



# ЦЕРКОВЬ и МЕДИЦИНА

Церковно-медицинский журнал

Church  
and Medicine



N 1 (1)  
ИЮНЬ  
2005

Свт. Лука (Войно-Ясенецкий)



## От главного редактора

*Досточтимые Высокопреосвященнейшие архипастыри, всечестные пастыри, братья и сестры, глубокоуважаемые коллеги!*

*Журнал «Церковь и Медицина» основан в 2005 г. в Санкт-Петербурге.*

*Цель журнала - стать центральным печатным органом православных врачей не только Санкт-Петербурга, но и России.*

*Материалы, планируемые к публикации, предназначены для обмена опытом между пастырями, занимающимися вопросами благотворительности и социального служения, православными врачами, как в области организации медицинской деятельности, так и в вопросах биомедицинской этики.*

*Журнал призван обобщать, анализировать и освещать передовой опыт церковных медицинских и общественных православных организаций, занимающихся проблемами охраны здоровья российских граждан, опыт зарубежных коллег.*

*Издание первого номера приурочено к проведению II Международной духовно-медицинской конференции «Церковь и медицина. Взаимодействие Русской Православной Церкви и государства в области охраны здоровья российских граждан».*

*В журнале представлены тезисы докладов участников конференции, информация об Обществе православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), а также правила публикации.*

*По результатам конференции будет создан второй номер журнала, который будет включать полные материалы конференции, краткие биографии докладчиков, сведения об обществах православных врачей России и зарубежья, летопись конференции с фотографиями и др.*



С глубоким уважением,  
Главный редактор  
протоиерей Сергей Филимонов



# Содержание

От главного редактора.....	3
Приветственное слово Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Владимира к участникам II международной духовно-медицинской конференции «Церковь и медицина. Вопросы взаимодействия Русской Православной Церкви и государства в области охраны здоровья российских граждан. Проблемы православной биоэтики».....	4
<i>Архиепископ Тихвинский Константин.</i> Человек и его здоровье с библейской точки зрения.....	6
<i>Проф. Элио Сгречча.</i> Тематика, места разработки и различные взгляды на биоэтику в современной Европе.....	7
<i>Архимандрит Ианнуарий (Ивлиев).</i> Связь новозаветной антропологии с сотериологией.....	8
<i>Иерей Александр Лапин.</i> Биоэтика в перспективе раннего и современного христианства.....	9
<i>Х. Трестрам Энгельхардт-младший.</i> Христианство, государство, здравоохранение: искоренение ошибок секулярного фундаментализма.....	12
<i>Проф. И. В. Силуянова.</i> Современная медицина: проблема смены нравственных парадигм.....	13
<i>Проф. Г. Л. Микиртичан.</i> Мнение врачей о некоторых новых биотехнологиях в зависимости от отношения к православию.....	15
<i>Проф. В. З. Кучеренко.</i> Научно-методические основы повышения структурной эффективности здравоохранения.....	17
<i>А. Е. Черкасова.</i> Церковно-государственные отношения в сфере здравоохранения: прошлое, настоящее и перспективы развития.....	18
<i>Иеромонах Серафим (Кравченко).</i> Современное состояние социального служения и благотворительной деятельности Русской Православной Церкви....	20
<i>Протоиерей Сергей Филимонов.</i> Организационные формы деятельности медико-социальных учреждений Русской Православной Церкви и православных общественных организаций.....	22
<i>Протоиерей Александр Степанов.</i> Сотрудничество Церкви с государственными и общественными организациями в социальной области на примере Санкт-Петербурга.....	24
<i>Игумен Филипп (Филиппов).</i> Медицинский отдел епархии - новое структурное подразделение Русской Православной Церкви.....	25
<i>Т. А. Шагурина, протоиерей Сергей Филимонов.</i> Диспетчерская служба Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого).....	28
<i>В. В. Первак, протоиерей Сергей Филимонов.</i> Типовая модель, основы организации и деятельности Душепопечительского Центра, как альтернативной формы оказания амбулаторной помощи.....	31
<i>Протоиерей Сергей Филимонов, иерей Григорий Антипенко, Г. А. Клишова, Е. А. Кабакова, К. Ф. Громакова, Ю. Т. Антипенко.</i> Осмысление статуса сестры милосердия XXI века, содержания, места, формы и объема ее служения.....	33
<i>Протоиерей Георгий Зверев.</i> Проблемы пастырского душепопечения в геронтологии.....	35

<i>Протоиерей Алексей Бабурин. Проблемы пастырского душепопечения наркологических больных.....</i>	37
<i>Протоиерей Сергей Бельков, иерей Максим Плетнев, иеромонах Анатолий (Берестов). Православный опыт помощи наркозависимым и алкоголезависимым людям и перспективные задачи его развития.....</i>	38
<i>Протоиерей Валерий Швецов. Церковное душепопечение Психоневрологического интерната N 7.....</i>	40
<i>Протоиерей Максим Обухов. Особенности пастырского душепопечения работников акушерско-гинекологической помощи.....</i>	42
<i>Протоиерей Артемий Темиров. Организация деятельности епархиальной больницы.....</i>	43
<i>Протоиерей Валентин Жохов. Обитель веры и милосердия. Продолжение традиций Марфо-Мариинской обители в медицинской сфере.....</i>	45
<i>Игуменья Ксения (Зайцева). Организация медицинской помощи населению в монастырских условиях.....</i>	48
<i>Игумен Агафангел (Гагуа). Особенности пастырского и церковного душепопечения в хирургии.....</i>	50
<i>Иерей Евфимий Добрянский. Душепопечение в педиатрии.....</i>	51
Общество православных врачей Санкт-Петербурга.....	54
Вниманию авторов.....	61
Содержание	

Тираж 500. Заказ 106.

Отпечатано в типографии ООО «ИПК «Бионт»  
199026, Санкт-Петербург, Средний пр. ВО., д. 86,  
тел. (812) 322-68-43

ISBN 5-98147-008-9

© «Формат»



## Приветственное слово Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Владимира к участникам II международной духовно-медицинской конференции «Церковь и медицина. Вопросы взаимодействия Русской Православной Церкви и государства в области охраны здоровья российских граждан. Проблемы православной биоэтики»



Возлюбленные архипастыри и пастыри, православные врачи и сестры милосердия, дамы и господа, братья и сестры!

