

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Ставропольский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального  
образования**

**Методические рекомендации к практическим занятиям**

**ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «СД в России»**

Наименование дисциплины **Сестринское дело в России**

Специальность 34.03.01 – сестринское дело

Форма обучения очная

Год начала подготовки 2025

**ТЕМА 7**

**Сестринское дело в России в 20 в.**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Сестринское дело в России»

Разработаны:

Доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.



Смирнова О.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО



Шिशалова Т.Н.

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования



Федько Н.А.

*Методические указания по дисциплине «Сестринское дело в России» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции*

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>1. Цель</b>            | Ознакомить обучающихся с историей сестринского дела в России в 20 веке  |
| <b>2. Учебные вопросы</b> | 1. Сестры милосердия в Великую отечественную войну.<br>2. Международное сотрудничество медицинских сестер России в 20 веке. |

### **3. Теоретическая часть**

#### **О развитии сестринского дела в СССР.**

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

1. Фельдшерско-акушерские школы со сроком обучения 4 года. В них принимали лиц, закончивших 4 класса. На территории России таких школ было 10.
2. Фельдшерско-акушерские школы, в которых специалистов готовили 2,5 года. Для поступления в эти учебные заведения необходимо было закончить семилетнюю школу.
3. Школы по подготовке медицинских сестер по уходу за больными (переименованные затем в курсы медицинских сестер) со сроком обучения 2 года. В школу принимались лица с 4-классным образованием.
4. Техникумы, школы и курсы с различными сроками обучения для сестер-воспитательниц, сестер по охране материнства и младенчества.
5. Профилактические техникумы, срок обучения в которых составлял 4 года.
6. Вечерние школы медицинских сестер со сроком обучения 3 года.
7. Двухгодичные курсы санитарных помощников.
8. Курсы переобучения военных (ротных) фельдшеров для работы в школах; срок обучения - 3 года.
9. Курсы дезинфекторов со сроком обучения 6 месяцев.
10. Курсы по подготовке массажистов. Срок обучения - 1 год.

В 1926 г. в Москве на II Всероссийской конференции по среднему медицинскому образованию участники конференции отметили, что существующая система среднего медицинского образования не обеспечивает должного уровня подготовки медицинских работников.

Необходимо отметить, что в новых учебных планах, как и в измененных в 1919 г., предусматривалась подготовка медицинских сестер, владеющих четко отработанными техническими навыками и являющихся помощниками врача.

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

Причиной реорганизации системы среднего медицинского образования было интенсивное строительство новых больниц и поликлиник, развитие сети лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений в городе и на селе, дальнейшая специализация медицинской помощи. Так, к 1940 г. число больничных коек в стране превысило 790 тыс. против 208 тыс. в предреволюционные годы. В то же время повысилась обеспеченность населения специалистами со средним медицинским образованием.

После Великой Отечественной войны в стране были проведены следующие мероприятия по улучшению медицинского обслуживания населения:

- 1) были восстановлены учреждения по охране материнства и детства;
- 2) развернуто строительство родильных домов, женских консультаций и детских поликлиник;
- 3) восстановлена сеть домов отдыха и санаториев;
- 4) организована медико-социальная помощь инвалидам и детям-сиротам.

В связи с этим увеличилась потребность практического здравоохранения страны в квалифицированных средних медицинских работниках.

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

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

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

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

Несмотря на разное экономическое положение, разные политические системы, культуру и язык, имеются универсальные факторы, оказывающие влияние на развитие сестринского дела в каждой стране. Среди них выделяют три основных:

- 1) преобладание женщин среди специалистов сестринского дела;
- 2) превалирование роли лечебной медицины над профилактической;
- 3) отсутствие представительства медицинских сестер в органах законодательной и исполнительной власти.

На протяжении нескольких десятилетий в России вопросам сестринского дела не уделялось должного внимания. Развитие сестринских технологий с учётом современной науки в развитых странах привело к резкому отставанию сестринского дела в России.

**Предпосылками реформы сестринского дела являются:**

- 1) негативные медико-демографические процессы;
- 2) ухудшение состояния здоровья населения;
- 3) хронизация патологических процессов в организме;
- 4) распространение новых заболеваний, таких как ВИЧ;
- 5) увеличение стоимости медицинских услуг.
- 6) снижение обеспеченности ЛПУ сестринским персоналом;
- 7) двухступенчатый метод обслуживания больных привёл к снижению профкомпетентности медсестры в выполнении не свойственных им функций;
- 8) снижение обеспеченности ЛПУ лекарственными средствами, предметами ухода, инструментарием;
- 9) увеличение дисбаланса в соотношении между врачами и медицинскими сестрами, и как следствие - ухудшение качества обслуживания (оптимальным считается соотношение между врачами и сестрами равно 1:4).

