

Міністерство охорони здоров'я України
Комунальний заклад "Бериславський медичний
фаховий коледж"
Херсонської обласної ради

ЗБІРКА

Історія розвитку сестринської справи в Україні та світі

Шевченко А.О.

м. Берислав, 2020 р.

Збірка «Історія розвитку сестринської справи в Україні та світі», 54с.

Укладач :

А.О.Шевченко - спеціаліст вищої категорії, викладач дисциплін «Основи медсестринства», «Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка»

Від автора:

Збірка призначена для аудиторної та самостійної роботи студентів вищих медичних навчальних закладів освіти I —II рівнів акредитації на практичних заняттях з догляду за хворими та основ медсестринства. Збірку складено та адаптовано згідно відповідних тематик програм з дисциплін «Основи медсестринства», «Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка». У збірці висвітлено основні історичні періоди розвитку сестринської справи як в Україні – так і у світі. Історія медсестринства в збірці представлена подіями, фотокартками сестер милосердя, стародавніми медичними інструментами догляду, біографіями видатних постатей медсестринства.

Розглянуто та схвалено на засіданні циклової комісії
викладачів професійної та практичної підготовки
(медсестринство у внутрішній медицині)

Протокол від _____року №_____

Голова циклової комісії:_____

Зміст

	стор.
Історія розвитку сестринської справи в Україні та світі.....	4
Історія створення та розвитку Товариства Червоного Хреста.....	17
Біографія та життєвий шлях Флоренс Найтінгейл.....	23
Біографія Вірджинії Хендерсон – реформатора сестринської справи.....	39
Стародавні медичні інструменти догляду за хворими (в фотографіях).....	49
Використана література.....	54

*Історія розвитку сестринської справи
в Україні та світі*

Історія розвитку сестринської справи в Україні та світі

Медична сестра, за визначенням Комітету експертів ВООЗ з сестринської справи, є особа, яка пройшла підготовку з основної програми навчання, отримала достатню кваліфікацію і має право виконувати відповідальну роботу по сестринському обслуговуванню населення, профілактиці захворювань, догляду за хворими та наданню невідкладної допомоги, дотримуючись при цьому правил професійної етики та деонтології.

Аналіз літературних джерел за темою дослідження дає підстави стверджувати, що європейська наукова традиція зобов'язує виникнення науки догляду за хворими з іменем Гіппократа (460—377 рр. до н.е.), якого можна вважати батьком догляду за хворими, оскільки саме він зробив першу спробу розмежувати теоретичну і практичну медицину.

У Римській імперії доглядом за хворими, як правило, опікувалися раби. Правда, пізніше, у II—III ст. н.е. римляни, в особі Галена, зробили вагомий внесок у медичну практику, запровадивши догляд за хворими при гінекологічних, урологічних та інших захворюваннях.

Впродовж V—VI століть були організовані монастирі, в яких і надавалася медична допомога та медична освіта ченцями. З хрестових походів бере свій початок військова медсестринська справа.

За багато віків до утворення Київської Русі цікаві пам'ятки культури, в тому числі й медицини, залишили по собі скіфи, що населяли Крим, південні землі між Дніпром і Дунаєм і мали торгові і культурні зв'язки з греками (про них згадують Геродот і Гіппократ). Скіфам були відомі цілющі властивості багатьох рослин, вони володіли деякими прийомами лікування різних хвороб, могли робити навіть трепанації. Під час розкопок Чортомлинського кургану, недалеко від Керчі, знайдено золоті і срібні вази із зображенням скіфів, які надають медичну допомогу (перев'язування нижньої кінцівки, вибивання зуба). Деякі скіфи були обізнані з медициною античних греків, мали медичну практику в Афінах.

IX ст. формується східнослов'янська держава Київська Русь з центром у Києві. За князювання Володимира Святославовича, а потім його сина Ярослава Мудрого. Київська Русь підноситься до рівня передових держав тогочасної Європи.

Виникнення сестринської справи в Україні, як і у всій Європі, нерозривно пов'язане з прийняттям та становленням християнства, створенням монастирів, при яких були лікарні, подорожні доми, які поєднували функції готелю, лікарні та амбулаторії для мандрівників, що направлялися до святих місць та потребували медичної допомоги.

Одна з перших згадок про створення стаціонарної лікувальної установи у Київській Русі відноситься до X століття, коли княгиня Ольга організувала лікарню, де догляд за хворими був доручений жінкам. Літописець Нестор у своєму знаменитому "Житии Феодосия Печерского" згадує про створення монастирської лікарні в Києві на рубежі третьої та четвертої чверті XI століття. Згодом подібні лікарні були створені в Переяславі, Вишгороді та Чернігові. Видатним медиком, першою в світі жінкою, яка прославилася своїми медичними знаннями була внучка Володимира Мономаха, дочка Мстислава - Євпраксія Мстиславівна. Вона видала грецькою мовою трактати "Аліма" та "Мазі", де було зібрано і систематизовано знання з тогочасної медицини, і, крім опису хвороб та засобів їх лікування, дано поради щодо гігієни, зокрема, гігієни жінки та дитини.

За часів середньовіччя в Україні не було ніяких навчальних медичних закладів, а навчання мистецтва лікувати та доглядати за хворими здійснювалось шляхом передачі знань від батьків дітям або на зразок ремісничого учнівства при монастирях. Відомо, що в середньовічних містах України (кінець XIV ст.) медициною займалися члени професійних цехів. Серед них хірурги - цирульники надавали допомогу жителям міст і брали участь у військових походах та козацьких битвах. Цехи цирульників були у Львові (засновані у 1512 році), при Київському магістраті, в Кам'янці-Подільському та інших містах. У цехах цирульників провадилось також навчання учнів віком з 12 років. Цирульники вміли робити кровопускання, ставити банки, розрізати гнояки, виривати зуби, лікувати та перев'язувати рани, вправляти вивихи, переломи, здійснювати ампутації, виготовляти різні пластирі для лікування ран, знали ознаки певних хвороб.

Видатною особистістю XVI ст. був Георгій Дрогобич (близько 1450 - 1494 рр.) - один з найосвіченіших медиків свого часу. Народився в місті Дрогобичі. Закінчив Краківський університет, у якому здобув ступінь бакалавра, потім магістра; прагнучи вдосконалювати свою освіту, він вступає до Болонського університету (Італія), де удостоюється звань доктора філософії та медицини, в цьому ж університеті обирається ректором (1481-1482), викладав медицину в Краківському університеті.

Дрогобич мав авторитет енциклопедично освіченої людини. Він опублікував у Римі книгу, присвячену переважно астрономії і частково медицині. Це була перша в історії друкована праця нашого співвітчизника.

Значну роль в історії розвитку медичної справи в Україні відіграли братства. Крім просвітницької, релігійно-благодійної діяльності, вони займалися допомогою хворим членам своєї парафії, мали притулки для немічних та сиріт, які в XVI столітті дістали назву шпиталів. Зокрема, Львівське братство мало п'ять шпиталів. Лікувальні заклади мало і Київське братство.

До початку XVII століття відноситься поділ медичного персоналу на три категорії: "дохтур, обтекаръ й лікаръ, потому что дохтур совет дает й приказывает, а сам тому не искусен, а лікаръ прикладывает й лекарством лечит, а сам ненаучен, а обтекаръ у них обоих - повар".

Наприкінці XVIII століття українські землі входили до складу двох імперій: Російської та Австро-Угорської. Але кордон між Росією та Австрією був не лише географічно-політичним поняттям. Він означав приналежність населення по обидва його боки до двох різних, а в дечому — цілком протилежних суспільно-політичних та культурно-освітніх систем. Враховуючи історичну ситуацію, яка склалася, розвиток медицини в цих регіонах України мав свої особливості.

Західна Україна (тодішні Львівська, Станіславська та Тернопільська губернії, інакше - Галичина, та частина Волині, інакше - Лодомирія) за часів панування Австро-Угорщини та панської Польщі мала винятково важкі соціально-економічні умови. З точки зору економіки весь цей край практично служив аграрним придатком промислових центрів Австро-Угорщини та Польщі. Більшість населення краю була неграмотним або малограмотним. До соціального та економічного гноблення додавалось і національне. Результатом незадовільного стану населення західноукраїнських земель була висока захворюваність гострими та хронічними інфекційними хворобами та висока смертність. Навіть за офіційними статистичними даними, смертність на 1000 населення складала на початку XX століття від 22,5 до 23,9. Висипний та черевний тифи, дизентерія, туберкульоз, трахома, венеричні хвороби носили масовий характер.

Перші спроби організувати лікувально-санітарну справу в Західній Україні відносяться до другої половини XVIII століття. В квітні 1870 року на території Західної України була створена Крайова рада здоров'я, в обов'язки якої входило здійснення заходів по організації медичної допомоги населенню.

На цей час припадає перше повідомлення в літературі про відкриття акушерських курсів у Львові. Ці курси, названі повивальними, заснувала поміщиця Яблонська, яка мешкала в околицях міста. На курси приймали неграмотних сільських жінок; термін навчання тривав 3 місяці. До цього часу в Західній Україні не було ні єдиного навчального медичного закладу.

Імператриця Австрії Марія Терезія з метою поліпшення медичної опіки над населенням, розвитку медичної освіти і науки у королівстві Галичина та Лодомирія декретом від 22 грудня 1772 року призначила доктора медицини Андрея Крупинського крайовим протомедиком Галичини. Йому було доручено створити на західноукраїнських землях систему медичної служби і медичної освіти.

Про медико-санітарний стан Львова і всього королівства Галичина та Лодомирія дає уявлення один із фрагментів доповідної Андрея Крупинського губернаторові - графу Антоні Пергену від 30 травня 1773 року: "Хворі, бідні, убогі і немічні старці, вкриті виразками і брудом, лежать у гною або тиняються вулицями. Я неодноразово просив сестер милосердя подати їм медичну допомогу і помістити їх в лікарню. Сестри стверджують, що в лікарнях немає вільних місць. За таких умов може спалахнути епідемія. Слід зробити все, щоб запобігти цьому нещастю".

У своїх меморіалах від 30 травня та 30 серпня 1773 року Андрей Крупинський з болем і гіркотою констатував, що через відсутність дипломованих акушерок під час пологів часто помирають матері зі своїми немовлятами. Тому першочерговим завданням він вважав відкриття у королівстві медичних навчальних закладів. На його клопотання губернатор граф Антоні Перген 20 березня 1773 року видав розпорядження, згідно з яким у Львові почалось читання лекцій з усіх галузей медичної науки для осіб, що займалися лікарською, акушерською та аптекарською практикою, але не мали дипломів.

Урочисте відкриття Львівського акушерського колегіуму відбулося 1 жовтня 1773 року. Цей день ознаменував зародження середньої медичної освіти на західноукраїнських землях. Навчання в колегіумі було безкоштовним. Більш того, слухачі перебували на повному утриманні землевласників, які скерували їх на навчання. З губернаторського фонду вони одержували по одному гульдену на тиждень. Слухачами колегіуму могли стати фізично здорові, морально стійкі особи обох статей віком від 21 до 30 років. Звичайно, підбирали інтелектуально розвинених, які відзначалися милосердям та любов'ю до акушерської справи.

За статутом навчання в колегіумі тривало один - три роки. При колегіумі діяли курси прискореної підготовки акушерок. Це сприяло значному поліпшенню акушерської допомоги в королівстві.

За Шумовським В. (1906), у всій Галичині з 2,5-мільйонним населенням в 1772 -1776 рр. не було ні однієї акушерки. До 1792 року у Львові і у всій Галичині нараховувалась 91 акушерка та 137 хірургів.

При такій системі освіти відчувалась гостра нестача середнього медичного персоналу. Не дивлячись на це, багато з них не мало роботи, або займалось приватною практикою. На цей час дрібні лікувальні установи взагалі працювали без середнього медичного персоналу, а у великих - на одного лікаря припадав лише один середній медичний працівник. У зв'язку з цим їхні умови праці були вкрай важкими, а платня мізерною. В клініках єдиного в Західній Україні медичного факультету Львівського університету медичними сестрами працювали переважно монашки, які недостатньо володіли навіть найелементарнішими навичками догляду за хворими.

Приблизно на цей період припадає відкриття перших навчальних закладів для підготовки медичних сестер у Західній Україні. Перша школа медичних сестер була створена лише у 1895 році при загальній лікарні у Львові. Вона була організована і фінансувалась крайовим відділом здоров'я спільно з товариством Червоного Хреста. Навчання в школі в різні періоди часу тривало від 2 до 6-7 місяців.

При одержанні диплома випускниці медсестринської школи давали урочисту обіцянку такого змісту: "Клянуся і обіцяю вірно служити ідеям Червоного Хреста, дотримуватися вимог професійної етики, виконувати свої обов'язки добросовісно, не ухилятися від догляду за різного роду хворими і сприяти поширенню принципів охорони здоров'я населення і особистої гігієни народу на території моєї діяльності".

