

**Сестричество во имя благоверного царевича Димитрия
Московской епархии Русской Православной Церкви**

**Паллиативная помощь и уход
Медицинские, психологические и духовные аспекты при ВИЧ/СПИДе и
прогрессирующих хронических заболеваниях**

ОПЫТ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ



Господь умывает ноги ученикам



Москва, 2008

Содержание

Содержание.....	2
Предисловие	3
Православная служба паллиативной помощи.....	6
Сестринский процесс в паллиативном уходе за больными с ВИЧ/СПИДом	12
Обучение паллиативному уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом	20
Ресурсный центр по паллиативному уходу за ЛЖВС	31
Социальное партнерство Церкви и государства в решении проблем ЛЖВС	35
Психологическая помощь тяжелобольным	40
Духовная поддержка ВИЧ-положительных людей, их семей и близких	51
Приложение 1	62
Приложение 2	66

Предисловие

Сегодня в России очень остро стоит проблема ухода за людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями, в том числе ВИЧ/СПИДом.

Количество ВИЧ-инфицированных людей в России постоянно растет. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом в РФ на июнь 2008 года официально зарегистрировано 440000 ВИЧ-инфицированных, 4655 живущих с диагнозом СПИД, 3722 умерших с диагнозом СПИД, 27341 умерших ВИЧ-инфицированных. Реальное количество ВИЧ-инфицированных составляет от 1 до 1,5 млн. человек. Около 60% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции сконцентрировано в десяти экономически и финансово развитых регионах России. Примерно 80% инфицированных ВИЧ – люди в возрасте от 15 до 30 лет.

Несмотря на постепенное внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в практику работы центров СПИДа, нарастает число ВИЧ-инфицированных больных, нуждающихся в стационарном лечении и/или постоянном уходе на дому, увеличивается количество пациентов на стадии СПИДа, растет число летальных исходов.

Русская Православная Церковь (РПЦ) в течение последних лет активно участвует в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и помощи людям, страдающим этим заболеванием. В июне 2005 года была принята Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом.

Церковные организации принимают участие в реализации ряда российских и международных программ по борьбе со СПИДом. Координирующим центром этой работы является Российский Круглый стол по религиозному образованию и диаконии при Отделе внешних церковных связей (ОВЦС) Московского Патриархата. В 2005–2006 годах был реализован проект «Участие Русской Православной Церкви в борьбе и профилактике ВИЧ/СПИДа». С 2007 года в продолжение этого проекта выполняется проект «Поддержка инициатив религиозных организаций по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа и паллиативному уходу в Российской Федерации». Цель проекта – снижение заболеваемости ВИЧ/СПИДом в Российской Федерации и преодоление последствий эпидемии путем укрепления потенциала Русской Православной Церкви и религиозных организаций других конфессий России в противодействии эпидемии, снижении стигмы и дискриминации, оказания помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС) и другим уязвимым группам населения. Национальный партнер проекта – Федеральная служба защиты прав потребителей и благополучия человека. Ассоциированные партнеры: Российский Круглый стол по религиозному образованию и диаконии при ОВЦС, Свято-Димитриевское сестричество (Москва), Христианский Межцерковный Диаконический Совет (Санкт-Петербург).

Эта работа ведется при финансовой поддержке Программы Развития ООН (ПРООН) в рамках Чрезвычайного плана США в области борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Активное участие в проектах по профилактике ВИЧ/СПИДа и помощи ВИЧ-инфицированным принимает Свято-Димитриевское сестричество.

Сестричество во имя блгв. царевича Димитрия было создано в качестве канонической структуры Московской Патриархии в 1991 г. Свято-Димитриевское сестричество имеет пятнадцатилетний опыт практической работы с тяжелыми больными, требующими многолетнего профессионального ухода, в ведущих государственных лечебно-профилактических учреждениях г. Москвы: Городской клинической больнице №1 им. Н.И.Пирогова, Институте скорой помощи им.Склифосовского, Центральной Клинической больнице Св. Алексия, Митрополита Московского, Московской Патриархии Русской Православной Церкви, Детском доме-интернате №11 для детей с отклонением развития.

Уже более десяти лет в составе сестричества успешно действует патронажная служба, которая выполняет уход за тяжелобольными на дому. Служба работает на основании государственной лицензии на право осуществления медицинской деятельности в городе Москве. Это единственная религиозная организация, имеющая государственную медицинскую лицензию. Основное направление деятельности патронажной службы – оказание комплекса паллиативной помощи тяжелым и неизлечимым больным.

В системе патронажного ухода занято 140 специалистов. Это врачи различного профиля, фельдшеры, патронажные сестры, добровольцы-волонтеры, которые помогают при проведении медико-социального патронажа.

Сестричество содержит небольшое отделение сестринского ухода, где патронажная служба реализовала проект приюта-пансионата для содержания и медицинской реабилитации тяжело больных людей старческого возраста. Постоянно здесь проживает 12 больных.

Свято-Димитриевское сестричество более пятнадцати лет является учредителем Свято-Димитриевского училища сестер милосердия, имеет опытных преподавателей сестринского дела, разработало собственную концепцию, модель и практическую школу сестринского ухода.

С 2000 года при Сестричестве действуют бесплатные трехмесячные курсы интенсивной подготовки социальных работников и младших медсестер. На курсах имеется два отделения – патронажных сестер и воспитателей детских домов. В течение года удается подготовить и трудоустроить до 50 человек. В общей сложности курсы выпустили 350 человек.

У сестричества сложились деловые отношения с центрами социального обслуживания административных округов г. Москвы. Социальные работники, пройдя курс обучения, возвращаются в государственные органы социальной защиты, обученные не только основам профессии, но и, что не менее важно, основам милосердия.

В последние годы одним из приоритетных направлений деятельности сестричества стало оказание помощи ВИЧ-инфицированным.

При финансовой поддержке ПРООН в рамках проекта «Поддержка инициатив религиозных организаций по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа и паллиативному уходу в Российской Федерации» сформировалась команда тренеров, имеющих опыт проведения обучающих семинаров по паллиативной помощи ЛЖВС, включающей медицинскую, социальную и духовную помощь. В состав команды входят специалисты Свято-Димитриевского сестричества в области организации и оказания паллиативной помощи, которые имеют опыт работы в структурах Русской Православной Церкви и готовы передать знания и практические навыки паллиативного ухода региональным церковным организациям. Эти знания и навыки чрезвычайно востребованы в регионах.

Команда тренеров провела выездные обучающие семинары во многих городах России, а также на Украине и в Белоруссии.

На базе Свято-Димитриевского сестричества создан Ресурсный центр по паллиативному уходу за ЛЖВС. Центр оказывает помощь региональным инициативам в налаживании паллиативного ухода за ЛЖВС на местах. Сотрудники Центра дают консультации в этой области, обеспечивают региональные организации методическими наработками, специальной литературой по ВИЧ/СПИДу и уходу за ВИЧ-инфицированными.

В настоящем сборнике рассказывается о разных аспектах практического опыта Свято-Димитриевского сестричества и других организаций РПЦ в помощи людям, страдающими неизлечимыми заболеваниями, в первую очередь ВИЧ/СПИДом. Приведена информация о патронажной службе, особенностях сестринского ухода, программах обучения уходу за ВИЧ-инфицированными, оказанию психологической и духовной помощи тяжелобольным людям, в том числе ЛЖВС, взаимодействию церковных и государственных структур в деле помощи ЛЖВС.

Разделы «Православная служба паллиативной помощи», «Сестринский процесс в паллиативном уходе за больными с ВИЧ/СПИДом», «Обучение паллиативному уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом», «Ресурсный центр по паллиативному уходу за ЛЖВС», «Социальное партнерство Церкви и государства в решении проблем ЛЖВС» написаны главной сестрой патронажной службы Свято-Димитриевского сестричества О.Ю.Егоровой, разделы «Психологическая помощь тяжелобольным» и «Духовная поддержка ВИЧ-положительных людей, их семей и близких» – и.о. настоятеля храма архиепископа Луки Воино-Ясенецкого в Кардиоцентре им. Акад. Бакулева иереем Романом Бацманом.

Православная служба паллиативной помощи

Для чего нужна такая служба?

Современная медицина более 15 лет назад вернулась к понятию паллиативная помощь. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), *«Паллиативная помощь — это деятельность, направленная на улучшение качества жизни больных со смертельным заболеванием и их близких путем предупреждения и облегчения страданий с помощью раннего выявления, тщательной оценки и устранения боли и других физических, психологических, социальных и духовных страданий».*

Понятие «паллиативная помощь» возникло в связи с лечением онкологических больных, но сегодня это понятие относится ко всем видам неизлечимых заболеваний.

Паллиативная помощь является частью общественного здравоохранения, поэтому оказанием этой помощи занимаются не только государственные лечебно-профилактические учреждения и социальные структуры, но также общественные и религиозные организации.

Церковь имеет многовековой опыт облегчения страданий и ухода за больными с неизлечимыми заболеваниями. Можно вспомнить сердобольных вдов, «хожалок» за больными, сестер милосердия.

Зарождение служения больным можно отнести к 1715 году, когда по указу Петра I были созданы воспитательные дома, в которых должны были служить женщины.

В 1803 году была выдвинута идея создания службы «сердобольных вдов», которая и явилась прообразом патронажной службы. Но только в 1813 году эти планы были реализованы в Санкт-Петербурге. Императрица Мария Федоровна писала по этому поводу: «... я решилась сделать опыт употребления некоторого числа вдов для присмотра за больными в больнице для бедных, дабы приучая их тем к хождению за ними и к оказыванию страждущим всякой помощи составить таким образом особый разряд вдов, которые не только в одной больнице употреблены быть могли с великой для больных пользой, но и отпускались бы в частные дома, для хождения за больными по добровольному их согласию. Должность не многосложна, но важна для страждущих и требует хорошего рассудка и многого терпения и человеколюбия и кроткого обхождения с больными».

Дореволюционные училища сестер милосердия давали выпускницам не только духовные основы их работы, но и высокий профессионализм. Современные общины сестер милосердия унаследовали и возродили этот опыт. Сестры милосердия сегодня там, где радикальная медицина исчерпывает свои возможности, где необходим профессиональный, терпеливый, длительный, порой пожизненный уход. Такой опыт сестер милосердия, накопленный в области ухода за онкологическими больными, сегодня востребован при оказании помощи ВИЧ-инфицированным, имеющим тяжелые клинические проявления и нуждающимся в постоянном сестринском уходе.

ВИЧ-инфекция протекает как сложный многоступенчатый процесс, зависящий от многих факторов, которые к тому же различны на разных ее стадиях. У половины ВИЧ-инфицированных больных при типичном течении ВИЧ-инфекции СПИД развивается через несколько лет после начала острой лихорадочной фазы, но уход становится необходимым уже тогда, когда больной вследствие развития оппортунистических заболеваний частично утрачивает возможность самообслуживания и длительное время проводит в постели. При отсутствии хосписов, больниц и отделений по уходу за такими больными, необходима организация ухода за ними на дому.

Для организации такого ухода не хватает медперсонала – не только врачей, но и ухаживающих медицинских сестер. Поэтому опыт и участие сестер милосердия в оказании паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным востребованы уже сейчас.

Духовная поддержка тяжелобольных людей и помощь в разрешении их проблем – неотъемлемая часть, а возможно, и основа паллиативной помощи. «Многие больные живут и умирают в неоправданных страданиях без адекватного лечения боли и других патологических симптомов, без решения психосоциальных проблем и удовлетворения духовных запросов, зачастую в состоянии постоянного страха и одиночества. Духовные и экзистенциальные переживания являются серьезным источником клинических проблем. Каждый человек, верит он в Бога или нет, имеет внутреннюю духовную жизнь. Духовность определяет цель и смысл жизни человека. Духовная жизнь каждого человека уникальна. Боль и другие симптомы, не купируемые адекватной терапией, должны указать клиницисту на вероятность скрытых духовных или экзистенциальных проблем» («Паллиативная помощь онкологическим больным», Учебное пособие под редакцией профессора Г.А.Новикова и академика РАМН, профессора В.И. Чиссова).

Поэтому с точки зрения сестер милосердия в понятие паллиативной помощи включается как медикаментозное лечение (высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), терапия и профилактика оппортунистических заболеваний, лечение боли), так и сестринский уход по симптоматике заболеваний, психологическая, социальная и духовная поддержка больных с существенно ограниченными физическими и психическими возможностями, а также психоэмоциональная поддержка членов его семьи.

Такую помощь и оказывает православная служба паллиативного ухода.

Организация и методы работы

Обеспечение динамичной, надежной бесперебойной работы патронажной службы сестринского ухода возможно только при четкой и отлаженной организации*.

В основе организации работы православной службы паллиативного ухода заложена единая система административного управления. Она позволяет решить две основные задачи: рациональной организации труда и мотивации каждого работника к качественному и добросовестному труду. Труд в патронажной службе организован по иерархическому принципу. Он предусматривает неукоснительное исполнение каждым членом службы распоряжений непосредственного руководителя подразделения и главной сестры. Такая система административного управления персоналом позволяет повышать дисциплину и исполнительность. Очень важен также контроль качества оказываемой службой помощи.

Опыт показывает, что эффективная система организации складывается в течение нескольких лет. Службы сестринского ухода с численностью до 20–30 человек, существующие менее пяти лет, обычно не имеют эффективной административной системы управления.

Об организации одной из служб паллиативного ухода – патронажной службе Свято-Димитриевского сестричества хотелось бы рассказать подробнее.

Патронажная служба сестринского ухода Свято-Димитриевского сестричества возникла в 1991 года одновременно с основанием сестричества.

В 1994 году наша организация впервые получила государственную лицензию правительства Москвы на право осуществления медицинской деятельности: доврачебная медицинская помощь, сестринское дело, терапия. В 2007 году срок действия лицензии был продлен до 2012 года. Все 15 лет деятельность патронажной службы осуществляется на благотворительные пожертвования от частных лиц и организаций. Сейчас в результате переговоров между Комитетом социальной защиты г. Москвы и Комиссией по церковной социальной деятельности при Епархиальном совете г. Москвы проводится

* Ряд вопросов организации работы патронажных служб рассмотрен также в сборнике «Организация служб паллиативной помощи», Москва, 2007. Сборник содержит текстовые и табличные материалы по правовому, инструктивно-методическому и информационному обеспечению деятельности патронажных служб паллиативной помощи.

подготовительная работа для получения финансирования патронажной службы Свято-Димитриевского сестричества из городского бюджета.

Служба Свято-Димитриевского сестричества создана как универсальная служба сестринского ухода, работающая как в стационарах, так и на дому. Она обладает динамичностью и мобильностью, что позволяет открывать новые направления деятельности, отвечая на острые социальные вопросы, поставленные самой жизнью.

Деятельность службы охватывает целый ряд направлений (см. таблицу). Каждое направление курирует своя старшая сестра, которая подчиняется главной сестре службы.

Основные направления деятельности службы паллиативного ухода Свято-Димитриевского сестричества

1. Сестринские посты в лечебно-профилактических учреждениях города и церковной больнице.
2. Индивидуальные посты у тяжелых больных.
3. Паллиативная помощь больным в терминальной стадии.
4. Посты в многодетных семьях и у детей-сирот из детских домов. Работа православных нянь.
5. Выездные скорпомощные медицинские консультации и дежурства.
6. Работа с родственниками.
7. Медико-социальные посты, работа с инвалидами.
8. Документальное оформление условий пребывания в богадельне. Переговоры, подбор больных, заключение и продление договоров.
9. Подготовка и обучение кадров, организация курсов патронажных сестер и процесса обучения, направления на практику и распределение по госпитальным службам.
10. Работа по договорам ренты.
11. Оказание помощи другим организациям и приходам в налаживании служб сестринского ухода и патронажа.
12. Оказание помощи ВИЧ-инфицированным и обучение уходу за ними в рамках программы «Поддержка инициатив религиозных организации по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа и паллиативному уходу в Российской Федерации».
13. Работа добровольцев в больнице, выезд их на дом.
14. Сестринские дежурства на Патриарших службах в Соборах Кремля.

В течение года патронажная служба принимает около 2000 просьб о помощи. Просьбы принимаются от родственников, попечителей или иных ответственных за больных лиц, но в первую очередь мы помогаем одиноким и неимущим, старикам, инвалидам и детям, людям, попавшим в крайне тяжелые жизненные ситуации.

Никаких ограничений при приеме просьб нет. Территориально мы обслуживанием больных из всех округов города Москвы и Подмосковья. Нам очень хотелось бы помочь всем, кто к нам обращается. Единственное ограничение – мера наших возможностей.

При таком объеме поступающих просьб важно не потерять ни одну из них, поэтому необходим строгий учет, обязательная запись, контроль выполнения, строгое архивное хранение информации, создание базы данных. На каждого больного заводится документация.

Объем оказываемой помощи – около 400 больных в год. Ежедневно служба помогает 60 больным. Патронажные сестры вырабатывают 5080 часов в месяц. Сейчас порядковый номер последней принятой просьбы 6190 (за 4 года).

Средний срок ухода составляет 1,5–2 года. Есть случаи ухода в течение 1–2 дней, а есть и до 12 лет. Критерии срока ухода – потребность пациента, часто пожизненная, и наши возможности. Ограничения – ресурс сестринских сил, сверхтребовательность больного, неприятие помощи.

Помощь оказываем в объеме наших возможностей с последующим усилением помощи по необходимости.

Паллиативная помощь, как уже отмечалось, должна быть комплексной. Поэтому ее оказание возможно только силами многопрофессиональной команды (бригады), включающей врача, координатора команды, специалиста по социальной работе, медицинских сестер, сестер по социальной работе, священника, объединенных единым подходом к решению проблем пациента. В работе команды могут также участвовать добровольцы, родственники и соседи больного. Сам пациент рассматривается как основной член команды, вокруг и с участием которого строится вся работа.

Оптимальный размер команды 5–11 человек, но возможна группа даже из 3-х человек, которые взаимодействуют для достижения общей цели. Работа в команде дает сестрам чувство принадлежности единому делу, взаимопомощь, защищенность, общение, а также создает возможность работы по индивидуальному гибкому графику, согласованному с руководителем с учетом занятости сестры в других местах (учеба, семья, другая работа).

Диспетчерская служба и координатор постов обеспечивают круглосуточную связь с патронажными постами, дисциплинарный и профессиональный контроль работы сестер, а также оказывают им помощь и консультативную поддержку.

В команде обязательно должна быть старшая сестра, которая организует работу команды, составляет график ее работы, заботится о нуждах и здоровье ее членов. Ни руководитель службы, ни больной, ни родственник не должны опасаться, что команда многочисленна и ее составляют разные и непохожие сестры. Известно, что наиболее оптимальное решение могут принять группы, состоящие из людей непохожих.

Больному, требующему продолжительного по времени ухода, иногда в течение 5–7 и более лет, такая команда сможет не только обеспечить бесперебойный уход (взаимозаменяемость сестер во время отпусков, болезни, отъезда, учебы, богослужений, праздников), но и дать широкий круг общения с людьми разного профессионального уровня, интеллекта, образования, кругозора, душевных и духовных качеств. В таких условиях при длительном уходе складывается некое единение, соборность, малая церковь. Это дает больному возможность постепенно прийти к Богу, подготовиться к исповеди и причастию, воцерковиться.

Практика оказания сестринской помощи больным с неподдающимися лечению заболеваниями, и среди них людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), показывает, что паллиативная помощь – это непрерывное медицинское, психологическое, социальное и духовное поддерживающее пожизненное сопровождение. Сопровождение больного и его семьи начинается с момента постановки диагноза и часто не заканчивается с окончанием его земной жизни, а переключается на его ближайшего родственника, перенесшего тяжелую утрату и нередко нуждающегося не только в психологической и духовной поддержке, но и в медицинской помощи.

Для организации эффективной паллиативной помощи ЛЖВС нужно учитывать ряд условий:

- Паллиативную помощь целесообразно оказывать преимущественно на дому.
- Необходимо предусмотреть возможность оказания паллиативной помощи круглосуточно.
- На одного из членов команды, оказывающей помощь, должна быть возложена координирующая функция, обеспечивающая ее слаженную работу. Важно, чтобы

команда собиралась не менее одного раза в месяц для анализа ситуации и решения текущих вопросов.

- Мероприятия, проводимые в рамках паллиативной помощи, должны быть отражены в соответствующей медицинской документации.
- Для осуществления паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией необходимо организовать обучение медицинских сотрудников, социальных работников, представителей общественных организаций, волонтеров.

Для успешной работы службы паллиативного ухода необходимо также обсуждение и анализ ситуаций, которые возникают в процессе работы. Периодически бригада в полном составе с участием врача и старшей сестры собирается для того, чтобы выявить проблемы работы на своем посту, выслушать предложения и наметить решения. Такие встречи дают возможность проговорить вслух свои размышления, разрешить сомнения и недоразумения и просто быть услышанным. Часто бывает, что проблему сначала надо проговорить на эмоциональном уровне (то есть дать сестре выговориться и выслушать ее), а затем приходит решение на рациональном уровне. В результате встреч принимается новый план ведения больного, разрешаются конфликтные ситуации между сестрами, определяются конкретные темы для занятий с сестрами. Обычно беседа заканчивается традиционным чаепитием. Для поддержки сестер в трудном и напряженном деле служения больным надо заботиться о правильном распределении их энергетических возможностей, не забывая, что кроме работы есть еще живая природа, музыка, поэзия, семья и друзья.

Деятельность православной службы паллиативного ухода должна быть направлена на удовлетворение всей совокупности нужд больного: изменение качества его жизни, стабилизацию или улучшение состояния, духовное возрастание.

К оценке качества жизни применим многомерный подход, где наряду с показателями физической активности, эмоционального статуса, удовлетворения жизнью, социальной адаптации присутствует и духовная компонента. В случаях оказания паллиативной помощи больным с неизлечимыми заболеваниями именно духовная компонента понятия «качество жизни» выходит на первый план. С нее начинается паллиативная помощь, ею она пронизана.

Христианское понимание качества жизни непосредственно связано с памятью о христианской кончине – безболезненной, непостыдной, мирной. Все святые и подвижники благочестия искали памяти о смерти и старались пользоваться всеми средствами, чтобы укрепить ее в себе. Память о смерти, как и все другие добродетели, есть Божий дар душе, и усвоение этой памяти есть великое приобретение для христианина. Отношение христианина к приближению смерти является показателем его духовной зрелости. Необходимо понять, в чем смысл смерти, чтобы ее принять осознанно: во-первых, она смиряет человека; во-вторых, сознание смерти облагораживает жизнь, не позволяет человеку потерять себя в суете; в-третьих, смерть объединяет нас.

Сестры милосердия, оказывающие паллиативную помощь, имеют бесценный дар помощи умирающим людям. Они имеют возможность донести весть о Боге тогда, когда человек в этом больше всего нуждается. Разумеется, от сестер требуется высокий профессионализм и в выполнении медицинских задач, обеспечивающих физическую адаптацию пациента на всех стадиях заболевания и, особенно, в терминальной стадии.

Делать добро очень трудно. Это похоже на хождение по канату. Нужно быть осторожным, бдительным, соблюдать равновесие, внимание, терпение. Если переусердствовать при совершении добрых дел, то можно обратить любое самое благое начинание во вред. «Благими намерениями выстлана дорога в ад». Хотелось бы поделиться опытом и предостеречь от некоторых сестринских ошибок.

