

- процент самосожжения в этом регионе колеблется между 40-90 %;
- возрастной уровень самосожжений в остане составляет ниже 12 лет;
- средний возрастной уровень самосожжений в остане составляет 12-38 лет;
- в большинстве случаев фактором сожжения считается огонь, только ниже 3 % была использована горячая вода;
- в деревнях и маленьких городах способом сожжения считается нефть, керосин, а в больших городах во многих случаях бензин;
- свыше 60% женщин, которые попытались пойти на самоубийство путем самосожжения, были замужем;
- смертельный исход в таких случаях составляет 90 %.

Таким образом, можно сказать, что если женщина выше 15-ти лет, обладает ожогами свыше 30%-ов, то эти ожоги доказывают преднамеренность действий на 70%. Во многих случаях, объект самосожжений страдает душевными болезнями и это еще раз доказывает преднамеренность в самосожжении. По результатам одного исследования, в Кирманшахском остане 85 % случаев самоубийства со смертельным исходом среди женщин были именно случаи самосожжения.

Заключение. Исследование шкалы изменений некоторых особенностей случаев самоубийства в Иране, а также статистические данные на 1980-83-ие годы, показывают, что случаи самоубийства и попыток суицида в Иламском остане возросло в несколько раз в послевоенные годы.

Использованная литература

1. Дуркгейм Э. Суицид [Текст]. – Тегеран: Тебати интишарати, 1980. – 336 стр. (на персидском языке)
2. Исламинесоб. Самоубийство [Текст]. – Тегеран: Фердос интишарати, 1992. – 296 стр. (на персидском языке)
3. Табризи М. О теории суицида Дуркгейма [Текст]. – Тегеран: 1994. – 326 стр. (на персидском языке)
4. Гаеми А. Общественные вопросы [Текст]. – Тегеран: Амири интишарати, 1975. – 256 стр. (на персидском языке)
5. Раисдана Ф. Социология [Текст]. – Тегеран: Бехризти интишарати, 2001. – 410 стр. (на персидском языке)
6. Тебатабаи М. Суицид среди молодежи [Текст]. – Тегеран: 2005. – 197 стр. (на персидском языке)
7. Махаммади З. Самоубийства среди женщин [Текст]. – Тегеран: 2004. – 207 стр. (на персидском языке)

Солмаз Саттар кызы Магеррамова

УДК 390+613.4

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТОВ ЮГО-ВОСТОЧНЫХ РАЙОНОВ МАЛОГО КАВКАЗА КОНЦА XIX-НАЧАЛА XX ВЕКОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ КЕЛЬБАДЖАРСКОГО, ЗАНГЕЛАНСКОГО, ДЖЕБРАИЛЬСКОГО И ФИЗУЛИНСКОГО РАЙОНОВ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)

Человечество в течение многовекового развития накопило богатый опыт лечения различных болезней. Во времена, когда научная медицина не получила современного развития, народные целители лечили различные заболевания эмпирическими методами, и со временем накопили богатый опыт в области традиционной народной медицины. Они готовили лекарства из дикорастущих трав и других полезных растений, занимались лечением различных заболеваний. В этих целях широко использовались различные снадобья, в том числе животного и минерального происхождения. На этой базе развивалась современная медицина. Цивилизованная медицина не должна отвергать опыт предыдущих поколений. Еще в средние века азербайджанские ученые писали труды в области медицины на тюркском, персидском, арабских языках. Рукописные книги создавались каллиграфами, переплетались кожей и украшались цветными рисунками лекарственных растений, животных и минералов [1,1].

В средние века в таких городах как Баку, Шуша, Шеки, Губа, Шемаха, Гянджа, Тебриз давали студентам основные знания по медицине и фармации. Здесь студенты изучали труды Ибн Сины (Авиценну) и других классиков средневековой медицины. Крупные университеты (даруль-фунун) существовали в городах Шемаха и Тебриз. Медицинский университет (медресе) "Мальхам" в Шемахе был основан в XI веке Кафияддином Омаром, дядей великого азербайджанского поэта Хагани Ширвани (1120-1199). Кафияддин Омар, будучи врачом, фармацевтом и талантливым преподавателем, возглавлял Шемахинский университет. [2,8]

В университете изучали медицину, фармакологию, анатомию и другие науки.[1,1] ХУП-ХУШ вв. в Шемахе, Гяндже, Тебризе существовало более 50 больниц. С самого древнего времени до начала XX века в Агдаме, Шемахе, Нахчыване, Гяндже, Шуше, Лагиче, Сальянах, Ленкоране и в других городах Азербайджана существовали аптеки под названием «аттар дукаяны» предлагавшие покупателям лекарства с рецептами.

