

*ГОУ ВПО Кемеровская государственная  
медицинская академия Росздрава  
(кафедра истории, психологии и педагогики)*

*Кемеровская региональная общественная организация  
«Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса»*

**ЛОПАТИНА  
НАТАЛИЯ ЛЕОНИДОВНА**

**Культурологические аспекты  
в развитии  
сестринского дела**

Кемерово 2009

УДК 008:61

ББК 71:5

**Л77** Лопатина Н.Л. Культурологические аспекты в развитии сестринского дела. – Кемерово: Изд-во Аксиома, 2009. – 168 с. – ISBN 978-5-9901476-2-1

**Рецензенты:**

доктор культурологи, профессор Кулемзин А.М.

доктор медицинских наук, профессор Артамонова Г.В.

Через призму культуры, истории и религии в монографии представлены основные вехи развития сестринского дела. Пока подобных работ не было. Обилие использованной литературы по истории медицины и сестринского дела, философии и истории дела делает работу убедительной по части достоверности выводов и обобщений. Хороший литературный стиль изложения обеспечивает доступность её восприятия людьми как медицинских, так и гуманитарных профессий.

**ISBN 978-5-9901476-2-1**

© Н.Л. Лопатина, 2009

## Введение

Объясняя закономерности общественного развития, средневековый мыслитель Августин Аврелий (Блаженный) заявил, что нет «вчера», «сегодня», «завтра», а есть настоящее прошедшего, настоящее настоящего и настоящее будущего. Иными словами, всё, что мы имеем в настоящее время, есть следствие прошедших событий и явлений. То, что мы будем иметь в перспективе, есть плод нынешних усилий.

Потому-то люди с таким вниманием вглядываются в историю, надеясь с её помощью найти решение стоящих перед ними задач. Или хотя бы что-то объяснить для себя. Медики – не исключение. Изучая историю медицины, они познают закономерности развития врачевания, процесс становления медицинских знаний и медицинской деятельности народов мира на протяжении всей истории человечества.

История сестринского дела является одним из разделов истории медицины. Она изучает историю ухода за больными и ранеными как на основе профессиональной деятельности, так и благотворительности, практиковавшейся светскими и религиозными структурами.

Сестринское дело – это специфическая профессиональная деятельность, направленная на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем человека в условиях изменяющейся окружающей среды. Сестринское дело сконцентрировано на заботе о пациентах.

Уход за больными осуществлялся с древнейших времен. С развитием общества происходили и культурные трансформации. С изменением религиозных взглядов, представлений о бытии, мировоззренческих установок, технических возможностей менялись медицина и сестринский уход.

Сестринское дело является не только частью медицинского ухода, но и частью человеческой деятельности в целом. Деятельность людей – составляющая культуры. По тому, как в обществе осуществляются разные виды деятельности (изготовление орудий труда, одежды; строительство жилья; празднование; пение песен и мн.др.) можно говорить о культуре общества. Медицинский уход осуществлялся в рамках культурного поля. Он отражал культуру эпохи. Соответственно, сестринское дело имеет культурологические аспекты.

Поэтому интересно взглянуть на, казалось бы, исключительно медицинскую тему с позиций культурологических оснований и проследить трансформацию парадигмы сестринского ухода.

В 1927 г. в постановлении Народного комиссариата здравоохранения<sup>1</sup> сказано: «Средний медработник должен быть только помощником врача, работать по его указаниям и под его наблюдением, должен быть вполне готов к выполнению всех процедур, назначаемых врачом, и обладать точно выработанными техническими навыками». В Популярной медицинской

---

<sup>1</sup> Аналог Министерства здравоохранения.

энциклопедии 1963 г. о медсестре говорилось: «Лицо средней медицинской квалификации, работающее под руководством врача и выполняющее его назначения и некоторые процедуры». Краткая медицинская энциклопедия 1994 г. определяла медсестру как «специалиста со средним медицинским образованием, работающего под руководством врача в ЛПУ».

В 1993 г. была сформулирована концепция сестринского дела в России, в соответствии с которой медсестра – это «специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую работу. Она действует как независимо, так и в сотрудничестве с другими профессиональными работниками сферы здравоохранения». Само же сестринское дело в России в XX в. определялось двумя формулировками: 1) как наука об уходе за больными и выполнении некоторых простейших медицинских процедур и манипуляций, таких как инъекция, клизма, инфузия; 2) как искусство, наука, которые требуют понимания и применения специальных знаний и умений, как действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению.

Европейское региональное бюро Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в марте 1996 г. определило, что «суть сестринского дела состоит в уходе за человеком и в том, каким образом сестра осуществляет этот уход. В основе этой работы должна лежать не интуиция, а продуманный и сформированный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем...».<sup>2</sup>

До какого-то времени уход за больными основывался на интуиции и накопленном опыте. Через систему проб и ошибок сестры искали способ помочь больному. Сестринское дело получило научную основу на базе наук лечебного дела, физиологии, биологии, социологии, психологии.

Сестра несет ответственность за те медицинские услуги, которые оказывает. Сестринское дело включает планирование и оказание помощи во время болезни и реабилитации, рассматривает влияние различных аспектов жизни человека на здоровье, болезнь. Специфика медицинского ухода в том, что сестра должна проявлять не только профессиональные медицинские навыки, но и максимум выдержки, спокойствия. В этой профессии очень важны человеческие качества.

У истоков развития сестринского дела стояли три образа медицинской сестры. Это фольклорный образ «сестра-мать» – в период, когда уход за больными осуществлялся на дому женщинами из числа домашних и ограничивался лечением обрядами и травами. Другой образ – «божий работник» – в период, характеризующийся появлением всевозможных богаделен, где за больными ухаживали служители церкви. И третий этап – это образ «слуги», когда помощь стали оказывать люди, получившие специальное

---

<sup>2</sup> Сестринский процесс и документация. – Копенгаген. – Европейское региональное бюро ВОЗ – март 1996. – Гл. 4.

образование. Вера в Бога, сострадание, доброта и милосердие были мощной психологической поддержкой для тех, кто занимался этой тяжелой работой.

Как складывалось сестринское дело в мире и предстоит выяснить в данной работе.

История медицины и история сестринского дела выявляют достижения каждой исторической эпохи в области медицины и ухода за больными в контексте духовной культуры человека. Они показывают взаимодействие и единство национальных и интернациональных факторов в формировании медицинской науки и практики в разных регионах земного шара, знакомят с историей и основными положениями медицинской этики в разных странах мира. Поскольку история сестринского дела излагается в контексте всемирной истории, постольку следует напомнить основные хронологические периоды человечества:

*Первобытное общество* – около 2 млн. лет назад (20 тыс. веков);

*Древний мир* – V тыс. до н.э. – сер. I тыс. н.э (40 веков);

*Средние века* – V в. – сер. XVII в. (12 веков);

*Новое время* – середина XVII в. – начало XX в. (3 века);

*Новейшее время* – 1918 г. – до настоящего времени (менее века)

Особенностью предлагаемой читателю монографии является сочетание вопросов медицины и культуры. Совершенно необычным для раскрытия медицинской проблематики является использование православной духовной литературы. Используются книги Авдеева Д.А., Зубковой М., Махаева С., Постернак А.В., Силуяновой И.В, С. Ф. Филимонова и др., а так же дневники и письма сестер милосердия (Бакуниной Е.М., Толстой А.Л., Найтингейл Ф., Великой княгини Елизаветы Федоровны и др.).

Литература по истории сестринского дела носит сугубо медицинский аспект. Признанные авторитеты в этой области Зеленин С.Ф., Краснов А.Ф., Лапотников В.А, Мухина С.А., Накатис Я. А., Перфильева Г.М., Романюк В.П., Сорокина Т.С., Тарновская И.И. и менее известные авторы Иванюшкин А.Я., Обуховец Т.П., Павленко Т.Н., Склярова Т.А., Хвощева Е.С., Чернова О.В. заложили прочный фундамент для изучения истории сестринского дела.

Исключительно полезными для подготовки книги были публикации в журналах «Сестринское дело», «Медицинская сестра», «Медицинский вестник», «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины», «Военно-медицинский журнал», «Медицинская помощь», «Медицина в Кузбассе», «Российский семейный врач».

Книга рассчитана как на специалистов, так и широкий круг читателей.

## **Глава 1: Культурологические особенности ухода за больными в докапиталистическое время**

### **Уход за больными и представления о болезни в первобытном обществе**

За труднообразимое по протяженности время природа человека, в принципе, не изменилась. Человеку, по-прежнему, свойственны инстинкты самосохранения, размножения и др. Он нуждается в пище, жилье, воздухе, любви, сострадании. Изменилась лишь внешняя атрибутика, окружающая человека. Пещеры и шалаши превратились в дома и небоскребы. Пища стала потребляться не путем отхватывания куска мяса от туши, а подаваться в приготовленном виде на блюде. Одежда покрывает теперь уже все тело, а не только бёдра (правда, в соответствии с капризами моды, это «покрытие» бывает порой чисто условным). Но назначение ни пищи, ни жилья, ни одежды не изменилось в целом, хотя приобрело новые виды ценностей (экономической, эстетической), ценности престижности и др.

Именно в первобытном обществе формировались истоки всех последующих духовных и материальных достижений человечества: мышление, сознание, речь, языки, трудовая деятельность, земледелие, скотоводство, общественное разделение труда, брак, семья, религиозные верования, искусство, нравственность, этикет, врачевание и гигиенические навыки.

Современному человеку думается, что он победил природу и поставил ее в свое услужение. Но природные стихии особенно последних лет показывают, насколько глубок этот обман. Воздействия внешних факторов на человеческий организм одинаковы как в древности, так и в современности. Скажем, причина контузии человека не изменилась с течением времени – травма. Археологические раскопки показывают, каковы были травмы головы, поражения костной системы, увечья, полученные в результате внешнего воздействия. Они принципиально не отличаются от современных. Смело можно предположить, что люди в древности болели, так же как и мы, инфекционными, простудными, кишечными и другими заболеваниями.

Безусловно, в древности было и лечение больных. Археология (палеонтология) обладает данными о трепанации черепа, ампутациях конечностей, сращивании костей после переломов, сделанных древними людьми. В учебнике Т.С. Сорокиной «История медицины» приводятся на сей счёт убедительные доказательства. В частности, там демонстрируются фотографии черепов первобытных людей (неоантропов), переживших операцию трепанации черепа и погибших вследствие ритуальной трепанации черепа.<sup>3</sup>

Кто проводил такие операции на заре человечества? Племенные лекари или пришельцы из других миров? Мы не знаем. Безусловно, лишь то, что после таких сложных вмешательств в организм человека за больным требовался уход.

---

<sup>3</sup> Сорокина Т.С. История медицины. – М., 2004. – С. 29.

Безусловно, и то, что уход требовался и за роженицами, и за новорожденными, и за людьми после неудачной охоты, последствием которой были травмы и увечья.<sup>4</sup>

Вероятно, такой уход осуществлялся родственниками, а не специально обученными людьми. И, скорее всего, ими были женщины. Именно женщина пыталась сохранить жизнь и здоровье добытчику – мужу, своим детям, престарелым родителям. Есть основания полагать, что женщина и была первым врачом. Не случайно, разные народы с древности называют женщину «хранительницей очага».

Первобытный человек оставил изображение женщин в виде каменных изваяний: женщин - прародительниц, женщин – хранительниц домашнего очага. Древние славяне называли их «берегинями». Изваяния женщин – «берегинь» археологи находят на всех континентах и многочисленных островах нашей планеты в археологических слоях, относящихся к позднему палеолиту (около 40 тыс. лет назад – XII-е тысячелетие до н.э.). Им поклонялись, их хранили как талисманы.

Именно женские имена значатся среди первых врачевательниц в последующую человеческую эпоху - в Египте (Могучая Полидамна), Чехии (мудрая Каза), Колхиде (Медея). Из «Илиады» Гомера мы знаем о светлокудрой Агамеде, лечившей целебными травами.

С развитием культуры в первобытном обществе менялись представления о причинах болезни. Они делились на две группы – телесные и духовные (злые духи, вселившиеся в человека).

С первой причиной (физической, телесной) знахари боролись с помощью трав, зелий, массажа, костоправства.

От второй причины болезней (духовной) избавляли жрецы, шаманы, волхвы, колдуны, которые проводили ритуальные обряды по запугиванию злых духов и изгнанию их из человека. Практиковались заговоры, наговоры. В целях предупреждения многих заболеваний использовали «обереги» - различного рода амулеты, предохранявшие от влияния злых духов, отрицательной энергетики. Это была своеобразная медицинская профилактика не только древних людей. В значительной степени она существует до сих пор. И не только у, так называемых, отсталых народов.

Интересно заметить, что представления о злых духах существовали у всех народов мира. И большинство ученых объясняет это малоразвитостью людей древней эпохи. Но, может быть, есть смысл, взглянуть на проблему, отодвинув высокомерие цивилизованного человека. То, чего мы не видим и не слышим, вовсе не означает его отсутствие. Скажем, мы в повседневности не видим электромагнитных и радиоволн. Не видим и не ощущаем атомы и другие мельчайшие частицы. Не чувствуем радиации. Но они существуют. И мы обнаруживаем их физическое присутствие при помощи специальных приборов, изобретенных только на высоком уровне знаний.

---

<sup>4</sup> См. там же. – С. 23. (фото посттравматических костей первобытных людей).

Достаточен ли уровень современных знаний для восприятия тонкой материи духовной составляющей нашей жизни? Не делает ли эта недостаточность знания нас предвзятыми по отношению к «темным» народам? Не становимся ли мы сами от этого «недалекими»? Да и настолько ли предки уж были «тёмными»?

Европейский путешественник XVIII в., считая себя светским, образованным и умным человеком, с брезгливостью писал о дремучей темноте небольшого народа, который в лечебных целях использует не только лягушачьи лапки, крысиные хвостики, но покрывает раны какой-то «гадостью», соскребая её с несвежего сыра. Этой гадостью, как потом выяснилось, и был пенициллин, свойства которого будут открыты в Европе только в XIX в. А тот «отсталый» народ им пользовался веками.

Нам явно не хватает уважительности и вдумчивости как по отношению к древней собственной истории, так по отношению и к представлениям современных «отсталых» племён.

Давно ли советские люди снисходительно относились к греху, как православному объяснению причин болезней? Христиане считают грехом не только физические действия человека: объедаться, прелюбодействовать, пьянствовать, предаваться излишествам («объядохся», «опихся»), но и моральные: «гневахся», «солгах», «презрех», «опечалих», «осудих», «разгордехся», «развращение помыслих».<sup>5</sup>

Какой современный медик будет отрицать, что, скажем, переедание является причиной целого ряда заболеваний (сердца, желудочно-кишечного тракта, сосудистой системы и др.)? Кому неизвестно, что прелюбодеяние может стать причиной кожно-венерических заболеваний, СПИДа? Кто усомниться, что злоупотребление алкоголем пагубно влияет на печень, мозг, сердечно-сосудистую систему? Какой психиатр или психолог не станет связывать неадекватность человека (больного или здорового) с его повседневным вышеописанным поведением, греховными привычками и эмоциями?

В религиозном языке часто заложены символы и смыслы, которые мы пока не всегда можем понять. Возможно, под «злыми духами» следует понимать такие понятия как «сознание», «мысль», «психика» и др.? Сегодня мы говорим: «В здоровом теле – здоровый дух». Вполне очевидно, что в этом афоризме заложена глубинная философия наших предков, зафиксированная, в том числе, в выше приведенных молитвенных словах.

Однако вышесказанное о тонкой материи (природы «злых духов») не должно превращать нас в этаких мистиков, предпочитающих проводить нашептывания вместо адекватных медицинских действий.

---

<sup>5</sup> См. Полный православный Молитвослов на великую потребу. – СПб., 2004. – С. 17.



## Изменение ухода за больными в Древнем мире

Если уж в первобытном обществе существовало врачевание и уход за больными, то в Древнем мире (Египет, Месопотамия, Шумер, Китай, Индия, Рим, Греция и др.) – тем более. О существовавшем уходе за больными свидетельствуют слова Будды (VI в. до н.э.): «Братья, если вы сами не позаботитесь друг о друге, то кто другой это сделает? Братья, кто почитает меня, да почитит больного!».

В Древнем мире господствовали рабовладельческие цивилизации. Для них было характерно производящее хозяйство; частная собственность; появление городов как ремесленных, религиозных, культурных и военных центров; монументальное строительство; письменность, формирование государственности и права.

Первые рабовладельческие государства возникли в Месопотамии и Египте (IV– III-е тысячелетие до н.э.), Индии (середина III -го тысячелетия до н.э.), Китае (II-е тысячелетие до н.э.), Западной и Центральной Европе (I-е тысячелетие до н.э.), Америке (I-е тысячелетие до н.э.).

Современные специалисты по истории медицины Т.С. Сорокина и С.Ф. Зеленин отмечают общие черты развития врачевания в Древнем мире:

- Изобретение письменности (с IV-го тысячелетия до н.э. и создание первых медицинских текстов (с конца III-го тысячелетия до н.э. у шумеров),
- Формирование двух направлений врачевания: народного (эмпирического) и культового (теургического).
- Развитие представлений о происхождении болезней (природные, морально-этические, религиозно-мистические).
- Подготовка врачей (в семье, как семейная традиция и обучение в школах при храмах).
- Создание специальных санитарно-технических сооружений, способствующих воспитанию гигиенических навыков.
- Формирование врачебной этики на основе, в том числе, и классового подхода.
- Взаимное влияние и преемственность во врачевании между разными древними цивилизациями.<sup>6</sup>

Письменные источники показывают, насколько достаточно высокими были знания врачей Египта, Индии, Китая (до конфуцианства<sup>7</sup>) в области анатомии. Это было результатом погребальных действий, предусматривающих препарирование тел умерших. В Месопотамии, Греции, Риме вскрытие трупов не производили. Знания анатомии были несовершенными. Правда, в Древнем Риме врач Гален (ок. 130 – 200 гг.)

---

<sup>6</sup> Сорокина Т.С. История медицины. – С. 38-39; Зеленин С.Ф. История медицины. Краткий курс. – Томск, 2004. – С. 27-28. .

<sup>7</sup> Конфуцианство – одно из ведущих идейных течений древнего Китая. Основатель Конфуций (VI в. до н.э.).

сделал ряд открытий в области анатомии и физиологии на основе вскрытия трупов животных.

Врачи Древнего мира сводили причины болезней к двум группам: естественные (питание, климат, личная гигиена, кишечные паразиты, физические нагрузки) и сверхъестественные (возмездие за нарушение культовых обычаев, влияние злых духов).

Функции организма, методы обследования больного, методы лечения, профилактические меры в разных странах врачи трактовали по-разному. В Древней Индии, например, исходили из учения о равномерности в организме трех «жидкостей» (слизь, желчь, воздух). В Древнем Китае – из соотношения двух противоположных начал: отрицательного («инь») и положительного («ян»). Китайские врачеватели разделяли причины заболеваний на три группы. Внутренние причины («семь настроений»): чрезмерная радость, большое горе, гнев, страх, тоска, любовь, желание. Внешние причины («шесть черезчур»): ветер, холод, зной, сырость, сухость и огонь; сюда же относятся травмы, микробы. «Нейтральные» причины: нарушение питания, отравления. При лечении болезней на пострадавшие органы воздействовали через жизненные точки, добавляя (возбуждая, например, золотой иглой), или отнимая (успокаивая, например, серебряной иглой).<sup>8</sup>

В Древней Греции врачи исходили из двух материалистических первоначал: атомов и пустоты (атомистический материализм Левкиппа, Демокрита, Эпикура).

Усилия врача Древнего Египта направлялись на уравнивание баланса жидкостей и элементов на основе лекарственной терапии, диеты, хирургии. В Древней Индии (как потом в средневековой Руси) особым почетом пользовалась ртуть. В Древнем Китае высокого уровня достигла чжень-цзю терапия (чжень – иглоукалывание или акупунктура, цзю – прижигание), поскольку хирургия из-за религиозных запретов не развивалась. И, конечно же, в Древнем мире развивалась военная медицина. Особенно – в Древней Греции и Древнем мире в связи с их агрессивной завоевательной внешней политикой.

В цивилизациях Древнего мира сформировалась храмовая медицина. Больные обращались за помощью в храмы, где врачи и жрецы с помощью гипноза, настоек и магии лечили пациентов. Видимо, эти жрецы, а также люди, состоявшие при храмах, и стали первыми профессиональными сиделками, выхаживающими больных.

Корень слова «медицина» (индоевропейское – *med*) означает «середина», «мера». Смысл этих слов связан и с нахождением средства (меры) исцеления. Медицина как середина между знанием и чудом исцеления. От чистого естествознания медицину отличает то, что она работает не с «веществом», «полем» или «информацией», а с человеком,

---

<sup>8</sup> Церковь и медицина: на пороге третьего тысячелетия. – Минск, 1999. – С. 29.

знание о котором не ограничивается естествознанием, но предполагает нравственное, духовное начало. Это понимали медики с древнейших времен.

Пожалуй, нет в мире такой профессии, где этическая сторона была бы столь важной. Это понимали ещё в древности. Этические предписания медиков носили форму клятвы или наставлений учителя. Первая известная нам врачебная клятва связана с отцом светской медицины – греческим врачом Гиппократом (ок. 460-377 гг. до н.э.). Все медики современного мира дают клятву Гиппократа, получая врачебные дипломы. В этой клятве врачей обнаруживается связь с религией. «Клянусь врачом Аполлоном, Асклепием, Гигией и Панакеей, а так же всеми богами и богинями, делая их свидетелями, исполнять по силам и разумению моему данную клятву и письменное обязательство».<sup>9</sup>

«В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного», – писал Гиппократ.<sup>10</sup> Практическое отношение врача к человеку, изначально ориентировано на заботу, помощь, поддержку. Оно является основной чертой профессиональной врачебной этики. Гиппократ отмечал непосредственную зависимость между человеколюбием и результативностью профессиональной деятельности врача. «Где любовь к людям, там и любовь к своему искусству», – писал Гиппократ.<sup>11</sup>

Гиппократовская присяга послужила образцом для многих аналогичных текстов в разных культурах. В VI в. еврейский врач Асаф создал свой вариант. Для него медицина есть единство науки, искусства и этики. Он считал, что лишь научная часть может быть изучена только по книгам и лекциям. Духовные же принципы, лежащие в основании знания, не могут быть освоены прямо, но воспринимаются через символику. Истинный мудрец хранит молчание или открывает свою мудрость лишь тем, кто способен его понять и кому он доверяет.

Асаф наставлял: «Соблюдай осторожность, чтобы не уничтожить человека корневым отваром; не готовь никакое питье, которое может вызвать выкидыш у беременной женщины, и не вожделей красивых женщин в стремлении к прелюбодеянию; и не разглашай тайну человека, которой доверился тебе; и отвергай подкуп, чтобы не навредить; и смягчай свое сердце по отношению к бедным и нуждающимся, имей к ним сострадание и излечи их. Не говори о хорошем как о плохом и о плохом как о хорошем. Не следуй за магами, чтобы очаровывать волшебством и колдовством и разделять жен с мужьями. Не соглашайся ни на какой подкуп или вознаграждение, чтобы помочь в половых преступлениях. никоим образом не поклоняйся идолам, чтобы не уверовать в их целительные силы, но презирай, не терпи, и ненавидь всех их поклонников, что доверились им и

---

<sup>9</sup> Православная церковь и современная медицина. Ред. С. Ф. Филимонов. – СПб., – 2002. – С 22.

<sup>10</sup> Гиппократ. Избранные книги. – М., 1936. – С. 87-88.

<sup>11</sup> Там же. – С. 121.

заставляй других верить в то, что они ничего не стоят, и нет от них никакой пользы. Люди полагаются на демонов и их хозяев, которые не существуют и раз они не способны помочь мертвым, как же они могут сохранять живых? И теперь, доверься твоему Господу Богу, Богу правды, живому Богу, ибо Он приносит и смерть и жизнь. Он бьет, и Он исцеляет. Он дарит человеку понимание, учит его служить Ему... Никакая хитрость не скрыта от Него... Каждое живое создание находится в Его руках... Он поможет тебе во всех твоих совершенствах, и ты будешь счастлив в глазах всех людей. Бог – с тобой, когда ты – с Ним... Не ищи несправедливую выгоду, и не способствуй злу... Не вызывай... болезнь в человеке; не спеши калечить и не вырезай человеческую плоть любым железным орудием..., но сначала наблюдай, и два, и три раза, а затем подай совет. Прими меры против надменности и тщеславия. Не проявляй недовольство по отношению к больному и остерегайся мнительности».<sup>12</sup>

Также гиппократовские принципы отразились во врачебной этике мусульманского мира, которые отражены в трактатах Али Аббаса (X в.), Аль Табари, Ибн Радвана, Аль Багдади (XIII в.). Али Аббас написал «Царскую книгу», которая содержит, так называемые, «Советы врачу». Здесь сказано, что врач должен служить, прежде всего, Богу и повиноваться Ему во всем. Не только при исполнении профессионального долга, но и в частной жизни врач должен быть религиозен и благочестив, и не стремиться к земным благам. Интересно, что в XX в. религиозный компонент в исламской медицинской этике не утратился, а наоборот усилился. Например, в 1977 г. была принята присяга Исламской медицинской ассоциации Северной Америки (Islamic Medical Assotiation of North America). Этот документ иллюстрирует преемственность традиции и верность идеалам, высказанным более чем за тысячу лет до наших дней. В присяге говорится: «Хвала Аллаху, Учителю, Единственному, Величеству небес, Великому и Достославному; слава Тебе, Вечному, создавшему вселенную и всех ее обитателей, явленному в бесконечности и вечности. Мы не служим иному богу, кроме Тебя, а идолопоклонство считаем мерзостным преступлением. Дай нам силу быть правдивыми, честными, скромными, милосердными и объективными. Дай нам силу духа признавать наши ошибки, исправлять наши пути и прощать других людей. Дай нам мудрость успокаивать и направлять всех к миру и гармонии. Дай нам понимание, что профессия наша священна, ибо питается ценнейшими Твоими дарами – жизнью и разумом. Поэтому сделай нас заслуживающими этого высокого звания с честью, достоинством и благочестием, чтобы мы могли посвятить нашу жизнь служению человеку, будь он беден или богат, грамотен или нет, мусульманин или не мусульманин, черный или белый, с терпением и почтением, доблестью и уважением, знанием и бессонными трудами, с любовью к Тебе в наших сердцах и состраданием к слугам Твоим. Мы принимаем эту присягу во имя Твое, Создатель Неба и Земли и следуем

---

<sup>12</sup> Православная церковь и современная медицина. – С. 32 - 34.

завету Твоему, открытому Тобой Пророку Мухаммеду: «Тот, кто убьет живую душу не за душу, и не за нечестье на земле, тот как бы всех людей погубит. А тот, кто эту душу сохранит, он как бы всех людей уберезет от смерти».<sup>13</sup>

Врачебная этика фиксировалась в виде наставлений у народов Востока. Например, древнеиндийский трактат «Чарака-Самхита» принадлежит знаменитому врачу Чараке (годы жизни неизвестны, разброс от IX в до н.э. до I в н.э.). В его «Присяге инициации» говорилось: «Ты должен вести жизнь в безбрачии, отращивать волосы и бороду, говорить только правду, не есть мясо, но только чистые продукты, свободным от зависти, и не носить оружия. Ты все должен делать по моим указаниям, исключить ненависть к правителю, доведение человека до смерти или содействие в несправедных делах и деяниях, ведущих к бедствию. Ты должен посвятить себя мне и расценивать меня как твоего наставника. Ты должен служить мне и жить вместе со мной подобно сыну, рабу или просителю. Ты должен вести себя и действовать без высокомерия, с заботой и вниманием и с напряженным разумом, а также смирением, постоянным размышлением и искренним повиновением. Действуя в моих или иных интересах, ты должен стремиться только к моим наставническим целям, то есть к лучшим из моих способностей. Если ты жаждешь успеха, богатства, известности врача и небес после смерти, ты должен молиться за все создания, начиная с коров и Брахманов. День и ночь, насколько в твоих силах, должны быть заняты, ты должен вкладывать все свое сердце и душу в лечение своих пациентов. Ты не должен бросать или вредить больному ради своей жизни или условий проживания. Ты не должен допускать прелюбодеяния даже в мыслях. И даже в мыслях ты не должен желать чужого имущества. Ты должен быть скромным в одежде и облике. Ты не должен быть пьющим или грешником и сам не должен связываться с участниками преступлений. Твои слова должны быть нежными, чистыми, справедливыми, приятными, полезными и умеренными. Твой режим должен строиться с учетом времени и места, а также опыта прошлого. Ты всегда должен трудиться по собиранию знаний и профессиональных навыков. Пусть не получают лечение люди, которых ненавидит правитель и общество. Также не подлежат лечению и те, кто совершенно ненормальны, злы, ничтожны по нраву и поведению; кто обнаружили, что недостойны почестей, а также и те, кто находятся на пороге смерти, и вместе с теми женщины, брошенные мужьями и опекунами. Никакие подарки, предложенные женщиной без ведома ее мужа или опекуна, не могут быть приняты тобой. При входе в дом пациента пусть тебя сопровождает человек, лично известный пациенту и имеющий разрешение вести тебя; ты же должен быть хорошо одет, со склоненной головой, хладнокровен, и суждение выносить тебе следует только после повторного рассмотрения. То есть ты должен достойно обозначать свой приход... Особенности домашнего уклада пациента не должны быть обнародованы.

---

<sup>13</sup> Силуянова И.В. Современная медицина и православие. – М., 1998. – С. 36.

Даже зная, что жизнь больного близка к завершению, ты не должен поминать об этом там, где данное известие нанесло бы удар больному или другим. Владующий знанием не должен хвалиться им... Нет предела в Науке о Жизни – Медицине. Ты должен усердно ее изучать...<sup>14</sup> Интересно, что это наставление предусматривает неокказание медицинской помощи ряду лиц. В культуре Древнего Востока это признается справедливым.

В ряде греческих средневековых рукописей сохранился христианский вариант Клятвы Гипократа (Рукопись Ватиканской библиотеки X или XI в.): «Да будет благославлен Бог, Отец Господа нашего Иисуса Христа, который благославлен во веки веков; я не лгу. Я не запятнаю изучение врачебного искусства. Я никому не вручу даже просимого смертельного зелья и не укажу пути к этому. Равным образом я не дам abortивного средства никакой женщине, ни наружного средства, ни внутреннего.

Я буду обучать этому искусству тех, кто нуждается в нем, без претензий и без договора. Я использую лечение для помощи страждущим сообразно моим способностям и моему разумению. В чистоте и святости я буду поддерживать мою жизнь и мое искусство. В какой бы дом я не вошел, я войду туда для помощи больным, воздерживаясь от всего несправедливого умышленного или неумышленного – того, что ведет к смерти или страданию, а также от постыдных связей с человеком зависимым или свободным, мужчиной или женщиной. Что бы при лечении я ни увидел или ни услышал (а также вне лечения, в бытовом окружении), о чем не следует распространяться, того я не разглашу, считая это священной тайной. Теперь же, если я сдержу и не нарушу эту клятву, то да поможет мне Бог в жизни и в искусстве и да ниспошлет мне уважение людей на вечные времена. Если сдержу я слово, но, если нет, да постигнет меня обратное этому». Возможно, эта клятва уже была при жизни Галена (ок. 130-210). Неизвестно была ли эта клятва официальной и обязательной.<sup>15</sup>

Эти клятвы и наставления во многом похожи. Это очередной раз свидетельствует, что в культурах разных народов существует фундаментальное единообразие в главных моральных универсалиях, а разнообразие культур определяется различием в этических деталях. К непреходящим этическим ценностям относятся милосердие, забота, сочувствие, спасение жизни. Именно эти ценности являются центральными и определяющими для профессиональной медицинской морали.

В III в. до н. э. жил легендарный греческий врач – Асклепий (в римской литературе он известен как Эскулап). В честь Асклепия стали называть помещения, создаваемые при храмах – аскейпионы, в которых лечили больных. Это были прототипы современных лечебных санаториев. Обычно после вечернего богослужения, больные, пришедшие на службу, ложились специально построенных галереях вдоль стен храма. Они погружались в священный сон (аккубационный) под действием окуриваний

---

<sup>14</sup> Православная церковь и современная медицина. – С. 25- 28.

<sup>15</sup> Там же. – С. 29-30.

или гипноза, который потом комментировался жрецами с назначением лечения. Видимо, при аскейпионах были люди, ухаживающими за больными.

Основную роль в деле ухода за больными и оказания первой помощи вне храма продолжали играть женщины. Со временем, среди них стали появляться специалисты, например, по оказанию помощи роженицам и новорожденным.

В Древней Греции среди женщин, занимающихся лечением, стали выделяться акушерки. По определению Гиппократом, ими могли быть только рожавшие женщины, а так же женщины с большим жизненным опытом. Они определяли сроки беременности, наступление родов, им предоставлялось право ускорять роды лекарственными средствами и священными песнями.

Акушерки занимались также лечением женских болезней и даже были свахами. Многие из женщин-врачей и акушерок состояли на государственной службе. Но особенно развито акушерское дело было в Древнем Риме. Здесь акушерки не только оказывали помощь во время родов, но и ухаживали за роженицами и младенцами.

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

В Афинах и Риме, заболевших бедняков и раненых в сражениях воинов, лечили в домах богатых граждан, где уход за ними осуществляли тоже женщины. Также лечение осуществлялось при церквях священниками, которые основывались на эмпирические и традиционные знания. Обряд жертвоприношения давал им некоторые представления об анатомии животных; анатомия же человека навряд ли существовала как наука, принимая во внимание ветхозаветные обрядовые запреты притрагиваться к мертвецу, не говоря уже о вскрытии трупа. В Библии очень мало ссылок на анатомические и физиологические факты. Специфических названий заболеваний так же мало. В основном употребляются слова: болезнь, слабость, немощь. Конкретно говорится о проказе, парше, лишае, чесотке. Мор, язва или чума упоминаются в Ветхом Завете. Бубонная чума была бичом библейских стран.<sup>16</sup>

Специальных помещений, в которых бы лечили и ухаживали за больными, не было.

Их возникновение и развитие связано с монастырями. С распространением христианства и христианских добродетелей в обществе

---

<sup>16</sup> Церковь и медицина: на пороге третьего тысячелетия. – Минск, 1999. – С. 17.

появляются общества по уходу за больными. В эти общества входили не профессионалы, а люди, руководимые христианским милосердием, желающие оказывать помощь нуждающимся.

Милосердствовать, значит соболезновать, сострадать, жалеть или желать помочь, быть готовым делать добро. Милосердие заложено во всех мировых религиях, начиная с буддизма.

Считается, что первый монастырь был основан в Египте в 320 г. Затем они стали появляться в Палестине, Сирии и других провинциях Римской империи. Монастыри со временем (в Средние века) стали определять судьбы учености. За стенами монастыря во время войн и эпидемий укрывались старики, дети, женщины, раненые, больные. Так возникали первые приюты для больных – прообраз будущих монастырских больниц (в том числе и на Руси).

Первая большая монастырская больница была создана византийским епископом Василием Великим в Кесарии в 370 г. Она была похожа на маленький город, каждое строение которого соответствовало одному из типов болезней. Там был даже лепрозорий. В этой больнице было много людей, ухаживающих за больными. И не обязательно, что ими были только женщины.

В западной части Римской империи первая больница была создана через 20 лет (в 390 г.) на средства кающейся римлянки Фабиолы. В Византийских христианских монастырях уже в обязательном порядке создавались богадельни (или диаконии) и убежища-кельи, предназначенные вначале для больных монахов и монахинь, а позже и для всех больных. Уход за больными в этих заведениях считался еще у первых христиан богоугодным делом. Ему посвящали себя почти все члены общины, но в основном женщины, которых называли *диакониссами* (лат. – служительницы).

Диакониссы использовали для ухода за больными лекарственные настои, уголь, сажу, золу, холодную и теплую воду, покой, хорошую пищу, чистый воздух, массажи, назначенные монастырскими врачами. В практике диаконисс были также и заклинания, молитвы, амулеты.

Во времена римского императора Константина Великого (IV в н.э.), поддерживавшего христианскую религию, учреждаются общественные больницы (места, где боль кладет человека «ниц») и госпитали (от слова «гостеприимный дом») для больных и бесприютных. Там, разумеется, тоже были специальные люди, выхаживающие больных.

Постепенно сложилось представление о том, что оказание медицинской помощи – это дело божье и дело всех верующих христиан. Если врачевание – это удел профессионалов, то уход за больными может оказывать любой христианин на основе милосердия. Потому-то женщин, ухаживающих за больными и стали много позднее называть сестрами милосердия.

Но сначала их называли диакониссами. Диакониссой могли стать дева или вдова в возрасте не моложе 40 лет. Потом возраст увеличится до 50 лет. Диакониссы проходили обряд посвящения. В Византии диакониссы



приписывались к церквям. Например, при Софийском храме Константинополя состояло 40 служительниц. В функции диаконисс кроме ухода за больными при церквях входило посещение больных и бедных христиан, заключенных в тюрьмах (это даже отражено на древних фресках). Они присутствовали при разговорах священников и женщин для избежания нареканий в адрес священников. Они стояли при входе в храм, следя за входящими и указывая им места в храме. Со временем стало происходить сближение функций диаконисс с функциями дьякона. Но это не прижилось: в христианской традиции не позволительно женщинам прикасаться к священным сосудам и кадить перед жертвенником. В этом усматривались функции жриц языческого культа Веста - богини огня в Риме.

Это стало одной из причин отказа от диаконисс уже в раннем средневековье, начиная с V–VI вв. Последнее упоминания о диакониссах в православных церквях относится к XII веку.<sup>17</sup>

Очевидно, таким образом, что люди Древнего мира накрепко связывали материальную сторону врачевания с духовной составляющей.

### **Функционирование специализированных учреждений и общественных структур по уходу за больными в Средневековую эпоху.**

В Западной Европе началом Средних веков считается год падения Римской империи (476 г.), концом – годы Английской буржуазной революции (1640—1649 гг.). Средние века принято считать эпохой феодализма.<sup>18</sup> На медицину этого периода оказало влияние дальнейшее формирование мировых религий, развитие естествознания, математики, механики, физики, химии, становление философских систем и учений. Церковная догма в Европе стала исходным пунктом всякого мышления, наука стала служанкой богословия. Широко были распространены алхимия, астрология, поиск философского камня и вера в сверхъестественную силу некоторых лекарственных веществ. В частности, считалось, что корень мандрагоры исцеляет от всех болезней.

В VI в. произошло два важных события, повлиявших на менталитет общества: закрытие императором школы Афинской Платоновской академии в 529 г. (что означало конец античной науки) и основание Бенедиктом Нурсийским монастыря в Монте-Кассино. Святой Бенедикт создал монастырский устав, который в дальнейшем взяли за основу многие монастыри (бенедиктинское монашество). В отличие от монастырей восточного христианства, где монахи молились, медитировали, не занимались производственной деятельностью, Бенедикт провозгласил: молись и работай! Монахи западного христианства занялись хозяйственной

---

<sup>17</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – М., 2001. – С. 10-13.

<sup>18</sup> Хотя в других регионах начало развития феодализма приходится на иное время: Китае – III в., Закавказье – IV в., Византии и Средней Азии – VII в., на Руси – IX в.

и просветительской деятельностью. В дальнейшем европейские монастыри стали центрами производства, мастерскими по переписыванию и иллюстрированию рукописей, очагами религиозной и культурной жизни.<sup>19</sup>

Трудно переоценить значение монастырей в деле ухода за больными. Старейшая французская больница в Лионе была основана в 540 г., другая больница в Париже – в 651 г. Их обслуживали монахини. Во Франции существовал целый религиозный орден августинков. Августинки сначала трудились в парижской больнице Отель-Дье, потом и в других больницах страны. И даже в XIX в. можно было встретить августинков во Французских больницах.

Особое значение в средневековую эпоху имели крестовые походы (1096-1270 гг.), имевшие формальной целью освобождение от мусульман гроба Господня (Иисуса Христа) в г. Иерусалиме. Крестовые походы привели к широкому распространению многих заразных болезней. Иммунная система европейцев, столкнувшись с новой флорой и фауной, оказалась не подготовленной к сопротивлению. И сами завоеватели принесли новые виды болезней на Средиземноморье. Болезнью века стала проказа (лепра), считавшаяся неизлечимой. Прокаженный помещался в специальный приют (лепрозорий). До этого его отпевали в церкви как мертвого. После крестовых походов в Европе насчитывалось более 19 тыс. лепрозориев (в одной только Франции – около 2 тыс.).

Правда, сама идея изоляции прокаженных от общества появилась ещё в Армении в III в., а в VI в. (570 г.) монахи ордена св. Лазаря создали близ Венеции больницу, посвятив себя уходу за прокаженными.<sup>20</sup> Прокаженным вне лепрозория выдавалась специальная одежда (черное платье и шляпа с белой лентой), трость и трещотка, как отличительные знаки опасности контакта здоровых людей с больными лепрой.

Такое широкое распространение лепрозориев вызвало потребность в огромном количестве людей, ухаживающими за особо опасными (для заражения) больными. Ими могли стать только люди глубоко верующие, люди, для которых христианская добродетель и милосердие были образом жизни, а не формальной данью религиозной догме. Средневековые люди, ухаживающими за больными в лепрозориях, являются примером бескорыстного и жертвенного служения больному.

Точно так же как и люди, боровшиеся с чумой и другими эпидемиями (пандемиями)<sup>21</sup> в Средневековой эпохе. Как уже говорилось, особенностью этого исторического периода является доминирующее положение религии. Учение о том, что в центре мироздания – Бог (теоцентризм) было абсолютно незыблемым. Малейшее отступление от него в Европе преследовалось с величайшей последовательностью и жестокостью (500 – летняя инквизиция).

---

<sup>19</sup> Карпушина С., Карпушин В. История мировой культуры. – М., 1998. – С. 328-329.

<sup>20</sup> С тех пор больницы стали именоваться лазаретами по имени св. Лазаря.

<sup>21</sup> Эпидемия – значительное распространение инфекционной болезни, превышающее обычный уровень заболевания. Пандемия (всеохватывающая) – распространение инфекционных болезней на уровне целых материков.

Практика инквизиции не могла не сказаться отрицательно на развитии медицины, развивающейся в целом на материалистической основе. В Средние века, как заметил А.И. Герцен, звание ученого, скорее всего, вело на костер, нежели в академию.<sup>22</sup>

Абсурдное сожжение инквизиторами нестандартных по внешности и поведению людей (красивых черноглазых женщин, экстрасенсов, ученых и др.), считавшихся ведьмами и колдунами, сказалось даже на европейской популяции. Уничтожение черных кошек (и вообще кошек) – якобы орудий дьявола, привело к геометрическому росту грызунов (разносчиков болезней) и, как следствие (наряду с ужасной антисанитарией европейских городов) – к эпидемиям, пандемиям (в частности чумы).

В истории чумы было три больших пандемии. Первая – в VI в. Она полыхала 60 лет и опустошила все страны Средиземноморья. Вторая – в середине XIV в. («черная смерть») привела к смерти от 50% населения городов (Генуя) до 70% (Венеция) и даже – 90% (Лондон). Европа потеряла за «чумные» годы (1346-1348 гг.) около трети жителей. Земной шар – 50 млн. чел. Третья пандемия чумы случилась уже в Новое время (1892 г.) в Индии, унесшей жизни 6 млн. чел.

Бескорыстное и милосердное служение больному было проявлением христианской добродетели. И роль женщины в уходе за больными в средневековую эпоху (как в предыдущие) остается доминирующей. Активность женщин после исчезновения вышеописанных диаконисс не прекратилась. Идея создания общины, которая бы занимала некое промежуточное положение между миром и монастырем, продолжала существовать. Одна из первых женских общин такого рода была основана около 1184 г. в Бельгии священником Ламбертом Ле Бегом. Эта организация получила название «общество бегинок», названного так либо по имени его создателя (Бега), либо от старонемецкого слова «беггам» («нищенствовать», «молиться»).

Бегинками становились девы и вдовы, которые не давали обетов, но на время жизни в общине обязывались хранить целомудрие и послушание настоятельнице и священнику общины. Бегинки по желанию могли уйти из общины, но вернуться уже было нельзя.

Сначала общины бегинок располагались за стенами городов. Позже селились в городах, за оградой, где располагались группами по 2-3 человека в домиках, близко примыкавших друг к другу около церкви. Иногда число бегинок в таких городках достигало 2 тысяч, а в общине XIII в. – 5 тысяч. Многие члены общины были состоятельными и знатными женщинами, о чём упоминают летописи Нидерландов, Германии и др. европейских стран.

Так, в XIII в. в Германии графиня Елизавета Тюрингенская всю свою жизнь посвятила служению делу милосердия. В возрасте 20 лет она на свои средства построила госпиталь, организовала приют для подкидышей и сирот, в котором сама много работала. В 1235 г. Елизавета была причислена к лику

---

<sup>22</sup> Цит. по Т.С.Сорокина История медицины. – С. 256.

Святых, и в ее честь была основана католическая община «Святой Елизаветы». Монахинями, пожелавшими последовать ее примеру, создавались подобные общины, которые стали называть «Елизаветинками».

Бегинки служили больным, пилигримам и всем, кто нуждался в помощи. Они занимались призрением девиц и покинутых жен. В мирное время сестры общины ухаживали только за больными женщинами, а в военное время и за мужчинами. При общинах создавались больницы и «странноприемные» дома (привечали странников). Бегинки ходили по домам, посещая тяжелобольных, омывали тела умерших. Оказывали уход за больными во время эпидемий. Бегинки носили платья голубого и коричневых цветов, позже из черного сукна, на голове – белые покрывала. Утро в общине начиналось с молитвы.

Со временем многие общины разбогатели так, как больные, за которыми они ухаживали, завещали общинам бегинкам свое имущество. В XIII– XIV вв. к бегинкам примкнули преследуемые инквизицией спиритуалы Францисканского ордена и общества «Братья и сестры свободного духа». Инквизиция вела борьбу с женскими обществами. Соборы Католической церкви XIII и XIV вв. неоднократно принимали решения о запрете женских общин. Описан случай, когда в 1307 г. в г. Тулузе многих бегинкам казнили.

Дольше всего просуществовали женские общины в Нидерландах и Германии. Здесь после Реформации XVI в. они стали называться «духовные женщины». В XIX в. под именем бегинкам появились секты мистического характера.<sup>23</sup>

Однако за больными и умирающими ухаживали не только женщины. Поскольку в монастырях можно было получить образование, многие молодые люди стремились туда с целью изучения медицины. А во времена Крестовых походов стали появляться военизированные медицинские ордена, которые основывали монастыри, где в свод необходимых знаний входило и умение оказывать медицинскую помощь. Членами орденов были в основном мужчины. С учреждением рыцарских орденов многие из них посвящали себя уходу за больными. Одним из таких орденов и был упомянутый выше орден св. Лазаря.

Ордена тамплиеров во Франции и немецких рыцарей покровительствовали паломникам и заботились о больных и немощных. Членами ордена могли стать и женщины. Большую известность получил орден Госпитальеров, названный по Иерусалимскому госпиталю святого Иоанна. По имени этого ордена больницы получили и другое название – «госпиталь» («странноприимный дом»). В 1070 г. в Палестине купцом Мауро из Амальори был основан госпиталь для паломников к святым местам. Постепенно там образовалось братство для ухода за больными и ранеными. Оно крепло, увеличивалось, начало оказывать достаточно сильное влияние в обществе. И в 1113 г. было официально признано Папой в качестве духовного рыцарского ордена.

---

<sup>23</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 14-16.

В главном госпитале в Палестине размещалось около 2 тыс. коек. Рыцари раздавали безвозмездную помощь беднякам, устраивали для них три раза в неделю бесплатные обеды. Госпитальеры располагали приютом для подкидышей и грудных младенцев.<sup>24</sup>

Многое сделали по уходу за больными и сестры ордена, так называемые «госпитальерки». В ведении этих сестер находились крупные госпитали – Святого Людовика в Париже, а также в других городах Франции. Только один Отель-Дье (дом Божий) в столице вмещал 6 тыс. больных; сюда принимались больные с любыми заболеваниями, даже заразными.

С XII в. появляются духовные попечительства о больных – госпитальные братья и сестры. В 1540 г. в Испании был основан орден «Братьев милосердия». Сестры и братья давали обет проводить все свое время в уходе за больными, посте и молитве и трудиться на благо ордена. Деятельность орденов распространялась по всей Европе, где ими создавались новые монастыри.

Постепенно складывались различные учения, трактаты об уходе за больными. Один из таких трактатов принадлежит Салернской школе, возникшей на юге Италии в IX в. и в 1213 г. вошедшей в Салернский университет на правах факультета. Ученые этой школы написали множество сочинений, посвященных уходу за больными.

Так, Феррарий написал исследование о лихорадке, Музандин-сочинение о приготовлении кушаний и напитков для больных. Арнольд из Виллановы является создателем написанного в стихах трактата под названием «Салернский кодекс здоровья». В этом кодексе сформулированы правила режима дня и питания, подробно рассматриваются свойства различных пищевых продуктов, плодов и растений и их лечебное действие.

Немалое место в этих наставлениях занимают описания рациональных движений и омовений, которым еще древние предшественники Салерно уделяли большое внимание. Салернские предписания для сохранения здоровья не утратили своего значения и в настоящее время и во многом соответствуют современным гигиеническим и диетологическим требованиям.

Таким образом, в уходе за больными в Средние века характерно выдвижение религиозных структур на первое место. Инквизиция не способствовала динамичному развитию дела врачевания.

---

<sup>24</sup> Небезынтересно, что великим магистром этого ордена в 1798 г. был избран российский император Павел I.

## Глава 2: Культура обществ сестер милосердия в Новое время в Европе

### Образование и функционирование «Братства милосердия для ухода и духовной помощи бедным больным» Винсента де Поля

Новое время (с XVII в. до XX в.) – это время утверждения капиталистических общественных отношений, эпоха буржуазных революций,<sup>25</sup> Великих географических открытий, формирования колониальной системы. Интенсивное капиталистическое производство потребовало развития естественнонаучных знаний (химии, физики, механики и др.). Феодальный теоцентризм (в центре – Бог) стал неактуален. На смену ему шёл материализм, идеи которого особенно распространены были во Франции. Истории широко известны имена французских материалистов XVIII в. Вольтера и Руссо. И менее всего – имена французских врачей-материалистов: Анри Леруа, Жюльена Ламетри и Пьера Кабаниса.

Хотя религия и теряла свою былую общественную значимость, идея оказания помощи больным и ухода за ними по-прежнему, принадлежала церкви. Представители знатных аристократических фамилий часто инициировали создание общественных организаций по уходу за больными. Аристократия не только финансировала эти организации, но и женщины знатных фамилий принимали участие в уходе за больными. Правда, основной частью элиты это и не приветствовалось.

Французский священник Винсент де Поль в 1617 г. по просьбе своей прихожанки Шассуанье упомянул в проповеди одно бедное семейство. Через некоторое время он с удивлением обнаружил, что многие прихожане оказали материальную поддержку этим бедным людям. Это натолкнуло его на идею создать общество «Братство милосердия для ухода и духовной помощи бедным больным». Хотя общество и называлось братство, скорее это было всё-таки сестричество, поскольку первоначально сюда входило около 20 вдов и девушек, называемых «служительницами бедных». В Уставе общества говорилось: «Милосердие к ближнему есть вернейший признак христианина, и одним из главных дел милосердия является посещение бедных, больных и всякого рода помощь им».

Винсент де Поль впервые предложил словосочетания «сестра милосердия», «старшая сестра». Сестры ухаживали за больными по очереди, готовили пищу больным в зависимости от их физического состояния. Предписывалось, что обход нуждающихся в помощи надо начинать с легких

---

<sup>25</sup> Буржуазные революции состоялись: в Нидерландах (1566-1609 гг.), Англии (1640-1649 гг.), Франции (1789-1794 гг.), США (1775-1783 гг.), Испании (1814 г.), Португалии (1820 г.), Бельгии (1830 г.), Австрии, Венгрии, Германии, Италии (1848-1849 гг.), Японии (1868 г.).

больных, а завершать тяжелыми или одинокими, чтобы уделить им больше времени. Заботу об умерших бедняках братство брало на себя.

Винсент де Поль основал в разных городах несколько аналогичных общин. В деле организации этих братств ближайшей его соратницей была Луиза Ле Гра – вдова секретаря королевы Марии Медичи. Прежде чем поставить Луизу на руководящую должность, де Поль испытывал ее 4 года. Она инспектировала общины, объезжая всю Францию. Ухаживала за больными чумой. Позднее она получила прозвище «мать несчастных». Организованные ими братства функционировали преимущественно в сельской местности.

В их деятельности принимали участие дамы из знатных семей. Например, в парижской больнице для бедных «Отель-Дье» они создали свою общину. Однако многим из них пришлось отказаться от ухаживания за больными из-за требований семей и условностей высшего света, в котором такая деятельность считалась неприличной. Из общины они уходили, но движимые милосердием, посылали вместо себя для работы в больницах своих служанок или наемных лиц.

Постепенно Винсент де Поль пришёл к идее создания женской специальной организации, члены которой всецело посвятили бы себя уходу за неимущими больными. Днем основания первой организации сестер милосердия принято считать 1633 г., когда де Поль поручил Луизе подготовить теоретически и практически трех наиболее деятельных девушек к уходу за больными.