Одна из таких ошибок — *неумеренное рвение или рвение не по разуму*. Это попытка сестры безотлагательно совершить то, что непосильно в настоящий момент, на что необходимо время, труд, терпение и определенный уровень профессионализма. Чтобы не впасть в эту ошибку, необходима трезвая оценка своих сил и возможностей, учет ситуации и обстоятельств. Сестра, ставящая перед собой непосильную задачу, впадает в состояние раздражения, испытывает постоянный недостаток времени и сил. В результате она выдыхается, срывается, а иногда не может вернуться к своим обязанностям и уходит с внутренним надломом. Уберечь от таких ошибок может умеренность, постепенность, терпение, надежда на помощь Божию, а не на свои усилия, благодарность Богу и людям за все то, что получается, умение проанализировать свои ошибки и извлечь пользу из отрицательного опыта. Помогает последовательное и четкое ведение постовой документации, включающее постановку реальных, локальных и четко обозначенных сестринских задач и анализ полученных результатов.

Еще одна ошибка – *желание угодить больному или его близким*. В службу подчас обращаются за помощью люди, у которых в связи с заболеванием присутствует целый комплекс социальных, медицинских, бытовых, психологических и духовных проблем. Сам больной под гнетом всех этих проблем не может выявить главное, не способен сформулировать в чем он нуждается в первую очередь и либо теряется, либо становится диктатором, заставляя сестру делать то, что ему представляется правильным и нужным. Во многом это связано с недостаточным доверием больного сестре, поэтому требует терпения сестры и времени.

Что касается того, как себя вести с больным, то универсального правила на этот счет не существует. Можно лишь сказать, что не следует себя навязывать. И когда мы предпринимаем что-либо, нужно делать это с великим смирением.

«В отношениях с людьми нам, прежде всего, нужно проявлять доброту, чтобы они чувствовали, что мы желаем им добра, стремимся им помочь и, прежде всего, что мы их не осуждаем. Мы должны стараться им помочь, но не влезать в душу, навязывая себя. Советы можно давать, если нас об этом просят. Не нужно людей поучать, так как очень часто это раздражает и может привести к эффекту, обратному тому, на который мы надеялись. Нужно чаще за них молиться. Так они почувствуют, что мы сопереживаем и любим их. Мы молимся за них, но и сами при этом получаем духовную пользу, становясь добрее» (старец Сергей).

Сестринский процесс в паллиативном уходе за больными с ВИЧ/СПИДом

Реформа сестринского дела, происходящая в России начиная с 90-х годов, привела к качественному изменению профессионального и социального статуса сестринской профессии, возросла ответственность сестер и изменилось их отношение к своей профессии. Общеизвестно, что при оказании помощи по уходу за больными сестринский персонал играет ключевую роль. Это особенно хорошо видно в паллиативной медицине и в хосписном движении, где нужно оказывать помощь умирающим.

Медицинские сестры с высшим образованием возглавили отделения и службы сестринского ухода. Появились новые понятия сестринского дела:

- концепция сестринского дела,
- модель сестринского ухода,
- сестринский процесс,
- сестринский диагноз.

Концепция сестринского дела – это основная идея сестринского дела.

Модель сестринского ухода – это реализация концепции сестринского дела, то есть образец, по которому мы действуем; это средство, помогающее представить, на чем акцентировать внимание сестры при обследовании пациента, какими должны быть сестринские вмешательства.

Сестринский процесс – это метод организации и оказания сестринской помощи.

Под сестринским диагнозом понимается формулирование проблем пациента.

В практике Российского государственного здравоохранения при осуществлении сестринского процесса используется модель, предложенная Вирджинией Хендерсон (1966). Она реализуется в соответствии с рекомендациями Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Суть модели В. Хендерсон состоит в том, чтобы помочь человеку в удовлетворении его фундаментальных биологических, психологических и социальных потребностей при его непосредственном участии в планировании и осуществлении ухода.

В мировой сестринской практике существует множество моделей сестринского ухода. Эти модели базируются на оценке основных жизненных потребностей человека, которых в разных моделях насчитывается до 10 и более. Во всех предложенных сестрам моделях к жизненным потребностям человека относятся физиологические, психологические и социальные потребности:

1. Нормально дышать;
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости;
3. Выделять из организма продукты жизнедеятельности;
4. Двигаться и поддерживать нужное положение;
5. Спать и отдыхать;
6. Одеваться и раздеваться;
7. Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду;
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде;
9. Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасности для других людей;
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции и мнения;
11. Заниматься любимой работой;
12. Удовлетворять свою любознательность, нормально развиваться.

Мы можем обеспечить больному профессиональный медицинский уход, оказать помощь в удовлетворении его жизненных потребностей, решить его социальные

проблемы, окружить заботой и вниманием, но останется часть его личности, которая будет не реализована и не востребована. Эта часть связана с жизнью души.

Духовные потребности намечены лишь в отдельных моделях и определяются как:

- иметь жизненные ценности;
- отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой (В.Хендерсон).

Нам, православным сестрам милосердия, для осуществления ухода за больным недостаточно перечисленных жизненных потребностей человека, так как по опыту религиозной жизни и профессиональной деятельности мы знаем, насколько важны духовные потребности, особенно для больных с пожизненными и пока еще неизлечимыми заболеваниями. Еще мы знаем, что между телом и духом существует постоянная связь и взаимодействие.

«Все то, что происходит в душе человека в течение его жизни, имеет значение и необходимо только потому, что всякая жизнь нашего тела и души, все мысли, чувства, волевые акты, имеющие начало в сенсорных восприятиях, теснейшим образом связаны с жизнью духа. В духе отпечатлеваются, его формируют, в нем сохраняются все акты души и тела» – учит нас врач-хирург Святитель Лука (Войно-Ясенецкий).

Поэтому при планировании работы и ведении своего сестринского процесса мы учитываем всю совокупность жизненных потребностей нашего больного, а, главное, стараемся принять его в свое сердце и стоять с ним перед Богом, по опыту зная, что прежде чем больного лечить, надо его любить. В этом мы и видим основную идею сестринского дела.

Принимая методику ведения сестринского процесса Вирджинии Хендерсон как основу своей модели ухода, мы ставим на первое место потребность нашего пациента в том, чтобы его любили, а свою сестринскую цель ухода за ним видим в заботе не только о его физиологических и социальных потребностях, но и в попечении о его душе.

Для реализации сестринского ухода за ВИЧ-инфицированными людьми необходимо формирование приверженности пациента к принятию лечения. При ВИЧ-инфекции главная составляющая лечения – это высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), направленная на подавление процесса размножения ВИЧ. Приверженность к лечению должна проявляться в приеме ВААРТ-препаратов по схеме, назначенной врачом: в определенное время и в определенной дозировке, при соблюдении рекомендуемого режима питания. Формирование приверженности к лечению – непростой многоступенчатый процесс. Он проходит через несколько стадий: формирование приверженности к принятию помощи – формирование приверженности к лечению – формирование к приверженности к принятию ВААРТ. Формирование у пациентов мотивации к принятию медицинской помощи очень сильно зависит от «терапии присутствием» (общение, моральная поддержка).

Нужно также никогда не забывать о том, что в основе сестринского служения лежит сострадание больному. Медик без сострадания – не медик, он не нужен больному.

Все перечисленные особенности сестринского паллиативного ухода за ВИЧ-инфицированными учитываются при разработке плана предоставления медицинской помощи.

Разработка плана предоставления медицинской помощи с учетом возможностей сестринского процесса

Сестринский процесс обеспечивает систематическое предоставление надлежащей и качественной индивидуальной помощи пациентам. Правильное планирование этой помощи требует длительного и непрерывного наблюдения за пациентом для выявления его личностных особенностей и потребностей. При этом пациент и его семья должны принимать самое активное участие в определении того, каким именно медицинским

потребностям больного следует уделить внимание. Когда планирование сестринской помощи осуществляется в сотрудничестве с пациентом и его семьей, повышаются шансы постановки реалистичных целей и достижения успешного клинического исхода.

Сестринский процесс включает следующие этапы:

- оценка состояния больного;
- интерпретация полученных при оценке данных;
- сестринский диагноз;
- планирование предоставления соответствующей помощи;
- выполнение поставленного плана;
- оценка эффективности предоставляемой помощи.

Оценка состояния больного. Для проведения оценки необходим сбор информации, относящейся как к физическим, так и психосоциальным аспектам здоровья пациента. Эта информация должна быть фактической и конкретной. Среди мероприятий по оценке можно назвать:

- *Медицинское обследование:* регистрация наиболее важных показателей жизнедеятельности организма и выслушивание дыхания пациента с помощью стетоскопа.
- *Распрос:* сбор анамнеза и регистрация имеющихся симптомов и опасных для здоровья стереотипов поведения.
- *Наблюдение:* с помощью органов чувств (зрение, обоняние, осязание, слух) следует собрать всевозможную информацию, а затем проанализировать значение собранных наблюдений. Так, например, если медсестра отметила, что дыхание пациента неглубокое и затрудненное, это можно объяснить тем, что пациент испытывает боль или респираторные проблемы. Очень важно, чтобы при определении причины тех или иных признаков медсестра в полной мере опиралась на свои профессиональные знания.

Интерпретация данных. После сбора и анализа информации необходимо определить действительные и потенциальные проблемы больного, на решение или предупреждение которых должна быть направлена деятельность медсестры.

Сестринский диагноз (определение проблемы). Главная задача сестринского диагноза – фиксация внешних проявлений болезни и указание вероятной причины таких проявлений. Сестринский диагноз может выглядеть, например, так: «нарушение подвижности, связанное с болью» или «характер питания, который не удовлетворяет потребности организма, что обусловлено социальной изоляцией пациента». Подробно различные сестринские диагнозы и соответствующие им сестринские вмешательства описаны в следующем подразделе.

Планирование соответствующей сестринской помощи. После постановки сестринского диагноза, выявленные проблемы следует классифицировать в соответствии с их важностью и актуальностью. Для каждой проблемы записываются цели, которые планируется достичь. Необходимо, чтобы эти цели можно было достичь на практике. Нужно также установить период времени для достижения поставленной цели. Это позволит в дальнейшем проводить оценку достигнутых успехов.

В качестве следующего шага составляется план предоставления сестринской помощи, в котором указываются имеющиеся проблемы, характер сестринского вмешательства и ожидаемые результаты.

Выполнение плана. При осуществлении плана сестринской помощи следует придерживаться указаний, приведенных в плане сестринской помощи.

Оценка результатов. Оценка может основываться на обзоре ожидаемых результатов и регистрации их достижения. Если поставленные цели достигнуты и проблема решена,

медсестра должна удостоверить это, расписавшись под этой целью и проставив соответствующую дату. Если проблема не решена, то характер сестринского вмешательства, возможно, придется изменить, чтобы сделать его более эффективным. С другой стороны, может быть изменена сама цель, с тем, чтобы сделать ее более реалистичной. Иногда осуществляемые вмешательства адекватны по своему характеру, и их просто нужно выполнять в течение более длительного периода времени. Оценку результатов ухода следует проводить как в заранее определенное время, установленное при составлении плана сестринской помощи, так и ежедневно, с тем, чтобы вносить соответствующие коррективы в характер вмешательств, которые не обеспечивают достижения поставленной цели.

Характерные проблемы у больных СПИДом и соответствующие сестринские вмешательства

Большинство проблем, наблюдаемых у больных с ВИЧ-инфекцией, хорошо известны медицинским сестрам, хотя лежащие в их основе причины могут быть различными. Ниже приводится перечень проблем и их причин, примеров сестринского диагноза и соответствующих сестринских вмешательств.

Сестринский диагноз: Изменения в характере выведения шлаков из организма – диарея, связанная с оппортунистическими инфекциями.

Возможные причины Характер сестринского вмешательства

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cryptosporidium • Саркома Капоши • Mycobacterium avium intracellulare • Цитомегаловирус • лекарственные средства неясной этиологии | <ul style="list-style-type: none"> • Уход за кожей перианальной области: после каждого испражнения промойте эту область теплой водой с мылом. Прикладывая мягкую ткань, осторожно просушите ее, с тем чтобы предупредить разрыв ослабленных кожных покровов. • При наличии вазелина нанесите его на перианальную область для защиты кожных покровов. • Обследуйте области, вызывающие у пациента дискомфорт, а также области, на которых наблюдаются ссадины или признаки воспаления. • Посоветуйте пациенту принимать жидкости, например бульоны и соки, с тем, чтобы восполнить потерянную организмом жидкость и электролиты (калий; натрий). • Предложите пациенту принимать каждые два часа небольшое количество пищи с низким содержанием волокон. • Проследите за приемом антидиарейных препаратов согласно назначению врача. |
|--|---|

Одной из обычных характеристик ВИЧ-инфекции и СПИДа является нарушение питания. В основе анорексии могут лежать такие факторы, как тошнота и рвота, а диарея часто осложняет проблему потери веса.

Сестринский диагноз: Изменения в характере питания – потребности организма в питании не удовлетворяются из-за тошноты и рвоты.

Возможные причины Характер сестринского вмешательства

- *Cryptosporidium*
- Криптококковый менингит
- Цитомегаловирус
- *Mycobacterium avium intracellulare*
- Пневмоцистная пневмония неясной этиологии
- В случае рвоты после голодания в течение 2 часов предложите пациенту ледяные кубики и прозрачные жидкости. После этого следует постепенно (по мере переносимости) переходить к щадящей диете.
- Обеспечить самую тщательную гигиену полости рта, так как это позволяет предупредить болезненные восприятия и потерю аппетита. Сухость во рту можно предупредить, если у постели больного всегда будет стоять питьевая вода.
- В соответствии с назначением врача за 30 минут до приема пищи пациенту следует давать противорвотные средства.

Сестринский диагноз: Изменения температуры тела – гипертермия, обусловленная ВИЧ или оппортунистическими инфекциями (лихорадка)

Возможные причины

Характер сестринского вмешательства

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ВИЧ-инфекция • Реакция на прием лекарственных средств • Криптококковый менингит • Цитомегаловирус • <i>Cryptosporidiosis</i> • <i>Mycobacterium avium intercellulare</i> • Туберкулез • Пневмоцистная пневмония неясной этиологии | <ul style="list-style-type: none"> • Измеряйте температуру тела каждые четыре часа. • В соответствии с назначением врача пациенту следует давать жаропонижающие средства. • Рекомендуйте пациенту прием как можно большего количества жидкостей (с учетом их переносимости). • Помогите пациенту принять теплую ванну, или приложите ему ледяной пузырь, или накройте его одеялом. |
|--|--|

Сестринский диагноз: Изменения в характере дыхательных функций – обусловленные гипоксемией нарушения газообмена (одышка)

Возможные причины

Характер сестринского вмешательства

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Пневмоцистная пневмония • Саркома Калоши • Туберкулез • Пневмонит, вызванный цитомегаловирусом | <ul style="list-style-type: none"> • Каждые два часа оценивайте состояние дыхания пациента, при этом необходимо обратить внимание на такие параметры как частота и качество дыхания, наличие кашля, цвет кожных покровов. • Научите пациента приведенным ниже способам облегчения дыхания: <ul style="list-style-type: none"> ○ Поднятие изголовья кровати или проведения большего времени в полусидячем положении в постели (по мере переносимости). ○ Специальная методика дыхания со сложенными в трубочку губами, что позволяет снизить частоту дыхания. Научите пациента складывать губы в трубочку, как если бы он хотел посвистеть, медленно выдыхать, издавая при этом медленный свистящий звук, стараясь не раздувать |
|---|---|

щеки и почувствовать, как опускается живот.

- Научите пациента использовать (по мере необходимости) кислород и другие лекарственные средства.
- Определите, понимает ли пациент и его семья план действий в случае ухудшения симптомов, например, перевод больного в стационар или предоставление паллиативной помощи на дому.

Сестринский диагноз: Обусловленная неподвижностью миалгия.

Возможные причины: Характер сестринского вмешательства

- Отек
- Кандидоз
- Неподвижность
- Определите локализацию, тип и интенсивность боли.
- Оцените восприятие боли самим пациентом.
- Обеспечьте круглосуточный прием болеутоляющих средств, в соответствии с назначением врача.
- Измените положение пациента таким образом, чтобы дать отдых тем частям тела, на которые приходилось давление.
- Легкий массаж.

Сестринский диагноз: Изменения в характере мыслительного процесса – спутанность сознания, связанная с неврологическими изменениями или стрессом.

Возможные причины: Характер сестринского вмешательства

- Депрессия
- ВИЧ-инфекция
- Другие инфекционные болезни
- Действие лекарственных средств
- Злоупотребление какими-либо веществами
- Оцените исходный уровень умственных способностей.
- Если пациент находится в смятенном умственном состоянии, говорите с ним спокойно, давайте ему не более одной инструкции одновременно и в случае необходимости повторите сообщаемую информацию. Постарайтесь избежать разногласий с пациентом, так как это может привести к развитию у больного чувства беспокойства.
- Постарайтесь предупредить возможные травмы путем удаления из окружающей пациента среды опасных факторов.
- Используйте приемы, облегчающие запоминание, например ассоциативные связи со знакомыми предметами, записи в календаре.
- Постарайтесь обеспечить поддержку со стороны семьи и проинструктируйте лицо, предоставляющее соответствующий уход, или семью о вышеуказанных вмешательствах.

Сестринский диагноз: Изменения в характере самообслуживания – неспособность осуществлять уход за собой, обусловленная усталостью и слабостью.

Возможные причины: Характер сестринского вмешательства

- ВИЧ-инфекция
- Изменения в
- Совместно с пациентом разработайте план удовлетворения его потребностей.

- | | |
|-------------------|--|
| характере питания | <ul style="list-style-type: none"> • Предложите пациенту часто устраивать периоды отдыха и чередовать различные виды деятельности. • Определите вспомогательные средства, а также средства, помогающие сохранять энергию, – специальные приспособления для ходьбы, трость. • Проинструктируйте членов семьи и/или предоставляющих уход лиц относительно помощи больному в отношении его гигиены, передвижения, приема пищи и психологической поддержки, а также обеспечьте соответствующий надзор. • При возможности направьте пациента на курс физиотерапии, с тем, чтобы оказать ему соответствующую помощь. |
|-------------------|--|

Сестринский диагноз: Нарушения физической целостности – повреждения кожных покровов, связанные с неподвижностью пациента.

Возможные причины	Характер сестринского вмешательства
--------------------------	--

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Простой или опоясывающий герпес • Саркома Капоши • Волосная лейкоплакия • Кандидоз | <ul style="list-style-type: none"> • Изменения положения пациента в постели каждые два часа. • Гигиенический уход за кожей, с тем, чтобы она была чистой и сухой. • Обеспечьте возможность того, чтобы пораженные места подвергались действию открытого воздуха. • Увлажните кожу жидкими косметическими средствами, чтобы предупредить ее сухость. • Проведите массаж с целью улучшения кровообращения в участках кожных покровов над костными выступами. • Проводите оценку состояние кожных покровов с целью выявления покрасневших участков, на которые приходилось давление тела. Покраснение является признаком, свидетельствующим о возможном повреждении кожных покровов. • Гигиену полости рта следует проводить три раза в день, а также перед применением местных противогрибковых лекарственных средств. • Проинструктируйте оказывающих помощь лиц, на руках которых имеются открытые влажные раны или повреждения, о необходимости надевать перчатки при оказании помощи больному. |
|---|--|

Сестринский диагноз: Изменения, относящиеся к смыслу жизни человека – чувство безнадежности, связанное с приближением смерти (депрессия).

Возможные причины	Характер сестринского вмешательства
--------------------------	--

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Слабоумие • Состояние серопозитивности к | <ul style="list-style-type: none"> • Выделите для разговора с пациентом достаточное количество времени, чтобы он/она смог выразить свои чувства страха и беспокойства. Проинформируйте пациента |
|---|--|

ВИЧ

по тем вопросам, относительно которых он выразил озабоченность.

- Привлеките пациента к процессу планирования необходимого ухода в той мере, в которой он/она на это способен.
- Постарайтесь выявить круг интересов пациента и изучите его возможности в плане самообеспечения.
- Постарайтесь выяснить, какими способами пациент решал возникающие перед ним проблемы в прошлом, с тем, чтобы определить его сильные и слабые стороны.

Особенности оказания сестринской помощи на дому

Поскольку количество больных с ВИЧ-инфекцией увеличивается, больницы могут оказаться неспособными удовлетворить спрос на лечение. Поэтому многим больным будет оказываться помощь на дому. Преимуществом такой помощи является меньшая стоимость, и, кроме того, больные предпочитают этот вид лечения из-за возможности нахождения в семейном кругу. В домашних условиях медицинская сестра может оценить ту роль, которую каждый член семьи будет играть в уходе за больным, а также условия проживания больного.

Еще одним достоинством создания или расширения служб патронажной помощи на дому является предоставление необходимой медицинской помощи лицам с хроническими болезнями. Поскольку именно медицинские сестры обеспечивают большинство услуг таким пациентам, необходимость сестринского руководства в этой области не вызывает сомнения. Во многих районах мира внедряются и расширяются службы сестринской помощи на дому с целью облегчения нагрузки на местные стационары и повышение качества медицинской помощи, предоставляемой больным.

На медицинской сестре лежит ответственность за обучение больных, членов семьи и ухаживающего персонала по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией. Лица, инфицированные ВИЧ, могут принимать посетителей и лечиться, не создавая опасности для других. Члены семьи должны быть проинформированы о том, как передается ВИЧ, как защитить себя и больного и обеспечить за ним уход.

Обучение паллиативному уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом

Участие Церкви в борьбе с ВИЧ/СПИДом

Сегодня ведущими направлениями анти-СПИД деятельности церковных организаций являются: первичная профилактика ВИЧ-инфекции; поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИДом и уход за ВИЧ-инфицированными больными.

Принимая во внимание отсутствие профилактической вакцины и радикального лечения ВИЧ-инфекции, важное положение в церковной программе по ВИЧ/СПИД занял превентивный блок. Он включает мероприятия образовательного характера, которые направлены на предупреждение заражения – единственный на сегодня способ, защищающий от ВИЧ. Церковные организации стараются в первую очередь сформировать у детей и молодежи христианское мировоззрение для того, чтобы они могли осознанно противостоять нравственным вызовам общества. Разрабатываются специальные программы, которые могут быть реализованы в воскресных школах, молодежных лагерях, на уроках основ православной культуры. Еще одно направление образовательной деятельности – распространение знаний о ВИЧ-инфекции и путях ее передачи.

Важным направлением анти-СПИД деятельности является создание в приходах служб оказания духовной и психологической помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), и их близким. В работе этих служб участвуют специально обученные миряне и священнослужители. В некоторых приходах уже созданы телефоны доверия по проблемам ВИЧ/СПИДа.

Практическая деятельность по оказанию медико-социальной помощи больным с ВИЧ может быть оказана приходскими патронажными службами. Эти службы, окормляющие больных и престарелых в больницах и на дому, могут осуществлять уход и за ВИЧ-инфицированными. Сестры милосердия и иные специалисты, работающие в хосписах и хосписных группах, также могут оказывать помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Миряне, участвующие в тюремном служении, могут оказывать психологическую и духовную поддержку ВИЧ-инфицированным, находящимся в местах лишения свободы, вести разъяснительную работу с тюремным персоналом в отношении ВИЧ-инфекции и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Важным направлением работы является реабилитация ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Для этого создаются специальные реабилитационные программы и центры, действующие при приходах и монастырях.