Друга школа для підготовки медичних сестер була відкрита у Львові в грудні 1937 року і носила назву "Приватна школа догляду за хворими". Школа була власністю Товариства імені Христової дитини і готувала медичних сестер для дитячих установ. Навчання було платним. Сюди приймали жінок у віці 18-25 років. Підготовка тривала 2,5 роки. Зі школи виходили грамотні, за тогочасними мірками, медичні сестри по догляду за грудними та хворими дітьми. Після закінчення навчання вони йшли працювати в дитячі лікарні, а частково - в дитячі консультації і багаті сім'ї, щоб доглядати за новонародженими та хворими дітьми.

При такій системі підготовки медичних працівників середньої ланки в Західній Україні було дуже мало. Так, на вересень 1939 року в сільських та міських стаціонарних медичних установах західних областей України працював лише 371 середній медичний працівник. У 1936 році у Львівському, Тернопільському та Станіславському воєводствах у штаті 62 так званих "осередків здоров'я", кожний з яких обслуговував повіт з 8-10 волостей з населенням 15 тисяч чоловік, було всього 76 медичних сестер, або в середньому одна медична сестра обслуговувала весь повіт.

Злам 30-40-х років XX століття ознаменувався змінами в житті українського населення на західноукраїнських землях, загарбаних Польщею після Першої світової війни. У жовтні-листопаді 1939 року згідно з прийнятими документами Західна Україна возз'єдналась з УРСР та була включена до складу СРСР.

У західних областях УРСР у 1940 році було створено 1948 лікувально-профілактичних установ різного профілю, в яких працювало 4129 лікарів та 8900 середніх медичних працівників. У лікарняних установах на цей час було розгорнуто 14200 ліжок.

Паралельно з реорганізаціями в практичній охороні здоров'я проводились відповідні зміни в системі медичної освіти. Львівська фельдшерсько-акушерська школа, яка була створена в грудні 1939 року на базі Львівської державної акушерської школи, в січні 1940 року розпочала підготовку медичних працівників за трьома

спеціальностями: фельдшер, акушерка (три роки) та медсестра (два роки). Усього в школі навчалося 109 чоловік. У червні 1941 року відбувся перший випуск акушерської групи.

У Станіславі (тепер Івано-Франківськ) та Крем'янці (Тернопільської області) у вересні 1940 року відкрились 4-річні фельдшерсько-акушерські школи. Викладання в усіх школах проводилось за програмами для середніх медичних навчальних закладів Радянського Союзу, затвердженими Наркомздравом СРСР.

Напад на Радянський Союз фашистської Німеччини перешкодив розвитку охорони здоров'я, сестринської справи та середньої медичної освіти в західних областях України. На весь період німецької окупації фельдшерсько-акушерські школи у Львові, Крем'янці та Станіславі були закриті, а їхнє майно пограбовано.

Відразу після звільнення західного регіону України від німецько-фашистських загарбників з вересня 1944 року відновили свою роботу фельдшерсько-акушерські школи у Львові, Станіславі та Крем'янці. У цьому ж році була відкрита фельдшерсько-акушерська школа в Луцьку. В них навчалися переважно українці — вихідці з цього краю.

Поповнення медичними кадрами лікувально-профілактичних установ західного регіону України відбувалось за рахунок випускників місцевих вищих та середніх медичних навчальних закладів. Крім цього, сюди направлялись на роботу лікарі та середній медичний персонал, переважно медичні сестри, з інших областей України та Росії.

У повоєнні роки в усіх західних областях України, куди ввійшли, крім Львівської, Станіславської, Тернопільської та, частково, Волинської областей, Волинська та Рівненська області, почався інтенсивний розвиток середньої медичної освіти. У період з 1944 до 1966 року, крім існуючих 3 середніх медичних навчальних закладів, було відкрито ще 22.

Дещо інакше розвивались сестринська справа та освіта в тих регіонах України, які після третього поділу Польщі перейшли під панування Російської імперії. Це стосувалось Східної (Великої) України.

У середині XVIII століття запроваджувалась система медичного обслуговування, згідно з якою в губерніях створювалися прикази громадського піклування (так звана приказна медицина). Але рівень надання медичної допомоги міському населенню в установах цієї системи був низьким, а в селах їх практично не існувало.

У 1775 році сенат видав наказ про створення у Києві урядового шпиталю. У 1792 році в місті був відкритий також військовий шпиталь. З 1786 року при Кирилівському монастирі почав діяти будинок для інвалідів, у 1806 році до нього було переведено психічнохворих.

В Україні в 1787-1797 роках діяла Єлизаветградська медико-хірургічна школа. У Київській академії на початку XIX століття функціонували медичні класи. У 1806 році в Києві офіційно відкрито Кирилівські богадільні, де в 1842 році створено першу фельдшерську школу.

У 1800 році були збудовані державні лікарні в Кременчуку, Полтаві, Ромнах, Лубнах та інших губернських та повітових містах, де поряд з лікарями працювали їх помічниками фельдшери та, як допоміжний персонал, неосвічені жінки. У 1803 році у Києві покладено початок стаціонарній родопомочі - відкрито перший пологовий будинок (акушерхауз) на 2 ліжка зі штатною акушеркою.

Із створенням губернських (1797) та повітових лікарських управ почалася організація деякої медичної допомоги сільському населенню в переважній більшості силами фельдшерів та повивальних бабок.

Найбільшими медичними освітніми центрами в Україні були: Харків (1815), Київ (1841) та Одеса (1900) - з часу відкриття у них медичних факультетів при університетах.

Початок Кримської війни (1853) визначив початок нового етапу в розвитку сестринської справи. У цей час М.І. Пирогов прийняв пропозицію щодо залучення загонів сестер милосердя в Кримській кампанії. Перші в історії медицини жінки-медичні працівники почали надавати допомогу пораненим та хворим воїнам на полі бою.

М.І. Пирогов неодноразово вказував, що "наша сестра милосердия должна быть простая, богопочтительная женщина, с практическим рассудком и с хорошим техническим образованием, непременно должна сохранить чувствительное сердце". У жовтні 1855 року в Севастополі М.І. Пирогов написав "Правила для сестер Крестовоздвиженской общины". Він вперше поділив сестер на три основні категорії: сестер-господинь, сестер-аптекарок та перев'язувальних сестер. Для кожної з цих категорій він розробив спеціальні інструкції та правила взаємин між собою та з лікарями. Він писав: "Научные и технические предписания врачей должны исполняться сестрами в точности и беспрекословно". Але і від лікарів, особливо молодих, він вимагав використання досвіду сестер, бо сестри "не слепые исполнительницы приказаний лица, только что вступившего на врачебное поприще". "Разве знание личности больного, - писав він, - приобретенное постоянным за ним уходом ничего не значит для врача, видящего его только раз или два в день".

У Севастополі надавала допомогу пораненим і особливо в цьому відзначилась проста дівчина Даша Севастопольська. У народі її вважають та шанують як героїню, як першу сестру милосердя.

Кримська війна (1853-1856) та участь у ній сестер милосердя є найяскравішим та значним етапом розвитку сестринської справи в XIX столітті. Ідея залучення сестер милосердя до надання допомоги пораненим та хворим на фронті була повністю реалізована М.І. Пироговим, який брав активну участь у підготовці та організації роботи

сестринського персоналу в цей період. Сестри милосердя виконували обов'язки по догляду за пораненими, допомагали лікарям при операціях, відали господарством польових шпиталів і т.д. З того часу необхідність та доцільність участі жінок в догляді за хворими та пораненими одержали загальне визнання. Було вирішено розвивати цей досвід і створювати систему підготовки сестринського персоналу не тільки на випадок війни, але й для мирного часу, бо кваліфікованого персоналу по догляду дуже потребували лікарні.

Після Кримської війни почали створювати нові багаточисельні сестринські общини. Сестри милосердя більш широко стали залучатися для догляду в лікарнях та шпиталях і в мирний час. Таким чином, М.І. Пирогову належить пріоритет у визначенні професійного та соціального статусу сестри милосердя в період військових дій.

Після Кримської війни з новою активністю звертається увага на підготовку медичних кадрів середньої ланки. Із середини ХІХ століття почали діяти фельдшерські школи в Києві та Харкові. У 1870 році в Києві відкрито військову фельдшерську школу, а в 1877 році - курси медичних сестер. Але забезпеченість медичною допомогою населення залишалась на низькому рівні.

Після введення в Росії у 1864 році земської медицини її запровадження в Україні почалось з Лівобережжя, на Правобережжі відповідне реформування відбулось лише у 1906 році, а на Київську, Волинську та Подільську губернії положення про земство поширилося тільки в 1911 році. Медична допомога багатьом верствам населення України була недоступна через обов'язкову плату за лікування. По селах взагалі державних лікарень не було. Лише в деяких губерніях діяла невелика кількість фельдшерських пунктів, на які, як і на решті території Росії, покладався обов'язок здійснювати "роз'їзну" систему медичного обслуговування. У 1913 році на території України, яка входила до складу Росії, було 1043 земські лікарські дільниці.

Фабрично-заводська медицина мала на меті надання медичної допомоги робітникам промислових підприємств України, але вона мало чим відрізнялась від медичної допомоги сільському населенню, інакше кажучи, була далеко недостатньою. Лише на найбільших підприємствах були створені фельдшерські пункти.

У 1913 році на території України працювало 7900 лікарів (з них у земських установах працювало всього 970 лікарів), 12400 середніх медичних працівників, в тому числі 3500 земських.

У роки Першої світової війни поряд із занепадом економіки зазнала значного занепаду і медична служба та освіта в Україні.

Певні зусилля для боротьби з епідеміями та високим рівнем захворюваності в Україні, розширення мережі лікувальних закладів та розвитку професійної підготовки середніх медичних працівників були докладені Російським урядом після Жовтневої революції. Наприкінці 1920 року в Україні працювало 1099 лікарських

дільниць та 1081 фельдшерський пункт. В утвореній УРСР проводилась відповідна робота щодо розвитку та вдосконалення всіх служб охорони здоров'я.

Реформаторські заходи з питань середньої медичної освіти, які проводились згідно з постановами Наркомздраву та Наркомпросу СРСР, здійснювались і в Україні.

1 листопада 1939 року позачергова сесія Верховної Ради СРСР прийняла закон про включення Західної України до складу СРСР та возз'єднання з УРСР.

Під час фашистської окупації України в роки Великої Вітчизняної війни на її території припинили свою діяльність медичні школи, а їх майно було пограбоване.

Після вигнання фашистів з України уряд проводив важливі заходи щодо охорони здоров'я населення, в тому числі й щодо відновлення та розвитку середньої медичної освіти взагалі та медсестринської зокрема.

Після Великої Вітчизняної війни Радянський уряд приділив велику увагу відновленню мережі середніх медичних навчальних закладів та відкриттю нових. З 1947 року загальне методичне керівництво середніми спеціальними навчальними закладами почало здійснювати Міністерство вищої та середньої спеціальної освіти СРСР. Воно розглядало та затверджувало переліки спеціальностей та навчальні плани підготовки фахівців.

У 1948 році підготовка фельдшерів-акушерок була переведена на 4-річний термін, навчання медичних сестер для дитячих установ збільшилося з 2 до 3 років.

У 1952 році для осіб, які не мали закінченої середньої медичної освіти, а працювали в установах охорони здоров'я, були відкриті при медичних школах вечірні відділення з метою надання можливості такій категорії працівників отримати середню медичну освіту без відриву від виробництва.

З метою уніфікації середньої медичної освіти, ліквідації багатопрофільності та підвищення якості підготовки середніх медичних кадрів у 1954 році були встановлені такі типи середніх медичних навчальних закладів та терміни навчання в них:

- медичні училища з 3-річним терміном навчання для підготовки фельдшерів, акушерок, санітарних фельдшерів, фельдшерів-лаборантів та зубних лікарів;
- фармацевтичні училища з 3-річним терміном навчання для підготовки фармацевтів;
- училища для підготовки зубних техніків з 2-річним терміном навчання.

Відповідно до Постанови Ради Міністрів СРСР від 4 серпня 1959 року за № 908 "О формах й сроках обучения и об улучшении качества подготовки специалистов в средних специальных учебных заведениях" Мінвуз СРСР затвердив нові навчальні плани підготовки медичних кадрів. Були продовжені терміни навчання за

спеціальностями: фельдшер, санітар-фельдшер, акушер та фармацевт, - для осіб на базі неповної середньої школи до 4 років і на базі повної середньої школи до 2,5 років. У навчальні плани було введено навчальну практику та збільшено час на практичне навчання.