Это натолкнуло Луизу на мысль о создании системы основательной теоретической подготовки уходу за больными. Она стала организовывать семинары для сестер милосердия и сиделок. А в 1641 г. создала специальную школу по их обучению. То была первая попытка организовать профессиональную научную и практическую подготовку сестер милосердия. И она увенчалась успехом. Организации сестер милосердия стали создаваться по всей Франции, Нидерландах, Польше и других странах.

Сестрам милосердия не предписывался монастырский образ жизни. Винсент де Поль наставлял: «Монастырь сестер – это больницы, кельи их – наемная комнатка, капелла – приходская церковь, крестные ходы – это шествие их по городским улицам и госпитальным палатам, замки их – послушание, ограда – страх Божий, их покрывало – целомудрие».<sup>26</sup> Тогда же по образцу женских обществ милосердия были организованы и мужские общества милосердия. Однако главной их задачей был не уход за больными, а оказание помощи нищим и искоренение нищенства. Мужские общества милосердия существовали во всех провинциях Франции при церквях.

Умер Винсент де Поль в 1660 г. в возрасте 85 лет. Почти через 100 лет (в 1737 г.) католическая церковь причислила его к лику Святых и почитает его как покровителя всех дел милосердия. Дело де Поля продолжало развиваться и после его смерти. К концу XVIII в. в организации сестер милосердия

---

<sup>26</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 25.

входило около 300 благотворительных заведений во Франции, Силезии, Нидерландах и других стран.

Однако во время Великой французской буржуазной революции (1789-1794 гг.) сестры милосердия были изгнаны из французских госпиталей и богаделен. А принадлежавшая им собственность (здания, имущество) конфискована. Церковь подверглась гонениям. Даже само словосочетание «сестра милосердия» стало преследоваться революционерами. Больницы, переданные революционерами правительству, вскоре пришли в упадок. Это был урок французскому обществу отрицательной роли огосударствления и преследования церкви.

Общины сестер милосердия восстановили лишь в 1801 г. специальным декретом министра внутренних дел Франции. Став императором, Наполеон восстановил христианскую церковь, уничтоженную Конвентом. Наполеон обратился к ее служителям с просьбой о помощи по уходу за ранеными. Церковь отправила в армию много сестер милосердия, которые в период сражений сыграли важную роль в истории христианского попечительства о больных и раненых. Особенно прославилась сестра Марта, которую наполеоновские солдаты считали Святой. За заслуги в деле милосердия император наградил ее орденом Почетного легиона.

Аббат де Булонь, приложивший много усилий для восстановления общин сестер милосердия де Поля, писал: «Поистине, это значит желать действия без причины и прямо противоречить самому себе, если считать возможным выстроить здание христианской любви на зыбком основании мирской благотворительности, которая также относится к христианской любви, как философствование к истинной мудрости».<sup>27</sup>

Первый опыт создания, разгрома и последующего восстановления общественных структур сестёр милосердия мог бы стать (но не стал) назидательным уроком для всех последующих революционеров. Для усвоения этого урока французам потребовалось всего несколько лет. Россиян – 70 лет, уничтожившим общины сестёр милосердия в 1920 г. и неактивно восстанавливающим их с 1991 г.

### **Работа Теодора Флиднера по восстановлению общин диаконисс**

Глубокие экономические, социальные, культурные преобразования XIX в., связанные с влиянием Великой французской революции, идеями Просвещения, научными открытиями, положили начало принципиально новым культурологическим процессам в обществе, что отличает XIX в. от предыдущих эпох. Влияние промышленного переворота на европейское общество усиливалось тем, что он вызывал бурный рост науки и техники, что качественно меняло образ жизни людей (появление газовых лампочек, электричества, телефона, трамваев и др.). Открытия в области естественных наук меняли представления людей о мире, о месте человека в природе,

---

<sup>27</sup> Там же. – С. 26



происхождении жизни на Земле. В 50-е гг. XIX в. французский естествоиспытатель Луи Пастер (1822-1895) обнаружил мельчайшие микроорганизмы – бактерии. Эволюционная теория Чарльза Роберта Дарвина (1809-1882) о происхождении видов путем естественного отбора вызвала дискуссии. В обществе появилось альтернативное теологическому представлению о происхождении мира. К слову сказать, это свидетельствует о качественном ментальном изменении в европейском обществе. За менее крамольные мысли в отношении церкви в Европе совсем недавно сжигали на кострах инквизиции.

Фундаментальное значение имело открытие (1864 г.) настоятелем монастыря в Моравии Грегором Иоанном Менделем (1822-1884 гг.) законов наследственности, положившие начало генетике. Открытие в 1895 г. рентгеновских лучей (Вильгельм Рентген - 1845-1923 гг.) изменило во многом представление о микромире. Супруги Кюри обнаружили свойство некоторых металлов испускать лучи – радиоактивность, что дало возможность изучения микрочастиц. Все эти открытия оказали влияние и на развитие медицины.

Наряду с бурным экономическим ростом, явным становится имущественная дифференциация общества. Социально незащищенными остаются многие слои населения. Пожалуй, единственная структура, пытавшаяся прийти на помощь малообеспеченным людям в период первоначального накопления капитала, была церковь. Но, несмотря на возросшую роль науки и прагматизма капиталистического общества, религия, по-прежнему, оставалась носителем общечеловеческих ценностей, морали, нравственным ориентиром. Поэтому и общины сестер милосердия возникали в результате деятельности служителей церкви.

В XIX в. общины сестер милосердия получают довольно широкое распространение. В Германии такие общины были созданы в 1808 г. В Италии они появились в 1821 г., в Австрии – в 1834 г., в Чехии – в 1837 г. К середине столетия в Западной Европе насчитывалось около 16 тыс. сестер милосердия. Их главной задачей был уход за заразными больными, которых не принимали больницы. Два раза в неделю они посещали на дому больных, имеющих хронические заболевания, и снабжали их пищей и лекарствами, назначенные врачами.

В XIX в. возродились организации диаконисс. Это возрождение связано с протестантским пастором из Германии Теодором Флиднером. В 1833 г. он организовал приют для женщин, вышедших из тюрем, и приют для раскаявшихся проституток. В 1835 г. открыл первые в Германии школы для детей рабочих. Тогда же он создал специальную школу для обучения женщин из малоимущих семей по уходу за детьми и больными. (За 40 лет в этой школе прошли обучение 1 450 человек). А в 1836 г. этот пастор основал общину диаконисс «Союз для ухода за больными в Рейнской провинции и Вестфалии». Основной задачей «Союза» провозглашалась помощь наиболее бедным больным. В здании заброшенной фабрики был устроен госпиталь. В первый год существования общины всего 4 диакониссы обслуживали 60 стационарных больных и посещали на дому 30 человек.

По уставу общины диакониссой могла стать любая женщина старше 25 лет после прохождения испытания. Диакониссы обязывались служить в общине 5 лет. Но могли уйти и раньше, не связанные обетом. Каждая испытываемая обучались ведению домашнего хозяйства, письму, счету. После прохождения общего курса испытываемая становилась либо «сестрой по уходу» (работала в госпитале), либо «сестрой по обучению» (занималась с детьми). Выбор оставался за женщиной.

Диакониссы не получали жалования. Но у них было бесплатное питание, бесплатная одежда (рабочая и парадная). Им выдавались деньги на мелкие расходы. Имеющаяся у них собственность, за ними сохранялась. Диакониссы носили голубое хлопчатое платье, белые фартук, широкий воротник и покрывало из легкой ткани, завязывающееся под подбородком большим бантом.

Вот как диаконисса англичанка Флоренс Найтингейл описывала будни в общине: «До вчерашнего дня у меня не было времени, чтобы умыться. У каждой из нас – только десять минут на еду... Мы встаем в пять утра. Без четверти шесть – завтрак. ... Чай, – так называется настойка из молотой ржи ... – мы пьем два раза в день ... и два раза едим ржаную похлебку. Чай – в шесть и три часа пополудни, а похлебку – в полдень и семь часов вечера, хлеб и овощи дают в двенадцать часов дня. В течение нескольких вечеров в неделю мы собираемся в зале на час для чтения Библии...».<sup>28</sup>

Протестантские пасторы из Дюссельдорфа не поддержали Флиднера в его возрождении общин диаконисс. В 1849 г. Флиднер вынужден был снять с себя сан пастора, чтобы иметь возможность основывать по всему миру филиалы общины сестер милосердия, которые он не мыслил в качестве церковных организаций. Он разъезжает по всему миру, основывая общины диаконисс: Питтсбург (Северная Америка), Сион, Константинополь, Александрия, Бейрут, Смирна, Бухарест, Лондон. За 15 лет (к 1964 г.) ему удалось создать в мире около 100 общин с 430 диакониссами. А к началу XIX в. в одной только Германии существовало более 80 общин диаконисс с персоналом до 20 тыс. человек. Подобного рода общины существовали и при протестантских церквях России.<sup>29</sup>

С середины XIX в. католические монахини и протестантские диакониссы оказывали медицинскую помощь и осуществляли уход не только за больными, но и ранеными во время военных действий. На принципиально новой организационной основе и на более высоком качественном уровне женский труд по уходу за ранеными стал применяться в период Крымской войны (1854-1856 гг.).

---

<sup>28</sup> Цит. по Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 32.

<sup>29</sup> Там же. – С. 33.

## Деятельность английской диакониссы Флоренс Найтингейл.

В развитии сестринского дела в странах Европы в XIX в. большую роль сыграла деятельность выдающейся личности, англичанки Флоренс Найтингейл (1820-1910 гг.).

Это была аристократка с блестящим образованием. Она знала литературу, пять иностранных языков, математику, естественные науки. Увлекалась живописью и музыкой.

Когда Флоренс было 24 года, она 4 месяца проработала сиделкой в одной из больниц. Это вызвало большой семейный скандал, поскольку понятие «сиделка» у большинства современников Флоренс ассоциировалось с «пьяной каргой». Настолько тогда был низок уровень ухода за больными в английских больницах.

Приняв решение стать сестрой милосердия, ей пришлось пожертвовать дорогими отношениями с родителями и личным счастьем. Через 7 лет после первой своей практики сиделки (в 1851 г.), она окончательно порвала с семьей и вступила в общину диаконисс пастора Теодора Флиднера в Германии. В 1853 г. Найтингейл посетила сестер общины Винсента де Поля в Париже, поработала в госпиталях. Постепенно у нее формируется идея сестринского ухода, основанного на том, что болезнь – это не только физический, но и духовный недуг. Поэтому роль сестры, по её мнению, должна сводиться не только к физическим манипуляциям с больным, но и к его моральной поддержке. Она поняла особую роль соблюдения гигиены в лечебных учреждениях.

Во время реорганизации лечебного заведения в Лондоне Флоренс стала заведующей больницей для дворянок. Наблюдая за работой сестер, Флоренс поняла, что им нужна специальная профессиональная подготовка. До мисс Найтингейл работа сестры милосердия была презираема и плохо оплачивалась. Флоренс убедила общественность, что уход за больными – искусство, требующее специальной подготовки. Её книга «Заметки по уходу» считалась медиками выдающейся. До сих пор современно звучат многие из её идей. Среди них такая: «Следить надо за здоровыми, чтобы они не стали больными».<sup>30</sup> Её заслуга в том, что она утвердила принципы домашней гигиены, подчеркивая вред духоты и затенённости, характерные для жилищ отнюдь не только бедняков. Она открыла глаза своим современникам на пользу солнечного света и свежего воздуха.

Сегодня трудно поверить, что отношение Европы к гигиене было, мягко сказать, своеобразно. Изумляет описание Парижа и Лондона, сделанное историком Юджином Вебером: «Дома стояли меж зловонных болот. У порогов гнили отбросы, здания утопали в них все глубже и глубже... С XVI в. Париж стоял на выгребальных ямах, они источали миазмы и зловоние. Профессия мусорщика появилась в Европе только в конце XVIII в. Бытовой мусор вперемежку с требухой, испражнениями и

---

<sup>30</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 31.

падалью сваливали в тянувшиеся вдоль улицы сточные канавы. Туда же выбрасывали трупы недоношенных младенцев. Еще в конце XIX в. префекты издали циркуляр об обязательном захоронении мертвого плода. Трупы младенцев выбрасывали в канавы, реки, оставляли в общественных уборных, а после 1900 г. – в коридорах метро, т.к. за самые дешевые похороны надо было отдать 5-дневную зарплату. Бедняки зарабатывали тем, что помогали во время ливней преодолевать груды грязи по самодельным мостикам». <sup>31</sup>

«Судебные архивы 40-х XIX в. содержат множество дел, – продолжал Вебер, – о привлечении к ответственности за опорожнение ночных горшков из окон верхних этажей. В этом же 10-летию появились первые общественные уборные, но мужчины и некоторые женщины продолжали мочиться, а то и испражняться у порогов домов, возле столбов, церквей, статуй и даже у витрин магазинов. В Европе веками был недостаток воды. И более того, вода в колодцах часто была не пригодной к употреблению, поскольку в них скидывали трупы животных, стекалась грязь свалок, содержимое выгребных ям просачивалось в землю, заражая воду в колодцах, а воздух дымился от гнилых испарений». <sup>32</sup>

Балдахин над кроватями был придуман в Европе как средство защиты от клопов и прочих «симпатичных» насекомых, падавших с потолка. Антисанитария сильно содействовала их размножению. <sup>33</sup> О личной гигиене европейца свидетельствует высказывание француза Жюль Мишле. Он, восхищаясь фабричным производством, писал: «Раньше женщины из простонародья лет по 10 носили одно платье синее или черное, не стирая его из страха, чтобы от частой стирки оно бы не расползлось». Он отмечал, что с машинным производством упали цены, и у простого люда появилось нательное и постельное белье, чего не было «от сотворения мира». <sup>34</sup> Для сравнения – в России даже у самых бедных крестьян женщины и мужчины с незапамятных времен носили исподнее (бельё), еженедельно сменяемое по субботам. И бельём-то оно называлось потому, что эта нижняя одежда была непременно белого цвета (из отбеленного льна).

Но и представители европейского высшего света не отличались щепетильностью в гигиене. Жители королевского Виндзорского замка постоянно болели «гнилостными лихорадками», ставшими причиной преждевременной смерти очень многих (включая принца Альберта, мужа королевы Виктории). В середине XX в. под Виндзорским замком обнаружили 53 переполненные выгребные ямы. В 1858 г. в Лондоне случилось «Великое Зловоние», парламент прервал работу. <sup>35</sup> Потому-то в Европе часто случались эпидемии, уносящие жизни людей целых городов. В России тоже бывали эпидемии, но случались они, как правило, в

---

<sup>31</sup> Цит. по Горянин А. Мифы о России и дух нации. – М., 2002. – С. 274 - 275.

<sup>32</sup> Там же – С. 275.

<sup>33</sup> Там же – С. 270.

<sup>34</sup> Там же – С. 276.

<sup>35</sup> Там же – С. 275.

пограничных городах. И не имели таких масштабов как в европейских городах. В России жители не знали недостатка в воде. И при каждом доме был обширный двор с баней и сад. К слову сказать, европейцы презирали баню. И Петр I, вернувшись из поездки по Европе, пытаясь навязать европейскую культуру, запрещал баню в России.

Поэтому заявления европейки Флоренс о соблюдении гигиены как источника здоровья, по тем временам, были в высшей степени прогрессивными.

Во время эпидемии холеры в Лондоне Флоренс Найтингейл сама работала сестрой милосердия в холерной больнице. Ее имя приобрело широкую известность. Ей предложили заведовать Королевской больницей. Но, начавшаяся Крымская война<sup>36</sup>, изменила ее планы. Военное министерство предложило Флоренс Найтингейл возглавить отряд медицинских волонтеров для ухода за ранеными воинами.

В октябре 1854 г. английские войска высадились в Крыму. И уже 5 ноября туда прибыл отряд из 38 сестер во главе с Флоренс. На место же военных действий, в Балаклаву, Ф. Найтингейл отправилась только в начале лета 1855 г. с целью посещения госпиталей, где работали ее сестры. Поэтому некоторые историки отмечают, что Флоренс непосредственно на полях сражений в Крыму появилась позже, чем российские сестры милосердия.

И.И. Пирогов по этому поводу справедливо возмущался, что медицинская общественность Европы, а за нею и России, отдали пальму первенства в женском милосердии на поле битвы англичанке, а не российским сестрам милосердия. Он писал: «В октябре 1854 г. Крестовоздвиженская община получила высочайшее соизволение, а в ноябре того же года она находилась уже на театре войны в полной деятельности. О мисс Найтингейл и о ее высокой души дамах мы в первый раз услышали только в начале 1855 г.».

Однако именно с именем Флоренс Найтингейл связано начало организации сестринского дела в мире, как профессиональной деятельности. Флоренс стала примером благотворительности и самоотверженности. Ее деятельность схожа с деятельностью русских сестер милосердия.

По прибытии на фронт, она сразу же взялась за улучшение условий в госпиталях и казармах, за обеспечение в военно-полевых условиях максимально эффективного санитарного режима и сестринского ухода. Больные и раненые мало тогда заботили английское командование. Не хватало самого элементарного – лекарств, коек, топлива и пр. В корпусах – грязь, вонь, крысы. Стонали оставленные без внимания раненые. Смерть уносила до половины поступавших. Мисс Найтингейл и её сестры принялись за титанический труд: чистили бараки, устраивали печи, организовывали горячее питание, обмывали и

---

<sup>36</sup> Крымская война (1853-1856 гг.) велась между Россией и Турцией. Европейские страны (в том числе и Англия) оказали военную помощь Турции. Столкнувшись фактически с объединенной Европой, Россия проиграла ту войну.

перевязывали раненых, ухаживали за больными. «Эта работа делает из человека либо ангела, либо дьявола», – писала Флоренс в письме.<sup>37</sup>

Она пожертвовала свои сбережения на устройство кофейни в Инкермане, помогала в устройстве читален, писала также письма за солдат, заботилась о том, чтобы их денежные переводы отправлялись на родину, занималась устройством бань, прачечных, больничных кухонь. Дело сестры милосердия, – считала Флоренс, – спасти раненого не только физически, но и духовно. Все это способствовало снижению смертности с 42% до 2% и спасению тысячи жизней.

Найтингейл и сама ухаживала за больными ночью, с небольшой лампой в руках. «Леди с лампой», «ангел-хранитель Крыма», «женщина со светильником» – так называли ее солдаты. Так называют ее и в современной Великобритании.

Военный министр с уважением отзывался о Флоренс: «Это худая, бледная, изящная женщина, неутомимая в своих требованиях». Другой её современник писал: «Она показала нам достойный образ английского солдата вместо отжившего представления о нем как о пьяной, недисциплинированной бестии. Навсегда исчезла и прежняя сиделка – пьяная... карга».<sup>38</sup>

К концу войны под руководством Флоренс работало уже 125 сестер милосердия. Перед отъездом в Англию, по завершении войны, на свои деньги на высокой горе над Балаклавой в Крыму она поставила большой крест из белого мрамора в память о погибших солдатах, врачах и медицинских сестрах.

В 1856 г., когда Флоренс вернулась в Англию, ей было 36 лет. Она была уже всемирно известной. Ее именем на родине даже назван был корабль. Её аналитические работы по итогам Крымской войны в деле сестринского ухода («Заметки о госпиталях», «Заметки о сестринском деле», «Как надо ухаживать за больными» и др.) привели к созданию Королевской военно-медицинской комиссии. Результатом деятельности этой комиссии стали реформы улучшения санитарного дела в госпиталях. Было также создано военно-медицинское училище по специальной программе подготовки медицинских сестер.

В 1860 г. вышли ее знаменитые «Записки об уходе: каков он есть и каким не должен быть». И в этом же году (24 июня) она организовала собственную школу при больнице Сент-Томаса для обучения сестер уходу за больными. Это была первая сестринская школа в Англии. Этот день знаменателен для мира тем, что впервые сестринское дело было поставлено на профессиональную основу.

По требованию Флоренс на каждую ученицу заводился своего рода «протокол по нравственному поведению», куда вносились сведения о дисциплине, общем поведении и даже чистоплотности. Ученицы прикреплялись к опытным сестрам и трудились в качестве их помощниц в течение года, затем сдавали экзамен и получали соответствующий документ об

<sup>37</sup> Цит. по Бородина М. Сестра милосердия //Сестринское дело. – 1996. – № 3. – С. 2.

<sup>38</sup> Заблудовский П.Е. История медицины: Избранные главы. – М., 1953. – С. 37.

окончании школы. Ученицы обязывались в течение 3-х лет находиться на службе у своего училища.

По окончании школы, сестры милосердия произносили торжественную клятву, составленной Найтингейл: «Всеми силами я буду стремиться помочь врачу в его работе, и посвящу себя обеспечению здоровья тех, кто обратился ко мне за помощью». Аналогичная школа, по системе Флоренс, была открыта спустя 13 лет в Нью-Йорке.

Во второй половине 60-х Найтингейл участвовала в санитарной реформе английских войск в Индии. Позже она написала книгу «Как люди могут жить и не умирать в Индии».

Её система ухода за ранеными применялась во время войны за независимость в Соединенных Штатах Америки. В период военного конфликта Франции с Пруссией (1871 г.) Флоренс была консультантом по санитарной части обеих воюющих сторон.

В 1901 она первой из женщин получила от английского короля орден «За заслуги». В последние годы своей жизни Найтингейл примирилась со своими аристократическими родственниками, некогда отвергшими её за подвижническую деятельность. В письме к отцу она писала: «Ты говоришь, что много зла. Я говорю: зла именно столько (ни на миллионную долю больше), сколько нужно, чтобы человек учился на своих собственных ошибках, или, если хочешь, грехах. И это для того, чтобы показать ему путь к совершенствованию в бесконечности – к совершенствованию, в котором и заключено счастье».<sup>39</sup>

Умерла Флоренс Найтингейл в возрасте 90 лет. Ее похоронили, по ее желанию, на простом сельском кладбище. Позднее ее прах был перенесен в кафедральный собор Святого Павла в Лондоне. Самоотверженная женщина стала примером служения людям и прообразом международного милосердия.

Международный Комитет Красного Креста высоко оценил деятельность Флоренс. В 1912 г. учредил медаль имени Ф. Найтингейл как высшую награду сестрам милосердия, проявивших героизм на театре военных действий. На оборотной стороне медали латинская надпись по кругу гласит: «За истинное милосердие и заботу о людях, вызывающие восхищение всего человечества» и посередине – гравированная фамилия владельца. К настоящему времени этой медалью награждено около 1000 человек. В годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. ими были награждены 46 российских сестер.

В 1934 г. Международный Совет медицинских сестер совместно с Лигой общества Красного Креста основал международный денежный фонд имени Флоренс Найтингейл, целью которого является содействие делу подготовки и переподготовки медицинских сестер во всем мире.

Ежегодно, 12 мая, в день рождения Флоренс, во многих странах проводится в ее память «День больницы». Ее имя носят многие медицинские школы в разных странах. До сих пор на десятифунтовой денежной купюре

---

<sup>39</sup> Цит. по Бородина М. Сестра милосердия //Сестринское дело. – 1996. – № 3. – С. 25.

Великобритании печатается изображение Флоренс, чего в других странах медики не еще удостаивались.<sup>40</sup>

Флоренс Найтингейл не только проявила себя как добросовестная сестра милосердия, замечательный организатор и начальник. Она создала систему по уходу, основные положения которой изложила в труде «Заметки по уходу». Этот труд переводился на разные языки мира, в том числе и русский.

Сегодня выводы Флоренс кому-то могут показаться прописными истинами и потому несколько наивными. Но в XIX в. её выводы для многих оказались откровением. Найтингейл считала, что больной нуждается, в первую очередь, в тепле и чистом воздухе. В лечебном учреждении должна царить идеальная чистота, для чего полы, учила она, следует мыть мокрой тряпкой, а не протирать сухой. Самого больного надо периодически мыть. Кормление нужно строго регламентировать по времени, поскольку задержка приема пищи даже на десять минут может вызвать задержку в пищеварении на несколько часов. Каждый больной, по её мнению, нуждается в разнообразии получаемых положительных эмоций. Больному вреден шум, но не обязательно громкий шум, а тот, который приносит беспокойство. Больной должен научиться сам бороться со своей болезнью, и многое в выздоровлении зависит от него самого. Посетители больного не должны мучить его своими советами. Период выздоровления, подобно болезни, – особое состояние организма. «И к выздоравливающим, и к больным следует относиться как к детям», – писала Найтингейл.<sup>41</sup>

Говоря о качествах профессиональной сиделки, Найтингейл отмечала, что сиделки обычно впадают в две крайности. Потакают всем прихотям, не оставляя ни на минуту в покое больного или ограничиваются чисто внешними вещами, игнорируя душевное состояние подопечных. У профессиональной сиделки личное участие может быть со стороны мало заметным, но должно ощущаться даже в моменты ее отсутствия. Все должно происходить само собой. В этом и есть трудности и профессионализм ухода.

«Болезнь – дело серьезное и поэтому легкомысленное отношение к нему не прощительно... Нужно любить дело ухаживания за больными, иначе лучше избрать другой род деятельности», – писала её русская современница.<sup>42</sup>

Ф. Найтингейл стала, таким образом, прародительницей профессионализма медицинских сестер.

---

<sup>40</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 44.

<sup>41</sup> Цит. по Бородина М. Сестра милосердия // Сестринское дело. – 1996. – № 3. – С. 27.

<sup>42</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 44.



## **Роль Международного Комитета Красного Креста в развитии сестричества.**

Швейцарский журналист Анри Дюнан, желая взять интервью у императора Франции Наполеона III, прибыл в 1859 г. на театр военных действий в Ломбардию. Он стал свидетелем битвы при Сольферино. Мучения раненных солдат потрясли А. Дюнана. Он был охвачен ужасом и жалостью при виде десятков тысяч убитых и раненых, лежавших на поле боя без оказания какой-либо помощи умирающих и терпящих невообразимые муки, которых можно было избежать. Дюнан, не будучи врачом, организовал первую помощь раненым. Его медицинский пункт был организован в ближайшей церкви, где лежали вместе раненые с обеих враждующих сторон. Сначала Дюнану помогали четыре французских доктора, один немец и два итальянских студента. Потом он привлек туристов – англичан, итальянцев, французов. Несколько недель они трудились, спасая раненых.<sup>43</sup>

По возвращении в Женеву он написал книгу «Воспоминания о Сольферино» об увиденном и пережитом. Рассылая свою книгу в 1862 г., Дюнан призвал своих читателей к созданию в каждой стране обществ помощи жертвам войны и оказанию содействия органам военно-медицинской службы. Свой призыв он направил также всем европейским монархам и военным министрам. И получил поддержку.

Сам Дюнан признавал, что идея об организации международной помощи у него возникла под влиянием деятельности англичанки Найтингейл, русской княгини Елены Павловны, русского хирурга Н.И.Пирогова и русских сестер Крестовоздвиженской общины. Дюнан предлагал создать организацию международной частной добровольной помощи пострадавшим на войне без различия их званий.

В 1863 г. «Женевское общество народной пользы», заинтересовавшееся предложениями А. Дюнана, создало «Постоянный международный комитет помощи раненым», в который вошли пять швейцарских граждан, в том числе и А. Дюнан. По инициативе этого Комитета в октябре 1863 г. была организована встреча неофициальных делегатов из 16 стран. Там были не только общественные деятели, но и врачи. «Постоянный Международный комитет помощи раненым» стал не национальной, а международной организацией.

В августе 1864 г. в Женеве состоялась дипломатическая конференция, на которой представители 12 государств подписали международное соглашение - «Женевскую конвенцию об улучшении участи раненых и больных воинов в действующих армиях». В соответствии с условиями Конвенции больные и раненные воины должны были получать помощь независимо от того, к какому военному лагерю они относятся, а медицинский персонал, его оборудование и учреждения – пользоваться правом неприкосновенности.

---

<sup>43</sup> См. Сорокина Т.С. История медицины. – С. 532.

Таким образом, в мировой истории впервые были выработаны международные правовые принципы защиты жертв войны. Женевская конвенция от 22 августа 1864 стала первым документом международного гуманитарного права, которое существует до сегодняшних дней. За короткое время к Конвенции присоединились более 50 стран мира. Сегодня, пожалуй, нет ни одной страны, не подписавшей эту Конвенцию.

Россия была в числе первых государств, поддержавших Конвенцию и принимавшая активно участие в разработке международного гуманитарного права. По инициативе России в октябре 1868 г. в Петербурге была созвана Международная конференция, принявшая декларацию, запрещающую употребление в армии разрывных пуль. По предложению России созывались конференции в Брюсселе (1874 г.) и Гааге (1899 г.), на которых была выработана Конвенция о законах и обычаях сухопутной войны и приняты решения о применении положений Женевской Конвенции 1864 г. о защите раненных в морской войне. В проекте, представленном Россией на Брюссельской конференции 1874 г., предлагалось запретить употребления оружия, снарядов и веществ, причиняющих особо тяжелые страдания раненым.<sup>44</sup> Это были первые международные документы гуманитарного права.

В 1876 г. «Постоянный международный комитет помощи раненым» был переименован в «Международный комитет Красного Креста» (МККК). Его эмблемой стал негатив швейцарского флага – красный крест на белом флаге.<sup>45</sup> Знаком защиты раненых была официально признана эмблема Красного Креста.<sup>46</sup> У сестер милосердия Красного Креста на переднике был нашит знак Красного Креста, и на левой руке они носили повязку с тем же знаком.

В 1867 г. Турция, следуя традициям ислама, приняла в качестве эмблемы Красный Полумесяц. Поэтому в многоконфессиональных странах порой формировались общественные структуры под названием Красного Креста и Красного полумесяца.

С того времени вопросы защиты раненых (позднее и вопросы защиты здоровья населения стран мира) стали регулярно обсуждаться на международных конференциях национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. В них принимали участие государственные деятели стран, подписавших Женевскую конвенцию.

Помимо подготовки квалифицированного медицинского персонала на случай войны, все учреждения Красного Креста в мирное время оказывали

---

<sup>44</sup> В 1968 г. в Петербурге была проведена международная конференция, принявшая Декларацию, запрещающую употребление в армии разрывных пуль.

<sup>45</sup> Швейцарский флаг красного цвета, в центре которого – белый крест.

<sup>46</sup> Эта эмблема была заимствована у Постоянного международного комитета помощи раненым, утвержденная им ещё в 1863 г. Уже в феврале 1864 г. эта эмблема была использована во время войны между Данией и Пруссией как знак защиты раненых и тех, кто за ними ухаживал. Во время Второй мировой войны игнорирование фашистами знака Красного Креста при проведении военных действий было признано одним из позорных и преступных деяний.

бесплатную (или за минимальную плату) медицинскую помощь. Ни в одной из подобных европейских общественных организаций не было ни такой качественной подготовки сестер милосердия, ни правильно организованной помощи при общественных бедствиях. Роль Красного Креста неоценима и в условиях военных действий, и в случае различных катастроф.

Российский священник Сергей Махаев писал в начале XX в.: «И человечество должно быть бесконечно благодарно всемирной братской организации Красного Креста, дающей возможность женщине проявить вложенное ей Творцом чувство сострадания во исполнение ее святой миссии – стоять на страже заветов человечности и тем содействовать наивысшему духовному росту лика человеческого до возможного для него приближения к Лику Божию».<sup>47</sup>

Мир высоко оценил деятельность Дюнане. За идею и организацию Международного Комитета Красного Креста Анри Жан Дюнану в 1901 г. была присвоена Нобелевская премия мира.

В XXI в. Международный Комитет Красного Креста – независимый от государственных структур нейтральный орган. Его бюджет состоит из добровольных взносов международных организаций, правительств и национальных Обществ Красного Креста. В соответствии с Женевскими конвенциями о защите жертв войны МККК может действовать в качестве нейтрального посредника в вооруженных конфликтах, оказывая содействия раненым, больным, военнопленным и мирному населению.

Идея образования Международного Комитета Красного Креста свидетельствует не только об осознании обществом необходимости помощи воинам, но и об изменении характера и масштабов войн. В XIX в. и особенно в XX в. веке прогресс в области военной техники сделал ведение войн более беспощадным. Жертвы военных действий стали более массовыми, и страдания раненных более тяжелыми. Культура ведения войны изменилась.

### **Глава 3: Влияние культуры XX в. на развитие сестринского дела за рубежом в XX в.**

#### **Появление новых концепций ухода за больными.**

Промышленный и технологический прогресс стал ключевым понятием XX в. Он развивался огромными темпами, и его успехи стали главным фактором преодоления нищеты, голода, многих болезней. XX в. – это век бурного развития производительных сил, обеспечивших достаточно высокий уровень материального благополучия гражданам Западных стран. Это век двух мировых войн, унесших десятки миллионов жизней во всех странах. Только в одной России в результате Второй мировой войны погибло не

---

<sup>47</sup> Махаев С. Подвижницы милосердия. О подвиге русских сестер милосердия. – М., 2007. – С. 192.

меньше 30 млн. чел.<sup>48</sup> Мир даже находился на грани третьей мировой войны (например, в дни Корейской войны 1950-53 гг., Карибского кризиса 1962 г.). Конец XX в. и начало XXI в. характеризовались локальными войнами. Это были войны новых технологий. Войны XX в. отличались невиданными масштабами уничтожения, которые стали возможны в результате достижений науки и техники. Технические предпосылки этого нового характера войн были созданы еще в XIX в.: изобретение динамита в 1867 г. шведским ученым А. Нобелем, изобретение в 1883 г. станкового пулемета «Максим», открытие (1896 г.) супругами Кюри радиоактивности, что позволило создать оружия массового уничтожения. Наука дала людям средства, которые они использовали для создания оружия массового поражения: химического, термоядерного, бактериологического.

XX в. – это век раскола мира на две противоположных общественно-политических системы: капиталистическую и социалистическую. Этот раскол вызвал невиданную по масштабам и материальным затратам гонку вооружения, которая подвела мир к ядерному самоуничтожению. XX в. вошел в мировую историю как век потрясений – социалистических революций, пытавшихся реализовать социально утопические идеи равенства и справедливости. XX в. – это век социалистического эксперимента в виде фашистских и коммунистических диктатур, приведших к массовому уничтожению мирного населения (евреев, цыган, «недочеловеков», священников, «врагов народа», «троцкистов» и пр.). Немецкий философ-экзистенциалист К. Ясперс на Нюрнбергском процессе говорил, что XX столетие преподнесло миру не только атомную бомбу и бактериологическое оружие, но еще и чудовище преступной государственности – невиданное прежде политико-юридическое воплощение абсолютного зла.<sup>49</sup> Его слова можно отнести не только к фашистскому тоталитарному режиму, но и, по мнению ряда авторов, советскому. В XX в. возникают глобальные проблемы человечества: экологические, демографические, сырьевые и др. Человечество стало осознавать, что своей деятельностью вредит среде своего обитания.

В XX в. религиозный аспект ухода за больными отодвинулся на задний план. Если до начала XX в. религия во многом определяла идею ухода за больными, то теперь здесь происходят изменения. Отсюда появление новых концепций работы медицинских сестер.

Американка Вирджиния Гендерсон считается второй всемирно знаменитой сестрой милосердия после Флоренс Найтингейл. Ещё в 20-х годах она выступила за сугубую персонализацию ухода за больными. Позднее (в 1958 г.) она написала книгу «Основные принципы деятельности

---

<sup>48</sup> Цифра погибших россиян (советских людей) постоянно менялась. В 1945 г. по указанию Сталина была названа произвольная цифра – 11 млн. погибших. К 20-летию Победы (1965 г.) эта цифра была увеличена до 20 млн., к 30-летию Победы (1975 г.) она выросла до 30 млн. Сегодня порой можно встретить цифру – 40 млн. чел. погибших граждан СССР.

<sup>49</sup> Карпушина С., Карпушин В. История мировой культуры. – С. 483.

по уходу за пациентами», переведенную на 25 языков мира. Гендерсон рассматривала больного как сложный комплекс человека, имеющего четырнадцать потребностей. Она признавала, что больной – это личность, которая для выздоровления должна не уповать только на медицину. Нужно поверить в себя.

В 50-е годы Г. Пепло высказала идею о том, что поскольку человек существо социальное, то уход за больным должен носить воспитательный аспект. На больного следует влиять психологически.

В 50-60 годы сестра милосердия Д. Орем предложила идею «самоухода». По её мнению, это позволит пациенту приобрести независимость от заболеваний за счет разных манипуляций, производимых им самим (например, правильное питание, дыхание и т.п.). Орем считала, что человек сам несет ответственность за свое здоровье и жизнедеятельность.

Примерно в то же время появилась теория Каллисты Рой, которая базировалась на осуществлении грамотной адаптации больного к окружающей среде.

В 1985 г. Жан Ватсон предложил концепцию на основе соединения экзистенциализма<sup>50</sup> и феноменологии.<sup>51</sup> Предполагалось, что в уходе должна обеспечиваться внутренняя гармония пациента между его телом, душой и духом.<sup>52</sup>

Появление новых теоретических концепций профессиональной деятельности медицинских сестер – это, конечно, свидетельство дальнейшего творческого развития тысячелетнего опыта ухода за больными. Но не является ли это в то же время и свидетельством утраты в XX в. каких-то объединяющих принципов деятельности сестёр милосердия?

Видимо, всё-таки, – является. Это видно на примере этического кодекса сестер милосердия. До XX-го в. религия определяла высокую этику сестры. Религия не прописывала детали этики, а давала ей основу – милосердие, сострадание, самопожертвование. С отходом от религии потребовалась разработка общих светских моральных принципов ухода за больными. Только в 1953 г. Всемирный совет медицинских сестер утвердил моральный кодекс ухаживающих за больными. В нём говорилось, что медицинская этика основывается на соблюдении прав человека. И ещё почти через полвека (в 1994 г.) под эгидой Совета был выпущен учебник по сестринской этике. В этом учебнике рассматривались реальные ситуации, в

---

<sup>50</sup> Экзистенциализм – направление философии (сер. XIX – XX вв.), изучающее глубинные проблемы человека: внутренний выбор; поиск смысла жизни, смерти; поиск места человека в мире и его предназначение и т.п.

<sup>51</sup> Феноменология – субъективно – идеалистическое философское направление (сер. XIX – XX вв.), которое провозглашает «нет объекта без субъекта» т.е. предполагает субъективное познание без учета объективной реальности. Сам субъект, т.е. человек, рассматривается не как реальное, социальное, психофизиологическое существо, а как существо «чистого» сознания.

<sup>52</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 227.

которых оказывался средний медицинский персонал. Приводились подробные комментарии с рекомендациями, как следует поступать в подобных случаях. Здесь сложность в том, что нельзя прописать и прокомментировать все возможные ситуации. И в любом случае, комментарии эти следуют постфактум, и не каждая сестра знакома с такими рекомендациями и советами.

Но достаточно ли одних профессиональных навыков и знания правовой ответственности для хорошей работы сестры? Если нет духовной составляющей, то трудно ожидать полной самоотдачи от человека, ухаживающими за чужими для него людьми. Требовать от него отдачи своих физических и моральных сил только по обязанности, а не по совести. Понятие ответственности за совершение дурных поступков хотя и предусматривается светской этикой медсестры, однако там нет каких-либо утверждений относительно духовного воздаяния за совершенное хорошее или плохое дело.

Знание людьми правовой ответственности не могут компенсировать их ответственности перед Богом. Материальные стимулы в виде зарплаты или амбициозные притязания не подвигают человека к милосердию, самопожертвованию, чем так отличались, скажем, российские сестры милосердия, работая на полях Крымской войны, диаконисы, августинки или бегинки, ухаживая за прокаженными, холерными или чумными больными. Глубокий комплекс духовных внутренних убеждений не может быть компенсирован только линией внешнего профессионального поведения.

Эта мысль о доминирующем значении духовности над материальностью у сестер милосердия, косвенно подтверждается опытом французских августинок, чей монашеский орден существовал ещё в VII в., имея главной задачей ухода за больными в больницах. До XIX в. французское правительство не несло никаких затрат на оплату труда августинок. С середины XIX в. оплата работы персонала по уходу за больными во Франции стала дифференцироваться в зависимости от профессионализма. Труд монахинь (августинок) оценивался выше, чем труд светских сиделок. Это указывает на более качественную работу глубоко верующих людей по сравнению с обычными профессиональными сестрами.

Верующую женщину легко подвигнуть на полную самоотдачу или даже жертвенность во имя пациента. Ей не надо втолковывать правильные, но замысловатые для обывателя теории ухода за больными. Христианскую, мусульманскую, иудейскую идею любви к ближнему (а у буддистов – и к любому живому существу) легко понять любой простенькой девушке, решившей посвятить себя профессии медицинской сестры. Но всякая ли кандидатка на эту профессию поймет, скажем, концепцию соединения экзистенциализма и феноменологии (Ж. Ватсона) и станет работать на совесть, а не по необходимости, отбывая в больнице своё рабочее время?

## Католические и протестантские сестринские общины

Утрата доминирующей роли религии в XX в. вовсе не означает полного исчезновения религиозных сестринских общин. В Западной Европе они приобрели характер полумонашеских-полусветских. Религиозное направление усиливалось благодаря энцикликам<sup>53</sup> папы Бенедикта XV и папы Пия XI, подчеркивавших миссионерское призвание католической церкви в условиях мира после Первой мировой войны и борьбы с мировым коммунизмом.

В 20-е годы было большое количество католических миссий в колониальных или полуколониальных странах, получивших название стран третьего мира. Монахини, выполняя роль миссионеров в странах Африки, Новой Зеландии, Индии, Китая, Океании, распространяли христианские идеи ухода за больными. Католическая церковь имела в 1927 г. 447 миссионерских учреждений, (большинство – медицинских), в которых работали более 28 тыс. монахинь. Причем только 11 тыс. из них были из числа местного населения. Остальные были из метрополий. Миссионерки работали в пунктах оказания первой медицинской помощи, стационарных больницах, лепрозориях. Все они (из метрополии) имели среднее, иногда – высшее образование.<sup>54</sup>

Огромный мировой вклад в дело медицинского ухода внесла монахиня Мать Тереза. Ее имя стало нарицательным для обозначения милосердия, самопожертвования, добросердечности. Агнесс Гонжа Бояджиу (так в миру звали Мать Терезу) родилась в 1910 г. в Македонии. Ее родители были албанцы-католики, что редко встречалось в Македонии (здесь – православные и мусульмане). В 20-е годы многие иезуиты родного города Агнесс, следуя призыву католической церкви, отправлялись с просветительской миссией в Индию. Эту мысль с детства вынашивала и Агнесс. После окончания школы в 1928 г. она поступила в монастырь Лоретских сестер в Дублине (Ирландия). Этот монастырь представлял одно из ответвлений «Общества Иисуса» (женский аналог Иезуитского ордена). В монастыре Агнесс прошла 2-годичное послушание. В 1931 г. она дает монашеский обет, а в 1937 г. принимает монашеский постриг. Мать Тереза более 15 лет преподавала закон Божий, географию и историю в Высшей школе для бенгальских девочек. Потом возглавила эту школу. Затем руководила одним из отделений Лоретских сестер в Индии, которые учили детей из простого народа.

В 1948 г. Мать Тереза прекратила свою миссионерскую образовательную деятельность. Она решила посвятить себя бедным и больным Калькутты, окончив курсы медицинских сестер, которые специально были созданы для монахинь. После курсов она открыла центр

---

<sup>53</sup> Энциклики – послания Римского папы, адресованные католикам и исповедующим другие религии всех стран.

<sup>54</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 230.

помощи нуждающимся, в котором были школа и аптека для бедняков. Уже в 1950 г. на территории Калькутты насчитывалось 12 подобных центров. В том же году ею был разработан устав нового ордена «Сестер любви к ближнему», утвержденный папой Пием XII.

Новый орден находился в ведении калькуттского архиепископа. Мать Тереза была его руководителем. В 50-е годы сестры ордена работали только в Калькутте. Орденом были открыты богадельни для умирающих, детский приют. Под опеку взята калькуттская клиника для прокаженных. Энергичная деятельность Матери Терезы привела к созданию к 1979 г. только на территории Индии 158 таких центров. Деятельность ордена с 1965 г. курирует не архиепископ, а уже сам Римский папа, что является показателем его особой важности этой общественной структуры. Тогда же был основан первый филиал за пределами Индии – в Венесуэле. К концу XX в. в мире существовало более 2 тыс. подобных центров.

В 1989 г. такой центр был создан даже в атеистической Москве. Это был приют для одиноких бездомных стариков и приют для умственно отсталых детей–сирот. В 1997 г. в общине Матери Терезы состояло около 4 тыс. сестер. Они работали в 610 монастырях в 123 странах мира.<sup>55</sup>

До 1997 г Мать Тереза осуществляла руководство огромной системой благотворительных организаций по всему миру. В 1997 г., незадолго до своей смерти, она передала управление этой системой сестре Нирмале.

Мир высоко оценил деятельность католички Матери Терезы. В 1979 г ей была присвоена Нобелевская премия. Медаль Нобелевского лауреата она продала и на вырученные деньги купила лекарства для своей общины. Католическая церковь причислила Мать Терезу к лику блаженных. Самым большим несчастьем Мать Тереза считала нищету и болезни, а одиночество человека. Собственной жизнью следовала она своей любимой молитве: «Дай мне, Господи, утешать, а не ждать утешения, понимать, а не ждать понимания, любить, а не ждать любви, ибо, кто дает, тот обретает, кто о себе забывает, находит себя, кто спасает, будет спасён...».<sup>56</sup>

Полны глубочайшего философского смысла и христианского милосердия слова Матери Терезы: «Люди неблагоразумны, нелогичны и заняты собой. Люби их, несмотря на это. Добро, которое ты делаешь, уже завтра будет забыто. Делай добро, несмотря на это. Если ты чего-то добьешься, то обретаешь ложных друзей и настоящих врагов. Трудись, несмотря на это. Порядочность и открытость поставят тебя под удары. Несмотря на это, будь порядочным и открытым. Ты отдаешь миру всё, а тебе выбьют зубы. Несмотря на это, отдай миру всё».<sup>57</sup>

Эти слова могли бы стать лейтмотивом жизни каждого порядочного человека Земли. А уж те, кто посвящает свою жизнь охране здоровья ближнего, могли бы их заучить в качестве собственной клятвы (хотя бы

---

<sup>55</sup> Цой Н. Отдай миру всё//Сестринское дело. – 2003. – № 6. – С. 2.

<sup>56</sup> Цит. по Цой Н. Отдай миру всё//Сестринское дело. – 2003. – № 6. – С. 2.

<sup>57</sup> Там же. – С. 2.



самому себе). Как бы изменился мир к лучшему, если люди следовали этому мудрому совету!

Заслуживает описания и женевское отделение общины сестер Винсента де Поля, существующая с XVII в. Эта община, изначально замышлялась как церковное учреждение для мирских женщин, в XX в. представляла одно из католических монашеских ответвлений. Община имела широко развитую сеть по всему миру. Особенность этой общины в том, что её монахини дают обет служения милосердия не на всю жизнь, а только на год, повторяя его при желании. Это делает женщин более свободными в своём выборе, а общину более открытой для желающих. Потому эта община была (и остается в XXI в.) столь многочисленной. К концу XX в. в ней насчитывалось 20–25 тыс. человек.

Каждая из женщин, будучи членом общины, может жить в обычных домах. Эта сестра милосердия выполняет определенные функции: одна помогает священнику, другая посещает престарелых и больных людей на дому, третья – выполняет технические функции в благотворительной организации «Каритас», четвертая – в доме престарелых. Согласно монашескому распорядку планируется рабочий день монахинь. Женевское отделение общины входит в так называемую «провинцию», состоящую из ряда аналогичных филиалов, которая курируется старшей сестрой и священником – лазаристом.

В XX в. монастыри постепенно утратили роль и центров по подготовке медицинских сестер. Это видно на примере Вalezанской медицинской школы при монастыре Сиона (Швейцария). Школа медицинских сестер Сиона была открыта в 1944 г. Занятия в школе велись по программе, одобренной Красным Крестом. Дипломы этой монашеской школы признало правительство Швейцарии. Сначала в школе обучалось 4 монахини и 11 мирянок, которые проходили практику в 11 госпиталях Швейцарии. Потом их число увеличилось. Но не на много. К 1956 г. школа выпустила всего 147 медицинских сестёр.<sup>58</sup> В середине 50-х годов преподавательский монашеский состав Сионской школы был полностью заменен светскими профессионалами. Профессия медицинской сестры в Швейцарии стала достоянием только мирян.

Свой вклад в развитие сестричества в XX в. внесли и протестантские общины. Протестантизм<sup>59</sup> – это форма христианства, которая со времени Мартина Лютера (1483-1546), Ульриха Цвингли (1484-1531) и Жана Кальвина (1509-1564) выдвигалась, прежде всего, в лютеранской реформаторской церкви, а также в бесчисленных свободных церквях и сектах (особенно в США). В противоположность католицизму

---

<sup>58</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 238.

<sup>59</sup> Протестантизм – одно из направлений в христианстве (католическая ветвь). Откололся от католицизма в результате Реформации (XVI в.). Объединяет множество самостоятельных церквей и сект. Протестантизм не противопоставляет духовенство мирянам, отказался от сложной церковной иерархии, упрощен культ, отсутствует монашество и celibat.

протестантизм исповедует оправдание христиан при помощи одной благодати и общем для всех верующих духовенстве, а также религиозной личной ответственности христиан.

Протестантка Р. Полетти (медицинская сестра) была руководительницей «Школы доброй помощи» в Женеве, а затем Высшей школы медицинских сестер Красного Креста в Лозанне (Швейцария). Она сформулировала протестантское учение о здоровье, в котором выделила три основных принципа. Ими, по её мнению, и должны руководствоваться протестанты.

1. Тело есть храм души. Бог дает человеку здоровье и болезнь. Болезнь человека predetermined, так как она является следствием первородного греха. Однако наличие божественного предназначения не снимает с индивидуума ответственности за заботу о своем физическом здоровье.
2. Человек, обладая свободой, должен отдавать себе отчет в собственной физической слабости.
3. Утверждение христианского взгляда на здоровье возможно лишь при наличии развитой системы образования, позволяющей постоянно учить других и учиться самому.<sup>60</sup>

Полетти считала, что в последней четверти XX в. в умах многих людей произошли серьезные изменения в плане внедрения протестантской этики здоровья в медицину. Люди стали внимательнее относиться к своему здоровью.

В Европе получила известность работа Социального протестантского центра (СПЦ). Этот центр занимается благотворительной деятельностью, помощью беженцам, а также престарелым и одиноким людям. Но при центре нет специальных служб по уходу за больными. В 1986 г. СПЦ и Женевская лига против раковых заболеваний организовали группу добровольцев, посещающих онкологических больных на дому.

Во главе группы находятся три сестры-координатора, две сестры занимаются отбором добровольцев, информируют общество о работе службы, контролируют и организуют обучение сиделок. Добровольцы – в основном женщины. Они помогают больному, но не заменяют профессиональных медицинских сестер.

Интересно, что медицинский персонал в Швейцарии даже в XX-м атеистическом веке редко остается равнодушным к религии. Опрос в терапевтической больнице Женевы показал, что из 114 опрошенных (более 50% – женщины) признали себя католиками – 50%, 20% – протестантами, 10% – принадлежащим к иным конфессиям и только 20% – атеистами.<sup>61</sup>

Однако общее явление для западных стран в XX в. всё-таки в отодвигании религии на задний план в деле ухода за больными. Это связано с общей тенденцией развития европейского постиндустриального общества.

---

<sup>60</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 242.

<sup>61</sup> Там же – С. 244.

Медицинская этика в западном обществе стала прочно занимать те позиции, которые ранее принадлежали религии.

Следует заметить, что на Западе это произошло только ближе к концу XX в., причём поступательно и эволюционно, а в СССР это случилось уже в 20-е годы в связи с фактическим запрещением большевиками религии. Возможно, поэтому уровень сестринского ухода на Западе выше, чем в России. Религиозная культура делала уход милосердным.

### **Всемирный совет медицинских сестёр**

Ещё в 1899 г. в Женеве был создан Всемирный совет медицинских сестер. Совет объединил большинство женских медицинских организаций западного мира. Он провозгласил нейтралитет в отношении национальности, политических воззрений, религиозных убеждений или социального статуса желающих вступить в организацию. Свою задачу Совет видел в развитии сестринского дела во всём мире.

В начале XX-го в. Всемирный совет разработал ряд установок для среднего медицинского персонала в Европе. В 1924 г. утвердил программу обязательного образования сестёр продолжительностью 22 месяца. Под эгидой Совета в 1922 г. во Франции профессия медицинской сестры приобрела официальный статус.

К началу 80-х годов Совет объединял 95 медицинских ассоциаций в мире. От каждой ассоциации в Совет входило по 2 делегата. Совет собирается 1 раз в 2 года. Общий конгресс проходит 1 раз в 4 года. Организацией руководят: президент, 3 вице-президента, 4 специально избранных представителей регионов. В качестве рабочих органов Совет имеет постоянно действующий комитет и комиссию профессиональной службы. Совет координирует деятельность Международной ассоциации медицинских сестер. В 1996 г. ассоциация объявила о трех программах своей деятельности:

1. Разработка общих стандартов среднего медицинского образования, аккредитация медицинских школ, сертифицирование и лицензирование учебных заведений на право преподавания.
2. Содействие развитию профессионализма сестер, формирование этического кодекса и распространение информации о новациях в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала.
3. Разрешение социально-экономических проблем, связанных с материальным положением сестер.