Начиная с 1918 г. практически вся социальная деятельность Церкви была свернута. Постепенное возвращение Церкви к этой деятельности начинается лишь с конца 1980-х гг. Благотворительную работу РПЦ затрудняли экономическая нестабильность государства, малое число граждан, желающих совершать пожертвования, огромное количество разрушенных храмов, ограниченное число действующих монастырей и приходов.

В 1990-е гг. начинается процесс сближения интересов Церкви и государства в деле охраны здоровья граждан, помощи обездоленным. Святейший Патриарх Алексей II неоднократно подчеркивал, что Церковь придает социальной деятельности приоритетное значение. Увеличивается количество церковных учреждений медицинской и социальной деятельностью. Согласно распоряжениям Президента РФ с 1993 г. Церкви безвозмездно начали передаваться здания и объекты, предназна-

ченные для социально-благотворительной деятельности, для организации богаделен, приютов, ночлежек и т. п. Официальные отношения Московской Патриархии и Министерства здравоохранения начались в 1996 г., после подписания договора о сотрудничестве и создания совместной комиссии. Основное внимание было уделено выработке общей точки зрения на такие явления, как аборт, наркомания, алкоголизм, ВИЧ-инфекция и другие. В рамках работы комиссии ежегодно двенадцать последних лет проводятся заседания медицинских секций международных Рождественские образовательных чтений, различные конференции. На Архиерейском Соборе 2000 г. была принята особая социальная концепция РПЦ. Идет формирование базы данных государственных медико-социальных учреждений, нуждающихся в помощи Церкви, налаживаются связи с их руководителями, создаются постоянные группы добровольцев по работе с беспризорными детьми, лицами БОМЖ, помощи заключенным, наркоманам, алкоголикам, беженцам и переселенцам.



Во многих Российских регионах идет диалог Церкви и власти в области здравоохранения и социального служения гражданам. Комиссии по церковно-социальной работе действуют сегодня в большинстве епархий Русской Православной Церкви. Санкт-Петербургская епархия и ее отдел по благотворительности являются одними из наиболее активных. В Санкт-Петербургской епархии впервые был учрежден специальный отдел по противодействию наркомании и алкоголизму. Общество православных врачей, основанное в Санкт-Петербурге по моему благословию, первым в России получило официальную юридическую регистрацию и сейчас способствует движениям православных врачей и образованию аналогичных обществ более чем в 40 российских городах и регионах. Его деятельность отмечена на архиерейском соборе 2004 г. В епархии действуют около 7 сестричеств милосердия.

Позитивным результатом продолжающегося взаимодействия Церкви и государства стало подписание 5 марта 2003 г. бессрочного «Соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения РФ и Московской Патриархией РПЦ», которое имеет целью возрождение духовных традиций русской медицины.

Согласно «Соглашению», стороны будут осуществлять сотрудничество в следующих областях: развитие медико-социальных услуг гражданам; профилактическая деятельность и медицинское просвещение населения; оказание помощи инвалидам, иным социально уязвимым группам населения; обеспечение ухода за больными на дому и в стационарных учреждениях здравоохранения; подготовка персонала, в т. ч. сестер милосердия, для оказания медико-социальной помощи; создание условий в стационарах для совершения православных богослужений; разработка правовых актов по вопросам медико-социальной помощи, биомедицинской этики и иным вопросам, представляющим взаимный интерес; взаимодействие в сфере благотворительности и милосердия, а также преподавания гуманитарных дисциплин.

В силу этого «Соглашения» РПЦ сегодня оказывает медико-социальную помощь следующим группам лиц: терминальные, соматические, психические, ВИЧ-инфицированные, нарко-, токсико- и алкоголезависимые больные; больные дети, инвалиды; социально-уязвимые контингенты: дети-сироты, лица преклонного возраста, малоимущие граждане, многодетные семьи, одинокие молодые матери, беременные и роженицы; люди, попавшие в трудные жизненные ситуации: жертвы тоталитарных сект, беженцы, мигранты, лица БОМЖ, жертвы стихийных бедствий, военных действий и террористических актов.

Открываемая конференция позволит аккумулировать весь позитивный опыт Церкви в вопросе ее взаимодействия с государством в области медицины и социального служения. Подборка докладов продумана организаторами конференции таким образом, чтобы всесторонне раскрыть передовой опыт различных организаций и учреждений РПЦ, которые сегодня успешно используют разные формы служения болящим и страждущим в различных региональных и епархиальных условиях.

Первый день конференции посвящен вопросам богословского и нравственного осмысления церковного служения в медицине, проблемам биомедицинской этики. Второй день всецело охватывает организационные основы взаимодействия Церкви и государства. Наши петербургские православные врачи будут делиться с вами своим опытом. Третий день будет представлен обобщением опыта священнослужителей, несущих свое служение в различных медицинских специальностях в современных государственных лечебных учреждениях. Многие из них являются одновременно священниками и врачами.

Молитвенно желаю всем докладчикам и участникам конференции ее успешного проведения, взаимного духовного и человеческого общения. Благодарю всех, кто потрудился в подготовке этого форума. Выражаю признательность благотворителям столь важного мероприятия и призываю на всех благословение Божие.



## Человек и его здоровье с библейской точки зрения

Константин (Горянов), Архиепископ Тихвинский, ректор Санкт-Петербургских Духовных Академии и Семинарии, профессор, викарий Санкт-Петербургской епархии, канд. мед. наук, действительный член РАЕН, Председатель Синодальной комиссии по биомедицинской этике, член Академии интегративной антропологии

Автор сопоставляет медицину наших дней с библейскими временами. Библия не занимается анатомией и физиологией, а с самого начала прямо и четко указывает на земное, в узком, а также планетарном смысле этого слова, происхождение человека. Противопоставление духовного человека плотскому носит не онтологический (антропологический) характер, а нравственный. Новый Завет больше подчеркивает достоинство тела, которое воскреснет. Тогда как «плоть и кровь не могут наследовать Царствия Божия» (1 Кор. 15:50). Есть разница между телом и плотью. Плоть - это примерно то, что теперь в гистологии называется «тканью», то есть это более низкая структурная организация тела. Человек органично соединяет в себе два мира: материальный и разумный, духовный, поэтому существует тесная связь между духом и мозговой деятельностью. Душа не будет свободна в своем выборе, если ее парализует плохая работа организма. Болезнь, поражая тело, так или иначе задействует душу человека. Через болезнь уже начинает проявляться власть смерти над человеком, поэтому Библия касается, в основном, религиозного значения болезней, то есть самой глубинной онтологии. Однако встает вопрос, является ли каждая болезнь следствием личных грехов болящего? В Библии классификация внутренних болезней отсутствует, а медицинские наблюдения весьма суммарны. В библейские времена естественные причины болезней даже не ищут, кроме тех, которые видны на глаз. Несмотря на это, взгляд Библии на медицину для нас все-таки очень важен: он ориентир для верующего человека.