**Реформа сестринского дела в России началась в 1993 году.** На международной конференции «Новые сестры для новой России» была принята философия сестринского дела, положившая начало этому процессу. 5 ноября 1997 г.

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

**Сущность реформы СД заключается** в осуществлении необходимых изменений в кадровой политике на основе научно обоснованных подходов к планированию, подготовке и использованию сестринских кадров; обеспечения рационального соотношения врач-сестра; возрождение категории младшего медицинского персонала; организации новых видов помощи, связанных с проблемами сохранения и поддержания индивидуального и общественного здоровья.

**Основными целями и задачами реформы сестринского дела являются:**

- 1) формирование условий для повышения эффективности и усиления роли средних медработников, совершенствование системы управления.
- 2) создание новой концептуальной модели сестринского дела.
- 3) внедрение новых технологий в сестринском деле.
- 4) усиление профилактической направленности здравоохранения.
- 5) проведение системных преобразований в СД – в области образования, научных исследованиях, практическом здравоохранении, содействие и развитие профессиональных сестринских ассоциаций.
- 6) повышение статуса сестринского персонала как профессионального, так и социального, обеспечение социальной защищённости специалистов сестринского дела.

**Основные направления реформы СД, реализации отраслевой программы:**

1. Нормативно-правовое обеспечение сестринской деятельности, охрана труда в учреждениях здравоохранения.
2. Создание стандартов (протоколов профессиональной сестринской деятельности), их апробация и дальнейшее внедрение в практику.
3. Разработка методических рекомендаций по ведению сестринского процесса как научного метода организации сестринской практики, сестринской документации наблюдения за пациентом.
4. Разработка методических рекомендаций по пересмотру дифференциальной нагрузки на сестринский персонал ЛПУ.
5. Пересмотр методики оплаты труда специальности «сестринское дело» в зависимости от качества объёма выполняемой работы и уровня образования на основе новых технологий сестринского дела.

**4. Практическая часть - нет.**

**5. Вопросы для собеседования**

1. Развитие сестринского дела в 1918-1977 гг.
2. Международное сотрудничество медицинских сестер России в 20 веке.

**6. Тестовые задания**

1. Медицинским обеспечением красной армии во время Великой Отечественной Войны руководил
  - 1) Ю.Ю. Джанелидзе
  - 2) Н.Н. Бурденко
  - 3) М.С. Вовси
  - 4) **Е.И. Смирнов**
2. Н.И. Пирогов принимал непосредственное участие в
  - 1) **Крымской войне 1854 - 1856 г.**
  - 2) Отечественной войне 1812 г.
  - 3) Первой мировой войне
  - 4) Русско-Японской войне 1905 г.
3. Создатель русской акушерской терминологии
  - 1) Е.О. Мухин

- 2) **Н.М. Максимович - Амбодик**
  - 3) К.И. Щепин
  - 4) М.И. Шеин
4. Заслуга разработки первых в России теоретических представлений о распространении и предотвращении чумы принадлежит
- 1) И.П. Лазаревичу
  - 2) **Д. С. Самойловичу**
  - 3) Р. Коху
  - 4) П. В. Боровскому
5. Первое в России высшее женское медицинское учебное заведение появилось в
- 1) Киеве
  - 2) Москве
  - 3) Харькове
  - 4) **Санкт-Петербурге**
6. В его честь был поставлен первый в России памятник врачу
- 1) **Н.И. Пирогов**
  - 2) И.М. Сеченов
  - 3) И.И. Мечников
  - 4) И.П. Павлов
7. Выдающийся российский ученый Д.С. Самойлович участвовал в борьбе с эпидемиями
- 1) **чумы**
  - 2) оспы
  - 3) дифтерии
  - 4) холеры
8. Первое высшее учебное заведение, занимавшееся подготовкой врачей в России
- 1) Лекарская школа
  - 2) Медико-хирургическая академия (МХА)
  - 3) **Госпитальная школа**
  - 4) Академический университет
9. Создатель первой в России лаборатории экспериментальной медицины, которую впоследствии возглавлял И.П. Павлов
- 1) **С.П. Боткин**
  - 2) И.М. Сеченов
  - 3) И.И. Мечников
  - 4) Г.А. Захарьин
10. Санитарная статистика в России появилась во время правления
- 1) **Петра I**
  - 2) Александра II
  - 3) Екатерины II
  - 4) Александра I
11. Первый в России гражданский госпиталь (в 1706г.) был открыт
- 1) **Лефортово**
  - 2) Казань
  - 3) Киев
  - 4) Санкт-Петербург