В настоящее время созданы и развиваются православные *ресурсные центры*, специализирующиеся по указанным направлениям деятельности. Ресурсный образовательный центр «Собеседник» Благотворительного фонда «Русское православие», оказывает практическую психологическую помощь ЛЖВС, их семьям и тем, кто им помогает. Центр осуществляет образовательную деятельность, проводит обучающие психологические тренинги для волонтеров и специалистов помогающих профессий по оказанию психологической помощи ВИЧ-инфицированным.

Ресурсный центр Христианского общественного благотворительного фонда «Старый Свет» ориентирован на работу по профилактике и реабилитации наркозависимых ЛЖВС.

Ресурсный центр по паллиативному уходу Свято-Димитриевского сестричества на базе Центральной Клинической больницы Святителя Алексия Митрополита Московской Патриархии РПЦ специализируется на обучении профессиональному уходу. В Центре проходят обучение добровольцы, учащиеся патронажных курсов и сестры по уходу. Помимо информационно-образовательной деятельности Ресурсный центр оказывает практическую сестринскую помощь (подробнее об этом Ресурсном центре см. отдельный раздел настоящего сборника).

Обучение паллиативному уходу

Все перечисленные виды церковной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и их близким требуют специальной подготовки. В частности, это относится к обучению уходу за ВИЧ-инфицированными.

Многие современные общины сестер милосердия накопили опыт в области ухода за онкологическими больными и больными с хроническими неизлечимыми заболеваниями. Этот опыт может быть использован и для помощи ВИЧ-инфицированным, имеющим тяжелые клинические проявления и нуждающимся в постоянном сестринском уходе. Экстраполяция навыков сестер по ведению онкологических больных на проблемы ВИЧ-положительных обоснованы тем, что 80% ЛЖВС имеют общие проблемы и только 20% – специфические медицинские, связанные с оппортунистическими заболеваниями.

К специфическим особенностям ухода за ВИЧ-инфицированными относятся знания о путях передачи ВИЧ и соблюдение правил инфекционной безопасности при работе с пациентами в целях предупреждения передачи ВИЧ-инфекции. Эти особенности необходимо учитывать при подготовке кадров для ухода за ВИЧ-инфицированными.

Для обучения уходу за ВИЧ-инфицированными специалисты Свято-Димитриевского сестричества подготовили специальные программы. Они различаются по уровню подготовки (см. приложение 1). Программа первого уровня предназначена для церковных специалистов, не имеющих специального медицинского образования и добровольцев, оказывающих паллиативную помощь. Программа второго уровня рассчитана на сестер милосердия, медицинских сестер, врачей, оказывающих паллиативную помощь ЛЖВС. Такой подход оказался оптимальным для целевых групп разного уровня профессиональной подготовки.

Основной формой обучения по этим программам являются выездные семинары «Обучение паллиативному уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом». Семинары проходят в течение 3–4 дней. Программа семинара включает информацию о ВИЧ/СПИДе и путях заражения, о профилактике и терапии этого заболевания, о кризисах и этапах принятия диагноза, а также о проблемах практического духовного окормления ВИЧ-инфицированных и их близких. Участникам семинаров рассказывают о модели оказания паллиативной помощи силами сестер милосердия и предлагают практические рекомендации по уходу за больными с прогрессирующими хроническими заболеваниями.

Семинары по обучению паллиативному уходу проводятся с 2005 года в разных городах России и стран СНГ. В 2005–2006 годах семинары проводились в рамках проекта «Участие Русской Православной Церкви в борьбе и профилактике ВИЧ/СПИДа», а с 2007 года – в рамках проекта «Поддержка инициатив религиозных организаций по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа и паллиативному уходу в Российской Федерации». Проекты выполнялись при финансовой поддержке Программы Развития ООН (ПРООН).

Семинары прошли в Москве, Киеве, Минске, Архангельске, Волгограде, Могилеве, Нижнем Новгороде, Саратове, Оренбурге. В общей сложности паллиативному уходу на этих семинарах были обучены 830 человек.

Основная программа семинаров была единой, но разные семинары имели свои особенности, учитывающие место проведения и целевую аудиторию. Каждый семинар дополнял другие, привносил новый опыт, давал импульс новым инициативам и проектам в регионах, позволял наметить новые направления работы. К опыту преподавателей добавлялся практический опыт участников, в процессе проведения семинара и анализа его итогов дополнялась и совершенствовалась программа обучения.

Расскажем, как проходило обучение паллиативному уходу и развивалась обучающая программа на примере конкретных семинаров.

Киев, 7–10 марта 2005 года. Этот первый семинар был проведен в Украине по инициативе Отдела благотворительности и социального служения при Священном Синоде Украинской Православной Церкви.

УПЦ МП ведет обширную социальную деятельность в области профилактики ВИЧ/СПИДа и служения больным и родственникам больных этим страшным недугом. Совместно с церковными благотворительными организациями Русской Православной Церкви в России и Белорусским Экзархатом Московского Патриархата УПЦ МП участвует в деятельности созданной в 2002 году церковной антиСПИД-сети. В настоящее время в Украине действуют храм, Дом милосердия и Сестричество при Киевском СПИД-центре, два православных Центра ресоциализации наркозависимых и ВИЧ-инфицированных, Центр превентивной профилактики ВИЧ/СПИДа.

На семинаре присутствовали представители пяти епархий Украинской Православной Церкви: Днепропетровской, Донецкой, Запорожской, Полтавской и Киевской. Наряду с Одесским, Николаевским, Луганским, Харьковским, Черкасским, Севастопольским и Крымским регионами Украины они составляют наиболее пораженные СПИДом области. Кроме того, присутствовали врачи, студенты духовных училищ (один – из Закарпатья), а также руководитель отдела образования церквей Христиан веры евангельской в Сумской области.

Все участники семинара отметили высокое качество проведенных занятий и выразили благодарность создателям программы обучения. Представители сестричества Нерукотворного образа Христа Спасителя г. Горловка (Донецкая обл.), сестричества в честь иконы Божией Матери «Неупиваемая чаша» при Киевском СПИД-центре, сестричества в честь преподобномученицы Елизаветы (Киев), в котором ведется систематическая работа в тюрьмах и среди наркозависимых, и другие заявили о своем намерении использовать полученные знания в практической работе. Сестры милосердия, до семинара занимавшиеся только миссионерской и катехизаторской деятельностью, выразили желание освоить навыки ухода за своими подопечными.

На семинаре обратило на себя внимание большое количество молодежи. Так, присутствовали молоденькие медсестры отделения сосудистой хирургии ГКБ № 5 города Сумы. Они слушали выступления участников с интересом, хотя и не заявили себя православными. Присутствовала группа студентов Миссионерского духовного училища Полтавской епархии, которые по собственной инициативе занимаются патронажным служением больным людям на дому. Две студентки Сумского пастырско-богословского духовного училища сообщили, что собираются провести в своем училище семинар, основанный на образовательном цикле «Обучение уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом», прочитанном представителями Свято-Димитриевского сестричества г. Москвы.

Архангельск, 10-15 апреля 2005. Семинар был проведен по приглашению отдела социального и медицинского служения Архангельской и Холмогорской Епархии Русской Православной Церкви в сотрудничестве с Архангельской Региональной Общественной организацией «Рассвет».

На семинаре присутствовали священнослужители, врачи-инфекционисты областной инфекционной клинической больницы, врачи и психологи Архангельского СПИД-центра специалисты хосписа, преподаватели Медицинского колледжа, заведующие медико-социальными отделами городских больниц, социальные работники больниц, сестры милосердия и волонтеры, работающие в больницах.

Один день семинара проходил в лечебных учреждениях Архангельска: ГКБ № 1 (отделение неврологии) и Областной инфекционной больнице. Там состоялись встречи участников семинара с преподавателями и сотрудниками больниц, занятия по проблемам ВИЧ/СПИДа и обмен опытом работы с ЛЖВС. В этот же день преподаватели Свято-Димитриевского сестричества посетили Детскую онкологическую больницу, где дали

мамам конкретные консультации по уходу за тяжелобольными детьми, побеседовали с детьми и помолились в часовне об их здравии и облегчении страданий.

Круглый стол на тему «Участие Русской Православной Церкви в организации ухода за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом». Подведением итогов семинаров, прошедших в 2005 году в Киеве, Архангельске, Минске, Волгограде, Алушке и Москве стал Круглый стол на тему «Участие Русской Православной Церкви в организации ухода за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом». Круглый стол был проведен 9 декабря 2005 года в конференц-зале Центральной клинической больницы Святителя Алексия, митрополита Московского при непосредственной поддержке Российского круглого стола ОВЦС Московского Патриархата.

Руководитель программы обучающих семинаров, старшая сестра патронажной службы Свято-Димитриевского сестричества Ольга Юрьевна Егорова, рассказала, что на семинары, посвященные уходу за ВИЧ-инфицированными, приходили самые разные люди. Часто их интересовала не только практика ухода за больными, но и особенности создания сестричества и организации патронажной службы.

Постоянно ухаживать за одним больным очень сложно: это требует очень большого напряжения физических и духовных сил. Поэтому в Свято-Димитриевском сестричестве используют «бригадный метод» – несколько человек ухаживают за больными, сменяя друг друга, придерживаясь строгой иерархии и субординации в бригаде и беспрекословно подчиняясь старшим. Участникам семинаров были предоставлены рекомендации, как устроить бригаду из 3 или из 10 человек. На практических занятиях организацию и работу таких бригад отрабатывали прямо в зале: слушателям семинара предлагали разделить на бригады, выбрать старшую сестру. Оказалось, что даже в игровой форме могут возникнуть недоразумения. Например, спор за старшинство. И отказываться от амбиций может быть сложно и в жизни, и в игре.

Иерей Роман Бацман, окормляющий храм священноисповедника Луки, архиепископа Симферопольского в Центре сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева, рассказал собравшимся о сестринской помощи ВИЧ-инфицированным, о духовной поддержке священнослужителями отчаявшихся больных, которые приняли решение покончить с собой. Поддержать таких людей может только Церковь, сказал отец Роман. Причем помогать нужно не только им, но и их родственникам, которые переживают горе вместе с больными. Основой помощи Церкви ВИЧ-инфицированным могут стать православные сестричества. По словам о. Романа, «школу православного сестринского ухода можно назвать уникальной. Сестры не только облегчают страдания тела, но и заботятся о душе. И главное здесь - «стяжать любовь ко всякой душе христианской, скорбящей и озлобленной»».

Участники Круглого стола согласились, что базой для создания СПИД-хосписа могут стать православные богадельни. Небольшое число насельников создает необходимую домашнюю обстановку. Опыт создания православных богаделен у сестричества уже есть. Например, богадельня Цесаревича Алексия (духовник о. Артемий Владимиров) и богадельня Свято-Димитриевского Сестричества (духовник о. Аркадий Шатов), у которых есть большая практика ухода за престарелыми и тяжело больными.

Для детей, чьи родители умерли от СПИДа, нужен православный детский дом. Очень интересен опыт Санкт-Петербургского сестричества во имя Преподобной великомученицы Елизаветы, которое окормляет один из хосписов для онкологических больных. Сестры милосердия увидели, что больных родителей навещают дети 10-14 лет, часто из неблагополучных семей. Одна из сестер заметила, как уже умирающая мама отдавала свою порцию еды дочке, потому что у той дома нечего было есть. Сестры приютили детей-сирот в сестринском доме и создали приют для детей, родители которых умерли в хосписе. Туда приходят и дети, чьи родители живы.

Одним из результатов прошедших за год в регионах семинаров для участвовавших в них сестричеств стало осознание того, что с ВИЧ-инфицированными людьми они сталкиваются практически во всех сферах своей деятельности. В качестве примера можно привести такой случай. Сестра милосердия Виктория, которая работает на Украине, не хотела ехать на семинар в Киеве, считая, что это «не ее тема» – Виктория занимается кормлением заключенных. Побывав же на семинаре и наведя после него справки, она узнала, что более чем половина опекаемых ею заключенных – ВИЧ-инфицированы. Теперь Виктория следит за тем, чтобы они могли правильно питаться и получать лечение, думает, что сделать, чтобы государство обратило внимание на больных заключенных. Семинар подсказал Виктории также идею хосписа для больных СПИДом людей, которые освободились из заключения.

Участники Круглого стола отметили, что в некоторых регионах семинары дали импульс для начала работы православных патронажных групп и сестричеств по уходу за ВИЧ-инфицированными, для взаимодействия со светскими организациями, занимающимися аналогичными проблемами, способствовали формированию у православных сестер милосердия корректного отношения к ВИЧ-позитивным пациентам.

Москва, 27-30 марта 2006 года. Этот семинар был организован Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом (ФНМЦ ПБ СПИД) РОСПОТРЕБНАДЗОРА РФ при участии Свято-Димитриевского сестричества.

В семинаре приняли участие заместители по лечебной работе главных врачей областных и городских Центров СПИДа Оренбурга, Челябинска, Саратова, Волгограда, Свердловска, Иркутска и Ленинградской области. Это крупнейшие регионы РФ, которые в наибольшей степени охвачены эпидемией ВИЧ/СПИДа. Среди участников семинара были также ведущие специалисты ФНМЦ ПБ СПИД г. Москвы, директор по лечебной работе Центра по оказанию паллиативной помощи Средне-западного региона США, Директор программы по паллиативной помощи Института «Открытое общество» (США), старший советник по обеспечению качества Университетской исследовательской компании (URC, USAID).

Целью семинара было обучение руководителей региональных организаций принципам и правилам оказания комплексной паллиативной помощи ЛЖВС, разработка подходов к организации этой помощи и выработка принципов взаимодействия правительственных, общественных и религиозных организаций в сфере оказания помощи и обеспечению ухода за больными ВИЧ/СПИДом.

«В России, несмотря на постепенное внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии в практику работы центров СПИДа, нарастает число ВИЧ-инфицированных больных, нуждающихся в стационарном лечении и/или постоянном уходе на дому, увеличивается количество пациентов на стадии СПИДа, число летальных исходов. В ближайшее время остро встанет вопрос организации постоянного медицинского ухода за больными ВИЧ-инфекцией в условиях не только стационара, но и в хосписе и, особенно, на дому» – так сформулировал основную надвигающуюся проблему завтрашнего дня ведущий научный сотрудник ФНМЦ ПБ СПИД к.м.н. Шахгильдян В.И.

Директор Международной инициативы Института «Открытое общество» Мери Каллауей представила участникам семинара обзор системы оказания паллиативной помощи в США, показала особенности ее оказания применительно к ЛЖВС.

Директор по лечебной работе того же Центра, профессор Джон Эли освятил вопросы современной терапевтической практики лечения основных клинических симптомов при ВИЧ-инфекции.

Вопросы применения высокоактивной антиретровирусной терапии, коррекция побочных эффектов ее применения для лечения оппортунистических заболеваний были представлены в информационном блоке ведущим сотрудником ФНМЦ ПБ СПИД д.м.н. Кравченко А.В.

В презентации старшего советника по обеспечению качества Университетской исследовательской компании (URC, USAID), Чернобровкиной О.В. было подчеркнуто, что лучшие результаты лечения хронических состояний, к которым относится ВИЧ-инфекция, дает взаимодействие между учреждениями здравоохранения и религиозными организациями, которые занимаются медицинской и социальной деятельностью.

Важнейшие вопросы духовного сопровождения больных от момента постановки диагноза, жизни со статусом ВИЧ-положительный, до фазы терминальной стадии заболевания обсудил со слушателями семинара священник Роман Бацман, и.о. настоятеля храма архиепископа Луки Воино-Ясенецкого, расположенного в Кардиоцентре им. Акад. Бакулева.

Москва, 23-24 апреля 2007 года. Семинар был организован Свято-Димитриевским сестричеством и проходил в Свято-Даниловом монастыре. В нем участвовали 28 человек – священники, представители Отдела внешних церковных связей Московского Патриархата, Ассоциации Христианский межцерковный диаконический совет (ХМДС), С.-Петербург, руководители сестричеств Москвы и С.-Петербурга, сестры милосердия, соработники, психологи, активисты сообщества ЛЖВС.

В задачу семинара входило:

- обучение сестер милосердия, добровольцев, социальных работников основам оказания паллиативной помощи;
- обмен опытом и поиск форм сотрудничества тренерских команд;
- обсуждения содержания различных модулей тренинга и усовершенствования программы по обучению паллиативному уходу.

Важнейшие вопросы духовного сопровождения больных от момента постановки диагноза, жизни со статусом «ВИЧ-положительный» до терминальной стадии заболевания обсудил со слушателями семинара больничный священник Роман Бацман, и.о. настоятеля храма св. архиепископа Луки (Воино-Ясенецкого), расположенного в Кардиоцентре им. акад. Бакулева (Москва).

Главная сестра Свято-Елизаветинского сестричества Кабакова Е.А. рассказала об опыте паллиативного ухода в Первом хосписе Санкт-Петербурга.

Врач-психотерапевт Фредерика де Граф, духовная дочь Владыки митрополита Антония Сурожского, рассказала об этапах принятия диагноза, о развитии кризисных состояний при принятии болезни, о том, как помочь своим больным пережить горе.

Материалы, представленные активистом сообщества ЛЖВС «Шаги» Пчелиным И.В. по формированию приверженности лечению и поддержке ЛЖВС при приеме препаратов высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), включены как компонент программы паллиативной помощи.

Журавлева Н.В., специалист по социальной работе, провела с участниками семинара практическое занятие по арт-терапии, позволившее оценить значение этого метода в работе с ЛЖВС.

Семинар завершился поездкой в богадельню Свято-Димитриевского сестричества и знакомством с работой сестер милосердия в квартирах сестринского ухода.

Нижний Новгород, 29 мая – 1 июня 2007 года. Семинар был организован при поддержке Нижегородской епархии Русской Православной Церкви, Нижегородского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и Нижегородского гериатрического центра. В семинаре приняли участие 30 человек — священники, врачи Нижегородского областного центра СПИД, старшие медицинские сестры Нижегородского гериатрического центра, медицинские сестры отделений сестринского ухода ГКБ № 34, ГКБ № 38, ГКБ № 47, студентки отделения

сестер милосердия Нижегородского медицинского колледжа, сестры милосердия, добровольцы. Среди участников было 27 человек с медицинским образованием, из них 4 — с высшим медицинским образованием.

Целью семинара было соединить и активизировать различные профессиональные группы: врачей, медсестер, сестер милосердия, патронажных сестер, преподавателей медицинских колледжей, волонтеров и священников в деле оказания помощи ЛЖВС и их близким в различных лечебно-профилактических медицинских учреждениях и на дому.

Особый интерес медицинских сестер отделений сестринского ухода вызвали практические рекомендации по уходу за больными с прогрессирующими хроническими заболеваниями, навыки перемещения тяжело больного пациента, проблемы образования, профилактики и лечения пролежней. В завершение практического занятия по лечению пролежней, по просьбе участницы семинара — сестры милосердия общины во имя Николая Чудотворца, была проведена выездная консультация на дому тяжело больного с множественными пролежнями. Специалисты из числа участников семинара провели обработку ран и дали рекомендации по дальнейшему лечению.

Семинар завершился поездкой в Свято-Георгиевский приход Иваново-Вознесенской и Кинешемской епархии и ознакомлением с опытом церковной реабилитации наркозависимых и ВИЧ-инфицированных в православной общине.

Одна из участниц семинара, медицинская сестра и мать двух наркозависимых сыновей, обратилась к организаторам семинара с благодарственными словами: «Спасибо вам, я теперь знаю, что мне делать и куда идти».

Саратов, 18-21 июня 2007 года. Семинар проводился при поддержке и участии Саратовского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Среди 30 участников семинара были главный врач, заведующие и старшие медицинские сестры отделений, врачи эпидемиологи и инфекционисты, педиатр, специалист по социальной работе, психологи Саратовского областного центра СПИД, главная сестра и палатные медсестры областной онкологической больницы, старшие и медицинские сестры противотуберкулезного диспансера и областной психиатрической больницы «Святой Софии».

В процессе проведения семинара преподаватели Свято-Димитриевского сестричества убедительно показали, что для оказания всего комплекса паллиативной помощи больным с тяжелыми прогрессирующими заболеваниями, в том числе и ВИЧ-инфекцией, необходимо объединение усилий профессиональных медицинских работников государственных учреждений здравоохранения, сестер милосердия, патронажных сестер, добровольцев из числа прихожан храмов и священников.

Людам, страдающим от такого тяжелого и пока неизлечимого заболевания, как никому другому необходима духовная помощь Церкви и ее служителей — священников и сестер милосердия. Русская Православная Церковь имеет многовековой опыт духовного попечения, утешения и ухода за больными с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Она также всегда поддерживала тех, кто самоотверженно осуществляет лечение и уход, врачей и медицинских сестер, которые первыми сообщают смертельный диагноз и находятся рядом со своим пациентом. Это очень хорошо понимают сотрудники Саратовского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями – главный врач Любовь Петровна Потемина, заместитель по организационно-методической работе Ольга Алексеевна Скуфина, врачи и медицинские сестры. Именно они явились инициаторами проведения этого семинара и приглашения преподавателей Московской Свято-Димитриевской общины сестер милосердия, имеющей не только сестринскую практику оказания паллиативной помощи, но и многолетний опыт духовной поддержки больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями.

Сегодня очевидно, что оказание паллиативной помощи этим больным, особенно больным с ВИЧ/СПИДом, выходит за рамки медицинской проблемы и для ее решения недостаточно ни своевременно оказанной медицинской помощи, ни высокоактивной терапии, предоставляемых лечебно-профилактическими центрами, ответственными за терапию и профилактику ВИЧ/СПИДа.

В 2006 году Саратовский центр по профилактике и борьбе со СПИДом, один из первых в России, создал отделение паллиативной помощи, в состав которого входят не только медицинские работники, но также психологи и специалист по социальной работе. Самоотверженно работающая команда нуждается и в поддержке представителей Русской Православной Церкви – сестер милосердия, добровольцев и, особенно, священнослужителей, о чем неоднократно высказывались участники семинара в своих выступлениях.

Из анкет участников семинара: *«Мы получили уникальные знания по методам паллиативного ухода. Сестринский уход за больными в терминальной стадии, практические навыки и современные методики ухода — эти актуальные проблемы нигде не освещаются. Мы очень нуждаемся в непосредственной работе с церковными специалистами и в помощи Церкви».*

Москва, 25-26 сентября 2007 года. Организаторами семинара выступили Свято-Димитриевское сестричество (Москва), Департамент здравоохранения г. Москвы и Московский городской центр СПИД. Семинар проходил в помещении Свято-Димитриевского сестричества.

Семинар проводился в рамках принятого 4 октября 2006 года соглашения о сотрудничестве между Департаментом здравоохранения города Москвы и Московской епархией Русской Православной Церкви как первое совместное мероприятие.

К участию в семинаре были приглашены руководители, сестры милосердия, добровольцы православных сестричеств, центров и групп милосердия, патронажных служб г. Москвы, а также представители Московского городского центра (МГЦ) СПИД. В работе семинара участвовали 15 церковных организаций.

В результате сотрудничества с МГЦ СПИД в программу семинара были включены занятия по темам: «Обзор эпидемии ВИЧ/СПИДа в России. Эпидемиологическая ситуация в Москве», «Первичная профилактика ВИЧ-инфекции», «Биологические механизмы развития СПИДа и его осложнений», «Течение ВИЧ-инфекции на поздних стадиях заболевания. Основы оказания паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ».