Автор подробно рассматривает медицинские предписания из книги Левит. Что касается методов лечения, то в этом отношении Библия дает крайне скудные факты. Санитарно-гигиенические предписания Библии имеют свое непреходящее значение. Однако на первый план выносятся предписания, касающиеся духовной жизни, качество которой определяет здоровье телесной. Возникает вопрос, почему сейчас, когда целый ряд болезней сошел на нет, например оспа, на смену им пришли другие, например, СПИД. Для верующего сознания главнейшее заключается в религиозной этике: что значит болезнь для того, кто болен. Со времени Иисуса Христа значение болезни по Библии не в том, что она должна исчезнуть с лица земли, а в том, что Божественная сила, которая ее, в конце концов, победит, уже действует на земле. Ибо болезнь, хотя и имеет некий смысл, все же остается злом. В Новозаветное время врачевательное служение Иисуса Христа было принято апостолами как наследие наряду с Его учением: исцеление больных рассматривалось как первейший долг Церкви в начальную христианскую эпоху. После Второго Пришествия Христова болезнь исчезнет, а будет таинственное апокалипсическое «древо жизни, двенадцать раз приносящее плоды, ... и листья дерева - для исцеления народов» (Откр. 22:2). Но это в апокалипсическом будущем, а сейчас Библия призывает отдавать высокую честь врачу (Сирах 38:1-14).



## Тематика, места разработки и различные взгляды на биоэтику в современной Европе

Элио Сгречча, проф. биоэтики, директор Института биоэтики Университета Святого Сердца в Риме, член итальянского комитета по биоэтике, президент Папской академии в защиту жизни, главный редактор журнала «Медицина и мораль» (Рим)

Вступление биоэтики в культурную панораму Европы происходит вслед за рождением этой дисциплины в Соединенных Штатах в 1970-1971 гг. и осуществляется в короткий срок в 1975-1976 гг.

Но Европа вносит свой вклад в зарождающуюся дисциплину, получив послевоенный опыт, пережив Нюрнбергский процесс (1946) и приняв Хельсинскую Декларацию (1964). Эти два свода законов оставили такой след в области этики научного исследования, который до сих пор остается в силе. И особенно второй документ составляет нормативную основу Комитетов биоэтики (называемых также Комитетами этики), стоящих на страже клинического экспериментирования в больницах и научно-исследовательских центрах.

Эта европейская составляющая биоэтики, которая будет усилена узакониванием прав человека в области медицины, заставила некоторых людей считать, что датой появления биоэтики является не 1970 г., когда возник сам термин, исходящий из названия работы Ван Рензлера Поттера (*Van Renselaer Potter Bioethics bidge to the future*), но именно дата принятия Нюрнбергского Кодекса, который запрещает производить какие-либо эксперименты на человеке без его согласия и с целями, которые не были бы во благо его здоровья.

В настоящее время биоэтика включает в себя шесть фундаментальных направлений: первые четыре из них были официально признаны на Международной конференции в Эриче в Италии (1991) и два другие были признаны благодаря эволюции биоэтической мысли и Международным организациям (Совет Европы, ЮНЕСКО).

На Конференции в Эриче рассматривались следующие направления биоэтики.

1. Этика медицинских специальностей: этика врачей, медицинских сестер и руководящих работников в области здравоохранения. К этому направлению относятся классические этические вопросы медицинской профессии (врачебная тайна, аборт, помощь умирающему эвтаназия, стерилизация, патологическая ампутация, взаимоотношения врач-пациент и т. д.)

2. Этика исследований (включая нетерапевтические) на человеке и на животных. В рамках этого направления обсуждались новые вопросы такие, как биоэтика генной инженерии, искусственного деторождения, включая проблемы клонирования и использования стволовых клеток.

3. Этика организации здравоохранения на определенной территории и в обществе (этика медицины, связанной с лечением профессиональных болезней, работа и спорт, наркотики, алкоголизм, СПИД и демографические проблемы).

4. Этика окружающей среды. В круг проблем этого направления вошли вопросы взаимоотношении здоровья и окружающей среды.

К этим биоэтическим направлениям в последние годы добавились еще два:

5. Биоправо. Для того чтобы урегулировать в обществе многие биоэтические вопросы недостаточно этических кодексов, необходимы соответствующие законы. Однако глубинная проблема заключается в прояснении отношения между этикой и законом.



6. Воспитательная биоэтика. Начиная со времени принятия Декларации ЮНЕСКО в отношении генома человека (1997), появилась настоятельная необходимость донести до подрастающего поколения (через школы и другие образовательные учреждения) идеи ценности и необходимости уважения к жизни и основополагающим законам.

Учреждения биоэтики можно объединить в следующие группы:

а) учреждения формирования биоэтической мысли: учебные кафедры в университетах, центры и институты биоэтики при государственных и теологических университетах;

б) учреждения биолого-юридического характера: национальные и международные организации, такие как европейские и национальные комитеты;

в) учреждения, входящие в состав вспомогательных учреждений: больничные комитеты или комитеты научно-исследовательских учреждений.

г) христианское сообщество, которое следует за мировым прогрессом и развитием общества и дает этому свои оценки, основываясь на слове Божиим и с позиций религиозной антропологии.

Существуют различные течения этической мысли: 1) либеральная этика; 2) утилитаристская этика; 3) общественно-биологическая этика; 4) договорная этика; 5) христианский персонализм.

В конечном итоге биоэтика должна способствовать прогрессу человечества и общества посредством разработок, которые носили бы междисциплинарный характер, учитывали плюрализм мнений и были бы нацелены на защиту основополагающих прав человека (прежде всего, права на жизнь) как личности, наделенной трансцендентным чувством собственного достоинства.