Всемирный совет декларировал, что профессиональная деятельность современных сестер зависит от состояния экономики, политики и степени решения социальных проблем. Утверждалось, что необходимо учитывать изменения в финансировании здравоохранения и в демографической обстановке. Но первостепенное значение для карьеры медицинских сестёр имеет, прежде всего, уровень их профессиональных знаний и умений. Подчеркивалось, что медицинские работники должны получать

удовлетворение от собственной деятельности, поскольку это обстоятельство является важнейшим компонентом качественной работы по уходу за больными.

Основываясь на международном опыте, Совет предложил пятиступенчатую шкалу для измерения профессионализма медицинских сестер.

1. Сестры первого уровня должны уметь оказывать первую медицинскую помощь.
2. На втором уровне сестры могут курировать лечение определенных заболеваний.
3. На третьем уровне медсестры со стажем работы 2 года могут оказывать комплексную помощь, координируя клиническую практику по определенному профилю.
4. Сестры четвертого уровня, проработав 4 года, должны обладать дипломом бакалавра и имеют право лечить сложные заболевания.
5. Сестрам высшего пятого уровня необходимо проработать в больнице 6 лет, получить диплом магистра. Они могут вести самостоятельную клиническую практику, организовывать сестринскую службу и работать консультантами.

Эта шкала принята в 1974 г. в США, в 1988 г. в Великобритании, в 1990 г. – в Новозеландских клиниках. Ни в СССР, ни в современной России этой шкалы пока не придерживаются.<sup>62</sup>

Таким образом, деятельность Всемирного совета сестер явила собой веху в развитии ухода за больными в индустриальном и постиндустриальном обществе. Оформилось новое представление о медицине, где на первое место выдвигается профессионализм (то есть техническая сторона), а не духовная составляющая этого вопроса. В целом, это отражает изменение культуры труда и потребностей общества. Если следовать мысли американского философа и социолога XX в. А. Тоффлера, XX в. – это век индустриального общества, где приоритетное значение имеет развитие техники и информации.<sup>63</sup>

## **Глава 4: Культура ухода за больными в Древней и Средневековой Руси (России)**

### **Медицина и медицинский уход в Древней Руси (до XIII в.)**

Врачевание появилось на Руси еще во времена язычества.<sup>64</sup> Для языческого мира характерно представление, что мир полон существей –

---

<sup>62</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 226.

<sup>63</sup> См. Тоффлер А. Третья волна. – М., 2002. – 540 с.; Шок будущего. – М., 2002. – 557 с.

<sup>64</sup> Русь приняла христианство в 988 г. стараниями князя Владимира Красное Солнышко, канонизированного церковью как святого.

плохих и хороших. Человек языческой культуры был уверен, что как мысль, так и слово материальны. Поэтому воздействие мысли и слова на мир, считал он, вполне реальны и очевидны. Отсюда у древних целителей и шло такое внимание к заклинаниям. Чародеи, ведуны, знахари верили в целебную силу не только трав и настоек, но в лечебную эффективность слова, умели, как они считали, использовать её. В народе их называли кудесниками.

При оказании помощи больному для древнего врача имели значение обряды, ритуалы. Например, для облегчения родов роженице необходимо было открыть все сундуки, ларцы, развязать все узелки в доме ее проживания. Поскольку предполагалось, что дом – это микрокосмос, связанный со всеми домочадцами. И открытые сундуки – это открытый путь для прохождения плода.

В славянской языческой культуре отводилось место предотвращению болезней, а не только их лечению. Славяне, как и многие народы мира, в основании болезни видели разные причины, в том числе и деятельность злых духов. Поэтому в качестве профилактики заболеваний предполагалось задабривание духов – жертвоприношение, ношение оберегов. Важно было не злить духов, не попадаться им на глаза. Обереги носили все жители древности в качестве украшений и орнамента на одежде, головных уборах, сумках и др. Такой орнамент наносился на все предметы быта.<sup>65</sup>

Кстати, некоторые полагают, что современная женщина любит украшения только из-за легкомыслия и стремления к внешней эффектности. В действительности же украшения когда-то имели для неё смысл оберега. Женщина больше, чем кто-либо нуждалась в защите и обереге: она то вынашивает ребенка, то – кормящая мама. Чтобы не навлечь болезнь на будущего ребенка, беременная женщина должна была максимально долго оставаться незамеченной злыми духами (не рассказывать о беременности, носить широкие одежды, меньше общаться с чужими людьми и др.). Когда скрывать беременность уже нельзя, то этой женщине не рекомендовалось покидать территорию своей усадьбы, где она находилась под покровительством своих добрых домашних духов.

Можно, конечно, иронизировать над кажущейся нам наивностью славян. Но нельзя при этом не помнить и того, что их культура основывалась на тысячелетнем опыте. А этот опыт нам мало знаком. Это, во-первых. Во-вторых, почему-то же этот опыт хотя бы в виде осколков сохранился сих пор?

К помощи знахарей прибегали не только простолюдины, но и аристократия, в том числе и представители великого княжеского рода.<sup>66</sup> Непосредственный уход за больными оказывали родственники, либо у знатных людей – слуги.

---

<sup>65</sup> См. Семенова М. Мы – славяне. – М., 2007. – 556 с.

<sup>66</sup> По имени первого князя Руси Рюрика род великих князей (с конца XV-го в. – царей) назывался родом Рюриковичей. Последним царем этого рода был сын Ивана Грозного Федор Иванович (конец XVI-го в.). Попытка Бориса Годунова (потомка татар) учредить свою династию провалилась. Последовала Смута (до 1613 г.), по окончании которой в стране утвердилась династия Романовых, свергнутая в марте 1917 г.

Первые летописные свидетельства о врачебной деятельности на Руси относятся к 912 г., когда княгиня Ольга<sup>67</sup> организовала подобие больницы. За больными там ухаживали женщины. Медицинская помощь в этой больнице, судя по всему, носила народный характер.

С принятием христианства во врачевание на Руси проникает понятие милосердия, когда помощь нуждающимся становилось долгом каждого верующего, а милосердие — этической нормой. О силе и сути милосердия сказал еще в IV в. святой Иоанн Златоуст: «Такова сила милосердия: оно бессмертно, нетленно и никогда не может погибнуть».<sup>68</sup>

Новые знания в области врачевания пришли из Византии вместе с христианской культурой. Это обогатило врачебное дело на Руси.

Как и на Западе, врачебная помощь и уход за больными оказывались при церквях и монастырях. Но народная медицина продолжала быть актуальной. Особо выделялись в Древней Руси женщины, умеющие принимать роды и оказывать помощь роженицам и новорожденным. Их называли повивальными бабками. В церковных рукописях XI в. упоминаются и о «бабах-вдовицах». Как правило, они принадлежали к числу церковных людей. Как и в языческие времена полагалось, что у повивальной бабки должны быть свои здоровые дети. Причем, желательно, чтобы первенцем у неё был мальчик. Сама же она должна быть непременно здоровой и благополучной.<sup>69</sup>

Искусство родовспоможения и врачевания передавалось, как правило, по наследству. Этому сложнейшему делу обучались женщины не только из простых семей, но и дочери и вдовы знатных людей. Так, внучка Владимира Мономаха<sup>70</sup> — Добродея (она же Евпраксия Мстиславовна или Зоя) — не только лечила, но и написала в 30-е годы XII в. на греческом языке книгу «Алимма» («Мази»)<sup>71</sup>.

Книга была своеобразным справочником по вопросам гигиены, физиологии, косметике с элементами медицинских знаний и профилактике некоторых заболеваний. «Мази» можно считать первым на Руси научным медицинским трудом. Она состояла из 5 глав. Одна из них посвящена гигиене брака, периоду беременности и включает советы по уходу за новорожденными. В других главах описаны гигиена питания, наружные болезни, болезни сердца и желудка, приведены различные рецепты при

---

<sup>67</sup> Княгиня Ольга — жена князя Игоря (сын Рюрика), которого казнили древляне. Первая христианка на Руси, возведена в лик святых.

<sup>68</sup> Избранные места из творений святого Иоанна Златоустаго. — М., 1996. — С. 11.

<sup>69</sup> Практика повивальных бабок сохранялась в деревнях СССР фактически, до 70-х годов XX в.

<sup>70</sup> Владимир Мономах (1113-1125 гг.) был последним Великим Киевским князем, который удерживал Русь от удельного дробления. До времени правления Ивана Третьего (1462-1505 гг.) Русь находилась в раздробленном состоянии. После объединения княжеств страна стала называться Россией.

<sup>71</sup> Поскольку книгопечатания тогда ещё не было, постольку книги тогда переписывались от руки. Поэтому книгу «Мази» некоторые авторы называют «рукописью».

заболевании кожи и зубов. Название книги обусловлено тем, что в ней в качестве наиболее распространенных лекарственных средств приводились различные мази. Написание такой книги свидетельствует о популяризации медицинского дела и о необходимости передачи комплексных знаний и современникам, и будущим поколениям.

Русская история сохранила имена женщин, успешно лечивших людей — Ефросинья Полоцкая и Ефросиния Суздальская.<sup>72</sup> Дочь Черниговского князя Михаила (тоже Ефросиния) изучала медицинские произведения Гиппократ и Галена, а также философские труды Платона и Аристотеля, читала Гомера. Уйдя в монастырь и став игуменьей, она лечила страждущих людей. В летописях говорится, что она была «зело сведуща в Асклепиевых<sup>73</sup> писаниях». Супруга московского князя Дмитрия Донского — Евдокия — лично посещала больных на дому, «оказывая милостыню» на пропитание.

На Руси были и свои полулегендарные женские персонажи в области медицинской благотворительности. Среди них — крестьянская девушка Феврония. Легенда о Муромском князе Петре и девушке Февронии, исцелившей тяжело заболевшего князя и впоследствии женившегося на ней, описана в «Сказании о Петре и Февронии». Встречаются в летописях XIV в. упоминания о Переславе и Анне (сестре и дочери Ярослава Мудрого<sup>74</sup>), также владевших искусством врачевания.

Очевидно, что врачевание на Руси было делом благородным и требующим знаний, поскольку образованные женщины знатных родов не гнушались лечить людей. С принятием христианства на Руси врачевание становится богоугодным делом. Сам Христос исцелял людей. 38-я глава Книги Премудрости Иисуса, сына Сирахова содержит настоящий гимн медицине: «Почитай врача честью по надобности в нем; ибо Господь создал его, и от Высшнего врачевание, и от царя получает он дар. Знание врача возвысит его голову, и между вельможами он будет в почете. Господь создал из земли врачества, и благоразумный человек не будет пренебрегать ими... Для того Он и дал людям знание, чтобы прославляли Его в чудных делах Его: ими он врачует человека и уничтожает болезнь его. Приготавливающий лекарства делает из них смесь, и занятия его не оканчиваются, и через него бывает благо на лице земли. (Сир. 38:1-14). В Новом Завете апостол Павел называет Луку «врачом возлюбленным» (Кол. 4:14). Лука получил добротное образование врача. Он подробно в медицинских терминах описывает исцеления, сотворенных Христом (4, 23-38; 8, 43; 10, 34; 13, 13, 11 след., 22, 50 след.). Ему же принадлежит и выражение: «врач, исцелился сам».<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> Полоцкая, Суздальская — это не фамилии. Это обозначение княжества, в которых они проживали.

<sup>73</sup> Асклепий — Эскулап (см. раздел о Древнем мире).

<sup>74</sup> Ярослав Мудрый — великий киевский князь XI в.

<sup>75</sup> Авдеев Д.А. Размышления православного врача. — М., 2007. — С. 49.

С православием пришло понимание, что человек – есть единство тела, души и духа. Предполагалось, что болезнь телесная может быть связана с болезнью души и духа. Для исцеления необходимо очистить душу. В связи с этим до революции 1917 г. многие врачи, будучи православными, прежде чем лечить больного, спрашивали у него: «Когда ты последний раз исповедовался и причащался?» И уже потом приступали к лечению тела. В лечебницах были больничные храмы, в палатах — иконы и лампы.<sup>76</sup> Болезнь расценивалась как воля Божья, и как результат грехов человека. Поэтому православные с древности просили и просят до сих пор о заступлении Господа, Богоматерь, Ангелов, угодников Божьих. Русские люди шли к мощам святых, молились чудотворным иконам Богородицы, преподобного Сергия Радонежского, святителя Николая Чудотворца, преподобного Серафима Саровского и многим другим. Во всех болезнях православные молились святому великомученику и целителю Пантелеймону, святителю Спиридону Чудотворцу, епископу Тримифунтскому, преподобному Пимену многоболезненному, мученику Диомиду врачу, бессеребренникам и чудотворцам Косме и Дамиану Асийским, бессеребренника мученикам Киру и Иоанну, мученикам Фотию и Аниките, Фалалею и Трифону.<sup>77</sup>

Надо отметить, что вера народа в чудесное исцеление молитвами основывается на многовековом эмпирическом опыте. Поэтому говорить о наивности и глупости народа, по меньшей мере, ненаучно. Непонятное и неизведанное — не есть нереальное. Это так же как туземец опровергнет возможность полета на самолете или передачи информации посредством телефона или Интернета.

Даже в советское время во времена фактического запрета религии партийное руководство страны прибегало к помощи Божественного заступничества. В русской истории есть свидетельства о том, что икона Казанской Божией Матери защищала русские города. Так она спасла Москву от нашествия поляков, за что была особо почитаема князем Дмитрием Пожарским. Перед началом Полтавской битвы Петр Первый молился ей о даровании победы. Через сто лет перед этим образом на коленях стоял Михаил Кутузов. И впервые наши войска разбили французов в день празднования Казанской иконы – 22 октября 1812 года. В годы Великой Отечественной войны, когда советские войска терпели поражения, советское руководство прибегло к помощи Богоматери. Покров Богородицы был простерт и над осажденным Ленинградом, и над Москвой. Выносили ее и в 1943 перед началом Сталинградской битвы.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> См. Православная церковь и современная медицина. Ред. С. Ф. Филимонов. – СПб., – 2002. – 432 с.; Авдеев Д.А. Размышления православного врача. – М., 2007 – 207 с.; Зубкова М. Православный церковный лечебник. – СПб., 2006.

<sup>77</sup> Авдеев Д.А. Размышления православного врача. – С. 74.

<sup>78</sup> Православная церковь и современная медицина. – С. 236.



Следуя христианскому принципу безвозмездно помогать нуждающемуся, ибо «Вера без дела мертва есть» церковь и особенно монастыри становятся лечебными учреждениями.

В 1051 г. преподобный Антоний основал Киево-Печерский монастырь. В этом монастыре, так же как и в Переяславском и Черниговском был организован уход за калеками, прокаженными и больными в виде «безмездного врачевания».<sup>79</sup>

В Киево-Печерском монастыре особо славились Агапит («безмездный» врач Печерский), Дамиан-целитель, Алимпий-иконописец, Пимен-Постник. Агапит вылечил Владимира Мономаха. Дамиан-целитель был знаменит своим умением лечить детей. Алимпий-иконописец лечил людей от кожных заболеваний с помощью красок, которыми писал иконы.

Дело Антония продолжил преподобный Феодосий. И во времена Ярослава Мудрого Киево-Печерская Лавра стала центром медицинского искусства на Руси.

При монастырях организовывались кельи-убежища и богадельни (Богу угодные дома), которые становились первыми больничными учреждениями.

В 1070 г. в Киево-Печерском монастыре была открыта богадельня во имя Святого Стефана для проживания нищих, слабых, хромых, слепых и прокаженных. Видимо, именно там раньше других была налажена амбулаторно-больничная организация.

Но официально принято считать, что первую всенародную больницу (то есть место, где боль кладёт человека ниц) на Руси устроил в 1091 г. Ефрем, архиепископ Переяславский, будущий киевский митрополит. Больница стала образцом для создания лечебных стационаров в монастырях Новгорода, Смоленска, Чернигова. Уход за больными в больницах осуществляли как монахи и монахини, так и миряне. На дому – родственники (женщины).

В середине XIII в., князь Роман Владимирович построил в Угличе на свои средства городскую лечебницу. В том же веке сложилась и медицинская школа в Рязани.

### **Уход за больными в Удельной и Московской Руси (XIII-XVI в.)**

Принято считать, что феодальная раздробленность, татаро-монгольское нашествие<sup>80</sup>, Смутное время<sup>81</sup> затормозили развитие врачебного и сестринского дела. Но есть основания полагать, что эти беспокойные времена дали повод для развития медицины. Ранения, увечья, болезни в период междоусобных войн;

---

<sup>79</sup> Безвозмездного лечения.

<sup>80</sup> XIII-XV вв.

<sup>81</sup> 1601-1613 гг.

нашествия татар; опричнины<sup>82</sup>; Смутного времени создавали огромное поле для деятельности врачей.

Уход за больными долгое время продолжал носить монастырский и народный характер. Что совсем не является показателем отсталости медицины. Народная медицина основывается на тысячелетнем эмпирическом опыте народа. Актуальность народной медицины сохраняется и сегодня в XXI в. А монастырская медицина взяла на своё вооружение как народную медицину, так и книжные знания. Тем она особенно и ценна. Медицинский уход за больными и в народе, и в монастырях носил характер милосердия. В народе практиковался уход за близкими и родственниками. Уход в монастыре – богоугодное дело всякого человека. В православии любовь к Богу и ближнему – это принцип бытия, закон «устроения мира», без соблюдения которого распадается «связь времен» и смыслов, одним из звеньев которой является смысл человеческой жизни. Смысл же человеческой жизни в христианской этике непосредственно связан со служением ближнему. Не случайно, что первая модель лечебных учреждений с проявлением милосердия и человеколюбия была реализована в христианских монастырях. О необходимости врачевания и благородности этой деятельности говорит тот факт, сам Иисус Христос и его апостолы исцеляли больных. В Евангелии повествуется о многих целительных деяниях Христа.

К началу XV в. на Руси было основано около 180 монастырей. В таких монастырях как Симеоновский, Чудов, Кирилло-Белозерский, Соловецкий, а также в Троице-Сергиевой Лавре специально строились больницы. Эти монастыри называли «больничными монастырями». А монахов, присматривавших за больными – лжецами, безвозмездными (без мзды) врачевателями, «лечившими молитвами, зельями и овощами».

Благодаря Сергию Радонежскому больница Троице-Сергиевой Лавры стала образцом монастырского больничного уклада. Туда, а также в Симеоновский и Чудов монастыри, поступали раненые с Куликова поля.<sup>83</sup> Чудесными исцелениями прославился Кирилл – основатель Белозерского монастыря.

Патриарх Никон, учинивший церковный раскол в России с 1654 г., способствовал основанию богадельни в Знаменском, в Ново-Иерусалимском монастырях, а также в Гранатном Дворе у Никитских ворот в Москве. Он понимал, что этим шагом он впишет навсегда свое имя в историю. В «Слове о приютах» он предложил создать общество милосердия, члены которого будут посещать дома бедных и несчастных и заниматься благотворительностью.

В культуре патриархальной Руси женщины чаще прибегали к помощи знахарок, чем пользовались услугами квалифицированного персонала монастырей. Объясняется это тем, что, во-первых, их услуги были более

---

<sup>82</sup> 1664-1674 гг.

<sup>83</sup> Куликовская битва войска Дмитрия Донского с татарским войском Мамай была в 1380 г.

доступными, чем монастырские, поскольку знахарки были в каждом селении, а монастыри с лечебницами – всё-таки редкость. Во-вторых, даже среди простого народа считалось неприличным женщине лечиться у мужчины, не говоря об аристократических слоях. В штате Великих княгинь находились даже особые комнатные бабы (лекарки), так как нравы Руси того времени не позволяли женщинам допускать врача мужского пола «на свои очи». Лекарки выполняли и функции акушерок, а в последствии и педиатров.

Еще в стародавние времена, начиная с княгини Ольги, знать, особенно женщины занималась благотворительной деятельностью. В голод 1603-1604 боярыня У.У. Осарына оказывала помощь простым людям. Боярыня Ф. Л. Морозова устроила в своем доме приют для юродивых нищих и сирот. Сама лечила и кормила больных с гнойными заболеваниями.

В XVI в. появилась идея создания государственной медицины. Видимо, это было влияние жены Ивана III Софьи Палеолог – племянницы последнего Византийского императора. Считается, что под её влиянием Иван III оформлял русскую государственность: принял свод законов (Судебник 1497 г.), учредил герб (византийский двуглавый орёл), перенял византийские атрибуты царской власти (скипетр и державу) и пр.

Однако идея государственной медицины нашла законодательное оформление лишь при его внуке Иване IV<sup>84</sup> в «Судебнике» 1550 г. (второй «Русской Правде»<sup>85</sup>). В следующем году царь собрал очередной Земский собор, который утвердил сто законов (глав), которыми должны руководствоваться церковь и государство.<sup>86</sup> В законодательном своде 1551 г. («Стоглаве») говорилось: «Да повелит благочестивый царь всех прокаженных и престарелых описать по всем городам отдельно от здоровых строев... да в каждом городе устроить богадельни мужские и женские, где прокаженным, престарелым и неимущим было, куда голову подклонить, довольствоваться в богадельнях пищею и одеждою... Да приставить к ним здоровых строев и баб стряпчих сколько пригоже будет».

В «Стоглаве» определялось, что больные должны «призреваться» за счет вкладов царя, митрополита и монастырей, то есть частично за счет государства, частично – за счет, традиционно, церкви. Отечественные историки полагают, что первая государственная больница, в которой лечили врачи, а обслуживали монахи, была построена в 1618 г. при Троицком монастыре (г. Сергиев Посад).

---

<sup>84</sup> Время правления Ивана Грозного – 1553 г. (тогда ему было всего 3 года) – 1584 г.

<sup>85</sup> «Русская Правда» - первый письменный закон на Руси. Написан при Ярославе Мудром в XI в.

<sup>86</sup> По числу этих законов (100) собор вошёл в историю как Стоглавый, а свод законов стал называться «Стоглав».

В замечательном литературном памятнике XVI в. «Домострое», написанном монахом Сильверстром (бывшим членом Избранной рады)<sup>87</sup> описывалось, как должны вести себя муж, жена, дети, как надо вести хозяйство и др. Вот как там описываются методы лечения: «При болезни и скорби нужно врачеваться Божьей милостью, да слезами, да молитвами, да постом, да милостынею к нищим, да истинным покаянием». Это была рекомендация уже не церковным служителям, а всякому человеку.

К годам правления Ивана Грозного (1553 г.) относится и первое упоминание аптекаря (аптекарь Матиас из Литвы). Это было время переселения в Москву иностранных врачей, аптекарей, приглашенных к царскому двору. Однако самая первая аптека была открыта только в 1581 г., которая обслуживала исключительно царскую семью и приближенных двора. Был даже утвержден Аптекарский приказ,<sup>88</sup> первоначально как придворное учреждение, а потом он стал «главным начальником медиков и аптекарей» в России.

Средневековая Русь не избежала эпидемий. За два века (XIV и XV вв.) было не менее 12 эпидемий чумы и других «прилипчивых» болезней.<sup>89</sup> Боролись с ними путем изоляции больных и изоляции неблагополучных мест. Для уничтожения заразы применяли народные средства: вымораживание, сжигание, окуривание, мытьё. В следующие два века (XVI в., XVII в.), судя по специальным царским указам, рекомендации оставались прежними.

Непосвященному кажется очень странным то, что в средневековой России характер эпидемий «прилипчивых болезней» носил лишь местный характер (как и в Древней Руси). В то время как Европа вымирала от этих же болезней (Лондон, например, вымер на 90%). Там эпидемии часто превращались в пандемии. Почему так?

Одни исследователи объясняют этот феномен низкой плотностью населения России, другие видят причину в торговой изоляции Руси (России), как фактора препятствующего распространению заразы. Однако на Руси были крупные города, города с широкой торговлей с Западом (Новгород, например, или Псков). Но и там эпидемии быстро пресекались. Страшные европейские пандемии докатывались до западных границ Литовской Руси, в которых 2/3 населения были русскими. Докатывались и затухали.

---

<sup>87</sup> При юном Иване IV сложилась группа советников, названная Избранной радой. В неё входили митрополит Макарий, князь Курбский, монах Сильверст, помещик Адышев. Время избранной рады – самое продуктивное время всех лет царствования Ивана Грозного. Разогнав Избранную раду (Сильверст был сослан в монастырь), царь превратился в кровавого тирана.

<sup>88</sup> Приказами назывались специализированные государственные учреждения, ведавшие каким-то кругом вопросов. В XVIII в. подобные структуры будут называть коллегиями, а в XIX в. (с Александра I Благословенного) – министерствами, с 1917 г. – комиссариатами, а с 1943 г. – опять министерствами.

<sup>89</sup> Сорокина Т.С. История медицины. – С. 311.

Затухали они, натолкнувшись на русскую, в отличие от европейской, чистоту тела. Усилиями публицистов и писателей конца XIX и начала XX в. сложилось абсолютно неверное представление о «немой России». Советские пропагандисты охотно подхватили этот миф, доказывая «отсталость» царской России.

Следует помнить, что русские люди минимум раз в неделю ходили в баню. Перед большими религиозными праздниками полагалось тщательно убирать не только жилое помещение, но и хозяйственные постройки. Минимум два раза в год российские крестьяне тщательно вычищали дома от насекомых (вымораживанием, окуриванием дымом), мыли скот, убирали двор. Русский этнограф XIX в. С.В. Максимов с некоторым удивлением описывал эти «помывочные» процедуры.

Наблюдая за русскими крестьянами в повседневной жизни, этнограф позапрошлого века С.В. Максимов писал: «За стол гости прямо не сядут, а сначала непременно вымоют руки, кстати, смоют грязь, налипшую на работе, да исполнят прадедовский обычай: русский человек еще ни разу не садился за стол и за еду с грязными руками (разве в виде особого исключения). Редко и выходят из-за стола, опять-таки не сплеснувши руки водой из глиняного с рыльцем рукомойника... крестьяне сидят за столом чинно, унимают от смеху смешливых, не допускают пустяшных разговоров».<sup>90</sup>

В данной цитате всё обращает на себя внимание: и мытье рук до и после еды, и прадедовский опыт личной гигиены, и чинность порядков, и даже «с рыльцем рукомойник». Этот рукомойник в виде чайника на 1–2 литра воды подвешивался на метровой бечеве (позднее – цепи) и обеспечивал умывание в проточной воде.<sup>91</sup> В Европе привычки к проточной воде не было и нет. Европейцы умываются в тазике (сейчас – в раковине, заткнутой пробкой). И посуду моют – также, протирая её потом тряпкой. Русские даже бельё стирали и полоскали непременно в проточной воде, спасая себя тем самым от микробов, размножающихся с геометрической прогрессией в стоячей воде.

Свидетельством чистоплотности и личной гигиены русских является и то, что даже самый захудалый крестьянин носил под верхней одеждой белое белье (исподнее) из льняного холста (рубашку, кальсоны). Их он менял каждую неделю. Такая культура нижней одежды сохранялась до конца 50-х годов XX в. У женщин это была длинная исподняя рубашка из такого же холста.

Чтобы познакомиться с прадедовскими обычаями соблюдения личной гигиены, достаточно побывать в современных сибирских старообрядческих деревнях. (До никоновского церковного раскола 1654 г. так жили все в

---

<sup>90</sup> Максимов С.В. Куль хлеба. – Л., 1987. – С. 579.

<sup>91</sup> Не зная назначения таких раритетных рукомойников, певица Алла Пугачева игриво пила из них воду на одной из своих телевизионных Рождественских встреч в 90-е годы XX в., стилизованной под старину.

России.<sup>92</sup>) Каждый член семьи пользуется только своей ложкой, чашкой. Пришлому человеку нальют только в ту, которой члены семьи не пользуются (гарантия от инфекций). Чистота в деревенских домах – близка к стерильной. Мужики не курят и пьют только чинно (часто за исключением тех, кто отслужил в армии или учился в городе).

Европеец же в средние и более поздние века мог не мыть своё тело месяцами (в том числе и аристократы). Чтобы отбить запах немытого тела Франция придумала духи. Потому и педикулез (вшивость) в Европе был обычным делом. Аристократы носили вошеловки, сделанные из драгоценных металлов, инкрустированные камнями (коробочка с капелькой мёда).<sup>93</sup> В России же такое было позором. Даже само слово «вшивость» у нас имеет нарицательное значение. «Вшивая девка» – грязнуля и неумеха (шанса выйти замуж не имела). «Вшивый мужик» – никчемный мужик, плохой человек. Чистота как залог здоровья на Руси (в России) была частью её высокой культуры.

Идолопоклонство перед Западом, начавшееся с легкой руки молодого Петра I (который, кстати, и вошеловки привез), сослужило исключительно неблагоприятную роль в отечественной истории.

## **Глава 5: Российская система ухода за больными в Новое время (XVII-XIX вв.)**

### **Влияние петровских преобразований на изменение российской культуры ухода за больными и немощными**

Особенностью организации ухода за больными до XX в. в мире была благотворительность. Верующие люди всегда готовы оказать помощь немощному человеку. Россия в этом деле – не исключение.

Благотворительность в православной Руси всегда почиталась. Помочь пищей, одеждой, деньгами считалось богоугодным делом. А не помочь просящему – это грех. В православной молитве ко Пресвятому Духу, где перечисляются грехи за день сказано: «... или нищ прииде ко мне, и презрех его...».<sup>94</sup> То есть, ты согрешил, если не помог нуждающемуся.

Стремление к оказанию помощи стало одной из характерных черт менталитета русского народа. В Сибири, например, считалось грехом не оказать помощь даже беглому каторжнику. Чтобы избежать обвинения

---

<sup>92</sup> Церковный раскол произошёл в XVII в. Патриарх Никон начал пересматривать обрядовую сторону религиозной жизни. Он утверждал, что якобы неверно были переведены церковные книги. Двуперстие заменялось на трехперстие, менялся обряд церковных служб, сжигались старые священные книги и иконы. В качестве протеста многие люди уходили в леса, образовывали старообрядческие общины. Эти общины до сегодняшнего дня существуют максимально изолированно от мира. Поэтому культурные изменения эпох на них почти не отразились.

<sup>93</sup> В России эти «предметы роскоши» будут навязываться Петром I.

<sup>94</sup> Полный православный молитвослов на всякую потребу. – СПб., 2004. – С. 17.

властей за содействие побегу, сибирские крестьяне вырезали в глухих своих воротах закрывающие оконца с подоконником со стороны улицы, куда и клали продукты (мол, мы же не видели, кому подавали).

Человеку, воспитанному в западной культуре, непонятно наше хлебосольство, наша готовность поделиться последним «за просто так». К сожалению, эта православная наша особенность была уже к 70-80-м XX в. годам вытеснена советской культурой. Сказались годы репрессий. Власть не прощала помощь контрреволюционным элементам, кулакам, «врагам народа» и т.п. За такую помощь можно самому оказаться в рядах «врагов народа» и подвергнуть такой опасности всю семью.

Немудрено, что в дореволюционной России монастыри, богадельни, церкви, светские больницы часто содержались за счет частных пожертвований. Известные русские предприниматели XIX в. (их называли купцами) Прохоров, Морозов, Рябушинские, Третьяковы и др. как бы соревновались между собой отнюдь не собственными дворцами, а больницами, приютами, картинными галереями и пр., которые они строили для сограждан. Эти купцы считали: «Господь нам дал возможность зарабатывать большие деньги. Но большой грех тратить эти деньги только на себя. Нужно поделится, сделав для общества что-то полезное». Такая широкая жертвенность – часть менталитета православных.

Ещё Федор Ртищев (сподвижник царя Алексея Михайловича Тишайшего (1645-1676 гг.) в 1650 г. на собственные средства открыл приют на территории Андреевского монастыря для бедных больных, нищих и пьяных. Там врачевали лекари и был даже доктор. Это, видимо, была первая светская городская больница в России. В годы русско-польской войны (1654-1667 гг.) Ф. Ртищев на свои средства и средства царицы Марии Ильиничны оборудовал дом для больных и раненых воинов. Причем помощь там оказывали не только русским воинам, но и вражеским, взятым в плен.

Любопытно, что опыт швейцарского журналиста Анри Дюнана по организации оказания помощи раненым с обеих враждующих при Сольферино, состоялся ровно через два столетия (в 1859 г.). Он, как известно, и стал прототипом Красного Креста. Не корректнее ли, в таком случае, первым прототипом Красного Креста считать опыт Федора Ртищева по лечению раненных обеих враждующих сторон?

Православная культура – это культура любви людей друг к другу. Пётр I (1689-1725 гг.) был первым в отечественной истории российским государственным деятелем, который замахнулся на уничтожение этой культуры. Он стал навязывать русскому народу западную культуру.<sup>95</sup> Царь запретил избирать патриарха, подчинив церковь лично себе.<sup>96</sup> Закрывал монастыри, запрещал открывать новые. Церковные колокола переливал в

---

<sup>95</sup> После Октябрьской революции 1917 г. будет формироваться культура, основанная на классовой ненависти («классовая борьба – движущая сила истории»), перманентном насилии государства над народом (идея диктатуры пролетариата). Это, разумеется, не могло не привести к изменению менталитета россиян.

<sup>96</sup> До 1917 г. главой русской православной церкви был российский царь.

пушки. Мягко сказать, высмеивал священников. Мужчинам и женщинам из знати приказал носить одежду западного, а не русского покроя (женщина – фактически раздета сверху, мужчина – снизу).

В этом мероприятии заложен целый пласт трансформации русской культуры. Дело в том, что одежда на Руси издревле носила не только практическое значение, но и культурологическое. По одежде можно было определить не только пол ее владельца, но и социальный статус, к какому роду принадлежит, из какой местности, совершеннолетний или нет, имеет ли семью и т.д. На одежде вышивались орнаменты, которые, как считалось, выполняли функцию оберегов. Люди одевались в соответствии с определенными условностями. Например, замужняя женщина не могла повязать платок и заплести волосы так, как это полагалось девушке незамужней. По внешнему виду можно было прочесть о человеке многое – «По одежке встречают...». Надеть одежду не своего уровня и статуса – позор (если это не связано с вопросами жизни и смерти).<sup>97</sup>

Приехав из Европы, Петр I насильно заставил мужчин брить бороды. И немногие сегодня знают о том, что борода для русского человека – это символ силы, мудрости. Борода свидетельствовала о социальном статусе владельца (вспомните формы бород купца, священника, крестьянина и т.д.). Поэтому все эти нововведения Петра I касались изменения вековых устоев – культуры России. Так же Петр заставлял много пить на «ассамблеях», навязал привычку курить. Видимо, не зря современники называли его Антихристом.<sup>98</sup> Европейская культура – прекрасная культура. Но она – для европейца. Петр I насильно навязал России внешнюю, поверхностную сторону культуры Европы, уничтожая традиционную русскую.

В этом плане логичен указ Петра I о запрещении частной благотворительности. Указ предусматривал штрафы даже за подачу милостыни нищему. Больных нищих царь приказал помещать в богадельни. Историки считают это деяние Петра прогрессивным шагом. Поскольку, мол, началась борьба государства с профессиональным нищенством. Но разве не очевидны негативные последствия этого петровского «новаторства»? Не понимающий ни православной, ни, по сути, западной культуры, Пётр грубо влез в многовековую православную культуру. Пётр I «знал» западную культуру по переселенцам с Запада, проживающим в Москве в Лефортово (как правило, авантюристам), да путешествию 1697-1698 гг. (под именем купца Михайлова с 400 людьми) по Европе, сопровождаемому обильными пьянками и кутежами. Это было знание европейской культуры «понаслышке».

---

<sup>97</sup> См. подробнее Семенова М. Мы – славяне. – М., 2007.

<sup>98</sup> Советскому человеку, воспитанному на образе «царя-мужика», созданному по заказу Сталина писателем Алексеем Толстым, такой взгляд на Петра I не привычен. Но именно так воспринимался этот царь образованной общественностью России (не менее 50%) XIX в. Это были, так называемые, «славянофилы» (Хомяков, братья Кириевские, братья Аксаковы, Данилевский и др.). Реформы Петра I они рассматривали как зло для России. Им противостояли «западники» (Тургенев, Кавелин, Чечерин, Катков, Грановский и др.). Они были сторонниками западного пути России. Идеализировали реформы Петра I.



Материальное благополучие посещенных им тогда стран Пётр I связал с жестокостью тамошних законов и нравов и стал переносить их в Россию. А Европе было чем «гордиться». Её народ развлекался видом смертной казни. Инквизиция приучила Европу к пренебрежительному восприятию жизни человеческой. Даже в XVIII в. во времена Французской буржуазной революции парижане воспринимали казнь в качестве театрального действия. Французский историк Мишель Фуко писал: «При первом применении гильотины народ жаловался, что ничего не видно, и громко требовал: верните нам виселицы».<sup>99</sup> Да что там век XVIII. Традицию развлечения видом смертной казни во Франции прервала Вторая мировая война (последним публично казненным в 1939 г. был некто Вейдман).

В России же даже при Иване Грозном и Петре I Россия по числу смертных казней отдаленно не приближалась к странам, служивших Петру идеалом. А после его смерти число смертных казней резко пошло на убыль. Елизавета Петровна, взойдя на русский престол,<sup>100</sup> смертную казнь отменила вообще. И когда в 1764 г. потребовалось казнить Василия Мировича,<sup>101</sup> в стране не оказалось палача. Исчезла эта профессия в России. В средневековой Англии было 6789 статей, предусматривающих смертную казнь. В 1819 г. осталось 225 преступлений, каравшихся виселицей.<sup>102</sup> Врач английского посольства писал в своем дневнике 1826 г. о поразившей его казни всего пятерых человек после декабрьского 1825 г. мятежа военных. По его словам, в Англии за такое деяние казнили бы не менее 3 тыс. человек.<sup>103</sup>

Наказание смертной казнью в России впервые появилось в XV в. в Пскове (за измену, за кражу из церкви, поджог, конокрадство). То есть шесть веков русская государственность смертной казни не знала. Да и позднее смертная казнь в России не носила, в отличие от Европы, массового характера. В 1907 г. Толстой, Бердяев, Розанов, Набоков и др. писатели и ученые опубликовали коллективный труд «Против смертной казни», в котором привели поименный список казненных за 81 год после восстания декабристов – 2445 человек (30 казней в год). А ведь на это время падают бурные события двух польских восстаний (1830 и 1863 гг.) и революции 1905-1907 гг. Если же брать мирное время, то получается 19 казней в год на огромнейшую Россию. Причем за убийство смертная казнь применялась неукоснительно. Получается, что и убийства даже на бытовой почве в России были редчайшим явлением. Это было следствием великой православной культуры.

Усмотрев связь материального прогресса со строгостью законов Европы, Пётр I по возвращению из путешествия по европейским странам осуществил массовую казнь мятежных стрельцов (201 человек) в сентябре 1698 г.

---

<sup>99</sup> Фуко М. Надзирать и наказывать. – М., 1999. – С. – 87.

<sup>100</sup> Годы правления Елизаветы – 1741-1761.

<sup>101</sup> Мирович пытался освободить из тюрьмы царя Ивана VI, помещенного туда в младенческом возрасте.

<sup>102</sup> Горянин А. Мифы о России и дух нации. – С. 175.

<sup>103</sup> Там же.

В той своей поездке царь почему-то усмотрел прогресс и в отсутствии бань в Европе. Пытался запретить их и в России. Безуспешно. Вековые традиции соблюдения чистоты тела на Руси оказались сильнее неумных решений неумного реформатора.

При Петре I в России стали открываться приюты для брошенных младенцев – невиданное для православной России явление. Отказ от ребенка в православном обществе всегда был грехом перед Богом и людьми (даже в язычестве отказов не было). Семья всегда брала на свое попечительство младенца. Заменяя подать со двора податью с каждой души (подушной податью), Петр I заложил основы негативной трансформации семьи. Большие семьи, состоящие из нескольких поколений, стали распадаться, поскольку исчезла экономическая (налоговая) составляющая сплачивания людей в одной семье.

В условиях природного изобилия России в большой семье прокормить младенца, старика, увечного воина никогда не было проблемой. Теперь же возник вопрос «лишнего рта» в семье. Поскольку за каждого «лишнего» человека надо было платить нешуточные налоги. Царь хотел получить экономическую выгоду. Он её и получил (но временно). Но заложил основы для падения морали, нравственности и духовной культуры. Ведь очевидно же, что младенцам, старикам, увечным и пр. нужно было, в основном, не лечение, а уход и забота. Если раньше семья заботилась о них, то теперь функции ухода перешли от семьи к специальным людям, которые ухаживали за немощными либо из христианского милосердия, либо по найму.

Тратить государственные средства на содержание приютов (богаделен) для детей, одиноких стариков, бывших воинов, инвалидов Петр I не хотел. В 1710 г. царь издал указ, согласно которому бывшие рекруты,<sup>104</sup> прослужившие 25 лет в армии, потерявшие здоровье, не имевшие семей, а также офицеры и солдаты, не годные к военной службе, помещались в московские богадельни и больницы. Предписывалось «лечить безденежно» и «лекарства держать недорогие». Так Петр отблагодарил людей, прослуживших в его армии большую часть своей жизни. Получилась странная ситуация – Петр запретил благотворительность, но и сам на медицину средств не давал.

При каждой больнице должны были находиться трое: «дохтур, аптекарь и лекарь». Указом 1722 г. Петр I предписал всем монастырям открывать «странно-приемницы» или лазареты для престарелых и больных. Две трети монастырских финансов должно тратиться на больницы и «приемницы» и лишь одна треть – на содержание самих монахов.

Петр I вел активную внешнюю политику. Страна при нем фактически всегда находилась в состоянии войны. Петр I воевал то со Швецией, то с Турцией. Он боролся за выход в Балтийское и Черное моря. Воевал малоуспешно. России тогда не удалось выйти ни в то, ни в другое море, если не

---

<sup>104</sup> Рекрутский набор был введен Петом I в 1705 г. Срок службы в армии рекрута 25 лет. Податные сословия (мещане, крестьяне и др.) выставляли от своих общин указанное число рекрутов.

считать выхода в Финский залив. Эту миссию потом, через полстолетие, выполнила Екатерина Великая. Но все ресурсы страны (людские, финансовые, хозяйственные) при Петре I были направлены на военные нужды. Все реформы этого времени исходили из военных потребностей (рекрутская, налоговая, церковная, образовательная, административная и пр.). Не исключение – и петровские Указы в области медицины.

Петра I мало интересовали гражданские медицинские учреждения. Он сосредоточил внимание на военной медицине. Открывались военные госпитали. В соответствии с Военным Уставом 1716 г., за больными в госпиталях должны были ухаживать женщины, к которым приставлялись отставные солдаты: «потребно всегда при десяти больных быть для услужения одному здоровому солдату и нескольким женщинам, которые оным больным служить имеют и платье на них мыть». В военной медицине женский уход не прижился и со временем почти исчез. Поскольку Петром не была создана система медицинского ухода, а были лишь мероприятия временного, аврального характера, рассчитанные на период военных действий.

Переняв западный опыт не ценить жизнь человеческую (одно строительство Петербурга на болотах чего стоит), Пётр похоже относился к медицине с явной недооценкой. Это можно судить потому, как он сам стал «стоматологом» и «лечил» зубы своим поданным. На одном из рынков Европы во время 17-месячного путешествия Пётр увидел удаление зубов. Тут же приказал купить зубоврачебные инструменты. С тех пор всякий из его окружения, кто хватался за щеку, становился его пациентом. Пётр брал щипцы и тут же без какой-либо анестезии выдергивал зуб (нередко совсем здоровый).<sup>105</sup>

Реформируя систему приказов и создавая 12 коллегий, Петр на основе Аптекарского приказа создал Медицинскую коллегия (позже она будет реорганизована в Медицинскую Канцелярию).

Об организации гражданской медицины и ухода можно говорить после смерти Петра (в 1725 г.). С 1728 г. Медицинская Коллегия ввела штатные единицы для женщин по уходу за больными в лечебных учреждениях. С 1735 г. Генеральным регламентом о госпиталях количество работниц при больных определялось характером и тяжестью заболеваний последних.

К середине XVIII в. женский уход за больными стал осуществляться и в гражданских больницах. В Павловской больнице в Москве по штату полагалось иметь баб-сидельниц из жен и вдов солдат. Позже женская служба нанималась. Но даже такое неквалифицированное обслуживание больных было распространено лишь в незначительной части больниц Петербурга и Москвы.

В отличие от петровских времен при Екатерине II (1762-1796 гг.) строительству богаделен и сиротских домов стало уделяться большее внимание со стороны государства. В первые годы правления Екатерины

---

<sup>105</sup> Удаленные Петром зубы хранятся в Кунсткамере.

содержание богаделен и инвалидных домов было возложено на Экономическую Коллегию.

В 1764 г. был издан указ об организации в каждой губернии Приказов общественного призрения, которые должны были заниматься попечительством больниц, богаделен, работных домов для ленивых и смиренных домов для душевнобольных. Учреждались больницы и приюты для неизлечимых больных. Начал функционировать Московский родильный госпиталь, в котором находили приют беременные женщины из бедных слоев населения.

В этом же году открылся Московский воспитательный дом (будущий Дом охраны младенца). Это было государственное учреждение под царским (императорским)<sup>106</sup> покровительством. Управлял домом генерал-поручик И.И. Бецкой. В 1772 г. в Петербурге создан еще один Воспитательный дом, как отделение Московского, к которому в 1778 г. присоединяется и родильный приют.

К концу XVIII в. была уже достаточно широкая сеть лечебниц и больниц для лечения граждан, госпиталей и богаделен для призрения увечных и престарелых. Присмотр за всеми этими учреждениями был возложен на Главный магистрат и на полицию. Уход в них осуществляли женщины.

### **Подготовка специалистов фельдшерского дела до сер. XIX в.**

До XVI в. в России не было фельдшеров. При Иване Грозном они приехали к нам вместе с иностранными врачами. Их называли «рудомётами», «цирюльниками», «подлекарями». В XVII в. у иностранных врачей практиковалось индивидуальное обучение на помощников лекарей. Как правило, такое образование получали дети ремесленников и стрельцов. Фельдшера могли заниматься самостоятельной медицинской практикой.

Начало систематическому обучению фельдшеров было положено в 1707 г., когда при Московском госпитале была открыта первая в России медико-хирургическая школа. В этих школах обучались 2-3 года подлекари (фельдшера) и лекари 4-5 лет. То есть фельдшерское и врачебное образование были слитными. В военное время школы выпускали только подлекарей. Слитность образования подлекарей и лекарей делала первых более профессиональными специалистами. Они были как доктора. Тем более что с 1741 г. срок обучения фельдшеров увеличился до 5 лет.

В марте 1754 г. директор Медицинской коллегии и лейб-медик П.З. Кондоиди представил Сенату проект организации школ повивальных бабок в Петербурге и Москве. Проект предусматривал экзаменовку практиковавших повивальных бабок. При демонстрации хороших знаний предполагалась выдача им дипломов на право заниматься практической деятельностью.

---

<sup>106</sup> С 1721 г. Россия – империя во главе с императором.

В Москве и Петербурге появились повивальные школы с 6-летним обучением. Из них выходили специалисты «бабичьего дела». Эти школы возникли раньше, чем родильные дома. Женщины города и деревни разных сословий рожали дома, вызывая повивальную бабку на дом.

В 1757 в России было создано первое училище повивальных бабок. Хотя о систематическом образовании говорить еще рано. Занятия проходили два раза в неделю на дому у врача, акушера или профессора. За 50 лет училище выпустило 94 акушерок. К концу XVIII в. на одну губернию или уездный город полагалась одна повивальная бабка. В начале XIX в. века были учреждены повивальные институты при Воспитательных домах Петербурга и Москвы, а к середине XIX в. откроется шесть таких учреждений.<sup>107</sup>

Создание школ акушерок – это попытка организовать профессиональный уход за роженицами и новорожденными. В этом деле Россия если и не опережала Европу, то уже, во всяком случае, не отставала от неё. И причиной тому было особое отношение в стране православной культуры к человеческой жизни.

Среди знаменитых медицинских образовательных учреждений повивальных бабок были училище при Калинкинской больнице в Петербурге, повивальная школа при Мариинском родовспомогательном доме, Закавказский повивальный институт. Школы для акушерок создавались в земствах.

В 1798 образование докторов и фельдшеров было разделено. Медицинская коллегия в 1799 г. ввела понятие «младший лекарь» (вместо подлекаря). Тем самым повышался статус фельдшера. И связано это, во многом, с увеличением срока образования.

С 1829 г. в России при крупных больницах открывались школы фельдшеров. По окончании 4-летнего обучения присваивались специальности младшего или старшего фельдшера.

### **Состояние сестринского дела в связи с развитием земской медицины.**

Увеличение числа средних образовательных медицинских учреждений было связано с реформами Александра II,<sup>108</sup> в частности, с возникновением земской медицины. Земская реформа 1864 г. предусматривала широкое самоуправление на местах. Земства занимались вопросами образования, строительства дорог, развитием медицины и др. В результате стала развиваться земская медицина, которая сделала медицинские услуги доступными для

---

<sup>107</sup> Шибков А.А. Первые женщины России в медицинской школе и на войне до 20 века. – Л., 1957. – С. 10.

<sup>108</sup> После отмены крепостного права Александром II в 1861 последовал ряд либеральных реформ: Земская (1864), Судебная (1864), Военная (1874), Городская (1870), реформы образования и печати.

сельского населения. Она сформировала новый тип врача – специалиста по очень широкому спектру заболеваний.

Положение о земствах возложило задачу оздоровления населения на общественные организации. Таким образом, в России стала складываться общественная медицина, которая развивалась за счет меценатства. Общественная деятельность и личная заинтересованность самых передовых людей России в развитии медицины, легли в основу реформы земской медицины.

В центре земской медицины находился врач – общественник. Земский врач был врачом семейным, что давало положительные результаты лечения. Сначала доктор разъезжал по деревням своего земского участка (10-40 верст в радиусе). Потом пришли к выводу о необходимости создания в уездах больниц на 15–20 кроватей с родильным отделением и амбулаторией. В них врач и вел прием больных, поскольку разъездная практика оказалась неудобным и утомительным для доктора делом. Много времени уходило на переезд от одного больного к другому. Теперь только при экстренной необходимости врач выезжал на дом. Помимо больниц земских участков создавались уездные больницы на 20–40 коек (с двумя врачами) и более крупные – губернские, которые, как пишут специалисты, не уступали университетским клиникам.<sup>109</sup> По утверждению знаменитого русского доктора Н.В. Склифосовского (1836-1904), к середине 80-х годов XIX в. земский врач превратился в «основную фигуру российской медицины».

Излишне говорить, что потребность в фельдшерах по уходу за больными в земских больницах резко увеличилась. Тем более что на земских медиках стало возлагаться дело не только лечения больных, но и профилактика заболеваний. В частности, они должны были вести санитарно-гигиеническую просветительскую работу среди населения. Эту-то работу и выполнял средний медицинский персонал – фельдшера, сестры, акушерки.<sup>110</sup> Интересно, что население с большей охотой обращалось за медицинской помощью к среднему медицинскому персоналу, нежели к врачам, считая: «Доктор — барский лекарь, фельдшер — мужицкий лекарь».

Кроме того, население с большей охотой по-прежнему пользовалось услугами знахарей, чем докторов, несмотря на бесплатное медицинское обслуживание.<sup>111</sup> Было бы не осмотнительно объяснять эту привязанность мужика к знахарю «темнотой народа». Во-первых, для крестьянина доктор - явление новое, а знахарь – «свой», «из соседских». Во-вторых, умение доктора им пока неизвестно, а умение знахаря проверено из поколения в поколение.

С развитием земской медицины растет количество работников среднего медицинского звена. К концу XIX в. было организовано 1197 больниц и 3 000

---

<sup>109</sup> Сорокина Т.С. История медицины. – С. 473.

<sup>110</sup> О вопросах гигиены см. параграф «Уход за больными в Удельной и Московской Руси (XIII-XVI)».

<sup>111</sup> О том, что медицинская помощь в земских больницах оказывалась больному совершенно бесплатно, советские авторы умалчивали.

фельдшерских пункта, в которых трудились 2 500 врачей и около 8 000 их помощников.

В первой половине XIX в. фельдшера были самого разного уровня подготовки. Самый высокий статус имели фельдшера, которые обучались в военно-фельдшерских школах. Так же фельдшерское образование получали в школах общественного призрения. Были фельдшера исключительно узкой специализации, то есть ротные, эскадронные, практикующие по свидетельствам, выданным губернскими врачебными управами.

Фельдшерские свидетельства так же могли давать вольнопрактикующие врачи и волостные правления. В результате совместной практической деятельности врачи выдавали свидетельства фельдшерам. Эти люди не получали специального медицинского образования, но как помощники докторам они годились. Эти свидетельства, выдаваемые практикующими врачами, не являлись дипломами, а удостоверяли род деятельности определенного лица. Специалисты с образованием военно-фельдшерских школ, в большинстве случаев, работали в городах. Ротные и эскадронные из-за специфики своей специальности в мирное время могли работать, в основном, санитарями. С основным населением работали фельдшера со свидетельствами от врачей.