З 1959 року Міністерство охорони здоров'я СРСР почало організацію постійно діючих курсів підвищення кваліфікації, вдосконалення та спеціалізації середніх медичних кадрів.

У період після закінчення війни та до середини 70-х років не тільки розширювалась мережа медичних училищ, а й збільшувалась кількість учнів, які здобували медичні професії. Наприклад, у 1950/1951 навчальному році учнів у медучилищах було у 2,5 рази більше, ніж у 1945/1946 і т.д. Поступово з процесом задоволення потреб суспільства в середніх медичних кадрах і, в першу чергу, медичних сестер реорганізовувалась мережа навчальних закладів, регулювалась кількість учнів у них. Так, в середині 80-х років припинив свою діяльність ряд периферійних медичних училищ, а підготовка середнього медичного персоналу була сконцентрована на тих, які мали добру матеріально-технічну базу та викладацькі кадри і де відчувалась потреба підготовки відповідних середніх медичних фахівців з місцевих жителів для кадрового забезпечення місцевих лікувально-профілактичних закладів. Наприклад, в західних областях України вказана реорганізація закінчилась так. У Львівській області залишилось з шести три медичних училища (Львівське, Бориславське та Самбірське); у Волинській області з семи медичних училищ залишилось теж три (Луцьке, Ківерцівське та Ковельське); у Рівненській області з п'яти медучилищ залишилось три (Рівненське, Дубнівське та Рокитнянське); в Тернопільській області з чотирьох - два (Чортківське та Крем'янецьке); в Івано-Франківській області так і залишилось 2 медичних училища - в обласному центрі та в Коломиї, правда із закриттям фармацевтичного.

Розвиток відомчої системи охорони здоров'я призвів до створення медичних училищ для задоволення їхніх лікувально-профілактичних установ середніми медичними кадрами з "надуманою" спеціалізацією, якої практично не було. Прикладом таких навчальних закладів є медичні училища Міністерства шляхів сполучення СРСР.

У 1979 році СРСР ратифікував Конвенцію Міжнародної організації праці №149 "О сестринском персонале". Наказом МОЗ СРСР від 9 вересня 1987 року за №1104 була переглянута номенклатура спеціальностей із середньою медичною освітою, введена атестація середніх медичних працівників з присвоєнням кваліфікаційної категорії. Для медичних сестер введено такі кваліфікаційні категорії: медсестра без категорії (для випускників медичних училищ), друга, перша та вища.

У 1989 році спеціальність "Медична сестра", яка існувала до цього, була перейменована на спеціальність "Сестринська справа", що більш суттєво відображала суть фаху. Був введений новий навчальний план із цієї спеціальності й у ньому вперше представлена дисципліна "Основи сестринської справи".

У 1991 році був прийнятий Закон Української Радянської Соціалістичної Республіки "Про освіту", в якому з врахуванням міжнародного досвіду були заплановані суттєві зміни в системі вищої освіти з введенням чотирьох рівнів кваліфікації (молодший спеціаліст, бакалавр, спеціаліст та магістр) та визначенням типів навчальних закладів.

24 серпня 1991 року позачергова сесія Верховної Ради України прийняла Постанову та Акт проголошення незалежності України. УКРАЇНА стала незалежною демократичною державою з неподільною та недоторканою територією, на якій чинними є лише власні Конституція, закони та постанови уряду.

Серед інших гострих проблем незалежна Українська держава відчула потребу опрацювання законодавчої бази та перебудови в галузі освіти. Згідно з розробленою 1992 року Державною національною програмою "Українська освіта в ХХІ столітті" взято курс на створення власної системи національної освіти. У цьому ж році Верховна Рада схвалила "Закон про освіту", яким передбачено запровадження в Україні неперервної ступеневої вищої освіти чотирьох рівнів. Відповідно до нього спростовано термін "середня спеціальна освіта" та замінено терміном "вища освіта першого рівня". Навчальні заклади, які надають такий рівень освіти, називаються закладами освіти I рівня акредитації. З'являються вищі навчальні заклади нового типу - коледжі, які належать до закладів освіти II рівня акредитації. У цих освітніх закладах студентам надається базова вища освіта та після закінчення - ступінь бакалавра. У закладах III-IV рівнів акредитації надається повна вища освіта на рівні спеціаліста та магістра.

З 1995-1996 років почали відкриватися факультети сестринської справи в медичних університетах та академіях України. У цей час було створено медсестринський факультет у Тернопільській медичній академії.

30 січня 1996 року МОЗ України видає наказ за № 19 "Про створення Національної програми розвитку медсестринства України". Відповідно до неї створена робоча група, яка займається конкретними питаннями розробки вказаної програми та її реалізації в практичній охороні здоров'я і системі медсестринської освіти.

У липні 1997 року вперше в Україні випущено близько 80 медичних сестер-бакалаврів. Ще у 1994 році Міністерство охорони здоров'я України на виконання рішення власної Колегії від 21 квітня 1993 року "Про стан і перспективи підготовки молодших спеціалістів I і II рівнів акредитації системи навчальних закладів Міністерства охорони здоров'я України" та наказу від 14 травня 1993 року за № 104 проінформувало керівників органів та закладів охорони здоров'я і керівників закладів, що підпорядковані МОЗ України, листом від 21 вересня 1994 року

за № 10.03.68/699 про те, що: "Медична сестра-бакалавр може займати посади головної медичної сестри лікувально-профілактичної установи, старшої медичної сестри відділення, медичної сестри спеціалізованого відділення, медичної сестри-викладача медичних навчальних закладів I та II рівнів акредитації, медичної сестри сімейного лікаря". Але ще й донині законодавче не затверджені юридичний статус та посадові оклади фахівців нового типу.

У травні 1997 року відбулась установча конференція із створення Асоціації медичних сестер України. Президентом Асоціації стала Галина Івашко. Зараз відбувається процес юридичного оформлення Асоціації, розробляється програма її діяльності.

Отже, з вищенаведеного випливає, що:

1. Становлення сестринської справи в різних регіонах України відбувалось по-різному внаслідок особливостей історичного, політичного та соціально-економічного їх розвитку з врахуванням впливів Західної Європи та Росії до 1940 року та СРСР з повоєнних часів до 1991 року.
2. Західній Україні належить пріоритет у формуванні поглядів на сестринську справу як особливий вид медичної діяльності, який вимагає відповідної теоретичної та практичної підготовки. Становлення сестринської справи в Правобережній та Лівобережній Україні проходило зі значним запізненням навіть порівнянне з тим, як це відбувалося в самій Російській імперії.
3. Завдяки активній участі М.І. Пирогова в організації сестринського догляду за хворими та пораненими під час Кримської війни був вперше проведений розподіл медичних сестер за функціональними обов'язками та розроблені інструкції і програми навчання медичних сестер різних профілів в умовах військового часу.
4. Намагання Радянського уряду замовчати позитивний історичний досвід організації та змісту сестринської справи, свідомо ізоляція системи підготовки та використання сестринських кадрів в СРСР, ігнорування і неприйняття світового досвіду, ізоляція медичних сестер від участі у всесвітніх та міжнародних професійних організаціях, привнесення в справу охорони здоров'я хибних ідеологічних принципів призвели до значного відставання системи та суті підготовки медичних сестер від міжнародних стандартів і перетворення медсестринської освіти та діяльності на допоміжну, другорядну.
5. З часу здобуття Україною незалежності та суверенітету робляться певні кроки в піднесенні престижу професії та освіти медичної сестри як найбільш потрібної та масової в практичній охороні здоров'я. Запровадження ступеневої неперервної вищої медсестринської освіти підносить її на один рівень з лікарською. Але в цьому питанні є ще багато проблем.

Нерозривно з історією медсестринства пов'язана історія Товариства Червоного Хреста.



*Історія створення та розвитку
Товариства Червоного Хреста*

Сестри милосердя



кінець ХІХ-початок ХХ ст.

Історія створення та розвитку Товариства Червоного Хреста

*М*инають роки і разом з ними спливають події, їх герої та символи. Але залишаються одвічні істини, що невіддільні від руйнівного часу. Це – милосердя, людяність, співчуття, взаємодопомога. Саме їх майже 150 років несе в життя Міжнародний рух Червоного Хреста. До цієї найбільшої гуманітарної мережі в світі входить: Міжнародний Комітет Червоного Хреста, Міжнародна Федерація Червоного Хреста та 186 національних Товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.



Анрі Дюнан

Одним із ініціаторів руху був швейцарець Анрі Дюнан, який 24 червня 1859 року випадково став свідком кровопролитної битви між італо-французькою та австрійською арміями біля містечка Сольфєріно на півдні Італії. Ця битва коштувала арміям 80 тисяч вбитих, поранених і хворих воїнів. Війська відійшли на свої позиції, а на полі залишилися без допомоги тисячі поранених. А. Дюнан був приголомшений побаченням і звернувся за допомогою до місцевих жителів - сотні життів було врятовано. У 1862 році А. Дюнан видає свою знамениту книгу "Спогади про Сольфєріно", яка справила велике враження на європейську громадськість і прискорила створення міжнародної червонохресної спільноти. Розпізнавальним знаком Товариства була прийнята емблема – червоний хрест на білому полі – це зворотнє розташування кольорів прапора Швейцарії – в ознаку того, що Рух зародився саме в цій країні. День народження А. Дюнана – 8 травня – відзначається, як Всесвітній день Червоного Хреста. Анрі Дюнан все своє подальше життя присвятив благодійній діяльності та розвитку червонохресного руху. В 1901 році він став першим лауреатом Нобелівської премії, яку теж віддав на добродійні справи.

Створений у 1863 році "Міжнародний комітет допомоги пораненим", у 1876 р. був перейменований у "Міжнародний Комітет ЧХ". Він і досі складається виключно із громадян Швейцарії і покликаний здійснювати контроль за додержанням державами конвенції про захист жертв війни. Перша конвенція була прийнята в Женеві 22 серпня 1864 р., в її основі були покладені такі принципи, як: воюючі сторони повинні підбирати поранених на полі бою і надавати їм допомогу незалежно від їх національності; персонал і установи, а також поранені та хворі,

які перебувають у них на лікуванні, користуються правами захисту і недоторканності. **Міжнародний Комітет Червоного Хреста** діє і донині. Його діяльність полягає в захисті та допомозі жертвам збройних конфліктів. МКЧХ виступає, як нейтральний посередник між воюючими, надає допомогу пораненим та хворим військовослужбовцям та учасникам внутрішніх збройних конфліктів, діє в інтересах цивільного населення, пильнує за дотриманням усіма сторонами норм міжнародного гуманітарного права.

У 1919 році була створена Ліга товариств ЧХ, тобто федерація (об'єднання) національних товариств ЧХ і ЧП. Сьогодні **Міжнародна Федерація Червоного Хреста** – це міжнародна гуманітарна організація, до складу якої входить 186 держав світу.

Її мета – надання всебічної допомоги потерпілим від стихійних та екологічних катастроф в мирний час та координація дій національних товариств у наданні гуманітарної допомоги потребуючим; підтримка і сприяння національним товариствам у реалізації програм щодо запобігання інфекційних і небезпечних хвороб, допомоги малозахищеним категоріям населення, розвитку молодіжного волонтерського руху тощо. Міжнародна Федерація ЧХ і ЧП фінансується за рахунок внесків країн – членів МФ, Гуманітарного Управління Європейського Співтовариства (ЕСНО), благодійних пожертвувань. (Зліва від тексту – портрет А. Дюнане)

Історія розвитку Єлисаветградського Червоного Хреста.

Діяльність Товариства Червоного Хреста – найстарішої і найбільшої благодійної організації світу, завжди була пов'язана з наданням допомоги людям, які через хвороби, самотність, важкі життєві обставини, воєнні конфлікти, природні та техногенні катастрофи опинилися у скрутному становищі.

Славну історію має і Червоний Хрест нашої області, який розпочав свою добродійну діяльність у 1878 році. З цього часу протягом 29 років головою міського осередку Червоного Хреста був дійсний статський радник П.Д. Ревуцький. В той період йшла російська-турецька війна і країні були потрібні медики-фахівці. Заснована медико-хірургічна школа за 15 років свого існування випустила 247 лікарів, 10 волонтерів і 60 сестер милосердя. У жовтні 1884 року при Єлисаветградському відділі ЧХ була відкрита безкоштовна лікарня для бідних хворих, якими опікувалися сестри милосердя Свято-Єлисаветинської общини. Кошти на утримання лікарні видавалися міською управою, повітовим земством та більшість з них надходила від громадської та приватної благодійності. Всього в лікарні за 10 років пройшло 68 тисяч хворих і видано безкоштовних ліків по 57 тисячам рецептів.