Основной целью семинара было познакомить сестер милосердия и специалистов церковных патронажных служб с организацией, особенностями и правилами ухода за людьми с прогрессирующими хроническими заболеваниями, в том числе ВИЧ/СПИДом, а также выяснить степень вовлеченности московских сестер милосердия в сферу оказания помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Общины сестер милосердия, православные патронажные службы, группы и центры милосердия осуществляют служение в городских медицинских и социальных учреждениях, местах лишения свободы, помогают бездомным на вокзалах и улицах города. Во многих местах своего служения сестры могут столкнуться с людьми, страдающими от ВИЧ/СПИДа. И хотя сестры милосердия говорили, что они целенаправленно не работают с этими людьми, посредством проведенного опроса выяснилось, что время от времени такие больные среди их подопечных встречаются. Порой сестры милосердия и добровольцы, работая с этими больными, просто не информированы об их ВИЧ-статусе, так как диагноз ВИЧ-инфекция является конфиденциальным. Поэтому уже сегодня сестры милосердия нуждаются в подготовке к работе с этими больными, в обучении уходу и правилам профилактики профессионального инфицирования. С этими правилами и инструкциями по предупреждению заболеваний, связанных с медицинскими манипуляциями, сестры были

ознакомлены. По результатам занятий было проведено тестирование, выданы методические материалы и пособия.

Сестры милосердия Свято-Димитриевского сестричества, работающие в государственных социальных учреждениях для детей-отказников с врожденными отклонениями развития: ДДИ № 11, ДДИ № 15, ДДИ «Южное Бутово», рассказали на семинаре об особенностях своей работы. В ДДИ № 15 велись переговоры о работе сестер в специализированной группе для ВИЧ-инфицированных детей. Сестры выразили готовность перейти работать в эту группу.

Семинар дал возможность сестрам милосердия обменяться также опытом работы с заключенными. Такой опыт имеется в Общине сестер милосердия во имя Казанской иконы Божией Матери и Комиссии по церковной социальной деятельности при Епархиальном совете г. Москвы, представители которых участвовали в семинаре. Сестры общины около двух лет посещают Костромскую женскую колонию, где есть отряд ВИЧ-инфицированных женщин. В отряде около 50 человек, 10 из них находятся в лазарете с диагнозом туберкулез и СПИД. Выяснилось, что для сестер самым трудным в работе с этими женщинами является общение. Во время семинара сестры получили консультации по оказанию заключенным социальной помощи и их адаптации после освобождения.

Одним из важных направлений деятельности групп милосердия в нашем столичном мегаполисе является работа с бездомными, большинство которых нуждается в медицинской помощи. Такую работу ведет православная служба «Милосердие» Комиссии по церковной социальной деятельности при Епархиальном совете г. Москвы. В состав этой службы входит Служба помощи бездомным и автобус «Милосердие». Особенности этой работы заключаются и в том, что наиболее распространенными заболеваниями бездомных являются туберкулез, педикулез, алкогольная полинейропатия, трофические язвы, обморожения, венерические и инфекционные заболевания, ВИЧ-инфекция. Проблемы с ВИЧ-инфицированными бездомными возникали из-за незнания их статуса и невозможности их госпитализировать.

В ходе семинара участники получили знания о формах и методах ухода и патронажа, об организации служб сестринского ухода за больными в стационаре и на дому, особенностях ухода за тяжело больными и лежачими больными, их духовной и психологической поддержке, проблемах практического духовного окормления ВИЧ-инфицированных и их близких.

Знания по эпидемиологической ситуации в Москве и Московской области и медицинским аспектам ВИЧ-инфекции были предоставлены ведущими специалистами Московского Центра СПИД: эпидемиологом М.В.Лавровой и инфекционистом Е.В.Петровой.

Участники отметили, что полученная на семинаре информация полезна и необходима для применения на практике, а также выразили пожелание о необходимости проведения подобных семинаров в государственных медицинских училищах с целью передачи опыта РПЦ будущим медицинским сестрам, обучения их практическим основам милосердия и духовной поддержке больных.

Работа в процессе обучения на семинаре явилась взаимообогащающим сотрудничеством как для специалистов МГЦ СПИД, так и для сестер милосердия. Семинар позволил соединить и активизировать различные профессиональные группы в деле оказания помощи больным с прогрессирующими хроническими заболеваниями, в том числе больным с ВИЧ-инфекцией.

Совместное проведение семинара позволило усовершенствовать и расширить программу обучения паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным, наладить рабочие контакты с руководством и врачами МГЦ СПИД, продолжить дальнейшее сотрудничество с Департаментом здравоохранения г. Москвы.

Из анкет и отзывов участников семинара поступили предложения рекомендовать программу для проведения подобных семинаров в государственных медицинских

училищах и лечебных учреждениях. Одна из участниц семинара, студентка 4-го курса Православного Свято-Тихоновского Университета педагогического факультета, специальность – социальная педагогика, выразила пожелание о проведении такого семинара для учащихся Университета, будущих социальных педагогов и специалистов по социальной работе.

Оренбург, 26–29 февраля 2008 года. Семинар организован и проведен совместными усилиями Свято-Димитриевского сестричества и Оренбургского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

В работе семинара приняли участие медицинские сестры из ГУЗ «Оренбургский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», ГУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», ГУЗ «Оренбургский городской противотуберкулезный диспансер», ГУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер». Они непосредственно работают с ВИЧ-инфицированными пациентами, а также с пациентами с ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом. В семинаре участвовали также социальные работники и психологи Красного Креста. Общее число участников семинара составило 31 человек.

В ходе семинара практикующим в инфекционных больницах сестрам передан опыт и знания, приобретенные сестрами милосердия Свято-Димитриевского сестричества при оказании паллиативной помощи больным с прогрессирующими хроническими заболеваниями и ВИЧ/СПИДом. Несколько занятий было посвящено практическим рекомендациям по уходу за больными в терминальной стадии.

Подводя итоги семинара, участники в своих анкетах отметили, что получили не только ответы на поставленные вопросы, но и еще большой объем интересной информации по разбору конкретных ситуаций оказания паллиативной помощи ЛЖВ. Полученную информацию участники планируют использовать в своей работе, для обучения палатных медицинских сестер уходу за тяжело больными, а также рассказать о ней на общих больничных конференциях, сестринских конференциях и планерках.

Оренбург, 17-20 мая 2008 года. Этот семинар был проведен для родственников ЛЖВС. В ходе семинара они получили знания и консультации по медицинским, правовым, социальным вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом. Участники семинара также обсудили на примере конкретных ситуаций вопросы стигматизации ВИЧ-инфицированных людей. Все участники посетили Свято-Троицкую благотворительную Обитель Милосердия Оренбургской и Бузулукской епархии РПЦ в поселке Саракташ и соборно помолились о своих больных.

Опыт проведения семинара для родственников ЛЖВС показывает перспективность и эффективность этого обучения, так как пока именно родственники (матери) постоянно сопровождают своих ВИЧ-положительных детей и находятся около них в условиях дома и стационара.

В 2008 году проведено также семь **практико-ориентированных тренингов для добровольцев**, оказывающих паллиативную помощь и уход. В ходе тренингов добровольцы были подготовлены к общению с подопечными и их родственниками, изучили правила инфекционной безопасности при работе с пациентами с ВИЧ-инфекцией, гепатитами, туберкулезом. Они также получили практику по основным манипуляциям по уходу.

Итогами проведенной в ходе семинаров работы являются:

- Повышение уровня знаний по проблеме ВИЧ-инфекции и паллиативного ухода. Изменение собственного отношения членов обучаемых групп к ЛЖВ и проблемам ВИЧ/СПИДА в обществе.
- Распространение 5000 экземпляров методических и информационно-образовательных пособий по организации служб и обучению паллиативному уходу (список выданных раздаточных пособий см. в приложении 2).
- Обучение 830 представителей различных групп паллиативному уходу за ЛЖВ, и их подготовка к оказанию паллиативного ухода за ЛЖВС.
- Использование на практике сотрудниками отделений паллиативной помощи областных и городских центров по профилактике и борьбе со СПИД методик, разработанных специалистами Свято-Димитриевского сестричества.
- Включение методических разработок, предоставленных специалистами Свято-Димитриевского сестричества, в курс преподавания в медицинских колледжах. Расширение знаний преподавателей и студентов колледжей по проблеме ВИЧ/СПИДА.
- Обучение добровольцев и привлечение их к оказанию помощи ЛЖВС.
- Повышение уровня мотивации сестер милосердия к оказанию помощи и предоставлению ухода за ЛЖВС. Сестры милосердия помимо предоставления социальной и медико-социальной помощи начали заниматься сестринским уходом за больными. При сестричествах развиваются патронажные службы по оказанию помощи больным с неизлечимыми заболеваниями, в том числе и ВИЧ/СПИДом.
- Повышение мотивации самих ЛЖВС к принятию помощи, лечению и получению высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).
- Развитие потенциала церковных организаций в области создания и организации служб сестринского ухода, паллиативной помощи и помощи ЛЖВС.
- Укрепление потенциала Свято-Димитриевского сестричества и расширение деятельности за счет освоения нового направления – паллиативной помощи больным с ВИЧ/СПИДом.
- Соединение усилий Церкви и государства по вопросам противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДА и паллиативному уходу в Российской Федерации.

В результате проведения семинаров сформировалась команда тренеров, имеющих опыт обучения паллиативной помощи ЛЖВС, включающей медицинскую, социальную и духовную помощь. Команда включает профессиональных специалистов Свято-Димитриевского сестричества в области организации и оказания паллиативной помощи, которые имеют опыт работы в структурах Русской Православной Церкви и готовы передать свои знания и практические навыки паллиативного ухода региональным церковным организациям. Эти знания и навыки чрезвычайно востребованы в регионах.

Обучение паллиативному уходу по программам Свято-Димитриевского сестричества продолжится в 2009 году. Планируется провести обучающие семинары для медсестер инфекционных стационаров и амбулаторно-поликлинических отделений МГЦ СПИД.

Продолжится обмен опытом между сестричествами Москвы и Санкт-Петербурга. Будет проведен семинар по обучению паллиативному уходу для сестер милосердия ведущих сестриществ Санкт-Петербурга.

Движение добровольцев, ухаживающих за больными ВИЧ/СПИДом, растет, поэтому будет продолжена работа практико-ориентированных семинаров для добровольцев.

Планируется проведение информационно-образовательного семинара в МГЦ СПИД для родственников ЛЖВС.

Продолжит работу и Ресурсный центр по паллиативному уходу, на базе Свято-Димитриевского сестричества в Москве, включающий службу по оказанию практической сестринской помощи и Учебно-методический центр.

Ресурсный центр по паллиативному уходу за ЛЖВС

Проблема оказания комплексной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и людям, страдающим другими тяжелыми заболеваниями, с каждым годом становится все более актуальной. Однако в образовательные программы подготовки медицинских сестер и врачей недостаточно включены вопросы паллиативной помощи и ухода за больными с хроническими заболеваниями, а вопросы ухода за больными при ВИЧ/СПИДе практически отсутствуют. Не разработан государственный стандарт по паллиативной помощи.

19 сентября 2007 года Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издан приказ «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией». Положение приказа предусматривает «взаимодействие медицинских учреждений, центров социальной защиты населения и общественных организаций при оказании медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте Российской Федерации. Больные ВИЧ-инфекцией, страдающие интенсивным болевым и другими симптомами, приводящими к временным нарушениям физического или психического состояния и необходимости индивидуального ухода, госпитализируются в палаты паллиативной помощи не только в отделения инфекционных, туберкулезных, наркологических больниц, но и в многопрофильные больницы».

Свято-Димитриевское сестричество в течение нескольких лет занимается паллиативным уходом (см. раздел «Православная служба паллиативной помощи» настоящего сборника). За это время накоплен большой практический опыт. Кроме того, разработана программа обучения паллиативному уходу. По этой программе проводятся обучающие семинары во многих регионах России (см. раздел «Обучение паллиативному уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом» настоящего сборника).

Для того чтобы расширить практическую и информационно-образовательную деятельность по паллиативной помощи, было решено создать специальный Ресурсный центр по паллиативному уходу за ЛЖВС.

9 января 2008 было подписано соглашение о некоммерческом сотрудничестве в совместной деятельности между МПРО «Сестричество во имя благоверного царевича Димитрия», ЦКБ свт. Алексия митрополита Московского Московской Патриархии РПЦ и ГОУ Свято-Димитриевское училище сестер милосердия Департамента здравоохранения г. Москвы. Цель соглашения – создание и оснащение палаты паллиативного ухода для отработки навыков ухода за больными с хроническими прогрессирующими заболеваниями, а также помещений для проведения практико-ориентированных семинаров и учебной аудитории для обучения медицинских сестер, сестер по уходу, студентов и добровольцев навыкам паллиативного ухода.

Поскольку базой для создания Ресурсного центра стала ЦКБ свт. Алексия, хотелось бы рассказать о самой больнице и ее истории.

Здания больницы были построены в 1903 году полностью на средства купцов-меценатов Александры Ксенофоновны и Ивана Лонгиновича Медведниковых. Называлась она тогда Медведниковская богадельня и лечебница для тяжелых и неизлечимых больных. Для своего времени она была оборудована наилучшим образом.

Это был комплекс, включающий в себя лечебные корпуса, жилой корпус для сотрудников, приют для детей, хозяйственные постройки, часовню и два храма. 17 декабря 1903 года на торжественном открытии больницы присутствовали генерал-губернатор Москвы великий князь Сергей Александрович и великая княгиня Елизавета Федоровна. Чин освящения нового богоугодного заведения совершил священномученик митрополит Московский Владимир. Благотворителей Ивана и Александру поминают в больничных храмах и сегодня за каждой Литургией.

В 1920-е годы были закрыты храмы на территории церковной больницы, а сама Медведниковская больница была переименована в 5-ю клиническую больницу. Службы в храмах возобновились в 1992 году, когда больница была передана Церкви.

В 1992 году 5-ая клиническая больница была преобразована в Центральную клиническую больницу святителя Алексия Московской Патриархии Русской Православной Церкви. В настоящее время это многопрофильная современная больница. Стационар рассчитан на 220 мест, в нем есть хирургическое, неврологическое, терапевтическое отделения и отделение реанимации. В больнице святителя Алексия не на словах, а на деле возрождают традиции отечественной медицины: сочетание высокого профессионализма и православного милосердия.

Для помощи в развитии этому уникальному социальному церковному проекту был создан Попечительский совет больницы. В 2005 г. совет возглавил Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексей II, считающий создание современной церковной больницы «самым важным социальным проектом Русской Православной Церкви».

«Это единственная и первая церковная больница. Поэтому она должна отвечать самым высоким критериям. Хотелось бы, чтобы она была образцом и для государственных, и для частных больниц», – сказал Патриарх.

В ЦКБ свт. Алексия работают высококвалифицированные врачи. Многие из них служат в этой больнице уже не один десяток лет, приходят и новые специалисты.

Больница свт. Алексия является авторитетным научным центром: здесь базируются 3 кафедры Российского государственного медицинского университета, а отделение нейрореабилитации и восстановительного лечения после инсультов – одно из лучших в Москве. В больнице есть консультативно-диагностический центр, в котором можно обследоваться и получить консультацию у врачей высших категорий различных специальностей.

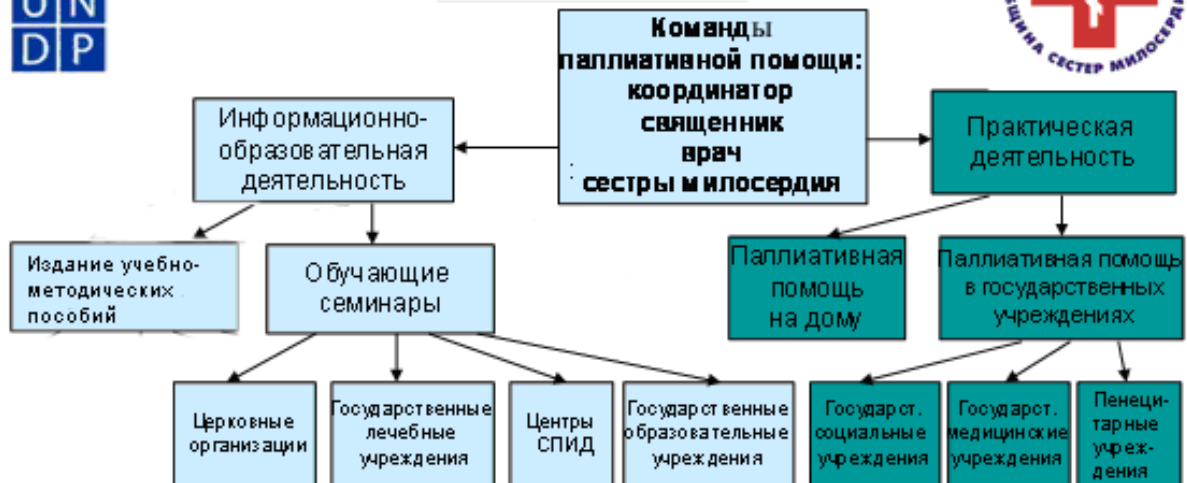
Больница святителя Алексия является базой Свято-Дмитриевского православного училища сестер милосердия, студенты училища ухаживают за пациентами клиники.

Больница не специализируется на инфекционных заболеваниях, но в ней получают лечение и ВИЧ-инфицированные пациенты, и пациенты с гепатитами В и С. Отработка навыков паллиативного ухода ориентирована и на этих пациентов.

Ресурсный центр Свято-Дмитриевского сестричества имеет два основных направления деятельности: оказание практической сестринской помощи и обучение паллиативному уходу. Эти направления тесно связаны между собой, в них задействованы одни и те же команды специалистов (см. рисунок).



Ресурсный центр по паллиативному уходу за ЛЖВ



Деятельность по обучению предусматривает проведение обучающих семинаров на базе Центра, а также разработку и совершенствование учебных программ, издание учебно-методических пособий, повышение квалификации работающих сестер милосердия.

Обучающие семинары проводятся по тем же программам, что и выездные семинары (см. раздел «Обучение паллиативному уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом»), но с расширенными практическими занятиями – непосредственно у постели больных.

В Ресурсном центре проходят обучение сестры милосердия, младшие медсестры, добровольцы из московских сестричеств и приезжающие на практику для обмена опытом сестры из других регионов. Предполагается проведение специального курса обучения для медицинских сестер специализированных государственных лечебных учреждений МГЦ СПИД и инфекционных больниц.

Сестринская помощь в Ресурсном центре оказывается в палате паллиативной помощи. За год в этой палате смогут получить лечение и уход около 60 пациентов.

Основные задачи работы палаты паллиативной помощи:

- Оказание паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией, имеющим выраженные функциональные нарушения, приводящие к ограничению способности к самообслуживанию и необходимости сестринского ухода;
- Проведение симптоматической, этиотропной и патогенетической терапии;
- Проведение комплексного восстановительного лечения (включая фармакотерапию, физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж).

Работа палаты паллиативной помощи направлена не только на оказание помощи пациентам с хроническими прогрессирующими состояниями, к которым относится и ВИЧ-инфекция, осложненная соматической патологией, но и на отработку алгоритма и практических навыков оказания этой помощи.

После прохождения лечения в палате паллиативной помощи сестринское сопровождение не прерывается. Комплексная паллиативная помощь выписанным из

больницы ВИЧ-инфицированным и их семьям продолжается на дому силами патронажной службы Свято-Димитриевского сестричества.

Работа Ресурсного центра уже вызвала большой интерес в разных регионах России. Так, пять ведущих сестриществ Санкт-Петербурга выразили готовность создать палаты паллиативной помощи в больницах своего города и работать в них с тяжелыми больными. Для подготовки к этой работе сестры милосердия пройдут обучение на базе Ресурсного центра Свято-Димитриевского сестричества.

Социальное партнерство Церкви и государства в решении проблем ЛЖВС

Сотрудничество в информационно-образовательной деятельности

Серьезность положения с ВИЧ/СПИДом в России определяет необходимость тесного сотрудничества Церкви, государства и общества в решении этой проблемы. В сфере церковно-государственного сотрудничества в данной работе Русская Православная Церковь признает приоритетным сотрудничество с федеральными и региональными министерствами, ведомствами, их структурными подразделениями как в соответствии с ранее подписанными соглашениями, так и исходя из вновь достигаемых договоренностей.

Реализуя эти задачи, Свято-Димитриевское сестричество в 2006 году провело в ряде государственных лечебных учреждений здравоохранения информационно-образовательные семинары, на которых поделилось своим опытом и знаниями по проблеме ВИЧ/СПИДа. В этих мероприятиях Свято-Димитриевское сестричество либо было организатором и самостоятельно проводило семинары (Нижний Новгород, Саратов, Оренбург), либо направляло для проведения занятий своих специалистов. Например, 27-30 марта 2006 года в Москве по приглашению Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбы со СПИДом РОСПОТРЕБНАДЗОРА РФ прошел учебный семинар «Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом» (подробнее об этих семинарах см. в разделе «Обучение паллиативному уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом»).

4 октября 2006 года в целях единения усилий государства и Церкви в области медицинской и социальной деятельности подписано соглашение о сотрудничестве между Департаментом здравоохранения города Москвы и Московской епархией Русской Православной Церкви.

В соответствии с этим соглашением в 2006-2008 годах Свято-Димитриевское сестричество провело несколько совместных семинаров с государственными организациями (в Москве, Нижнем Новгороде, Саратове, Оренбурге). Государственные структуры участвовали в доработке программы обучения, организации и проведении этих семинаров (подробнее см. в разделе «Обучение паллиативному уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом»).

По решению Комиссии по взаимодействию Департамента здравоохранения г. Москвы и Московской епархии Русской Православной Церкви от 19 марта 2008 года принято решение расширить программу по обучению медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров общего профиля уходу за ВИЧ-инфицированными пациентами. Во исполнение решений комиссии подготовлен проект договора между Свято-Димитриевским сестричеством и Московским городским центром (МГЦ) СПИД. Отмечается повышение интереса к работе Свято-Димитриевского сестричества со стороны Департамента здравоохранения г. Москвы и признание вклада сестричества в работу по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа.

В 2009 году продолжится сотрудничество с МГЦ СПИД в информационно-образовательной деятельности. Будут проведены обучающие 3-х дневные семинары для медсестер инфекционных стационаров и амбулаторно-поликлинических отделений МГЦ СПИД на базе Ресурсного центра ЦКБ. Медицинские сестры, работающие с ВИЧ-инфицированными пациентами будут обучены методикам и овладеют практическими навыками паллиативного ухода, разработанными Свято-Димитриевским сестричеством.

Внедрение сестер милосердия в структуру государственных медицинских и социальных учреждений

Наиболее эффективные результаты лечения хронических состояний, в том числе ВИЧ-инфекция в стадии СПИДа, дает структура новаторских методов, внутри которой организуются связи между учреждениями здравоохранения и религиозными организациями, занимающимися медицинской и социальной деятельностью.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выступила с инициативой более тесного сотрудничества между здравоохранительными и религиозными организациями в деле обеспечения ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных, а также всеобщего доступа к профилактике и лечению ВИЧ к 2010 году.

ВОЗ приводит примеры такого сотрудничества в странах Африки, где в настоящее время от 30 до 70% инфраструктуры здравоохранения принадлежит религиозным организациям. Например, было выявлено, что в Лесото христианские больницы и центры здравоохранения предоставляют около 40% услуг в области ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, а в Замбии религиозные организации управляют почти 1/3 медицинских учреждений.