Отмена крепостного права повлекла за собой развитие капитализма в стране. Происходили изменения не только в экономической сфере, но и в культурологической. Бывшие крепостные уходили в города – менялся их привычный уклад жизни. Если раньше крестьяне за медицинской помощью обращались к знахаркам, которые удовлетворяли медицинские потребности деревни, то теперь с ростом городов требовались специалисты медицинского дела.

Во второй половине XIX в. стали открываться специальные фельдшерские школы, возглавляемые, как правило, старшим врачом больницы. После трехлетнего обучения фельдшера должны были прослужить 4,5 года по назначению земских управ. Школы были открыты в 23 земствах. В среднем одна школа выпускала около 800 фельдшеров в год.

В 1897 г. продолжительность обучения в фельдшерских школах увеличилась до 4 лет. В них изучали общеобразовательные предметы: закон Божий и чистописание, русский и латинский языки, историю России, географию, арифметику и начальные основы геометрии, другие науки. Специальными предметами были: анатомия и физиология, хирургия и терапия, учение о повязках, фармакология и рецептура, патология, детские болезни и уход за больными, «подание помощи внезапно заболевшим и мнимоумершим», гигиена и учение об эпидемических болезнях, ведение медицинской отчетности и законоположения, касающиеся фельдшерской службы. В программу обучения входили также вскрытие трупов и занятия по анатомии.

Лица, практически изучившие фельдшерское дело и исполнявшие в течение 5 лет фельдшерские обязанности, для получения свидетельства о фельдшерском звании, должны были держать экзамены при фельдшерских

школах. Образование фельдшеров получило организованный, контролируемый характер.

В начале XX в. существовали земские фельдшерские школы, школы Военного и Морского ведомств, школы в не земских губерниях, непосредственно управляемые Министерством внутренних дел и, наконец, частные школы при медицинских обществах. Первая частная фельдшерская школа была открыта в Киеве в 1906 г. Всего перед Первой мировой войной в России было 65 гражданских и 10 военных фельдшерских школ.<sup>112</sup>

С развитием образовательной сети для фельдшеров их обязанности в 1910 г. были законодательно расширены. В отсутствие врача они должны были оказывать помощь при острых заболеваниях и отравлениях, самостоятельно принимать меры при проявлении эпидемических заболеваний с обязательным извещением ближайшего врача. Фельдшерам даже стало дозволяться проводить малые хирургические операции, накладывать повязки при переломах, осуществлять оспопрививание.

Особенностью России было развитие женского фельдшерского образования. В России, в отличие от Европы, не было пренебрежительного отношения к женскому среднему медицинскому персоналу.<sup>113</sup> Первая в мире фельдшерская школа для женщин была открыта в сентябре 1854 г. при Петербургском воспитательном доме. (Подобное училище знаменитая англичанка Ф.Найтингейл основала в 1856 г. после возвращения с Крымской войны.) В этой школе обучались воспитанницы Петербургского воспитательного дома в возрасте 15–18 лет. В училище могли поступить по своему желанию и другие девушки. В ней училось около 20 человек. В первые два года ученицы изучали анатомию, физиологию, фармакологию, рецептуру, десмургию, частично хирургию, приемы неотложной медицинской помощи «мнимоумершим и внезапно заболевшим», детские и женские болезни, латинский язык. На третий и четвертые года обучения девушки проходили практику в больницах. Первый выпуск фельдшерниц состоялся в 1859 г. и составил 11 человек.

В 1862 г. эта школа была соединена со «Школой русских нянек». Ещё в 1818 г. Александром I было издано высочайшее повеление о подготовке службы сиделок. Сиделки должны были пройти в больницах курс обучения санитарно-гигиеническому уходу. А в начале 50-х гг. при Воспитательном доме Санкт-Петербурга была образована «Школа русских нянек», в которую принимались воспитанницы от 14 до 18 лет. Девушки обучались уходу за младенцами 1–2 года.

В 1872 г. Петербургская школа фельдшерниц была преобразована в училище для фельдшерниц. Основной его задачей ставилась подготовка образованных помощников врачей. Вводились новые правила, по которым

---

<sup>112</sup> Николаева И.И., Калининченко А.В. Соломатин А.П. История сестринского дела. – Ч. 1. – Новосибирск – 2000. – С. 19.

<sup>113</sup> См. параграф «Деятельность английской диакониссы Флоренс Найтингейл».



воспитанницы должны были жить при Воспитательном доме на казенном содержании, носить форму и получать жалование 10 рублей в месяц. Теоретический курс увеличивался с двух лет до трех, а практический сокращался с двух до года. К теоретическому курсу добавлялись углубленные курсы по уходу за роженицами и новорожденными. Образование велось по утвержденным Министерством внутренних дел программам для земских фельдшерских школ. По окончании фельдшерского училища выпускницы обязывались прослужить в лечебных заведениях своего ведомства не менее 6 лет.

В 1872 г. в Петербурге при Рождественской барачной больнице была создана школа фельдшерниц под руководством И.В. Бертенсона. Обучение в школе длилось 3 года. В 1872 в школе было 40 слушательниц, а через шесть лет к 1878 их было – 94. При общине св. Георгия при активном содействии С.П. Боткина была создана школа фельдшерниц. В ней обучалось около 30 человек. Официально школа просуществовала почти 5 лет. Аналогичные школы возникли при Покровской общине в Петербурге и при братстве Святой Марии в Москве. К концу 70-х годов XIX в. в России существовало 12 женских фельдшерских школ и курсов.<sup>114</sup> Позднее в некоторых городах будут открываться смешанные фельдшерские школы для мужчин и женщин. В основном обучение в фельдшерских школах было платным. При получении бесплатного фельдшерского образования выпускники обязывались какой-либо срок прослужить в соответствующем ведомстве.

## **Глава 6: Роль дам высшего света России в организации отечественного сестринского дела в XIX – начале XX в.**

### **Общины сестер милосердия**

Особенностью сестринского дела в России XIX в., можно считать то, что идеи организации ухода за больными возникали не в среде чиновничества, а «снизу». Заслуга царского правительства была в том, что оно не подавляло эту инициативу, поддерживало и помогало реализовывать её. Правда, идеи, «поданные снизу», порой исходили от самых высокопоставленных лиц. Ими, как правило, были жены императоров и дамы высшего света.

О подвижничестве дам российского высшего света в организации сестринского дела в России отечественные историки XX в. «забыли». Советский человек воспитывался в духе классовой ненависти ко всему «господскому». Он не должен был видеть разницу между, скажем, Великими княгинями и помещицей Салтычихой, известной своими издевательствами над крестьянами. Для советского человека все они, без исключения, должны были быть «эксплуататорами», «кровопийцами» и «буржуями».

---

<sup>114</sup> Шибков А.А. Первые женщины России в медицинской школе и на войне до 20 века. – Л., 1957. – С. 19.

Между тем российские аристократки заслуживают благодарной памяти потомков, в частности, в становлении профессионального отечественного сестринского дела.

Так, идея организации профессионального систематического ухода за больными принадлежала императрице Марии Федоровне – жене императора Павла I (1796-1801 гг.), матери императоров Александра I (1801-1825 гг.) и Николая I. (1825-1856 гг.). В течение 32 лет (с 1829 г.) благотворительные организации (воспитательные дома, госпитали, женские приюты), созданные императрицей Марией Федоровной, возглавляла Александра Федоровна – супруга императора Николая I.

Еще в 1804 г. Мария Федоровна предложила в уходе за больными использовать труд вдов. Речь шла именно о вдовах, потому, что в царской России во всех слоях населения считалось дурным тоном, если замужняя женщина где-либо трудилась. Ее задача – быть хорошей матерью, хозяйкой, женой.<sup>115</sup>

В 1813 г. при Воспитательном доме Санкт-Петербурга был основан Вдовый дом. Управление им осуществлялось почетными опекунами из высокопоставленных лиц, а непосредственное наблюдение за подопечными возлагалось на настоятельниц из аристократической среды. Сердобольные вдовы за умеренную плату брали на себя обязанность присматривать за больными. После испытательного срока, вдовы присягали и получали знак отличия – Золотой Крест, который разрешалось носить на шее всю жизнь (даже после отставки). В клятве были слова: «Желая... подражать сердобольию Иисуса Христа, из любви к страждущему человечеству, исцелявшему всякий недуг и всякую боль... клянусь... доколе сил моих достанет употреблять буду все мои попечения и труды на богоугодное служение болящим..., что буду тщательно соблюдать всё, что по настоянию врачей призвано будет полезным и нужным для восстановления здоровья вверенных моему попечению болящих..., что по долгу христианского милосердия не только буду заботиться о телесном, но и о душевном здоровье болящих...».<sup>116</sup>

Сердобольные вдовы носили форму – платья коричневого цвета. С 1814 г они работали в Мариинской больнице<sup>117</sup> для бедных и ухаживали за больными на дому. В обязанности дежурной вдовы входило курирование раздачи пищи и лекарств, наблюдение за порядком в палатах, за чистотой и опрятностью больных, за поведением больных и посетителей. Вдовы

---

<sup>115</sup> Советская власть заставила всех женщин трудиться на производстве, поскольку материальный достаток мужчин был ниже прожиточного минимума человека, не говоря уже, чтобы на него содержать семью. Это будет иметь огромные отрицательные культурологические последствия, поскольку женщине приходилось отдавать свои силы производству, а не воспитанию детей, поддержанию семейного очага.

<sup>116</sup> Цит. по Романюк В.П., Лапотников В.А., Накатис Я. А. История сестринского дела в России. – С. 34.

<sup>117</sup> Больница названа «Мариинской» в честь императрицы Марии Федоровны (жены Александра III).

должны были владеть элементарными медицинскими навыками для оказания помощи больным. Приобретению этих навыков должны были содействовать доктора. Однако вдовам запрещалось беспокоить врачей по пустякам. За пустые жалобы и доносы они могли быть исключены из числа сердобольных вдов. В инструкции для сердобольных вдов говорилось: «Должность не многосложна, но важна для страждущих и требует хорошего рассудка и многого терпения, и человеколюбия, и кроткого обхождения с больными».<sup>118</sup>

Сердобольные вдовы по очереди ходили в больницы и частные дома. Проработав год в больнице, сердобольные вдовы могли посещать больных в частных домах, получая за свой труд плату. За две недели дежурства в больнице они получали 1,5 рубля серебром и питание. Вдовы с десятилетним стажем службы в год получали уже 45 рублей серебром, а с двадцатипятилетним – 90 рублей. Оплачивало государство. Сердобольные вдовы зарекомендовали себя как отличные сиделки. И в 1818 г. в Москве была открыта подобная организация.

В создании благотворительных общин и российском здравоохранении видную роль сыграла Великая княгиня Елена Павловна – жена сына Павла I Михаила, умершего от холеры.<sup>119</sup> Вдовствующая императрица Мария Федоровна видела в Елене Павловне свою преемницу и завещала еще юной девушке управление Мариинской больницей, организатором которой сама являлась.

Великая княгиня Елена Павловна по личному опыту знала, что такое болезни и смерти любимых людей. Из пяти её дочерей выжила только одна – Екатерина. Умер муж. Поэтому она понимала важность создания в стране лечебных учреждений с системой ухода за больными. После смерти дочерей Елизаветы и Марии Великая княгиня Елена Павловна создала в 1846 г. в Петербурге Елисаветинскую клиническую больницу для малолетних детей. В 1850 г. (после смерти мужа) взяла под свой патронаж Максимилиановскую лечебницу, основанную в 1844 г. «для малоимущего бедного люда», создав в ней, по совету Н.И. Пирогова, стационар. Но главным её делом можно считать создание Крестовоздвиженской общины сестер милосердия и устройство Клинического института (Института усовершенствования врачей) в Петербурге.

Крестовоздвиженская община была учреждена 5 ноября 1854. Община получила название в честь православного праздника Воздвижения Креста Господня – символа христианской веры. Эта община стала первым в мире женским медицинским формированием по оказанию помощи раненым непосредственно на поле боя.<sup>120</sup>

В создании общины огромную роль сыграл знаменитый врач Н.И. Пирогов (1810–1881). Замыслы этого выдающегося хирурга и идеи Великой

---

<sup>118</sup> Цит. по Романюк В.П., Лапотников В.А., Накатис Я. А. История сестринского дела в России. – С. 32.

<sup>119</sup> Это была принцесса Вюртембергская Фредерика Мария Шарлота, после крещения – Елена Павловна.

<sup>120</sup> В тот год началась Крымская война.

княгини Елены Павловны по оказанию медицинского ухода за ранеными солдатами в Крымскую войну совпали. Влияние Великой княгини и профессионализм Н.И. Пирогова сделали Крестовоздвиженскую общину поистине исторической. Пирогов разработал Устав общины, в котором главной задачей общины определялась подготовка сестер милосердия для ухода за ранеными и больными в действующей армии. Крестовоздвиженская община была по своему духу нравственно-религиозным учреждением, имевшим целью, как записано в комментариях к уставу, «служение не больному только, но вообще несчастному, бедному, служению во имя Христа». Устав требовал православного милосердия и послушания. Это требование было характерно для деятельности всех общин сестер милосердия России XIX в. – начала XX в.

Крестовоздвиженская община возникла как организация помощи раненым солдатам в Крымскую войну. Поэтому в отличие от других сестринских общин XIX в. для вступления в неё не требовалось проходить испытательного срока, принимать присягу, проходить обряд посвящения.<sup>121</sup> Сразу же после вступления в общину. Сестры милосердия отправлялись в Крым на театр военных действий. В эту общину шли женщины разных сословий, разного материального уровня, в том числе и самого высокого. Достаточно сказать, что Елена Павловна сама присутствовала на операциях и накладывала повязки раненым, вынесенным с поля боя. Причем, делала это не в качестве развлечения, а как рядовая сестра общины.

После окончания войны (в 1856 г.) труд сестер милосердия этой общины продолжал быть востребованным. Возросло количество петербургских лечебниц, приглашавших к себе Крестовоздвиженских сестер для ухода за своими больными. Елена Павловна перенесла деятельность общины в медицинские заведения Петербурга. Община, созданная для оказания помощи раненым, стала постоянным учреждением России. Сестры милосердия общины принимали участие в лечении стационарных больных в Морских госпиталях Петербурга и Кронштадта, а также в больнице для чернорабочих в здании городской тюрьмы. Она особенно славилась оказанием амбулаторной помощи малоимущим.

В 1863 г. военный министр Д.А. Милютин приказал заключить с Крестовоздвиженской общиной постоянный договор о ведении ею постоянного сестринского ухода за больными в военных госпиталях. Сестры общины, таким образом, оказались государственными служащими. Эту дату можно считать годом рождения профессии медицинской сестры в России.<sup>122</sup> Хотя формально община продолжала быть не государственной, а общественной структурой. В 1894 г. она перешла в ведение Российского общества Красного Креста. На 1 января 1891 г. в общине насчитывалось 119 сестер милосердия и 19 испытуемых

---

<sup>121</sup> Положение об испытуемых было введено в мирное время.

<sup>122</sup> Сёстрам, прослужившим в военных госпиталях 25 лет, назначалась государственная пенсия в размере 100 рублей.

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

Одной из дам российского высшего света, заслуживающей благодарной памяти потомков, была именитая аристократка Екатерина Михайловна Бакунина. Долгое время по просьбе Великой княгини Елены Павловны и Н.И.Пирогова она была настоятельницей Крестовоздвиженской общины. Будучи настоятельницей, она работала в лазаретах как простая сиделка. Не раз ассистировала Пирогову на операциях в качестве сестры в годы Крымской войны. Кроткая и любящая, она для сестер была первой среди равных, а как начальница – требовательная и строгая. В 1954 г. ей было 42 года. Её желание стать сестрой милосердия на фронте Крымской войны встретило неодобрение со стороны родственников и знакомых. Требуя от Петербурга (она жила в Москве) согласие на её поездку на фронт, она писала: «Когда дочь Бакунина, который был губернатором в Петербурге, и внучка адмирала Ивана Логиновича Голенищева-Кутузова желает ходить за матросами, то странно кажется отказывать ей в этом».<sup>123</sup> В феврале 1955 г. Бакунину назначили сестрой-начальницей всей Общины (после Е.А. Хитрово).

После войны Екатерина Михайловна в 1860 г. с согласия Пирогова вышла из Общины, перестала быть её настоятельницей. Она не могла смириться с произволом чиновничества, поясняя, что «все высокие мысли разбились в прах об неумолимую действительность».<sup>124</sup> Выйдя из общины, она поселилась в своем наследственном имении – селе Козицыне Новоторжского уезда Тверской губернии. На свои средства она открыла в селе сначала амбулаторный прием больных крестьян, а затем стационар. В этой лечебнице Бакунина оказывала помощь больным, как сама, так и с помощью докторов из города, приглашаемых на её средства. При лечебнице была аптека, лекарства в которой приготавливала, в том числе и сама Екатерина Михайловна. Эти лекарства продавались или раздавались бесплатно.

В Русско-турецкую войну 1877–78 гг. 65-летняя Екатерина Михайловна по просьбе супруги Александра II заведовала одним из отрядов Красного Креста на Кавказе. Врачи очень тепло отзывались о Бакуниной. Доктор А. Синицин рассказывал, что во время войны он встретил бывшего подопечного Бакуниной. При упоминании имени Бакуниной, старик вскочил, перекрестился и выразил желание поехать откланяться Екатерине Михайловне, когда стихнут военные действия. Сохранилось письмо врачей, адресованное Бакуниной. В нём говорилось: «Мы затрудняемся, всеми нами уважаемая сестра, определить, какому из Ваших душевных качеств отдать

---

<sup>123</sup> Цит. по Сорокина Т.С. История медицины. – С. 443.

<sup>124</sup> Махаев С. Подвижницы милосердия. О подвиге русских сестер милосердия. – С. 64.

предпочтение. Во всех отношениях Вы являли себя достойной имени святой русской сестры. Ни жара лета, ни осенние ненастья, ни зимний холод, ни позднее ночное время, ни утомление физических сил Ваших, ни дальность расстояния того места, куда Вас звала нужда больных, – ничто и никогда не удерживало Вас от исполнения своего долга...[...]. Имя Ваше так же останется неизгладимым в памяти больных, коим Вы всецело приносили себя в жертву».<sup>125</sup> Умерла Екатерина Михайловна в возрасте 80 лет в своем имении. Там и погребена.

В 1844 г. первая дама столицы Софья Степановна Щербатова (в девичестве Голицына) основала благотворительное общество «Дамское попечительство о бедных в Москве», вошедшее в состав Ведомства учреждений императрицы Марии Федоровны. «Дамское попечительство» открывало детские приюты, богадельни для престарелых, училища и прочие благотворительные заведения. В них открывалось широкое поле для женщин, желающих своим вниманием и уходом облегчить состояние нуждающихся. Получает дальнейшее развитие служба сиделок.

Впервые женщин России стали привлекать в качестве добровольных сиделок еще во время Отечественной войны 1812 г. Для них это было проявлением патриотизма. В тот год в Петербурге было создано «Патриотическое женское общество», предназначенное для оказания помощи населению, пострадавшему от нашествия врага. Война показала, что при большом поступлении раненых и больных в лечебные учреждения медицинский персонал не справлялся с работой.<sup>126</sup> В качестве сиделок женщины выполнили очень важную роль в выхаживании раненых и больных.

На основе опыта военного времени, в 1818 г. впервые была создана государственная служба сиделок. Должность сиделки была официально введена в больничный штат. Сначала они обучались санитарно-гигиеническому уходу на местах службы опытным путем. А в 1822 г. главный врач Мариинской больницы для бедных в Москве Христофор фон Оппель издал «Руководство и правила по уходу за больными». Оно основывалось не только на научных медицинских достижениях, но и на опыте российских сиделок, повивальных бабок, сердобольных вдов. Эта книга была первым изданием на русском языке по уходу за больными. Во введении книги говорилось: «Без надлежащего хождения и смотрения за больными и самый искусный врач мало, или никакого даже, в восстановлении здоровья или отвращения смерти успеха сделать не может, и поэтому предмет сей особенно заслуживающий внимания благодетельного правительства о жизни граждан пекущегося... Многие больные единственно от того только умирают, что не имели надлежащего присмотра».<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup> Там же. – С. 68.

<sup>126</sup> Новая военная техника XIX в. делала людские потери более массовыми, чем в предыдущие войны.

<sup>127</sup> Цит. по Романюк В.П., Лапотников В.А., Накатис Я. А. История сестринского дела в России. – С. 32.

С этого времени в России начинается специальная подготовка женского медицинского персонала по уходу за больными. Обучение велось врачами по учебнику Х. Оппеля. Учебник состоит из 5 разделов, 24 глав и 231 параграфа.

В первом разделе работы были приведены общие положения ухода. Выделена роль сиделки в выздоровлении больного: «Хожатый есть необходимое только орудие, от верности и точности которого зависит успех лечения». Оппель выделил следующие качества для ухаживающего персонала: человеколюбие, внимательность к больному, терпеливость, честность, сострадание, доброта, терпение. В этом перечне обращает на себя внимание то, что автор сосредотачивается на человеческих, а не на профессиональных качествах сиделок. Профессионализм – это удел врача. А для выздоровления человеку нужно еще и человеческое тепло. Этот раздел учебника содержал также описание палаты, требования к постели и кровати больного. В 58 пунктах конкретных рекомендаций ухода Х. Оппель особое внимание уделил гигиеническим условиям содержания больных.

Во втором разделе говорилось об общих приемах и правилах приема больным лекарства, его поения и кормления, описывалось, как правильно делать ванны, натирания, припарки, ставить пиявки, горчичники, делать промывание и т.п. В третьем разделе учебника характеризовались особенности ухода за больными при различных заболеваниях (лихорадке, кровотечениях, обмороке и др.). Четвертый раздел содержал информацию о способах приготовления лекарственных препаратов. В пятом разделе даны рекомендации ухода за выздоравливающими, роженицами, новорожденными, перечислялись правила по профилактике внутрибольничных инфекций.

Таким образом, сиделка должна была обладать некоторыми профессиональными медицинскими навыками. Но первое требование Оппеля было к её человеческим качествам. Христофор фон Оппель стал первым организатором службы профессиональной сестринской помощи в России.

В ходе Крымской войны возросла потребность в сиделках. Поэтому в Петербурге открылась «Школа русских нянек». Но, практически до середины XIX в. служба сердобольных вдов оставалась единственной формой женского профессионального ухода за больными. В 1892 г. она была упразднена. Служба «сердобольных вдов» явилась прототипом общин сестер милосердия.

Каждодневная работа сиделок и сестер разных общин России требовала не только милосердия, профессионализма, терпения, но и особого душевного состояния, понимания необходимости своей работы. Сестры ухаживали за стариками, инвалидами, заразными больными. Оказывали

помощь в лепрозориях, работали во время эпидемий. Работа сестры тяжела и физически и морально.

Скажем, сестры милосердия ухаживали за чахоточными больными. Им приходилось не только давать им лекарства, обтирать, переворачивать, кормить и т.д. Но и дышать заразным зловонным воздухом, слушать без перерыва надсадный кашель, убирать рвотные массы за больными. Напряженной внимательности и полного отсутствия брезгливости требовал уход за многими хирургическими больными, требующими частых промываний, во время которых возможны были испражнения больных, забрызгивающих сестер с головы до ног.

И даже после напряженной работы сестры не могли полноценно отдохнуть. В дневнике сестры М.И. Девиз есть такая запись: «Я поселилась в общине. Здесь впервые я ознакомилась с порядками и жизнью сестер милосердия. Жизнь не из легких. Приходилось с другими сестрами спать мне в одной комнате, и тут я поняла, как тяжела такая совместная жизнь. Утомившись от дневного, а еще хуже от ночного дежурства, придешь, бывало, хочется уснуть хоть час, а тут другая сестра или одевается, или работает.... Но может ли как следует отдохнуть тот, кто ни одной минуты не остается один, кто после тяжелого дня ухода за больными не имеет возможности собрать свои мысли, урегулировать нервы?».<sup>128</sup>

Добровольный приход женщин в общины и отречение её, таким образом, от многих мирских удовольствий, посвящение себя сложному делу ухода за больными говорит об особой христианской ментальности во всех слоях российского общества (от царской фамилии до простолюдинов). Сестры, как правило, не получали жалованья или получали часто меньше всякой кухарки – 5 рублей в месяц или еще меньше. Заражались, заболели, не дослужив до пенсии, оставаясь калеками на всю жизнь, или преждевременно умирали. Причастность императриц и представительниц знатных аристократических фамилий к организации благотворительных учреждений свидетельствует о преемственности благотворительности русских православных традиций в среде аристократии.

Придя к власти, большевики ликвидировали Крестовоздвижинскую общину в 1917 г., как, впрочем, и другие общины сестер милосердия. А больницу при общине они назвали именем профессионального революционера Г.И. Чудновского. Называя больницы, улицы, города, шахты и прочее именами большевиков, советская власть добивалась (и добилась) путём вытеснения забвения светлых имен в отечественной дореволюционной истории.

Создатели Крестовоздвижинской общины, как и других общин, решили задачу исторической значимости. Во-первых, они поставили сестринское дело на профессиональную основу. Во-вторых, они сделали образом жизни сестры милосердия высокую нравственность и милосердие. Если задачу медицинской подготовки сестер советская власть как-то сумела решить, то проблема

---

<sup>128</sup> Махаев С. Подвижницы милосердия. О подвиге русских сестер милосердия. – С. 179.



милосердия сестры все годы социализма (да и потом) оставалась и остается исключительно актуальной и часто нерешенной проблемой.

В середине XIX в. активно создаются и другие общины братьев и сестер милосердия. Учредителями благотворительных заведений были, как и в вышеописанных случаях, Великие княгини дома Романовых, представительницы знатных российских фамилий. Многие аристократки не только жертвовали деньги, занимались организацией сердобольных обществ, но и сами принимали участие в уходе за больными.

В 1844 г. принцесса Терезия Васильевна Ольденбургская вместе с дочерьми Николая I Александрой и Марией учредила в Петербурге общину сестер милосердия (в 1873 г. она получила название «Свято–Троицкая» в честь церкви святой Троицы). Терезия Васильевна жертвовала деньги на содержание общины, ухаживала за больными, кроила и шила одежду детям приюта. После нее с 1846 г. общину возглавила Великая княгиня Мария Николаевна. Руководство общины осуществлялось Дамским комитетом.

Община содержалась на средства частных пожертвований при активном участии царской семьи Ольденбургских и за счет процентов с капиталов великой княгини Александры Николаевны. Почетный опекун общины принц А. П. Ольденбургский<sup>129</sup> в 1886 г. создал при ней Пастеровскую прививочную станцию для лечения больных бешенством. В декабре 1890 г. на ее базе было создано первое научно-исследовательское учреждение в области медицины и биологии - Императорский Институт экспериментальной медицины. Деятельность общины была направлена на служение бедным больным, воспитание сирот и нравственного обновление падших людей, а также и на подготовку сестер милосердия.

В общину принимали грамотных вдов и девушек в возрасте от 20 до 40 лет с испытательным сроком от одного до трех лет. Сестры должны были иметь элементарные навыки проведения некоторых лечебных процедур и знать санитарно–гигиенические правила. Помощь пациентам они оказывали на дому. В середине 70-х годов в общине существовало 5 отделений: отделение сестер милосердия; отделение испытываемых сестер; медицинское и воспитательное отделения; четырехклассная женская школа. При общине находилась женская больница, богадельня для престарелых сестер и аптека.

В воспитательное отделение поступали грамотные девочки-сироты 10–13 лет. Они получали образование в женской школе общины. Четырехклассная школа общины по статусу была приравнена к женской прогимназии. В ней за плату учились 120 девочек. По окончании школы они получали право поступать без экзаменов в четвертый класс женских гимназий. Повзрослев, девочки могли по желанию перейти в разряд испытываемых общины сестер милосердия.

Уклад жизни в общине был почти монастырский. Режим работы сестер был довольно суровым. И, тем не менее, только 21 сестра отслужила срок до 5 лет, 24 человека – от 5 до 10 лет, 9 – от 10 до 20, 7 – от 20 до 30, 3

---

<sup>129</sup> Сын известного гуманиста Петра Георгиевича Ольденбургского.

сестры – более 30 лет.<sup>130</sup> Это были сподвижницы. Полумонашеский образ Свято–Троицкой общины сестер милосердия станет образцом для многих сестричеств в России вплоть до начала XX в. Христианство предполагает, что врачеватель должен иметь сам чистую душу, поскольку болезнь тела может быть связана с болезнью души человека, и лекарь сам не может иметь нечистую душу. Поэтому добродетельный образ жизни сестер милосердия должен быть обязательным для ухода за больными.

Первой настоятельницей Свято-Троицкой общины была Биллер Сара Александровна. Это была англичанка, прибывшая в Россию в 1827 г. Активно занималась благотворительностью. В 1833 г. Биллер в сотрудничестве с Анной Федоровной Михельсон открыла «Магдалинское убежище для падших женщин». Умерла Сара Александровна в 1851 г. После нее общину возглавила Елизавета Алексеевна Кублицкая-Пиоттух. Именно эти настоятельницы придали общине почти монастырский пуританский дух.

Не каждая желающая могла стать сестрой милосердия. После всестороннего испытания женщина могла быть членом общины. В торжественной обстановке после святого Причастия сестра принимала присягу в том, что «доколе сил ее достанет, употреблять будет все свои попечения и труды на богоугодное служение болящим братьям своим... и по долгу христианского милосердия не только будет тщиться о телесном, но и душевном здравии болящих и по сему святому долгу будет сердцем и устами приносить за них молитву Богу и Господу Иисусу Христу, врачу душ и телес, и Пречистой Матери Его – «Всех скорбящих Радость».<sup>131</sup>

Принявшая звание сестры не должна иметь собственного имущества (даже одежды и денег). Сестра должна была забыть свое имя, получая новое имя – «сестра Анна Вторая», «сестра Ольга Первая» и пр. Отношения с внешним миром сестёр были ограничены. Только в случае болезни сестре позволялось принять в комнате родственников. В остальное время свидания разрешались не чаще двух раз в неделю в специальной комнате. За недостойное поведение сестру с позором могли выгнать. Но история общины не знала таких случаев.

В 1845 г. при Свято-Троицкой общине был открыт «Покой для приходящих больных», позже получивший название «амбулаторная лечебница». Сюда обращались люди, не нуждающиеся в стационарном лечении. В среднем, за год в общину за помощью обращалось около 20 000 человек.

При общине состоял один старший врач, и 19 докторов работали вне штата. С консультативной целью приглашались многие известные врачи Петербурга. Так, с 1845 по 1856 гг. Свято-Троицкую общину неоднократно посещал Николай Иванович Пирогов. Видимо, создавая Крестовоздвиженскую общину, он полагался на опыт этой общины.

---

<sup>130</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 55.

<sup>131</sup> Махаев С. Подвижницы милосердия. О подвиге русских сестер милосердия. – С. 91.

Свято-Троицкая община просуществовала до прихода к власти большевиков в 1917 г.

Меценатство русской аристократии позволило открыть в конце 1844 г. новые общины сестёр милосердия: Никольскую, Георгиевскую, Александровскую, Покровскую, Евгеньевскую и др.

Основала Никольскую общину в Москве княгиня Софья Степановна Щербатова при содействии известного доктора Федора Петровича Гааза, который один из первых стал привлекать женщин к уходу за больными. Еще ранее Щербатова создала Дамское попечительское о бедных. В ведомство этого попечительства и вошла Никольская община. Община имела в своем составе богадельню для престарелых сестер милосердия. Вероятно, своё название она получила из-за близости расположения с церковью Святого Николая, а, возможно, – в честь императора Николая I.

Деятельность Никольской общины была направлена на медицинское обслуживание незащищенных слоев населения, а также заключенных тюрем. Сестры ухаживали за больными Первой московской городской больницы и больницы, учрежденной Гаазом для чернорабочих (впоследствии названной в честь императора Александра III). Кроме того, сестры работали в сиротском приюте, находившемся в ведении общины. Сестры милосердия контролировали действия сиделок, читали больным душевспасительную литературу и заботились об их спокойствии и утешении. По желанию частных лиц сестер отпускали для ухода на дому.

Сестры Никольской общины совместно с вдовами петербургского и московского Вдовьих домов участвовали в Крымской войне еще до прибытия туда отряда сестер Крестовоздвиженской общины. При отправлении сестер на войну сама императрица вручила им металлические кресты на зеленых лентах.

К весне 1863 г. в Никольское сестричество входило около 70 человек. В 1879 г. последние 12 сестер Никольской общины были переведены в Лефортово, составив особое Лефортово отделение. С этого момента община, как таковая, перестала существовать. Но в 1914 г., с началом Первой мировой войны, она была вновь восстановлена. История этой московской общины сестёр милосердия восстанавливается с большим трудом, поскольку ее архив сгорел в конце 50-х годов XX в.

Одновременно с Никольской общиной в 1844 г. была основана петербургская «Община сестёр милосердия литейной части». С 1853 г. община стала называться «Община во имя Христа-Спасителя в Санкт-Петербурге». После испытательного шестимесячного срока в общину принимались совершеннолетние девушки и вдовы. Общину основала княгиня М.Ф. Барятинская.

Дочь известного российского гуманиста Петра Георгиевича Ольденбургского, Александра Петровна, была замужем за Великим князем Николаем Николаевичем. В 1859 г. в Петербурге она учредила Покровскую общину сестер милосердия. Покровская община включала больницу, аптеку, отделение для грудных детей, отделение для девочек – сирот, отделение для детей младшего возраста, школу для мальчиков, училище для подготовки

фельдшерлиц. В этом фельдшерском училище Великая княгиня сама и училась.

Согласно с Уставом общины, ее целью было «попечение о приходящих больных, подготовка опытных сестер милосердия и воспитание бедных и беспризорных детей». <sup>132</sup> Сестрами общины становились женщины от 17 до 40 лет после трехлетнего испытательного срока. Они приносили присягу и получали золотой крест на синей ленте с надписью «Любовь и милосердие». В 1879 г. по состоянию здоровья Великая княгиня переехала в Киев. Там она основала женский Покровский монастырь. Городок покровского монастыря включал собор, дома для монастырских сестер, грандиозную больницу, лечебницу для приходящих больных, образцово устроенную аптеку, училище для девочек-сирот, приют для слепых, приют для неизлечимо больных женщин, барак для заразных больных, анатомический покой для нужд больницы, прачечную, странноприимницу, куда шел любой, ища приют и пищу. Перед операциями княгиня сама мыла больных, не доверяя это ответственное дело кому-нибудь другому. Она считала, что чистота – это залог успеха операции. <sup>133</sup> Покровский монастырь сделался училищем истинно христианского милосердия, из которого вышли выдающиеся сестры.

Княгиня Наталья Борисовна Шаховская в 1864 г. создала при Полицейской больнице в Москве общину сестер милосердия «Утоли моя печали» (в честь иконы Божьей матери «Утоли моя печали»). В этой общине княгиня была пожизненной начальницей. Создала она её при содействии знаменитого доктора Ф.П. Гааза, с которым была знакома ещё с детских лет. Проработав год сестрой милосердия в Полицейской больнице Ф.П. Гааза, она осознала громадное значения качественного ухода за больными. На её призыв откликнулось более тридцати женщин, которые и были первыми членами общины «Утоли моя печали». Сестры общины оказывали медицинскую помощь во всех отделениях клиники: хирургическом, терапевтическом, психиатрическом, неврологическом, гинекологическом. При общине были открыты сиротский приют для девочек, больница и амбулатория.

В 1868 г. община примкнула к Московскому дамскому комитету Общества попечения о больных и раненных воинах. Это позволило общине получить некоторые новые источники финансирования. В частности, община получила право брать плату за свои услуги от частных лиц, собирать пожертвования. Плата позволила расширить штат сестер милосердия. Свою деятельность община развернула не только в Москве, но и в Петербурге. А потом – и в провинции. Госпитали, земства, фабрики нарасхват разбирали сестер. Это было время, когда с ростом фабрик и заводов в пореформенной

---

<sup>132</sup> Романюк В.П., Лапотников В.А., Накатис Я. А. История сестринского дела в России. – С. 38.

<sup>133</sup> Махаев С. Подвижницы милосердия. О подвиге русских сестер милосердия. – С. 163.

России актуальным стал медицинский уход на промышленных предприятиях, где производственные травмы становились повседневностью.

В 1872 г. княгиня Шаховская купила на свои средства обширное владение в Лефортове, приобрела новые помещения. Возможности общины расширились. В Полицейской больнице умирали женщины, оставляя своих детей беспризорными сиротами. Для этих и других детей княгиня создала Сиротский приют. Дети приюта получали образование и практические навыки, необходимые для зарабатывания средств во взрослой жизни. Воспитанники приюта были социально адаптированными людьми, поскольку получали профессию. Самые способные получали высшее образование, становились, например, учителями. Многие девушки приюта стали сестрами милосердия.

Сестры общины «Утоли моя печали» оказывали помощь раненым в русско-турецкую войну 1877–1878 гг. Война показала, что община стала солидным учреждением. На службе состояли 215 сестер милосердия. Община вышла из ведения Дамского комитета и в 1881 г. приняла свой Устав. Ей лично покровительствовал сам российский император. Сестры общины милосердия принимали энергичное участие в борьбе с эпидемиями тифа, холеры, цинги в разных концах России.

При общине работала больница для амбулаторных и стационарных больных. Открылось психиатрическое отделение для душевнобольных. Создана «больница-приют» сестёр милосердия, тружениц Красного Креста, потерявших здоровье. В 1912 г. при общине была открыта городская школа сестер милосердия, которую возглавил известный врач В.М. Михайлов. Эта школа готовила высококвалифицированные средние медицинские кадры для всех городских больниц города.<sup>134</sup>

Умерла княгиня Наталья Борисовна Шаховская в 1906 г. Её община была передана в ведение городских властей. А закончилась история этой общины с приходом большевиков к власти. Дело всей жизни русской княгини было загублено.

Следует отметить, что общины и приюты открывались стараниями русской аристократии не только в столичных городах (Санкт-Петербурге, Москве), но и на периферии.

В 1861 г. княгиня Мария Михайловна Дондукова-Корсакова создала в Псковской губернии общину сельских сестер милосердия. Сама княгиня родилась больным ребенком. Старания врачей не имели успеха. Болезнь княжны усугублялась и приносила страшные мучения. Свое выздоровление Мария Михайловна связывала с чудесным исцелением после молебна в Петербургском Казанском соборе у иконы Богородицы. С тех пор княгиня почти не болела и дожила до 81 года.

Потому всю свою жизнь она посвятила служению Христу. Она основала общину сестер милосердия в имени Дондуковых в селе Бурики Порховского уезда Псковской губернии. При общине была устроена

---

<sup>134</sup> Махаев С. Подвижницы милосердия. О подвиге русских сестер милосердия. – С. 118.

больница для женщин, больных сифилисом и их детей. Мария Михайловна хлопотала об уходе за заключенными больными в тюрьмах. Она просила епископов учреждать попечительства для облегчения участи больных узников, просила устраивать больницы при тюрьмах, создавать санатории при монастырях для отпущенных из тюрьмы с чахоткой и другими хроническими заболеваниями.<sup>135</sup>

В 1866 г. княгиня О.А. Голицина возглавила приют во имя Святой Марии Магдалины. Это был приют для раскаявшихся блудных женщин. Женщины, прожившие в приюте три года, могли рассчитывать на помощь и трудоустройство. Они работали сиделками в больницах, нанимались в частные дома. Если выходили замуж, от общины им полагалось приданное.

Известный врач С.П. Боткин и принцесса Евгения Максимилиановна Ольденбургская создали в 1870 г. общину Святого Георгия (Георгиевскую общину). Четыре года спустя на частные пожертвования при общине была открыта трехгодичная женская фельдшерская школа. Среди её меценатов и благотворителей были Александр II, императрицы Мария Александровна и Мария Федоровна, граф Шереметев.

Таким образом, общины сестер милосердия оказали огромное влияние на развитие лечебного дела в России. При общинах оказывался не только сестринский уход за больными, но и создавались лечебницы, аптеки, приюты для разных слоев населения, школы.

### **Влияние Российского Общества Красного Креста на функционирование сестринских общин и их значение в становлении профессионализма сестринского дела в России**

Инициатива создания в России филиала международного Красного Креста принадлежала фрейлине императорского двора Марфе Степановне Сабинной. Ее поддержали баронесса Мария Петровна Фредерикс и лейб-медики Ф.Я. Карел и П.А. Наранович. 3 мая 1867 г. было учреждено «Общество попечения о раненных и больных воинах», высочайше утвержден его устав. В 1879 г. после Русско-турецкой войны это Общество было переименовано в Российское Общество Красного Креста (РОКК).<sup>136</sup>

С момента своего образования эта организация находилась под покровительством самих императриц. Особую внимательность к работе Российского Общества Красного Креста проявляла Мария Федоровна<sup>137</sup> – жена Александра III и мать Николая II. Это была исключительно умная, волевая и влиятельная женщина. Кстати, в её честь был назван город Мариинск в Кузбассе. Она была последовательной противницей любой войны. Именно её влиянию современники приписывали тот факт, что её супруг Александр III за годы своего царствования (1881-1904 гг.) не позволил втянуть Россию ни в

<sup>135</sup> Там же. – С. 155.

<sup>136</sup> Название «Красный Крест» неофициально существовало еще в Русско-турецкую войну.

<sup>137</sup> В девичестве – датская принцесса Дагмара.

один военных конфликт, за что и получил имя Миротворец. Некоторые историки считают, что Марии Федоровне принадлежит авторство фразы, которую любил употреблять Александр III: «У России нет друзей. У неё есть только собственные интересы». Обычно после смерти императора его вдовствующая супруга почти тут же утрачивала влияние. Но не Мария Федоровна. После ранней смерти Александр III<sup>138</sup> в Петербурге образовалось два императорских двора – двор вдовствующей императрицы и двор Николая II. К сожалению, её сын оказался не под её влиянием, а под влиянием своей жены Александры Федоровны, дал втянуть себя вопреки советам матери сначала в войну с Японией (1904-1905 гг.), а затем в войну с Германией (1914-1916 гг.). Эти войны вызвали социальные революции, что и погубило Россию.

Имея в лице императриц высочайшее покровительство, Российское Общество Красного Креста беспрепятственно развивалось. Во-первых, пример императрицы оказывался «заразительным» для всей аристократии. Во-вторых, участие в РОКК стало социально престижным делом. В-третьих, РОКК оказывался независимым от бюрократического аппарата в столицах и провинции (вряд ли какой-то чиновник осмеливался препятствовать его работе, зная, под чьим покровительством РОКК находится). В-четвёртых, меценаты<sup>139</sup> считали за честь оказать материальную помощь Красному Кресту, надеясь быть замеченными при императорском дворе.

При организации Красного Креста в России активно использовался опыт общин сестер милосердия. В деятельности РОКК на разных этапах активно участвовали многие выдающиеся медики – Н.И. Пирогов, Н.В. Склифосовский, С.П. Боткин, Н.А. Вельяминов, Н.Н. Бурденко и др.

В разных городах России создавались общества Красного Креста. С 1871 г. по 1881 г. было открыто 11 его отделений. Наиболее крупными из них были Елисаветинская в Варшаве, Мариинские в Киеве и Иркутске, Касперовская в Одессе, Александровская в Санкт-Петербурге.<sup>140</sup>

Многие общины сестер милосердия перешли в ведомство Красного Креста. Но и самостоятельные общины сестер милосердия во время войны были в распоряжении Российского Общества Красного Креста, поскольку труд сестер активно использовался во всех войнах.

Российский Красный Крест оказывал помощь населению не только в войну, но и в мирное время (за умеренную плату или бесплатно). В этом его было отличие от организаций Красного Креста стран Западной Европы.

---

<sup>138</sup> Видимо, на эту смерть повлияло то, что Александр III надсадился, когда во время крушения царского поезда, ему пришлось на своих плечах держать крышу вагона, пока семья не выбралась из-под обломков. Царь обладал исключительной физической силой. Однажды во время обеда в ответ на неучтивость австро-венгерского посла Александр III завязал в узел массивную серебряную вилку, бросил её на стол послу, сказав: «Вот что с вами тогда Россия сделает».

<sup>139</sup> Меценатов сейчас называют спонсорами.

<sup>140</sup> Романюк В.П., Лапотников В.А., Накатис Я. А. История сестринского дела в России. – С. 63.

В странах Европы учреждения Красного Креста подчинялись, в большинстве своем, военным ведомствам и готовили сестер только для работы в условиях войны.

В 1875 г. было издано положение о сестрах Красного Креста для ухода за больными и ранеными во время войны. Одним из основных направлений его деятельности была подготовка среднего медицинского персонала для ухода за ранеными и больными. Создавались новые учебные медицинские учреждения.

В 1872 г. Дамским лазаретным комитетом Общества Красного Креста были открыты в Санкт-Петербурге Курсы ученых акушерок. Программа курсов соответствовала программам медицинских факультетов университетов и Военно-медицинской академии. Женщины обучались на курсах сначала 4 года, потом срок обучения увеличился до 5 лет.

До 1881 г. при военном министерстве действовали Женские медицинские курсы. К 1877 г. Россия имела уже 300 дипломированных сестер.

В 1882 г. по инициативе Российского Общества Красного Креста в Петербурге открылись курсы для населения по оказанию первой помощи при несчастных случаях. Программа обучения включала циклы лекций и практических занятий по изучению строения человека, по оказанию первой помощи при различных острых заболеваниях и повреждениях. Курсы закончили 658 человек.

Военная практика показала тяжесть работы сестер милосердия. Во время транспортировки раненных бойцов с поля боя требовалась мужская физическая сила. В 1897 г. Российское Общество Красного Креста учредило в Петербурге институт братьев милосердия, просуществовавший до 1917 г. Два года братьев милосердия обучали уходу за больными и ранеными и оказанию помощи в несчастных случаях.

По инициативе императрицы Марии Федоровны Российским Обществом Красного Креста в 1899 г. в Петербурге была создана отдельная медицинская структура под названием «Комитет по подаче первой помощи пострадавшим от несчастных случаев и общественных бедствий». Собственно, это была первая станция скорой помощи, включающая одну центральную и шесть районных станций. «Комитет» оказывал помощь населению, используя передовой опыт подобных учреждений Берлина и Вены.

Цифры показывают, что под руководством Красного Креста в стране произошёл значительный рост общин сестер милосердия. К началу XX в. Российский Красный Крест ведал 81 общиной с 1603 сестрами милосердия. К 1913 г. в его ведении было уже 109 общин с 2438 сестрами, 1004 испытываемыми и 750 сестрами в запасе. В 1914 г. в России насчитывалось 150 общин с 10 тыс. подготовленными сестрами.<sup>141</sup> Пока не было военных действий, сёстры работали в госпиталях, городских, земских, частных больницах, приютах.

---

<sup>141</sup> Там же. – С. 66.



К началу XX вв. деятельность всех общин сестер милосердия постепенно перешла в ведение Российского Общества Красного Креста. Их работа регламентировалась Общим уставом общин Красного Креста, утвержденном в 1903 г. Наличие общего устава для всех общин свидетельствует о стремлении Красного Креста унифицировать структуру и систему управления российских общин сестер милосердия.

По уставу членами общины считались работающие сотрудники и благотворители, пожертвовавшие на общину единовременно не менее 2 тыс. рублей. Во главе общины стоял Комитет, занимавшийся управлением, внутренним устройством общины и ее учреждений и поиском средств для общины. Комитет утверждал денежную смету, отчеты общины, отчеты ревизионной комиссии. Следующей инстанцией в системе управления общины был Попечительский совет, избиравшийся на общем собрании Комитета. Его возглавляла попечительница общины, которая являлась председателем Комитета и обязательно членом местного управления Красного Креста. Избиралась на три года. Попечительный совет служил непосредственным центром руководства общины. В него в обязательном порядке входили помощник попечительницы, главный врач, священник, сестра-настоятельница, казначей, уполномоченный член местного управления РОКК. Попечительный совет сам избирал своих членов на определенный срок, с последующим ежегодным переизбранием четверти состава.

Попечительница ведала внутренним распорядком и бытом сестер, назначала из сестер милосердия сестру-настоятельница, решала вопросы о приеме, увольнении, ухода в отпуск сестер, избрания старших сестер. Попечительница и сестра – настоятельница выработывали инструкции и правила общежития сестер милосердия. Из опытных сестер назначались старшие сестры. Они ведали определенными направлениями в деятельности общины: например, старшая по аптеке, старшая по хозяйству, старшая по лечебной работе. Старшие сестры являлись помощницами настоятельницы и находились в ее подчинении. При командировании групп сестер в другие лечебные учреждения или войну старшие сестры возглавляли этот отряд.

Главный врач руководил лечебным заведением общины. Он ведал теоретической и практической подготовкой сестер, а также следил за их здоровьем. У главного врача было право приглашать в больницу на помощь ординаторов и консультантов. Священник также избирался на определенный срок. Функции его в Уставе не оговаривались. Поскольку функции священника для людей XIX в. очевидны, и именно из-за этих функций батюшку и приглашали в общину.

Сестрами милосердия могли стать девицы и вдовы всех сословий от 18 до 40 лет христианского вероисповедания, грамотные и с удовлетворительным здоровьем. Замужние женщины могли стать сестрами в небольших провинциальных общинах и обязательно с разрешения мужа. В столичных организациях женщины обязывались хранить безбрачие. Желаящие вступить в общину предоставляли сестре – настоятельнице

документы: метрическое свидетельство, вид на жительство, документ об образовании. Несовершеннолетние должны были предъявить письменное разрешение родителей.

После освидетельствования врача и признания женщин способными к службе по всем требованиям, женщин принимали на правах испытуемых на срок не менее года. В этот период сестра проходила обучение под руководством главного врача и настоятельницы, одновременно испытывались нравственные качества будущей сестры милосердия. Практические занятия проводились в аптеках, лечебных учреждениях, с которыми у общины была договоренность. После курса подготовки испытуемая подвергалась экзамену по программе главного управления РОКК. При сдаче экзамена она утверждалась в новом звании Попечительным советом. Женщине выдавалось свидетельство, подтверждающее ее статус сестры милосердия, а в заведенный на нее послужной список вносилась соответствующая запись. Это удостоверение хранилось в общине, пока сестра в ней работала, поскольку искомое звание окончательно присваивалось только после двух лет службы в общине.

Сестры Красного Креста носили шерстяное или холщевое платье. Цвет платья был, как правило, серого или коричневого цвета. У каждой общины был свой цвет формы. Сестры Крестовоздвиженской общины носили коричневые платья, Никольской – синие, Иверской – почти черные, Марфо-Мариинской – белые. Но обязательно на форме сестры милосердия был большой нагрудной знак красного креста, а на левом рукаве – повязка с красным крестом. За незаконное ношение этой формы предусматривалось наказание – штраф или арест до 3 месяцев. Сестрам предписывалось ухаживать за больными «с любовью и кротостью и, не брезгуя неразрывно связанной с этим делом, черной работой».<sup>142</sup>

Устав определял непонятную для человека ХХI в. норму – «служение сестры милосердия безвозмездно», поскольку «бескорыстие является первым условием ее христианского служения». Община предоставляла сестре помещение, одежду, питание, деньги на мелкие расходы. При командировках сестер плата за их службу поступала в общину. Если сестра ухаживала за больным на дому, то частные лица платили непосредственно общине. Сами сестры не могли принимать вознаграждение или подарки. У неимущих граждан, с разрешения настоятельницы, сестры имели право работать бесплатно. Только на период военных действий сестры получали жалование.

Согласно правилам, утвержденным РОКК в 1915 г (шла Первая мировая война), во время военной командировки сестрам выдавались «подъемные» (50–150 рублей) в зависимости от удаленности общины от боевых действий. Постоянное жалование на фронте у сестры было 40 рублей в месяц (помимо стоимости жилья и пропитания). Если сестре не

---

<sup>142</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 201.

предоставлялось государственное довольствие, она получала суточные – 2 рубля.

Сестры, прослужившие в общине 5 лет, удостоивались Попечительным советом особого знака отличия и дипломом на него. Испытуемые и сестры находились на полном обеспечении общины. Устав предусматривал отпуска сестер в военное время. Любые перемещения сестер из одного пункта в другой в военное время допускались только с разрешения Главного управления РОКК. Отпуск до 7 дней в период командировки предоставлялся сестре старшим врачом или непосредственным начальником ее отряда. Отпуск до 1 месяца – с разрешения главноуполномоченного, а более 1 месяца – с разрешения Главного управления РОКК. Предусматривалась регулярная ротация сестер в лечебных учреждениях, куда откомандировывались сестры. Это производилось для ознакомления всех сестер с требованиями лечебных учреждений, и чтобы не происходил отрыв от общинных порядков.

За службу сестрам полагалась пенсия. Пенсии выплачивались из Государственного казначейства престарелым или уволенным по здоровью сестрам, проработавшим не менее 15 лет. Наиболее заслуженные сестры, потерявшие на службе здоровье, могли быть приняты в богадельни Красного Креста или приюты при своих же общинах. Пенсии, проработавшим 25 лет назначались в 200 рублей в год (примерно 12,5 рублей в месяц), прослужившим 15 лет – 150 рублей в год (12,5 рублей в месяц). Выплата Пенсии прекращалась, если женщина поступала на государственную службу.<sup>143</sup>

Штатные сестры должны были предупреждать об уходе за 2 месяца, а испытуемые имели право в любой момент уйти из общины. Покинувшие общину по своему желанию зачислялись в запас, но обязательно должны были сообщать о перемене места жительства. Заштатные сестры в период военных действий, стихийных бедствий или экстремальных ситуаций принимали участие в помощи пострадавшим по собственному желанию в составе Красного Креста.