## Связь новозаветной антропологии с сотериологией

Архимандрит Ианнуарий (Ивлиев),  
доцент кафедры Нового Завета Санкт-Петербургских  
Духовных Академии и Семинарии (Санкт-Петербург)

Locus classicus ветхозаветной антропологии - стих из книги Бытия (2:7), в котором говорится о сотворении человека. Основа Ветхого Завета - принципиальный антропологический монизм. В поздних книгах Ветхого Завета обнаруживается влияние эллинистического дуализма.

В Новом Завете антропология представлена преимущественно в посланиях св. ап. Павла, наиболее «теоретизирующего» из авторов новозаветных книг. Основные моменты новозаветной антропологии могут показаться необычными и весьма отличными от традиционных представлений о человеке. Здесь влияние со стороны эллинистического идеализма Платона сведено к минимуму. В Новом Завете, как и во всей Библии, тело и душа не мыслятся как две разные субстанции. В эллинистическом мире представлялась нелепой и даже кощунственной мысль о телесном воскресении. Новый Завет принципиально учит о **телесном** воскресении.

Впоследствии под влиянием эллинистической культуры в христианской догматике и еще прочнее в народном сознании утвердился антропологический дуализм. Схематический «анализ» человека на взаимозависимые, но субстанциально разные части породил учения о дихотомии и трихотомии. Можно сказать, что вся европейская культура следовала эллинистической схеме в антропологии, что показывает ее жизнестойкость и практическую пользу. Но при рассмотрении библейских текстов эта схема может при-



водить к ложной интерпретации, и исследователь не имеет права рассматривать их с точки зрения привычных для нас, но чуждых ему антропологических постулатов и аксиом.

В Писании нет абстрактной теологии и абстрактной антропологии. Когда, например, апостол Павел говорит о человеке, он всегда рассматривает его в отношении к Богу. Всякое высказывание о Боге есть в то же время высказывание о человеке и наоборот. В этом смысле богословие Павла есть одновременно антропология, неразрывно связанная с сотериологией и христологией. Отсутствие научной схемы отражается в весьма свободном использовании антропологических терминов.

Основное понятие, которое характеризует у апостола Павла бытие человека, - *soma*, тело. Собственно, по сути, оно тождественно понятиям «человек», «индивидуум». Человек не мыслится без тела. Именно поэтому и бытие человека после смерти - телесное бытие. Тело есть человек в его объективной действительности, то есть человек как *объект*. При этом не следует понимать тело как «форму», заполненную той или иной «материей». Тело - *человек в его целостности*. Как объект, тело может быть подвержено действию внешних сил, которые поработают его: «тело греха» (Рим 6:6), «тело смерти сей» (Рим 7:24). С другой стороны, тело может быть освобождено от рабства греху и смерти в усыновлении, в искуплении (Рим 8:23).

Сотериологический аспект самого понятия человека как *soma* виден уже в самом звучании этого слова, в его этимологических корнях. *Soma* (тело) есть человек как *soos*, целое, неделимое (как синоним можно указать греч. *atomos*, лат. *individuum*). *Soma* есть *a-tomos* (не-делимое), отрицание всякой *tome* (деления), в том числе дихо- и трихотомии. Но в реальности этого мира человек «делим»: он болеет, страдает, умирает. То есть он не обладает подлинным *soma*, подлинным телом, целостностью. «Целение», восстановление целого-тела именуется *soteria*. Это слово по-русски переводится как «спасение», но фактически означает «целение» (обретение целостности, истинного тела). Соответственно  $\Sigma\omega\tau\eta\rho$  (Спаситель) фактически означает «Целитель». Чудеса исцелений, играющие столь заметную роль в евангельских повествованиях, имели своей целью символически прообразовать окончательное «целение» человека. Истинную целостность, неделимое, неразложимое тело человек обретает *только* в телесно Воскресшем Господе, в «теле воскресения».

## Биоэтика в перспективе раннего и современного христианства

Иерей Александр Лапин, доктор мед. наук,  
Социально-медицинский центр - Госпиталь св. Софии  
г. Вены (Австрия), Православный богословский  
факультет Университета г. Пряшов (Словакия)

Данный доклад посвящен историческому анализу этических подходов к медицине и научному познанию на протяжении эпохи христианства вплоть до наших дней.

Основы современной врачебной этики можно видеть в принципах древнегреческой медицины со времен Гипократа (370 до Р. Х.). Но также не менее важны в контексте времени такие понятия, как *милосердие*, *сердце* или *относительность здоровья*, которые исходят из древнеиудейской, ветхозаветной традиции.



Христианство, возникающее исторически из этих двух корней, появляется как нечто новое и неожиданное, в эпоху позднего эллинизма, в общество высокой культуры и цивилизации, но и морального упадка. Христиане отличаются высоко моральным обликом жизни и скоро среди них появляются особо харизматические защитники веры *Отцы Церкви*. Нередко они происходят из элиты общества и обладают солидным знанием классических наук, в том числе и медицины. Обычно, на зените своей активной жизни они, восприняв христианство, уединяются для аскетического подвига. Но некоторые из них и дальше продолжают свою врачебную деятельность в самоотверженном служении *врачей-бессребренников*. Разделяя страдание больного, деятельность врачей-христиан намерена не только на телесное выздоровление пациента, но и - в отличие от врачей-язычников - на *уврачевание души...*

Итак, в эпоху христианской Византии мы видим не только расцвет эллинской медицины, но и ее усовершенствование. В соответствии с христианским идеалом заботы о ближнем создаются больницы, госпитали и приюты, которые по своей организованности, распространенности и по своему размеру вполне сравнимы с современным устройством системы здравоохранения.

Но с падением Константинополя в 1456 г. заканчивается эпоха византийской медицины. Вместе с тем центр христианства перемещается на Запад, но при этом меняется и его характер. Будь это в вероучительном смысле (*filioque*), в смысле церковной структуры (*папство*) или в способе богословского размышления (*схоластического* толкования вместо *аскетического* опыта). Постепенно западная (римская) церковь приобретает все больше светской власти и становится не только в религиозном, но и в *идейном* смысле вседоминирующим монопольным учреждением.