Такое сотрудничество очень востребовано сейчас и в России. В больницах повсеместно не хватает среднего и младшего персонала. Когда больной лежит в реанимации, за ним достаточно хорошо ухаживают. Но когда его переводят в обычную палату, где на каждую медсестру приходится 30 больных и отсутствует ухаживающий персонал, больной остается без ухода. При этом в самых тяжелых отделениях - неврологии, травматологии, нейрохирургии - 1/10 больных (это примерно 6-8 человек) – тяжелые, они нуждаются в постоянном внимании и уходе. В 1-й Градской больнице, например, лежит 1300 больных, и в пяти самых тяжелых отделениях (в них как раз и трудятся наши сестры) лежит около 350 человек. Это значит – 35 пациентам требуется почти постоянная сиделка. Понятно, что штатная сестра обеспечить такой уход физически не сможет, поэтому в таких отделениях люди умирают не из-за неудачной операции, а из-за отсутствия ухода. Кроме того, у светских сестер от тяжелой работы очень быстро вырабатывается защитная реакция: равнодушие к больному, формализм, «медицинский цинизм». Как правило, для того, чтобы стимулировать сестру исполнять ее прямые обязанности, родственники платят деньги – бесплатно, к сожалению, сейчас очень мало что делается.

Относительно облегчения страданий и ухода за больными Церковь имеет бесценный многовековой опыт не только пастырей, но и сердобольных вдов, хожалок за больными, сестер милосердия.

Современные общины сестер милосердия унаследовали и возродили этот опыт. Сестры милосердия сегодня там, где радикальная медицина исчерпывает свои возможности, где необходим профессиональный, терпеливый, длительный, пожизненный уход.

В Москве 25 медицинских училищ и колледжей. В год эти училища выпускают 5000 человек. И только 1000 из них остается работать в медицинских учреждениях. Государство обращается к Церкви для решения проблемы нехватки медицинского персонала, особенно сестер, оказывающих сестринский уход. В рамках принятого 4 октября 2006 года соглашения о сотрудничестве между Департаментом здравоохранения города Москвы и Московской епархией Русской Православной Церковью предусмотрено «создание условий для деятельности православных религиозных организаций и социальных служб в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения» (статья 2).

В каком качестве сестры милосердия могут работать в государственных медицинских и социальных учреждениях?

Сестры милосердия могут выполнять многочисленные обязанности на разном профессиональном уровне: в качестве добровольцев без специального медицинского

образования; младших медицинских сестер, окончивших краткосрочные патронажные курсы; дипломированных медицинских сестер, окончивших медицинские училища и колледжи; требных сестер (в 2006 году в Свято-Димитриевском училище сестер милосердия был первый опыт набора и обучения на курсах требных сестер), а также социальных работников. Их профессиональные обязанности включают оказание санитарно-гигиенической и медицинской помощи, социальной помощи, психологической и духовной поддержки больных и их родственников, катехизацию.

Какие могут быть варианты внедрения сестер милосердия в структуру государственных медицинских и социальных учреждений?

Первый вариант работы сестер милосердия в государственных больницах, по которому идут почти все начинающие сестричества, – работа в качестве добровольцев на безвозмездной основе. Это первый этап внедрения в структуру больницы. Сестричества обычно начинают свою работу в качестве требных сестер, помогающих больничному священнику, организуют поздравления больных, приносят больным продукты и одежду. Это работа вне штата больницы и без оплаты.

Специальная служба, состоящая из добровольцев, создана при Комиссии по церковной социальной деятельности при Епархиальном совете г. Москвы. В данный момент в этом движении участвуют около 450 человек. За время своего существования служба откликнулась более чем на тысячу обращений о помощи. Добровольцы помогают Детям-инвалидам в детских домах, пациентам психоневрологического интерната, малышам в Доме ребенка № 19, пациентам Первой Градской больницы, пациентам военного госпиталя им. Бурденко, 85 пожилым людям на дому, детям-пациентам института Гельмгольца. Добровольцы – ресурс медицинской и социальной деятельности РПЦ, из них набираются и формируются патронажные курсы, часть выпускников которых поступают в Свято-Димитриевское училище сестер милосердия.

Постепенно добровольческая работа перерастает свои рамки, тем более что сестрам чаще всего приходится оказывать помощь тяжелым лежачим больным, которым кроме нее требуется сестринский уход. Обычно сестры проходят обучение на краткосрочных патронажных курсах на базе больницы или медицинского колледжа, получают специальность «младшая медицинская сестра» и возвращаются в больницу. Работают они в этом случае вне штата больницы, а зарплату получают за счет сестричества.

Таков *второй вариант* (и обычно второй по хронологии этап) работы сестер милосердия в государственных медицинских и социальных учреждениях. Это путь, по которому чаще всего приходится идти, он опробован уже в течение нескольких лет. В этом случае в целях сотрудничества в благотворительной деятельности по обеспечению ухода за больными, оказанию иной, медицинской или социальной, помощи социально уязвимым группам населения, в соответствии с Соглашением о сотрудничестве между Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Московской Патриархией РПЦ заключаются договора между религиозной организацией и государственным учреждением. Сестры в этом варианте работают в больнице по договору, но находятся на содержании сестричества и подчиняются старшей сестре сестричества. Мы пришли к выводу, что это лучше, потому что сестры таким образом не растворяются в светском коллективе, они понимают, что они в больнице представляют Церковь. У нас есть и финансовые рычаги воздействия на этих сестер, и духовно мы сестер окормляем. Сейчас, например, в той же 1-й Градской больнице в пяти самых тяжелых отделениях - неврологических и травматологических - работает по такому принципу 30 сестер по уходу. Этот опыт распространяется и на другие московские больницы, потому что просьба от больничной администрации поступает много – для них это выход в условиях постоянной нехватки штата и квалифицированных кадров. На этом этапе работать от сестричества могут не только добровольцы и младший медицинский персонал, но и профессиональные медицинские сестры, специально обученные оказанию высококачественного ухода. У сестер есть разработанные и утвержденные должностные

обязанности и права. Эти сестры имеют навыки не только профессионального ухода, но и занимаются профилактикой и лечением пролежней – одного из самых тяжелых осложнений длительного пребывания больного в постели.

Третий вариант внедрения в структуру государственных медицинских и социальных учреждений – укомплектовать православными сестрами милосердия штат целой больницы или отделения. В свое время Свято-Димитриевское сестричество укомплектовало таким образом отделение реанимации хирургии 1-й Градской больницы.

Необходимо отметить, что переход сестер милосердия в штат больниц и их работа «в одиночку» приводит к их ассимиляции светскими коллективами, потере христианских позиций, а порой и к потере добродетелей – терпения, милосердия, сострадания. Практика нашей работы показала, что возможен вариант сочетания в сестринской службе одного отделения сестер по уходу, работающих вне штата, подчиняющихся главной сестре сестричества, и сестер, работающих в штате больницы и являющихся членами сестричества. И, хотя это равновесие не очень устойчивое, но на определенном этапе этот вариант работает.

Сейчас Свято-Димитриевское сестричество работает в Центральной Клинической больницей святителя Алексия, митрополита Московского, Московской Патриархии Русской Православной Церкви. Это единственная церковная больница в Москве. Медицинская помощь в ней оказывается жителям Москвы, а также священнослужителям всех епархий Русской Православной Церкви. Здесь сформировалась особая структурная организация, когда в штате больницы работают медики, являющиеся членами церковных приходов и сестрами сестричества. Среди них 40 сестер по уходу, сестра приемного отделения, старшая сестра реанимационного отделения, старшая сестра отделения терапии, старшая сестра консультативно-диагностического центра и главная сестра больницы – сестры православных сестриществ. Кроме того, в штате работают 15 постовых сестер и 10 процедурных сестер, направленных в больницу после окончания Свято-Димитриевского училища сестер милосердия. Настоятель больничных храмов (храм свт. Алексия, митрополита Московского и храм Тихвинской иконы Божией Матери) – иерей Александр Доколин. Председатель попечительского совета больницы – Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексий II, заместитель председателя – духовник Свято-Димитриевского сестричества протоиерей Аркадий Шатов.

Конечно, в служении сестер милосердия возникает очень много проблем. И это не только финансирование текущей деятельности. Главная проблема – нет профессионального статуса «сестра милосердия», нет статуса «патронажная сестра» в государственных штатных расписаниях. В лечебных учреждениях не предусматривается должность «сестра по уходу». Поэтому сестра милосердия с дипломом медицинского училища и сертификатом специалиста, которая работает в штате МПРО (местная православная религиозная организация) «Свято-Димитриевское сестричество», не имеет медицинского стажа в государственном учреждении и из-за этого лишается пенсионных надбавок, положенных при наличии такого стажа.

Еще одна проблема – вопрос отпусков. Все медработники лечебно-профилактических стационарных учреждений имеют право на отпуск два раза в году (24 рабочих дня и 14 рабочих дней). Обычно эти отпуска предоставляются с интервалом 6 месяцев летом и зимой. Таким образом медицинский сотрудник имеет возможность восстановить силы, отдохнув каждые полгода. Это позволяет снять высокие психо-эмоциональные и физические нагрузки. Сестры милосердия такой возможности не имеют. Отпуск, предоставляется один раз в год, когда весь ресурс физических и эмоциональных сил исчерпан задолго до отпуска, и 1/3 отпускного времени уходит на восстановление сил. Поэтому руководителям нужно заботиться о самих сестрах – работа их очень тяжелая и физически, и морально. Им требуется полноценный отдых. В дореволюционной России сестры милосердия имели свой статус, были хорошо защищены социально: уходили на

пенсию после 15 лет работы и получали очень достойную пенсию, на которую могли содержать не только себя, но и членов своей семьи.

В общей сложности сегодня Свято-Димитриевское сестричество сотрудничает с семью ведущими государственными учреждениями здравоохранения и социальной защиты, где работают более 260 медицинских сестер разного профессионального уровня, а также 150 добровольцев из службы Комиссии по церковной социальной деятельности. В целом же по Москве, согласно данным справочника «Социальная деятельность православных приходов Москвы» за 2007 год, 39 больниц окормляются приходами РПЦ. Из них 24 больницы получают от приходов социальную и духовную помощь больным, и только в 15 больницах (из них 5 детских) приходы в той или другой степени осуществляют помощь по уходу.

Подобный опыт, а в ряде случаев еще более интересный есть в других регионах России: в Архангельске в 1 ГКБ (неврологическое отд., сестричество (вне штата) + координатор сестринского ухода в штате больницы + специалист по соц. работе в штате больницы); в Северодвинске в 1 ГКБ (сестры вне штата, добровольцы); в Санкт-Петербурге (хоспис №1, Свято-Елизаветинское сестричество (5 сестер в штате +10 сестер вне штата)); в Киеве (ГКБ № 5, Центр СПИДа, сестричество во имя иконы «Неупиваемая чаша» (вне штата); работа с заключенными); в Ростове-на-Дону (1602 военный госпиталь, Свято-Серафимовское сестричество (10 сестер вне штата)); в Оренбурге (Гарнизонный госпиталь, сестричество во имя свщ.арх. Луки (15 сестер вне штата); в Тюмени (Областная онкологическая больница, Общество милосердия св. вмч. Пантелиимона (20 сестер вне штата)); в Екатеринбурге (ГКБ № 36, постреанимационная палата № 303, «православный пост милосердия», отделения нейрохирургии, травматологии и ортопедии – сестры вне штата и добровольцы).

В заключении надо сказать о том, что современные сестричества не только возродили опыт дореволюционных общин сестер милосердия, но и заложили основы новой профессии – медицинская сестра по уходу. Сестры милосердия повышают свой профессиональный уровень, проходят обучение на курсах повышения квалификации, получают сертификат специалиста, проходят постдипломное образование, поступают в колледжи и медицинские институты для приобретения высшего медсестринского образования. Такие сестры необходимы как руководители отделений и администраторы больниц. Надеемся, что среди этих больниц будут и церковные!

Психологическая помощь тяжелобольным

Знания о психологии болезни необходимы тем, кто работает с людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями. Нужно правильно подготовить пациента к принятию тяжелого диагноза. Нельзя оставлять без внимания эмоции, которые испытывает пациент после того, как он узнал о своем заболевании. Следует быть готовым к проявлению агрессии, злости и других негативных психологических состояний. Нужно отнестись к ним как к естественной реакции, дать возможность выхода. В то же время, нужно уметь успокоить больного, оказать ему моральную и психологическую поддержку, дать правильный совет, при необходимости убедить обратиться к профессиональному психологу или психиатру.

Рассмотрим основные психологические особенности неизлечимо больных людей, а также подходы к общению с ними и оказанию им психологической поддержки.

Как сообщить о диагнозе

Первая трудность, с которой сталкиваются ухаживающие за больным (родственники, врачи, священник, сиделки), касается вопроса: сообщить или не сообщить больному о его диагнозе? Еще недавно пациенту из «деонтологических» соображений не сообщался истинный диагноз и прогноз, даже если он настаивал на этом. Считалось, что правда, сказанная врачом, отнимает надежду, вызывает депрессию и может спровоцировать больного на суицид. Сегодня исходят из того, что пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о диагнозе, прогнозе, плане лечебных мероприятий и о возможных последствиях отказа от лечения.

Психологи, а также католические и протестантские пастыри, оказывающие помощь умирающим, считают, что вопрос заключается не в том, говорить ли больному о его плохом положении, но в том, как это сделать. Православный опыт в этом плане предлагает следующее: «Гораздо лучше подготавливать больного к мысли о возможности близкого конца и вести дело так, чтобы он сам видел приближающуюся опасность. Для того, не отнимая совершенно надежды, можно указать на ослабление сил, на усиление болезненных признаков, на, всегда возможные, обороты к худшему. При сочувственном тоне и заботливой любви пастыря больной сам доскажет себе заключение о серьезности своего положения и мысль о приготовлении к будущей жизни войдет в его сознание и пробудит его к тем действиям, которые так необходимы для всякого, желающего достойным образом встретить смерть, всех нас ожидающую».

В настоящее время, однако, воспользоваться этим советом пастырь может только в отношении больных, которые встречают смерть дома. В условиях же стационара больной впервые узнает о возможном смертельном исходе не от священника. Современные наблюдения, проводимые в больницах, показывают, что чем больше людей, окружающих тяжелого больного, знают его диагноз, тем раньше он заподозрит истину, ибо немногие, зная такое, смогут долгое время изображать непринужденность. Большинство пациентов узнает истину по поведению обслуживающего персонала, по изменившимся методам лечения, по тому, как, приближаясь к ним, люди понижают голос или вообще избегают посещения, по скорбным или преувеличенно веселым лицам родственников.

Часто семья настаивает, чтобы настоящий диагноз не сообщался больному, стремясь тем самым защитить его (и себя). Это может быть проявлением неуверенности, нервозности, инстинктивным страхом перед смертью и стремлением уйти от действительности. Как правило, это является первой реакцией на сообщение диагноза. Поэтому следует объяснить, что таким способом они не защитят, но лишат возможности помочь. И напротив, было отмечено, что если пациент мог обсудить с родными тему смерти и умирания, встречал в семье психологическую поддержку и понимание, то в таких случаях состояние больного улучшалось.

Пациенты всегда чувствуют обман и иногда даже подыгрывают, чтобы «не расстраивать» родственников, что требует затрат сил и энергии. Но любой обман, даже «во благо», служит плохим помощником в отношениях между людьми. У пациента он вызывает тревогу, страх и недоверие к окружающим (особенно к медицинским работникам). Отметим, что право пациента знать диагноз является предпочтительным перед желанием родственников скрыть правду о болезни. Многие предпочитают знать о своем состоянии самую неприятную правду, чем находиться в неведении относительно своего будущего.

Однако при разговоре с пациентом о диагнозе и прогнозе не следует путать правдивость с прямолинейностью. При сообщении диагноза следует быть осторожным, избегать бездумной откровенности и суметь остановиться, если пациент дает понять, что получил достаточно информации. Поэтому сообщение диагноза проходит в несколько этапов. Зачастую для такой беседы необходимо много времени, и это следует учитывать. Перед тем, как начать беседу, необходимо выяснить, расположен ли пациент к разговору в данный момент. Если да, то первый этап – узнать, что пациент знает о причинах своего состояния. Задают вопросы «Что Вы думаете о своем заболевании?», «Как Вы считаете, с чем связано изменение Вашего состояния?». Ответ на эти вопросы позволяет узнать степень информированности пациента и его отношение к болезни. Затем (в зависимости от того, что пациент уже знает) сообщают, что есть основания считать заболевание очень серьезным, последовательно и постепенно сообщают об обнаруженных чужеродных клетках и невозможности радикального лечения.

Как правило, диагноз неизлечимого заболевания ассоциируется со скорой болезненной смертью. И известие это вызывает у пациента сильные эмоциональные переживания.

Этапы адаптации к диагнозу

Один из наиболее авторитетных специалистов в области психологической помощи умирающим больным доктор Элизабет Кюблер-Росс на основании своих многолетних исследований выделила пять этапов, или фаз, через которые вынужден пройти человек с того момента, когда он получает роковое известие:

- шок и отрицание (отказ верить);
- гнев (раздражение, обращенное наружу);
- торг, сделка, переговоры;
- депрессия (раздражение, обращенное внутрь) печаль;
- принятие, или согласие.

Каждой фазе соответствует определенное *психологическое состояние* смертельно больного. Учитывая это состояние, можно более эффективно оказывать больному психологическую помощь.

Первая фаза: шок и отрицание (отказ верить)

Человек, узнавший о своем неизлечимом заболевании, может отвергать неизбежность тяжелой болезни и фатального конца. Это – естественная психологическая защита. Человек ошеломлен, потрясен. В сознании появляется ощущение нереальности происходящего, некоторое оцепенение. Приходит состояние скованности, напряженности. Большинство больных реагирует на диагноз злокачественного заболевания возгласом: «Этого не может быть! Этого не могло случиться со мной! Это ошибка!». Так было и с теми, кто сразу узнавал правду, и с теми, кто догадывался о ней постепенно.

Чтобы уверить себя в отрицании болезни, пациент может консультироваться у многих врачей. Такое отрицание помогает больному подготовиться к мучительной, болезненной

ситуации, которую некоторым приходится терпеть длительное время. Непризнание служит «буфером» между больным и ужасом, который вселяет в него диагноз.

Отрицание является наиболее мощной защитой из всех последующих, дающей время собраться с силами и принять печальную реальность. Как любая защита, отрицание способствует адаптации человека, устраняя из его сознания психотравмирующую ситуацию. Стадия отрицания может продлиться от нескольких секунд до нескольких недель. Однако отрицание обладает ограниченным потенциалом, и при длительном существовании вызывает признаки невроза.

На данной стадии больной нередко готов легко и свободно поговорить с кем-нибудь, действительно заинтересованным в его судьбе, о его последующей жизни. Важно только помнить, что беседа может состояться лишь в том случае, когда он сам, а не собеседник чувствует готовность к ней, и ее необходимо прервать, если больной дает понять, что больше не выносит такого положения вещей и готов лишь оспаривать его.

Это не время для каких-либо наставлений. Беседуя с человеком, отрицающим факт своей болезни, необходимо понимать, что он не осознает случившегося, и ускорить это осознание стороннему человеку трудно, а для самого человека (в этот момент) даже вредно. Его необходимо внимательно и с полным участием выслушать, дать ему «выговориться», не пытаясь переубедить или заставить осмыслить свое состояние.

Такой же сдержанности требует и следующая стадия.

Вторая фаза: гнев

Лишь очень немногие больные находят в себе силы до конца верить, что они здоровы и хорошо себя чувствуют. Первым сильным чувством, как бы прорывающим оцепенение, нередко оказывается злость. Она неожиданна, непонятна для самого человека, он боится, что не сможет ее сдержать. Человека мучительно занимает вопрос: «Почему именно я?». И не найдя ответа, он бывает склонен к раздражению, гневу, ярости или зависти. Это негодование на несправедливость судьбы, Бога может переходить в явную агрессию в адрес окружающих. В этой фазе семье и обслуживающему персоналу приходится очень нелегко с больным, так как его гнев изливается без видимых причин и во всех направлениях.

Разговаривая с человеком в таком состоянии, следует избегать искушения одернуть его, осудить или заставить признать собственную вину в случившемся. На этом этапе бесполезно приводить рациональные доводы – он их просто не услышит. Необходимо внимательно выслушать человека, позволить ему излить свои чувства, «выпустить пар». Только дав больному возможность выговориться, выпустить из себя агрессию и любые другие отрицательные чувства (гнев, зависть), мы поможем ему перейти к осознанию проблемы на рациональном уровне.

Когда к больному относятся с пониманием, когда ему уделяют время и внимание, он скоро становится более спокойным и менее требовательным. Он знает, что с ним считаются, о нем заботятся, помнят и дают возможность использовать оставшиеся силы. К сожалению, однако, часто мы реагируем на гнев больного так, как будто он направлен лично против нас, то есть обижаемся, раздражаемся. Относясь к больному с раздражением, окружающие тем самым добавляют пищу его гневу. Мы должны учиться выслушивать больных и сносить их раздражение, пусть и необоснованное.

Третья фаза: «переговоры»

Она по большей части мимолетна, мало известна, однако для пациентов оказывается весьма эффективной. Когда эмоциональные ресурсы истощаются, то человек начинает прибегать к своего рода «сделкам». Болезнь прогрессирует и истощает; силы, истраченные на отрицание и гнев, не восстанавливаются, поэтому жизненный горизонт резко сужается. Если в первой фазе больной не в силах признать случившееся, а во второй ссорится с

миром и с Богом, причем это не мешает ему называть себя верующим, то в третьей он пытается отсрочить неизбежное, прибегая к некоему роду «переговоров». Это напоминает поведение детей, когда они вначале требовательно настаивают на своем, а потом вежливо просят, обещая при этом быть послушными.

Смертельно больной пациент использует ту же тактику, надеясь добиться награды за свое хорошее поведение. Человек начинает выпрашивать, выторговывать поблажки у окружающих, часто делая ставкой в сделке собственную жизнь: «Если меня вылечат, я никогда не буду обманывать», «Если я брошу курить, Вы мне поможете остаться в живых?». Его главным желанием почти всегда остается продление срока жизни, а затем хотя бы несколько дней без боли и страданий.

Во время откровенных бесед было установлено, что многие больные в качестве цены за продление срока жизни хотели «посвятить жизнь Богу» и «служению Церкви». Другие обещали предоставить часть своего тела или же все целиком для нужд науки, если врачи применят все их знания для спасения жизни. С точки зрения психолога, причина таких обещаний сокрыта в тайном чувстве вины, которую пациент сознает за собой. Эти попытки сделок длятся некоторое время и являются вполне естественными реакциями, помогая человеку смириться с реальностью болезни или оканчивающейся жизни. Человек может стать общительным или доверительным, ожидая за хорошее поведение вознаграждения – избавления от болезни или продления жизни. Беседуя с человеком, следует помнить, что предлагаемую сделку надо *принять* и быть не только слушателем, но и активным собеседником, обсуждая возможные варианты. Этот подход, хотя и может показаться игрой, в конкретной ситуации оказывается долгожданным утешением для тяжелобольного. Нет смысла обсуждать темы, находящиеся за пределами суженного сознания больного – это вызывает у него лишь непонимание и усталость. Следует избегать искушения обсуждать «детскость» сделок: к ним стоит подходить тем ответственнее, чем серьезнее является состояние собеседника.