В исследуемом регионе также в 1890 году открылись лечебные заведения. Первое из них было открыто в Джебраиле.(3,6) Не менее важны были лечения различных болезней при помощи минеральных источников. На территории Кельбаджарского района имелись несколько минеральных источников, которые заслуживали внимания как по качеству и составу минеральной воды. Первый железисто-щелочный

источник «Готур су» расположился в селение Готурлу, второй горячий источник под названием «Истису» недалеко от селения Кештек. У источника «Готур су» было устроено подобие двух ванн. Ванны эти были разделены между собой по сторонам досками и представляли из себя две одинаковой величины, длиной в человеческий рост, ямы, вырытая равномерно по всей длине с песчаным дном. Число больных на лето (май-август) превышало 100-200 человек. Большинство больных пользующихся этим источником страдали кожными болезнями, от чего источник и получил название «Готур су», что в переводе на русский язык значит «вода от чесотки».[4, 290]

Серный источник «Истису» температурой до 45⁰С. Был очень богат содержанием минеральных частей. Число больных за четыре летних месяца доходило до 200-300 человек. Здесь лечились больные, страдающие ревматизмом суставов и мышц. [4,291] Надо отметить, здесь тоже не было никаких условий для больных, а также ваннных зданий. Близко от источника не было не селений, даже отселка. Больные здесь жили в кибитках, которые привозили с собой необходимым для собственного продовольствия.

15 апреля 1885 г. в сел. Гадрут Джебраильского уезда был открыт приемный покой. [4,297] Приемный покой состоял из амбулаторий и стационарного отделения. В амбулаториях производился прием больных ежедневно. В отдельных от амбулаторий комнатах помещались 4 кровати - две из них предназначались для мужчин и две для женщин. Кровати снабжались постелью и прочими необходимыми принадлежностями. Больные продовольствовались на средства отпускаемой на содержание приемного покоя, уходом за ними занимались фельдшера и повивальная бабка. При приемной покое была аптека, в которой хранились и готовились лекарства для бесплатного отпуска больным. 1 января 1886 г. за 8 с половиной месяцев в сел. Карягино (нынешний город Физули С.М) пользовалось 1863 больных, в 1886 в Карягинском приемном покое зарегистрировано 3842, в следующие годы число больных увеличивалось [4,297]. В 1904 г. состоялось преобразование сельско-врачебной части в Закавказье. По закону 8 марта 1904 г. существование приемные покои преобразовывались в сельские больницы на 6 кроватей. При каждой больнице в пределах врачебного участка учреждались фельдшерские пункты. Больницы служили для бесплатного стационарного и амбулаторного, фельдшерские пункты только для амбулаторного пользования больных. На сельских врачей возлагалась медицинская помощь населению в пределах им участков, распространение оспопрививания, периодическое посещение фельдшерских пунктов и принятие необходимых мер против распространения заразительных и повальных болезней. На содержание сельского врача отпускался 1400 руб. в год – старшего фельдшера 420 руб., младшего 360 руб., повивальной бабки 420 рублей.(4,298) На наем помещений сельских больниц, отопление, освещение, продовольствие больных, пополнение инвентаря на прислугу и хозяйственные расходы отпускался на каждую больницу по 1500 руб., на медикаменты 750 руб., на помещение фельдшерского пункта с отоплением и освещением 180 руб. в год. На приобретение и починку инструментов 50 руб. в год. Таким образом ежегодный расход на содержание больницы с фельдшерским пунктом выражался в сумме 2480 руб., а на содержание врачебного персонала 3716 руб., всего 6196 рубль.[4,299] Согласно инструкции по сельское – врачебной части в Закавказье от 28 января 1905 года сельский врач непосредственно заведовал сельской больницей и санитарной частью в своем районе, наблюдал за деятельностью фельдшерского пункта, который посещал не менее одного раза в недели. Кроме того, он изучал свой район в медике - топографическом, бытовом и экономическом отношениях, при появлении где-либо в своем районе эпидемий, принимал меры прекращению ее. На основании закона 8 марта 1904 года все существующие сельские приемные покои в 1905 году преобразованы в сельские больницы.[4,300] 1907 году в Карягинском уезде (нынешним Физулинском районе -С.М.) было открыто фельдшерский пункт. В 1908 году была открыта сельская больница в сел. Зангелан. В 1910 году в Карягинском уезде была вновь открыта сельская больница (4, 301) Таким образом, медицинской помощью пользовались жители тех селений, в которых функционировали лечебные заведения и селений находящихся на близком расстоянии от лечебницы. Услугами больниц и фельдшерских пунктов пользовались селения отстоящих не далее 30- 35 км. от них. В зимнее время некоторые селения были отрезаны от лечебниц, вследствие снежных заносов. В таком положении находились и другие участки вследствие половодья больших рек-Акары, Баргушет, Тертер. За время 26-го существования организации сельско-врачебной части (1885-1911) среди местных населений преобладали заразные болезни.