Одновременно это и эпоха *ренессанса* - возрождения культурного наследия эллинской эпохи - его искусств, наук, философии. В то же время наследие Византии и святоотеческого времени постепенно иссякает. В отношении медицины - лишь некоторые западные монашеские ордена содержат госпитали, исходя при этом из опыта приобретенном при опеке паломников в святые места восточного Средиземного моря. Но и сама врачебная деятельность теперь подвергается не так уж мотивации, как скорее контролю со стороны церковных властей. С недоверием относится римская церковь и к новым наукам - к алхимии и к астрономии. Известны конфликты с Галилеем (1564-1642), однако его «грех» относится на самом деле к его открытию систематического *метода* для исследования природных закономерностей. *Объективность* и *повторимость* результатов полученных этим путем поставили в сторону любой идейно-мотивированный контроль. В этом смысле неудивительно, что отныне *рациональная наука* становится синонимом *освобожденного* человеческого познания.

Но и в богословском смысле *монополия* римской церкви не остается непоколебимой.

Лютер (1483-1546), Кальвин (1509-1564) и другие реформаторы XVI века отвергают большую часть церковного предания, священных таинств, мистического опыта святоотеческого времени. Только вера (*sola fida*) и только благодать Божья (*sola gratia*) может спасти человека. Одно только священное писание (*sola scriptura*) становится отныне действительным авторитетом. Но для этого необходимо уметь его прочитать, да и его истолкование таит в себе опасность *субъективизма*.

Показательно, что именно в протестантских странах преуспевают новые науки и зарождается индустриальная революция... Но вместе с тем здесь начинает меняться и общее этическое понятие: *не Бог, а человек* (в духе *антропоцентрического гуманизма*) является центром и мерой всего человеческого деяния и старания.

В XX веке, в атмосфере прогрессивного гуманитарного общества, развитие наук, медицины и техники достигает своего зенита. Одновременно (как никогда прежде) -



именно под эгидой гуманизма - человеческий гений был столь злоупотреблен для массового угнетения и насилия. В то же время, особенно после второй мировой войны, человек встает перед дилеммой, исходящей, с одной стороны - из достижения древнейших *мечтаний*, с другой стороны - из одновременного *духовного опустошения*: Человек покорил природу, но он очутился перед экологической драмой. Благодаря современной медицине длина человеческой жизни более чем удвоилась, но как быть с перенаселенностью или престарелостью общества...

Сперва за закрытыми дверями научных кабинетов, а затем при содействии юристов возникает то, что сегодня называем *биоэтикой*. Это в первую очередь поиски путей для избежания моральной дилеммы исходящей из биотехнологического прогресса.

Но и сегодня здесь доминируют подходы *антропоцентрической* этики, в качестве принципа *автономии* или *утилитаризма* (человеку самому решать, что для него хорошо, или что хорошо в смысле большинства). Но эти пути - не всегда годные для выхода из тупиков (если, например, *дар* здоровья и жизни превращается в *право*). В этой ситуации взгляды и аргументы религиозных обществ приобретают все больше веса и внимания. Особенное место здесь занимает римско-католическая церковь. Ее аргументы отличаются высоким богословским и научным уровнем. Не мене ангажировано высказываются и многие протестантские специалисты. Однако при всей христианской намеренности, в большинстве эти высказывания - и здесь несут *правовой* характер и, как бы по аналогии с гражданскими законами, указывают, какие конкретные *технические* действия допустимы и какие нет. Проблема может возникнуть в практическом применении этих «норм», в конфликтных ситуациях или при наличии политических и других целей - в конфликтах между *правом* и *моралью* каждого отдельного человека.

Небезынтересно и то, что православное христианство в этой дискуссии проявляется намного сдержаннее. Причину этому можно видеть в трех планах: 1) *в историческом*: грех Галилея не касался восточного христианства; познание природы в святоотеческое время рассматривалось как подтверждение гармонии и промысла Божьего в Его творении; 2) *в виду автокефального устройства православной церкви*: официальные церковные документы по биоэтике обычно не имеют вселенского (всеправославного) значения; 3) в смысле *церковной икономии* т. е. - всякое установление или закон может иметь исключение, если этого требует спасение грешника.

Говоря о «православной биоэтике» надо в первую очередь учесть реальность воли Божией. Причем человек как образ Божий имеет способность *свободно* действовать. Он может творить *добро*, если он это делает в *содействии* (в *синергии*) с волей Божией. Современная биоэтика не считается с этими свойствами человека и указывает лишь *нормы* более-менее юридического характера...

В то же время, *цель* христианства, исходящего из святоотеческой традиции, направлена на возвращение *всякого* человека к Богу - к Творцу и Вседержителю. В этом смысле надо понимать *цель* деятельности Православной церкви - не как регламентирующую, но как *воспитательную и направляющую*.

В практическом смысле это означает, что всякий вопрос, относящийся к биоэтике, необходимо рассматривать индивидуально и в более глубоком и обширном контексте, чем только в смысле исполнения или неисполнения определенных *биоэтических* норм. В этом смысле и собственные моральные качества всех причастных - врачей, пациентов, родственников, а также менеджеров и политиков нуждаются в постепенном и постоянном моральном оздоровлении - так, как нас этому учит Святая Церковь.

Что это все не является наивностью или нереальным требованием доказывает существование византийской медицины или деятельность врачей-бессребренников.



## Христианство, государство, здравоохранение: искоренение ошибок секулярного фундаментализма

Х. Тристрам Энгельхардт-младший,  
Доктор философии, доктор медицины, профессор Университета г.Райса,  
заслуженный профессор Медицинского Колледжа г.Байлора (США).

Современная западная мысль, западная мораль, западная политика здравоохранения и биоэтика страдают от глубокой раздробленности, порожденной различными мощными секулярными силами. Доминирующая секулярная культура требует, чтобы религия была частной, поэтому происходит глубокий разрыв между общественной моралью и основными истинами, раскрываемыми и поддерживаемыми христианством. В частности, доминирующая светская культура пытается вытеснить религиозные взгляды из общественного мнения. В результате не удается интегрировать семью, культуру и религию. Таким же образом не удастся определить как христианство, медицина, государство могут иметь естественное взаимодействие друг с другом в целях достижения индивидуального и общественного здоровья. Эти обстоятельства, которые имеют важные последствия как для личного, так и общественного здоровья, имеют своими корнями фундаментальные изменения в понимании теологии и религии, которые с течением времени породили современную доминирующую мораль Запада. Так как медицина и здравоохранение в России опираются на научные и технологические достижения Западной Европы, будет важным не импортировать технологии извращающие культурные традиции. Врачи сами должны предпринять позитивные шаги по выявлению новых медико-научных знаний и технологических возможностей в рамках истинной православной традиции. Важным для вопросов морали в здравоохранении России являются усиление настоящей преданности к правильному поклонению и правильной вере. Это потребует как понимание того, что значит эта преданность и того что эта преданность исключает.