Таким образом, в начале XX в. благодаря деятельности общин сестер милосердия, действовавших под патронажем Российского Общества Красного Креста, уход за больными стал особой профессией. Сестринские общины становились единственным массовыми структурами, готовящих средний медицинский персонал. Отличительной особенностью этого периода по сравнению с предыдущими, было то, что религия стала играть важную, но уже не основную роль в функционировании общин сестер милосердия. Православие уже не было обязательным условием для членов сестринских общин XX в. В ведении РОКК состояли сестры Евангелического госпиталя, были небольшие отряды американских (25 чел.), английских (4 чел.), японских (7 чел.) сестер. В крупных общинах определяющая роль уже отводилась не священнику, а главному врачу.

---

<sup>143</sup> Там же. – С. 203.

Образование новых общин сестер милосердия шло под эгидой Красного Креста. А Красный Крест и военное ведомство предъявляли главное требование к общине – профессионализм и дисциплина. Сам принцип общности утратил глубокий исконный смысл. Что, видимо, разрушало духовную основу ухода за больными. Христианские добродетели сплачивали сестер, делали возможным безвозмездный труд сестер. Любая тяжелая, грязная, невыносимая работа воспринималась сестрами как послушание. Религиозная доминанта общин уходила, а принцип неоплачиваемого труда и социальной незащищенности остались. Это подрывало сестринское дело.

В общинах сестры оказывались фактически бесправными. Они лишались документов на время пребывания в общине, в мирное время не получали жалования, не имели права выходить замуж, им полагались пенсии только за выслугу лет, а не по возрасту, размер пенсий – мизерный. Причем пенсии полагались тем, кто платил в пенсионный фонд. Женщины на старости лет оказывались без семьи, без средств к существованию, без жилья, потерявшие здоровье.

А ведь сестры начала XX в. – это сестры в большинстве своем прошедшие Русско-японскую войну. Счастливицами считались те женщины, которым удавалось попасть в богадельню, и там проживать в одной комнате с несколькими такими же старушками. Но так же надо отметить, что выбор сестрами своей стези был добровольным.

Система социального обеспечения сестер подробно не была разработана. Многое зависело от самих общин. Например, сестры Крестовоздвиженской общины могли получать пенсию 15 рублей в месяц. Сестры Владычне-Покровской общины получали содержание после многолетнего служения, но не по состоянию здоровья.<sup>144</sup> Однако не все общины могли позволить выплачивать пенсию и брать на содержание бывших сестер.

В результате утраты религиозной основы, отсутствия материальной заинтересованности и социальной незащищенности, стал меняться состав общин. В общины шли молодые энтузиастки. Но их становилось всё меньше и меньше. В общины всё чаще попадали женщины, заведомо несогласные с установленными условиями жизни и работы, но желающие посвятить себя медицине, уходу за больными. (Например, некоторые считали возможным материальное вознаграждение от частных лиц).

Одна сестра написала в своем дневнике: «Краснокрестные общины, несомненно, идут к упадку и, к сожалению, нравственный упадок, по-видимому, наступит раньше материального, и с собою по этому пути они могут увлечь те учреждения, которым вначале так старались подражать».<sup>145</sup>

Финансовые средства сестер общин складывались из взносов членов Комитета, кружечных сборов, пожертвований, процентов с капиталов

---

<sup>144</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 208.

<sup>145</sup> Там же. – С. 211.

общины и ее лечебных заведений (если капиталы имелись), единовременных или постоянных субсидий Российского Общества Красного Креста, правительства, города или земств, а также платы за службу сестер вне общины за лечение больных, доходов от гуляний, концертов, базаров, лотерей и т.п.

Плата общинам за лечение больных могла быть достаточно высокой. Например, в московской Александровской общине за обычных больных бралась плата 25 рублей в месяц, за умалишенных – 50. Плата вносилась вперед, а в случае неплатежа больница имела право принудительно взыскать деньги с обязавшихся платить. Ежегодное поступление в общину составляло 30 тыс. руб.<sup>146</sup>

Примером функционирования общин начала XX в. и её отличительных особенностей от общин XIX в. может быть Марфо-Мариинская обитель милосердия, основанная Великой княгиней Елизаветой Федоровной в феврале 1909 г. В своем письме Николаю II княгиня подробно описала режим дня, питание, обучение сестер: «У нас немного больных, так как мы берем пациентов, чтобы на практике учиться лечить разные случаи, о которых идет речь в лекциях докторов, и для начала взяли только легких... Теперь о лекциях: три раза в неделю батюшка [читает], три раза – доктора, между лекциями сестры читают или готовятся. Пока у них медицинская практика только в больнице; я их посылаю по домам к бедным лишь для того, чтобы собрать сведения о различных случаях. Понимаешь, сначала они должны выучиться».<sup>147</sup>

Елизавета Федоровна ставила более широкие задачи обители, чем традиционный уход за больными. В 1910 г. она писала: «Увеличение сестер обители и сотрудниц и окончание многими сестрами медицинских занятий дали возможность помимо обслуживания амбулаторий, больниц (при обители и в убежище чахоточных) и аптеки еще приступить к посещению сестрами больных и бедных на местах их жительства, равно расширить педагогическое дело и открыть питательный пункт для крайне нуждающихся семейств».<sup>148</sup> Деятельность обители, таким образом, выходила за рамки, установленные Красным Крестом для общин сестер милосердия.

Медицинское образование в институтах было не доступным для женщин. Находчивый женский ум нашел другую возможность. Женщины стали получать это образование через сестричество. В обители был не только уход за больными, а так же лечение и образование, приближенное к институтскому.

---

<sup>146</sup> Там же. – С. 211.

<sup>147</sup> Письма Великой княгини Елизаветы Федоровны Николаю II. Апрель 1909. Москва// Материалы к житию преподобномученицы великой княгини Елизаветы. Письма, дневники, воспоминания, документы. – М., 1996. – С. 34-36.

<sup>148</sup> Гордеева В. Отчет обители за 1910 год//Материалы к житию преподобномученицы великой княгини Елизаветы. Письма, дневники, воспоминания, документы. – М., 1996. – С. 199.

Елизавета Федоровна начинает рассматривать деятельность сестер милосердия как форму церковного служения женщин в Православной церкви. Это было восстановление службы диаконисс. Один свидетель посвящения княгини писал: «На малом входе с Евангелием протодиакон храма Христа Спасителя подвел Великую княгиню к алтарю. Положив три земных поклона, Великая княгиня подошла к митрополиту Владимиру и на его вопрос дала обет управлять Обителью милосердия в духе Православной церкви до конца дней своей жизни. Митрополит, сняв с великой княгини крест и покрывало сестры, прочитал особую молитву и, возложив на нее настоятельский крест и покрывало, провозгласил «аксиос» (достойная). Этим обряд окончился».<sup>149</sup>

В дальнейшем Великая княгиня часто называла себя почти монахиней, возможно, она приняла тайный постриг. Современники часто называли сестер Марфо-Мариинской обители «диаконисами».<sup>150</sup> В русской Православной церкви диаконис не было. Существует гипотеза Голубинского об их существовании до XIII в. и, что от них пойдут просфорни (женщины, изготавливающие просфоры). В XIX в. в Европе и России была попытка возродить чин диаконис. Архимандрит Макарий Глухарев, сибирский миссионер представил проект восстановления чина Синоду, но проект был отвергнут в 1839 г. В 1860 г. священник Александр Гумилевский делал попытку восстановить чин диаконис, работая над уставом Крестовоздвиженской общины, но устав не был утвержден. В 1906 г. за возрождение диаконисс на Предсоборном присутствии высказалось большинство священников. Протеерей Ф. Успенский составил проект «Правил для жизни и деятельности православных диаконисс».<sup>151</sup>

В 1911 г. Великая княгиня Елизавета Федоровна ходатайствовала перед Синодом о присвоении старшим сестрам Марфо-Мариинской обители звания диаконисс. Было постановлено рассмотреть вопрос о возобновлении женского служения Православной церкви на предстоящем Поместном Соборе и только после этого присвоить женщинам звание диаконисс. На Соборе 1917–1918 гг. чин не был восстановлен. Было принято решение о расширении деятельности женщин в церкви. Женщины получали право участвовать в приходских собраниях и советах, входить в благочиннические и епархальные собрания, становиться старостами храмов.

---

<sup>149</sup> Джунковский В.Ф. Из воспоминаний//Материалы к житию преподобномученицы великой княгини Елизаветы. Письма, дневники, воспоминания, документы. – М., 1996. – С. 112.

<sup>150</sup> Блуева-Арсеньева Н. Великая княгиня Елизавета Федоровна (из личных воспоминаний)// Материалы к житию преподобномученицы великой княгини Елизаветы. Письма, дневники, воспоминания, документы. –М., 1996. – С. 112.

<sup>151</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 218.

В связи с приходом к власти большевиков и преследованием властью религии и религиозных деятелей этот вопрос в России больше не обсуждался.

У Великой княгини не получилось возродить чин диаконисс. Причиной тому явился приход советской власти в России, а не наивность Елизаветы Федоровны – объединить церковь и медицину. Большевики, придя к власти, начали борьбу с церковью и всеми ее начинаниями. В том числе были уничтожены общины сестер милосердия, которые великолепно зарекомендовали себя во всех войнах, начиная второй половины XIX в., являлись началом организации профессионального сестринского дела в России. Тем самым новая власть не только обеднила нашу медицину, но и изменила сам принцип ухода. Духовная составляющая – милосердие, сострадание ушли из понимания ухода за больными. Даже само слово «милосердие» покинуло медицину. До советской власти средний медицинский персонал называли сестрами милосердия, а в советское время – медсестрами. Советская власть заложила современные негативные тенденции развития и медицины, и сестринского дела.

Великая Княгиня была арестована большевиками в 1918 г. и зверски убита. Тело её сброшено в уральскую шахту. После Великой княгини обитель возглавила Т.А. Голицина, которая также будет арестована и убита большевиками. Обитель просуществовала до 1928 г.

Так случилось в российской истории, что большинство общин сестер милосердия XIX в. были организованы по инициативе и при финансовой поддержки членов императорской фамилии и знатных особ женского пола. Такое активное участие русской аристократии свидетельствует об её особо высоком нравственном и духовном уровне. На формирование этого уровня, несомненно, оказывали влияние православие и высокая национальная российская культура. Это была реализация активной гражданской позиции русской аристократии. Частная благотворительность среди знати была в почете. Высокая жертвенность знатных людей проявлялась не только в их меценатстве, но и в личном участии в оказании христианской помощи больным или обездоленным людям. Не случайно поэтому многие знатные женщины работали рядовыми сестрами милосердия, наравне со всеми самоотверженно трудились не только в мирное, но и военное время. Это была особая форма подвижничества, христианского послушания.

Общины сестер милосердия, созданные русской аристократией, сыграли важную роль в российском здравоохранении. Они стали первыми специальными учреждениями, которые занимались уходом за больными. Все эти общины имели сходный полумонашеский тип. Требования к сестрам в них предъявлялись высокие: христианское милосердие и любовь к ближнему, трудолюбие, самопожертвование, дисциплинированность, нравственность, аскетизм. Социальный статус сестры милосердия в российском дореволюционном обществе был исключительно высоким. Их узнавали не только по форменной одежде (темное платье, белый фартук, головной убор с крестом), но и по утонченным манерам поведения, которые сестры перенимали

от знатных дам, работающих рядом с ними. Сестры общин милосердия стали прообразом медицинской сестры в государственных медицинских учреждениях царской России.

В годы советской власти это всё оказалось утраченным. Профессия медицинской сестры превратилась в заурядное ремесленничество. По манерам и внешности советская медицинская сестра уже ничем не отличается от рядового обывателя. Советская власть в первые годы своего существования уничтожила большинство общин. К середине 20-х в России (СССР) были ликвидированы все общины сестер милосердия, как «классово-чуждые пролетариату» структуры.

Безусловно, это негативным образом отразилось на развитии отечественного здравоохранения. Были уничтожены организации, накопившие колоссальный опыт по уходу за больными. В этом опыте сочетались христианское милосердие, терпение, самоотречение и профессионализм среднего медицинского персонала. Если профессиональные качества специалиста по уходу за больными в СССР будут постепенно восстановлены (все ли?), то самоотречение, терпение и милосердие так и останутся дефицитными для значительной части медицинских сестер в Советском Союзе.

Зная про бесплатную работу сестер милосердия царской России, нельзя не восхититься этими женщинами, посвятившие себя служению человеку. Какая ментальность! Не платят денег, нет перспективы нажиться, нет карьерного роста, нужно несколько лет учиться, сдавать экзамены, ходить за стонущими и умирающими людьми, работать под пулями! Такое было возможно для людей православной культуры, в которой любовь к человеку была главным содержанием.

Любовь к человеку естественно и неизбежно экстраполировалась (переносилась) на любовь к отечеству. Эта любовь была следствием воспитания в людях христианского послушания, самоотречения, христианского милосердия. (Потому они и назывались сестрами милосердия.) Эта христианская жертвенность, удивляющая нас сегодня, была нормой жизни в дореволюционной России. Сестры милосердия олицетворяли собой то культурное поле, которое являло собой православная Россия. Не случайно, страну называли Святая Русь.

В советское время борьба с религией, воспитание классовой ненависти (к буржуазии, помещикам, священникам, кулакам, «врагам народа», «космополитам, диссидентам и т.п.) вытравивали христианские добродетели. И чем дальше по времени от 1917 г., тем меньше милосердных людей. Массовое проявление жертвенности советских людей во время Великой Отечественной войны было следствием сохранившейся православной культуры, которую за 25 послереволюционных лет истребить ещё не удалось. Но за 75 лет социализма – удалось. Выросло несколько поколений вне этой культуры. Только вопреки деятельности советской власти отдельные люди являются носителями христианских добродетелей.



## Глава 7: Деятельность российских сестер милосердия во время крупных военных конфликтов XIX-XX вв.

### Сестры милосердия в Крымскую войну (1853-1856 гг.) и Русско-турецкую войну (1878-1879 гг.)

Со времен царствования Екатерины II (1762–1796 гг.) внешнеполитические позиции России в Европе были исключительно прочными. Россия доминировала. «Не знаю, как будет при вас, - говорил екатерининский министр иностранных дел князь Безбородько, - но при нас ни одна пушка в Европе не могла пальнуть без нашего на то соизволения». Победа России над Наполеоном в 1812 г. ещё более укрепила эти позиции. Покорно терпеть российское доминирование страны Европы, разумеется, не хотели. Они воспользовались очередным конфликтом России с Турцией и выступили на стороне Турции, сформировав военную коалицию (Великобритания, Франция, Турция, Сардинское королевство). По месту боевых действий война вошла в историю как Крымская (1853–1856 гг.). Россия её проиграла.

Но сила и влияние России в Европе оставались настолько весомыми, что российскому канцлеру, князю Александру Михайловичу Горчакову (с 1867 г.) удалось дипломатическим путем свести на - нет последствия проигрыша в Крымской войне. Что и было закреплено в очередной Русско-турецкой войне (1877–1878 гг.), во время которой усилиями Горчакова был обеспечен нейтралитет европейских держав.<sup>152</sup> Однако мысль о притеснении России, как основного конкурента, европейские страны не оставили. Теперь речь шла о восточной Азии, в частности, Китае, который Россия порой считала чуть ли не своей территорией. Во всяком случае, по территории Китая на правах экстерриториальности Россия провела железную дорогу в Приморье. Имела на территории Китая свои порты (Порт-Артур и Порт-Дальний) и пр. В конфликте России с Японией (1904-1905 гг.) Европа помогла слабенькой тогда Японии. Россия проиграла.

В начале XX в. обострилась борьба за передел мира. Сформировались военно-политические коалиции – Антанта и Тройственный союз. Роль России в Антанте была примерно такой же, как впоследствии роль США в блоке НАТО. В войну между блоками постепенно втянулись многие страны мира. Потому она и получила название «мировой» (1814–1918 гг.). И хотя большевистская Россия предала своих союзников, заключив с Германией сепаратный мирный договор<sup>153</sup>, Антанта войну выиграла.

---

<sup>152</sup> А.М.Горчаков был инициатором создания «Союза трех императоров».

<sup>153</sup> По Брестскому миру (3 марта 1918 г.) Германии отошли Польша, Прибалтика, части Белоруссии и Закавказья, заплачено 6 млрд. марок. Ленин сам называл этот мир «похабным», но заключил этот мир с корыстной целью удержания власти в руках большевиков.

Дух поверженной Германии и её военный потенциал были восстановлены не без помощи СССР.<sup>154</sup> Ставя задачу развязывания мировой социалистической революции, СССР видел в Германии ударную силу по развалу Европы, в условиях которого и начнутся народные волнения. Заключив пакт о ненападении с Германией в августе 1939 г., СССР стал военно-политическим союзником Германии. И даже провел с ней совместную операцию по захвату Польши.<sup>155</sup> С согласия Германии СССР развязал войну с Финляндией, ввел войска в Прибалтику (Латвию, Литву, Эстонию). В июне 1941 г. Германия напала на СССР. Ценою жизней 30 млн. человек (по некоторым данным, всех 40 млн.) советский народ победил, преодолев последствия, по сути, преступной внутренней и внешней довоенной политики коммунистической власти.

В XIX-XX вв. одна война становилась кровопролитнее другой. Если в войнах ещё XVIII в. участвовали только военные, то в войнах XIX в. наблюдается втягивание мирного населения. Участие женщин в военных действиях считалось немыслимым и позорным для мужчин делом. Примером тому является партизанское движение в Отечественной войне 1812 г. Впервые в европейской истории женщина попала на поле боя в качестве активного участника в Крымскую войну. Причем это произошло одновременно в обеих враждующих армиях, в частности, российской и английской. Российские военные долго не желали видеть женщин на войне, полагая, что они будут причиной падения дисциплины в армии. Но здесь есть и другая причина. Ментально женщина воспринималась, в первую очередь, как мать и жена, объект для защиты. Власть не привыкла решать проблемы за счет женского пола, как это будет в годы советской власти, когда женщины укладывали рельсы, валили и сплавляли лес, пахали на тракторе и многое другое. Тем более, женщине – не место на войне, что традиционно считалось исключительно мужским делом.

Основательница Крестовоздвиженской общины сестер милосердия Великая княгиня Елена Павловна организовала на свои средства отряд сестёр на войну. С большим препятствием со стороны военного начальства княгиня добилась императорского разрешения на отправку сестер на театр военных действий. В декабре 1854 г. 34 сестры Крестовоздвиженской общины во главе с начальницей отряда А.П. Стахович начали работу в симферопольских госпиталях. За ними последовало еще несколько отрядов. Всего было 127 самоотверженных женщин. Среди них было много представительниц старинных дворянских родов: Бакунина, Стахович, Будберг, Бибилова, Пржевальская, Карцева, Щедрина, Мещерская, Пожидаева, Романовская и др.

---

<sup>154</sup> Об этом см. сборник документов: Дьяков Ю.Л., Бушуева Т.С. Фашистский меч ковался в СССР. Красная армия и рейхсвер. Тайное сотрудничество 1922–1933 гг. Неизвестные документы. – М., 1992. – 383 с.

<sup>155</sup> В интерпретации советской пропаганды эта операция называлась «освобождением Западной Украины и Западной Белоруссии».

Фактически одновременно с сестрами Крестовоздвиженской общины англичанка Флоренс Найтингейл (из лагеря противника) вместе с 38 сестрами милосердия прибыла в турецкий город Скутари (недалеко от Стамбула) в ноябре 1854 г. для оказания помощи раненым, которых привозили из Крыма на английских судах. Правда, сестры милосердия мисс Флоренс работали в глубоком тылу, а российские сестры работали во фронтовых госпиталях (в частности, в Севастополе), часто под пулями.

Почему одна и та же мысль о присутствии женщин в качестве сестёр милосердия на войне пришла одновременно в двух странах (тогда враждующих)? Ведь были же и раньше войны (скажем, Наполеоновские конца XVIII – начала XIX вв.), в которых женщины не участвовали. В какой-то степени ответ на этот вопрос можно найти в теории английского философа-историка А.Тойнби<sup>156</sup>. Он считал, что общество развивается через Вызов-Ответ. Со стороны внешних сил обществу бросается Вызов. Задача общества – адекватно дать Ответ. Если нет такого Ответа, то цивилизация надламывается. При повторяющихся надломах цивилизация погибает. В XIX в. этот Вызов приняли и одновременно ответили на него деятельные натуры двух стран. Таких деятельных людей Л.Н. Гумилев называл пассионарии.<sup>157</sup>

Аристократки и простолюдинки ехали на войну от сытой, спокойной, благополучной жизни, подвергая себя опасности. Их могли убить или ранить. Они могли остаться инвалидами, подхватить смертельную инфекцию. Имея опыт медицинского ухода, они представляли, на что себя обрекают. Свой выбор они делали самостоятельно. Более того, их поступки не всегда приветствовались домашними и обществом. И потому они заслуживают восхищения современников и потомков.

Представление об условиях работы сестер милосердия дают записки Н.И. Пирогова, где он описывает бахчисарайский госпиталь. «Описать, что мы нашли в этом госпитале, нельзя – горькая нужда, славянская беззаботность, медицинское невежество и татарская нечисть соединились вместе в баснословных размерах. Это был уже не госпиталь, а нужное место... Только в Бахчисарае я начал предвидеть, в каком состоянии найду раненных защитников Севастополя, но все-таки, что после нашел, превзошло всю меру моих опасений!» Роскошью были холщевые матрацы, набитые лыком и насквозь пропитанные мочой, гноем, кровью. В походных госпиталях, по описанию Пирогова, было ещё хуже. Больные валялись прямо на земле в низких солдатских палатках, в которых едва можно было сидеть. Нахлынувший дождь мочил в них раненных «до костей». А багговутский госпиталь расположен был в «кошарах», (овчарнях) без света и воздуха. В лазаретах «тысячи голосов взывали не о помощи, которую подать

---

<sup>156</sup> Тойнби А.Дж. (1889-1975) – английский историк, социолог и философ. Основной труд «Исследование истории» в 12-ти томах.

<sup>157</sup> Гумилев Л.Н. (1912-1992) – российский этнограф, историк, философ. Его теория пассионарности заключается в том, что история развивается благодаря деятельности пассионариев – меньшинства людей, стремящиеся к цели, придающих энергетический импульс развитию общества.

было невозможно, а о глотке воды, но нелегко было удовлетворить и такую смиренную просьбу: не было средства подойти к зовущему, иначе как наступив прежде на нескольких страдальцев».

Сестры, по выражению Пирогова, перевернули порядки в госпиталях «вверх дном». Они, по его описанию, ввели порядок и чистоту, заботились о пище и питье, разливали чай и вино, чего нельзя было поручить служителям. Сёстры наблюдали за служителями и за смотрителями и даже за врачами. Они довели до суда злоупотребления в херсонском госпитале, а его заведующий, опасаясь кары, покончил с собой. Главный доктор московского госпиталя называл сестер «тайной полицией» и очень их побаивался, – писала Е.М. Бакунина Е.М. «Если бы не они, так больные лакали бы помой, а теперь они кушают сытный суп, приготовленный самими же сестрами», – писал Н.И.Пирогов. «Они ободряют страдальцев своим теплым участием и ласковым обращением, утешают, пишут письма родным, извещают родных о смерти воинов, заботятся об их христианском погребении».<sup>158</sup>

Солдаты доверительно относились к сестрам. Часто перед боем они просили сестер благословить их «заместо матери». Умиравшие просили сестер перекрестить их. Они даже исповедовались сестрам перед смертью, если не было священника. Сестры ухаживали и за ранеными противниками, не считали их врагами.<sup>159</sup>

Сестрам приходилось жить в палатах среди больных, не имея возможности полноценного отдыха. Отдельных помещений для них не было. Большинство сестер переболело инфекционными заболеваниями. Многие из них умерли от тифа, холеры и других болезней.

Сестры оказывали не только медицинскую помощь, но и по своей инициативе помогали солдатам в самых разных случаях. Например, они заботились о сохранении денег раненых солдат. По высочайшему повелению каждому воину выдавалось за увечье денежное пособие – за оторванную ногу полагалось выплатить 50 рублей, руку – 40, руку и ногу – 75 рублей. Чтобы деньги не пропали, больные доверяли хранение своих денег сестрам. Сестры хранили деньги, вели контроль за выдаваемыми владельцам мелкими суммами. И делали это они честно и безвозмездно.

По своей инициативе сёстры сопровождали бывших воинов, не способных к военным действиям, из госпиталей на родину. Ранее раненые воины при переезде сталкивались с большими бытовыми и медицинскими трудностями. Сестры милосердия все эти проблемы в пути решали, поскольку им никто не мог отказать в содействии. Не выполнить просьбу сестры милосердия в российском обществе как XIX в., так и начала XX в. считалось предосудительным. Так общество выражало свое уважение к труду сестер.

---

<sup>158</sup> Пирогов Н.И. О работе сердобольных вдов в Крымских военных госпиталях в 1855 г.// Пирогов Н.И. Собр. Соч. в 8 тт. – М., 1961. – С. 530-533.

<sup>159</sup> Это было еще до основания Международного Красного Креста.

Во время Крымской войны Пирогов впервые разделил сестер на три разряда: перевязывающих, аптекарш и хозяйек. Перевязывающие сестры перевязывали раненых, помогали фельдшерам. Аптекарши хранили лекарства, следили за их регулярной выдачей, контролировали фельдшеров. Хозяйки смотрели за чистотой белья, содержанием больных и за действиями госпитальных служителей. Профессиональное разделение сестер показало свою эффективность.

Впервые в мире Н.И. Пирогов ввел сортировку раненых для скорого проведения операций. Всех раненых свозили в установленное место. Безнадежным тяжелораненым, давали наркотические препараты, чтобы уменьшить их страдания, и больше ими не занимались. Легкораненых – перевязывали фельдшера на пункте приема. Тяжелораненых, которым могла помочь операция, несли в операционную. За операционным столом стояло до трех человек. Один – следил за пульсом больного в момент хлороформирования, другой – зажимал артерии, третий – проводил непосредственно хирургические действия. Остановкой кровотечения занимались другие ассистенты. Таким образом, Пирогов и четырнадцать не очень опытных врачей примерно за 7 часов делали до 100 операций, что позволяло за полтора дня справиться с 600 ранеными. Сестры помогали докторам: хлороформировали оперируемых, наблюдали за пульсом, держали ампутируемую руку или ногу, прижимали артерию, на которую указывал хирург, и даже налажали лигатуру на сосуд, из которого шла кровь.<sup>160</sup>

Сортировка раненых, введенная Пироговым, быстро сказалось на эффективности оказания врачебной помощи. Резко снизилось время ожидания операции и, соответственно, потери живой силы. Ранее солдат неделями не могли прооперировать. Очевидец этих нововведений восклицал: «Вы сходите на главный перевязочный пункт... там Пирогов: когда он делает операцию, надо стать на колени!» Однажды на перевязочный пункт солдаты принесли воина без головы. Доктор, увидев это, закричал: «Куда несете? Ведь видите, что он без головы», – на что солдаты отвечали: «Ничего, Ваше благородие, голову несут за нами: авось господин Пирогов как-нибудь привяжет. Человек-то больно хорош».<sup>161</sup>

Если госпитали до приезда сестер милосердия, по выражению Пирогова, похожи были на «нужные места», то из них выделялся своими ужасами севастопольский госпиталь в доме Гущина. Сюда отправляли безнадежных и гангренозных. Попасть раненому солдату в этот госпиталь, считалось, – получить смертный приговор. Помещение было наполнено смрадом и стопами. Работать здесь было крайне тяжело и физически и морально. История не сохранила имена самоотверженных сестер, большая их часть останется для потомков неизвестными. Но следует здесь упомянуть хотя бы некоторые имена сестер милосердия: Григорьева, Голубцова, Гордынская, Домбровская, Васильева, Пожидаева, Линская, Борщевская,

---

<sup>160</sup> Сорокина Т.С. История медицины. – С. 442.

<sup>161</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 73.

Мещерская. Эти женщины добровольно взяли на себя крест ухода за больными. Многие были из аристократических семей, имели образование, материальное благополучие, положение в обществе.

Сестрам было тяжело не только физически, но и психологически. Им приходилось видеть каждый день смерть, страдания, разбитые черепа, вспоротые животы, оторванные конечности, содранные ядрами лица, вдыхать зловоние и много другое. Слышать крики и стоны.<sup>162</sup> Не все сестры выдерживали страшные зрелища. От ужасов войны на фоне тяжелого физического и морального труда, недосыпания случались случаи психического помешательства сестер.

Только очевидец, говорил профессор Гюббенет, мог составить себе понятие о самоотвержении и героизме этих женщин. В истории сестринского дела сохранились имена некоторых выдающихся сестер милосердия.

Хитрово Екатерина Александровна. Бакунина называла Хитрово идеалом сестры милосердия. Пирогов называл ее «столпом общины», женщиной великого ума, такта, кротости, благочестия, любви и умения говорить прямо к душе. О ней мало сведений, больше восторженных воспоминаний. Из ее деятельности известно, что она была начальницей сердобольных сестер в Одессе, а потом второй, после ухода Стахович, начальницей Крестовоздвиженской общины. Пыталась общину превратить в большую семью.

Хлапониная Елизавета Михайловна. Молодая супруга подполковника Д.Д. Хлапониная, красивая женщина. Прибыла в 1854 в Севастополь вместе с мужем. Оказавшись случайно на перевязочном пункте, увидела раненных солдат и решила оказывать им помощь. Этим она подала пример многим дамам, также приехавшим в Крым со своими мужьями.

Даша Севастопольская. Девочка в 15 лет, оставшись сиротой, искала возможность заработать. Сначала она стирала солдатскую одежду. Столкнувшись с бедами раненых, захотела им помочь. Но в XIX в. женщине было не место на войне. Поэтому, переодевшись матросом, она отправилась на боевые позиции. Во время боя оказывала помощь воинам в стихийно созданном ею перевязочном пункте. Когда туда прибыл фельдшер, то был удивлен работоспособности матросика. Со временем было обнаружено, что это девушка. Не имея никакого медицинского образования, по свидетельству Пирогова, она могла, благодаря своему желанию и работоспособности, ассистировать врачам на операциях. Государю было доложено об её героическом подвиге. Император пожаловал Даше серебряную медаль и золотой крест с надписью «Севастополь». Великим князьям (своим детям), находившимся при нём на фронте, велел её поцеловать. Подарил ей 500 рублей и приказал выдать 1000 рублей, когда Даша будет выходить замуж. По окончании боевых действий при расставании солдаты подарили Даше икону, чем выразили высочайшее уважение девушке. Недавно удалось

---

<sup>162</sup> Махаев Сергей. Подвижницы милосердия. О подвиге русских сестер милосердия. – С. 135-136.

установить настоящее имя Даши Севастопольской – Дарья Лаврентьевна Михайлова (по другим данным – Дарья Александровна).

Карцева Елизавета Петровна происходила из дворянской помещицкой семьи Новгородской губернии. Родилась в 1823 г. Живя в удовольствии и достатке, она откликнулась на призыв Великой княгини Елены Павловны помочь раненым в Крымской войне. Елизавета Петровна ухаживала за ранеными, готовила им пищу, боролась с разными злоупотреблениями. Пирогов назвал её третьим столпом общины вместе с Хитрово и Бакуниной. После окончания Крымской войны она уже не смогла жить прежней мирной жизнью. Более десяти лет после Бакуниной она работала в качестве старшей сестры Крестовоздвиженской общины. Под ее руководством был создан целый отряд профессионально подготовленных сестер милосердия. По некоторым обстоятельствам она ушла из общины и три года работала в Лепешкинской московской лечебнице (содержащейся на средства Мосоловых). В конце 1870 г. по рекомендации С.П. Боткина была приглашена в Георгиевскую общину сестер милосердия. Сюда Е.П. Карцева привлекла лучшие медицинские силы, устроила лечебницу для проходящих больных, создала профессиональные кадры. Сделала общину образцовым медицинским учреждением, которое поставляло до прихода к власти большевиков настоятельниц в другие общины. Во время последующих войн XIX в. Карцева оставляла на время общину и отправлялась на театр военных действий. Умерла настоятельница Георгиевской общины на 76 году жизни.

Через два десятилетия после Крымской войны началась очередная война с турками (Русско-турецкая война 1878–1879 гг.). В этой войне женщинам уже не надо было доказывать необходимость своего участия в уходе за больными. Сестры милосердия отлично себя зарекомендовали в Крымскую войну. С началом войны общины сестер милосердия развернули активную деятельность. Сестры Крестовоздвиженской общины работали в госпиталях. В мае 1877 г. в Дунайскую армию отправились сестры Георгиевской общины. В военных лазаретах и санитарных поездах работали сестры милосердия Покровской общины, Свято-Троицкой общины, Благовещенской общины. Сестры общины «Утоли моя печали» работали в госпиталях Румынии и Болгарии.

Русское общество попечения о раненых и больных воинах занималось устройством лазаретов, эвакуацией раненных, организацией передвижных санитарных отрядов, созданием перевязочных пунктов, обеспечением женским санитарным персоналом лечебных учреждений.

Российский Красный Крест организовал ускоренный курс медицинской подготовки для всех желающих. Частные пожертвования (миллионы рублей) сделали возможным открытие дополнительных лечебных учреждений, снабжение медикаментами. Создавались «дамские кружки», куда входили женщины разного социального статуса. Эти кружки существовали для оказания немедицинских услуг больным и раненым. Например, написать письмо, прочитать что-нибудь, поговорить, помочь в

быту и т.п. Множество женщин из обеспеченных семей после прохождения медицинских курсов прибывали на фронт по личной инициативе.

Война с турками оказалась для России опасной не столько в военном плане, сколько в санитарно-эпидемическом. В начале 1878 г. в русских войсках вспыхнула эпидемия сыпного тифа. Вместе с солдатами болели и сестры. Госпитали переполнялись больными, медицинского персонала не хватало. Типичная картина того времени, например, в госпитале Андрианополя на 4000 больных приходилось всего 8 сестер.<sup>163</sup>

Н.И. Пирогов высоко отзывался о деятельности сестер милосердия: «И Е.П. Карцева на театре войны в Болгарии, и Е.М.Бакунина могут служить для нас идеалом старших сестер... Деятельность и ревность в деле помощи таких личностей, как княжна Дондукова-Корсакова, Сабина, княгиня Шаховская и др., заслужили, бесспорно, общую признательность».<sup>164</sup> С.П. Боткин в письме жене писал: «Сестры держат себя безукоризненно и могут быть поставлены в пример прочим». Из другого письма: «... нужны большие силы и привычка, чтобы биться здесь и работать с больными. Битком набитые вонючие госпитали много берут силы, не говоря о нравственных муках, вследствие сознания беспомощности своего положения... Не буду говорить о работе, которая по временам превосходит человеческие силы и требует большого напряжения... Люди остаются без еды и без перевязки по суткам и более; все это кричит, стонет, умоляет о помощи. Какие силы нужны, чтобы все это выдержать, чтобы не надломиться!».<sup>165</sup>

За годы войны в России было подготовлено около 3000 сестер, 1100 из них работали на транспортных судах, лазаретах, госпиталях. 55 сестер погибли. Возможно, статистика смертности сестер не учитывала всех умерших сестер в результате эпидемии. Среди умерших от тифа, была баронесса Ю.П. Вревская. Она прошла курсы по уходу за ранеными, материально способствовала организации санитарного отряда, прибыла на фронт вместе с сестрами Свято-Троицкой общины. И работая в госпитале, заразилась сыпным тифом, что и явилось причиной ее смерти.

В очередной раз здесь следует восхититься женщинами России и в особенности представительницами аристократического сословия. В стране не была объявлена мобилизация, они не были военнообязанными, они знали, что не смогут заработать больших денег. Другими словами, у женщин не было личных корыстных интересов ехать на фронт. Более того, они жертвуют собственные деньги на медицинские нужды, подвергают себя опасности на войне, сталкиваются с физиологическими особенностями человеческого организма, испытывают психологические и физические нагрузки. Это и есть особенности христианской подвижнической души.

---

<sup>163</sup> Кузьмин М.К. Медицинские сестры в дни мира и войны//Медицинская сестра – 1991. - №1. – С. 34-36.

<sup>164</sup> Романюк В.П., Лапотников В.А., Накатис Я. А. История сестринского дела в России. – С. 69.

<sup>165</sup> Там же – С. 71.



## **Работа сестер милосердия во время Русско-японской войны (1904-1905 гг.), Первой мировой войны (1914-1918 гг.) и Второй мировой войны (1939-1945 гг.)**

Япония, как и Россия, была активной участницей международного общества Красного Креста. В 1887 г. был основан женский союз японского Красного Креста, в который вошли знатные японские женщины: принцессы из императорской фамилии и высокопоставленные дамы императорского двора. Японский Красный Крест, как и Российский, находился под покровительством императора и императрицы. В ведении японского Красного Креста состояли организации сестер милосердия. К началу войны с Россией в ведении японского Красного Креста насчитывалось около 800 сестер милосердия.<sup>166</sup>

В Японии организации сестер были элитными. Сюда не принимали мало обеспеченных женщин. Возраст сестры должен быть 17-30 лет и рост не ниже 1 метра 37 см. Вероятно, требования к росту связаны с физическими нагрузками сестер. Сестры получали профессиональное образование. В течение трех лет они изучали не только медицинские дисциплины, но основы организации армии и флота, различия родов оружия, состав отдельных частей войск, иностранный язык, в основном английский. Эти сестры готовились для работы в военное время. Сестры приносили присягу и обязывались служить Красному Кресту 15 лет. В провинциальных городах имелись курсы сестер. В состав общин Японии в Русско-японскую войну входило около 3 тысяч человек. Таким образом, японские организации сестер, как будто бы, не отличались от российских. Та же элитарность. То же высочайшее покровительство. Тот же профессионализм в подготовке. Правда, российские сестры милосердия не обучались военному делу. А иностранный язык они знали и без курсов, поскольку российское среднее образование (классические гимназии) предполагало знание выпускниками двух иностранных языков в совершенстве, плюс латинский и древнегреческий. Но было и существенное отличие японских общин от российских. Уход за больными в Японии не был связан с религиозными установками.

С началом войны Российский Красный Крест начал активный набор сестер. При этом уровень требований к женщинам был минимальный. Это противоречило сложившимся традициям. Среди сестер оказывались порой женщины малограмотные. Предварительное обучение было всего 1,5 – 3 месяца. Это тоже не вписывалось в российские традиции общин сестер милосердия. Но такова была цена поспешности, с которой Николай II необдуманно начал военный конфликт с Японией (вопреки мнению своей матушки Марии Федоровны). Российских сестер, отправляемых в действующую армию, обучали самым минимальным медицинским навыкам,

---

<sup>166</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 145.

необходимых для оказания помощи в военное время. В этом было большое различие с сестрами Японии, которые были более образованы. И, возможно, это так же сказалось на возвращении в строй личного боевого состава, и, в конечном итоге, на результате войны.

Официально российские сестры подчинялись уполномоченным РОКК. Но реально их действиями руководили общины. Сестры, попавшие в военные госпитали, переходили в ведение военного ведомства. Распределенные в санитарные поезда – подчинялись главному врачу и коменданту поезда.

Советские историки считали, что среди деятелей российского военного ведомства существовало предубеждение против сестер милосердия. Мол, эти отсталые чиновники считали, что сестры не должны находиться в полевых подвижных госпиталях или военно-санитарных транспортах, что их роль – роль сиделки в тыловых госпиталях. Этим авторам было не понять, что российское дореволюционное общество совсем иначе рассматривало социальную роль женщины. Хотя литераторы XIX в. и героизировали участие женщин в Крымской компании, российские мужчины были твердо убеждены в иной предназначенности женщин. Они, как уже подробно говорилось выше, оберегали её, не взваливали на неё выполнение мужских функций, что стало нормой в советское время, время за которое, по словам поэта Е. Евтушенко, «мы женщину унизили до равенства с мужчиной».

Оплата труда сестер в годы Русско-японской войны была различной. В мирное время, как уже отмечалось, в общинах сестры жалования не получали. Во время войны полагалось определенное содержание, которое зависело от материальных возможностей общины. Плата могла быть и 5 рублей 20 копеек, и 30 рублей в месяц. Сестрам, состоявшим на службе при военном ведомстве, платили значительно больше – до 90 рублей и суточные (1, 5 рубля). Такие деньги могли быть значительными, если сестра не платила за комнату, не приобретала форму и др. Например, в одном из тыловых госпиталей сестры получали 32 рубля в месяц, фельдшер – 3 рубля. Но женщины платили за квартиру и питание примерно 20 рублей, а фельдшера были на содержании госпиталя.<sup>167</sup> В ряде случаев военное ведомство брало часть расходов на себя. Поэтому многие сестры неаристократического положения старались попасть в военные госпитали, а не в учреждения РОКК. Для них возможность заработать была актуальной проблемой.

Вольнонаемные сестры, в отличие от сестер общины, могли переходить из одного госпиталя в другой. Однако и условия труда отличались. На плавучем лазарете «Монголия», находившимся в ведении РОКК, где трудилась О.А. Баумгартен, на 200 раненых полагалось 5 врачей, 11 сестер и 50 санитаров. На госпитальном пароходе военного ведомства «Казань» тысячу больных обслуживали 2 сестры из Евгениевской и Касперовской общин.

---

<sup>167</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 149.

Всего в Русско-японскую войну в военных госпиталях трудилось около 2 тысяч женщин. Они выполняли те же функции, что и в Крымскую войну. И так же тяжело было женщинам на войне. Из записок сестры: «Смерть нас уже не потрясала, но мучения людей так разнообразны и так ужасны в этом разнообразии, что никакая привычка не могла примирить с ними, и каждый раз переворачивал душу».<sup>168</sup>

После сдачи Порт-Артура русских раненых солдат передали японцам. В госпиталях тут же началось пьянство. Это доставляло сестрам дополнительные хлопоты. Хотя сами сестры имели право свободно покинуть город. Но женщины отказались это сделать и последовали за своими больными в Японию. В ту войну это был не единственный случай, когда сестры оставались с больными, попавшими в плен. Так, после взятия японцами Цайцзягоу, управление Красного Креста предложило медперсоналу его покинуть. Санитары согласились, а сестры милосердия – нет. Они остались с ранеными. И только после того, как раненых стали вывозить в Японию в качестве военнопленных, сестры милосердия были вынуждены отправиться в Россию. Больные говорили на прощание Ольге Баумгартен: «Сестрица, вот как только вы уедите, мы и начнем буяннить: пушай японец нас узнает. Больно обидно оставаться без вас».<sup>169</sup>

О деятельности сестер милосердия в Первую мировую войну (1914-1918 гг.) известно мало, поскольку большинство сведений о сестрах милосердия в предыдущих войнах почерпнуты из воспоминаний самих участников событий. Революция же 1917 г. не дала возможности написания таких воспоминаний, поскольку многие сестры были репрессированы большевиками или вынуждены были покинуть Россию из-за своего аристократического происхождения. С приходом к власти коммунистов мемуарное творчество уйдет из отечественной культуры на многие десятилетия. Советскому исследователю, сформированному в условиях вынужденного двоемыслия, не дано было сочетать традиционный материал с материалом устного источника, поскольку в годы тоталитаризма высказываться откровенно было опасно. Поэтому научная репрезентативность устного материала тогда была крайне мала. Все знали, что в советское время никто не мог в своих воспоминаниях достоверно передать событие. За «передовых» рабочих и колхозников писали журналисты, сводившие псевдо мемуары к глянцевай картинке успехов социалистического (коммунистического) строительства. Выдающимся конструкторам, маршалам и хозяйственникам заранее выдавались оценочные характеристики идеологическим отделом ЦК КПСС, за рамки которых те не должны были выходить. А то и вовсе «мемуары» писались в соответствующих институтах (Институте марксизма-ленинизма, Институте военной истории и пр.).

---

<sup>168</sup> Там же. – С. 153.

<sup>169</sup> Там же. – С. 157.

Да и не было у советских людей особого желания заниматься воспоминаниями. Это было исключительно опасное занятие. Поскольку дневниковые или мемуарные записи могли стать основой для репрессий.

И, тем не менее, основные контуры истории российских сестёр милосердия в годы той войны (её тогда называли «Германской») известны. Война была встречена российским обществом с большим энтузиазмом, очень скоро, правда, угасшим. Потому первоначально она называлась Второй Отечественной войной. Мужчины всех возрастов (от гимназистов до ветеранов) рвались на фронт. Не отставали от них и женщины, к тому времени достаточно эмансипированные. Однако их единственным местом приложения сил оставались госпитали. Мужчины царской России не могли допустить, по их мнению, позора и низости использования женщин в качестве, скажем, разведчиц, летчиц, зенитчиц, связисток и др. Такое распространиться только через 25 лет. Это будет результатом «борьбы за равноправие женщин в СССР», итогом многочисленных советских кампаний 30-х годов по втягиванию женщин на производство (официальный лозунг – «женщина – на трактор!»).

С объявления войны 1 августа 1914 г. в России началась экстренная подготовка сестер на двухмесячных курсах. Масштаб начавшейся бойни был несопоставим ни с одной из предыдущих войн. Даже в Русско-японской войне было задействовано 3 тыс. сестер, не говоря уж о сотнях – в войнах XIX в. Теперь их требовались десятки тысяч (во Вторую – сотни тысяч). Общины сестер милосердия, используя опыт предыдущих войн, активно стали формировать медицинские кадры среднего звена.

При общинах Красного Креста открывались школы. Практические занятия проводились в больницах, амбулаториях, аптеках. В конце 1914 г. в 150 школах обучалось более 10 тыс. человек.<sup>170</sup> Вскоре срок обучения был сокращен до 6 недель. Социальный состав слушательниц был самый разнообразный – от низших слоев общества до членов императорского дома Романовых.

В 1915 г. в России существовало 115 общин сестер милосердия, находившихся в ведении Общества Красного Креста. Самая крупная организация – Община святого Георгия. Она состояла из 1 603 сестры. Далее общины насчитывали: сестричество имени генерал-лейтенанта М.П. фон Кауфмана – 952 человека, община святой Евгении – 465 человека, Свято-Троицкая община – 129 человека, Крестовоздвиженская – 228 человек. В организациях Москвы к началу войны состояло семь общин – Иверская – 356 сестер, Александровская («Утоли моя печали») – 183 человек, Никольская, Владычице – Покровская, Павловская, Александровская (при комитете «Христианская помощь»), Марфо-Мариинская. Реальное число сестер было меньшим, поскольку в названное количество сестер вошли и сестры запаса и женщины, находившимся на действительной службе. В 1916

---

<sup>170</sup> Романюк В.П., Лапотников В.А., Накатис Я. А. История сестринского дела в России. – С. 77.

г. на фронте трудилось почти 25 000 сестер милосердия Общества Красного Креста, около 6 000 которых были непосредственно из общин милосердия.<sup>171</sup>

К 1916 г. на фронт было отправлено 17 436 сестер, которые обслуживали более 2 тыс. полевых и тыловых учреждений Красного Креста. Это были 71 госпиталь, рассчитанный на 44600 человек, этапные и подвижные лазареты, 11 санитарных поездов, передовые отряды, санитарный транспорт, питательные и перевязочные пункты, дезинфекционные камеры, рентгеновские и летучие хирургические отряды, два плавучих госпиталя на Черном море, три бактериологические лаборатории, шесть полевых складов. Средствами передвижения для нестационарных учреждений служило около 10 тысяч лошадей и 800 автомобилей.

Как и в предыдущие войны, лазареты разворачивались в непригодных для этой цели помещениях: в правительственных и учебных заведениях. Размещение раненых по госпиталям происходило неравномерно. Например, из Лодзи в Варшаву в 1914 г. в сутки прибывало иногда по 8,5 тыс. раненых. И каждый из лазаретов города работал на пределе возможностей, принимая вместо положенных 200 человек – 1000 человек.<sup>172</sup> Поэтому часто функции стационарных госпиталей брали на себя передвижные и этапные лазареты, в которых редко работали штатные сестры.

С началом Первой мировой войны женщины императорского дома Романовых приняли самое активное участие в организации лазаретов, санитарных поездов, складов белья и медикаментов. Вдовствующая императрица Мария Федоровна учредила госпитали в Минске, Киеве и Тифлисе. Организовали лазареты и все Великие княжны.

Уже к декабрю 1914 г. в Москве было открыто 800 лазаретов. Императрица Александра Федоровна (жена Николая II) вместе со старшими дочерьми Ольгой и Татьяной прошла кратковременные курсы ухода за ранеными. Они работали в Царскосельском лазарете, выполняя работу рядовых сестер милосердия: подавали инструменты на операциях, делали перевязки разной сложности, ухаживали за ранеными, чистили инструменты, работали на складе, стирали бинты, готовили к отправке на фронт одежду и медикаменты. Они имели звание «Сестра милосердия военного времени».

Великая княгиня Ольга Александровна (дочь Александра III, сестра Николая II) не отличалась от других сестёр милосердия. Она одевалась в форму сестры. Всегда начинала работать в 7 часов утра и не спала несколько ночей подряд, если необходимо было перевязывать вновь прибывших раненых. Раненые не верили, что их заботливая сестра царских кровей. Да это и не афишировалось. Православная культура не допускала милосердия или меценатства напоказ. Это считалось большим грехом. Милосердные поступки

---

<sup>171</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 176.

<sup>172</sup> Там же. – С. 179.

должны идти от чистого сердца, от любви к ближнему, но не для всеобщего восхищения.

История войны всегда имеет своих героев. В Первую мировую среди них появляются имена сестер милосердия, о которых узнала вся Россия. Среди них было имя сестры милосердия Сорокиной Генриетты Викторовны, ставшей полным Георгиевским кавалером.<sup>173</sup>

Сестра милосердия Римма Михайловна Иванова была награждена тремя Георгиевскими медалями. До войны она была учительницей. Откликнулась на призыв помочь раненым солдатам на войне. Стала сестрой милосердия. Однажды в ходе боя рота, при которой Иванова состояла сестрой милосердия, осталась без командования и Римма Михайловна взяла командование на себя. Этот случай стал широко известен. По тому времени это было выдающимся событием, когда женщина принимала на себя выполнение исключительно мужских функций. И это было показателем изменения отношения общества к войне, к женщине. Если ещё чуть больше поколения тому назад (в Крымскую войну) женщину не хотели видеть на фронте даже в качестве сестры милосердия, то теперь её готовы были принять как военного начальника. В том бою Римма Михайловна была убита. Николай II был так поражен мужеством и отвагой медицинской сестры, что повелел наградить Римму Михайловну Орденом Святого Георгия IV степени. Впервые с момента учреждения Екатериной II этого ордена сестра милосердия удостоилась столь высокой награды.

Сохранились воспоминания дочери Л.Н.Толстого Александры Львовны Толстой, принимавшей участие в Первой мировой войне в качестве сестры милосердия. По воспоминаниям Александры Львовны можно понять, почему у сестер были нервные срывы, отчего они сходили с ума. «Никогда не забуду одного раненого, – писала Толстая. – Снарядом у него были почти оторваны обе ягодицы. По-видимому, его не сразу подобрали с поля сражения. От ран шло страшное зловоние. Вместо ягодиц зияли две серо-грязные громадные раны. Что-то в них копошилось, и, нагнувшись, я увидела... черви! Толстые, упитанные белые черви!... Надо было пройти еще большую тренировку, чтобы научиться не расстраиваться, забыть об ужасных открытых ранах с белыми жирными червями, чтобы это не мешало мне нормально есть, спать... Трудно было привыкнуть к ампутациям. Держишь ногу или руку и вдруг ощущаешь мертвую тяжесть. Часть человека остается у тебя в руке».<sup>174</sup>

Под Сморгонью немцы стали применять отравляющие газы: сестрам и врачам приходилось работать в противогазах. А.Л. Толстая писала: «...Деревья и трава от Сморгони до Молодечно, около 35 верст, пожелтели, как от пожара... Поля ржи. Смотришь, местами рожь примята. Подъезжаешь. Лежит человек. Лицо буро-красное, дышит тяжело.

---

<sup>173</sup> Полный Георгиевский кавалер в царской России имел уровень почета, пожалуй, выше, чем Герой Советского Союза в СССР.

<sup>174</sup> Толстая А.Л. Дочь. – М., 1992. – С. 35-36, 41.

Поднимаем, кладем в повозку. Он еще разговаривает, привезли в лагерь – мертвый. Привезли первую партию, едем снова... Отряд работает день и ночь. Госпиталь переполнен. Отравленные лежат на полу, на дворе... 1200 человек похоронили в братской могиле. Многих эвакуировали... Я ничего не испытывала более страшного, бесчеловечного в своей жизни, как отравление этим смертельным ядом сотен, тысяч людей. Бежать некуда. Он проникает всюду, убивает не только все живое, но и каждую травинку. Зачем?... Какой смысл во всех этих конференциях, бесконечных рассуждениях о мире, если не принять учения Христа и заповеди «не убий» как основной закон... И пока люди не поймут греха убийства одним другого – войны будут продолжаться. А результаты войны? Падение нравов, революции».<sup>175</sup>

Ухаживая за больными, сестры подвергали свою жизнь опасности. Весьма показательна статистика (неполная) смертности сестёр милосердия в 1915 г.: умерли от инфекционных заболеваний – 28, погибли в результате несчастных случаев – 4, убиты – 5, покончили жизнь самоубийством – 12. Такая статистика свидетельствует об опасной работе сестер. Особенно показательна цифра самоубийств. Психике нормального человека трудно смириться с ужасами войны. Христианское милосердие сестёр грубо попиралось войной, как противоестественным делом рук человеческих. Не случайно вдовствующая императрица Мария Федоровна учредила для сестёр милосердия Золотой Крест с надписью «Сердоболие». Это лишний раз подчеркивает подвиг этих женщин. Тем более, если учесть, что многие женщин пошли на фронт по зову сердца, добровольно, оставив свои благополучные семьи и безмятежную господскую жизнь.