Очень важно учитывать эту фазу как наиболее благоприятный момент для бесед на духовные темы, о Таинствах Церкви, о Крещении, об Исповеди и Покаянии, может быть, первых в жизни. Больной настроен поделиться своими сомнениями и выявить все те моменты своей жизни, которые смущают и отягощают его совесть. Если больной не готов, чтобы к нему пригласили священника для исповеди, можно ему подсказать, что священник может прийти просто побеседовать, возможно, ответить на какие-то вопросы.

Четвертая фаза: депрессия

Когда сделки не приносят желаемого изменения к лучшему, когда срок пребывания в больнице продлевается, выявляются новые симптомы болезни, а больной слабеет с каждым днем, – его душевное состояние снова меняется, и неизбежно возникает депрессия. Оцепенение, стоическое принятие случившегося, гнев и ярость скоро уступают чувству ужаса перед утраченным. Окружающее кажется мрачным, человек чувствует себя незащищенным, теряет интерес к жизни и становится малообщительным. Если для человека главным в это время становится переживание потери здоровья, то депрессия проявляется в меланхолическом настроении, сильном чувстве обиды или вины.

Для других главным становится *преждевременная* скорбь по поводу утраты семьи, друзей, жизни и будущего. Она свидетельствует о приближении принятия диагноза.

Можно отметить, что первый вид депрессии реактивный, а второй, так сказать, подготовительный. Они настолько различны между собой, что требуют совершенно разного подхода. При первом виде большое значение имеет помощь в разрешении семейных вопросов, и, прежде всего забота о детях и стариках пациента. Как только удается разрешить эти жизненно важные вопросы, отмечается ослабление депрессии.

Другой вид депрессии является следствием не пережитой потери, но грядущей. При виде страдания других людей нашей первой естественной реакцией является попытка развеселить их. Призывая их видеть светлые стороны жизни, мы тем самым часто следуем

нашему собственному нежеланию в течение длительного времени видеть перед собой скорбное лицо. Все это помогает, если пациент переносит первую стадию депрессии. Например, больной женщине сообщают, что ее дети здоровы, приносят из школы хорошие отметки – все говорит о том, что, несмотря на отсутствие матери, они живут по-прежнему. Однако если депрессия переходит в форму, в которой больной готовится к грядущей потере всего любимого, то попытки развеселить и ободрить усиливают страдание.

Каждый из нас, потеряв любимого человека, испытывает чувство бесконечной боли; больной же теряет все, что он любил. Изливая душу, он скорее примирится со своей судьбой и будет благодарен тем, кто в этой стадии депрессии спокойно остается рядом с ним, не твердя о том, что не надо печалиться. Беседовать с человеком в депрессии очень трудно. Его не следует чрезмерно ободрять. Это выглядит неуместным, противоречит реальности печальных обстоятельств.

В противоположность первой форме депрессии, когда больной много говорит, обсуждает и отдает распоряжения, вторая форма протекает довольно тихо. Очень важно *быть с* человеком все то время, которое требуется, поскольку ничто так не травмирует в депрессии, как утрата значимых отношений. Даже молчаливое присутствие в диалоге вызывает благотворные перемены, напоминая о душевном комфорте и эмоциональной теплоте. Фразы должны быть простыми, понятными и краткими, но обязательно заботливыми и понимающими.

У некоторых только в период депрессии может впервые появиться опыт общения с Богом, от встречи с Которым они по тем или иным причинам устранились, живя прежней жизнью. Этот собственный религиозный опыт все больше соединяет с Богом, укрепляет больного, дает ощутить реальность будущей жизни.

Пятая фаза: принятие, или согласие

Когда у больного достаточно времени, когда он умирает медленно, и с чьей-то помощью уже преодолел предыдущие фазы, он достигает периода, в котором смиряется с судьбой без отчаяния и гнева. Он уже выразил свои чувства: зависть к остающимся жить и здоровым, гнев на тех, от кого смерть еще далека. Он оплакал потерю любимых людей и мест и теперь встречает свой конец относительно спокойно. Принимая неизбежное, многие напоминают обреченных, подчинившихся приговору. Иные кажутся нашедшими мир и спокойствие. Они утомлены, обычно очень слабы и подолгу спят или дремлют. Этот сон отличается от сна периода депрессии. Теперь это не передышка между приступами боли, не стремление уйти от случившегося и не отдых. Потребность во сне постепенно растет, как у новорожденного, однако с другой целью: не для того чтобы набраться сил, а чтобы не потерять последние силы от истощения.

Под фазой согласия нельзя подразумевать счастливого состояния: она почти не содержит каких-либо чувств. Боль как будто улеглась, борьба позади, и теперь, как сказал один больной, наступает время «последнего покоя перед долгой поездкой». В этот период семья обычно в большей степени нуждается в помощи, поддержке и понимании, нежели сам пациент. Он в какой-то степени достиг мира и согласия, и теперь круг его интересов становится все более узким. Он хочет оставаться в покое и, по крайней мере, не тревожить себя новостями и проблемами внешнего мира. Он без радости принимает посетителей, а они замечают, что больной неразговорчив. Общение ограничивается жестами, и часто одно лишь движение руки дает понять, что надо остаться. Больной молча просит посидеть с ним. Для человека, который, находясь с умирающим, не испытывает страха, такие минуты молчания могут стать общением, полным глубочайшего смысла.

«Я просто не могу больше», – говорят те немногие пациенты, которые в больничных условиях борются до конца и так цепляются за жизнь, что почти не добираются до фазы согласия. Но теперь борьба закончена, и чем больше они тратили сил на то, чтобы ускользнуть от неизбежной смерти, тем тяжелее им дается окончательное ее принятие в

мире и с достоинством. О принятии человеком диагноза в полной мере свидетельствует его способность спокойно говорить о своем статусе, формирование навыков жизни с болезнью (изменение его поведения, ориентация на поддержку и сохранения здоровья), социальная активность, часто связанная с болезнью: профилактика заболеваний, защита прав людей, живущих с тяжелыми болезнями.

Следует отметить, что все перечисленные стадии и соответствующие им психологические состояния не располагаются в строгом порядке и могут менять очередность. Человеческие эмоции не являются чем-то неизменным. Могут возвращаться и гнев, и депрессия, и отрицание. Но чувства возвращаются менее острыми. Нередко бывает так, что за стадией принятия следует стадия отрицания, либо в человеке с новой силой может вспыхнуть жажда жизни. Может быть «выпадение стадий». Либо, наоборот, циклическое «хождение по ним» (когда, например, негативное событие провоцирует депрессию или гнев). Если подобное происходит, значит, адаптация к диагнозу была ложной, временной или неустойчивой, и разрушилась при возникновении личностно-значимых проблем.

Тем не менее, критерием правильности ведения больного для медиков служит достижение больным стадии принятия. Если же больной не может преодолеть одну из стадий адаптации, «застревает» на ней, возможно, ему потребуется дополнительная помощь психолога или психиатра.

Помимо рассмотренных психологических состояний на той или иной фазе заболевания могут встречаться и другие состояния, или реакции больного на его диагноз. Их также нужно иметь в виду для эффективной помощи больному. Вот некоторые из этих состояний.

Страх. У человека, живущего с ВИЧ и другими неизлечимыми заболеваниями, может быть много страхов. Страх смерти или умирания в боли и одиночестве встречается очень часто. Другими часто встречающимися страхами могут быть страх быть брошенным или отвергнутым, страх оставить детей/семью без поддержки, страх увечья, потери телесных или умственных способностей, страх потери конфиденциальности или возможности уединения. Страх может быть обоснован негативным опытом других людей, страдающих тем же заболеванием. Страхи можно уменьшить, обсудив их открыто.

Изоляция. Реакцией тяжелобольного может быть полный отказ от социальных контактов. Одной из важных причин подобной реакции может быть страх быть покинутым с последующей реакцией: «Все отвернутся от меня, лучше я сделаю это первым». На начальном этапе необходимо проявить уважение к потребности в изоляции, продолжая тем временем поддерживающие взаимоотношения. Если изоляция продолжается на протяжении длительного времени, нужно выяснить ее причины и побудить человека изменить свое отношение к ситуации.

Потеря. Люди с тяжелой болезнью страдают от утраты собственных амбиций, физической привлекательности, общественного положения, финансовой стабильности и независимости. По мере того, как возрастает потребность в физическом уходе, возникает чувство потери возможности уединения и контроля над собственной жизнью. Крайне опасной является потеря уверенности в себе, так как в связи с этим может снизиться способность справиться с болезнью.

Горе. Неизлечимо больные люди часто испытывают очень глубокое чувство горя и остро переживают потери, которые они уже испытали или предвидят. Они могут также чувствовать, как горюют близкие родственники или друзья, являющиеся свидетелями ухудшения их здоровья.

Вина. В момент, когда человек узнает о своем тяжелом положении, он может испытывать чувство вины за свое поведение, результатом которого могло стать это положение. Кроме того, человек испытывает чувство вины за ту печаль, беспокойство или

потери, которые болезнь может причинить любимым людям, семье и особенно его/ее детям. Чувство вины за что-то, совершенное ранее, только усугубляется.

Беспокойство. Беспокойство очень быстро входит в жизнь неизлечимо больного человека, отражая хроническую неопределенность в связи с заболеванием. Беспокойство может быть вызвано увеличившимся риском заражения другими заболеваниями, ухудшающейся способностью к эффективной деятельности, потерей физической и финансовой независимости.

Снижение самооценки. Самооценка начинает страдать сразу же после диагностирования тяжелого положения. Отстраненность соседей, коллег по работе, знакомых и любимых может вызвать чувство потери общественного положения и уверенности в себе, что ведет к занижению самооценки. Усугубить положение могут сопутствующие заболевания, которые зачастую вызывают изменения внешнего облика, физическое истощение, потерю физических сил и контроля над собственным телом.

Ипохондрия. Ипохондрия присуща людям, которые чрезмерно озабочены состоянием своего здоровья. У них даже малейшие физические изменения могут привести к ипохондрии. Ее появление может носить временный характер, проявляясь в период сразу за объявлением диагноза, или постоянный, когда приспособляемость к заболеванию затруднена.

Духовные переживания. Страх смерти или другие реакции на известие о неизлечимом заболевании могут вызвать или повысить интерес к духовным вопросам. Результатом размышлений на духовные темы могут стать осознание греха, прощение, примирение и принятие диагноза.

Озлобленность. Некоторые люди впадают в ярость, чувствуя, что им «страшно не повезло», что они оказались с диагнозом смертельной болезни. Поведение этих людей может стать разрушающим, они могут нанести вред себе и другим. По мере прогрессирования заболевания, человек может потерять трудоспособность. Жизнь, полная ограничений – в питании, в видах деятельности, в контактах – может стать одной из причин озлобленности. Озлобленность может выражаться в раздражительности по поводу мелких и незначительных событий. Озлобленность может также быть направлена на самого себя, и выражаться в самобичевании за то, что человек неправильно жил, или может принимать форму самодеструктивного (суицидального) поведения.

Проблема суицида

Многие больные неизлечимыми заболеваниями переживают приступы желания покончить жизнь самоубийством.

Мысли о самоубийстве чаще появляются:

- у людей, испытывающих интенсивную потребность в контроле;
- при внезапном сообщении о неизлечимом заболевании: «Вряд ли что-то можно сделать, Вы обратились слишком поздно»;
- если человек разочарован в обещанных перспективах выздоровления;
- у человека, переживающего одиночество.

Суицидальными мыслями и попытками чревато и такое состояние, когда человек выходит из полного отчаяния. Тот, кто пребывал в глубокой депрессии, а потом начинает из нее выкарабкиваться, сталкивается с ужасным напряжением из-за того, что необходимо коренным образом менять свою жизнь. И под этим гнетом он может решить, что проще убить себя, чем прилагать невозможные усилия, пытаясь перестроить свою жизнь.

Идея самоубийства полностью противоположна представлению о том, что жизнь полна смысла для каждого человеческого существа при любых обстоятельствах.

Нередко используется понятие «рациональный суицид». Оно описывает способность человека, подведя сознательный итог всей своей жизни, принять решение об отказе от дальнейшего существования.

В первую очередь возникает сомнение: всякий ли человек способен оценить свою жизнь с достаточной объективностью? Это особенно верно в случае, когда человек приходит к выводу, что его проблемы неразрешимы или что единственно возможным решением является самоубийство. Каким бы сильным не было это убеждение, оно все же является субъективным. Человеческая утомленность жизнью носит чисто эмоциональный характер, а эмоции никогда не были убедительным аргументом. Самоубийство не только лишает человека возможности развиваться и приобретать опыт в результате собственных страданий, но и не позволяет искупить страдания, которые он сам причинил другим.

На доводы пациента о том, что всякий человек обладает свободой принять решение, стремиться продолжать жить или нет, следует возразить и объяснить ему, что человеческая свобода – это не «свобода от», а «свобода для» - свобода для того, чтобы брать на себя ответственность. Необходимо разобраться в причинах психологического характера, подтолкнувших пациента к самоубийству. Мы должны показать такому пациенту, что он похож на шахматиста, который, столкнувшись с очень трудной шахматной задачей, просто смахивает фигуры с доски. Но ведь таким способом задачи не решить. Равно как не решить жизненных проблем разрушением этой жизни. Как, сбрасывая фигуры с доски, шахматист нарушает правила игры, так нарушает правила жизни и человек, покушающийся на самоубийство.

Убедить больного в том, что жизнь обладает абсолютной ценностью, можно лишь в том случае, если нам удастся помочь ему наполнить жизнь каким-либо смыслом, определить цель своего существования. На первом этапе это может быть временная цель, например, выздороветь, что-то доделать до конца. Но без «вечных», непреходящих ценностей, имеющих смысл всегда и для каждого, не обойтись. Поэтому вопрос о вере в Бога неизбежно должен возникнуть. Упорное нежелание пациента говорить на эти главные темы может быть следствием его подсознательной обиды на жизнь, а значит и на Бога, как на источник жизни, и даже подсознательной «борьбы» с Богом. На этот момент тоже можно указать в надежде, что пациент задумается, почему у него такое отношение к вере.

Часто мы слышим доводы, что смерть делает в конечном итоге жизнь просто бессмысленной. Но что бы являла собой наша жизнь, будь она бесконечна в том состоянии, в котором сейчас находится человек? Если бы мы были бессмертны, с нашими недостатками мы бы спокойно могли откладывать каждый свой поступок на какое угодно время. И неважно было бы, совершим мы сейчас какой-либо поступок или не совершим; каждое дело может быть с успехом сделано и завтра, и через год, и десять лет спустя. Перед лицом же смерти – как неизбежного конца, и как предела наших возможностей – мы обязаны максимально использовать отведенное нам время жизни, мы не имеем права упускать ни единой из возможностей. Либо жизнь имеет смысл и сохраняет его вне зависимости от того, длинна она или коротка, либо жизнь бессмысленна, и в этом случае она не станет более осмысленной даже если будет длиться долго.

Как предотвратить суицид

Нужно иметь в виду несколько распространенных ошибочных мнений о суициде:

«Он не из тех, кто кончает с собой». Прежде всего, нужно помнить, что не существует определенного суицидального «типа». Любой человек может покончить с собой. Поэтому если хотите предотвратить суицид, нужно не пропускать признаков опасности, независимо от «типа» человека.

«Люди, которые говорят о самоубийстве, никогда не совершают его». Люди, которые собираются совершить суицид, часто говорят об этом в прямой или косвенной форме. Иногда высказывание делается просто в шуточной или нарочито легкой форме.

Иногда человек идет к врачу и предъявляет неопределенные жалобы в надежде, что врач откроет истинную причину обращения.

Большинство людей, которые размышляют о самоубийстве, разрываются между желанием жить и желанием умереть. Поэтому они пытаются каким-то образом дать знать другим людям о своих намерениях в надежде, что кто-то поможет.

Независимо от того, говорит ли человек об этом откровенно или слегка намекает, это важный знак. Он не должен промелькнуть незамеченным.

«Говорят, она пыталась покончить с собой, но она только хотела привлечь внимание: если не поднимать вокруг этого большого шума, она никогда не повторит этого». Иногда суицидная попытка не выглядит чем-то серьезным. Человек выпивает упаковку таблеток в такой момент, когда он точно знает, что это будет обнаружено. Или наносит себе повреждение, которое не может привести к летальному исходу.

Люди относятся к таким суицидным попыткам как к способу привлечь внимание, и отчасти это так и есть. Это крик о помощи. Если он останется без ответа, может последовать другая, уже серьезная попытка.

Нельзя недооценивать опасность суицида. Люди думают, что самоубийство – редкое явление и не может произойти с их друзьями или знакомыми. Они считают, что только небольшое количество странных людей способны на это. Между тем количество суицидов растет из года в год. Проблема затрагивает все слои населения: богатых и бедных, женщин и мужчин, взрослых и детей. Фактически число самоубийств может быть и гораздо больше, ибо некоторые из них маскируются под несчастные случаи.

О суицидальной опасности могут говорить очень многие проявления, но есть *пять признаков*, которые заслуживают особого внимания:

1. Разговоры о самоубийстве или другие высказывания, в которых выражается желание или намерение умереть.
2. Предшествующие суицидные попытки.
3. Депрессия.
4. Заметные изменения в поведении или личности.
5. Последние распоряжения, как перед окончательным уходом.

Первые два из этих признаков были уже рассмотрены выше.

Депрессию выявить не так-то легко. Симптомы ее многочисленны и разнообразны. Но любая длительная печаль, особенно в тех случаях, когда человеку пришлось пережить какую-то утрату - будь то утрата любимого человека, работы или самооценки, здоровья - является индикатором серьезной депрессии. Депрессия сопровождается утратой аппетита, расстройством сна, общим недомоганием, а также чувством одиночества, никчемности, вины и печали. Человек, находящийся в депрессии, утрачивает интерес к друзьям, ко всяческой деятельности. При депрессии человеку необходимо лечение и помощь.

Изменения поведения, которые говорят о суицидальной опасности, обычно бывают очень резкими и бросаются в глаза. Человек, который был застенчивым и тихим, внезапно становится шумным и экстравагантным. А тот, кто был общительным и дружелюбным, отстраняется от людей.

Приведение дел в порядок может проявляться по-разному. Это и составление завещания, и улаживание всех мелких ссор с друзьями и соседями. Для подростка это раздаривание личных ценностей - любимых записей, книг, безделушек.

Разумеется, человек может быть в депрессивном состоянии и не собираться покончить с собой, а составление завещания может означать только сознание ответственности перед семьей и ничего более. Но в соединении с другими признаками эти поступки должны настораживать. А суицидные высказывания и предшествующие суицидные попытки, а также изменения в поведении – еще более значимые признаки суицидальной опасности. Это значит, что время действовать. И лучше попасть в неловкое

положение, проявив чрезмерную активность, чем бездействием допустить смертельный исход.

Например, рассмотрим такую ситуацию. Человек в последнее время выглядит очень расстроенным, озабоченным и отчужденным. Однажды, когда вы встречаетесь с ним, он говорит, что в последнее время ему все чаще приходит в голову мысль о том, что для него самого и для его близких было бы лучше, если бы он умер. Затем он говорит: «Иногда я даже думаю о самоубийстве, но я знаю, что не сделаю этого». Он улыбается и пожимает плечами. Наступает пауза, и вы не можете решить, что делать. Вы хотите ему помочь, но боитесь, что разговор о его чувствах и намерениях только подтолкнет его к роковому шагу. *Что вам делать?*

Прежде всего, *поверьте, что этот человек действительно может покончить с собой*. Не говорите себе, что он не из тех или что его слова звучали недостаточно серьезно. Быть может, он сказал эти слова таким тоном, чтобы у вас была возможность уйти от разговора, если он тяжел для вас.

Говорите свободно. Выразив свои чувства, ваш друг открыл дорогу к разговору, который будет не так-то легко затеять еще раз. Воспользуйтесь этой возможностью, чтобы открыто и спокойно поговорить с ним о его ситуации. Давно ли у него такие мысли? Знает ли он, почему они появились? Думал ли о том, как это сделает? Есть ли у него план? Подготовлены ли средства для его осуществления?

Ваши вопросы помогут вам достичь трех целей. Они продемонстрируют вашу готовность и желание обсуждать данную тему, вы покажете другу, что понимаете его, не испытываете ни страха, ни отвращения. Они откроют дорогу к общению, в котором человеку будет позволено говорить о том, что существует. Это заставит его поверить, что он может получить помощь, даст ему надежду в тот момент, когда он больше всего нуждается именно в надежде. Кроме того, эти вопросы помогут оценить степень суицидальной опасности. Чем более разработан план суицида, тем более велика опасность. Если еще к тому же добыты средства для осуществления плана, есть уже не просто опасность, а прямая угроза. Это не означает, однако, что неопределенные суицидные высказывания не надо принимать всерьез. Человек может находиться на ранних стадиях планирования или план может не требовать тщательной подготовки. Прыгнуть из окна или броситься под машину можно, не разрабатывая детального плана.

Очень соблазнительно сразу от знакомства с проблемой перейти к конкретным действиям или помощи, но важно понимать, что необходимо уделить достаточно времени тому, чтобы дать выход эмоциям и только потом пытаться решать саму проблему.

Даже если вам удалось откровенно и открыто поговорить с суицидентом, постарайтесь уговорить его получить профессиональную помощь.

В то же время, важно иметь в виду, *чего не надо делать* при общении с тяжелобольным. Ни в коем случае не отказывайтесь говорить о суициде. Не предлагайте простых ответов на сложные вопросы. Принимайте проблемы человека серьезно, говорите о них открыто и откровенно, оценивайте их значимость с точки зрения этого человека, а не своей собственной или общепринятой. Часто люди реагируют на суицидальные высказывания таким образом. «Подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен судьбе за все, что имеешь!» Эти слова не только будут означать конец разговора, но усугубят у человека чувство вины, поэтому могут принести только вред.

Для работы с молодыми людьми особое внимание рекомендуется обратить на коммуникативный аспект. За саморазрушительным поведением стоит какое-то послание, и это послание имеет цель. Большинство суицидентов не ищут смерти, они хотят быть услышанными. Чаще всего этим посланием является «Помогите мне!». Молодым людям часто трудно сказать другим о том, что они испытывают боль и нуждаются в помощи. Другим часто встречающимся сообщением может быть: «Я испуган» или «Я хочу, чтобы

ты что-то сделал» (манипуляция) или «Я должен быть наказан» или «Я хочу избежать наказания».

Суицидальные разговоры и действия являются способом привлечь внимание окружающих. Поэтому важно помочь больному осознать, что лежит за его суицидальными настроениями и найти конструктивные способы решения проблемы.

Некоторые рекомендации для бесед с больным

В заключении хотелось бы дать несколько практических рекомендаций, которые могут помочь при общении с тяжелобольным.

1. Побуждайте больного рассказывать вам о его (ее) чувствах.
2. Не ждите, что мужчина будет справляться с травмой лучше, чем женщина.
3. Говорите больному о своем сочувствии его проблемам и вашем сожалении о переживаемой им боли.
4. Напоминайте, что переживания больного нормальны.
5. Не пытайтесь уверять больного, что все будет хорошо, – это невозможно.
6. Не пытайтесь навязывать ему свои объяснения того, почему все случилось.
7. Не говорите больному, что вы знаете, что он переживает. Вы не знаете этого. Чаще всего такие попытки помогают вам (а не больному) уменьшить возникающую тревогу в связи с тем, как вы переживаете то, что с ним случилось.
8. Будьте готовы вообще не говорить. Может быть, достаточно просто побыть рядом.
9. Говорите вашим друзьям и семье о ваших чувствах. Помните, что, хотя вы сами и не являетесь тяжелобольным, помогая действительной жертве болезни, вы можете сами получить моральную травму.
10. Не бойтесь, если больной просит о более глубокой помощи, например, обращении к профессионалу.
11. Посещайте судебные слушания, встречи общественности и любые мероприятия, которые прямо относятся к болезни вашего подопечного. Предлагайте больному обратиться за поддержкой к специалисту.
12. Не бойтесь спрашивать, как человек справляется с болезнью. Но не задавайте вопросов о деталях. Если больной говорит об этом – слушайте его. Лучше всего – следовать за больным.