У 1902 році в нашому місті почалося будівництво лікарні Святої Анни Червоного Хреста. Воно стало можливим, завдяки відомій благодійниці Анні Михайлівні Дмитрян. Лікарня коштувала їй 225 тисяч золотих карбованців і була відкрита 18 травня 1904 року. До кінця своїх днів вона утримувала лікарню, на що витратила ще 300 тисяч карбованців. На ім'я Анни Дмитрян була надіслана найвища нагорода Червоного Хреста – золотий знак Ордену I ступеню Червоного Хреста і офіційно надано звання Почесної попечительки Єлисаветградського Червоного Хреста. Зараз в цій лікарні знаходиться міський пологовий будинок № 2 Святої Анни. (Зправа від тексту – портрет А. Дмитрян)

У 1918 році Україна оголосила себе демократичною країною. Але після воєн і революцій в ній лютували голод і епідемії, бракує ліків і медиків, вмирають безпритульні.

18 квітня 1918 року в Києві відбувся з'їзд, на якому було організоване Українське Товариство Червоного Хреста. Воно почало створювати пункти харчування, протитуберкульозні та венерологічні диспансери, станції боротьби з малярією, будинки для безпритульних. В період 1921-23 років діяльність Червоного Хреста вже Української республіки була тісно пов'язана з міжнародними організаціями. Так, на території нашої області діяли міжнародні благодійні організації "Джойнт", "АРА", "Чехословацький Червоний Хрест", "Місія Ф.Нансена". Цими організаціями постачалися медикаменти та продукти харчування, готувалася їжа для пересувних їдалень.

Особливої уваги заслуговує активна діяльність Місії Нансена. Ім'я легендарного норвежця Фрітьофа Нансена для багатьох українців невідоме. Аристократ, барон за походженням, вчений і полярний дослідник, мисливець і спортсмен, Ф. Нансен зробив для українського народу в його тяжку годину стільки, скільки не зробив би і цілий полк меценатів. Місії Нансена були відкриті як у великих містах України – Одесі, Харкові, Єлисаветграді, Олександрії, так і в маленьких – Новомиргороді, Знам'янці, Бобринці. Діяльність Місії була всебічною: від постачання продуктів харчування та ліків, відкриття пересувних їдалень, підвозу товарів на місця до заготівлі дров і встановлення опалювальних котлів. З Харбіну, куди приходили цілими вагонами сіль, цукор, крупи, борошно, олія, ліки, дрова, одяг, вантажі направлялись в Україну.



Анна Михайлівна
Дмитрян



Фритьоф Нансен

Представником Місії в Єлисаветграді був керівник Червоного Хреста доктор І.Савицький. З 1921 по 1923 роки в Єлисаветградських пересувних їдальнях допомогу отримали 10 тисяч осіб. В 1922 році були відкриті їдальні на 100 дітей в Новомиргороді та Бобринці. Завдяки Місії Нансена в Україні було врятовано близько 6 млн. дітей і 800 тисяч дорослих. (Зліва від тексту – портрет Ф. Нансена)

В довоєнні роки Український Червоний Хрест утримував за свій рахунок 325 медико-профілактичних та дитячих закладів, 400 аптек та магазинів гігієни санітарії, відкрив курси по підготовці сандружинниць та санінструкторів. Діяли такі курси і при Кіровоградському міському комітеті Червоного Хреста. Вихованки цих курсів – 16-річні дівчата – Олександра Никитинська, Марія Воленко, Віра Кожухар та інші в роки Великої Вітчизняної війни виносили з воєнних ешелонів, що прибували в наше місто, поранених бійців, доставляли їх в шпиталі та доглядали за ними. Багатьох сандружинниць було відправлено на фронт, де вони, ризикуючи власним життям, рятували воїнів на полі бою.

В післявоєнні роки Український Червоний Хрест допомагає відновити мережу сільських лікарень, будує лазні та їдальні, проводить просвітницьку роботу серед населення. (Знизу під текстом – фото Кіровоградських сандружинниць).



*Біографія та життєвий шлях
Флоренс Найтінгейл*



Біографія та життєвий шлях Флоренс Найтінгейл

Флоренс народилася 12 травня 1820 у Флоренції, під час тривалої весільної подорожі її батьків, багатих англійців, по Європі. Подорожуючи з батьками, Флоренс старанно вивчала основи латини, грецької і французької, німецької мов, терпляче няньчила трьох своїх сестер і брата. Всього їх в багатій дворянській сім'ї виросло під час безтурботних мандрів по Старому Світу п'ятеро, і, не зважаючи на те, що вчителі в класній кімнаті і пейзажі за її вікном часто мінялися, всі діти без винятку, а старша Флоренс — особливо — здобула чудову на ті часи освіту, а свій перший вихід в світ зробила, як і належить юній пані з дворянської сім'ї 17 лютого 1837 року в Парижі.

Якось вона відвідала один з притулків для хворих бідняків на околиці Лондона, так званий «робочий будинок» і жахнулася від побаченого. Хворі лежали по троє — четверо на одному ліжку, точніше, на матраці з брудної соломи, заразних не відокремлювали від незаразних, лікарі бачили в них тільки піддослідних для медичної практики. Лікували лише тих, хто міг заплатити гроші. Про доглядальниць, Дейл Річардс, один з біографів Флоренс Найтінгейл, пише:

«У ті дні робота медсестри була заняттям неповажним. Це було останнім притулком жінок, що спилися, які не затримувалися на інших роботах. У них не було ніякої підготовки, не було ніяких шкіл. Жінки просто просиджували біля ліжка хворого або вмираючого, якщо вони не ділили з ним це ліжко або не падали на підлогу, до нестями п'яні.»

З 1837 по 1839 подорожувала з батьками по Європі. У 1849 відвідала Інститут діаконіс в Кайзерверті (Німеччина) і повернулася до Англії з твердим наміром стати сестрою милосердя. Флоренс категорично і рішуче оголосила батькам, що збирається піти доглядальницею в лікарню для незаможних. У матері Флоренс стався серцевий напад, батько не розмовляв з норовистою дочкою два дні, в світських вітальнях Лондона бурхливо обговорювали сімейний скандал у Найтінгейлів і чергове «миле дивацтво» двадцятичотирилітньої аристократки, але Флоренс наполягла — таки на своєму і пропрацювала чотири тижні в лікарні.

Наступні сім років свого життя Флоренс присвятила важливій, на її погляд, справі: розробці свого методу догляду за хворими з мінімальною витратою засобів і максимальним ефектом. Метод цей був диво як простий: дотримання строгої чистоти в палатах, регулярне провітрювання приміщень, режим харчування, повний карантин

для заразливих і уважне відношення до всіх скарг хворих. Вона старанно записувала свої думки в зошит, вивчала медичні книги і атласи і по колишньому відвідувала притулки для хворих і бездомних.

У 1853 стала керувати невеликою приватною лікарнею на Гарлі-стріт в Лондоні.

В Кримську війну 1853–1856 Флоренс Найтінгейл організувала в Туреччині догляд за пораненими солдатами союзників, а згодом стала засновником перших курсів сестер в Англії.

У жовтні 1854, в період Кримської кампанії, Флоренс разом з 38 помічницями, серед яких були черниці і сестри милосердя, відправилася в польові госпіталі спочатку в Скутарі (Туреччина), а потім до Криму. Послідовно проводила в життя принципи санітарії і догляду за пораненими. В результаті менш ніж за шість місяців смертність у лазаретах знизилася з 42 до 2,2%. У 1856 році Флоренс на свої гроші поставила на високій горі в Криму над Балаклавою великий хрест із білого мармуру на згадку про солдатів, лікарів і медсестер, загиблих у Кримській війні.

Кримська війна зробила Флоренс національною героїнею. Солдати, що повернулися з фронту, розповідали про неї легенди, називаючи її «леді з світильником», тому що ночами, з лампою в руках, вона завжди обходила палати з хворими.

Після повернення до Англії в 1856, Найтінгейл було доручено реорганізувати армійську медичну службу. У 1857 уряд виділив кошти на організацію комісії з проведення необхідних реформ. У 1859 військовим міністром знов став Герберт, із його допомогою Найтінгейл добилася, щоб лікарні були оснащені системами вентиляції і каналізації; лікарняний персонал в обов'язково проходив необхідну підготовку; у лікарнях велася строга статистична обробка всієї інформації. Була організована військово-медична школа, в армії велася роз'яснювальна робота про важливість профілактики хвороб.

Найтінгейл написала ряд книг — «Нотатки про чинники, що впливають на здоров'я, ефективність і управління госпіталями британської армії» (Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army, 1858) і «Як потрібно піклуватися про хворих» (Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not, 1860).

Під час війни Найтінгейл вдалося зібрати по підписці велику суму грошей, на які в 1860 була організована перша у світі школа сестер милосердя при лікарні Святого Томи в Лондоні. Незабаром випускниці цієї школи почали створювати аналогічні установи при інших лікарнях.

У 1883 Найтінгейл була нагороджена Королівським Червоним хрестом, а в 1907 — орденом «За заслуги». Померла Найтінгейл у Лондоні 13 серпня 1910 року.

Жінка, котра народилася майже два століття тому — в 1820 році — й усі свої відміряні дев'яносто років присвятила праці медичною сестрою в багатьох країнах світу, першою збагнула необхідність реформи в медичній освіті, без якої будь-який прогрес у лікуванні хворих може бути зведений нанівець. Саме вона вперше у світовій історії організувала школу медичних сестер як автономний світський навчальний заклад із власними фондами та керівною радою, а не як підструктуру лікарні, й уперше застосувала наукові методи у вирішенні проблем сестринської справи. І саме Флоренс Найтінгейл перша заявила, що сестринська справа має бути незалежною, самостійною і почесною професією, суміжною з медичною, а не підпорядкованою їй. І тому саме день її народження — 12 травня — вважається Міжнародним днем медичної сестри.

Світове визнання

В 1912 році Ліга Міжнародного Червоного Хреста і Червоного півмісяця (з листопада 1991 називається Міжнародною Федерацією Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця) заснувала Медаль імені Флоренс Найтінгейл, досі найпочеснішу і вищу нагороду для сестер милосердя у всьому світі. Медаль виготовлена з позолоченого срібла, на лицьовій стороні напис латинською мовою «В пам'ять Флоренс Найтінгейл. 1820–1910». У центрі — зображення жінки з світильником, як символ добра, світла, милосердя і надії. На оборотній стороні медалі напис латиною: «За справжнє милосердя і турботу про людей, що викликають захоплення всього людства». 12 травня в день народження Флоренс Найтінгейл, світ відзначає день медичної сестри.

Життєвий шлях Флоренс

Флоренс Найтінгейл відома як засновниця професії медичних сестер та ініціатор реформи госпіталів. Сама ж вона бачила свою високу місію в служінні людству, в позбавленні людей від смерті і хвороб, яким можна запобігти. Цьому вона присвятила більшу частину свого довгого життя (1820-1910 рр.). Але все-таки головною її заслугою була боротьба за реформу системи медичного обслуговування в англійській армії і перетворення служби медичних сестер у серйозну, шановану професію на основі розробки програм спеціальної підготовки і пред'явлення високих професійних вимог до діяльності медсестер. Багато чого з того, що складає сьогодні основу медичного обслуговування, бере початок у запеклих баталіях, які Флоренс Найтінгейл вела в XIX ст. Менш відомо, що в цих баталіях вона вперше стала використовувати новітні методи статистичного аналізу. Її біографи про це чомусь не згадують.

Будучи старшою медичною сестрою в період Кримської війни (1854-1856 рр.), Флоренс переконалася на власному досвіді, що, поліпшивши санітарні умови у військових госпіталях і казармах, можна різко скоротити смертність і врятувати тисячі життів. Але, щоб переконати в цьому скептиків, що стоять при владі, їй довелося

вести нелегку боротьбу. Хоча в той час збір та аналіз даних у галузі соціальної статистики ще мало практикувалися, Флоренс зуміла зрозуміти, що надійні дані про число померлих в армії, чия смерть можна було б запобігти, можуть служити переконливим доказом необхідності реформи. Тим самим вона не лише сприяла здійсненню реформи медичного обслуговування, але й однією з перших підтримала новаторську ідею про те, що соціальні явища можуть бути об'єктом вимірів і математичного аналізу. Видатні досягнення Флоренс тим більш значні, що вона добилася їх в умовах соціальних обмежень, з якими стикалася жінка вікторіанської Англії. Батько Флоренс, Вільям Едвард Найтінгейл, був багатим землевласником, і його сім'я належала до вищих кіл англійського суспільства. У той час жінки не навчалися в університетах і не прагнули до професійної кар'єри; метою їх життя було вийти заміж і рости дітей. Флоренс пощастило: її батько вважав, що жінка повинна бути освіченою, і він сам вчив її італійської, латинської і грецької мов, філософії та історії, а також - що було вкрай незвичайним для жінки того часу - письма та математики. Коли двадцятирічна Флоренс висловила бажання стати медсестрою, батько з побоюванням погодився з її бажанням і вирішив порадитися з лікарями, чи підійде його дочці подібне заняття.