Из острозаразных болезней натуральная оспа дала наибольшее число заболеваний в регионе. Большое число заболеваний оспой наблюдалось в поздние осенние и зимние месяцы, когда крестьяне по случаю холодов жили очень скученно. В 1885 году оспа была зарегистрирована только в Карягинском уезде. Она дала 229 заболеваний. В 1887 году в Карягинском и Арешском уездах зарегистрирована 951 больной или 63,9% общего числа острозаразных больных [5,25]. Наибольшее распространение оспа имела в Карягинском уезде [4,305]. Большой контингент составляли и малярийные больные. Малярия на низменности, в бассейнах рек Акары, Баргушета, Тертера, Аракса болезнь эндемическая, но она переносилась и в нагорные местности заболевшими на низменности. С наступлением весны она увеличивалась, к концу лета и в начале осени постепенно уменьшалась к зиме. Причина распространения малярии на низменности объяснилась весенними разливами рек, оставляющими после себя массу болот, затем рисовыми плантациями, занимающими обширные площади, представляющими искусственные болота, благодаря систем поливки их. Наибольший контингент малярийных заболеваний принадлежала Карягинскому уезду. Со второй половины марта на низменностях появлялись комары и возобновляли малярийные заболевания. В это время население низменностей переезжали на горы (эйлаги), выше над уровнем моря. На эйлагах лихорадки прекращались, малярийные больные вполне выздоравливали. В 1910 г. врачебным отделением приобретены микроскопы Цейца, которыми снабжены сельские больницы вместе необходимыми принадлежностями для микроскопических и бактериологических исследований.[4, 313]

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТОВ ЮГО-ВОСТОЧНЫХ РАЙОНОВ МАЛОГО КAVKAZA КОНЦА XIX-НАЧАЛА XX ВЕКОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ КЕЛЬБАДЖАРСКОГО, ЗАНГЕЛАНСКОГО, ДЖЕБРАИЛЬСКОГО И ФИЗУЛИНСКОГО РАЙОНОВ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)

После малярии болезни органов пищеварения являлись распространенным заболеванием. В этой группе первое место занимало желудочно – кишечный катар в острой и хронической форме.

Несмотря на то, что с конца XIX века в регион начинала проникать элементы профессиональной медицины местное население продолжало пользоваться народной медициной. Народная медицина называлась «тюркечара». Представителей этой области в народе называли «тебиб» (врачеватель), «логман» (лекарь), «сыныгчы» (костоправ), «чопчи» (выдуватель) и пр. Знахарство (тюркечара) пустило глубокие корни среди населения. Знахари занимались по всем отраслям медицины: осуществляли знахари хирурги, терапевты, костоправы, окулисты, цирюльники, дантисты и т. д. Костоправы - сыныхчы занимались лечением переломов и вывихов. Они делали смесь с муки, яйца и курдюком ставили на поврежденное место и завязывали его на определенную времени до заживления переломов. Для быстрого заживления переломов рекомендовали почаше есть «хаш», «кяляпча» (блюдо из головы и ног овец), яйцо и мучные блюда.