Духовная поддержка ВИЧ-положительных людей, их семей и близких

Признавая безусловную необходимость медицинской помощи больным, особенно людям с тяжелыми заболеваниями и со смертельным диагнозом, и участвуя в организации ухода за ними, Церковь все же видит свою главную и уникальную роль в том, чтобы оказывать духовную поддержку им и их близким.

Духовная поддержка ВИЧ-положительных и других тяжелобольных людей имеет целый ряд аспектов. Во-первых, это христианские отношения к вопросам, с которыми сталкиваются больные, а также их близкие и медицинский персонал. Это вопросы о смысле жизни, об отношении к смерти, о значении веры, об отношении к болезни. Во-вторых, это собственно формы и методы духовной поддержки, причем не только больных, но и тех, кто находится рядом с ними и/или оказывает им помощь. Эти методы имеют свои особенности для больных и медицинского персонала, для людей верующих и неверующих.

Остановимся на этих вопросах.

Христианское отношение к болезни

Болезнь и связанные с ней страдания подвигают христианина к духовному переосмыслению своей жизни перед лицом той полноты бытия, которая возможна только в единстве и общении с Богом как Творцом мира и Спасителем человека во Христе. Болезнь может научить человека соучастию в страданиях другого, возбудить в нем чувство человеческой солидарности, единства судьбы человеческого рода и обратить его взор к Богу как Небесному Отцу. Болезнь напоминает человеку о его смертности, однако, для христианина смерть не только последний враг. Она связана с упованием на посмертное соединение с Богом, основанием которого является пасхальная вера в воскресшего из мертвых Христа, Победителя смерти. Болезнь и страдание могут стать противоядием греху, если приводят к осознанию несовершенства и тленности земного существования человека.

В то же время православное Предание никогда не рассматривало болезнь и страдания как «цену» для оплаты наших грехов, как неперемное условие нашего освобождения от последствий греха и смерти. Страдания являются следствием греховности человека и попускаются Богом, но не являются обязательными для спасения и не должны быть предметом устремлений верующего, ибо грех преодолевается покаянием и исполнением заповедей Божиих.

Святые отцы не считают возможным установить однозначную связь болезни с грехом. Так, преподобный Марк Подвижник говорит: «Не думай, что всякая скорбь находит на людей за грехи» (Преподобного и богоносного отца нашего Марка Подвижника нравственно-подвижнические слова. 2-е изд. М., 1892, с. 24), а святитель Григорий Богослов, человек безупречной нравственной жизни, говоря о собственных немощах, не считает возможным определить их происхождение и причину: «Стражду от болезни и изнемогаю телом. Иные высокомерные, может быть, смеются над моими страданиями. Расслабили мои члены, и ноги ходят нетвердо. Не знаю, следствие ли это воздержания, или следствие грехов, или какая-нибудь борьба» (Творения иже во святых отца нашего Григория Богослова, Архиепископа Константинопольского. М., 1843. Ч. I, с. 6). Предостерегает от поспешных выводов о причинах болезней и святитель Иоанн Златоуст: «Есть много людей неразумных, которые из несчастий другого обыкновенно выводят дурное заключение о его жизни. Так было и с Иовом. Не зная за ним ничего худого, говорили ему: по грехам твоим ты еще мало наказан (Иов 33:27). И Павла варвары приняли за человека порочного и преступного, когда ехидна повисла на руке его; потому и говорили: «Его, спасшегося от моря, суд Божий не оставляет жить» (Деян 28:4). И Семей называл Давида человекоубийцей, составив об нем такое дурное мнение по его

несчастью» (Св. Иоанн Златоуст. Беседа на 7 Псал.). Тверда позиция в этом вопросе и святителя Филарета Московского: «Кто может измерить глубину, исследовать пути Божиих судеб? Кто решится каждого больного признать осужденным и всякую болезнь вывеской виновности?» (Святитель Филарет Московский. Из слова перед благодарственным молебном за прекращение губительных болезней. Т. 3, с. 207–208).

Церковь призывает человека к солидарности с другими людьми, прежде всего со страдающими и переживающими болезни братьями и сестрами. Для Церкви каждый подверженный недугам – ее член. Но и каждый человек, который, не будучи членом Церкви, является «сыном Божиим», призванным ко спасению во Христе Иисусе, – это тот ближний, возлюбив которого заповедал Господь. При этом Евангелие призывает человека не просто к состраданию другому, но к деятельному проявлению любви, которое должно выражаться в реальной помощи страждущим, в духовной и материальной поддержке нуждающихся.

Люди, страдающие различными заболеваниями, в том числе тяжелыми и неизлечимыми, являются предметом особой заботы Церкви. Все христиане – члены единого церковного организма, а недугующие – наиболее слабые члены, которые нуждаются в сугубом внимании и соучастии. Вся Церковь страдает им, совершая ежедневные соборные молитвы о даровании болящим здоровья и спасения. Таким образом проявляется общецерковная солидарность и укрепляется единство церковного Тела, Главою которого является Сам Господь и Спаситель Иисус Христос.

В отношении к тяжкому, неизбежному страданию любовь Христова издревле являла себя как высшая духовная сила, действия которой не следуют мирским установлениям, но могут побеждать мир и нести спасение обреченным. Праведники и святые Церкви, встречаясь со страждущими, отчаявшимися, пребывающими на краю смерти людьми, проявляли не просто милосердие и сочувствие, но любовь преизбыточествующую, безмерную, и эта любовь оказывалась спасающей. Эта любовь изливается и на тех страждущих, которые оказались презренными и отверженными, изгоями, тех, кого социальная мораль считает недостойными сострадания. Участие и любовь к прокаженным, к наказанным преступникам, к людям, от которых все с презрением или ужасом отвернулись, – исконно христианская, евангельская добродетель. Спаситель Христос «пришел призвать не праведников, а грешников к покаянию» (Мф 9:13) и поставил выше этики закона – этику любви и благодати.

Достоинство человека неуничтожимо даже в состоянии греха и отпадения от Бога. Чужой грех не может служить причиной для превозношения или презрения. Церковь учит, что следует ненавидеть сам грех и противостоять ему, но при этом ни в коем случае не переносить чувство ненависти и отторжения на согрешившего человека, согласно святоотеческому принципу: «ненавидь грех, но люби грешника». Перед лицом суда Божия все люди являются грешниками. Осуждая других, они часто впадают как раз в тот грех, в котором уличили своего ближнего. Или, замечая в ближнем одни грехи, сами являются пленниками других.

В современном обществе часто культивируются жестокость и ненависть по отношению к другому, распространяются идеи социального дарвинизма, поощряется борьба с другими людьми за обретение высокого социального статуса и присвоение максимума материальных благ. Церковь же должна проповедовать словом и проявлять на деле свою веру и убежденность в том, что сострадание, милосердие, жертвенная любовь к другому человеку являются универсальной и абсолютной этической ценностью.

Христианское отношение к медицине

Отношение Церкви к медицине и врачебному призванию определенно положительное. Обращаясь к проходящим монашеский подвиг, св. Диадок Фотикийский говорит, что «в киновиях надо приглашать врача для излечения болезни» и не впадать «в тщеславие и искушение диавола, по которым некоторые объявляют, что не имеют нужды

во врачах» (Преп. Диадокх Фотикийский. Слово подвижническое. Гл. 53 // Добротолубие. Т. 3, с. 35). «Попечение о человеческом здоровье – душевном и телесном – искони является заботой Церкви», – говорится в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви. При этом Церковь всегда помнит библейские слова о том, что «от Вышнего врачевание» (Сир 38:2).

Вопрос о смысле жизни

К вопросу о смысле жизни можно подойти по-разному. Если мы имеем дело с неверующими людьми, то для начала придется оставить в стороне проблему смысла и замысла мира в целом, так же как и переживаемую пациентом растерянность перед судьбой, сопротивление испытаниям, которые выпали на его долю, поскольку положительные ответы на эти вопросы относятся к области религии. Для человека религиозного, который верит в Промысел Божий, подобного вопроса не существует вовсе. Он знает, что земная жизнь нам дана для подготовки к жизни вечной.

Для многих пациентов характерна искаженная постановка вопроса о смысле собственной жизни. Например, больной может категорически утверждать, что смысл жизни состоит в удовольствии. Но удовольствие никак не может придать жизни смысл. Ибо что такое удовольствие? Состояние. Материалист сказал бы даже, что удовольствие – это состояние клеток мозга. И разве стоит жить, чувствовать, страдать и вершить дела ради того лишь, чтобы вызвать такое состояние?

С течением времени, особенно в связи с неизлечимой болезнью, острота вопроса о смысле жизни нарастает. Хотя для некоторых людей острота этого вопроса с течением времени может наоборот снижаться, т.к. они все сделали для того, чтобы заглушить голос совести, который ставит перед каждым человеком вопрос о смысле жизни. Или они постарались себя обмануть, говоря, что – «смысл жизни в семье, в работе», тем самым утверждая, что частные, временные смыслы, такие, как семья, наука, служение людям являются универсальными и вечными. В этом случае, с прекращением деятельности в тех областях, с которыми связывался смысл жизни, приходит понимание бессмысленности дальнейшего существования. Это может привести к депрессии.

Психология и философия могут решить эту проблему, подыскав для людей какие-то новые занятия или заменители разрушенным мировоззрениям, с которыми связывался бы смысл жизни, но это лишь на некоторое время.

Кто-то, недолго думая, скажет: «смысл жизни в самой жизни», тогда как та же философия говорит нам о том, что смысл любой вещи и любого явления трансцендентен по отношению к этой вещи или явлению, т.е. находится за их пределами. Так, смысл любого инструмента не в нем самом, а в том, для чего он применяется, и что из этого получается. Смысл любого поступка человека, в том, что произошло после этого поступка, за пределами промежутка времени, в котором совершен тот или иной поступок. Так и смысл жизни человека находится за ее пределами – там, куда эта жизнь устремлена. Если она устремлена к вечности, то и смысл у нее вечный, а если к временному, земному, то и смысл такой жизни временный, т.е. наступает такой момент, когда смысл жизни исчезает, несмотря на то, что жизнь вроде бы продолжается.

От успешности решения вопроса о смысле жизни, и еще более от успешности осуществления истинного смысла жизни, зависит и успех в решении многих психологических и духовных проблем, с которыми сталкивается ВИЧ-инфицированный и его родственники, – и не только в какой-то ограниченный промежуток времени, но и на протяжении всей их жизни.

Серьезный поиск смысла жизни никогда не минует вопроса о вере в Бога. Верующий человек понимает, что смысл жизни временной – подготовка к вечной жизни. Эта подготовка невозможна без Бога, без истинной веры в Бога, без жизни по этой вере.

Но если неверующему человеку сказать, что смысл жизни в Боге, – то от этого ничего не изменится. Он должен сам прийти к этому выводу. Мы можем только как-то

стимулировать его к тому, чтобы он хотя бы захотел проверить этот вывод. Иначе все слова бесполезны.

Христианское отношение к смерти

Для христианина смерть – великое таинство. Она – рождение человека из земной, временной жизни в вечность.

В то же время – «что для человека всего ужаснее? – пишет святой праведный Иоанн Кронштадтский. – Смерть? Да смерть. Всякий из нас не может без ужаса представить, как ему придется умирать и последний вздох испускать». Истинно христианское отношение к смерти включает в себе элемент страха, неуверенности, именно тех эмоций, которые хочет упразднить наша современная безбожная цивилизация. Однако в христианском отношении к смерти нет ничего от низкого страха, который могут испытывать умирающие без надежды на вечную жизнь. Христианин с умиротворенной совестью приближается к смерти, по Божией милости, спокойно.

Настоящее христианское отношение к смерти основано на осознании критической разницы между жизнью этой и грядущей. Митрополит Московский Макарий (Булгаков) говорит: «Смерть есть предел, которым ограничивается время подвигов для человека и начинается время воздаяния, так, что по смерти невозможно ни покаяние, ни исправление жизни. Эту истину выразил Христос Спаситель своею притчею о богатом и Лазаре, из которой видно, что тот и другой немедленно по смерти получили воздаяние, и богатый, как ни мучился во аде, не мог освободиться от своих страданий».

Однако по отношению к смерти иногда можно наблюдать бесстрашие у тех, кто не верит в Бога. Свяtitель Игнатий Брянчанинов объясняет это тем, что всякий человек, не сознавая того, чувствует бессмертие своей души и поэтому подсознательно не считает смерть реальностью. «Бесстрашие протестантов и неверующих перед лицом смерти – это прямое следствие неосведомленности о том, что их ожидает в будущей жизни и что можно сделать сейчас, чтобы подготовиться к ней. По этой причине истинные опыты или видения загробной жизни потрясают до глубины души и, если человек не вел ревностной христианской жизни, изменяют его жизнь до конца дней».

По маловерию некоторые из христиан бывают заражены взглядом на смерть безбожного мира, который считает смерть величайшим из бедствий и даже надеется, что некогда она, может быть, будет преодолена наукой.

Когда молятся в церкви о даровании нам «христианской кончины живота нашего» – молятся о даровании нам возможности подготовки к смерти, покаяния перед ней и причащении Святых Таинств перед смертью. Господь говорит: «В чем застаю, в том и сужу». Здесь указывается на возможность того, что смерть застанет нас в такой момент, который будет решающим для нашей судьбы в вечности. Хорошо, если смерть застанет нас за добрым делом – в молитве, в состоянии покаяния и примирения со всеми людьми и т. д. Очевидно, что душу нашу постигнет тогда, по словам Господа, светлая участь.

Обычно людям Бог не открывает часа их смерти, так как им это не полезно. Об этом так пишет преподобный Варсонофий Великий одному состоятельному больному, спросившему его о том, будет ли он жив или умрет, – раздавать ли ему свое имение или делать это еще рано: «Если я скажу, что ты умрешь, то спасение твое будет как бы вынужденным; потому что, видя себя в узах смерти, ты, как бы по необходимости, откажешься от своего имения. А если ты надеешься еще долго жить, и, пожелав спастись, утвердишь мысль твою во благом (т.е. раздать имение), то и хотя тотчас умрешь, спасение твое будет по твоей доброй воле».

Все святые и подвижники благочестия искали памяти о смерти и старались пользоваться всеми средствами, чтобы укрепить ее в себе. Память о смерти, как и все другие добродетели, есть Божий дар душе, и усвоение этой памяти есть великое приобретение для христианина. Священник Александр Ельчанинов пишет: «Многое облегчилось бы для нас в жизни, многое стало бы на свое место, если бы мы почаще

представляли себе всю мимолетность нашей жизни, полную возможность для нас смерти хоть сегодня. Тогда сами собой ушли бы все мелкие горести и многие пустяки, нас занимающие, и большее место заняли бы вещи первостепенные».

Помня о возможности каждодневной внезапной смерти, нам легче будет в согласии с советом святых отцов, проводить каждый день, как последний день нашей жизни, в страхе перед Богом и в служении ближним. Обычно, человек гонит от себя мысль о физической смерти, и, в сущности, почти каждый день живет так, как будто бы ему одному из всех людей было даровано физическое бессмертие. На пути жизни духа человек должен, прежде всего, окончательно преодолеть эту иллюзию и уметь всегда смотреть правде в глаза и верить лишь в бессмертие души.

Но не только о близости *своей* смерти должны мы думать: мы должны предполагать, что и *наши ближние и друзья могут быть взяты смертью сегодня же* или что мы видимся с ними последний раз в жизни. Если мы это почувствуем сердцем, то мы всегда будем относиться к ним с любовью, лаской, нежностью, а когда надо – с терпением. Известно, как переживаются невнимательность и пренебрежительность к людям, которые затем внезапно ушли из жизни. Такие случаи черствости сердца непоправимы и вспоминаются всегда с горьким сожалением. Поэтому в отношениях с людьми – безразлично, близкими или дальними – надо всегда думать, что мы говорим с ними в последний раз, служим им перед самой их смертью, и что следующая наша встреча будет уже перед Престолом Всевышнего Судьи. И, как важно, какова была у нас последняя встреча, под впечатлением которой наш ближний будет свидетельствовать о нашем к нему отношении.

К часу смертному святые и праведники готовились как к самому важнейшему и решающему моменту для человеческой души. И если человек чувствует, что в нем еще силен грех, что над ним еще имеет власть темная сила, он не может не бояться смерти. Но если сердце живет любовью ко Христу, то смерть должна уже не пугать, а манить к себе: душа христианина, как невеста, должна стремиться к встрече со своим Женихом-Христом. Она должна радоваться при надежде на скорое свидание со своими любимыми покровителями из числа святых Торжествующей Церкви и возможность увидеть их славу. Об этом пишет преподобный Исаак Сирий: «Человек, пока в нерадении, боится часа смертного, а когда приблизится к Богу, боится встречи суда, когда же всецело подвинется к Богу вперед, тогда любовью поглощается тот и другой страх». Так достигается бесстрашие в отношении смерти тела.

Отношение христианина к приближению смерти является показателем его духовной зрелости. Как прискорбно бывает смотреть, когда умирающий христианин упорно не хочет примириться с сознанием приближающейся смерти – призывает одного доктора за другим, хватается за всевозможные лекарства и с отчаянием стремится лишь к тому, как бы продлить жизнь тела.

Бывают, однако, случаи, когда память смерти сопровождается такими чувствами, которые бесполезны душе. Об этом так пишет игуменья Арсения: «Хорошо иметь память о смерти, но с разумом – когда она служит к отречению, к умилению, к сокрушению духа, к смирению. Если же она производит уныние, то и самая память смерти будет вести не ко спасению, а к гибели. Во время уныния полезнее иметь память милости Божией, Его благодати, Его дарований, благодеяний. Все хорошо в свое время, а не вовремя и самое хорошее может послужить во вред». Здесь, впрочем, говорится о редких исключениях.

Основным же случаем является необходимость для всякого христианина постоянной памяти о возможной близости смерти. Нужно знать, что этого не терпят наши враги – темные силы. Архиепископ Варлаам (Ряшенцев) говорит: «Памяти смертной враг боится больше всего, больше чем молитвы, и все свое лукавство употребляет на то, чтобы отвлечь человека от этой памяти, увлекая чем-либо земным».

Опасности неправильного отношения к смерти

Каждому возрасту присущи свои страхи по отношению к смерти и соответствуют свои попытки по преодолению этих страхов.

В детстве каждый ребенок однажды нахмурится и спросит: «А я умру?» Каким бы ни был ответ родителей, он вскоре отвлечется и забудет об этом, ведь ничто не напоминает о неизбежном конце. Незрелая психика ребенка, незнакомого с христианством, может быть повреждена преждевременным знанием о прекращении земного существования. Отсутствие перспективы жизни пагубно для детей. Ребенок обращен в будущее по своей изначальной природе. Но если это будущее его страшит, то отсутствие перспективы является для ребенка не просто трудностью, но сильно травмирует его сознание. Конечно, дети из неверующих семей верят в «живую воду», в псевдонаучные теории об открытии бессмертия или фантастические путешествия со сверхсветовой скоростью, благодаря которым можно остановить время и не умирать. Особенно детская душа жаждет вечности и бессмертия. И это следствие не недоразвитости ребенка, а чистоты его души, которая бессмертна.

В тех семьях, в которых ребенок болен неизлечимой болезнью, от которой умирают, или ему предстоит тяжелая операция, родители переосмысливают свою жизнь. Многие из родителей приходят к вере, крестятся, крестят своих детей, начинают вместе молиться, читать с ребенком Евангелие, жития святых. Те из людей, которые работают в больничных храмах, знают и много случаев чудесных исцелений детей, совершившихся по вере родителей с Божией помощью.

Страдание во время тяжелых болезней и ребенка делают взрослее. В этом состоянии он очень нуждается в нашем внимании, в нашей беседе с ним, особенно на темы Евангелия. Потому что Евангелие говорит нам о победе жизни над болезнями и смертью, говорит нам о Христе, о Том Кто является источником жизни, радости и счастья.

Беседовать с ребенком легче всего, потому что у ребенка еще нет каких-то предрассудков или ложных стереотипов, но беседовать с ним нужно абсолютно искренне и с максимальной любовью. Дети очень хорошо чувствуют фальшь, а вот простить неискренность или даже раздражение, тем более холодность, им очень трудно, потому что у них у самих, в отличие от взрослых, всего этого еще нет. Ребенку не нужно много объяснять. Если есть настоящая любовь, он просто будет брать с вас пример.

Какие страхи и проблемы с вопросом о смерти возникают у **молодых людей**?

Прежде всего, *пугает неизвестность*. У людей, вышедших из детского возраста, страх неизвестности может быть более тяжелым, чем представление о смерти как уничтожении всего. В последнем ложном утверждении есть некоторая определенность, которая к тому же поддерживалась идеологией атеизма.

Возможен и другой вид страха. Это *тревога отделения*, когда человек точно знает, что придется расстаться с этим миром, где все привычно и знакомо, с любящими людьми. И если с первым страхом – с неизвестностью, человек борется с помощью знания и науки, которая «доказала», что загробного мира нет, то со вторым страхом – с «точным знанием, что все мы умрем», человек, как это ни парадоксально, борется незнанием. Умом человек, конечно, понимает, что когда-нибудь умрет, но в то же время... не знает этого. Вернее, хочет не знать. Он убегает от знания.

Как можно ощущать себя, зная, что рано или поздно тебя не будет? Как жить, творить и действовать в мире, зная, что все закончится для тебя? Наука, культура, идеология не дают ответов. Человек остается со смертью один на один. Ничто не спасает его, даже «глубокомысленные» рассуждения, типа «когда ты есть - смерти нет, когда смерть наступила - тебя уже нет».

Итак, мир бежит от смерти. В этом беге молодежь впереди. Не случайно молодые люди недолюбливают пожилых. Родителям даются презрительные клички: предки, черепа. Кому охота общаться со стариками? Иногда проговариваются: «Хорошо бы вас

всех изолировать». Откуда такая неприязнь? Не от страха ли стать похожими на них, не потому ли, что они напоминают о неминуемом?

Рассмотрим некоторые молодежные мифы, благодаря которым сформировалось неправильное отношение к смерти.

Культ хиппи. Здесь – безграничное принятие всего и вся. Все равно – и добро и зло, что сверху, что снизу – все одинаково, все принимается, каждому свое. И абсолютная вседозволенность. Однако от подлинной духовной христианской любви идеология хиппи отличается отвержением любой ответственности. Насколько легко тебя приняли, столь же легко от тебя отвернутся. Даже твоя смерть пройдет незамеченной – ведь никто не плачет об увядшем растении.

В романтическом ореоле предстает образ *рокера-байкера*. Это воин на ревущем мощном мотоцикле. Мифологически он рыцарь. Он утрированно мужественен и верен закону стаи «ночных волков». Страх смерти здесь презирается, о разбившихся лихих наездниках слагаются легенды. Смерть здесь привлекательна и романтична, а жизнь имеет смысл лишь тогда, когда ты подчиняешься неписанным законам чести. Твоя личность значима лишь настолько, насколько ты соответствуешь несложному кодексу поведения: выглядишь круто, едешь быстро. До глубины твоих переживаний никому нет дела.