Незабаром після повернення з Криму в 1856 р. аж до своєї смерті в 1910 р. у віці 90 років вона тяжко хворіла, проводячи майже весь час у своїй спальні. Можливо, у неї і не було ніякого органічного захворювання, у всякому випадку хвороба не завадила їй приймати відвідувачів і вести широке листування.

Якщо взагалі для жінки вищого кола рішення обрати будь-яку професійну кар'єру вимагало виключної рішучості, то про професію медсестри не могло бути й мови, навіть у такій освіченій сім'ї, в якій жила Флоренс. Сумнів Вільяма Найтінгейл було викликано не стільки "отвратительной обстановкой в госпиталях", скільки, мабуть, незаперечними свідченнями розпусної поведінки медсестер. У ту епоху медсестри не отримували ніякої спеціальної підготовки. Як правило, це були грубі і неосвічені жінки зі схильністю до розбещеності та пияцтва. Згодом Флоренс сама розповідала батьку, як старша медсестра одного з лондонських госпіталів казала їй, що "ніколи не зустрічала непитущих медсестер" і що більшість з них "ведуть себе аморально з пацієнтами. Тому батьки Флоренс сподівалися, що їх дочка відмовиться від такого незвичайного задуму, вийде заміж і заживе нормальним життям.

Судячи з усього, Флоренс Найтінгейл мала привабливу зовнішність, і якщо вона не вийшла заміж, то не тому, що не мала такої можливості. Одного разу вона мало не прийняла пропозицію одного шанувальника, але після довгих його залицянь вона зрозуміла, що ніколи не зможе задовольнити "моральні спрямування" своєї "активної" натури, якщо "проживе з чоловіком все життя в турботах про нього і домашньому осередку". Респектабельне заміжжя, писала вона у своєму щоденнику, означає "приректи себе на продовження і поглиблення" її "нинішнього

положення ", що, здавалося їй, було" подібно до самогубства ". Своє призначення вона бачила в іншому і вирішила, що вона з тих жінок, кому провидіння "явно визначило ... бути незаміжніми ..."

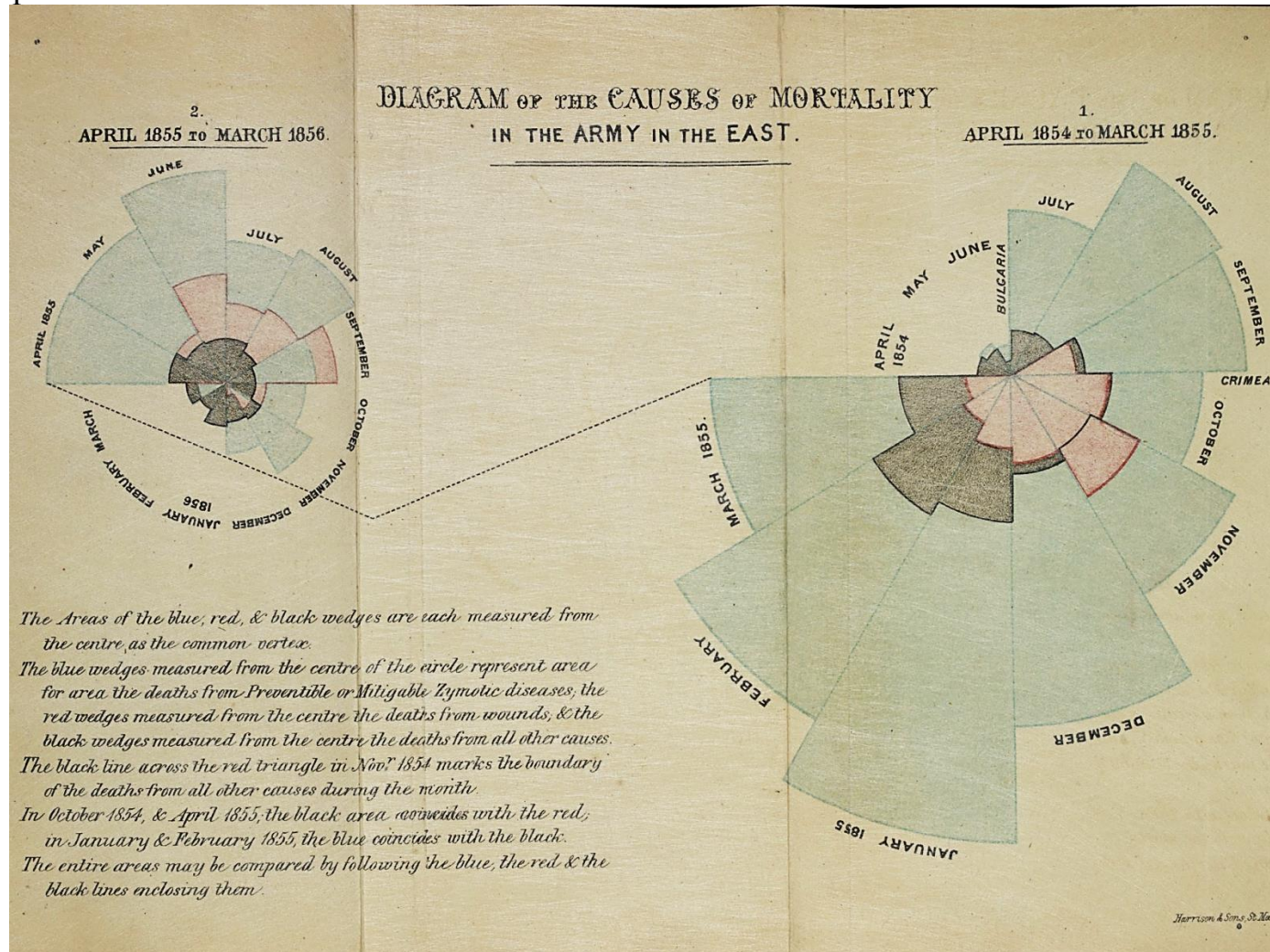
Коли батьки не дозволили їй стати медсестрою, Флоренс звернулася за розрадою до релігії, яка все життя була її провідною зіркою. Однак її релігійні почуття завжди ґрунтувалися на переконанні, що найкращий спосіб служити богу полягає у служінні людству, і тому в важкі роки молодості її ніколи не покидала думка про майбутню професію. Вона жадібно читала книги по медицині та догляду за хворими, відвідувала лікарні і поралася з дітлахами з лондонських нетрів, яких вона називала своїми "Вестмінстерськими злодюжками". І все ж Флоренс відчувала почуття незадоволеності.

Нарешті, в 1851 р. Флоренс вдалося виїхати з дому і провести три місяці в Німеччині, під Дюсельдорфом, де знаходилися лікарня і притулок протестантського ордена "дьякониц". Пізніше, незважаючи на заперечення батьків, вона стажувалася в ще одній лікарні, на цей раз на Сен-Жермені під Парижем, якої відала католицька організація "Сестри милосердя ". Їй було вже 33 роки, і нарешті вона долучилася до обраної нею професії.

Повернувшись в 1853 р. у Лондон, Флоренс невдовзі отримує своє перше "місце" (безоплатне) як наглядачки в лондонському "закладі для хворих жінок благородного походження". У її обов'язки входило стежити за роботою медсестер, станом медичного обладнання та контролювати приготування ліків. Хоча за нормами того часу їй вдалося створити зразкове медичний заклад, куди був відкритий доступ для хворих з усіх класів суспільства і всіх віросповідань, вона як і раніше, відчувала незадоволеність, що не могла досягти того, що вже тоді вважала своєю метою: створити школу, де медсестри отримували б повноцінну професійну підготовку.

У цій першій посади Флоренс пропрацювала не більше року, коли перед нею відкрилися більш широкі можливості. У вересні 1854 р. англійські та французькі війська висадилися в Криму на північному узбережжі Чорного моря, щоб надати допомогу Туреччині, що воювала з Росією (однієї з безпосередніх причин Кримської війни стало вимогу Росії, щоб православні піддані султана були віддані під її особливе заступництво.) 20 вересня союзники здобули перемогу в битві на річці Альма, а потім почалася облога російської військово-морської бази - Севастополя. Загальна радість в Англії незабаром змінилося обуренням, коли кримський кореспондент лондонської "Таймс" Вільям Говард Рассел повідомив, що хворих і поранених англійських солдатів залишають вмирати без будь-якої медичної допомоги. В англійському військовому госпіталі в Скутарі (недалеко від Константинополя) не тільки не вистачало лікарів і "навіть полотна для перев'язок ", але й не було жодної кваліфікованої медсестри. Французи ж направили до Криму 50 сестер милосердя.

Полярна діаграма, придумана Флоренс Найтінгейл, наочно показує, як багато смертей можна було запобігти в англійських військових госпіталях під час Кримської війни. Площа кожного сектора пропорційна зображуваній статистичній величині. Блакитні сектори - число смертей від "заразних хвороб, які можна було запобігти або послабити" (інфекційні захворювання типу холери чи тифу), рожеві - число померлих від ран і сірі - смертність внаслідок інших причин.



Смертність в англійських госпіталях досягла максимуму в січні 1855 р., коли всього померло 3168 солдатів, з них 2761 чоловік від інфекційних захворювань, 83 від ран і 324 від інших причин. Виходячи з середньої чисельності англійської армії в Криму в цьому місяці, що становила 32393 людини, Флоренс Найтінгейл вирахувала, що в перерахунку на рік смертність становила 1174 людини на кожен тисячу. Діаграма взята з книги Флоренс Найтінгейл "Нотатки з питань, що стосуються охорони здоров'я, ефективності заходів та управління шпиталями в англійській армії", виданої у 1858 р.

У Флоренс з'явилася блискуча можливість здійснити свої честолюбні задуми. Вона відразу ж написала своєму старому другу Сіднею Герберту, тодішньому "міністру війни", і запропонувала свої послуги. Виявилося, що сам Герберт вже відправив їй листа з проханням підібрати групу кваліфікованих медсестер і відправитися з ними в Скутарі. І коли 21 жовтня 1854 Флоренс на чолі загону з 38 медсестер відпливла до Туреччини, вона могла розраховувати на офіційну підтримку уряду (але не військових влади). Мабуть, ще важливішим було те, що вона мала в своєму розпорядженні грошовими коштами з приватного фонду, зібраного газетою "Таймс". Робота в Криму принесла Флоренс не лише всесвітню популярність; ця робота і умови, в яких вона велася, визначили високу місію всій її майбутнього життя.

Умови ж, з якими зіткнулися Флоренс і її помічниці після прибуття в Скутарі 5 листопада, саме в день бою під Інкерманом, були воістину жахливими. Бараки, де розміщувався госпіталь, кишіли блохами та щурами. Як повідомила згодом інспекційна комісія, під будовами "проходили каналізаційні труби ... забиті брудом ... і сморідний повітря виносило з них вітром вгору через численні відкриті вбиральні у коридори і палати, переповнені хворими", які лежали на солом'яних підстилках і яких після Інкермана стало ще більше. За словами Флоренс, полотняні простирала були "такі жорсткі, що поранені просили, щоб їм дозволили лежати прямо в ковдрах"; білизна пралася в холодній воді і після повернення з прання в ньому часто було стільки паразитів, що його доводилося знищувати. Необхідні медикаменти та перев'язувальні матеріали чи взагалі були відсутні, або не могли бути отримані через бюрократизм військових влади.

Такі були умови, в яких містилися поранені, доставлялися в Скутарі після довгого шляху через Чорне море і Босфор, слабкі і виснажені, що страждають не тільки від ран, а й від обмороження і дизентерії. У результаті виникали внаслідок цього епідемії тифу та холери. В Скутарі померло більше людей, ніж від самих ран. У лютому 1855 р. смертність в госпіталі досягла 42,7% від загального числа хворих і поранених.

Намагаючись організувати в Туреччині справжній госпіталь, Флоренс Найтінгейл проявила справжній талант адміністратора. На кожному кроці вона зустрічала опір з боку військової влади, що стояли на заваді будь-яким змін,

які могли розкрити їх власні помилки або некомпетентність. Військовим чинам не подобалося, що Флоренс діяла незалежно від армійських служб, що вона була цивільною особою і до того ж - жінкою. Вороже ставлення до неї було настільки очевидним, що її медсестрам спочатку взагалі заборонили перебувати у палатах. Навіть коли їй вдалося домогтися визнання, їй постійно доводилося боротися з дрібними чиновниками. Був, наприклад, випадок, коли офіцер, який відав господарським постачанням, відмовився видавати зі складу вкрай необхідні сорочки, поки вся партія в 27 тис. штук не буде оглянута представником інтендантській служби.