Используя моральные указания, в особенности западной биоэтики, важно признать, что корни западного секуляризма уходят глубоко в культуру запада. Начиная от схоластики и до просвещения и французской революции, была тенденция отделить моральные понятия от жизни в истинном поклонении и вере. В конце западного средневековья теология стала рассматриваться как независимая академическая дисциплина, способная критиковать и пересматривать живую теологию и моральные устои. Теология более не признавалась как жизнь святых и милости Божией, как прежде, а стала академическим занятием. Такое развитие и академическая трансформация теологии создали теологическую дисциплину, отдаленную от истинной христианской жизни в вере и молитве.

В результате, как мораль, так и теология стали 3-х разрядными предметами, отделяющими человека от Бога. Вследствие огромного влияния секулярных философских размышлений появилась попытка усилить и навязать секулярную моральную установку, отделенную от принятого утверждения Христа и его Церкви. Именно эти культурные силы, в конце концов, привели к попытке приватизировать религию и лишить ее центральной роли, направляющей общее взаимодействие государства и медицины в достижении здоровья, как индивидуума, так и общества в целом. Религия должна была быть заменена мирским видением правильного поведения и человеческого расцвета. Результатом стали медико-моральные утверждения, выраженные в секулярной биоэтике, которые поддерживают аборт, модели поведения, лежащие в основе ВИЧ-эпидемии и теперь в некотором числе западных стран самоубийство и эвтаназию с помощью врачей.

Важно подчеркнуть, что биоэтика, которая возникла в Америке в начале 70-х годов и затем экспортировалась по всему миру, была как раз ответом на секуляризацию американского общества по 2-ой половине XX века. Доминирующее понимание биоэтики в США, таким образом, имеет под собой специфически секулярный подтекст, который в



основании является секулярным. Поэтому это не может импортироваться в русскую мысль и политику здравоохранения без радикальной переработки и преобразования.

Эта биоэтика, задуманная в рамках фундаментальных, секулярных догм и экспортируемых с запада, угрожает здоровым путям, по которым христианство может помочь направить медицину и государство для сохранения здоровья пациента и силы культурных традиций. Таким образом, значительное количество серьезных проблем со здоровым пациентом и обществом от абортов и алкоголизма до ВИЧ-инфекции и др. болезней, передаваемых половым путем, могут быть прослежены как возникающие из-за неспособности сосредоточить свою жизнь в истине во Христе. Доминирующие секулярные установки не могут давать врачам играть их естественную роль в наставлении пациентов, что аморальные стереотипы жизни приводят к серьезным проблемам со здоровьем. Наиболее важно, что эти секулярные установки мешают и даже запрещают врачам помочь пациентам подготовиться к смерти. Они также заставляют врачей, которые признают глубокое зло абортов, тем не менее, отсылать пациентов, желающих сделать аборт, к врачам, которые могут произвести эту операцию.

Отрицание этой секулярной трансформации и утверждение соответствующей роли христианства будут центральными моментами, чтобы Церковь, медицина и Российское государство могли сотрудничать в поддержании здоровья русских людей. Необходимы объединенные усилия, чтобы признать тот факт, что невозможно соответствовать требованиям времени, будучи слепым и лишенным глубокого значения вселенной и требований православной христианской морали. Чтобы этого достичь, Российское государство, врач, интеллигенция должны оказать сопротивление наивному принятию биоэтики Запада. Напротив, врачи должны помочь возобновить возможность сотрудничества всех элементов Российского общества в обеспечении здравоохранения в свете истинного поклонения и истинной веры. Вновь как всегда России необходимо опереться на свои культурные и нравственные корни истинного православия, чтобы встретить вызовы будущего. Принимая серьезно и с огромным обязательством важность Православия в России, Россия может стать примером для мира, как успешного ответа на всеобъемлющие секулярные тенденции, угрожающими обществу Западной Европы и Северной Америки. Этот культурный вклад может преодолеть границы России и обучить мир.

## Современная медицина: проблема смены нравственных парадигм

Ирина Васильевна Силуянова, проф., доктор филос. наук,  
зав. кафедрой биомедицинской этики Российского  
государственного медицинского университета, член комиссии по  
биомедицинской этике Московского Патриархата (Москва)

Современное российское общество находится в состоянии нравственного кризиса: размыты моральные нормы, обесценены традиционные ценности. К сожалению, данные процессы находят свое отражение и в здравоохранении. Все чаще можно встретить попытки «изъять» медицину из христианской нравственной традиции, истолковать врачевание как форму «богоборчества», а не «дело милосердия». Православная научная общественность обеспокоена появлением среди социальных регуляторов человеческого поведения сомнительных в нравственном отношении «стандартов», таких как «право на свободную репродукцию», «право распоряжаться своим телом», «искусственный отбор», «убийство из милосердия», «право на достойную смерть» и др. Данное положение создает благоприятную среду для злоупотреблений - коммерциализации «медицинских услуг», включая частное и даже бюджетное финансирование сомнительных в нравственном от-



ношении научных исследований; культивирования потребительского отношения к человеку; движения в направлении создания «высшего» - элитного - типа людей; разложения традиционных семейно-брачных отношений. Легализация подобных тенденций в медицине угрожает основаниям христианской культуры и традиционным нормам общества.

В 1998 г. Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексей II благословил создание Церковно-общественного Совета по биомедицинской этике при Московской Патриархии РПЦ, в состав которого входят священнослужители, богословы, врачи, ведущие ученые, юристы, философы. Работу Совета возглавили три сопредседателя - архиепископ Тихвинский Константин, ректор СПДА, протоиерей Дмитрий Смирнов и проф., доктор мед. наук А. В. Недоступ.

К основным задачам деятельности Совета относятся:

- изучение состояния биомедицинских исследований в России,
- морально-нравственная экспертиза правовых актов, регулирующих экспериментальную и научно-практическую деятельности в области биомедицины,
- консультирование и информирование широких слоев православной и российской общественности по широкому кругу этических проблем современной медицины.

