общества Красного Креста
4. ... в петровские времена называли женщину преклонных лет или монахиню
5. ... кодекс медицинских сестер
7. Кем была создана община сестринской милосердия \"Устами моей печали\"
10. Знаменитый русский хирург

12. В 1715 созданы ... дома
13. Первую общину сестер милосердия во Франции организовал
14. Одна из дисциплин сестринского дела
16. Так в старину называли подлекаря (фельдшера)
17. Устав... общины сестер был утвержден 25 октября 1854 г.
18. . Первое определение\ "..... ..." дала легендарная Флоренс Найтингейл в «Записках об уходе»
19. Дополните имя княгини - инициатора общины сестер милосердия:  
Терезия.. .
20. В 1803 году при Воспитательных домах в Петербурге и Москве были учреждены так называемые "... дома"
21. Кто дал первое определение сестринского дела в Записках об уходе (указать фамилию)
23. специалист с профессиональным образованием, разделяющая философию сестринского дела и имеющая право на сестринскую работу

### **Тема 3.5.**

#### **Итоговый тест по ОУПД**

Инструкция: выберите один правильный ответ.

#### **Вариант 1.**

##### **1. Научное исследование:**

- А. Деятельность в сфере науки
- Б. Изучение объектов, в котором используются методы науки.
- В. Изучение объектов, которое завершается формированием знаний.
- Г. Все варианты верны.

##### **2. Область действительности, которую исследует наука:**

- А. Предмет исследования.
- Б. Объект исследования.
- В. Логика исследования.
- Г. Все варианты верны.

##### **3. Логика исследования включает:**

- А. Постановочный этап.
- Б. Исследовательский этап.
- В. Оформительско-внедренческий этап.
- Г. Все варианты верны.

##### **4. Обоснованное представление об общих результатах исследования:**

- А. Задача исследования.
- Б. Гипотеза исследования.
- В. Цель исследования.
- Г. Тема исследования.

##### **5. Метод исследования, который предполагает организацию ситуации исследования и позволяет её контролировать:**

- А. Наблюдение.
- Б. Эксперимент.
- В. Анкетирование.
- Г. Все варианты верны.

##### **6. Метод исследования, предполагающий, что обследуемый выполняет задания, проходит определённое испытание:**

- А. Интервью.
- Б. Тестирование.
- В. Изучение документов.
- Г. Все варианты не верны.

##### **7. Метод исследования, предполагающий, что обследуемый отвечает на ряд задаваемых ему вопросов:**

- А. Манипуляция.
- Б. Опрос.
- В. Тестирование.
- Г. Эксперимент.

##### **8. Метод исследования, предполагающий выяснение интересующей информации в процессе двустороннего общения с испытуемым:**

- А. Интервью.
- Б. Беседа.

В. Опрос.

Г. Все варианты верны.

**9. Методы исследования, основанные на опыте, практике:**

А. Эмпирические.

Б. Теоретические.

В. Статистические.

Г. Все варианты верны.

**10. Метод письменного опроса респондентов:**

А. Тестирование.

Б. Анкетирование.

В. Моделирование.

Г. Все варианты не верны.

**11. Эксперимент, который выявляет актуальный уровень развития некоторого свойства у испытуемого или группы:**

А. Естественный.

Б. Формирующий.

В. Констатирующий.

Г. Лабораторный.

**12. Мысленное отделение какого-либо свойства предмета от других его признаков:**

А. Моделирование.

Б. Абстрагирование.

В. Синтез.

Г. Все варианты не верны.

**13. Воспроизведение характеристик некоторого объекта на другом объекте, специально созданном для его изучения:**

А. Конкретизация.

Б. Анализ.

В. Моделирование.

Г. Все варианты верны.

**14. Самая краткая запись прочитанного, отражающая последовательность изложения текста:**

А. Конспект.

Б. План.

В. Реферат.

Г. Тезис.

**15. Краткая характеристика печатного издания с точки зрения содержания, назначения, формы:**

А. Рецензия.

Б. Цитата.

В. Аннотация.

Г. Все варианты верны.