Еще во время войны планировалось, что по окончании военных действий будет издана «Золотая книга», которая будет содержать биографии умерших и погибших сестер. Но из-за прихода к власти коммунистов этот проект не был осуществлен. Новая власть посчитала, что не надо прославлять женщин, погибших в «войнах царского режима». Биографии сестер дали бы «вредную» для власти картину аристократического происхождения многих сестер милосердия, что не вписывалось в большевистскую пропаганду. Эта книга мешала бы коммунистам воспитывать людей в духе «классового сознания», «пролетарской ненависти» к «буржуазно-помещичьему строю» царской России. Советский человек воспитывался в духе исключительного неприятия православной культуры, народных традиций и славного отечественного прошлого. Он сформировался в убеждении, что «господствующие классы» ничего кроме «зверской эксплуатации» России не несли.

Ещё в 1915 г. в Москве на месте сада села Всесвятского была предпринята попытка создания мемориала в виде всероссийского Братского кладбища. Там были выделены участки для сестер милосердия, погибших или скончавшихся в Первую мировую войну. Планировалось возведение

---

<sup>175</sup> Там же. – С. 70-72.

грандиозного храма и комплекса архитектурных памятников, открытие военно-исторического музея. Однако после революции Братское кладбище было застроено. Так «рабоче-крестьянская власть» обошлась с памятью народной.

Сестры милосердия, возможно, более чем кто-либо заслуживают достойной памяти потомков. Уж, во всяком случае, более заслуживают, чем некие советские «полководцы» или пролетарские вожди, именами которых до сих пор в России названы улицы и площади.

Большого почтения и доброй памяти заслуживают медицинские сестры Второй мировой войны, а точнее – Великой Отечественной войны. В отличие от предыдущих войн советская власть уже не относилась к женщинам бережно и трепетно, не делала «скидку» на их «слабость». Все женщины определенного возраста и положения были объявлены мобилизованными. Одни – на «трудовой фронт», другие (незамужние или бездетные) – на боевой фронт. Они становились связистками, разведчицами, зенитчицами, летчицами. Но более всего женщин использовали в качестве санитарок и медсестер.

Все медсестры мирного времени объявились военнообязанными. Большая их часть была отправлена на фронт. На фронте они работали в госпиталях, медицинских поездах, медпунктах, медсанбатах и т.д. Они оказывали медицинскую помощь во время боевых действий на полях сражений. В отличие от предыдущих войн это уже было делом «само – собой разумеющимся». Это свидетельствует об изменении культурного поля уже советского общества. Конечно, опыт предыдущих войн показал эффективность и полезность труда женщин на войне. Но и опыт строительства социализма в СССР в мирное время показал эту же эффективность. Женский труд применялся даже на тяжелых и вредных производствах, о чём уже говорилось ранее.

Работа сестер была более сложной, чем в предыдущие войны. Характер ранений из-за новой боевой техники был более опасным для жизни солдат. Масштабы поражений боевого состава, количество раненых было несопоставимо выше, чем в предшествующих войнах. Поэтому задачей медицинских сестёр было оказание именно медицинской помощи. Чтение литературы, психологическая подготовка к смерти смертельно раненных и т.п. теперь не входило в круг обязанностей сестер. Лишь по своей инициативе, по женской доброте душевной сёстры писали письма под диктовку тяжело раненных солдат, беседовали, успокаивали, оплакивали. Работа на износ, сложные условия труда, недосыпание, недоедание – вот чем характеризовались основные условия работы медсестер. Это – в тыловых госпиталях. А на фронте – ещё и смертельная опасность.

В период Отечественной войны была разработана система этапного лечения раненых и больных с их эвакуацией по назначению. Помощь начинала оказываться на поле боя санинструктором. Затем раненые концентрировались на эвакуационном пункте. Потом им оказывалась квалифицированная медицинская помощь в медико-санитарных батальонах



(медсанбатах или просто санбатах) и передвижных полевых госпиталях (ППГ). Тяжело раненых направляли в стационарные тыловые госпитали для оказания специализированной медицинской помощи. Таким образом, все медработники периода Великой Отечественной войны могут быть разделены на три группы в соответствии с поэтапным лечением, каждая из которых имела свою специфику.

Наиболее близки к солдатам были санитары, санитары-носильщики, санинструкторы (среди санинструкторов было 40% женщин<sup>176</sup>). Они делили с бойцами все тяготы окопной жизни (в траншее, роте, разведывательной группе, отряде морской пехоты и пр.) По данным военно-медицинской статистики в 84,4% случаев первая помощь оказывалась прямо на поле боя. Все раненые проходили санобработку на эвакуационном пункте, без чего они не допускались в госпиталь. В армии функционировали многочисленные банно-прачечные комбинаты, которые обслуживались в основном женщинами. Можно смело говорить, что благодаря советским женщинам, работающим в действующей армии (врачами, санитарками, медсестрами, прачками и пр.), в годы Великой Отечественной войны, в отличие от всех предыдущих войн в мире, не было допущено эпидемий сыпного тифа и других эпидемий.

Советские медицинские сестры готовились системой Наркомздрава<sup>177</sup> и Обществом Красного Креста. Только за первые 6 месяцев войны Обществом Красного Креста было подготовлено 106 тыс. медсестер и 100 тыс. сандружинниц. А за весь период войны организации Красного Креста подготовили более 280 тыс. медицинских сестер, около 500 тыс. сандружинниц и 36 тыс. санитарок.<sup>178</sup> Именно медицинские работники со средним специальным образованием (медицинские сестры, акушерки, фельдшера, фармацевты и др.) обеспечили в тылу и на территориях страны, освобожденных от фашистских захватчиков, проведение основных противоэпидемических и лечебных мероприятий.

С началом войны были проведены досрочные выпуски двух последних курсов военно-медицинских академий и медицинских факультетов, ускорена подготовка фельдшеров и младших военфельдшеров. В результате к 1942 г. армия была укомплектована на 91 % врачами, на 97, 9 % фельдшерами, санинструкторами на 91, 8 %, фармацевтами на 89, 5 %.<sup>179</sup>

---

<sup>176</sup> В книге Хвощевой Е.С. (Рассказы об истории сестринского дела. – Владивосток, 2006) приведены многочисленные фамилии медицинских сестер Великой Отечественной войны с довольно подробными рассказами о них. Использовались в том числе и произведения фронтовых писателей (см. С. 129-142).

<sup>177</sup> Наркомздрав – народный комиссариат здравоохранения (с 1943 г. – Министерство здравоохранения). Придя к власти в 1917 г., большевики фактически уничтожили государственный аппарат России (распустили министерства, полицию, жандармерию, суды, прокуратуру, армию и пр.). Теоретически считая государство отмирающим, большевики назвали центральные учреждения не министерствами, а народными комиссариатами. Их руководителей – соответственно не министрами, а наркомками.

<sup>178</sup> Троян Н.В. Советский Красный Крест в годы Великой отечественной войны. – М., 1975. – 56 с.

<sup>179</sup> Сорокина Т.С. История медицины. – С. 515.

В годы войны были разработаны эффективные способы лечения вялозаживающих ран (В.П. Филатов, А.А. Богомолец); внедрена новая методика лечения травм с нарушением нервной системы (Н.Н. Бурденко); предложены новые медикаментозные средства; разработаны отечественные сульфаниламиды; открыты отечественные антибиотики для борьбы с сепсисом (З.В. Ермолаева).<sup>180</sup>

Деятельность военных медиков была приравнена к боевому подвигу. Среди 44 медиков – Героев Советского Союза – 17 женщин. 17 медсестер получили звание Героя Советского Союза. Впервые Советский Красный Крест выдвинул кандидатуры для награждения медалью Ф. Найтингейл в 1961 г. Тогда медаль была присуждена двум участницам Великой Отечественной войны: гвардии подполковнику танковых войск, писательнице, Герою Советского Союза, москвичке Ирине Николаевне Левченко и хирургической сестре, председателю первичной организации Красного Креста на ленинградской фабрике «Скороход» Лидии Филипповне Савченко. В 1965 г. этой медалью была награждена санитарка, Герой Советского Союза Зинаида Михайловна Тусналобова-Марченко (из Кузбасса). И далее каждые 2 года медали получали от 3 до 6 советских женщин.<sup>181</sup> К 1995 г. Международный комитет Красного Креста награждал 46 женщин нашей страны медалью имени Флоренс Найтингейл. Эта медаль присуждается медицинским сестрам за исключительную преданность своему делу и храбрость при оказании помощи раненым и больным, как в военное, так и в мирное время.

Видимо, можно поставить вопрос – адекватно ли советское государство оценило труд медицинских сестер, наградив такое небольшое количество женщин высшими государственными наградами из почти миллионной армии сестер, сандружинниц и санитарок?

## **Глава 8: Культурологические аспекты отечественного сестринского дела в XX – начале XXI вв.**

### **Сестринское дело в социалистический период (1917 – 1991 гг.)**

Замечательны воспоминания сестры милосердия А.Л. Толстой о революционном разложении армии к 1917 г. Она писала: «Большевицкая пропаганда, как яд, разлагала... Солдаты перестали работать, не чистили лошадей, завели грязь, беспорядок», не подчинялись начальству, не приветствовали генерала, хамили медицинскому персоналу». Толстая решила покинуть фронт, поскольку уже не видела необходимости своего там пребывания. Ее с почетом проводил солдатский комитет. «... Позднее я узнала, – писала она, – что после моего отъезда тот же самый комитет

---

<sup>180</sup> Там же. – С. 516.

<sup>181</sup> Троян Н.В. Советский Красный Крест в годы Великой Отечественной войны.

постановил меня арестовать как буржуйку и контрреволюционерку, но я уже была в Москве».<sup>182</sup>

За два месяца до октябрьского переворота (26 августа 1917 г.) в Москве состоялся 1 Всероссийский съезд сестер милосердия, на котором было учреждено Всероссийское Общество Сестер Милосердия. Это был значительный шаг в развитии отечественного сестринского дела. С января 1918 г. начал выходить еженедельник Всероссийского Общества «Первый вестник сестры милосердия». В первом номере говорилось о задачах общества: «Требования общества и государства поставили перед нами новые более сложные и трудные задачи. Для выполнения их нужна правильная, сплоченная организация, могущая дать единое, общее руководящее начало в работе, соединив всех отдельных членов в одну сознательную дружескую силу, отдающую себя ... на служение родине и человечеству».<sup>183</sup>

Однако служить родине и человечеству этому обществу не пришлось. Коммунисты,<sup>184</sup> придя к власти в октябре 1917 г., установили диктатуру пролетариата. Что на практике реализовалось в диктатуру большевистских вождей. Эта диктатура предполагала монополию одной партии, недопущение никаких независимых и самостоятельных общественных организаций. Любая общественная структура должна быть под полным контролем коммунистической партии. Все, кто пытался создать общественную организацию (детскую, спортивную, культурную и пр.) без санкции компартии, автоматически (до июля 1989 г.) превращался в государственного преступника. Медицинские общественные организации дореволюционной России не были исключением. Тем более что врачи и сестры милосердия были исключительно авторитетными людьми. С мнением врача считались, сестре милосердия отказать в просьбе не смели, воспринимая сестру, порой, как священника.

Вот почему многие дореволюционные медицинские общества и структуры были ликвидированы. Всероссийское Общество Сестер Милосердия вынуждено было прекратить свое существование. В 1920 г.

---

<sup>182</sup> Толстая А.Л. Дочь. – С. 82-83.

<sup>183</sup> Цит. по Мухина С.А., Тарновская И. И. Теоретические основы сестринского дела. – С. 37.

<sup>184</sup> Коммунистическая партия в своей истории имела несколько названий. В 1898 г. она была образована как Российская социалистическая рабочая партия (РСДРП). В 1903 г. на II её съезде образовалась два крыла: левое радикальное (Ленин) – большевистское, правое умеренное (Плеханов, Мартов) - меньшевистское. В 1919 г. левое крыло - РСДРП(б) переименовано в РКП(б) (Российскую коммунистическую партию большевиков). В 1925 г. состоялось новое переименование – в ВКП(б) (Всесоюзную коммунистическую партию большевиков). В 1952 г. – в КПСС (Коммунистическую партию Советского Союза), в 1992 г. - в КПРФ (Коммунистическую партию Российской Федерации). Учитывая дистанцированность современных (особенно молодых) читателей от знаний этих тонкостей переименований, корректнее применять термин «коммунисты» при обозначении тех или иных шагов партии Ленина после прихода её к власти в 1917 г. Тем самым, возможно, удастся избежать ложного представления о том, что большевики - это одна партия, а, скажем, современные коммунисты – это другая партия.

общины сестер милосердия повсеместно ликвидированы. Но фактически они перестали существовать ещё раньше. Многие сестры милосердия после социалистической революции были репрессированы и убиты как «политически неблагонадежный элемент», как «представители буржуазного класса». Спасаясь, многие из сестёр милосердия эмигрировали из страны. Главное управление Российского Общества Красного Креста было ликвидировано. А его имущество было объявлено государственной собственностью.

В 1919 г. коммунисты предлагали заменить даже наименование профессии «медицинская сестра» наименованием «помврача» или «замврача»<sup>185</sup>, которые казались им более соответствующими назначению профессии. Сторонники этой идеи считали определения «сестра» и «сестра милосердия» монашескими и ограниченными, не соответствующими «новому типу медицинского работника советского здравоохранения».

Правда, термины «сестра пролетарского Красного Креста», «санитарка пролетарского Красного Креста» появились ещё в период подготовки коммунистами октябрьского переворота. Готовя вооруженное восстание по захвату власти, они создавали отряды Красной Гвардии из рабочих фабрик и заводов. В этих отрядах были санитарки, которых готовили всего две недели. При штабе Красной гвардии Выборгского района возникла организация «Пролетарский Красный Крест».

В феврале 1919 г. приказом Наркомздрава и Российского общества Красного Креста было утверждено положение «О курсах красных сестер и красных санитарок». В нём предусматривалось, что на двухмесячных курсах красных сестер («помощниц сестер милосердия») могли учиться только коммунистки, либо политически благонадежные женщины по рекомендациям партийных органов. Они должны были «заменить больному и раненому красногвардейцу прежних сестер милосердия, облегчая его страдания, и в то же время политически просвещать его в духе коммунистического строительства жизни», – говорилось в положении. Для курсанток достаточно было иметь начальное образование (3 класса).<sup>186</sup> По окончании курсов проводились экзамены на знание анатомии, физиологии, гигиены, заразных болезней, дезинфекции и дезинсекции, хирургии и обладанию практическими навыками. Сестры отправлялись на фронты Гражданской войны. По своим правам красные сестры приравнивались к сестрам милосердия лечебных учреждений Военного ведомства.

Только в 1920 г. было подготовлено 2442 сестры и 1923 санитарки. Они составляли 2% от всех военнослужащих и самоотверженно работали в

---

<sup>185</sup> С приходом к власти коммунистов началось «революционное» экспериментирование с русским языком. Широко распространилась практика сокращения слов (не «помощник врача», а «помврача») и использование аббревиатур (не «Совет народных комиссаров», а «СНК», не «Народный комиссариат здравоохранения», а «НКЗ» или «Наркомздрав», не «Чрезвычайная комиссия по заготовке лаптей», а «Чекпозлап» и т.п.).

<sup>186</sup> В дореволюционное время начальным образованием считались 3 класса. Затем шли 7 лет классической гимназии или реального училища (среднее образование).

госпиталях, санитарных поездах, врачебно-питательных пунктах, банно-прачечных отрядах. Чрезвычайно опасной на фронтах гражданской войны была санитарно-эпидемическая обстановка. Заболеваемость брюшным, сыпным и возвратным тифами и холерой на 10 000 человек населения повысилась с 31,5 случая в 1918 г. до 370,3 в 1919 г. и до 411,2 случая в 1920 г. Только с октября 1918 г. по октябрь 1920 г. сыпным и возвратным тифами переболели 1 354 752 человека.<sup>187</sup> Возможная причина тому – изменение отношения к вопросам гигиены, о чем свидетельствует запись в дневнике А. Толстой (см. начало параграфа).

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

В период Гражданской войны в Красной Армии служили 66 тысяч женщин (не только медиков). Еще ни в одной войне в России не участвовало такое количество женщин. Так начиналось в стране массовое «уравнивание женщин в правах с мужчинами». Фактически же это было передачей функций мужчин женщинам. Со всеми отрицательными социокультурными и экономическими последствиями для страны.

В августе 1931 г. русский философ и историк (эмигрант) П.Б.Струве привёл строки тайного письма из России: «И отцы и матери все на работе, дети без присмотра на улице. Поэтому распущены невероятно от школ первой ступени до вузов. Такая безграмотность у всех, такое невежество, нечто ужасное, и притом полное непонимание того, что они ничего не знают, не умеют ни говорить, ни писать, ни читать прилично. Всем им кажется: и так ладно».<sup>188</sup> В этом «и так ладно» ничего с тех пор принципиально не изменилось. В воспитании общество не развивалось по восходящей. В этом и причина всё возрастающего в советских поколениях невежества и падения нравов.

---

<sup>187</sup> Волкова Р.Г. Рассказы о воспитанницах Советского Красного Креста//Медицинская сестра в годы Великой Отечественной войны. – М., 1989.

<sup>188</sup> Струве, П.Б. Дневник политика (1925-1935) – М., – Париж, 2004 – С. 604.

В 1918 г. Совнарком РСФСР<sup>189</sup> издал декрет, определивший задачи и характер деятельности уже Советского Красного Креста. Эта деятельность с самого начала носила идеологический характер. Это видно на примере отказа Советского Красного Креста от помощи Международного Красного Креста в связи с голодом в России. Коммунистическая власть не хотела принимать помощь от «международной буржуазии», не хотела поступаться революционными принципами, несмотря на то, что люди в Советской России вымирали от голода целыми селениями. Голод (как и разруха) 1918–1920 гг., 1921–1922 гг. был следствием реализации коммунистами теории марксизма о построении социализма. Ликвидировав помещичьи имения, которые давали 51% товарного продовольствия, коммунисты наполовину сократили продовольственное обеспечение страны. Запретив крестьянам продавать продукты и заставив их бесплатно сдавать «излишки» государству (продразверстка), коммунисты, тем самым, наполовину сократили посевные площади, спровоцировали гражданскую войну. За многовековую историю наша страна еще не знала таких масштабов голода. Правда, потом этот масштаб коммунисты повторят в 1932–1933 гг., проведя коллективизацию и в 1946–1947 гг. (меньший по глубине и охвату), высылая продовольствие в страны, которым навязывали социализм. Там где голод, там и эпидемии, от которых жертв оказалось больше (в 8 раз), чем от военных потерь Первой мировой войны.

Только в октябре 1921 г. Международный Красный Крест признал Советский Красный Крест, председателем которого был З.П. Соловьев. В 1922 г. Общество Красного Креста было реорганизовано в Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (СОКК и КП). 6 июня 1925 г. постановлением ВЦИК и СНК РСФСР было утверждено новое «Положение об обществе Красного Креста», в соответствии с которым учреждения Красного Креста должны создавать школы и курсы для подготовки медицинских работников. В 1926 г. сестер милосердия стали называть

---

<sup>189</sup> Борясь с «пережитками капитализма», коммунисты упразднили гордое именование страны «Россия» в Российскую Социалистическую Федеративную Республику (РСФСР), Украину – в УЗФСР, Белоруссию – в БЗФСР, Закавказье – ЗСФСР. В декабре 1922 г. эти четыре республики (РСФСР, УЗФСР, БЗФСР, ЗСФСР) подписали договор об образовании единого государства – Союза Советских Социалистических Республик (СССР). Позже на территории РСФСР и ЗСФСР, а также на территории Средней Азии будут образованы «самостоятельные» союзные республики. Всего было 15 союзных республик, внутри которых были сформированы автономные республики, автономные области и автономные округа. В связи с провалом в августе 1991 г. государственного переворота антидемократического характера (ГКЧП), социализм в СССР рухнул. В декабре 1991 г. руководители 3 республик (РСФСР, Украины, Белоруссии) денонсировали договор 1922 г. СССР распался на 15 независимых государств. А вскоре по предложению российского Президента Б.Н.Ельцина Верховный Совет РСФСР (тогда высший законодательный орган России) принял решения о переименовании РСФСР в Российскую Федерацию (РФ), Россию. Через 70 лет социального эксперимента было восстановлено историческое название страны, которое оно носило с XV в. (время Ивана III).

медицинскими сестрами, в 1927 г. были созданы первые санитарные дружины, а, начиная с 1928 г. стала проводиться систематическая подготовка медицинских сестер.

В 1922 г. состоялся Первый Всероссийский съезд по медицинскому образованию, на котором были определены типы средних медицинских учебных заведений. Срок обучения для сестер устанавливался 2 года. Предпочтение в образовании отдавалось медицинским наукам. Общеобразовательные дисциплины считались необязательными. Государство формировало узких специалистов без гуманитарного образования, тем более, без религии. Эти специалисты должны были обладать практическими навыками (поставить укол, клизму, раздать таблетки и т.п.). При своих манипуляциях сестре не обязательно быть приветливой, добродушной с пациентом, как это требовалось в царское время.

Однако в том поколении медицинских сестер еще сильно было религиозное воспитание. Поэтому милосердие, сердечность, жертвенность, внимательность, сопереживание, сердоболые будут присущи и «красным» сестрам. Но постепенно, на фоне борьбы с религией, пренебрежения гуманитарным образованием, эти качества сестры будут уходить из практики. Что, естественно, негативно скажется на сестринском уходе за пациентами в XX веке.

Закрепляя эту «технизацию» ухода за больными, в 1926 г. будет принято решение переименовать медицинские школы в техникумы, а сестер называть «техниками по уходу», введя запрет на именование их «сестрами милосердия». В какой-то степени это определение медицинского персонала вполне отразило отношение новой (советской) власти к людям. Человек, по ней, – это лишь винтик механизма (в данном случае – государства). Этот «винтик» не имеет права на индивидуальность. Уход за человеком такой же, как и за машиной. Машине не нужно человеческое тепло, когда за ней ухаживаешь. Лишь достаточно провести некоторые манипуляции для того, чтобы она функционировала. Получается, что власть расценивала труд и знания медсестер на уровне техников на заводе.

Это название («техничек») всё-таки не закрепится. В обиход вошло наименование «медицинская сестра». Эта, казалось бы, невинная замена определений характеризует изменения принципа ухода за больными. В новом принципе отсутствовало понятие «милосердие», присутствовал только технический медицинский уход. Главная идея создания и деятельности общин сестричеств была основана на милосердии, доброте, душевности, самопожертвовании. Всё это постепенно исчезает из ухода за больными. Эти понятия больше не культивировались в среде среднего медицинского персонала. Милосердие, безусловно, существовало в советском сестринском деле. Но оно уже не было массовым явлением, как в царской России, а проявлялось как достаточно редкое качество отдельных медицинских сестер.

Разумеется, «технизация» ухода за больными происходила в XX в. и на Западе. Но там сохранились общины сестер милосердия, которые сильно влияли на общую практику. Пример тому – Мать Тереза, которая своим примером задавала вектор медицинского ухода за больными. А ведь она является представительницей общества сестер милосердия. И в капиталистических странах мира религия не преследовалась, и оплата труда среднего медицинского персонала не была такой вопиюще низкой как в Советском Союзе.

К середине 20-х годов в СССР были созданы 10 типов средних медицинских учебных заведений: фельдшерско-акушерские школы со сроком обучения 2,5 года (для имеющих семилетнее образование <sup>190</sup>); фельдшерско-акушерские школы со сроком обучения 4 года (для окончивших 4 класса); школы по подготовке медицинских сестер (переименованные затем в курсы медицинских сестер) со сроком обучения 2 года (для окончивших 4 класса); профилактические техникумы со сроком обучения 4 года; техникумы, школы и курсы с различными сроками обучения для сестер-воспитательниц, сестер по охране материнства и младенчества; трехлетние вечерние школы медицинских сестер; двухгодичные курсы санитарных помощников; трехлетние курсы переобучения военных (ротных) фельдшеров для работы в школах; годовичные курсы массажистов, 6-месячные курсы дезинфекторов.

Нельзя не обратить внимания на исключительно резкое снижение образовательного ценза для желающих стать специалистами по уходу за больными. Если в царское время для этого необходимо было чаще всего гимназическое образование, то теперь – 4-х летнее. Следует вспомнить и то, что выпускник царской гимназии обязан был владеть в совершенстве двумя иностранными языками, а также читать и переводить с древне-греческого и латинского. Надо ли говорить о том, что снизилась не только образовательная планка медицинских сестёр, но и качество их работы как специалистов? Можно, конечно, находить оправдание в необходимости ускоренной подготовки сестёр в «условиях бурно развивающегося народного хозяйства». Но надо ли? Временное снижение требований к образованию медицинских сестёр обернулось хроническими проблемами по медицинскому обслуживанию, характерными для советского и постсоветского времени в России.

Это отчетливо осознавали специалисты в самом начале социального эксперимента. Ведь они сформировались в дореволюционное время, и им в первой половине 20-х годов ещё не ведом был страх «сказать что-то не так»

---

<sup>190</sup> Советская средняя школа имела три этапа: 4 класса (называлось – «начальное образование»); 7 классов (называлось – «семилетнее образование»); 10 классов (называлось – «десятилетнее» или «среднее образование»). В 1959 г. почти во всех школах СССР было введено 11-летнее образование, от которого отказались уже в середине 60-х. До конца 50-х годов 7-летнее образование было настолько престижным (значит, и редким), что его обладатель мог работать учителем в сельской школе. С 1938 г. по 1956 г. учеба в старших классах (8, 9, 10), а также в вузах и техникумах была платной.



и расплатиться за это ГУЛАГом, а то и расстрелом. Поэтому они и говорили начистоту, не заботясь о «лукавой цифре».<sup>191</sup> В 1926 г. (в Москве) II Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию констатировала, что существующая система среднего медицинского образования не обеспечивает должного уровня подготовки медицинских работников.<sup>192</sup>

Острый дефицит медицинских кадров (врачей, медицинских сестёр) 20-х годов всё-таки можно объяснить. Но не особой заботой «партии-правительства» о здоровье граждан, как принято было писать в советское время, поскольку уже тогда государственный и местные бюджеты здравоохранения складывались по остаточному принципу. Острая нехватка медицинских работников объясняется тем, что медики, как один из самых качественных отрядов российской дореволюционной интеллигенции, не разделяли революционных идей и не приняли Октябрьскую социалистическую революцию. Многие из них покинули страну. Другие – заняли выжидательную позицию. Третьи – рискнули идти на прямой саботаж советской власти с печальными для себя последствиями. Надо учесть, что немало медиков погибло в разрушительной Гражданской войне. Многие умерли от голода и эпидемий.

Объективности ради, следует отметить, что 20-30-е годы в СССР были годами неудачного экспериментирования не только с медицинским образованием. Качество дореволюционной (до 1917 г.) российской образовательной системы было высокое. Тогда в мире и в голову никому не приходило сомневаться в достоинстве дипломов, скажем, медицинского факультета Петербургского или Московского университетов. Нынешнее же непризнание дипломов российских вузов в странах Запада – явление заурядное, мифологически списываемое обывателем на «происки» недоброжелателей России.

Качество национального высшего образования резко снизилось в 20-30-е годы в связи политикой советской власти. Большевистские идеологи, зачислив интеллигенцию в недружественную пролетариату «прослойку», вытеснили её за границу, навсегда лишив университетские кафедры цвета национальной науки. Закрыв в начале 20-х годов доступ в вузы детям «не рабоче-крестьянского происхождения», власть заполняла студенческие аудитории неподготовленной молодежью, прошедшей на рабфаках, подготовительных курсах за 2-3 года курс средней школы.

Но главный удар пришелся по фундаментальности подготовки в вузах. В связи с начавшейся в 20-е годы индустриализацией стране потребовалось наладить ускоренный выпуск специалистов. Университеты с их дореволюционной ориентацией на формирование образованных людей, а уж

---

<sup>191</sup> Для обозначения лживости советских показателей публицисты второй половины 80-х годов ввели термин «лукавая цифра», как нельзя лучше отражающий советскую практику подтасовывания отчетных данных (приписки) под идеологические установки КПСС.

<sup>192</sup> Перфильева Г.М. Сестринское дело: эволюция понятия и развитие теорий//Медицинская помощь. – 1996. – № 4. – С. 3-6.

потом специалистов, были расформированы. На базе их факультетов созданы институты, подчиненные отраслевым наркоматам. Резко сократился курс обучения (в вузах, порой, до трёх лет, техникумах – до двух). С целью упрощения обучения неподготовленной молодежи, с 1930 г. лекции отменены и введен бригадно-лабораторный метод, упразднивший персональную ответственность студентов за подготовку к занятиям. Защита дипломов отменена как «буржуазный пережиток». Кафедры, как основные структурные подразделения, объединявшие науку и обучение, ликвидированы. Деканаты – тоже. В 1931 г. выведены из университетов все гуманитарные и экономические дисциплины, замененные «единым политчасом», а затем кружками по диалектическому материализму, истории ВКП(б), ленинизму.

Это была борьба за количество специалистов, но не за их качество. Без кафедр теоретический уровень преподавания резко упал. Вузовская наука утрачена. Без гуманитарных дисциплин специалисты получались с уровнем обыденного мышления. Но именно такие и нужны были советской власти. Ей не нужен был образованный размышляющий человек. Ей нужен был исполнитель воли вождя, специалист, не сомневающийся в «политике «партии и правительства». Так закладывался фундамент отечественной системы по формированию псевдоинтеллигенции.<sup>193</sup>

За первые два десятилетия советской власти удар по высшему образованию был столь велик, что СНК СССР и ЦК ВКП(б) 23 июня 1936 г. в постановлении «О работе высших учебных заведений и о руководстве высшей школой» вынуждены были признать: «...В результате... уровень обучения в ряде высших учебных заведений немногим отличается от уровня средней школы (техникумов)».<sup>194</sup> Отменялось многое из вышеперечисленного (восстанавливались деканаты, кафедры, возвращалась персональная ответственность за обучение и др.).

Но в чем-то было уже поздно. За годы революционного экспериментирования (почти 20 лет) были уничтожены научные школы. Их приходилось создавать заново. А это дело - не лет, дело - десятилетий. Поступательный уровень российской университетской науки был потерян.

Отраслевая система организации высшей школы способствовала насыщению экономики страны специалистами. Но какими специалистами? Вузовский диплом они получили. Но знаний, которые соответствовали знаниям выпускника вузов царской России, они, конечно же, не имели.

Число медицинских вузов постоянно увеличивалось. В дополнение к 17 медицинским факультетам царской России к 1922 г. было открыто 12 новых, в основном на периферии (Астрахани, Горьком, Иркутске, Краснодаре, Куйбышеве, Омске и др.). В связи с преобразованием

---

<sup>193</sup> См. Лопатин Л.Н. Качество советского образования. Мифы и реальность//Вопросы образования. – 2008. - № 2. – С. 186 – 200.

<sup>194</sup> КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференциях и пленумов ЦК. – Т. 5. – М., 1971.– С. 270.

факультетов в университеты в 1930 г. в СССР было 30 медицинских вузов, в 1935 – 55, к 1940 г. – во всех союзных республиках. В их структурах были санитарно-гигиенические факультеты (1930 г.), педиатрические (1934 г.), стоматологические и фармацевтические (1936 г.).<sup>195</sup>

Задачи среднего медицинского образования были определены постановлением СНК СССР «О подготовке средних медицинских, зубоврачебных и фармацевтических кадров» (1936 г.). Постановление предусматривало увеличение числа средних медицинских учебных заведений. Медицинские техникумы были вновь реорганизованы в медицинские школы по подготовке фельдшеров, медицинских сестер, фармацевтов, зубных врачей, а также в акушерские школы и курсы медицинских лаборантов и зубных техников.

30-е годы были временем бурного промышленного строительства. Строились заводы. Создавались новые промышленные районы (Кузбасс, Урал, Приморье и др.). Развивались старые промышленные центры (Донбасс, Москва, Ленинград и др.). Возводились новые больницы и поликлиники, развивалась сеть лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений в городе и на селе. Шла дальнейшая специализация медицинской помощи. Так, к 1940 г. число больничных коек в стране превысило 790 тыс. против 208 тыс. в предреволюционные годы. Повысилась обеспеченность населения специалистами со средним медицинским образованием и достигла показателя 24 на 10 тыс. жителей. Это в 8 раз превышало дореволюционный уровень и почти в три раза аналогичные показатели 1928 г.<sup>196</sup> Хотя следует иметь в виду, что рост числа коек и количества медицинского персонала не вполне определяет рост уровня удовлетворения потребностей населения в СССР в медицинском обслуживании по сравнению с царской Россией.

В досоветской России лечение происходило в домашних условиях с приходом на дом медицинского персонала. Количество стационарных мест не характеризовало показатели медицинского обслуживания. Зато на выздоровление больного оказывало качество ухода и питание, которое больной получал от родных. С массовым переселением в города из-за индустриализации, ссылками миллионов людей в связи с коллективизацией, содержанием миллионов соотечественников в ГУЛАГе резко изменилась гигиена в худшую сторону. Нормированное снабжение продуктами по минимальным нормам (1918-1921 гг., 1929-1935 гг., 1941-1947 гг. 80-е гг.), голод (1918-1922 гг., 1932-1933 гг., 1946-1947 гг.), тотальные дефициты на продовольствие и промтовары, — исключительно отрицательно сказались на физическом и психическом здоровье нации. Если сравнивать в

---

<sup>195</sup> Сорокина Т.С. История медицины. – С. 509 – 510.

<sup>196</sup> Хвощева С.Е. Рассказы об истории сестринского дела. – Владивосток, 2006. – С. 125-126.

совокупности все эти компоненты царской и советской России, то сравнение получится далеко не в пользу СССР.<sup>197</sup>

После Великой Отечественной войны в стране восстанавливалось народное хозяйство. Поколение советских людей, выигравшее эту тяжелейшую войну, совершило ещё один подвиг. В условиях рукотворного голода 1946-1947 гг.<sup>198</sup> советский народ восстанавливал разрушенные войной города и сёла. В числе первоочередных объектов восстановления (после промышленных) были учреждения по охране материнства и детства. Было развернуто строительство родильных домов, женских консультаций и детских поликлиник. Постепенно была восстановлена сеть домов отдыха и санаториев. В связи с этим увеличилась потребность практического здравоохранения страны в квалифицированных средних медицинских работниках.

В 1946 г. Министерство здравоохранения СССР утвердило новые учебные планы, которые предусматривали более глубокое преподавание теоретических дисциплин и улучшение практической подготовки выпускников медицинских школ. В 1953 г. в соответствии с решением Министерства здравоохранения СССР была проведена реорганизация медицинских школ в медицинские училища и почему-то ликвидирована их многопрофильность. Были определены сроки обучения в зависимости от общеобразовательной подготовки поступающих (7 или 10 классов образования). В 1963 г. медицинские училища стали создаваться при крупных многопрофильных больницах, являющихся клиническими базами высших медицинских учебных заведений и научно-исследовательских институтов страны. Это способствовало улучшению обучения медицинских сестер практическим навыкам. В этом же году стали создаваться курсы повышения квалификации для средних медицинских работников при крупных лечебно-профилактических учреждениях.<sup>199</sup>

Учащиеся медицинских училищ 40-50-х гг. родились в 20-30-е годы XX в. Их родители и преподаватели несли в себе еще дореволюционную культуру (или хотя бы значительные её элементы), основанную на православии. Главным её содержанием были любовь к ближнему, добродетель и совесть. Своим воспитанникам (детям и учащимся) они

---

<sup>197</sup> Леонтьева Н.Т. Политика советской власти в развитии здравоохранения Кузбасса в 20-30 годы. – Кемерово, 1996. – 174 с., Лопатин Л.Н. Кузбассовцы при социализме. Как мы жили? – Кемерово, 1996.

<sup>198</sup> В ущерб советским людям сталинское правительство посылало эшелон за эшелон в освобожденные Советской армией страны. С помощью находившейся там нашей армии народам этих стран навязывался социализм. В оказании продовольственной помощи освобожденной от фашизма Европе СССР конкурировала с США, которые по плану Маршалла оказывали бесплатную помощь всем пострадавшим странам (при условии, что в правительствах этих стран не будет коммунистов).

<sup>199</sup> Перфильева Г.М. Сестринское дело: эволюция понятия и развитие теорий// Медицинская помощь. – 1996. - № 4. – С. 3-6; Иванова С.С. Сестринское дело и концепция развития здравоохранения России// Медицинская помощь. – 1998. – № 2. – С. 4 – 5.

не могли не прививать качества сострадания, человеческой порядочности и чувства чести.

Что такое следование заповедям Бога? Если исключить чисто религиозную составляющую этих десяти заповедей, то грехом для православного человека считалось непочитание родителей и неповиновение им, неповиновение учителям, воспитателям и старшим по возрасту и положению, отнимание у людей жизни насилием или хитростью, всякое нарушение безопасности и спокойствия ближнего. Запрещались ссоры, гнев, ненависть, зависть, жестокость. Не было больше той любви, как «положить душу за други своя». Исключалась вся извращенческая («нечистая») плотская любовь. Запрещалось присвоение чужой вещи, обман других для собственной пользы. Повелевалось делать всякую работу по совести и без лености. Трудиться надо было так, чтобы не даром есть хлеб. Не брать за своё добро и свой труд больше, чем они того стоят. Запрещались лжесвидетельство, клевета и бесчестие другого человека, злословие, ложь и обман. Нельзя было не только не делать худого, но даже желать плохого человеку.<sup>200</sup>

С первых дней Октябрьской революции 1917 г. советская власть учила людей ненавидеть буржуазию, помещиков и священников. В период нэп (20-е годы) объектом ненависти стали нэпманы и, по-прежнему, священники. В конце 20-х и 30-е годы всех заставили ненавидеть самую трудолюбивую часть российского крестьянства – кулаков. В те же годы (как ленинские, так и сталинские) формировали стойкую и глубокую неприязнь к интеллигенции. Завладеть чужим имуществом стало не только можно, но и должно (отнять помещичью, буржуазную, кулацкую и пр. собственность). Убить – и можно, и должно, если это – «враг народа». Доносы стали обязанностью, ибо за недоносительство судили. Детям следовало осуждать и отказываться от своих родителей, если власть их объявляла «кулаками», «врагами народа». Иначе детей ждала та же участь, что и родителей или, в лучшем случае, – невозможность учиться в вузе, сделать карьеру и пр.

Если в первом поколении колхозников (1930–40-е гг.) крестьянин хоть сколько-то придерживался воспитанной в нём исконной высокой трудовой культуры, то в последующих поколениях эта культура постепенно уходила. На смену ей пришла «вроде работа». Репрессии родных и близких, хроническое недоедание, материальная нищета не способствовали сохранению праздничной атмосферы ни в деревне, ни в городе. В качестве суррогатной компенсации праздника и традиционного отдыха народ выработал новую традицию проведения досуга – пьянство, которое не было распространенным в досоветском обществе.<sup>201</sup>

---

<sup>200</sup> Зубкова. М. Православный церковный лечебник. – СПб., 2006. – С. 29 – 31.

<sup>201</sup> См. Лопатина Н.Л. Коллективизация 30-х годов XX века и её влияние на изменение социокультурного облика российской деревни (по воспоминаниям очевидцев). – Кемерово, 2005.

Всё это в совокупности и изменило менталитет слишком многих россиян. То есть, изменился некий духовный сплав, определяющий предрасположенность индивида мыслить, чувствовать и воспринимать мир. Главными отличительными признаками этого нового менталитета стали: легкое отношение к труду как досадной необходимости, от которой можно, при случае, уклониться («вроде работа», «халява»); нравственное оправдание практики воровства общественной собственности (а потом и личной), как следствие потери культуры частной собственности; неуважительное отношение к старшему поколению и манкирование собственными воспитательными функциями по отношению к подрастающему поколению; этатизм<sup>202</sup> и социальное нахлебничество; ханжество; двойственность поведения и дуализм (двойственность) мышления; терпимое отношение к пьянству, ставшему обыденной повседневностью, а для некоторых – и образом жизни; снижение толерантности с неадекватным проявлением злобы и ненависти к окружающим, в том числе и в семье. Советские люди к началу 60-х годов стали забывать, что такое милосердие, что такое благотворительность.

Но тогда они всё-таки забыли милосердие ещё далеко не полностью. Поэтому в тех, кто ухаживал за больными в 40-50-е годы, сохранялось дореволюционное сердоболие. В советской художественной литературе, кажется, нельзя обнаружить ни одного эпизода, описывающего грубость медицинской сестры. Напротив, в романах, повестях и рассказах (особенно о военном времени) говорилось о душевной чуткости сестёр и санитарок, об их самоотверженном поведении. Поколение же медицинских сестёр, формировавшееся в 60-70-е годы, увы, слишком далеко находилось от православной культуры. То поколение воспитывалось на Моральном кодексе строителя коммунизма – документе, принятом на XXII съезде КПСС в 1961 г.

Хотя в Моральном кодексе и повторялись многие положения вышеописанных заповедей, но они воспринимались молодыми атеистами начетнически, не ложились на душу, скользили по поверхности их атеистического сознания. Одно дело чувствовать ежесекундную ответственность перед Богом за неправедность своих действий (с последующим покаянием за них), другое – испытывать вину перед парторгом или главврачом, которые могут и не узнать о твоих проступках. Грубость, невнимание к больному, небрежность в уходе за ним стали чуть ли не родовой чертой советского здравоохранения. Известно, что талантливый писатель, кинорежиссер и актер В.М.Шукшин в 1974 г. покинул московскую больницу в знак протеста против неправедных дел младшего и среднего медперсонала.<sup>203</sup> Покинул, не долечив сердце. Спустя некоторое время оно у него остановилось в дни съёмок фильма (во сне). Ему было всего 42 года.

---

<sup>202</sup> Этатизм – рассматривание государства как высший результат и цель общественного развития.

<sup>203</sup> «Литературная газета» опубликовала возмущенное открытое письмо В.М. Шукшина.

Безусловно, в нашей медицине много замечательных медицинских сестер, но их добросердечность выглядела как феномен в здравоохранении. И имели они это качество не благодаря, а вопреки советской власти. В таких сестрах сохранялась дореволюционная православная культура. Общая культура сестринского ухода за годы советской власти трансформировалась в негативную сторону. От таких изменений страдал, в первую очередь, пациент. Больной человек нуждается в большей заботе и внимании, чем здоровый. От этой заботы может зависеть его самочувствие и здоровье.

Авторы книги «Православная церковь и современная медицина»<sup>204</sup> подчеркивают огромную роль среднего медицинского персонала в создании хорошей душевной атмосферы, как в поликлинике, так и в стационаре. Большую часть времени больные (особенно стационарные) проводят с медсестрами, а не с врачами. Больные люди особенно восприимчивы к обращению и отношению к ним. В книге описан случай. Медицинская сестра Х., работая с тяжелобольными, профессиональные обязанности исполняла хорошо и аккуратно. Ни разу не подвергалась административному взысканию. Но сестра не проявляла милосердия к больным, что вызывало ухудшение самочувствия больных. Так, больная попросила у сестры порошок от головной боли. Сестра просьбу не исполнила и ответила: «Обождите, от головной боли вы не умрете, а умрете от той болезни, с которой пришли сюда». Это было сказано в палате в присутствии других таких же больных. Больные женщины долго плакали, лишились сна и душевного покоя надолго. Позже, та же сестра на просьбу больной сказать о ее заболевании, ответила: «Если я скажу, что у Вас, мне доктор язык отрежет». Это заявление надолго ухудшило состояние здоровья пациентки.<sup>205</sup> Читателю, думается, не трудно вспомнить пример неучтливости обращения медсестер из собственной практики. Авторы этой книги убеждены, что медицинская этика может и должна базироваться на религиозной морали, «ибо только последняя заключает в себе высший аспект любой этики».<sup>206</sup>

### **Изменения в сестринском деле в постсоциалистическое время (1992 – 2000-е гг.)**

В марте 1985 г. в очередной раз сменилось советское руководство.<sup>207</sup> Новый Генеральный секретарь ЦК КПСС М.С.Горбачёв пытался изменить

---

<sup>204</sup> Православная церковь и современная медицина. Ред. Филимонов С. Ф. (Филин И., Лебягина Г.В., Ясюкевич Н.Ю., Акулин И.М., Корюков А.А.). – СПб., 2002. – 432 с.

<sup>205</sup> Там же. – С. 132.

<sup>206</sup> Там же. – С. 43.

<sup>207</sup> В 1982 г. умер Генеральный секретарь ЦК КПСС Л.И. Брежнев, который был в тогдашней политической системе высшим лицом в СССР. Ему на смену пришёл Ю.В. Андропов (1982-1984 г.). Ему на смену пришёл М.С.Горбачев, потерявший власть фактически в августе 1991 г, формально – в декабре 1991 г.

некоторые порядки в стране. Была объявлена гласность.<sup>208</sup> Разрешены выборы депутатов на альтернативной основе. Допускалась кооперативная собственность (частная – под запретом). Полностью прекращены гонения на церковь. Летом 1988 г. прошло празднование тысячелетия крещения Руси. Однако на радикальные реформы КПСС пойти не решилась. В августе 1991 г. высшие руководители страны (вице-президент СССР, председатель Совета министров СССР, министр обороны, министр внутренних дел, председатель КГБ и др.) организовали государственный переворот (ГКЧП), пытаясь ликвидировать слабые ещё демократически начинания. Переворот не удался. СССР развалился. Президент России Б.Н. Ельцин повел страну по пути коренных демократических реформ, покончил с социалистическим экспериментом. Установилась свобода слова. Выборы стали свободными, многопартийными.<sup>209</sup> Реабилитирована частная собственность. Рубль превратился в валюту. На международной арене Россия уже не воспринималась «империей зла», каковой она квалифицировалась с 1983 г. после уничтожения советскими ВВС южнокорейского пассажирского самолета. Либеральные реформы шли с колоссальным трудом. Сказывалось, в том числе, и то, что представительная власть в центре и в регионах находилась в руках коммунистов, исполнительные органы были сформированы из старой партийно-хозяйственной номенклатуры, за несколько поколений народ отвык от индивидуального предпринимательства, свободу воспринял как анархию и т.п. Реформы, конечно, коснулись и советского здравоохранения.

Советскому здравоохранению было чем гордиться. Ещё в 30-е годы было покончено с эпидемиями. Это заслуга дореволюционного поколения медиков и их учеников. Бесплатный принцип советского здравоохранения<sup>210</sup> был перенят не только социалистическими странами, но и некоторыми капиталистическими (Великобританией, например). Участковая организация медицинского обслуживания получила международное признание. Диспансеризация всего населения СССР (с 70-х годов) начинала давать неплохие результаты, которые могли бы стать отличными. Но не стали.

Вот что говорили депутаты на июльской и октябрьской сессиях 1991 г. Кемеровского областного совета. (Это был последний год СССР.) А.Г.

---

<sup>208</sup> Политика гласности – это возможность говорить правду о многом, но действовали существенные запреты. Так, например, можно было раскрывать «белые» пятна истории, но нельзя критиковать социализм. Гласность не является свободой слова. Но это был огромный прорыв в советской системе тотальных запретов.

<sup>209</sup> Выборы в СССР, по сути, не были таковыми. В избирательном бюллетене стояла только одна фамилия того, кого утвердили в соответствующем парткоме КПСС. На избирательные участки людей фактически сгоняли. Поэтому отчетная цифра явки избирателей была 99,9 %. Итоги голосования за «блок коммунистов и беспартийных» – такая же. Из двух кандидатов разрешили избирать весной 1989 г. на выборах в Верховный Совет СССР. На следующий год выборы (в республиканские, региональные и местные советы) проходили уже на альтернативной основе.

<sup>210</sup> Бесплатная медицина была еще в XIX в. См. параграф «Состояние сестринского дела в связи с развитием земской медицины».



Тулеев (председатель Совета): «Мы не доживаем по сравнению с Европой 20 лет... Человеческая жизнь в Кузбассе обесценилась... Каким нужно быть варваром, зная, что детям не хватает лекарств, что пенсионерам укорачивается жизнь из-за того, что нет медицинской технологии». Желудков (врач): «У меня 24 года медицинского стажа. Все эти годы я работал на две ставки. Получается, что я отработал 48 лет (мне сейчас 43 года). То есть, за 5 лет до своего рождения я начал работать... У меня уже никаких ресурсов нет». С.П. Стальмаков (врач): «Мы являемся заложниками, потому что государство поставило нас между собой и больными... Мы находимся в ситуации, когда не знаем, что же нам делать с умирающим больным... Нечем лечить больных, нечем давать наркоз, операционные сестры считают каждый метр бинтов и марли. Нет врачебных перчаток... На территории Кузбасса два фармзавода..., а у нас нет медикаментов. Не на что положить роженицу...». Н.Б. Мелянченко (завоблздравом, не депутат): «Средняя продолжительности жизни кузбассовца – 57 лет. Для сравнения, в Японии – 75 лет; США – 71 год; Пуэрто-Рико, Уругвае – 76 лет женщины и 69 лет мужчины... В Кузбассе из каждых 1000 родившихся – 20 умирает, не дожив до одного года. В Японии – 5, Голландии, Франции – 7 чел. В результате преждевременной смерти из-за травм мужчины умирают, не дожив до пенсии 23 года, женщины – 16 лет. На втором месте - инфекционные болезни, затем – заболевания органов дыхания, онкологические...».<sup>211</sup>

Ещё в 1973 г. знаменитый академик А.Д. Сахаров<sup>212</sup> писал, что в Советском Союзе лучше не болеть, потому, что вылечиться весьма проблематично. Современнику из XXI в. трудно поверить, что многие советские врачи на свою мизерную зарплату покупали медикаменты для больных. Каждый врач-дежурant стационара имел заветный полиэтиленовый мешочек, в котором были гипотензивные, бронхолитики (терапевт), антигипоксанты, спазмолитики и синтетические прогестины (акушер) и др. С их помощью он и выводил больного из критического состояния. Таких медикаментов в стационаре практически не было.

«Погибал у меня больной, – вспоминал выдающийся кардиохирург России профессор Л.С. Барбараш<sup>213</sup>, – нужны были антибиотики, их в больнице нет. 70-е годы... Я сказал родственникам больного, что именно надо купить. Они же, по простоте душевной, рассказали о моей просьбе главному врачу. Мне, конечно, – выговор за «разглашение государственной тайны». Но нужные лекарства родственники всё же купили, больной поправился. Уже тогда государство только на словах, в лозунгах

<sup>211</sup> Цит. по Лопатин Л.Н. Кузбассовцы в годы реформ. – Кемерово, 1995. – С. 50.

<sup>212</sup> Трижды Герой Социалистического труда академик А.Д. Сахаров («отец» советской водородной бомбы) в 70-е годы резко критиковал внутреннюю и внешнюю политику СССР. Считался диссидентом (инакомыслящим). Был сослан в г. Горький. Освобожден М.С. Горбачевым.

<sup>213</sup> Л.С. Барбараш (основатель и директор Кемеровского областного кардиоцентра) в 1999 г. стал Действительным членом Российской Академии Медицинских Наук (РАМН).

гарантировало бесплатную медицину, а обеспечить её бесплатность уже не могло. Но лукавили, хитрили, сами себя обманывали».<sup>214</sup>

Таким образом, бесплатный принцип советской медицины не означал её общедоступности. Почему? На нужды здравоохранения советская власть выделяла всего 2,3 % валового национального продукта, тогда как по данным Всемирной организации здравоохранения минимально допустимый уровень для развивающихся стран – 7 %, развитых – от 9 % до 12 %. Недофинансирование (в 4-5 раз) создало проблемы, от которых отечественное здравоохранение не может избавиться и в постсоциалистические годы.