Последняя задача решается с помощью детальной проработки каждой актуальной и насущной проблемы, которая принимает в итоге форму официального документа - **Заявления Церковно-общественного Совета по биомедицинской этике.**

Деятельность Совета является открытой. Результаты работы Совета нашли отражение в 1-ом выпуске трудов ЦОС - «Православие и проблемы биоэтики» (Москва, 2001). В нем опубликованы все принятые Советом Заявления - «О современных тенденциях легализации эвтанази в России», «О нравственных проблемах, связанных с развитием “новых репродуктивных технологий”», «О морально-этической недопустимости клонирования человека», «Проект “Присяги врача России”», «О проекте федерального закона “О здравоохранении в Российской Федерации”», «О грехе детоубийства» и др.

В этом сборнике опубликованы так же доклады священнослужителей и православных ученых, которые предваряли принятие официального документа - Заявления ЦОС. Например, на тему «*О медицинских и моральных проблемах эвтаназии*» докладывали - иеромонах Анатолий (Берестов), доктор мед. наук, проф., засл. врач России Ф. В. Кондратьев. Вопрос «*О духовно-нравственных и социально-практических основаниях неприемлемости клонирования человека*» рассматривали - священник Максим Обухов и акад. РАН, директор Института общей генетики РАН, проф. Ю. П. Алтухов. Скоро можно будет познакомиться со вторым номером сборником трудов и заявлений ЦОС. Сборники трудов - один из научных результатов работы Совета.

Теоретические разработки и материалы Совета были использованы при создании Основ социальной концепции Русской Православной Церкви, которые были приняты Юбилейным Архиерейским собором в 2000 г.

Важным результатом работы Совета является работа над созданием «Соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения РФ и Московской Патриархией РПЦ» (5.03.2004) и участие членов Совета в работе Комиссии по реализации «Соглашения о сотрудничестве между Минздравом России и Московской Патриархией Русской Православной Церкви». Среди положений о сотрудничестве особого внимания заслуживает Статья 2 данного Соглашения. Она включала чрезвычайно важную позицию - «содействии ознакомлению учащихся высших и средних специальных учебных медицинских учреждений с разделами “Основ социальной концепции Русской Православной Церкви”, посвященным вопросам охраны здоровья». На основании данной Статьи православная научная общественность получила возможность транслировать нравственную позицию Церкви в медицинское образование, начать диалог по основным этическим проблемам современной медицины с представителями других мировоззренческих и этических позиций.

Важнейшее значение имеет положение Соглашения о сотрудничестве в области «разработки правовых актов по вопросам медико-социальной помощи, биомедицинской этики».



В фокусе внимания Совета не только готовящиеся законопроекты, но и этическая экспертиза уже действующего законодательства. Так, например, с точки зрения экспертов Совета ныне действующий Федеральный закон «О трансплантации органов и/или тканей человека» 1992 г. так же, как и ст. 36 «Основ законодательства», далеки от этической корректности. Принцип презумпции согласия, который лежит в основании закона о трансплантации, фактически допускает действия с умершим человеком, на которые он при жизни не давал согласия. Действие же, совершаемое без согласия, квалифицируется в этике как насилие, со всеми вытекающими из этого для общества последствиями. Одним из последствий является мощное социальное недоверие к отечественной трансплантации, что находит свое отражение в общественном мнении и в российской прессе.

Ныне действующие законы, регулирующие медицинскую деятельность, а также проекты законов «О репродуктивных правах», «О легализации эвтаназии» и др., обнаруживают реальную и опасную тенденцию, а именно: этические и правовые нормы могут не только не совпадать, но даже и противостоять друг другу. В данной ситуации значительно возрастает роль этической экспертизы законопроектов. Уровень и качество этической экспертизы в значительной степени зависит, во-первых, от того, насколько она выверена «духом и буквой» этики, и конкретно, учитывает культурно-национальную самобытность России, и именно основополагающие принципы православной этики. И, во-вторых, насколько Православная церковь, которая двадцать веков была гарантом незыблемой «моральной конституции», выверенной судьбами миллионов людей, будет вовлечена в процесс обсуждения, принятия и совершенствования правовых документов в области охраны здоровья человека.

В течение семи лет Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике детально анализирует соотношение этических и правовых норм современной медицинской деятельности, последовательно выполняя непростую функцию защиты прав и свобод врача и пациента от попыток некорректного и извращенного понимания прав и свобод человека.

Сегодня Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике при Московской Патриархии продолжает свою работу. Христианская этика, неизбежно включают в себя рекомендации, ограничения, нравственные законы и запреты, значение которых для человека чрезвычайно велико, ибо «в законе Господа воля Его» (Пс. 1:2). Одно из значений заключается в том, что морально-этические нормы охраняют и защищают человеческую жизнь. Сегодня профессиональная биомедицинская этика, опирающаяся на христианские нравственные ценности, - это форма защиты врача и пациента от произвольных манипуляций над жизнью и смертью человека.

## Мнение врачей о некоторых новых биотехнологиях в зависимости от отношения к православию

(по материалам социологического исследования)

Галина Львовна Микиртичан, проф., доктор мед. наук,  
зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики  
Санкт-Петербургской Государственной педиатрической академии;  
протоиерей Сергей Филимонов, доктор мед. наук,  
председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга  
им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), преподаватель Санкт-  
Петербургского Государственного медицинского университета  
им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург)

Последние десятилетия XX века отмечены быстрым развитием фундаментальных медико-биологических наук и активным внедрением их достижений в клиническую



медицину. Знаменуя прогресс биологии и медицины, последствия применения новых биотехнологий еще достаточно не определены. Многие из них вызывают опасения морального характера, так как связаны с обесцениванием традиционных человеческих христианских ценностей, затрагивают сложившиеся веками принципы медицинской этики.

В нашем исследовании мы попытались выяснить взгляды врачей на некоторые вопросы, связанные с новыми биотехнологиями. Представленное сообщение является фрагментом медико-социологического исследования взглядов врачей по основным проблемам медицинской этики (биоэтики) в зависимости от их конфессиональной принадлежности, проведенного в 2002-2004 гг. Было опрошено более 790 врачей по специально разработанной анкете.

Все респонденты были разделены на группы в зависимости от отношения к православной религии (для этого задавался определенный комплекс вопросов): I - атеисты, II - считающие себя верующими, но не посещающие церковь и плохо или совсем не знающие основ Православия, III - воцерковленные.