**16. Положение, отражающее смысл значительной части текста:**

А. Тезис.

Б. Конспект.

В. План.

Г. Аннотация.

**17. Конспект нужен для того, чтобы:**

- А. Выделить в тексте самое необходимое.
- Б. Передать информацию в сокращенном виде.
- В. Сохранить основное содержание прочитанного текста.
- Г. Все варианты верны.

**18. Точная выдержка из какого-нибудь текста:**

- А. Рецензия.
- Б. Цитата.
- В. Реферат.
- Г. Все варианты верны.

**19. При цитировании:**

- А. Каждая цитата сопровождается указанием на источник.
- Б. Цитата приводится в кавычках.
- В. Цитата должна начинаться с прописной буквы.
- Г. Все варианты верны.

**20. Критический отзыв на научную работу:**

- А. Аннотация.
- Б. План.
- В. Рецензия.
- Г. Тезис.

**21. Сжатое изложение основной информации первоисточника на основе ее смысловой переработки:**

- А. Реферат.
- Б. Цитата.
- В. Контрольная работа.
- Г. Все варианты верны.

**22. Критерии оценки учебного реферата:**

- А. Соответствие содержания теме реферата.
- Б. Глубина переработки материала.
- В. Правильность и полнота использования источников.
- Г. Все варианты верны.

**23. Установите верную последовательность структурных компонентов учебного реферата, указав рядом с цифрами буквы:**

- |                      |    |
|----------------------|----|
| А. Основная часть    | 1. |
| Б. Список литературы | 2. |
| В. Оглавление (план) | 3. |
| Г. Заключение        | 4. |
| Д. Введение          | 5. |
| Е. Титульный лист    | 6. |
| Ж. Приложение        | 7. |

**24. Курсовая работа решает задачи:**

- А. Краткое изложение полученных выводов.
- Б. Самостоятельный анализ концепций по изучаемой проблеме.
- В. Определение актуальности, объекта и предмета исследования.
- Г. Все варианты верны.

**25. Не рекомендуется вести изложение в курсовой и дипломной работах:**

- А. От первого лица единственного числа.
- Б. От первого лица множественного числа.
- В. В безличной форме.
- Г. Все варианты верны.

**26. Основные характеристики курсовой работы:**

- А. Цель исследования.
- Б. Объект исследования.
- В. Предмет исследования.
- Г. Задачи исследования.
- Д. Все варианты верны.

**27. Объект исследования в курсовой и дипломной работе отвечает на вопрос:**

- А. «Как называется исследование?».
- Б. «Что рассматривается?».
- В. «Что нужно сделать, чтобы цель была достигнута?».
- Г. «Какой результат исследователь намерен получить?».

**28. Основные требования к дипломной работе:**

- А. Актуальность исследования.
- Б. Практическая значимость работы.

**29. Установите последовательность в определении основных характеристик дипломной работы:**

- А. Тема исследования 1.
- Б. Объект исследования 2.
- В. Цель 3.
- Г. Актуальность исследования 4.
- Д. Проблема исследования 5.
- Е. Предмет исследования 6.
- Ж. Задачи 7.
- З. Гипотеза 8.

**30. Затекстовая ссылка:**

- А. Делается в тексте сразу после окончания цитаты.
- Б. Делается после изложения чужой мысли.
- В. Оформляется в квадратных скобках.
- Г. Все варианты верны.

### Тема 3.3.

#### Особенности организации УИРС и НИРС.

#### Вариант 1.

*Распределить все действия исследователя в логической последовательности*

	Название действий
1	Разработка гипотезы исследования
2	Определение объекта и предмета исследования
3	Перспективное планирование экспериментальной работы
4	Изучение состояния проблемы в науке и практике
5	Конкретизация проблемы исследования
6	Выбор методов исследования
7	Создание необходимых условий для исследовательской работы
8	Определение цели и задачи исследования
9	Обработка полученных данных исследования
10	Проведение эксперимента
11	Определение темы исследования
12	Разработка научной концепции
13	Оформление результатов исследования
14	Внедрение в практику