Незважаючи на всі ці перешкоди, Флоренс вдалося дуже багато чого домогтися в Скутарі завдяки її незалежності від військової влади, а головне завдяки тому, що вона мала в своєму розпорядженні власними коштами. Вона організувала свою пральню з котлами для гарячої води, влаштувала в госпіталі додаткові кухні і врешті-решт перетворилася на головного постачальника різних товарів для всього госпіталю, "свого роду оптового торговця шкарпетками і сорочками, ножів і виделок, капостою і морквою, операційними столами, рушниками і милом, гребінцями, порошком від вошей, ножицями, суднами і подушками для куксою ". Гроші для закупівлі всього цього і для оплати найнятого нею персоналу надходили не тільки з фонду "Таймс", а й з пожертвувань приватних осіб, а також з її особистих коштів.

Лінійні діаграми, наведені у звіті Королівської комісії, відображають порівняльний рівень смертності в армії і серед цивільних осіб. У мирний час смертність серед солдатів в Англії майже вдвічі перевищувала смертність серед цивільних осіб (верхня діаграма). Під час Кримської війни основною причиною смертності серед солдатів були "заразні" захворювання, які на фронті були більш поширені, ніж в Англії (нижня діаграма). На верхній діаграмі приведено число померлих на тисячу осіб для різних вікових груп, на нижній - рівень смертності (у відсотках) від різних захворювань (чорні лінії - серед чоловіків цивільного населення, червоні - серед солдатів у тилу). На основі звіту був прийнятий військово-санітарний кодекс і здійснено ряд заходів щодо поліпшення санітарних умов в армії. Ці діаграми, як і інші, що містяться в доповіді, можуть служити прикладом новаторського підходу Флоренс Найтінгейл до способів графічного представлення статистичних даних.

Виконуючи численні адміністративні обов'язки, Флоренс все ж знаходила час, щоб самій доглядати за хворими. Пізно вночі вона постійно обходила палати, що породило легенду про "ангела-хранителя" Криму. Всім іншим жінкам Флоренс забороняла ночами знаходитися в палатах (їй доводилося посилати деяких медсестер додому за непристойну поведінку), і, як писав керуючий фондом "Таймс", вона "одна з невеликою лампою в руках виходила багато миль серед безпорадних страждальців ". Лонгфелло в поемі, написаній в 1857 р., обезсмертив образ цієї "леді з лампою в руках". ("Чу! У цей час страждань я бачу леді з лампою в руках "). Але більш істотним

доказом успіху, досягнутого Флоренс, можуть служити цифри, на які вона сама вказувала: до весни 1855 р., через півроку після її приїзду в Скутарі, смертність в госпіталі скоротилася з 42,7 до 2,2%.

Рівень смертності в Скутарі, в головному англійською госпіталі під час Кримської війни, різко знизився після того, як завдяки зусиллям Флоренс Найтінгейл були поліпшені санітарні умови. Взимку 1854/55 р. англійська армія, що обложила російські укріплення під Севастополем, несла величезні втрати від поганої їжі, холоду і хвороб - дизентерії, холери, тифу і цинги. Смертність в госпіталі в Скутарі, за підрахунками Флоренс Найтінгейл у перерахунку на рік у відсотках до загального числа пацієнтів, досягла в лютому 41,5%. У березні почала здійснюватися санітарна реформа.

6 липня 1856, через чотири місяці після закінчення війни, Флоренс Найтінгейл повернулася до Англії. Їй вже було 36 років, і її знали і шанували в усьому світі. Після прибуття вона відмовилася від будь-якого офіційного вшанування, заявивши, що кращим визнанням її заслуг було б створення комісії з розслідування організації медичного обслуговування в армії. Флоренс писала, що в Криму в "забутих могилах" лежать близько 9 тис. солдатів, чия смерть "була викликана причинами, які могли б запобігти". Ця трагедія тривала і в мирний час: у будь-якому військовому госпіталі і в будь-якій казармі вмирали люди, яких можна було врятувати. Щоб покласти цьому кінець, необхідно було у всій військово-медичній службі провести такі ж санітарні реформи, за рахунок яких вдалося врятувати стільки життів у Скутарі. Саме таке завдання і поставила перед собою Флоренс.

Але як їй переконати інших у необхідності реформи? Найбільш переконливим аргументом, вважала Флоренс, є статистичні дані. Сьогодні використання статистики в подібних цілях - для вивчення соціальних явищ та аналізу ефективності заходів у громадській сфері - звичайне справа, але в той час це було не так. Наукові основи соціальної статистики тільки зароджувалися, і, борючись за здійснення реформи медичного обслуговування, Флоренс сприяла розвитку і цього нового методу аналізу.

Флоренс Найтінгейл була, гарячим шанувальником робіт Кетле і ще в молодості зайнялася збором та аналізом статистичних даних. У Скутарі вона не тільки здійснила найважливіші санітарні реформи, але і налагодила систематичний облік; до неї там панував справжній хаос: невідомо було навіть точне число смертних випадків. Повернувшись в 1856 р. до Англії, Флоренс познайомила з лікарем і професійним статистиком Вільямом Фарро. Під його керівництвом вона швидко змогла оцінити можливість використання зібраних нею в Скутарі даних і взагалі медичної статистики як засіб для поліпшення медичного обслуговування у військових госпіталях і цивільних лікарнях.

Протягом всієї військової історії, аж до XX ст., під час воєн від хвороб гинуло більше людей, ніж від поранень, отриманих в боях, і в цьому відношенні Кримська війна не була винятком. Статистичні дані, зібрані Флоренс, вельми красномовні. Вони показували, що протягом перших місяців Кримської кампанії "смертність у військах тільки від хвороб становила 60% на рік", що перевищувало відсоток загиблих під час великої епідемії чуми в Лондоні в 1665 р., і була вищою "смертності від нападів холери" (тобто смертності серед тих, хто заразився цією хворобою). У січні 1855 загальна смертність у всіх англійських госпіталях в Туреччині та Криму за відношенням до чисельності всієї Кримської армії, але без урахування убитих в бою, досягла річного рівня - 1174 людини на кожну тисячу. З цього числа 1023 людини на тисячу померли від "заразних" хвороб (у цю категорію Фарр включав епідемічні, ендемічні та інфекційні захворювання). Це означало, що, якщо б такий рівень смертності, який відзначався в січні, зберігався протягом усього року і армія не отримувала б поповнень, одні тільки хвороби знищили б всю англійську армію в Криму.

Різні методи підрахунків смертності, використані Флоренс Найтінгейл, яскраво продемонстрували і у що обходяться Англії хвороби солдатів, і яка ефективність поліпшення санітарних умов. Смертність в госпіталі в Скутарі в перерахунку на цілий рік у відсотках до загального числа пацієнтів досягла в лютому 1855 р. неймовірної цифри - 415%. Але вже в березні під керівництвом Флоренс почала здійснюватися санітарна реформа і смертність серед хворих різко знизилася. За даними Флоренс, до кінця війни смертність серед хворих англійських солдатів в Туреччині була "не набагато вище", ніж серед здорових солдат у самій Англії. Ще більш примітно, що смертність серед всіх англійських військ у Криму становила "лише дві третини смертності серед англійських військ, квартиру в Англії".

Ці цифри свідчили про те, що не брали участь у війні англійські солдати жили в казармах у нездорових умовах. Коли Фарр пояснив Флоренс, що ховається за її даними про смертність, вона відразу вирішила зіставити смертність серед солдатів і серед цивільних осіб. І Флоренс виявила, що в мирний час смертність серед англійських солдатів у віці від 20 до 35 років майже вдвічі вище, ніж серед цивільних осіб. Вона писала в 1857 р., що "допускати смертність у стройових, артилерійських і гвардійських частинах в Англії на рівні 17, 19 і 20 осіб на тисячу, в той час як у цивільному житті ця цифра становить лише 11 осіб на тисячу, - це такий же злочин, як якби щорічно на рівнині Солсбері вибудовували і розстрілювали 1100 солдатів".

Було ясно, що, говорячи про поліпшення санітарних умов в армії, не можна обмежуватися тільки польовими шпиталями. Підкріплюючи свої доводи статистичними даними, Флоренс зуміла звернути на них увагу королеви Вікторії і принца Альберта, а також прем'єр-міністра Англії лорда Пальмерстона. Незважаючи на пасивний опір

військового міністерства, побажання Флоренс про проведення офіційного розслідування системи медичного обслуговування в армії було задоволено і в травні 1857 була заснована Королівська військово-медична комісія.

У той час жінка ніяк не могла бути членом подібної комісії. Тим не менше Флоренс робила великий вплив на її роботу не тільки тому, що деякі члени комісії були її друзями (серед них був Сідней Герберт - міністр, що послав її до Криму), так і тому, що значну частину необхідної інформації комісія отримувала від неї. Свої погляди Флоренс виклала на восьмистах сторінках виданої на власні кошти книги під назвою "Нотатки з питань, що стосуються охорони здоров'я, ефективних заходів і управління шпиталями в англійській армії". До книги був включений статистичний розділ, забезпечений таблицями та діаграмами. Фарр назвав цю книгу "найкращим (працею) з усього коли-небудь написаного" як по статистичними "діаграм, так і про самої армії".

Зусилля Флоренс не пропали дарма. Для проведення реформ, рекомендованих Королівською комісією, були встановлені чотири підкомісії. Одна з них займалася питаннями переобладнання казарм і військових госпіталів: поліпшенням систем вентиляції, опалення, каналізації, водопостачання і кухонного обладнання. Інші підкомісії розробили військово-санітарний кодекс, заснували військово-медичне училище і реорганізували армійську систему збору медичних статистичних даних.

Тепер Флоренс зайнялася здоров'ям англійських солдат в Індії. Разом з Фарро вони почали вивчати дані міністерства у справах Індії щодо захворюваності та смертності серед солдатів. Крім того, Флоренс розіслала анкети англійською гарнізонах в Індії з питаннями про існуючі там санітарних умовах. Протягом 1858 та 1859 рр.. вона вела успішну кампанію за призначення ще однієї королівської комісії для розслідування положення в англійських військах в Індії. Два роки по тому вона представила цієї комісії доповідь про результати, отриманих на основі обробки відповідей на розіслані індійським гарнізонах анкети. У доповіді викладені причини, з яких смертність серед англійських солдатів у Індії в шість разів перевищувала смертність серед цивільного населення Англії: нікуди не придатні каналізаційні системи, переповнені казарми, відсутність фізичних вправ, погані госпіталі і багато іншого. У 1863 р. комісія завершила свою роботу. А в 1873 р., через 10 років після проведення санітарної реформи, Флоренс могла констатувати, що смертність серед солдатів в Індії скоротилася з 69 до 18 осіб на тисячу.

Втрати в живій силі, яких зазнала англійська армія внаслідок надмірної смертності та інвалідності серед солдатів. Ці діаграми наведені в доповіді Королівської комісії. В обох діаграмах приймається, що армія щорічно поповнюється 10 тис. молодих солдат у віці 20 років і що термін служби здорового солдата становить 20 років. Кожна клітинка на діаграмі відповідає 1000 чоловік. При існуючих нездорових умовах (нижня діаграма) смертність (темне попi) та інвалідність (жовте попi) скорочують максимальну чисельність 200-тисячної армії до 141764 осіб

(світле поле), що становить 29% втрат. Якби смертність була такою ж низькою, як серед цивільних осіб, то при збереженні співвідношення між смертністю та інвалідністю чисельність армії, як зазначається у звіті, була б значно вищою і становила 166910 осіб (верхня діаграма).

Статистика, як це переконливо продемонструвала Флоренс Найтінгейл, дає можливість впорядкованого вивчення даних досвіду, і медична статистика може розкрити набагато більше, ніж просто очевидний факт, що антисанітарні умови вбивають людей. Як пише Флоренс, однорідні і точні статистичні дані в медицині "дозволяють дати оцінку конкретним методам лікування і різних видів операцій". Коротше кажучи, статистика призводить до поліпшення медичної та хірургічної практики. Проблема полягала в тому, що за часів Флоренс статистичні дані, які могли розраховувати лікарні, не були ні однорідними, ні послідовно точними. Щоб виправити положення, Флоренс за допомогою Терах та інших лікарів розробила приблизну форму лікарняній статистичної звітності. Ця форма була схвалена на Міжнародному конгресі з статистикою, який відбувся у Лондоні влітку 1860

Нова схема звітності визначає основні види інформації, якою повинні мати у своєму розпорядженні лікарні: число хворих на початок і кінець року і число хворих, що поступили в лікарню протягом року; число хворих, виписаних після одужання, внаслідок визнання їх невиліковними або за їх власним проханням; число померлих хворих і середня тривалість перебування хворого в лікарні. Однак, хоча сама ідея отримання однорідних статистичних даних про становище в лікарнях була, поза сумнівом, корисною і набагато випередила свій час, ця нова система звітності так і не отримала широкого розповсюдження. Запропонована форма була занадто складною і виходила з своєрідної класифікації захворювань, яка була створена Фарро і проти якій рішуче виступали багато патологів. На жаль, в області медичної науки Флоренс не виявила тієї ж проникливості, що дозволила їй оцінити достоїнства медичної статистики, яка, наприклад, не виявила ніякого інтересу до теорії про роль бактерій як збудників хвороб і до значення цієї теорії для лікування інфекційних захворювань.