Наряду с другими факторами бесплатность способствовала формированию в советском человеке чувство известной безответственности за своё здоровье. Психологически ему казалось, что собственное здоровье не имеет для него материальной ценности. Поэтому он не очень-то заботился о здоровье (пьянствовал, курил, не занимался спортом и пр.), будучи уверенным, что «в случае чего» его бесплатно вылечит государство. Известно, что здоровье человека на 51 % зависит от его здорового образа жизни, 20% – от экономических факторов, до 11% от наследственности. И только 8% – от медицинского обслуживания.<sup>215</sup>

О возможностях же вести здоровый образ жизни и экономических факторах, влияющих на здоровье, вполне говорят слова одного из руководителей шахтерской забастовки 1989 г. в Кузбассе проходчика Ю.Л. Рудольфа: «Шахтёр вкалывал, как говорится, до блевотины, нарушая все нормы техники безопасности, рискуя головой каждую минуту. Если нет выполнения плана, значит, нет и заработка. Потому сознательно и шли на нарушения техники безопасности. Придешь домой..., а там всегда полно работы по хозяйству: капуста, лук, помидоры, огурцы, картошка – всё своё. А как же иначе? Отцы так жили, и мы так живём. Хотя понимаю, что неправильно это. Домой с огорода возвращаешься в 11 – 12 вечера, а в шесть сорок утра надо быть на шахте... Да-а! Рабочий день получается длинноватым, с полседьмого утра до 11 вечера... Первый год, когда перешел из мастеров в лаву (ответственности – меньше, а денег – больше), я сильно уставал. Но потом втянулся. Около года приходил домой и ничего не делал, – просто спал. Порой будит меня жена утром на работу, а я сквозь сон отмахиваюсь от неё, говорю: «Ужинать не буду! Лучше посплю». А она: «Какой ужин? Он вчера был. Ты вставай, утро уже, на работу пора».<sup>216</sup>

---

<sup>214</sup> Медицинский вестник. – 1996. – №11 (53), 1-15 июня 1996. (Российская народно-врачебная газета). Весь номер посвящен пятилетней годовщине страховой медицине Кузбасса. – С. 15.

<sup>215</sup> О соотношении факторов, влияющих на здоровье человека есть и несколько иные цифры, различающиеся в деталях. Но главный смысл остается: медицина фактор не определяющий.

<sup>216</sup> Лопатин Л.Н. Рабочее движение Кузбасса в воспоминаниях его участников и очевидцев. – М., 1998. – С. 87.

А труд у шахтеров был тяжелым. В 1987 г. до 40% шахтеров Кузбасса были заняты физическим трудом.<sup>217</sup> По их собственному выражению, за смену они «выматывались». Проведя научное обследование, медики (цеховые врачи, гигиенисты, физиологи, профпатологи) установили, что к концу, смены наибольшая физическая утомляемость наступала у горнорабочих очистного забоя (ГРОЗ) 1–3 разрядов. Замеряя реакцию на внешние раздражители, показатели функций дыхания, процент содержания кислорода в крови и др. медики установили, что утомляемость ГРОЗ 1–3 разрядов была почти абсолютной – 97,5%, ГРОЗ 5 разряда – 69%, проходчиков – 63%, рабочих вспомогательных профессий 32-43%. До начала следующей смены люди не успевали отдохнуть. Только у 20% рабочих основных профессий (машинисты выемочных машин, машинисты подземных установок, проходчики, мастера-взрывники, электрослесари) наступало полное физиологическое восстановление, у 59% – лишь частичное, и у 21% оно полностью отсутствовало. Ничего удивительного в том нет. 67,4% обследованных шахтеров в выходные дни занимались домашним хозяйством.<sup>218</sup>

Сопоставление научно обоснованных рекомендаций медиков с реалиями жизни создает удручающую картину. Врачи советовали: «Очередной отпуск проводить вне дома». А на кого шахтёр оставит своё «подсобное» хозяйство, пока он будет лечиться на курорте, в санатории, отдыхать в турпоездке? Поэтому только 30% обследованных шахтеров отпуск проводили вне дома. «За 2-3 часа перед началом работы, – советовали ученые, – не показаны физические нагрузки по дому...». А кто будет управляться на личном подворье? «Длительность сна между сменами, – настаивали медики, – не должна быть меньше семи часов». А откуда можно набрать эти часы, если 10 и более часов занят шахтой, а потом домашним хозяйством, в котором шахтер должен приложить свои руки не только как земледелец или скотовод, но и как каменщик, плотник, штукатур-маляр и даже сапожник и портной. В условиях крайне неразвитой сферы услуг другого выхода у него не было. «Четырёхкратный режим питания при работе в первую смену и пятикратный - при работе во вторую, третью и четвертую смены...», – рекомендовали доктора. Но где было взять в условиях социализма пресловутую колбасу на 2–3 «тормозка»? «Включать в ассортиментный минимум витаминизированные соки с мякотью, салаты из свежих овощей, – совет медиков, видимо, самый ироничный для Кузбасса с его тотальными дефицитом даже на обычные продукты.<sup>219</sup>

Но медики не думали ни шутить, ни иронизировать. Они давали научные рекомендации, без соблюдения которых потеря здоровья становилась неизбежной. Это и случалось с неумолимой закономерностью.

---

<sup>217</sup> Лопатин Л.Н. История рабочего движения Кузбасса 1989-1991 гг. – Кемерово, 1995. – С. 19.

<sup>218</sup> Там же.

<sup>219</sup> Там же.

Проведя в начале 80-х годов медицинское обследование, доцент В.М. Ивойлов установил, что уровень общей заболеваемости шахтеров Кузбасса составил 1939 случаев на 1000 работающих. Иными словами каждый шахтер ежегодно болел в среднем дважды. По его данным, заболеваемость зависела от следующих факторов: от режима питания (1480 – у соблюдавших, 1836 – не соблюдавших), от режима проведения выходного дня (1600 – у отдохавших, 1907 – работавших в домашнем хозяйстве), от места проведения отпуска (1709 - у отдохавших вне дома, 1989 – отдохавших дома), от профессионального стажа работы (1285 – со стажем работы до 10 лет, 1725 – после 21 года).<sup>220</sup>

Особенно разительна зависимость заболеваемости от пристрастия к алкоголю (1781 случай на 1000 обследуемых, злоупотребляющих алкоголем против 865 – почти его не употребляющих). Причем удельный вес злоупотребляющих алкоголем в исследуемой группе составлял 87,3%, курящих табак – 9,6%, имеющих плохой режим питания – 55,5%. С учетом тяжелого труда, отсутствия возможности для реабилитации сил табак и водка играли свою заметную роль в высокой заболеваемости шахтеров с временной утратой трудоспособности. На 1000 кадровых подземных рабочих приходился 11301 календарный день с утратой трудоспособности.<sup>221</sup> Было бы как будто вполне резонно отнести причины заболеваемости не на счёт государственных недоработок, а на счёт каждого индивидуума. Но в том и дело, что личное поведение программируется обществом, его производственными отношениями. Существовавшая в СССР система отношений в процессе труда, обмена, распределения и потребления предопределили образ жизни советского человека. Перед ним в целом не было выбора – иметь или не иметь личное подсобное хозяйство (оно необходимо как способ выживания), отдыхать или не отдыхать на курорте или в круизе (путевки не достать), проводить выходные дни в загородной прогулке или заниматься домашним хозяйством, посещать оперу или «пить горькую» (как делали его отец, дед, но не делал квалифицированный рабочий царских времен или 20-х годов), иметь привычку заниматься спортом или курить, пить, лежать на диване.

То, что сказано о шахтерах справедливо и для других групп населения. При низкой заработной плате, люди разных профессий искали дополнительные возможности существования: работали в две смены, не использовали отпуска, занимались сельским хозяйством на «мичуринских» и другое.

Часть чисто экономических проблем отечественного здравоохранения могла бы снять страховая медицина, введенная в 1992 г. сначала в Кузбассе (в качестве эксперимента), а затем по всей России. Кузбасский эксперимент

---

<sup>220</sup> Лопатин Л.Н. История рабочего движения Кузбасса 1989-1991 гг. – С. 20.

<sup>221</sup> Ивойлов В.М. Социально-гигиеническая характеристика рабочих угольных шахт и пути совершенствования лечебно-профилактической помощи. Методические рекомендации. (Для служебного пользования). – Кемерово, 1984. – С. 4-11.

с введением страховой медицины в течение года дал хороший результат: в стационарах стало появляться новейшее медицинское оборудование, качественно изменилось лекарственное обеспечение, заметно выросла зарплата медицинского персонала.

В 1993 г. страховой принцип распространили на всю Россию. Результат получился иной. Им оказались недовольны как медики, так и их пациенты. Медицина фактически становилась платной. Что произошло?

Когда в Кузбассе была введена страховая медицина, отчисления предприятий на медицинские нужды составляли 10,7% оплаты труда. В Верховном Совете РСФСР, который на 80% состоял из коммунистов, эту научно обоснованную норму<sup>222</sup> отстоять не удалось. Законодатели, избранные ещё при советской власти<sup>223</sup>, утвердили норматив в три раза меньший – 3,6%. В 1996 г. для нормального функционирования здравоохранения Кузбасса как раз и не хватало 60-70%.

А если учесть, что к этому времени широко распространилась практика неплатежей,<sup>224</sup> то станет ясным, что и эти, заниженные в три раза средства, не собирались. Страховая организация оплачивала всего 30-40% действительной стоимости медицинских услуг. Можно считать, что на треть своего потенциала стала срабатывать и сама система медицинского страхования. «Приходят страховщики в ЛПУ контролировать качество лечения, рассказывала работник страховой компании Л.Е.Исакова, – а им врачи в лицо: «Кто вы такие, чтобы за качество спрашивать. Мы всего треть по тарифам зарабатываем, скажите спасибо, что так лечим».<sup>225</sup>

Волонтаризм законодателей, не пожелавших считаться с расчетами ученых, дорого обошёлся людям, которые из собственного кармана

---

<sup>222</sup> Научное обоснование страховой медицины провели ученые Кемеровской государственной медицинской академии под руководством профессора Г.Н. Царик.

<sup>223</sup> Верховный Совет РСФСР (высший законодательный орган) был избран весной 1989 г. На 80 % он состоял из коммунистов. После падения социализма (август 1991 г.) его не распустили. Он функционировал до октября 1993 г. В октябре 1993 г. ВС стал вдохновителем, организатором и центром начинавшегося вооруженного восстания против демократической власти. Президент РФ Ельцин приказал силой подавить этот центр. Были произведены несколько танковых залпов по Белому дому, в котором и располагался Верховный Совет (сейчас это здание правительства РФ). Начался пожар. Организаторы (Хасбулатов, Руцкой) сдались. В декабре 1993 г. прошли выборы в новый орган законодательной власти – Государственную Думу. Победили коммунисты. Избиратели поставили в вину демократам тот расстрел Белого дома. В сознании россиян прочно утвердился миф о президенте Ельцине как зачинщике октябрьского 1993 г. применения силы.

<sup>224</sup> В середине 1989-х годов широко распространилась практика неплатежей, то есть отказа предпринимателей платить за поставленную продукцию, выплачивать зарплату работникам (порой не платили по полгода). С одной стороны это было следствием несовершенства национальной финансовой системы, с другой – проявлением непорядочности людей, воспитанных советской системой. По существовавшим тогда законам юридической ответственности предпринимателей за их воровство чужого труда не наступало.

<sup>225</sup> Медицинский вестник. – 1996. – № 11 (53), 1 - 15 июня. – С. 14.

вынуждено стали оплачивать эти недостающие 2/3 бюджета лечебных учреждений. К тому же, как только государство обнаружило в страховых взносах предприятий дополнительный источник, как тут же снизило бюджетные ассигнования на здравоохранение. Ничего принципиально не изменилось и в 2000-е годы, когда в России благодаря нефтедолларам<sup>226</sup> не только формировался полноценный госбюджет, но и появились колоссальные дополнительные средства. Бюджет здравоохранения формировался, как и в советское время, по остаточному принципу.

К началу реформ 90-х годов сформировались первоочередные проблемы сестринского дела в России. Для сравнения: первая Европейская конференция по сестринскому делу состоялась в 1988 г. На этой конференции было рекомендовано европейским странам определить цель, роль в обществе и стратегию развития сестринского дела. Европейский регион ВОЗ объединяет 50 стран мира, большинство из которых определили свою стратегию. ВОЗ призывала к этому и СССР. Эту инициативу поддержали лишь в постсоветской России. В Министерстве здравоохранения РФ была создана рабочая группа по подготовке государственной программы развития сестринского дела. Проект этой программы был составлен на основе концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ. Всемирная Организация Здравоохранения выступила с глобальной программой: «Здоровье для всех к 2000 г.».

Анализ состояния сестринского дела показал, что в постсоциалистической России необходимо было добиться: во-первых, повышения престижности профессии медицинской сестры и её роли в системе здравоохранения; во-вторых, повышения качества её работы, в том числе на основе распространения передового опыта и научных достижений в области сестринского дела; в-третьих, защиты интересов медицинских сестер в законодательных, административных и других органах власти; в-четвёртых, выхода из самоизоляции и сотрудничества с международными организациями и правительственными учреждениями.

В надежде найти подсказку в решении глубочайшего отечественного кризиса постсоциалистическое общество тогда обратилось, во-первых, к мировому опыту, во-вторых, к собственному дореволюционному прошлому. В связи положением Всемирной организации здравоохранения о том, что сестринское дело является самостоятельной дисциплиной, встала задача перестройки системы обучения медицинских сестёр. Необходимо было дать четкое определение функциональных обязанностей медицинской сестры, разработать стандарты качества ее работы. Сестринский уход за больными должен был рассматриваться как организованный многоплановый процесс, направленный на личность с её физическими и психосоциальными

---

<sup>226</sup> Из-за исключительной неэффективной экономики госбюджет СССР во многом формировался за счет продажи за рубеж природных ресурсов, особенно нефти. Это сохранялось и в постсоциалистические годы. Если при президенте Б. Ельцине баррель нефти стоил 3-11 долларов, то при президенте Путине – до 140 долларов. Отсюда и шла видимость эффективной экономики в 2000-е годы.

проблемами. Такой подход к сестринскому делу, принятый в развитых странах мира, требовал и подготовки специалистов особого уровня – медицинских сестер с высшим образованием. Обращаясь к дореволюционному прошлому, вспомнили о славной истории российских сестёр милосердия.

Поиском решения этих задач занимались участники Первой Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела, состоявшейся в подмосковном Галицино в 1993 г. Считается, что эта конференция положила начало реформы сестринского дела в России. На этой конференции было дано определение сестринского дела. В резолюции говорилось: «Как часть системы здравоохранения сестринское дело является наукой и искусством, направленным на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в меняющихся условиях окружающей среды». Были сформулированы основные философские принципы сестринского дела в России. Эта философия «является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между сестрой, пациентом и окружающей средой. Она основана на общечеловеческих принципах этики и морали. В центре этой философии находится человек... Основными принципами философии сестринского дела являются уважение к жизни, достоинству и правам человека».<sup>227</sup> В рамках новой философии были даны определения ключевых понятий ухода: сестра, пациент, сестринское дело, окружающая среда. Для российских сестер обязательным признается этический кодекс Международного совета медицинских сестер. Согласно международной договоренности, философия сестринского дела основывается на четырех понятиях: пациент как личность; сестринский уход как наука и искусство; окружающая среда; здоровье.

В сестринской этике особо выделена медицинская деонтология как совокупность норм поведения сестер в конкретных ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью и выполнением морального долга по отношению к пациенту.

До 1991 г. образование медицинской сестры можно было получить в медицинских училищах за 2-3 года. С 1991 началась подготовка сестринского персонала в колледжах по 4-летней программе обучения. Получается, что только в годы реформ государство, наконец, поняло сложность и важность для здоровья людей необходимость квалифицированной работы медицинских сестер. Специалисты сестринского дела (Н.А. Догадина, В.Я. Кривелевич, Л.Н. Трусова, С.Е. Хвощева, И.О. Слепушенко и др.) считают, что российскому здравоохранению нужна медицинская сестра, которая была бы не только хорошим исполнителем профессиональных обязанностей, но и творческой личностью, учитывающей психологические особенности больного и даже отношения в семье.<sup>228</sup> Шанс

---

<sup>227</sup>Мухина С.А., Тарновская И. И. Теоретические основы сестринского дела. – С. 10, 14.

<sup>228</sup> См. Хвощева Е.С. Рассказы об истории сестринского дела. – Владивосток, 2006.

воспитать именно такую личность в колледжах гораздо больший, чем за 2 года в училищах.

В годы реформ в России сформировалась четырёхуровневая структура образовательных учреждений для среднего медицинского персонала: училище – колледж – вуз. На первом уровне (базовом) в медицинском училище готовится медицинская сестра широкого профиля, обеспечивающая общий уход и наблюдение за пациентом, способная оказать неотложную помощь. На втором уровне (повышенном) в колледже готовится медицинская сестра, способная работать в специализированных и крупных лечебно-профилактических учреждениях, учреждениях социального обеспечения, преподавателем сестринского дела в средних профессиональных учреждениях. На третьем уровне (вузе) готовятся медицинские сестры с высшим образованием, которые могут работать менеджерами, главными сестрами многопрофильных крупных больниц и медицинских учреждений, заниматься научной деятельностью. На четвертом уровне (аспирантура) готовятся кадры высшей квалификации для преподавания в вузах и колледжах.

Проведена реорганизация сети средних учебных заведений, в 35 медицинских вузах открыты факультеты высшего сестринского образования.

Создан государственный образовательный стандарт по специальности «Сестринское дело». Введены новые программно-методические комплексы по специальностям и дисциплинам. Внедрено в практику новое поколение модульных учебных планов и программ по сестринским дисциплинам.

В отечественной практике среднего медицинского образования отсутствовала специальная подготовка преподавателей для медицинских училищ. Предполагалось, что любой врач может квалифицированно обучить медсестру, фельдшера или акушерку. И для этого ему не обязательно быть специалистом сестринского дела, знать основы педагогики и владеть методикой преподавания этих дисциплин. Такой упрощенный подход к подготовке преподавательских кадров привел к тому, что медсестер обучали выпускники медицинских институтов, имеющие врачебную квалификацию, но не являющиеся специалистами сестринского дела. Во многом отсюда шло обучение медсестер по принципу обучения врача, когда достаточно тщательно изучаются болезни с их этиологией, патогенезом, вариантами клиники, возможными осложнениями, экстренными ситуациями, лечением.

С 1991 г. открылись факультеты высшего сестринского образования (ВСО) в Москве и Самаре. На сегодняшний день их более 30. Большинство из них имеют заочное отделение, где могут получить высшее образование медсестры со стажем работы.

В Кузбассе в Кемеровской государственной медицинской академии в 2001 была открыта специальность «Сестринское дело». За 8 лет состоялось 3 выпуска специалистов, имеющих специализацию «менеджер». Выпускники специальности «Сестринское дело» работают в ЛПУ. Это специалисты, способные возглавить управленческие структуры сестринских служб, осуществлять реформы, проводимые в здравоохранении. В соответствии с



полученной специальностью в компетенцию выпускника входят оказание высококвалифицированной сестринской помощи, включая укрепление здоровья и профилактику заболеваний; непосредственный уход за больными; организация и управление сестринскими службами. Не случайно главным специалистом сестринского дела в Кузбассе стала одна из первых выпускниц ВСО КемГМА, президент Ассоциации медицинских сестер Кемеровской области Дружинина Т.В. В 2002 г. под эгидой Медицинской академии был создан учебный комплекс «медицинское училище – колледж – вуз», позволяющий более эффективно отбирать абитуриентов для поступления на факультет.

Такие преобразования открыли возможность для развития науки в сестринском деле. Сестры стали защищать кандидатские диссертации, а лидер сестринского дела Г.М. Перфильева в 1995 г. защитила докторскую диссертацию по теме «Сестринское дело в России». Для информационного обмена с 1995 г. стал выходить журнал «Сестринское дело», с 2001 г. – журнал «Сестра милосердия».

Важным событием в истории сестринского дела явилось создание в 1992 г. Ассоциации медицинских сестер России – неправительственной профессиональной организации. Обычно, общественные профессиональные структуры создаются для защиты интересов людей в них входящих. Здесь же пункт «юридическая защита интересов и прав медсестер» стоял лишь на 6 месте в числе 11 задач, определявших функции Ассоциации. В числе первоочередных стояли: «разработка стандартов профессиональной деятельности», «внедрение контроля за качеством работы медицинской сестры», «организация непрерывного обучения медицинских сестер в системе повышения квалификации и дополнительного последиplomного образования», «участие в разработке программ аттестации и сертификации медсестер», «привлечение членов Ассоциации к научным исследованиям в области сестринского дела». Эти «первоочередные» задачи должна была решать всё-таки не общественная структура, а государственные органы. А Ассоциация должна была инициировать перед ними их решение. Видимо, сказывалась неопытность советских людей впервые за 75 лет получивших право создавать независимые от государства организации. Или, быть может, – отсутствие надежды на государство. На конференции впервые на всю страну и прозвучала мысль о возрождении традиций сестёр милосердия в работе медицинских сестёр.

В ходе практической деятельности Ассоциация всё-таки скорректировала себя в пользу защитных функций. Совсем не случайно первый президент Ассоциации медицинских сестер России В. А. Саркисова, говоря о задачах созданной общественной структуры, всегда выделяла именно защитные функции: страхование профессионального риска и обеспечение профилактических мер против инфекционных заболеваний для сестер реанимационного, операционного, анестезиологического и гематологического отделений; пересмотр нормативов работы; существенное улучшение социально-экономического положения медицинских сестер,

вспомогательного и технического персонала; привлечение внимания правительства РФ к проблемам медицинских сестер. По её мнению, необходимо было повысить статус медицинской сестры, которая должна обладать высоким профессионализмом, быть равным партнером в медицинской бригаде.

В декларируемых положениях Ассоциации отражено то, чего были лишены медицинские сестры в советское время. С появлением демократических свобод, медицинские сестры, наконец-то, заявили о своих интересах и интересах пациента. Это тем более важно, что заработная плата, условия работы, социальная незащищенность среднего медицинского персонала не способствовали повышению престижа профессии. В условиях советского тоталитаризма невозможны были «сотрудничество с международными организациями и правительственными учреждениями» и «распространение передового опыта и научных достижений в области сестринского дела». Следовательно, о достойном развитии сестринского дела на уровне международных стандартов не могло быть и речи. Особо примечателен тезис о возрождении милосердия, что лишний раз говорит об его отсутствии в советском сестринском деле как явления.

В июне 1996 г. в Санкт-Петербурге Ассоциация медицинских сестер России и Минздрав РФ организовали Всероссийскую конференцию по сестринскому делу. На ней Ассоциация получила признание как национальная организация, представляющая и защищающая интересы медицинских сестер России. Конференция приняла «Этический кодекс медицинской сестры», что, по мнению её участников, «вселяло надежду на полное возрождение морально-этических принципов в медицинской деятельности».

На очередной своей конференции в 1997 г. Ассоциация вышла на обозначение задач совершенствования медицинской сестринской помощи в России, входящих в её прямую компетенцию. Она заявила о необходимости: во-первых, пересмотра норм нагрузки и нормативов деятельности медсестер разных специальностей; во-вторых, изменения их оплаты труда; в-третьих, улучшения социальных условий медсестёр; в-четвёртых, регламентации и контроля безопасности условий их труда; в-пятых, создания профессиональных ассоциаций в регионах и утверждения их статуса законодательно.

В 1998 г. в Санкт-Петербурге прошёл Первый Всероссийский съезд средних медицинских работников. На съезде был представлен проект Государственной программы развития сестринского дела в РФ. На съезде обсуждались вопросы организации сестринского дела в учреждениях здравоохранения, подготовки и переподготовки специалистов со средним медицинским образованием, проблемы ВСО.

К 2000 г. в России созданы 44 региональных сестринские ассоциации. Межрегиональная ассоциация имела 41,5 тысяч членов. В ее состав вошли представители 69 регионов страны и 31 региональная ассоциация.<sup>229</sup>

Авторитетно о себе заявили Ассоциации: Алтайская (Л.А.Плигина), Астраханская (В.П.Анопко), Новосибирская (Л.Д. Гололобова), Омская (Т.А.Зорина), Ставропольская (Н.Б.Комаревцева), Читинская (В.И.Вишнякова) и др.

Медсестры на конференциях сделали вывод, что реформы сестринского дела, будут проходить в условиях дефицита экономических и кадровых ресурсов, что в ближайшие годы притока кадров медицинских сестер в здравоохранение ожидать не следует. И не ошиблись. Несмотря на колоссальные свободные средства в государственном бюджете, появившиеся в 2000-е годы в связи с благоприятной для России конъюнктуры цен на нефть, ни на сестринское дело, ни на здравоохранение в целом достойного финансирования не наступило. Медсестры неоднократно заявляли, что сохранение кадров сестринского персонала, поддержание уровня их профессионализма — одна из основных актуальных задач программы развития сестринского дела в стране. По их мнению, в основе стратегии развития сестринского дела в России должны быть заложены принципы первичной медико-санитарной помощи. Стратегия развития сестринского дела, считают они, должна выходить на научное обоснование; соответствие меняющимся потребностям здравоохранения; обеспечение общедоступности медицинской помощи; учёт интересов социально не защищенных групп населения, гарантии высокого качества и безопасности медицинской помощи на дому и в ЛПУ; ориентированность не на болезнь, а на активную профилактику, основанную на здоровом образе жизни; повышение социально-правового статуса медицинской сестры, акушерки, фельдшера; восстановление и сохранение традиций российских обществ сестёр милосердия. Это и есть конечные цели проекта «Национального плана развития сестринского дела в Российской Федерации».

Вторая половина 90-х – начало 2000-х гг. характеризовались юридическим оформлением вопросов развития сестринского дела в постсоциалистической России. В ноябре 1997 г. правительство РФ одобрило «Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», в соответствии с которой развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) определялось одним из основных направлений в совершенствовании организации оказания медицинской помощи. На основе этой концепции Минздрав РФ 31 декабря этого же года принял приказ (№ 390) «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации». Через три года (9 января 2001 г.) – приказ (№ 4) «Об отраслевой Программе развития сестринского дела в Российской Федерации».

---

<sup>229</sup> Мухина С.А., Тарновская И. И. Теоретические основы сестринского дела. – С. 39.

Отраслевая программа развития сестринского дела была разработана в соответствии с Концепцией развития здравоохранения медицинской науки в России. В качестве задач в ней определялось: формирование оптимальных условий для повышения эффективности и усиления роли сестринского персонала в оказании медицинской и медико-социальной помощи населению, совершенствование системы управления сестринским персоналом, повышение профессионального и социального статуса профессии, обеспечение социальной защищенности специалистов сестринского дела.

В ноябре 2002 г. вышел приказ МЗ РФ «Об организации деятельности медсестёр общей практики». В июне 2002 г. приказом МЗ РФ (№ 209) введена специальность «Управление сестринской деятельностью». Приказом МЗ РФ (№ 267) от 16 августа 2002 г. определен перечень должностей для специалиста с высшим сестринским образованием. Приказом (№ 288) от 13 сентября 2002 г. утверждено «Положение» об организации деятельности таких специалистов. В 2002 г. приняты Государственные Образовательные Стандарты (ГОС) нового поколения, в которых определена унифицированная программа по подготовке медицинских работников в средних специальных медицинских учреждениях.<sup>230</sup>

На XXII конгрессе Международного совета медицинских сестер (МСМ) в Копенгагене (10–15 июня 2001 г.) среди 5 тысяч его участников из 124 стран, были приглашенные и из России, которая к тому времени пока так и не стала членом МСМ. Съезд проходил под девизом: «Сестринское дело: Новая эра для действий». Акцент делался на активном участии медицинских сестер во всех сферах жизни и даже в политике. Подчеркивалось, что сестринское дело есть специализированная область здравоохранения, в которой принятие ключевых решений должно быть в компетенции не врачей, и тем более не политиков-администраторов, а медицинских сестер. Но только в мае 2005 г. на XXIII конгрессе МСМ в Тайбее (Тайвань) Российская Ассоциация медицинских сестер была принята в Международный совет медицинских сестер, где уже состояли ассоциации 127 государств. Россию представляли: президент В.А. Саркисова, вице-президент Т.А. Зорина и член национального правления Ассоциации Р.Л. Грошева.

В октябре 2004 г. в Москве состоялся II Всероссийский съезд медицинских сестер. На съезде отмечен рост многоуровневой системы подготовки медсестер, что способствовало повышению качества медицинской помощи. Проблемы качества здравоохранения тесно связаны с качеством подготовки и последующей профессиональной деятельностью медицинских сестер. В качестве задач определено повышение

---

<sup>230</sup> Миллер Г.А. Инновационные подходы к обучению медицинских сестер//Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Организация сестринского дела на рубеже веков». – Арзамас, 2000. – С. 85.

профессиональных требований и ответственности сестринского персонала, расширения их профессиональной компетентности, повышения самостоятельности, привлечение специалистов с современным образованием.

2005 г. был годом принятия важных законов о здравоохранении: «Закон об обязательном медицинском страховании», «О государственных гарантиях медицинской помощи», «Об автономных учреждениях здравоохранения», «О регулировании платных медицинских услуг», «Отраслевая программа о повышении структурной эффективности отраслей здравоохранения», «О льготах».

С принятием этих законов российские законодатели опоздали на 12-15 лет. Декларируемая в них доступность медицинской помощи, как и в советские годы, носила фактически лозунговый характер. Если в советское время действительно квалифицированную медицинскую помощь можно было получить в основном «по блату», то теперь – за большие, а для многих категорий населения – очень большие деньги.

В XX в. медицинская этика регламентируется двумя формами социального регулирования – моралью и правом. Мораль – это совокупность исторически обусловленных правил, норм, обычаев, принципов существования и поведения людей, это общественный институт, выполняющий функции регулирования человека во всех сферах жизни. Носителем общественной морали и нравственности является религия. «Интерес собственно нравственный относится непосредственно не к внешней реализации добра, а к его внутреннему существованию в сердце человеческом», считал знаменитый философ Вл. Соловьев ещё в XIX в.<sup>231</sup> В связи с насаждением атеизма в СССР религиозный аспект ушел из медицинской этики. Соответственно, притупилась и моральная составляющая этики.

Приоритетным стало правовое регулирование, которое осуществляется через законы, правительственные постановления, судебные решения. Если моральное регулирование основано на добровольных и свободных началах, то правовое подразумевает прямое или косвенное принуждение. Современное общество пытается с помощью права регулировать отношения людей в разных социальных сферах. Но парадокс заключается в том, что право возникает в «догонку» свершившимся актам. Например, статья «принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации» (ст. 120) появилась после того, как общество столкнулось с такого рода деятельностью людей. Мораль же опережает деяния. Право не может предусмотреть все возможные нарушения. И следует иметь в виду, что законы, право могут меняться в зависимости от политического режима и противоречить общечеловеческим ценностям. Например, законодательство фашистской Германии 1938-39 гг., разрешающее эвтаназию. Ж. Доссе в работе «Научное знание и человеческое достоинство» писал, что люди

---

<sup>231</sup> Соловьев Вл. Оправдание добра. Соч. в 2-х тт. – М., 1988. – Т. 1. – С. 448 – 449.

должны опасаться не научных достижений, а тоталитарных режимов, которые с помощью законодательства могут использовать их против человеческого достоинства.<sup>232</sup>

Мораль, конечно, тоже может зависеть от политического строя. Но она формируется исторически на основе традиций и обычаев. Поэтому её трансформация происходит сложнее и дольше. Это вопрос поколений. Вот почему вопрос морали так важен в медицинской деятельности.

В СССР права гражданина в области здравоохранения сводились к государственным гарантиям от профессиональных преступлений, подлежащих уголовному наказанию. Согласно УК РСФСР от 27 октября 1960 г. к категориям преступлений относилось: «неоказание помощи больному», «незаконное производство аборт», «выдача подложных документов», «незаконное врачевание», «нарушение правил, установленных с целью борьбы с эпидемией», «стерилизация мужчин и женщин без медицинских показаний», «недопустимые эксперименты на людях», «нарушение правил хранения, производства, отпуска, учета, перевозки сильнодействующих ядовитых и наркотических веществ», «халатность», «убийство по неосторожности».

В результате изменений в Уголовном кодексе РФ от 15 мая 1995 г. изъята статья о стерилизации и добавлен ряд новых статей, среди которых «незаконное помещение в психиатрическую больницу», «разглашение сведений, составляющих врачебную тайну».

В новом УК РФ, вступившем в силу 1 января 1997 г., перечень основных профессиональных преступлений сохраняется. Статья о «разглашении сведений, составляющих врачебную тайну», поглощается более общей формулировкой статьи 137 (2) «Нарушение неприкосновенности частной жизни». В раздел «Преступления против жизни и здоровья» вводятся две новые статьи: «принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации» (ст. 120) и «заражение ВИЧ-инфекцией» (ст. 122).

Изменения происходят не только в Уголовном кодексе. В 1993 г. был утвержден Общеправовой классификатор отраслей законодательства, который включает в себя самостоятельную отрасль – Законодательство об охране здоровья граждан, которое в свою очередь представлено рядом законов – «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О психиатрической помощи» и т.д.

Законы детально регламентируют взаимоотношения пациентов, с одной стороны, и медицинских работников и учреждений, с другой, при оказании медицинской помощи. Число нормативных актов растет. И, возможно, это свидетельствует о том, что мораль, как регулятор человеческих отношений, становится менее значимой.

---

<sup>232</sup> Доссе Жан. Научное знание и человеческое достоинство//Курьер Юнеско. – 1994. – ноябрь. – С. 7.

Веками в российской культуре существовала тесная связь религии, этики и медицины. Заданная христианством цель человеческого существования в мире наполнялась конкретными ценностями, нормами морали и реализовывалась в конкретной практической деятельности милосердия и врачевания.

Сестринское дело – часть медицинского ухода, специфическая, профессиональная деятельность, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем и сконцентрировано на заботе о пациентах. Работа сестры должна быть научно обоснованной, систематической и целенаправленной. Специфика работы медицинской сестры в том, что она должна обладать не только профессиональными качествами, но и человеческими. Пациент доверяет сестре свое здоровье. Поэтому он хочет быть уверен в профессионализме сестры, ее порядочности и милосердии. Не случайно христианские сестры милосердия должны были в первую очередь быть добродетельными. Современная сестра должна поступать в соответствии с медицинской этикой. Частью сестринской этики является деонтология («деон» – долг). Деонтология рассматривает, как с точки зрения сестринской этики должна поступать сестра в конкретных ситуациях на работе. Медицинский деонтологический принцип сформулировал Гиппократ (460-377 гг. до н.э.): «Должно обращать внимание, чтобы все, что принимается, приносило пользу». Он писал: «Лицо, посвятившее себя медицине, должно обладать следующими качествами: бескорыстием, скромностью, целомудрием, здравым смыслом, хладнокровием...».<sup>233</sup> Парацельс писал: «Любовь и забота – лучшее лекарство».<sup>234</sup>

Не случайно первая Всероссийская научно-практическая конференция по теории сестринского дела (1993 г.) полностью приводила сестринскую клятву Найтингейл. В ней, как нельзя лучше, отражены деонтологические принципы: «Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обещаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности. Я буду воздерживаться от всего ядовитого и вредного и никогда сознательно не использую и не назначу лекарства, могущего принести вред. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду держать в секрете всю личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентами и их родными. Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неустанной заботе о благополучии всех вверенных моей заботе». Сестра должна придерживаться Золотого правила человечества, которое было сформировано более двух тысячелетий назад: «Поступай с людьми так, как хочешь, чтобы поступали с тобой».

---

<sup>233</sup> Мухина С.А., Тарновская И. И. Теоретические основы сестринского дела. – С. 25.

<sup>234</sup> Сборник материалов первой Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела. – М., 1993.

Сегодня функции сестры определяются целями сестринского дела, которые должны разделять и другие работники системы здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ определяет эти цели следующим образом: «Помощь человеку, семье, группе в определении и достижении физического, умственного и социального здоровья и благополучия в связи с их социальным и экологическим окружением. Укрепление и сохранение хорошего здоровья. Максимальное вовлечение человека в заботу о своем здоровье. Облегчение или снижение до минимума отрицательного воздействия плохого здоровья или болезни на личность. Удовлетворение потребностей людей в физической, эмоциональной или социальной заботе в случае нездоровья, немощи».<sup>235</sup>

Функции же сестры для СНГ определены этим документом так: Первая функция – осуществление непосредственно медицинского ухода. Это могут быть лечебные, профилактические мероприятия, реабилитация, психологическая помощь. Вторая функция – обучение пациентов и их близких мерам для сохранения или поддержания здоровья на определенном уровне. Третья функция – исследовательская деятельность в области сестринской практической деятельности.

Эти функции позволяют по-новому осмыслить профессию медицинской сестры.

Очень кратко и емко охарактеризовала функции сестры Ф. Найтингейл в «Частных записках» в XIX веке: «Мой взгляд на этот вопрос... заключается в том, что конечная цель всего сестринского дела состоит в уходе за больными в их собственном доме... Я рассчитываю на упразднение всех больниц .... лазаретов... Однако об этом бесполезно говорить до 2000 года».<sup>236</sup> В XIX веке не было смысла так подробно описывать функции медицинского работника. Культурное поле, основанное на морали и нравственности, в априори предполагало, что медицинский уход – это все то, что в XX веке так пришлось подробно расписывать.

С 90-х гг. в России возрождаются общины сестричеств. Их помощь носит общедоступный характер для всех групп населения. Демократические реформы коснулись и свободы вероисповедания. При советской власти, как отмечалось ранее, религия и религиозные деятели преследовались законом. Даже в семье нельзя было давать религиозное воспитание собственным детям. Вмешательство в религиозные чувства людей, свойственное советской власти, в 1990-е годы прекратилось полностью.

Отношение российского государства к религии веками складывалось своеобразно. Ни князь Рюрик, ни Олег, ни Игорь, ни даже княгиня Ольга, крестившаяся сама и крестившая свою дружину, ни её сын, выдающийся полководец Святослав не вмешивались в дела языческих верований.

---

<sup>235</sup> Сестринский процесс и документация. – Копенгаген. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – март 1996. – гл. 4.

<sup>236</sup> Цит. по Мухина С.А., Тарновская И. И. Теоретические основы сестринского дела. – С. 13.



Государство существовало само по себе, религия – сама по себе. Принятие христианства Русью при Владимире Святом (988 г.) сблизило религию и государство. Со временем русская православная церковь превратилась в такую мощную духовную силу, что покуситься на её авторитет не смел не только Великий Киевский князь, но даже монгольские ханы, завоевавшие Русь в XIV в. Золотоордынскому воину, разорившему даже деревенскую церковь (если из неё не вёлся бой), хан непременно посылал «в подарок» тетиву, на которой тот и должен был удавиться. В период феодальной раздробленности Руси на удельные княжества (XIII-XV вв.) чувство общенационального единства русскому народу удалось сохранить благодаря православной церкви. Это стало одним из определяющих факторов, давшем Московскому князю Ивану III шанс формирования единого государства (конец XV в.). Государство заботилось о материальной стороне державы церковь – о духовной.

Первая попытка вмешательства в дела церковные была предпринята Иваном Грозным. Однако его богобоязненный наследник царь Федор Иванович не просто вернул церкви самостоятельность. Именно при нём Русская церковь получила Патриарший престол. Первым патриархом всея Руси стал Иов (1589-1605 гг.). Патриарху Иову, а также жене Ирине и шурина (Борису Годунову) умирающий бездетный царь Федор завещал править страной. Порядок, при котором церковь решала государственные дела, продолжился при патриархе Филарете (1619-1633 гг.), который фактически правил Россией за своего нерешительного сына Михаила – первого царя династии Романовых. Попытка патриарха Никона (1652-1658 гг.) править вместо царя Алексея Тишайшего закончилась низложением Никона. Патриарх Адриан (1690-1700 гг.) выступал против антирусской политики Петра I. Потому Пётр I после смерти Адриана запретил выбирать нового патриарха, поставив себя во главе церкви. Пётр I «подмял» церковь под государство, поскольку церковь мешала ему изживать православную культуру, заменяя западной. До 1917 г. во главе Русской православной церкви был император России.

После Февральской буржуазной революции 1917 г. патриархом избрали Тихона (1817-1825 гг.). В ответ на бесчинства большевиков (разорение церквей, зверские убийства священников) патриарх Тихон предал анафеме большевиков. В 1921 г. был вынужден за это покаяться, чем, по утверждению историков РПЦ (Русской православной церкви), спас церковь от полного её уничтожения советской властью. Коммунисты фактически запретили религию. За религиозное воспитание детей следовало обвинение по знаменитой политической статье 58. п. 10 (контрреволюционная пропаганда). В годы Великой Отечественной войны Сталин вынужден был ослабить запретительные меры против церкви. Это было, в том числе, требованием наших союзников по антигитлеровской оппозиции. Патриархом был избран в 1943 г. Сергей, вскоре (в 1944 г.) умерший. Жесткие гонения на церковь советская власть возобновила во второй половине 50-х годов при

Н.С. Хрущеве. Выросло несколько поколений советских людей, оторванных от великой православной культуры.

В годы «перестройки» (при М.С. Горбачеве) гонения на церковь полностью прекратились. Церкви возвращались здания бывших монастырей (в разгромленном состоянии). С утверждением в России демократии (с конца 1991 г.) вновь появляются сестринские общины религиозного типа по уходу за больными. Восстанавливалась связь времен, прерванная на 70 лет.

В царское время при каждой крупной больнице был храм. Все храмы, разумеется, были закрыты коммунистами. Первым в постсоветской России был освящен храм благоверного царевича Димитрия<sup>237</sup> при Первой градской Московской больнице. Произошло это в 1990 г. При храме образовалась небольшая церковная община, духовником которой был протоиерей Аркадий Шатов. По инициативе прихожан этого храма и по благословению патриарха Алексия II решением правительства Москвы 1 сентября 1992 г. было открыто первое в современной России православное образовательное медицинское учреждение. Оно получило название Свято-Димитриевского училища сестер милосердия.

Училище разместилось на территории клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова (бывшей Голицынской больницы) при храме благоверного царевича Димитрия. Училище получило государственную лицензию, имеет дипломы государственного образца. Срок обучения 3-4 года. Задача училища – подготовка квалифицированных специалистов из числа православных христианок, желающих сочетать учебу с религиозной деятельностью. Наряду с медицинскими предметами студентки изучают духовные основы милосердия (Писания Нового и Ветхого Завета, Катехизис, Богослужебный устав, Историю Церкви и т.д.). В училище введены послушания: работа в отделениях больницы, на кухне, уход за престарелыми, занятия с детьми, выполнение указаний старших, посещение церковных служб.

При приеме в Свято-Димитриевское училище абитуриенты обязаны потрудиться в лечебном учреждении под присмотром сестер – наставниц, которые могут определить профессиональную пригодность девушек. Абитуриенты выполняют работу санитаров: моют полы, санузел, меняют белье у лежащих больных, кормят их. Это делается для профессиональной ориентации девушек, для их психологической подготовки к больничной реальности. Студентки не должны курить, пить спиртное, пользоваться косметикой, ходить в брюках. Для них введена форма: платье, передник, косынка. Эти требования должны организовать духовную жизнь студенток, будущих сестер милосердия. Далеко не каждый может быть принят в это училище. В 1996 из 450 желающих было зачислено всего 150. Остальные не

---

<sup>237</sup> Димитрий – сын Ивана IV, погибшего в Угличе в 1591 г. По поводу его смерти две версии: 1) случайно заколол себя ножиком во время эпилептического припадка; 2) убит заговорщиками.

прошли собеседование. По словам директора училища А.В. Флинта (педиатра): «В медицину должны идти только милосердием обладающие».<sup>238</sup>

Деятельность Свято-Димитриевского училища непосредственно связана с одноименным сестричеством, представляющим собой особую церковную, но не монашескую организацию, созданную 28 мая 1991 г. В нее могут вступить женщины после испытательного срока (около 1 года), в том числе и замужние женщины, живущие у себя дома. К 2000 г. сестричество насчитывало около 100 человек. Не все сестры имеют медицинское образование. Сестры организовали в 1994 г православный приют для брошенных детей, патронажную службу (с государственной лицензией) для ухода за больными на дому. Помощь оказывается за небольшую плату или бесплатно. Сестры осуществляют медицинский уход и помогают в работе по дому. Вся работа координируется настоятелем храма царевича Димитрия, старшей сестрой общины, директором училища или детского дома.

Похожее сестричество во имя преподобной мученицы Елизаветы было создано 16 июля 1991 г. при храме Митрофания Воронежского. К 2000 г. в сестричестве было около 70 человек. 45 человек трудилось в 1 неврологическом отделении Московской больницы № 50. 25 сестер работали на бесплатной патронажной службе. А несколько сестер занимались катехизаторской деятельностью в Центральной областной психиатрической больнице. При больнице устроен храм. Община имеет богадельню на несколько человек, издательский отдел. В общине ведется работа по подбору архивных материалов о великой княгине Елизавете Федоровне и последних членах императорской фамилии, трудившихся в госпиталях во время Первой мировой войны.

У этих двух общин сходная структура управления. Глава общины – духовник, который решает основные вопросы. На собрании сестричества рассматриваются организационные вопросы. Рабочий орган собрания – Совет, куда входят главная и старшие сестры.

Общины сестер милосердия созданы и в Санкт-Петербурге. При братстве св. Анастасии Узорешительницы в 1992 г. была учреждена Покровская община сестер милосердия, в которую на 1999 г входило 40 человек, трудившихся в Покровской, Мариинской и Детской инфекционной больнице № 3. При общине создана патронажная служба, которая обслуживала на дому около 30 больных. В 1995 г. при общине открылись курсы сестер милосердия (5 месяцев). В 1997 г. состоялся первый набор на первый курс православного отделения медицинского училища № 6, открытого при содействии епархии и комитета Петербурга по здравоохранению.

В 1993 г. в Петербурге из прихожан храма св. Пантелеймона стало формироваться сестричество во имя святой великомученицы Татианы при Центральной медико-санитарной части № 122. При храме были

---

<sup>238</sup> Сафронова Н. Профессия? Нет, состояние души //Сестринское дело. – 1996. – № 2. – С. 3.

организованы курсы для подготовки младшего медицинского персонала. 25 января 1997 в общине первая женщина была посвящена в сестры милосердия. И эта дата официально считается днем рождения общины. Сестры работали в 1999 г. (около 70 человек) в 9 больницах Петербурга. Они ведут катехизаторскую работу среди больных, выполняют послушания. При общине созданы курсы по медицинской подготовке сестер. Сестринская организация была одним из инициаторов создания «Общества православных врачей Санкт-Петербурга».<sup>239</sup>

В 1994 в Санкт-Петербурге при хосписе № 1 Приморского района возникла община сестер и братьев милосердия во имя св. Елизаветы. Пациентами этой общины являются онкологические больные. Для помощи трудным подросткам при общине организована социальная станция «Остров – 3». В Санкт-Петербурге в октябре 1999 г. состоялся научный семинар «Христианские организации в больничном служении».

Журнал «Сестринское дело», издаваемый с 1995 г. Межрегиональной ассоциацией медицинских сестёр, в ряде своих номеров вёл рубрику «Сестринское дело и религия. Таинства Церкви и особенности их совершения в больнице».<sup>240</sup> В ней священнослужители объясняли сестрам милосердия как проводить те или иные духовные действия у постели больного.

Сегодня нет полной картины о современных сестричествах. В Новокузнецке Кемеровской епархии существует сестричество св. прмц. Елизаветы и инокини Варвары. Члены общины занимаются миссионерско-просветительской, издательской, благотворительной деятельностью. Ведется работа в детских и исправительно-трудовых учреждениях. При сестричестве на базе медицинского училища созданы восьмимесячные курсы по подготовке младших сестер милосердия. Во имя прмц. Елизаветы организованы сестричества в Новосибирске, Гурьевском районе Калининградского региона, Марфо-Мариинская обитель во Владивостоке.

## Заключение

Медицинский уход существует с появлением человечества, а возможно, со времени формирования понимания человеческой жизни как ценности. Биологическая составляющая человека в целом не изменилась. Люди всегда были подвержены травмам, простудным, инфекционным и другим заболеваниям.

С древнейших времен лечение человека и религиозные представления были тесно взаимосвязаны. Люди наделяли связью болезни человека с нематериальным миром: духами, наговорами, душой. Поэтому и лечение подразумевало общение с миром нематериальных существ, а не только

---

<sup>239</sup> Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – С. 225.

<sup>240</sup> См. Сестринское дело. – 2001. – № 5, № 6; 2002. – № 1, № 2.

пользование травяными настоями, массажем. В языческой культуре отводилось место предотвращению болезней, а не только их лечению. В качестве профилактики заболеваний предполагалось задабривание духов – жертвоприношение, ношение оберегов. Важно было не злить духов, не попадаться им на глаза. Обереги носили все жители древности в качестве украшений и орнамента на одежде, головных уборах, сумках и др. Такой орнамент наносился на все предметы быта.

В Древнем мире профессия врача рассматривалась как особенная, которая требовала не только знаний, но и определенного мировоззрения безукоризненной линии поведения, особого образа жизни. Люди Древнего мира накрепко связывали материальную сторону врачевания с духовной составляющей. Это отражено во множестве клятв врачей, возникших тогда и существующих до сих пор. Самая популярная из них клятва Гиппократата, которую дают и современные доктора. Гиппократовские принципы присущи врачебной этике мусульманского мира, которые отражены в трактатах Али Аббаса (X в.), Аль Табари, Ибн Радвана, Аль Багдади (XIII в.).

У народов Востока врачебная этика фиксировалась в виде наставлений. Наставления и клятвы и во многом похожи. Это в очередной раз свидетельствует, что в культурах разных народов существует фундаментальное единообразие в главных моральных универсалиях. А разнообразие культур определяется лишь различием в этических деталях. К непреходящим этическим ценностям относятся милосердие, забота, сочувствие, спасение жизни. Именно эти ценности должны были оставаться центральными и определяющими для профессиональной медицинской морали.

Представление о деятельности врача экстраполировалось на всех, кто помогал врачу в уходе за больным. Много позднее помощники врача стали именоваться средним медицинским персоналом. И требования к этим помощникам были столь же повышенными, поскольку больной человек доверяет врачу самую важную для него ценность – здоровье. Поэтому больной хотел быть уверенным не только в профессиональных качествах, но и в нравственности медиков.

Это понимали в Средневековых религиозных общинах сестер милосердия. В этих общинах сестры должны были вести определенный (порой монашеский) образ жизни, пройти испытание, быть милосердными. В уходе за больными в Средние века характерно выдвижение религиозных структур на первое место. Правда, 500-летняя европейская инквизиция не способствовала динамичному развитию дела врачевания.

В Новое время религия теряла свою былую общественную значимость. Но идея оказания помощи больным и ухода за ними по-прежнему, принадлежала церкви. Веками уход за больными осуществлялся в домашних условиях, носил патриархальный характер. Ухаживали преимущественно женщины. Со временем заботу о больных стали проявлять христианские монастыри, церкви. В XVIII-XIX вв. создавались специальные

лечебницы, богадельни, общины сестёр милосердия. Сёстры этих общин всецело посвящали себя милосердному медицинскому уходу за больными.

Уход за больными долгое время продолжал носить и монастырский, и народный характер. Народная медицина основывалась на тысячелетнем эмпирическом опыте народа. А монастырская медицина взяла на своё вооружение, как народную медицину, так и книжные знания. Тем она особенно и ценна. Медицинский уход за больными и в народе, и в монастырях носил характер милосердия. В народе практиковался уход за близкими и родственниками. Уход в монастыре – богоугодное дело всякого человека. В православии любовь к Богу и ближнему – это принцип бытия, закон «устроения мира», без соблюдения которого распадается «связь времен» и смыслов, одним из звеньев которой является смысл человеческой жизни. Смысл же человеческой жизни в христианской этике непосредственно связан со служением ближнему. Потому-то первая модель лечебных учреждений с проявлением милосердия и человеколюбия была реализована именно в христианских монастырях.

В капиталистическом обществе, несмотря на возросшую роль науки и прагматизма, религия по-прежнему оставалась носителем общечеловеческих ценностей, морали, нравственным ориентиром. Поэтому и общины сестер милосердия возникали в результате деятельности служителей церкви. Однако во время Великой французской буржуазной революции (1789-1794 гг.) сестры милосердия были изгнаны из французских госпиталей и богаделен. А принадлежавшая им собственность конфискована. Церковь подверглась гонениям. Даже само словосочетание «сестра милосердия» стало преследоваться революционерами. Больницы, переданные революционерами правительству, вскоре пришли в упадок. Это был урок французскому обществу отрицательной роли огосударствления «всё и вся», преследования церкви и ликвидации общин сестёр милосердия.

Тот опыт создания, разгрома и последующего восстановления общественных структур сестёр милосердия мог бы стать (но не стал) назидательным уроком для всех последующих революционеров. Для усвоения этого урока французам потребовалось всего несколько лет на переломе XVIII – XIX вв. Россия же в XX в. для усвоения подобного урока потребовалось 70 лет – от уничтожения общин сестёр милосердия в 1920 г. до неактивного их восстановления с 1991 г.

Особенностью сестринского дела в России XIX в., можно считать то, что идеи организации ухода за больными возникали не в среде чиновничества, а «снизу». Заслуга царского правительства была в том, что оно не подавляло эту инициативу, поддерживало и помогало реализовывать её. Правда, идеи, «поданные снизу», порой исходили от самых высокопоставленных лиц. Ими, как правило, были жены и дочери императоров и дамы высшего света.

Дамы высшего света, представительницы дома Романовых, Великие княгини занимались активно благотворительностью – открывали лечебные учреждения, богадельни, приюты. Так исторически сложилось, что основной медицинский уход в России основывался на частных пожертвованиях и

инициативе аристократии. Что особенно важно, что эти дамы сами ухаживали за больными и добровольно бывали на войне.

Аристократки стали своеобразным передаточным звеном между культурой господствующего класса и народной культурой. Потому российские сёстры милосердия независимо от своего социального происхождения были образцом изящного поведения, высокой культуры труда и долга, добровольно взятого на себя. Остаётся сожалеть, что советские авторы эту роль аристократии не показывали. Руководствуясь классовым подходом, они тем самым фальсифицировали значительную составляющую отечественной истории.