В детской практике были известны «чопчи» - вдуватели. Этим делом в основном занимались женщины. У грудных детей и детей до семилетнего возраста поносы, особенно в летное время появлялись вследствие нахождения в полости носа, гортани или же в верхнем отделе пищевода инородного тела, попавшего туда при дыхании или во время еды. Родители и родные детей обращались к чопчи для выдувания инородного тела. Чопчи приложив свои губы неплотно к губам или носу ребенка начинала дуть и после двух – трех сеансов высасывал какой-либо предмет – косточки ягод или винограда, мелкие косточки рыбы и пр.

Кровопускание широко практиковалось знахарями, служило панацеею от многих болезней, особенно инфекционных, также осуществлялись с целью понизить давление. Кровопусканием занимались цирюльники. Кроме того, они стригли и брили волосы, делали обрезание, ставили пиявок и удаляли зубы. Таким образом, народная медицина внесла вклад в формирование профессиональной медицины и способствовала ее дальнейшему развитию.

Источники и литература

1. Алекперли, Ф. Хронология Азербайджанской медицины [Текст]. – Баку: 2006
2. Алекперли, Ф. История медицины в Азербайджане [Текст]. – Баку: 2007
3. Кавказский календарь на 1891 год [Текст]. – Тифлис: Типография канцелярии Главногоначальствующего гражданского частью на Кавказе, 1890
4. Памятная книга Елисаветпольской губернии на 1914 год [Текст] / под редакцией Секретаря Комитета Н.И.Бабенко. – Тифлис: Издание Елисаветпольского Губернского Статического Комитета, 1914
5. Эфендиев, И. К. История медицины в Азербайджане [Текст]. – Баку: 1964

Касумова Эльфана Насими кызы

УДК 7.049

ЗАРОЖДЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ДИЗАЙНА, КАК ЕСТЕСТВЕННАЯ ПОТРЕБНОСТЬ СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНОГО ПРОГРЕССА ОБЩЕСТВА

Введение. Дизайн – явление социально – историческое. Он возник из социальных, технических, эстетических, в целом культурных потребностей общества и человека. Как свидетельствуют исследования ряда ведущих авторов [1; 2; 3; 5], в своем развитии и становлении дизайн прошел несколько этапов. Изначально дизайн представлял собой попытку эстетического совершенствования элементов быта и орудий труда. С этой точки зрения, орудия труда, воинские доспехи и некоторые элементы домашней утвари наших далеких предков можно интерпретировать как выражение явлений дизайна. Если же опустить все промежуточные звенья эпохи и столетия и попытаться проанализировать состояние дизайна нашего времени, то мы получим совершенно иную картину. А именно: современный дизайн – это составная часть и один из определяющих элементов мировой индустрии мирового промышленного производства, художественная характеристика всех промышленных товаров, включая моду, интерьеры зданий, оформление салонов, внешний вид транспорта и оформление рабочих мест. С помощью дизайна решаются не только вопросы формы изделия, но и света, объема, сочетания элементов, удобства обращения с вещью или ее пользования ею.

По вопросу зарождения и развития дизайна существуют разные подходы. Несовпадения точек зрения объясняется не только малоизученностью дизайна как социально – культурного явления, но и идеологическими установками, которым были подвержены авторы, выразившие интересы различных социальных и политических сил. Так, например, в бывшем СССР ученые стали более или менее последовательно исследовать проблемы дизайна после 60-х годов XX века. Это было связано с тем, что, с одной стороны, все производство страны работало вне мира конкуренции, вне условий конкурентной борьбы. Монополия государственной собственности и государственного производства исключала возможность конкурентной борьбы между производителями; монополист не нуждался в рекламе товаров, в изысканном оформлении их внешнего вида. В этом обществе производство было рассчитано на неразвитые потребности покупателя и на реальную возможность реализовать любой, не очень высокого качества продукт. Стало быть, проблема дизайна в лучшем случае представляла «любительский интерес». Занятие вопросами дизайна многие годы советской власти было своеобразным хобби, интеллектуальным