Захопленість статистикою пояснювалася не тільки зацікавленістю Флоренс у проведенні реформи медичного обслуговування, вона була тісно пов'язана і з її релігійними переконаннями. Для неї закони, що керують соціальними явищами, "закони нашого морального прогресу" були божественними законами, що і повинна була виявити статистика. Вона проповідувала ідею, що наука, створена Кетле, має "виняткову важливість для всієї політичної та соціальної діяльності", а більшість політичних лідерів не мала жодного уявлення про те, як правильно інтерпретувати статистичні дані. Флоренс вважала, що в результаті такого невігластва законодавці, які "не відають, що творять", видають закони, які означають "не прогрес, а тупцювання на місці". Тому вона намагалася винайти таку форму графічного представлення статистичних даних, яка була б зрозуміла кожному, і боролася за те,

щоб запровадити навчання статистикою в програму вищих навчальних закладів. Правда, її мрія про кафедри статистики в університетах була здійснена лише після її смерті, і навіть сьогодні її погляди не повністю поділяються суспільством, що видно хоча б з того, то вивчення статистики ще не стало обов'язковою частиною загального освіти.

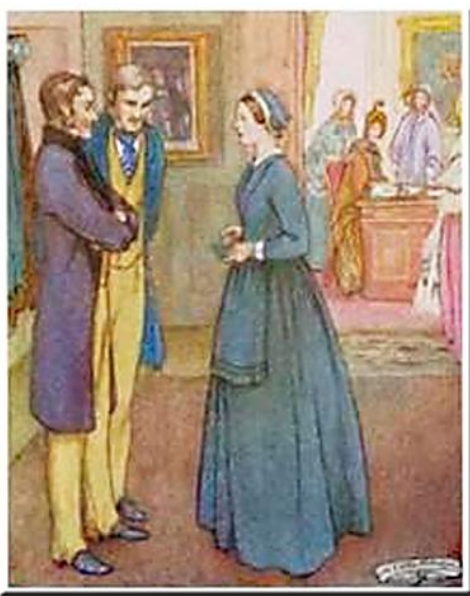
Слабке здоров'я Флоренс можна пояснити наслідками лихоманки, якою вона заразилася в Криму. Деякі вважали, що в неї взагалі не було ніякого органічного захворювання і що її нездужання було чисто нервовим чи навіть уявним. У всякому разі, те, що вона проводила весь час у своїй спальні, де й брала нескінченний потік відвідувачів, анітрохи не зменшило ролі її діяльності і не завадило їй добитися для медичних сестер сучасного професійного статусу. Використовуючи кошти з Фонду Найтінгейл (майже 50 тис. фунтів стерлінгів, зібраних громадськістю за передплатою на честь "народної героїні"), вона змогла здійснити свою давню мрію, заснувавши в 1860 р. Училище по підготовки медичних сестер. Надія самій очолити училище не здійснилася, але в цьому навчальному закладі практично реалізувалися основні принципи його засновниці Флоренс Найтінгейл:

- "1) професійна підготовка медсестер повинна проводитися в лікарнях, спеціально створених для цієї мети;
- 2) медсестри повинні жити в таких умовах, які забезпечували б належне моральну поведінку і дисципліну".

Для свого часу обидва ці принципи були досить радикальними. Те, що сьогодні вони сприймаються як само собою зрозуміле, свідчить про великий внесок Флоренс Найтінгейл у справу підготовки медичних сестер, що в не меншою мірою, ніж будь-яке наукове досягнення, сприяло загальному підвищенню якості медичного обслуговування. Другий її пристрастю була статистика, тому ще одне свідчення її заслуг доречно навести з цієї області: за переписом 1861 р. в Англії налічувалося 27618 медичних сестер, причому ця цифра наводилася в таблицях про рід занять у графі "Домашня прислуга"; до 1901 число медичних сестер зросло до 62214 і в перепису воно вказувалося в розділі "Медицина".



Флоренс Найтінгейл в молоді роки



Найтінгейл домовляється про роботу в лікарні по догляду за хворими леді.



Флоренс Найтінгейл зі своєю улюбленицею - совою Афіною, яку вона привезла з Греції



Флоренс Найтінгейл 71 рік



Флоренс Найтінгейл підчас Кримської війни





*Біографія Вірджинії Хендерсон –
реформатора сестринської справи*

Біографія Вірджинії Хендерсон – реформатора сестринської справи

Медсестра – це ноги безногого, очі сліпого, опора дитині, джерело знань і впевненість для молодої матері, уста тих, хто занадто слабкий або занурений в себе.

Вірджинія Хендерсон

Вірджинія Хендерсон народилася 30 листопада 1897 року в Канзас-Сіті, Міссурі, США. В родині з восьми дітей була п'ятою дитиною. В 1921 році закінчила військову школу медсестер в Вашингтоні, після чого отримала місце медичної сестри в патронажній сестринській службі Нью-Йорка. Потім закінчила Педагогічний коледж при Колумбійському університеті зі ступенем магістра сестринської освіти та почала займатися педагогікою. До 1948 року займалася педагогічною діяльністю коледжі університету, де проводила клінічну сестринську практику та аналітичний процес в сестринській діяльності.

Медсестра-революціонерка

Вірджинія Хендерсон, яка прожила майже ціле століття, стала головною «реформаторкою» професії медсестри в історії. Щоб гідно оцінити позитивні зміни, які здійснилися завдяки цій надзвичайній жінці, треба знати, що представляла собою професія медсестри до 20 століття. Власне, і професії ніякої не було. *«Тоді головним нашим завданням в лікарні була підтримка в ідеальному вигляді своєї білосніжної крохмальної уніформи»,* – жартувала міс Хендерсон.

У кращому випадку певні функції медсестер виконували доглядальниці, яких наймали багатії, щоб ті сиділи біля ліжка тяжко хворого члена родини. У безкоштовних лікарнях тих часів була розповсюджена негуманна практика – за хворими змушували доглядати самих же пацієнтів лікарні, «простолюдинів, які самі тільки починали одужувати. Тож поняття професійної медсестри взагалі не існувало. Згадати тільки образ Сари Гемп з роману «Мартін Чезлвіт» Діккенса, який став негативним символом працівників медичної сфери, які зловживають своїми обов'язками і алкоголем.

Ситуацію треба було терміново змінювати. Відповідальність взяла на себе смілива та захоплена справою Вірджинія Хендерсон. *«Призначення медсестри – допомагати людині, проводити дії, які стосуються підтримки її*

здоров'я, одужання (або мирної смерті), які вона зробила би самотійно, якби мала для цього достатньо сил, волі або знання», – скаже вона згодом. Слова людини, по-справжньому віданної медичній справі! Але до професії медсестри Вірджинія прийшла не за покликом дитячої мрії. Це – був поклик долі.

З талановитого дизайнера в геніальну медсестру

Вірджинія Хендерсон не мріяла про професію медсестри та зовсім не збиралася одягати білий халат. Вона мріяла стати художником, створювати ескізи інтер'єрів та оригінального одягу. Дівчина гарно малювала, а початок 20 століття з його модерновими течіями, ідеями краси, прогресу та моди був ідеальним часом для розвитку дизайнерської справи. Але планам не суджено було здійснитися – коли Вірджинії було 17, розпочалася Перша світова війна.

В той час обов'язком кожної справжньої леді був догляд за пораненими на полі бою. Тож уродженка американського Півдня, представниця поважного інтелігентського роду вчителів, лікарів та юристів не могла дозволити собі байдужість у такий час. Батько Вірджинії – адвокат, який боровся за права корінних жителів Америки, індіанців та виграв свого часу гучний судовий процес, захищаючи плем'я Клатат. Такі поняття як «обов'язок», «чесність», «справедливість» були принциповими для родини Хендерсон. *«Рівно два роки побуду медсестрою – і жодного дня більше»* — постановила собі Вірджинія. Через два роки війна закінчиться – і дівчина вже не згадає про свої минулі мрії стати художником.

Вірджинія Хендерсон у 1920-х рр.

До моменту завершення Першої світової війни дівчина вже була ученицею Вашингтонської Армійської медичної школи. Отримавши в 1921-му році свій перший диплом, Вірджинія почала працювати. Робота медсестри стала справжнім покликанням дівчини. Вона не тільки чудово виконувала свої обов'язки, а й дуже вміло пояснювала ази професії новачкам. Не помітити такого таланту було неможливо, тож через два роки Вірджинію Хендерсон «підвищили» – дівчина стала першим у світовій історії штатним інструктором по сестринській справі.

Діапазон її діяльності з часом ставав все ширшим. Так, за тендітними плечима міс Хендерсон – два чотиритомники, присвячені сестринській справі. Вірджинія пропрацювала 14 років у педагогічному коледжі Колумбійського університету, поєднуючи викладацьку роботу з роботою в лікарнях. Протягом 10 років вона проводила аналіз досліджень сестринської справи в Америці та інших англomовних країнах для Йельського університету.

У книзі «Дослідження сестринської справи» («Nursing Research: Survey and Assessment») вона проаналізувала практично кожну деталь наукових досліджень у цій сфері. 12 років міс Хендерсон присвятила складанню каталогу наукової літератури про сестринську справу («Nursing Studies Index»).

Дві ці праці вважаються наймасштабнішими серед наукової спадщини Вірджинії Хендерсон, але найважливішою працею стала все ж таки революційна концепція та методологія догляду за хворими.

Головний – не лікар, головний – пацієнт

Саме Вірджинії Хендерсон належить одне з найточніших визначень професії і науково обгрунтована теорія сестринської справи. Професія медсестри, по теорії Хендерсон, є не допоміжною або другорядною, але цілком самостійною: *«Медична сестра повинна виконувати план лікування, складений лікарем, але все, що стосується індивідуального догляду, творчо планує вона сама. Сестра має стати незалежною у межах своєї справи».*

Хендерсон невпинно підкреслювала, що медсестра має допомогати пацієнтові стати незалежним від неї та її допомоги – чим швидше, тим краще. Авторською моделлю Вірджинії Хендерсон користуються медсестри всього світу. Вона здійснила революцію на рівні фундаменту сестринської справи, зробивши «рокіровку» у процесі догляду за хворим. Якщо до цього головними був лікар і його діагнози, то тепер найважливішою персоною став пацієнт і його потреби. Так повністю змінився і мета, і суть професії в цілому.

Це був, без перебільшення, справжній «бум». І це – тільки старт у процесі змін, які впровадила міс Хендерсон за своє довге життя. Слід сказати, це було не просто максималістичне бажання змін, руйнування старих консервативних традицій. Це було професіональне рішення досвідченої та освіченої людини, яка виражено впроваджувала лише ті реформи, які позитивно та раціонально змінювали процес лікування та розвивали його.

Всім цим медсестри всього світу користуються досі. А почалося це, всього-навсього, з редагування чужої книги.

Від редактора до автора книги

Вірджинії довірили редагувати настільну книгу всіх північноамериканських медсестер – навчальний посібник «Принципи і практика сестринської справи» канадки Берти Хаммер. На той час автор тяжко захворіла і вже була практично при смерті, коли постало питання підготовки до друку ще одного перевидання посібника. Берта була вже не в змозі одна займатися редагуванням книги, тож шукала помічницю. Канадка чула про дивовижну медсестру Вірджинію Хендерсон, працездатність і відданість якої були об'єктом захоплення багатьох. Берта Хаммер попросила допомогти «прославлену» молодшу медсестру, яка радо погодилася на таку пропозицію. Спільно вони подужали четверте видання посібника, а наприкінці 1939 року Берта Хаммер померла, не доживши й до 50 років.

Міс Хендерсон не забула про спільну справу і світ побачив ще два видання книги. Незважаючи на те, що поруч незмінно стояло прізвище Хаммер, як засновниці цієї праці, посібник все більше ставав твором Вірджинії Хендерсон. Її філософія любові до людини, поваги до волі та інтересів пацієнта, а також скептичне ставлення до беззастережної влади лікаря у процесі лікування стали головним лейтмотивом, який повністю змінив популярну книгу.