Панк-культура. Опьяняющий нигилизм, абсолютное непризнание любых ценностей, развенчание кумиров. К смерти здесь отношение соответствующее: «мол, туда и дорога, все равно нет будущего».

Различные элитарные движения. Страх смерти здесь блокируется разработанной системой «приличного» поведения. Отношение равнодушное – лишь бы смерть была «красивой».

Следующий молодежный миф, отзвуки которого присутствуют во всех субкультурах – «хорошо умереть молодым». Это может быть не только самоубийство, но и медленное уничтожение себя наркотиками.

Когда человек достигает **зрелого возраста**, он обычно отходит от юношеских увлечений, оставляет романтизм и попадает в сети функционального мира. Он озабочен тем, чтобы поудобнее устроиться в этом мире. У него нет времени остаться наедине с собой, его преследует призрак незавершенного дела, упущенной возможности. Все это может оказаться дополнительным грузом у человека, умирающего в зрелом возрасте.

Мы видим, что для многих жизнь становится бегством от смерти. Так человек бежит от самого себя, от подлинной близости с другими, от правильных взаимоотношений с Богом. Это бег через овраги соблазнов, через барьеры карьеры, через кустарники страстей. Но от себя не убежишь. Критерий правильного устройства души или, что одно и то же, духовной зрелости – осознанное принятие факта собственной конечности.

Благодаря прогрессу *техники реанимации* непрерывно возрастает число людей, переживших состояние клинической смерти.

Были предприняты попытки проведения систематического опроса людей, переживших клиническую смерть, об опыте, пережитом ими на грани жизни и смерти. Результат был поразительным. Рассказы людей, переживших посмертный опыт, содержат много общего. Они говорили о выходе из тела, о встрече с умершими близкими, о присутствии некоего «света» и т. п. Достоверность этих фактов теперь общепризнанна.

Возникает вопрос: можно ли для поддержания и укрепления умирающих широко использовать эти современные наблюдения?

Интересно, что ответ на этот вопрос мы можем найти в предании Древней Церкви. Оказывается, христианская древность имела подобные свидетельства о переживании посмертного опыта. Киево-Печерский Патерик, например, рассказывает нам о преподобном Афанасии Печерском (память 2 декабря), который на третий день восстал из гроба. Сколько ни просили преподобного Афанасия открыть что-нибудь о жизни за гробом, он ничего не рассказывал, а только заметил: «Если я скажу вам, вы не поверите

мне и не послушаете меня... Кайтесь всякий час и молитесь Господу... Дальше же не спрашивайте меня, но, молю вас, простите». Сказав это, он затворился в пещере, где провел еще двенадцать лет.

Это свидетельство преподобного еще раз говорит нам о том, что посмертный опыт уникален. В основном он помогает изменить жизнь и свое отношение к смерти – пережившим этот опыт и тем исследователям, которые очень близко соприкасались с этими людьми.

После ознакомления с современными книгами о потусторонней жизни после смерти у читателя создается впечатление, что смерть совершенно не страшна, что человека, перешедшего в «тот» мир, автоматически ожидают приятные ощущения умиротворенности, радости и пребывания во вселюбящем и всепрощающем Свете; что поэтому нет различия между праведными и грешными, верующими и неверующими. Это обстоятельство заставило некоторых христианских мыслителей насторожиться и отнестись с недоверием к такого рода литературе. Стали спрашивать: «Не являются ли эти видения света хитрым дьявольским обольщением, направленным на усыпление бдительности христиан? — Живи, как хочешь, все равно попадешь в рай».

В этих рассказах есть некоторая опасность. Главная проблема состоит не в самих посмертных видениях, а в их интерпретации врачами и психиатрами, далекими от христианства.

Действительно, далеко не все временно умершие устаиваются видеть Свет. Есть основания предполагать, что многие люди иногда сознательно, а иногда несознательно умалчивают о своих неприятных посмертных видениях. В рассказах самоубийц как раз нет ничего светлого в посмертных видениях.

Вот несколько современных рассказов, иллюстрирующих потустороннее состояние самоубийц. Один мужчина, горячо любивший свою жену, покончил с собой, когда она умерла. Так он надеялся соединиться с ней навсегда. Однако оказалось совсем иначе. Когда врачу удалось его реанимировать, он рассказал: «Я попал совсем не туда, где находилась она... То было какое-то ужасное место... И я сразу понял, что сделал огромную ошибку».

Некоторые возвращенные к жизни самоубийцы описывали, что после смерти они попадали в какую-то темницу и чувствовали, что здесь они останутся на очень долгий срок. Они сознавали, что это им наказание за нарушение установленного закона, согласно которому каждому человеку надлежит претерпеть определенную долю скорбей. Самовольно свергнув с себя возложенное на них бремя, они должны в потустороннем мире нести еще большее.

За последнюю четверть столетия документировано множество рассказов людей, переживших клиническую смерть. Значительный процент этих рассказов включает описание того, что люди видели поблизости от места своей кончины. В большинстве случаев души этих людей еще не успели побывать в раю или в аду, хотя иногда созерцали эти состояния.

Как более древние рассказы в религиозной литературе, так и современные исследования врачей-реаниматоров подтверждают учение Священного Писания о том, что после смерти тела какая-то часть человека (назовите ее, как хотите — «личность», «сознание», «Я», «душа») продолжает существовать, хотя и в совершенно новых условиях. Это существование не пассивное, потому что личность продолжает мыслить, чувствовать, желать и т. д., — подобно тому, как она это делала во время своей земной жизни. Понимание этой изначальной истины исключительно важно, чтобы правильно строить свою жизнь.

Однако далеко не все заключения врачей-реаниматоров следует принимать за чистую монету. Иногда они высказывают мнения, основанные на неполных, а иногда и на неправильных сведениях. Христианину надо все, относящееся к духовному миру,

обязательно проверять учением Священного Писания, чтобы не запутаться в сетях философских построений и личных мнений авторов книг, которые пишут на эту тему.

Главная ценность современных изысканий в вопросах жизни после смерти состоит в том, что они независимым и научным путем подтверждают истину бытия души и загробной жизни. Кроме того, они могут помочь верующему человеку лучше понять и подготовиться к тому, что он увидит непосредственно после своей смерти.

Наряду с христианским учением о спасении человека во Христе, существует **ложное учение о перевоплощении**, которое не требует от человека особого подвига жизни и изобретено людьми для некоторого самоуспокоения.

Это учение привлекает к себе приверженцев тем, что, с одной стороны, оно обещает своего рода «бессмертие» души (в его примитивном языческом виде), а с другой стороны, отрицая верховного Судью над людьми и наказание в аду, оно освобождает грешника от чувства ответственности и страха за свои неблагоприятные поступки. Логичный вывод из этого учения тот, что если человек и нагрешит в этой жизни, то в следующем своем перевоплощении он сможет поправить дело. После неограниченного цикла перевоплощений каждый человек в конце концов достигнет того же конца, что и остальные люди: слияния с абсолютным. Разница лишь в количестве циклов.

Кроме того, учение о перевоплощении дает возможность объяснить и оправдать любые страсти и даже преступления человека. Например, если содомит чувствует влечение к другим мужчинам, то это, очевидно, потому, что в одной из своих «прежних жизней» он был женщиной. Если жена изменяет своему мужу, то это, вероятно, потому, что ее любовник был ее супругом в какой-то другой жизни. И так далее.

Помимо того, что это учение есть сплошной ничем не доказуемый вымысел, оно при некоторой кажущейся привлекательности в действительности ужасно мрачно. Во-первых, что собственно перевоплощается после смерти человека? Очевидно, это не та душа, которую мы отождествляем с нашим «Я». Ведь наше «Я» сознает себя единым и непрерывным существом на протяжении всей жизни. Наше «Я» познает, набирается опыта, развивает свои таланты. А тут получается, что весь этот духовный багаж, приобретенный с большим трудом, во время смерти стирается, и человек в своем новом теле должен начинать учиться с нуля: в момент нового воплощения его сознание – белый лист бумаги. Если человек страдает за плохую карму, собранную в прежней жизни, то он никогда не сможет понять, за что именно он наказывается. Ведь он ничего не помнит. Получается, что он несет наказание за дела, совершенные им в состоянии невменяемости, что несправедливо и недопустимо.

Кроме того, если все люди раньше или позже достигнут той же цели, то зачем трудиться или стараться развивать свои добрые качества, делать добро? Да и что это за награда раствориться в нирване, где нет ни мысли, ни чувств, ни воли? К тому же и современные рассказы о жизни после смерти в корне ниспроверяют оккультное учение о перевоплощении.

Действительно, во всех случаях, записанных врачами-реаниматорами, душа после смерти продолжала сознавать себя единой с той, которая жила в теле до смерти. Если она хотела вернуться в прежний мир, то лишь для того, чтобы довершить свою незаконченную миссию. Встречаясь с душами умерших родственников, душа временно умершего узнавала в них живые личности, и они в свою очередь узнавали ее. Во всех случаях души умерших сохраняли свое сформировавшееся «Я».

Таким образом, отрицая сохранение личности, учение о перевоплощении отрицает бессмертие вообще и делает человека игрушкой слепых космических процессов. Оно настолько же ложно, насколько пессимистично.

Формы и методы духовной поддержки

Церковь оказывает духовную поддержку как самим болящим, так и их близким, а также медицинскому персоналу, который заботится о больных. Такую поддержку призваны оказывать и священнослужители, и церковные социальные работники, и сестер милосердия.

Духовная помощь больным, которые являются *членами Церкви* или желают стать таковыми, включает участие в церковных Таинствах и богослужениях, молитвы Церкви о болящих, отпевание усопших и их заупокойное поминовение. Кроме того, нужно помочь людям в осознании духовного смысла своей жизни, выходящего за рамки земного бытия, в духовном обновлении, в осознании значения своей болезни в деле собственного спасения.

Людям *невоцерковленным* или *исповедующим иные религии* помощь должна оказываться очень деликатно: следует уважать свободный выбор, убеждения и чувства пациента. Вместе с тем, своим искренним участием, милосердием и добросовестным трудом православные социальные и медицинские работники, облегчая страдания больного и его близких, призваны быть примером христианского отношения к ближним. Своим поведением и отношением к окружающим они несут православное свидетельство о Христе.

У невоцерковленных людей порой проявляется легкомысленное, потребительское отношение к Таинствам и вере как к одному из видов целительства. Ни в коем случае нельзя потакать такому отношению. Нужно разъяснять истинный глубокий смысл христианской жизни.

В процессе ухода пациент чаще всего общается с *медсестрами*. К православным сестрам милосердия нередко адресуются вопросы о смысле жизни и о вере. Медсестра должна быть готова к тому, что о Христе и о Церкви больной может услышать первый раз именно от нее, что на нее ляжет подготовка пациента к первой исповеди, к Таинствам. Возможно, потребуется совет о том, как молиться, как выбрать первую духовную литературу и пр.

Верующий медик должен понимать, что человек, нуждающийся в помощи, ждет от него не только соответствующего лечения, но и духовной поддержки. «Быть для пациента милосердным самарянином из евангельской притчи – долг каждого православного медицинского работника» (Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, XI, 2).

Однако при этом очень важно помнить, что отношения между медиком и пациентом должны строиться на уважении свободного выбора и достоинства личности. Недопустимо, воспользовавшись немощью человека, навязывать ему какие-либо убеждения даже ради самых благих целей.

Врачи не меньше своих пациентов нуждаются в духовной и нравственной помощи. Наиболее действенным является молитвенное попечение Церкви, суть которого можно выразить словами из молитвы к Божией Матери перед Ее иконой «Всецарица»: «Ум и руки врачующих нас благослови, да послужат орудием Всемощного Врача, Христа Спаса нашего».

Ежедневное соприкосновение с болью и страданиями, подчас трудные условия работы и груз ответственности за жизнь и здоровье пациентов – все это, безусловно, делает необходимым для православного медика совершенствоваться в добродетели милосердия. В особой степени это относится к медицинскому персоналу, работающему с ВИЧ-инфицированными: им приходится иметь дело не только с болью, отчаянием, страхами людей перед лицом смертельного диагноза, но и с отверженностью обществом, утратой значимых отношений.

С другой стороны, остро стоит вопрос и о «духовной реабилитации» самих медицинских работников, поскольку ежедневное соприкосновение с большим

количеством человеческих страданий со временем может привести к появлению цинизма, черствости, безразличия. Во избежание этого медицинские работники должны регулярно получать психологическую и моральную помощь, а верующие – поддержку молитвой и духовным советом.

Для верующих ВИЧ-инфицированных важным аспектом помощи со стороны Церкви является их интеграция в богослужебную жизнь общины (участие в богослужениях, приобщение к Таинствам), а также в церковно-приходскую жизнь вне богослужения, например, участие в церковной социальной работе. Здесь важная роль принадлежит священнику. Именно к нему в первую очередь, как правило, обращаются за помощью люди, живущие с ВИЧ и ищущие поддержки Церкви, либо их близкие. Священник в проповедях, беседах, при личных встречах с прихожанами должен вести разъяснительную работу относительно этого заболевания (о путях заражения, профилактике) и христианского отношения к страждущим и больным, о миссии Церкви по отношению к ним.

В ситуации эпидемии ВИЧ/СПИДа священнослужители и миряне должны сделать все возможное для того, чтобы попытки людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, прийти в Церковь не были встречены холодом равнодушия, а тем более презрения и осуждения. Человек с ВИЧ/ СПИДом призван обрести в Церкви дом Отчий, тихую гавань спасения и заботливую семью.

Последнее, о чем хотелось бы сказать – это о *цели наших действий*. Цель всякого служения в Церкви, цель всякой добродетели – это стяжание дара Духа Святаго. Важно, чтобы социально-медицинское служение делало нас с вами лучше, учило любви.

Разумно помогает больному тот, кто занимается этим для того, чтобы смягчить свое сердце, – говорит авва Дорофей.

Дело служения больным должно быть организовано так, чтобы оно было благодатным, помогало нам обрести большую веру, покрыть множество наших грехов и стяжать дар Духа Святаго.

И чем больше будет в нас любви, чем больше будет благодати, тем лучше будет организовываться дело – не только нашими усилиями, но и действием Духа Святаго, Господа, Который Сам будет направлять эту деятельность, Сам будет ее устраивать – это самое главное, о чем мы с вами ни в коем случае не должны забывать.

Приложение 1

Паллиативная помощь и уход. Медицинские, психологические и духовные аспекты при ВИЧ/СПИДе и прогрессирующих хронических заболеваниях

Курс 1-го уровня

Основные учебные задачи:

- Познакомить с Концепцией участия РПЦ в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с ЛЖВС.
- Предоставить знания по медицинским, духовным, психологическим аспектам ВИЧ/СПИДа.
- Познакомить с особенностями оказания церковной помощи ЛЖВС.
- Познакомить с моделью и особенностями оказания паллиативной помощи людям с ВИЧ-инфекцией силами сестер милосердия.
- Объяснить, как организована православная служба паллиативного ухода.
- Познакомить с основами сестринского ухода за больными с хроническими прогрессирующими заболеваниями.
- Познакомить с навыками, необходимыми для ухода за ЛЖВС.
- Сформировать у сестер милосердия базу внутренних ресурсов для работы с «тяжелыми» пациентами.

Основные темы:

- Обзор эпидемии ВИЧ-инфекции в России. Эпидемиологическая ситуация и основные тенденции развития эпидемии в регионах.
- Медицинские аспекты ВИЧ/СПИДа. Пути заражения ВИЧ-инфекцией. Правила защиты от инфицирования.
- Духовные аспекты помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД. Церковная деятельность в области профилактики ВИЧ/СПИДа и оказания помощи людям, живущим с ВИЧ, и их близким. Концепция участия РПЦ в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с ЛЖВС. Помощь Церкви больным с ВИЧ-инфекцией. Проблемы стигматизации ЛЖВС и содействие обществу в их преодолении.
- Психологическая помощь. Сообщение о диагнозе. Этапы адаптации к диагнозу. Тема смерти. Суицид. Вопрос о смысле жизни. Вопрос о вере. Христианское отношение к смерти.
- Паллиативная помощь. Роль сестер милосердия в оказании паллиативной помощи людям с ВИЧ-инфекцией. *Модель оказания паллиативной помощи силами сестер милосердия.*
- Организация службы сестринского ухода. Создание и развитие мобильной группы паллиативной поддержки силами многопрофессиональной команды. Работа в сестринской бригаде.
- Правила безопасного ухода за ВИЧ-инфицированными на дому.
- Практические рекомендации по уходу за больными.
- Сестринский процесс в паллиативном уходе за больными с ВИЧ/СПИДом. Особенности работы с родственниками и близкими.
- Разбор конкретных ситуаций оказания паллиативной помощи. Решение ситуационных задач.

- Практические рекомендации по уходу за больными с прогрессирующими хроническими заболеваниями. Как устроить постель и комнату больного.
- Изменение положения больного в постели. Мытье больного в постели. Пролежни: причины образования и профилактика.

Основа учебного плана, основные учебные документы и материалы:

- Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом (2005 г.).
- Протоколы ВОЗ «Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе» для стран СНГ (2004 г.).
- Методические разработки Свято-Димитриевского сестричества.
- Презентации и раздаточные материалы в печатном и электронном формате.
- DVD-фильмы.

Методы обучения: лекции, практико-ориентированные семинары, занятия в малых группах, ситуационное обучение в сестринском деле, разбор клинических случаев, практические занятия, тестирование

Целевая аудитория: священнослужители, сестры милосердия, руководители сестричеств, патронажных служб и групп милосердия, психологи, специалисты по социальной работе, студенты медицинских колледжей, добровольцы, активисты сообщества ЛЖВС, родственники ЛЖВС.

Преподавательский состав: команда специалистов Свято-Димитриевского сестричества (священник, врач-инфекционист, врач-эпидемиолог, главная сестра патронажной службы, сестры милосердия с медицинским образованием, специалист по социальной работе).

Продолжительность курса: 4 дня

Курс осуществляется при поддержке Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения г. Москвы.

Курс 2-го уровня

Основные учебные задачи:

- Познакомить с Концепцией участия РПЦ в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с ЛЖВС.
- Предоставить знания по медицинским, духовным, психологическим аспектам ВИЧ/СПИДа.
- Познакомить с особенностями оказания церковной помощи ЛЖВС.
- Познакомить с моделью и особенностями оказания паллиативной помощи людям с ВИЧ-инфекцией силами сестер милосердия.
- Объяснить, как организована православная служба паллиативного ухода.
- Обучить сестринскому уходу за больными в тяжелых и терминальных стадиях заболевания.
- Обучить практическим навыкам ухода за ЛЖВС.
- Сформировать у сестер милосердия базу внутренних ресурсов для работы с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Основные темы:

- Обзор эпидемии ВИЧ-инфекции в России. Эпидемиологическая ситуация и основные тенденции развития эпидемии в регионах.
- Медицинские аспекты ВИЧ/СПИДа. Пути заражения ВИЧ-инфекцией. Течение ВИЧ-инфекции на поздних стадиях заболевания. Профилактика заражения на рабочем месте. Основные клинические проявления оппортунистических заболеваний.
- Духовные аспекты помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД. Церковная деятельность в области профилактики ВИЧ/СПИДа и оказания помощи людям, живущим с ВИЧ и их близким. Концепция участия РПЦ в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с ЛЖВС. Помощь Церкви больным с ВИЧ-инфекцией. Проблемы стигматизации ЛЖВС и содействие обществу в их преодолении.
- Психологическая помощь. Консультирование. Сообщение о диагнозе. Типы психологических состояний. Этапы адаптации к диагнозу. Тема смерти. Суицид. Вопрос о смысле жизни. Вопрос о вере. Христианское отношение к смерти.
- Паллиативная помощь. Роль сестер милосердия в оказании паллиативной помощи людям с ВИЧ-инфекцией. *Модель оказания паллиативной помощи силами сестер милосердия.*
- Организация службы сестринского ухода. Создание и развитие мобильной группы паллиативной поддержки силами многопрофессиональной команды. Работа в сестринской бригаде.
- Сестринский процесс в паллиативном уходе за больными с ВИЧ/СПИДом. Сбор информации о больном. Объективное и субъективное обследование. История жизни. История заболевания. Психологический статус пациента. Основные потребности. Первичный вызов, формирование плана сестринского ухода, выполнение плана, ведение постовой документации. Особенности работы с родственниками и близкими.
- Сестринский уход за больными в тяжелых и терминальных стадиях заболевания. Правила безопасного ухода за ВИЧ-инфицированными на дому.
- Разбор конкретных ситуаций оказания паллиативной помощи. Решение ситуационных задач.

- Практические рекомендации по уходу за больными с прогрессирующими хроническими заболеваниями. Изменение положения больного в постели. Мытье больного в постели. Пролежни: причины образования, профилактика и лечение. Некоторые методические рекомендации по лечению пролежней на разных стадиях развития.
- Профессиональные стрессы. Профилактика синдрома выгорания.

Основа учебного плана, основные учебные документы и материалы:

- Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом (2005 г.).
- Протоколы ВОЗ «Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе» для стран СНГ (2004 г.).
- Модуль 15 IAPAC GALEN*: «Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции».
- Методические разработки Свято-Димитриевского сестричества.
- Презентации и раздаточные материалы в печатном и электронном формате.
- DVD-фильмы.
- Демонстрационный набор препаратов для лечения пролежней и ран.

Методы обучения:

Лекции, практико-ориентированные семинары, занятия в малых группах, ситуационное обучение в сестринском деле, разбор клинических случаев, практические занятия в учебном классе, практические занятия у постели больного в палате паллиативной помощи, тестирование.

Целевая аудитория: Врачи, медицинские сестры, психологи, специалисты по социальной работе инфекционных, туберкулезных, онкологических ГУЗ, преподаватели и студенты медицинских колледжей, заведующие отделениями паллиативной помощи региональных Центров СПИД, сестры милосердия, руководители сестричеств, патронажных служб и групп милосердия, добровольцы, активисты сообщества ЛЖВ.

Преподавательский состав: Команда специалистов Свято-Димитриевского сестричества (священник, врач-инфекционист, врач-эпидемиолог, главная сестра патронажной службы, сестры милосердия с медицинским образованием, специалист по социальной работе).

Продолжительность курса: 4 дня

Курс осуществляется при поддержке Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения г. Москвы.

* IAPAC – International Association of Physicians in AIDS Care – Международная ассоциация врачей по проблемам ВИЧ/СПИДа. Программа ГАЛЕН.

Приложение 2

Список пособий, выданных на обучающих семинарах:

1. Организация служб паллиативной помощи, Москва, 2007
2. «Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и со-зависимым», сборник статей, СПб, 2006.
3. «Пособие по уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом», Москва, 2005.
4. «Участие Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом», Москва, 2006.
5. «Как организовать служение милосердия на приходе», выпуск I, Москва, 2006.
6. «Как организовать служение милосердия на приходе», выпуск II, Москва, 2006.
7. «Что такое церковная больница», Москва, 2007.
8. «Основы медико-социальной реабилитации», Москва, 2003.
9. «О пролежнях», Москва, 2001.
10. «Словарь медико-социальных понятий и терминов», Москва, 2003.
11. «Очерки по истории общин сестер милосердия», Москва, 2001.