Каждодневная работа сиделок и сестер разных общин России требовала не только милосердия, профессионализма, терпения, но и особого душевного состояния, понимания необходимости своей работы. Сестры ухаживали за стариками, инвалидами, заразными больными. Оказывали помощь в лепрозориях, работали во время эпидемий. Работа сестры тяжела и физически и морально.

Добровольный приход женщин в общины и отречение их, таким образом, от многих мирских удовольствий, посвящение себя сложному делу ухода за больными говорит об особой христианской ментальности во всех слоях российского общества (от царской фамилии до простолюдинов).

Причастность императриц и представительниц знатных аристократических фамилий к организации благотворительных учреждений свидетельствует о преемственности благотворительности русских православных традиций в среде аристократии.

Становление профессионального медицинского ухода в мире связано с именем англичанки Флоренс Найтингейл (XIX в.). Ф. Найтингейл стала прародительницей профессионализма медицинских сестер. Она создала систему по уходу, основные положения которой изложила в труде «Заметки по уходу». За вклад ее в развитие профессионального сестринского ухода Международный Комитет Красного Креста в 1912 г. учредил медаль имени Ф. Найтингейл как высшую награду сестрам милосердия, проявивших героизм на театре военных действий.

В России главный врач Мариинской больницы Христофор фон Оппель (XIX в.) издал «Руководство и правила по уходу за больными». Мир признает первенство в становлении профессионального сестринского ухода за Найтингейл. Но фактически процессы становления профессионального ухода в России и Англии шли по времени параллельно.

Войны XIX в. дали толчок развития военного сестринского ухода. В Крымскую войну (1853-56 гг.) женщины России и Европы оказались на фронте. Они добровольно ухаживали за ранеными бойцами. Ужасы Крымской войны продемонстрировали необходимость создания международной организации медицинского ухода. Был основан Красный Крест (идея журналиста А.Ж. Дюнан), который существует сегодня. Идея образования Международного Комитета Красного Креста свидетельствует не

только об осознании обществом необходимости помощи воинам, но и об изменении характера и масштабов войн. В XIX в. и особенно в XX в. прогресс в области военной техники сделал ведение войн более беспощадным. Жертвы военных действий стали более массовыми, и страдания раненных более тяжелыми. Культура ведения войны изменилась.

Помимо подготовки квалифицированного медицинского персонала на случай войны, все учреждения Красного Креста в мирное время оказывали бесплатную (или за минимальную плату) медицинскую помощь. Ни в одной из подобных европейских общественных организаций не было ни такой качественной подготовки сестер милосердия, ни правильно организованной помощи при общественных бедствиях. Роль Красного Креста неоценима и в условиях военных действий, и в случае различных катастроф.

В XX в. религиозный аспект ухода за больными отодвинулся на задний план. Если до начала XX в. религия во многом определяла идею ухода за больными, то теперь здесь происходят изменения материалистического порядка (профессионализм, правовая и административная ответственность, экономическое стимулирование и т.п.). С отходом от религии потребовалась разработка общих светских моральных принципов ухода за больными. Только в 1953 г. Всемирный совет медицинских сестер утвердил моральный кодекс ухаживающих за больными. В нём говорилось, что медицинская этика основывается на соблюдении прав человека. И ещё почти через полвека (в 1994 г.) под эгидой Совета был выпущен учебник по сестринской этике. В этом учебнике рассматривались реальные ситуации, в которых оказывался средний медицинский персонал.

Но одних профессиональных навыков и знания правовой ответственности для хорошей работы сестры явно недостаточно. От человека без духовной составляющей трудно ожидать полной самоотдачи в ухаживании за чужими для него людьми. Понятие ответственности за совершение дурных поступков хотя и предусматривается светской этикой медсестры, однако там нет каких-либо утверждений относительно духовного воздаяния за совершенное хорошее или плохое дело.

Православные авторы считают, что знание людьми правовой ответственности не может компенсировать их ответственности перед Богом. Материальные стимулы в виде зарплаты или амбициозные притязания не подвигают человека к милосердию, самопожертвованию, чем так отличались, скажем, российские сестры милосердия, работая на полях Крымской войны, диаконисы, августинки или бегинки, ухаживая за прокаженными, холерными или чумными больными. Глубокий комплекс духовных внутренних убеждений не может быть компенсирован только линией внешнего профессионального поведения. Верующего человека легко подвигнуть на полную самоотдачу или даже жертвенность во имя пациента. Христианскую, мусульманскую, иудейскую идею любви к ближнему (а у буддистов – и к любому живому существу) легко понять любой простенькой девушке, решившей посвятить себя профессии медицинской сестры.



С православием в России утвердилось понимание, что человек – есть единство тела, души и духа, болезнь телесная может быть связана с болезнью души и духа. Поэтому, считали дореволюционные врачи, для исцеления необходимо очистить душу. Прежде чем лечить больного, они спрашивались у него о последней исповеди и причащении. Православная культура – это культура любви людей друг к другу. Пётр I был первым в отечественной истории российским государственным деятелем, который вёл политику уничтожения этой культуры. Он навязывал русскому народу западную культуру. О несопоставимо с Европой высоком уровне российской народной культуры в России говорит характер эпидемий в Средние века и Новое время. Страшные европейские пандемии докатывались до западных границ Литовской Руси, в которых 2/3 населения были русскими. Докатывались и затухали. Затухали они, натолкнувшись на русскую, в отличие от европейской, чистоту тела. Усилиями недобросовестных публицистов и писателей конца XIX и начала XX в. сложилось абсолютно неверное представление о «немытой России». Советские пропагандисты охотно подхватили этот миф, доказывая «отсталость» царской России.

Борясь с национальной культурой, Пётр I запретил частную благотворительность. Человеку, стремившемуся к западной культуре, было непонятно русское хлебосольство, русская готовность поделиться последним «за просто так». Петровский Указ предусматривал штрафы даже за подачу милостыни нищему. Больных нищих царь приказал помещать в богадельни. Историки считают это деяние Петра прогрессивным шагом, полагая, что началась борьба с профессиональным нищенством. Но разве не очевидны негативные последствия этого петровского «новаторства»? В результате петровской налоговой политики в стране стали открываться приюты для брошенных младенцев – невиданное для православной России явление. Не понимающий ни православной, ни, по сути, западной культуры, Пётр грубо влез в многовековую православную культуру.

Но сокрушительный удар по этой культуре был нанесён в советские годы, когда жизнь в стране стала строиться по марксистской модели, разработанной на Западе и для Западе. Народ почти потерял свою самобытность.

До XX в. в России и Европе сестрами милосердия становились христианские подвижницы, которые не предполагали материального вознаграждения за свой труд. В 20-е годы было большое количество католических миссий в колониальных или полуколониальных странах. Монахини, выполняли роль миссионеров в странах Африки, Новой Зеландии, Индии, Китае, Океании. Они распространяли христианские идеи ухода за больными. Огромный мировой вклад в дело медицинского ухода внесла монахиня Мать Тереза. Ее имя стало нарицательным для обозначения милосердия, самопожертвования, добросердечности

Ещё в 1899 г. в Женеве был создан Всемирный совет медицинских сестер. Совет объединил большинство женских медицинских организаций западного мира. Свою задачу Совет видел в развитии сестринского дела во

всём мире. Всемирный совет разработал ряд установок для среднего медицинского персонала в Европе.

В атеистическом XX в. общин сестёр милосердия в мире стало меньше. Мир эволюционировал от религии к светской культуре. В СССР и других социалистических странах религия была фактически запрещена и навязан атеизм, и здесь принципиальное различие двух систем. Так же следует помнить, что религиозный аспект ментальности медицинской сестры на Западе в какой-то мере компенсирует достаточно солидное гуманитарное образование, получаемое в их колледжах.

Несмотря на отход от религии, в профессиональном медицинском уходе в Европе и Америке светские люди остались религиозными. Они не посвящали себя полностью религии, но все-таки почитали заповеди. В законодательствах странах мира не было статей уголовного наказания за религиозную пропаганду, религиозное воспитание детей, как это было в СССР. Поэтому религиозный аспект в культуре ухода за больными во всем мире (кроме СССР и ряда соцстран) оставался. Следует иметь в виду, что профессиональный уход и милосердие дополняют, а не противоречат друг другу.

Общины сестер милосердия, созданные русской аристократией ещё в XIX в., сыграли важную роль в российском здравоохранении. Социальный статус сестры милосердия в российском дореволюционном обществе и в XX в. был исключительно высоким. Сестёр милосердия узнавали не только по форменной одежде (темное платье, белый фартук, головной убор с крестом), но и по утонченным манерам поведения, которые сестры перенимали от знатных дам, работающих рядом с ними. Сестры общин милосердия стали прообразом медицинской сестры в государственных медицинских учреждениях царской России.

В годы советской власти это всё оказалось утраченным. Профессия медицинской сестры стала превращаться в заурядное ремесленничество (сокращались сроки обучения медицинской сестры, сестра становилась «техником» по уходу, ликвидировалось понятие «сестра милосердия»). По манерам и внешности советская медицинская сестра уже ничем не отличалась от рядового обывателя. Советская власть в 1920 г. ликвидировала все общины сестер милосердия, как «классово-чуждые пролетариату» структуры. Были уничтожены организации, накопившие колоссальный опыт по уходу за больными. В этом опыте сочетались христианское милосердие, терпение, самоотречение и профессионализм среднего медицинского персонала. Если профессиональные качества специалиста по уходу за больными в России будут, хочется надеяться, постепенно восстановлены, то самоотречение, терпение и милосердие так и останутся дефицитными для значительной части медицинских сестер в Советском Союзе.

Особенностью советского времени стало изменение менталитета россиянина вообще и медицинской сестры в частности. То есть, изменился некий духовный сплав, определяющий предрасположенность индивида мыслить, чувствовать и воспринимать мир. Вместо любви к ближнему, как

основы православной культуры, советская власть учила людей ненавидеть буржуазию, помещиков и священников, нэпманов, кулаков и врагов народа. В 20-50-е годы целенаправленно формировалась стойкая и глубокая неприязнь к интеллигенции. Завладеть чужим имуществом стало не только можно, но и должно (отнять помещичью, буржуазную, кулацкую и прочую собственность). Убить – и можно, и должно, если это – «враг народа». Доносы стали обязанностью советского гражданина, ибо за доноительство судили. Детям следовало осуждать и отказываться от своих родителей, если власть их объявляла «кулаками», «врагами народа». Иначе детей ждала та же участь, что и родителей или, в лучшем случае, – невозможность учиться в вузе, сделать карьеру и др.

В связи с принудительностью труда для очень многих советских людей (колхозников, заключенных ГУЛАГа, «спецпереселенцев» и др.), исключительно низкой оплаты труда колхозников, рабочих и большей части интеллигенции трудовая культура россиян стала падать. Если в первом поколении, скажем, советский человек (1930–40-е гг.) хоть сколько-то придерживался воспитанной в нём исконной высокой трудовой культуры, то в последующих поколениях эта культура постепенно уходила. На смену ей пришла «вроде работа». Репрессии родных и близких, хроническое недоедание, материальная нищета не способствовали сохранению праздничной атмосферы ни в деревне, ни в городе. В качестве суррогатной компенсации праздника и традиционного отдыха народ выработал новую традицию проведения досуга – пьянство, которое не было распространенным в досоветском обществе.

Главными отличительными признаками этого нового менталитета россиянина стали: легкое отношение к труду как досадной необходимости, от которой можно, при случае, уклониться («вроде работа», «халява»); нравственное оправдание практики воровства общественной собственности (а потом и личной), как следствие потери культуры частной собственности; неуважительное отношение к старшему поколению и манкирование собственными воспитательными функциями по отношению к подрастающему поколению; этатизм и социальное нахлебничество; ханжество; двойственность поведения и дуализм (двойственность) мышления; терпимое отношение к пьянству, ставшему обыденной повседневностью, а для некоторых – и образом жизни; снижение толерантности с неадекватным проявлением злобы и ненависти к окружающим, в том числе и в семье. Советские люди к началу 60-х годов стали забывать, что такое милосердие, что такое благотворительность. И это сказывалось на медицинском обслуживании.

Но милосердие тогда они забыли всё-таки ещё далеко не полностью. Поэтому в тех, кто ухаживал за больными в 40-50-е годы, сохранялось дореволюционное православное сердоболие. Поколение же медицинских сестёр, формировавшееся в 60-70-е годы, увы, слишком далеко находилось от православной культуры. То поколение воспитывалось на Моральном

кодексе строителя коммунизма – документе, принятом на XXII съезде КПСС в 1961 г.

Хотя в Моральном кодексе и повторялись многие положения христианских заповедей, но они воспринимались людьми начетнически, не ложились на душу, скользили по поверхности их атеистического сознания. Одно дело чувствовать ежесекундную ответственность перед Богом за несправедность своих действий (с последующим покаянием за них), другое – испытывать вину перед парторгом или главврачом, которые могут и не узнать о твоих проступках. Грубость, невнимание к больному, небрежность в уходе за ним стали чуть ли не родовой чертой советского здравоохранения. Речь идет о тенденциях в обществе, о массовом явлении. Милосердие многих медицинских сестер сохранилось не благодаря, а вопреки деятельности советской власти.

Советскому здравоохранению действительно было чем гордиться. По количеству больничных коек на душу населения, по числу врачей и медицинских сестёр СССР занимал достойное место в мире. Были ликвидированы эпидемии, которых не было даже в годы Великой Отечественной войны. Советская медицинская наука занимала приоритетные позиции по многим направлениям. В условиях крайне низких зарплат советских людей бесплатность здравоохранения в СССР имела исключительное значение. Но надо согласиться и с тем, что общая культура сестринского ухода за годы советской власти трансформировалась в негативную сторону. Изменение культуры общества повлекло изменение культуры сестринского ухода.

Анализ состояния сестринского дела к концу социалистического эксперимента (1991 г.), проведенный государственными учреждениями и общественными структурами, показал, что в постсоциалистической России необходимо было добиться: во-первых, повышения престижности профессии медицинской сестры и её роли в системе здравоохранения; во-вторых, повышения качества её работы, в том числе на основе повышения культуры, распространения передового опыта и научных достижений; в-третьих, защиты интересов медицинских сестер в законодательных, административных и других органах власти; в-четвёртых, выхода из самоизоляции и сотрудничества с международными организациями и правительственными учреждениями.

В надежде найти подсказку в решении глубочайшего отечественного кризиса (экономического, политического, социального) постсоциалистическое общество в те годы обратилось и к мировому опыту, и собственному дореволюционному прошлому. Нельзя сказать, что это обращение и к тому, и к другому были удачными. По ряду объективных и субъективных причин реформы России (в том числе и в здравоохранении) пошли по самому неблагоприятному пути. Одной из таких причин было настойчивое игнорирование позитивного опыта дореволюционной России и поверхностное знание мирового опыта. В своё время советская власть

сделала всё, чтобы отечественный опыт прочно забыли, а международного не знали в условиях «железного занавеса».

Потому на сломе социалистической системы одни реформаторы полагали, что всё дело в плохом финансировании здравоохранения. Другие - видели причину в плохой управляемости им. Но были правы лишь отчасти. Всё дело - в культуре. В культуре власть предрержащих, которые считали, что здравоохранение и образование можно финансировать по остаточному принципу, отдавая предпочтение, скажем, силовым структурам. В культуре руководителей, которые, в частности, полагают, что медицинскую сестру можно заставить быть милосердной. В культуре людей, которые не понимают цивилизационной роли просвещения и воспитания. Тоталитарная культура СССР отрицательно сказалась на развитии сестринского дела.

Культура – это возделывание. А здесь нужны время, терпение, умение, знание. Знание – в том числе мирового и отечественного опыта. Чему и посвящена данная книга.

## **Персоналии**

*(люди, оказавшие влияние на развитие медицины и сестринского дела)*

**Аббаса Али** (X в.) – мусульманский врач. Написал «Царскую книгу», которая содержит, так называемые, «Советы врачу». «Советы», в первую очередь, предписывали религиозную этику врачу. Не только при исполнении профессионального долга, но и в частной жизни врач должен быть религиозен и благочестив, и не стремиться к земным благам. Этих же рекомендаций придерживались в уже своих клятвах врачи мусульманского мира Аль Табари, Ибн Радвана, Аль Багдади (XIII в.).

**Александра Петровна** (XIX в.) – дочь известного российского гуманиста Петра Георгиевича Ольденбургского, супруга Великого князя Никола Николаевича. В 1859 г. в Петербурге она учредила Покровскую общину сестер милосердия. Покровская община включала больницу, аптеку, отделение для грудных детей, отделение для девочек – сирот, отделение для детей младшего возраста, школу для мальчиков, училище для подготовки фельдшерниц. В этом фельдшерском училище Великая княгиня сама проходила обучение.

**Анна** (XI в.) – дочь князя киевского Ярослава Мудрого, занимавшаяся врачеванием.

**Анопко Валентина Петровна** (XX в.) – президент Астраханской общественной организации средних медицинских работников (создана в 1999 г.).

**Арнольд** (XIII в.) – ученый Салернского университета из Виллановы. Является создателем написанного в стихах трактата под названием «Салернский кодекс здоровья». В этом кодексе сформулированы правила режима дня и питания, подробно рассматриваются свойства различных пищевых продуктов, плодов и растений и их лечебное действие.

**Асаф** (VI в.) – еврейский врач. Создал на основе гиппократовской присяги свой вариант. Для него медицина есть единство науки, искусства и этики. Он считал, что лишь научная часть может быть изучена только по книгам и лекциям. Духовные же принципы, лежащие в основании знания, не могут быть освоены прямо, но воспринимаются через символику. Истинный мудрец хранит молчание или открывает свою мудрость лишь тем, кто способен его понять и кому он доверяет.

**Бакунина Екатерина Михайловна** (XIX в.) – именитая аристократка, добровольно участвовала в качестве сестры милосердия в Крымскую и Русско-турецкую войны. Была настоятельницей Крестовоздвиженской общины. После выхода из общины в своем наследственном имении сельце

Козицыне Новоторжского уезда Тверской губернии на свои средства она устроила лечебницу для крестьян, аптеку. Своей деятельностью Бакунина подняла авторитет медицины в деревне. Умерла Екатерина Михайловна в возрасте 80 лет в своем имении.

**Барятинская М.Ф.** (XIX в.) – княгиня. Основала петербургскую «Общину сестёр милосердия литейной части». С 1853 г. община стала называться «Община во имя Христа–Спасителя в Санкт–Петербурге». После испытательного шестимесячного срока в общину принимались совершеннолетние девушки и вдовы.

**Ле Бег Ламберт** (XII в.) – священник. Основал около 1184 в Бельгии одну из первых женских общин по уходу за больными. Эта община получила название общество бегинок, названного так либо по имени его создателя (Бега), либо от старонемецкого слова «беггам», («нищенствовать», «молиться»).

**Биллер Сара Александровна** (XIX в.) – английская аристократка, первая настоятельница Свято-Троицкой общины. Активно занималась благотворительностью. В 1833 г. Биллер в сотрудничестве с Анной Федоровной Михельсон открыла «Магдалинское убежище для падших женщин». Умерла Сара Александровна в 1851 г. Она и ее преемница Кублицкая-Пиоттух Е.А. придали общине почти монастырский пуританский дух.

**Боткин Сергей Петрович** (1832-1889) – русский терапевт, один из основоположников клиники внутренних болезней как научной дисциплины в России, основатель крупнейшей школы русских клиницистов. Высказал предположение об инфекционной природе т.н. катаральной желтухи (болезнь Боткина). Оказывал содействие в создании общин милосердия в России, в частности, общины Святого Георгия (Георгиевская община).

**де Булонь** (XVII в.) – аббат, приложивший много усилий для восстановления общин сестер милосердия Винсента де Поля.

**Бурденко Николай Николаевич** (1876-1946) – российский хирург, один из основоположников нейрохирургии в СССР, академик АН СССР (1939) и АМН (1944), первый президент АМН (1944-46), Герой социалистического труда (1943), главный хирург РККА (1941-1946), генерал-полковник медицинской службы. Участвовал в Русско-японскую войну, Первой мировой, Советско-финской, Великой Отечественной войне.

**Ватсон Жан** (XX в.) – автор концепции (1985) сестринского ухода, в котором должна обеспечиваться внутренняя гармония пациента между его

телом, душой и духом. Концепция предполагала объединение экзистенциализма и феноменологии.

**Вельяминов Николай Александрович** (1855-1920) – хирург. Основные труды по патологии суставов, желез внутренней секреции, светолечению, промышленному травматизму. Способствовал развитию сестринского дела в России. Организатор «Бюро экспертизы для рабочих» (1907).

**Вишнякова Валентина Ивановна** (XX в.) – президент Читинской ассоциации средних медицинских работников (создана в 1993 г.).

**Вревская Ю.П.** (XIX в.) – баронесса. Во время Крымской войны прошла курсы по уходу за ранеными, материально способствовала организации санитарного отряда. Прибыла на фронт вместе с сестрами Свято-Троицкой общины. Работала в госпитале, заразилась сыпным тифом, что и явилось причиной ее смерти.

**Гааз Федор Петрович** (1780-1853) – российский врач. Учредил Первую московскую городскую больницу для чернорабочих (впоследствии названной в честь императора Александра III). Один из первых стал привлекать женщин к уходу за больными. Оказывал содействие в организации общин милосердия, в частности, общины «Утоли моя печали».

**Гален** (ок. 130 - ок. 200) – древнеримский врач. В труде «О частях человеческого тела» дал первое анатомо-физиологическое описание целостного организма. Ввел в медицину эксперименты на животных. Показал, что анатомия и физиология – основа научной диагностики, лечения и профилактики. Обобщил представления античной медицины в виде единого учения, оказавшего большое влияние на развитие естествознания вплоть до XV-XVI вв.

**Гендерсон Вирджиния** ( XX в.) – американка. Считается второй всемирно знаменитой сестрой милосердия после Флоренс Найтингейл. Ещё в 20-х годах она выступила за сугубую персонализацию ухода за больными. Ее книга «Основные принципы деятельности по уходу за пациентами», переведенную на 25 языков мира.

**Гиппократ** (ок. 460 - ок. 370 до н.э.) – древнегреческий врач, реформатор античной медицины. В традициях Гиппократа, ставших основой в дальнейшего развития клинической медицины, отражены представление о целостности организма; индивидуальный подход к больному и лечение больного, а не болезни; понятие об анамнезе; учения об этиологии, прогнозе, темпераментах и др. С его именем связано представление о высоком моральном облике и образце этического поведения врача.



**Голицина Т.А.** (XIX-XX вв.) – княгиня. Возглавляла (1918-1928 гг.) Марфо-Мариинскую обитель милосердия после Великой княгини Елизаветы Федоровны. Была убита большевиками.

**Голицина О.А.** (XIX в.) – княгиня. В 1866 г. возглавила приют во имя Святой Марии Магдалины. Это был приют для раскаявшихся блудных женщин. Женщины, прожившие в приюте три года, могли рассчитывать на помощь и трудоустройство. Они работали сиделками в больницах, нанимались в частные дома. Если выходили замуж, от общины им полагалось приданное.

**Гололобова Людмила Дмитриевна** (XX в.) – президент Новосибирской ассоциации медицинских сестер (создана в 1998 г.).

**Ле Гра Луиза** (XVII в.) – вдова секретаря королевы Марии Медичи, помощница Винсента де Поля. Создала систему теоретической подготовки уходу за больными.

**Грошева Раиса Леонидовна** (XX в.) – член национального правления Ассоциации медицинских сестер России.

**Добродея** (она же – Евпраксия Мстиславовна или Зоя) (XII в.) – внучка великого князя Владимира Мономаха. Занималась лечением. Написала в 30-е годы на греческом языке книгу «Алимма» («Мази»).

**Дондукова-Корсакова Мария Михайловна** (XIX в.) – княгиня. Всю свою жизнь посвятила служению Христу. В 1861 г. Она основала общину сестер милосердия в имении Дондуковых в селе Бурики Порховского уезда Псковской губернии. При общине была устроена больница для женщин, больных сифилисом и их детей. Мария Михайловна хлопотала об учреждении попечительства для облегчения участи больных узников, о создании больниц при тюрьмах, санаториях при монастырях для отпущенных из тюрьмы с чахоткой и другими хроническими заболеваниями.

**Дружинина Тамара Васильевна** (XX в.) – главный специалист ДОЗН по сестринскому делу, президент Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса». Одна из первых выпускниц факультета Высшего сестринского образования Кемеровской государственной медицинской академии.

**Дюнан Анри** (XIX в.) – швейцарский журналист, которому принадлежит идея создания международной помощи пострадавшим на войне без различия их званий и национальности. При его содействии была организована международная организация «Постоянный Международный комитет помощи раненым». В августе 1864 г. в Женеве состоялась дипломатическая конференция,

на которой представители 12 государств, подписали международное соглашение – «Женевскую конвенцию об улучшении участи раненых и больных воинов в действующих армиях». В соответствии с условиями Конвенции больные и раненные воины должны были получать помощь независимо от того, к какому военному лагерю они относятся. За идею и организацию Международного Комитета Красного Креста Анри Жан Дюнану в 1901 г. была присвоена Нобелевская премия мира.

**Евдокия** (XIV в.) – супруга московского князя Дмитрия Донского. Лично посещала больных на дому, «оказывая милостыню» на пропитание.

**Елена Павловна** (XIX в.) – Великая княгиня, жена сына Павла I Михаила. Сыграла огромную роль в развитии здравоохранения и создании благотворительных организаций России. При ее содействии была организована, в том числе, Крестовоздвиженская община, которая послужила примером для многих российских общин сестер милосердия.

**Елизавета Федоровна** (XIX-XX вв.) – Великая княгиня. Основала в 1909 г. Марфо-Мариинскую обитель милосердия. Она рассматривала деятельность сестер милосердия как форму церковного служения женщин в Православной церкви. Занималась восстановлением службы диаконисс, но идея не была реализована. Великая Княгиня была арестована большевиками в 1918 г. и зверски убита. Тело её сброшено в уральскую шахту.

**Ефрем** (XI в.) – архиепископ Переяславский, будущий киевский митрополит. Создал в 1091 первую всенародную больницу. Больница стала образцом для создания лечебных стационаров в монастырях Новгорода, Смоленска, Чернигова.

**Ефросиния** (Древняя Русь) – дочь Черниговского князя Михаила. Изучала медицинские произведения Гиппократ и Галена, а также философские труды Платона и Аристотеля, читала Гомера. Уйдя в монастырь и став игуменьей, она лечила страждущих людей. В летописях говорится, что она была «зело сведуща Асклепиевых писаниях».

**Ефросинья Полоцкая и Ефросиния Суздальская** (Древняя Русь) – русские женщины древности обладавшие искусством врачевания.

**Зорина Татьяна Александровна** (XX в.) – вице-президент Ассоциации медицинских сестер России (создана в 2000 г.).

**Иванова Римма Михайловна** (XIX-XX вв.) – сестра милосердия (бывшая учительница) Первой мировой войны была награждена тремя Георгиевскими крестами. В ходе боя возглавила оставшуюся без командования роту. В этом бою была убита. Николай II повелел наградить Римму Михайловну Орденом Святого

Георгия IV степени. Впервые с момента учреждения Екатериной II этого ордена сестра милосердия удостоилась столь высокой награды.

**Карцева Елизавета Петровна (1823-1899)** – дворянка. Добровольно поехала сестрой милосердия на фронт во время Крымской войны. Пирогов назвал её третьим столпом Крестовоздвиженской общины вместе с Хитрово и Бакуниной. Более десяти лет работала в качестве старшей сестры Крестовоздвиженской общины. Под ее руководством был создан целый отряд профессионально подготовленных сестер милосердия. Потом работала в Лепешкинской московской лечебнице. В конце 1870 г. была приглашена в Георгиевскую общину сестер милосердия. Сделала общину образцовым медицинским учреждением, которое поставляло до прихода к власти большевиков настоятельниц в другие общины. Во время последующих войн XIX в. Карцева оставляла на время общину и отправлялась на театр военных действий.

**Комаревцева Надежда Борисовна (XX в.)** – президент Омской профессиональной ассоциации медицинских сестер (создана в 1999 г.).

**Кондоиди П. З (XVIII в.)** – директор Медицинской коллегии и лейб-медик. В 1754 г. представил Сенату проект организации школ повивальных бабок в Петербурге и Москве. Проект предусматривал экзаменовку практиковавших повивальных бабок.

**Кублицкая-Пиоттух Елизавета Алексеевна (XIX в.)** – настоятельница Свято-Троицкой общины после Биллер. Биллер С.А. и Кублицкая-Пиоттух Е.А. придали общине почти монастырский пуританский дух.

**Левченко Ирина Николаевна (XX в.)** – участница Великой Отечественной войны, гвардии подполковник танковых войск, писательница, Герой Советского Союза. В 1961 награждена медалью Ф. Найтингейл.

**Мария Николаевна (XIX в.)** – Великая княгиня, дочь императора Николая I. С 1846 возглавляла Свято-Троицкую общину сестер милосердия.

**Мария Федоровна (1847-1928)** – императрица, супруга (с 1866) Александра III и мать Николая II. До перехода в православие – Мария-София-Федерика-Дагмара, принцесса Датская. Известна своей благотворительностью. Под ее покровительством было создано и работало Российское Общество Красного Креста.

**Мать Тереза (1910-1997)** – католическая монахиня из Македонии (в миру Агнесс Гонжа Бояджиу). Ее имя стало нарицательным для обозначения милосердия, самопожертвования, добросердечности. Она служила примером для многих сестер милосердия XX в. До 1997 г. Мать Тереза руководила

огромной системой благотворительных организаций по всему миру. В 1979 г. ей была присвоена Нобелевская премия. Медаль Нобелевского лауреата она продала и на вырученные деньги купила лекарства для своей общины. Католическая церковь причислила Мать Терезу к лику блаженных.

**Мауро из Амальори (XI в.)** – купец, основавший в 1070 г. в Палестине госпиталь для паломников к святым местам. Постепенно там образовалось братство для ухода за больными и ранеными, которое оказывало сильное влияние на общество. В 1113 г. братство было официально признано Папой в качестве духовного рыцарского ордена.

**Музандин (XIII в.)** – ученый Салернского университета. Написал сочинение о приготовлении кушаний и напитков для больных.

**Найтингейл Флоренс (1820-1910 гг.)** – английская аристократка. С ее именем связано начало организации сестринского дела в мире, как профессиональной деятельности. Она создала систему по уходу, основные положения которой изложила в труде «Заметки по уходу». Международный Комитет Красного Креста в 1912 г. учредил медаль имени Ф. Найтингейл как высшую награду сестрам милосердия, проявивших героизм на театре военных действий. В 1934 г. Международный Совет медицинских сестер совместно с Лигой общества Красного Креста основал международный денежный фонд имени Флоренс Найтингейл, целью которого является содействие делу подготовки и переподготовки медицинских сестер во всем мире. Ежегодно, 12 мая, в день рождения Флоренс, во многих странах проводится в ее память «День больницы».

**Ольденбургская Евгения Максимилиановна (XIX в.)** – принцесса. Она совместно с врачом С.П. Боткиным создала в 1870 г. общину Святого Георгия (Георгиевскую общину). Четыре года спустя на частные пожертвования при общине была открыта трехгодичная женская фельдшерская школа. Среди её меценатов и благотворителей были Александр II, императрицы Мария Александровна и Мария Федоровна, граф Шереметев.

**Ольденбургская Терезия Васильевна (XIX в.)** – принцесса. Известна своей меценатской деятельностью. Учредила в Петербурге в 1844 г. общину сестер милосердия (в 1873 г. она получила название «Свято-Троицкая»). Принцесса финансировала общину, ухаживала за больными, кроила и шила одежду детям приюта. После нее с 1846 г. общину возглавила Великая княгиня Мария Николаевна.

**Ольденбургский А. П. (XIX в.)** – принц, почетный опекун Свято-Троицкой общины. В 1886 г. создал при ней Пастеровскую прививочную станцию для лечения больных бешенством. В декабре 1890 г. на ее базе было создано первое научно-исследовательское учреждение в области медицины и биологии –

Императорский Институт экспериментальной медицины. Деятельность общины была направлена на служение бедным больным, воспитание сирот.

**фон Оппель Христофор** (XIX в.) – главный врач Мариинской больницы для бедных в Москве издал «Руководство и правила по уходу за больными». «Руководство» основывалось на научных медицинских достижениях, на опыте российских сиделок, повивальных бабок и сердобольных вдов. Эта книга была первым изданием на русском языке по уходу за больными.

**Орем Д.** (XX в.) – сестра милосердия, автор концепции «самоухода» (50-60 гг.). Она считала, что больной должен приобрести независимость от заболеваний за счет разных манипуляций, производимых им самим (например, правильное питание, дыхание и т.п.). Была убеждена, что человек сам несет ответственность за свое здоровье и жизнедеятельность.

**Пепло Г.** (XX в.) – автор концепции сестринского ухода, согласно которому уход должен носить воспитательный характер, поскольку человек существо социальное, то на него следует влиять психологически.

**Переслава** (XI в.) – сестра великого князя киевского Ярослава Мудрого, занимавшаяся врачеванием.

**Перфильева Галина Михайловна** (XX в.) – лидер сестринского дела в России. В 1995 г. защитила докторскую диссертацию по теме «Сестринское дело в России».

**Пирогов Николай Иванович** (1810-1881) – русский анатом, хирург, педагог, общественный деятель. Основоположник военно-полевой хирургии и анатомо-экспериментальной хирургии. Член-корреспондент Петербургской АН. Мировую известность получил атлас Пирогова «Топографическая анатомия». При его содействии создавались и развивались общины сестре милосердия в России.

**Плигина Лариса Алексеевна** (XX в.) – президент Алтайской профессиональной организации средних медицинских работников (создана в 1999 г.).

**Полети Р.** (XX в.) – протестантская медицинская сестра. Она сформулировала протестантское учение о здоровье, в котором выделила три основных принципа: 1) Бог дает здоровье и болезни, но человек ответственен за свое здоровье сам; 2) человек должен понимать свою слабость; 3) утверждение христианского взгляда на здоровье возможно с помощью образования. Полети считала, что в последней четверти XX в. в умах многих людей произошли серьезные изменения в плане внедрения протестантской этики здоровья в медицину. Люди стали внимательнее относиться к своему здоровью.

Руководила «Школой доброй помощи» в Женеве, а затем Высшей школы медицинских сестер Красного Креста в Лозанне (Швейцария).

**де Поль Винсент** (1575-1660) – французский священник создал во Франции, Нидерландах, Польше и других странах общество «Братство милосердия для ухода и духовной помощи бедным больным». Постепенно пришёл к идее создания женской специальной организации, члены которой всецело посвятили бы себя уходу за неимущими больными. В 1737 г. католическая церковь причислила де Поля к лику Святых и почитает его как покровителя всех дел милосердия. Дело де Поля продолжало развиваться и после его смерти. К концу XVIII в. в организации сестер милосердия входило около 300 благотворительных заведений во Франции, Силезии, Нидерландах и других странах.

**Рой Каллиста** (XX в.) – автор концепции (50-60 гг.), согласно которой для лечения больного необходима грамотная адаптация больного к окружающей среде.

**Ртищев Федор** (XVII в.) – сподвижник царя Алексея Михайловича. В 1650 г. на собственные средства открыл приют для бедных больных, нищих и пьяных на территории Андреевского монастыря. Это, видимо, была первая светская городская больница в России. В годы русско-польской войны (1654-1667 гг.) Ф. Ртищев на свои средства и средства царицы Марии Ильиничны оборудовал дом для больных и раненых воинов. Причем помощь там оказывали не только русским воинам, но и вражеским, взятым в плен (эту идею через два столетия реализовал Анри Дюнан, за что получил Нобелевскую премию).

**Сабина Марфа Степановна** (XIX в.) – фрейлина императорского двора. Ей принадлежит инициатива создания в России филиала международного Красного Креста. Ее поддержали баронесса Мария Петровна Фредерикс и лейб-медики Ф.Я. Карел и П.А. Наранович.

**Савченко Лидия Филипповна** (XX в.) – хирургическая сестра Великой Отечественной войны. В 1961 награждена медалью Ф. Найтингейл.

**Саркисова Валентина Антоновна** (XX в.) – первый президент Ассоциации медицинских сестер России.

**Севастопольская Даша** (XIX в.) – девочка-сирота известна своей самоотверженной помощью раненым солдатам во время Крымской войны. Недавно удалось установить настоящее имя Даши Севастопольской – Дарья Лаврентьевна Михайлова (по другим данным – Дарья Александровна).

**Склифософский Николай Васильевич** (1836-1904) – выдающийся российский хирург. Предложил операцию соединения костей при ложных вывихах (замок

Склифософского). Внедрял в хирургию принципы асептики и антисептики. Способствовал развитию сестринского дела в России.

**Сорокина Генриетта Викторовна** (XIX-XX вв.) – сестра милосердия Первой мировой войны. Полный Георгиевский кавалер.

**Толстая Александра Львовна** (XIX в.) – дочь писателя Толстого Л.Н., добровольно принимала участие в Первой мировой войне в качестве сестры милосердия. Оставила воспоминания, по которым можно составить представление о сложной работе сестры милосердия на войне.

**Тусналобова–Марченко Зинаида Михайловна** (XX в.) – санитарка Великой Отечественной войны (из Кузбасса), Герой Советского Союза. В 1965 награждена медалью Ф. Найтингейл.

**Тюрингенская Елизавета** (XIII в.) – немецкая графиня, посвятившая себя служению делу милосердия. В возрасте 20 лет она на свои средства построила госпиталь, организовала приют для подкидышей и сирот, в котором сама много работала. В 1235 г. Елизавета была причислена к лику Святых и в ее честь была основана католическая община «Святой Елизаветы». Монахинями, пожелавшими последовать ее примеру, создавались подобные общины, которые стали называть «Елизаветинками».

**Феврония** (Древняя Русь) – полулегендарный женские персонаж в области медицинской благотворительности. Сохранилась легенда о Муромском князе Петре и крестьянской девушке Февронии, исцелившей тяжело заболевшего князя и впоследствии женившегося на ней, описана в «Сказании о Петре и Февронии».

**Феррарий** (XIII в.) – ученный Салернского университета. Написал исследование о лихорадке.

**Флиднер Теодор** (XIX в.) – протестантский пастор из Германии пытался возродить организации диаконисс. В 1833 г. он организовал приют для женщин, вышедших из тюрем, и приют для раскаявшихся проституток. В 1835 г. открыл первые в Германии школы для детей рабочих. Тогда же он создал специальную школу для обучения женщин из малоимущих семей по уходу за детьми и больными. В 1836 г. этот пастор основал общину диаконисс «Союз для ухода за больными в Рейнской провинции и Вестфалии». Протестантские пасторы не поддержали Флиднера в его возрождении общин диаконисс. Поэтому в 1849 г. Флиднер снял с себя сан пастора, чтобы иметь возможность основывать по всему миру филиалы общины сестер милосердия.

**Хитрово Екатерина Александровна** (XIX в.) – начальница сердобольных сестер в Одессе, а потом второй, после ухода Стахович, начальницей

Крестовоздвиженской общины. Пыталась общину превратить в большую семью. Пирогов Н.И. называл ее «столпом общины», женщиной великого ума, такта, кротости, благочестия.

**Хлапони́на Елизавета Михайловна** (XIX в.) – аристократка. Во время Крымской войны оказывала помощь раненым, чем подала пример другим знатым дамам.

**Шаховская Наталья Борисовна** (XIX в.) – княгиня. В 1864 г. при содействии Ф.П. Гааза, создала на свои средства при Полицейской больнице в Москве общину сестер милосердия «Утоли моя печали», где была пожизненной начальницей и Сиротский приют. Дети приюта получали образование и практические навыки, необходимые для зарабатывания средств во взрослой жизни. Умерла княгиня Н.Б. Шаховская в 1906 г. С приходом к власти большевиков община была ликвидирована.

**Щербатова Софья Степановна** (в девичестве Голицына) (XIX в.) – первая дама столицы. В 1844 г. основала благотворительное общество «Дамское попечительство о бедных в Москве», вошедшее в состав Ведомства учреждений императрицы Марии Федоровны. «Дамское попечительство» открывало детские приюты, богадельни для престарелых, училища и прочие благотворительные заведения. В них открывалось широкое поле для женщин, желающих своим вниманием и уходом облегчить состояние нуждающихся. При содействии известного доктора Ф.П. Гааза основала Никольскую общину в Москве. Община имела в своем составе богадельню для престарелых сестер милосердия.



## Литература:

- Авдеев Д.А.* Размышления православного врача. – М., 2007.
- Бакунина Е.М.* Дневник сестры милосердия//Вестник Европы. –1898. – № 3–6.
- Блохина Н.Н.* Российское общество Красного Креста и государственное здравоохранение дореволюционной России //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 3.
- Бородина М.* Сестра милосердия//Сестринское дело. – 1996. – № 3.
- Бражников А.Ю.* Камынина Н.Н. Изменения в сестринском образовании в Европейском союзе//Медицинская сестра. – 2007. – №3.
- Буслаева Г.Н.* Милосердие московских меценатов//Педиатрия. – 2001. – № 5.
- Винокурова И.* Леди со светильником. Ларец Клио. Истории об истории. – 2004. – Вып. 8.
- Власов П.В.* Обитель милосердия. – М., 1991.
- Гиппократ.* Избранные книги. – М., 1936.
- Головкова Л.* Иверская община на Большой Полянке//Московский журнал. – 1992. – № 10.
- Горянин А.* Мифы о России и дух нации. – М., 2002.
- Гуляев В.А., Кузьмин Н.С., Платонов С.Д., Геналов Ю.В.* О военном аспекте развития сестринского дела в России //Военно-медицинский журнал. – 2006. – № 3.
- Гюббенет Х.Я.* Очерк медицинской и госпитальной части русских войск в Крыму в 1854-56 гг. – СПб., 1870.
- Двойников С.И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А.* Теория сестринского дела. – Самара, 2002.
- Доссе Жан.* Научное знание и человеческое достоинство//Курьер Юнеско. 1994. – ноябрь.
- Дьяков Ю.Л., Бушуева Т.С.* Фашистский меч ковался в СССР. Красная армия и рейхсвер. Тайное сотрудничество 1922–1933 гг. Неизвестные документы. – М., 1992.
- Заблудовский П.Е.* История медицины: Избранные главы. – М., 1953.
- Звягина Е.* Философия подаяния: традиции русской благотворительности//Наука и жизнь. – 2002. – №7.
- Зеленин С.Ф.* История медицины. Краткий курс. – Томск, 2004.
- Зубкова М.* Православный церковный лечебник. – Л., 2006.
- Иванова С.С.* Сестринское дело и концепция развития здравоохранения в России//Медицинская помощь. – 1998. – № 2.
- Иванова Ю.Н.* Храбрейшие из прекрасных: женщины России в войнах. – М., 2003.
- Иванюшкин А.Я.* Этика сестринского дела. – М., 2003.
- Ивойлов В.М.* Социально-гигиеническая характеристика рабочих угольных шахт и пути совершенствования лечебно-профилактической помощи. Методические рекомендации. (Для служебного пользования). – Кемерово, 1984.
- Карпушина С., Карпушин В.* История мировой культуры. – М., 1998.

- Кузьмин М.К.** Медицинские сестры в дни мира и войны//Медицинская сестра – 1991. – №1.
- Леонтьева Н.Т.** Политика советской власти в развитии здравоохранения Кузбасса в 20-30-е годы. – Кемерово, 1996.
- Логунов К.В.** Крестовоздвиженская община сестер милосердия// Российский семейный врач. – 2000. – №4.
- Лопатин Л.Н.** История рабочего движения Кузбасса 1989-1991 гг. – Кемерово, 1995.
- Лопатин Л.Н.** Качество советского образования. Мифы и реальность// Вопросы образования. – 2008. – № 2.
- Лопатин Л.Н.** Кузбассовцы в годы реформ. – Кемерово, 1995.
- Лопатин Л.Н.** Кузбассовцы при социализме. Как мы жили? – Кемерово, 1996.
- Лопатин Л.Н.** Рабочее движение Кузбасса в воспоминаниях его участников и очевидцев. – М., 1998.
- Лопатина Н.Л.** Коллективизация 30-х годов XX века и её влияние на изменение социокультурного облика российской деревни (по воспоминаниям очевидцев). – Кемерово, 2005.
- Максимов С.В.** Куль хлеба. – Л., 1987.
- Материалы** к житию преподобномученицы великой княгини Елизаветы. Письма, дневники, воспоминания, документы. – 2-е издание. – М., 1996.
- Материалы** Всероссийской научно-практической конференции «Организация сестринского дела на рубеже веков». – Арзамас, 2000.
- Махаев Сергей.** Подвижницы милосердия. О подвиге русских сестер милосердия. – М., 2007.
- Миллер Г.А.** Инновационные подходы к обучению медицинских сестер//Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Организация сестринского дела на рубеже веков». – Арзамас, 2000.
- Мухина С.А. , Тарновская И. И.** Теоретические основы сестринского дела. М., 1996.
- Мухина С.А. , Тарновская И. И.** Теоретические основы сестринского дела. Издание 2-е. – М., 2001.
- Найтингейл Ф.** Записки об уходе. – М., 2002.
- Николаева И.И., Калинин А.В. Соломатин А.П.** История сестринского дела. – Ч. 1, Ч. 2 – Новосибирск, 2000.
- Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В.** Основы сестринского дела. – Ростов н/Дону, 2002.
- Павленко Т.Н.** Сестринское образование в России: подготовка и роль преподавательских кадров. – М., 2003.
- Первый** всероссийский съезд средних медицинских работников. 3-5 ноября 1998 г. Материалы съезда. – СПб., 1998.
- Перфильева Г.М.** Сестринское дело: эволюция понятия и развития теории// Медицинская помощь. – 1996. – № 4.
- Пирогов Н.И.** Собр. соч. в 8 тт. – М., 1961.

- Полный** православный молитвослов на всякую потребу. – СПб., 2004.
- Постернак А.В.** Очерки по истории общин сестер милосердия. – М., 2001.
- Постернак А.В.** Очерки по истории общин сестер милосердия (первые в России организации по уходу за больными)//Медицинская сестра. – 1999. – №4.
- Православная** церковь и современная медицина. Ред. С. Ф. Филимонов. (И. Филин, Лебягина Г.В., Ясюкевич Н.Ю., Акулин И.М., Корюков А.А.) – СПб., 2002.
- Развитие** сестринского дела в условиях реформирования отрасли//Сестринское дело. – 2002. – №4.
- Романюк В.П., Лапотников В.А., Накатис Я. А.** История сестринского дела в России. – СПб., 1998.
- Российскому** Красному Кресту – 135 лет. Службе милосердия Российского Красного Креста – 40 лет//Сестринское дело. – 2002. – № 4.
- Сафронова Н.** Профессия? Нет, состояние души//Сестринское дело. – 1996. – № 2.
- Сахаров А.Н., Назаров В.Д., Боханов А.Н.** Подвижники России: Исторические очерки. 2-е изд. – М., 2002.
- Сборник** материалов первой Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела. – М., 1993.
- Семенова М.** Мы – славяне. – М., 2007.
- Сестринский** процесс и документация. – Копенгаген. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – март 1996.
- Сестринское дело.** В двух томах //Под ред. Краснова А.Ф. – М., 1998.
- Силюянова И.В.** Современная медицина и православие. – М., 1998.
- Слепушенко И.О.** Реформы в сестринском деле//Медицинский вестник. – 2003. – № 10.
- Слепушенко И.О.** Сестринское дело: проблемы и пути решения//Сестринское дело. – 2005. – №1.
- Соловьев Вл.** Оправдание добра. Соч. в 2-х тт. – Т. 1. – М., 1988.
- Сорокина Т.С.** История медицины. 3-е издание. М., 2004.
- 100-лет** Красного Креста в нашей стране//Под ред. Митерева Г.А. – М., 1967.
- Стойчева М.** Современные тенденции в сестринском образовании//Сестринское дело. – 2002. – № 4.
- Струве П.Б.** Дневник политика (1925-1935) – М. – Париж, 2004.
- Толстая А.Л.** Дочь. – М., 1992.
- Тоффлер А.** Третья волна. – М., 2002.
- Тоффлер А.** Шок будущего. – М., 2002.
- Троян Н.В.** Советский Красный Крест в годы Великой отечественной войны. – М., 1975.
- Тюляндин А.Д.** Советский Красный Крест в годы Великой отечественной войны//Здравоохранение Российской Федерации. – 1985.– №1.
- Церковь** и медицина: на пороге третьего тысячелетия. – Минск, 1999.
- Фуко М.** Надзирать и наказывать. – М., 1999.

- Хвощева Е.С.** Рассказы об истории сестринского дела. – Владивосток, 2006.
- Хетагурова А.К.** Славные имена женщин России в истории сестринского дела. – М., 2004.
- Шибков А.А.** Женщины России в медицинской школе и на войне (до 20 века). – Л., 1957.
- Шибков А.А.** Первые женщины–медики России. – Л., 1961.
- Шпирна А.И.** Реформа среднего медицинского образования регионального уровня//Сестринское дело. – 2005. - №2.
- Цой Н.** Отдай миру всё //Сестринское дело. – 2003. – № 6.

## **Оглавление**

<b>Введение</b>	<b>3</b>
<b>Глава 1: Культурологические особенности ухода за больными в докапиталистическое время</b>	<b>6</b>
1. Уход за больными и представлениями о болезни в первобытном обществе	6
2. Изменение ухода за больными в Древнем мире	9
3. Функционирование специализированных учреждений и общественных структур по уходу за больными в Средневековую эпоху	17
<b>Глава 2: Культура обществ сестер милосердия в Новое время в Европе</b>	<b>22</b>
1. Образование и функционирование «Братства милосердия для ухода и духовной помощи бедным больным» Винсента де Поля	22
2. Работа Теодора Флиднера по восстановлению общин диаконисс	24
3. Деятельность английской сестры милосердия Флоренс Найтингейл	27
4. Роль Международного Комитета Красного Креста в развитии сестричества	33
<b>Глава 3: Влияние культуры XX в. на развитие сестринского дела за рубежом в XX в.</b>	<b>35</b>
1. Появление новых концепций ухода за больными	35
2. Католические и протестантские сестринские общины	39
3. Всемирный совет медицинских сестёр	43
<b>Глава 4: Культура ухода за больными в Древней и Средневековой Руси (России)</b>	<b>44</b>
1. Медицина и медицинский уход в Древней Руси (до XIII в.)	44
2. Уход за больными в Удельной и Московской Руси (XIII-XVI в.)	49
<b>Глава 5: Российская система ухода за больными в Новое время (XVII-XIX вв.)</b>	<b>54</b>
1. Влияние петровских преобразований на изменение российской культуры ухода за больными и немощными	54
2. Подготовка фельдшеров в России до сер. XIX в.	60
3. Состояние сестринского дела в связи с развитием земской медицины	61

<b>Глава 6: Роль дам высшего света России в организации отечественного сестринского дела в XIX – начале XX в.....</b>	<b>65</b>
1. Роль дам высшего света в создании и развитии Общины сестер милосердия.....	65
2. Влияние Российского Общества Красного Креста на функционирование сестринских общин и их значение в становлении профессионализма сестринского дела в России.....	78
<b>Глава 7: Деятельность российских сестер милосердия во время крупных военных конфликтов XIX-XX вв.....</b>	<b>89</b>
1. Сестры милосердия в Крымскую войну (1853-1856 гг.) и Русско-турецкую войну (1878-1879 гг.).....	89
2. Работа сестер милосердия во время Русско-японской войны(1904-1905 гг.), Первой мировой войны (1914-1918 гг.) и Второй мировой войны (1939-1945 гг.).....	97
<b>Глава 8: Культурологические аспекты отечественного сестринского дела в XX – начале XXI вв.....</b>	<b>106</b>
1. Сестринское дело с 1917 г.....	106
2. Изменение в сестринском деле в постсоветское время (90-2000-е гг.).....	119
<b>Заключение.....</b>	<b>140</b>
<b>Персоналии.....</b>	<b>150</b>
<b>Литература.....</b>	<b>161</b>

*Научное издание*

## **Культурологические аспекты в развитии сестринского дела**

*Лопатина Наталия Леонидовна – кандидат культурологии, доцент кафедры истории, педагогики и психологии Кемеровской государственной медицинской академии. Автор 2 монографий, соавтор 4 монографий, брошюры, 1 учебного пособия («Словарь философских терминов»). Имеет более 40 научных статей по философским, культурологическим и историческим проблемам. Автор художественно-документальной повести. Вузовский педагогический стаж с 1994 г.*

Компьютерная верстка – Матющенко Ю.В.  
Дизайн обложки – Акименко Г.В.

### ***Книга издана на средства***

Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса»; Алтайской общественной организации «Профессиональная организация средних медицинских работников»; Астраханской общественной организации средних медицинских работников; Новосибирской ассоциации медицинских сестер; Омской профессиональной ассоциации медицинских сестер; Самарской ассоциации медицинских сестер; Ставропольской краевой ассоциации медицинских сестер; Читинской ассоциации средних медицинских работников.

Подписано в печать 19.05.2009. Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Бумага офсетная № 1. Печать офсетная. Усл. п. л. 10,9.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 06045.

---

Отпечатано в типографии ООО «АРФ»,  
650025, г. Кемерово, ул. Черняховского, 4