«Знаєте, що позначає аббревіатура «Д. М.» (доктор медицини)? Дорогий Мікрокосмос! Адже він – маленький божок в білому халаті», – жартувала вона з властивим їй тонким гумором.

Книга Хаммер-Хендерсон поступово стає навчальним посібником не стільки для медсестер, скільки для самих хворих та їх родин. Вона дуже цікава за змістом та проста за викладенням матеріалу. П'яте видання Вірджинія написала вже самостійно, майже нічого не залишивши від першого варіанту. Це не суха теорія, а глибинна філософія сестринської справи. З такою витонченістю і легкістю описати складні речі могла тільки людина, що відчуває і любить красу, справжній художник.

«Роль медсестри — влізти в шкуру пацієнта»

На думку міс Хендерсон, у кожної людини є 14 базових потреб:

1. *Нормально дихати.*
2. *Їсти і пити.*
3. *Виводити з організму продукти життєдіяльності.*
4. *Рухатися і бути в змозі займати зручну позу.*
5. *Спати і відпочивати.*
6. *Вибирати зручний одяг, вдягати і знімати його.*
7. *Підтримувати комфортний температурний режим, який визначається температурою повітря у приміщенні та одягом.*
8. *Підтримувати чистоту тіла, хороший стан шкіри і волосся.*
9. *Уникати небезпек для себе, не завдавати шкоди оточуючим.*
10. *Спілкуватися з людьми, мати можливість висловлювати свої почуття, потреби, страхи або думки.*
11. *Молитися.*
12. *Грати і відпочивати.*
13. *Працювати, отримуючи від цього задоволення.*
14. *Вчитися, досліджувати світ, задовольняти свою цікавість.*

Згідно з міс Хендерсон, не тільки з фізіологічних, але також з психологічних, соціальних та духовних потреб складається здоров'я. Завдання медсестри — забезпечити пацієнтові таке оточення, де його 14 базових потреб задовольнятимуться максимально повно. *«Роль медсестри, – пише Хендерсон, – влізти в шкуру пацієнта і доповнювати те, чого йому бракує – силу, волю, знання».*

Головний секрет цієї сестринської філософії, напевно, криється не стільки в логічності та гармонії, а в нескінченній любові до людини. Міс Хендерсон прагнула, щоб її парці принесли якомога більше користі всім, щоб їх було легко читати та легко застосовувати, не маючи навіть медичної освіти. Хендерсон, людина блискуче освічена, суворо стежила за тим, щоб в книгах не було складної термінології, навіть слівця, яке було б зрозуміле лише медикам – і вимагала цього від своїх студентів. Дрібниць для неї не існувало. Існувала людина.

Краса у всьому

Вірджинії Хендерсон не вдалося стати художником, але вона повною мірою навчилася створювати красу навколо себе. Насправді все, до чого вона торкалася, ставало прекрасним. В першу чергу, міс Хендерсон зробила прекрасною свою професію, яка до цього була мало не знехтувана.

У 75 років Вірджинія змінює сферу діяльності. Вона йде з лікарні (де продовжувала працювати весь цей час), перестає писати книги і починає їздити по світу з лекціями. Її чарівність, переконаність і відданість справі миттєво полонить серця прихильників зі всього світу, люди охоче приймають її теорію та у подальшому втілюють в життя.

Їй було вже під 90, і вона – сама завжди одягнена як справжня леді, за старою консервативною модою – щиро захоплювалася дівчиною-панком із різнокольоровим ірокезом: *«Ах, як красиво!»* А коли одного разу в лікарні її попросили простежити за організацією Різдвяного свята, Вірджинія влаштувала справжній великосвітський вечір. Посадила всіх колег вирізати свічки, а після особисто завертала їх у золотисту фольгу.

Прекрасна зовні, елегантна, володарка яскраво-блакитних очей та ніжних локонів, вона була люб'язною та вправною господинею і мала чудове почуття гумору. Коли люди згадують про неї, то неодмінно кажуть про незвичайний медово-рожевий колорит, який міс Хендерсон привносила в своє життя. Одяг, інтер'єр її кабінету – все потопало в ніжній квітковій лагідності, в якій так легко було розслабитися, відволіктися від болю й турбот.

Хто добре живе, той добре і вмирає

Над власним довголіттям і славою Вірджинія жартувала. Нерідко молоденькі медсестри в лікарнях, де та виступала, ціпеніли в присутності знаменитості. *«Вам, звичайно, сказали, що я вже 10 років як померла», – посміхалася міс Хендерсон – і вся напруженість танула.*

Померла вона в хоспісі – не хотіла надто обтяжувати родину та довірилася своїм колегам. В останню годину родичі і друзі заповнили палату. Заміж Вірджинія так і не вийшла, але близьких людей, яких вона любила і які обожнювали міс Хендерсон, було дуже багато.

Їй принесли морозиво і шоколадний кекс. Вірджинія з апетитом з'їла десерти, струсила крихти з білосніжної накрохмаленої серветки, попрощалася з усіма і попросила рідних і близьких піти. Через годину-дві вона померла – тихо, спокійно і безболісно.

Модель сестринської справи В. Хендерсон

У 1966 році видатна американська медична сестра, викладач та дослідниця сестринської справи Вірджинія Хендерсон розробила та запропонувала свою модель сестринської справи.

В. Хендерсон зосереджує увагу сестринського персоналу на фізіологічних, психологічних, соціальних потребах людини.

Взявши за основу ієрархію людських потреб (за А. Маслоу), В. Хендерсон для створення своєї моделі вибрала 14 фундаментальних потреб, задоволення яких є головним у практичній роботі медичної сестри.

Однією із важливих умов цієї моделі є участь самого пацієнта в плануванні та здійсненні догляду.

Ця модель є однією із найвідоміших і разом з тим простих для розуміння та використання. Вона рекомендована Європейським регіональним бюро ВООЗ для застосування медичними сестрами Європи та в країнах, які раніше входили до СНД.

Основні положення моделі

■ ***Пацієнт*** має фундаментальні людські потреби, які є однаковими для всіх людей: "...незалежно від того, хвора людина чи здорова, медсестра завжди повинна пам'ятати прожиттєво важливі потреби людини у їжі, одягу, оселі, в любові та доброзичливості, взаємозалежності в умовах суспільних відносин...".

В. Хендерсон описала фундаментальні потреби людини у вигляді 14 "видів повсякденної діяльності".

Здорова людина, як правило, не має труднощів для задоволення цих потреб. В той же час в періоди хвороби, вагітності, дитинства, старості, при наближенні смерті людина може бути нездатною задовольнити ці потреби самотійно.

Саме в цей час *медична сестра допомагає "... людині, хворій чи здоровій, у виконанні тих функцій, які підтримують її здоров'я чи, сприяють одужанню (чи в момент наближення смерті) та які ця людина виконала б без сторонньої допомоги, якщо б у неї були відповідні сила, бажання, знання. Причому, все це робиться для того, щоб допомогти людині стати якомога скоріше незалежною... "*

Джерелом проблем пацієнта є нездатність людини самотійно задовольнити свої фундаментальні потреби. Проблеми, які потребують сестринського втручання, виникають тоді, коли людина, в силу певних обставин (хвороба, певний період розвитку тощо), не в змозі здійснити догляд за собою. Проблеми можуть виникнути також в період одужання чи довготривалого вмирання. На здатність виконувати повсякденну діяльність впливають:

- соціальні, культурні, економічні умови життя людини;
- фізіологічні, інтелектуальні можливості людини;
- емоційний стан, темперамент (наприклад, при наявності відчуття страху та занепокоєння пацієнт може погано їсти та спати).

Направленість сестринських втручань

Сестринські втручання направлені на досягнення пацієнтом незалежності для задоволення основних його потреб, на зміцнення здоров'я пацієнта. В своїй моделі В. Хендерсон передбачає обов'язкову участь пацієнта при виявленні та вирішенні його проблем із здоров'ям.

При обстеженні пацієнта медсестра обговорює з ним умови надання сестринської допомоги: "... тільки в стані дуже високої залежності пацієнта, такому як кома чи стан повної прострації, у медсестри є оправдані мотиви для прийняття рішення (не обговорюючи його з пацієнтом), що для нього в даному випадку є благом ...". На думку В.Хендерсон, *"...Сестра повинна просто "встати на місце" кожного пацієнта, щоб зрозуміти його потреби. Сестра то знаходиться в несвідомості, то любить життя. Сестра — це "ноги безногого", "очі сліпого", опора дитини, джерело знань та впевненості для молодої матері, вуста тих, хто занадто слабкий, щоб говорити..."*.

- **Мета догляду** — відновити незалежність пацієнта в задоволенні ним 14 фундаментальних потреб.
- **Засоби сестринських втручань** — звичайний сестринський догляд; медикаментозна терапія за призначенням лікаря; участь пацієнта та членів його сім'ї в догляді.
- **Оцінка якості та результатів догляду** — здійснюється тоді, коли задоволені фундаментальні потреби, у відношенні яких було застосоване сестринське втручання.
- **Роль медсестри** — представлена В. Хендерсон з двох сторін. З однієї сторони, сестра це самотійний, незалежний фахівець в системі охорони здоров'я, тому що вона виконує ті функції, які не може виконувати пацієнт, щоб відчувати себе досить незалежним. З другої сторони, медсестра — це помічник лікаря, виконуючий його призначення.

Модель В. Хендерсон має ряд критичних зауважень:

- ця модель більш орієнтована на надання інтенсивної сестринської допомоги в лікарнях;
- ця модель в більшому ступені враховує фізіологічні потреби людини і у відносно меншому ступені — психологічні, соціальні та духовні потреби.

Враховуючи те, що модель, запропонована В.Хендерсон, не досить складна у порівнянні з сучасними моделями сестринської справи, її можна використовувати разом з медсест-ринським процесом як основу для практичної роботи медичної сестри (Лемон, 1996).

Міс Хендерсон (навіть у вельми поважному віці вона відмовлялася від звернення «місіс») – володарка почесних докторських ступенів у 12 університетах, нагороди Крістіан Рейман від Міжнародної ради медичних сестер (це «Оскар» в світі сестринської справи), а також премії... свого імені.



**Вірджинія Хендерсон
у 1920-х рр**



Вірджинія Хендерсон в 90 років



*Стародавні медичні інструменти догляду
за хворими (в фотографіях)*



Ртутний шприц і перев'язувальні пакети, 1545
Ці предмети були знайдені на затонулому судні «Марія Роза».
Ртутний шприц використовувався для лікування моряків
від сифілісу.



Кістяний шприц 19 ст. Використовувався для промивання вух та
лікування сифілісу шляхом введення ліків в сечеві шляхи.



Французський латунний шприц (17 ст.)



Спринцівка зі слонової кістки. Шрі-Ланка (18 ст.)



Японська клізма (19 ст.)



Клізма з тютюновим димом
(18-19 століття)



Банки 19 ст.



Клізма



Стетоскоп
1870 р.



Срібний термометр 1880 р.



Респіратор з шовку та срібла (19 століття)



Скарифікатор (початок 20 століття)



Штучна п'явка (19 століття)



Скарифікатор з міді для кровопускання



Ланцет для кровопускання, 1850

Для того, щоб провести процедуру кровопускання, трикутним лезом натискайте на вену, поки з неї не потече кров.



Скарифікатор, 1874 р.

За допомогою нього робили щеплення проти віспи.
Чотирма різцями проколювали шкіру з гнояками вже інфікованого хворого,
а потім ті ж різці впилися в шкіру дитини.

Використана література

1. Вороненко Ю.В., Чернишенко Т.І. Реформування медсестринської освіти в Україні // Медсестринство України. - 1998. - №1. - С. 5-11.
2. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. - Тернопіль: Джура, 1997. - 328 с.
3. Голяченко О., Ганіткевич Я. Історія медицини. —Тернопіль: Вид-во "Лілея", 2005. — 248 с.
4. Грандо О. Подорож у минуле медицини. - К: Тріумф, 1995. - 175 с.
5. Грандо О. Визначні імена в історії української медицини. - К: Тріумф, 1997- 335 с.
6. Сорокіна І. Мати Тереза // Медсестринство України. - 1998. - № 1. - С. 55-57.
7. Шатило В.Й., Горай О.В., Гордійчук С.В. та ін. Проблеми і перспективи розвитку медсестринства у світі і в Україні (історичний аспект та сучасність) // Матеріали Всеукраїнської науково'практичної конференції "Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи", Житомир 10—11 листопада 2011 р. / За ред. В.Й. Шатила. — Житомир: Полісся, 2011. — С. 16—26.
8. Шегедин М.Б. Медсестринство у світі. - Львів, 1998. - 288 с.

Всі фото збірки з відкритих джерел INTERNET!