Среди названных врачами возможных причин аборта самый высокий удельный вес падает на медицинские показания со стороны женщины (22,2%) или плода (21,6%), личное желание женщины - 16,5%, (воцерковленные - 8,6%), изнасилование - 15,1%, социальные показания - 11,3% (воцерковленные - 8,6%). 3,1% врачей, в основном, воцерковленных, ответили, что причин для аборта нет. При необходимости ограничения рождения детей в семье, 82,9% врачей будут рекомендовать родителям контрацепцию (59,1% воцерковленных), 9,5% - стерилизацию, 2,1% - аборт в ранние сроки. 86,8% врачей и 74,5% пациентов положительно оценивают применение искусственного оплодотворения.

Допустимость суррогатного материнства по обоюдному согласию признали 64,3% врачей и 47,6% пациентов, признавая также необходимость его оплаты; воцерковленные респонденты чаще отрицают этот метод. 47,5% врачей считают эмбрион человеческим существом с момента зачатия, у воцерковленных врачей этот показатель (82,5%) более чем в 2 раза выше, чем у неверующих (37,8%).

Вызывает тревогу высокая частота положительного отношения врачей к эвтаназии: лишь 41,0% отрицают активную и пассивную эвтаназию, наибольший показатель допустимости активной эвтаназии у неверующих - 42,0% и наименьший у воцерковленных - 7,0%.

Анализ отношения респондентов к современным генетическим технологиям показал, что 64,8% врачей положительно относятся к геной инженерии (неверующие 64,9%, воцерковленные - 34,0%); твердое отрицание геной инженерии выявилось у 6,8% всех врачей. 55,8% воцерковленных врачей и 77,8% неверующих полагают, что генетическое тестирование должно стать обязательным. Более 80,0% врачей всех групп считают, что генетическое консультирование должно предшествовать браку. Частота ответов, что результаты генетической диагностики могут стать основанием для аборта у неверующих и верующих врачей одинакова, а у воцерковленных - в 2,5 раза меньше. Среди врачей положительное отношение к клонированию человека высказали немногие (чаще мужчины): неверующие - 7,2%; верующие - 10,5%, а у воцерковленных таких ответов совсем не было. Зато во всех группах большинство врачей положительно относятся к клонированию органов человека: неверующие - 66,5%; верующие - 68,0%; воцерковленные - 42,8%.

Ответы врачей, определяющие их отношение к пересадке органов от живого донора, трупа и животных, в целом были положительными. У воцерковленных частота положительных ответов при всех типах доноров несколько ниже, чем в группах неверующих и верующих, что связано с христианским отношением к смерти и вере в будущее воскресение. Во всех группах частота положительных ответов у мужчин и у молодых врачей соответственно выше, чем у женщин и у врачей со стажем более 5 лет.

Анализируя результаты ответов на весь комплекс вопросов необходимо признать, что взгляды многих врачей на современные биотехнологии еще не сформированы, не имеют твердого нравственного обоснования. Мнения воцерковленных респондентов зна-



чительно отличаются от верующих и неверующих и в большей степени соответствуют нормам религиозной морали и медицинской этики. В то же время, и среди воцерковленных врачей значительная часть оказалась неподготовленной к решению современных этических проблем, отказавшись или затруднившись ответить на поставленные вопросы.

## Научно-методические основы повышения структурной эффективности здравоохранения

Владимир Захарович Кучеренко, член-корр. РАМН, проф., доктор мед. наук, зав. кафедрой социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова (Москва)

Целью проводимой реформы отечественного здравоохранения является преобразование существующей системы здравоохранения, повышение ее медицинской, социальной и экономической эффективности. На новом этапе реформирования здравоохранения, именуемом модернизацией отрасли, в ряду не всегда четко и обоснованно провозглашенных задач безусловным приоритетом, как и было в начале перестройки, остается реструктуризация системы здравоохранения, направленная на достижение конечных целей отраслевой реформы: обеспечение полноты и повышение качества медицинской помощи населению. Это возможно при условии перехода отрасли на научно-обоснованные ресурсные модели развития при адекватном правовом, экономическом, нормативном, кадровом и организационном обеспечении.

Несмотря на то, что в последнее десятилетие в России число больничных коек с круглосуточным режимом работы сократилось с более чем 130 коек на 10 тыс. населения до 100 - этот показатель в мире является одним из наиболее высоких. В условиях ограниченных финансовых ресурсов, когда стационарная помощь является наиболее ресурсозатратной, возникает вопрос: нужно ли иметь такую сеть стационаров, если к тому же по заключениям экспертов до 1/3 больных госпитализируется без достаточных на то показаний. Если бы в амбулаторно-поликлинических учреждениях были созданы адекватные диагностические, лечебные, медико-реабилитационные условия и внедрены современные управленческие технологии - то значительная часть ныне госпитализируемых больных могла бы получать достаточную по объему и высокую по качеству медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Содержанием реструктуризации является оптимизация предоставляемой населению медицинской помощи по ее видам, реорганизация сети учреждений здравоохранения с учетом их медицинской эффективности, ресурсного и финансового обеспечения на основе перехода на современную дифференцированную многоуровневую систему медицинского обеспечения, включающую: развитие межрайонных центров специализированной помощи, проведение профилизации учреждений с учетом их лечебно-диагностических возможностей, дифференциацию оказания медицинской помощи по интенсивности лечебно-диагностического процесса, переход к институту врача общей (семейной) практики.

Реструктуризация предполагает в зависимости от ситуации со здоровьем населения и возможностей системы здравоохранения перегруппировку ресурсов внутри и между этапами и уровнями оказания медицинской помощи для использования наиболее эффективных и наименее ресурсозатратных организационных технологий.



Таким образом, реструктуризация даст возможность повысить медико-социальную и экономическую эффективность использования ресурсов здравоохранения за счет перераспределения части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический, более широко использовать стационарозамещающие технологии, повысить уровень и качество первичной медико-социальной помощи за счет внедрения общеврачебной (семейной) практики, сократить число обращений больных на станции скорой медицинской помощи больных с хронической патологией, оптимизировать специализированную медицинскую помощь и т. д.

Будущими принципами реструктуризации должны стать системный подход, эластичность и динамичность с учетом конкретных региональных условий в системе здравоохранения территорий, их экономических, социальных, географических и других особенностей.

В рамках реструктуризации стратегически реформирование амбулаторно-поликлинической помощи предполагает реализацию мероприятий по формированию сети самостоятельных общих врачебных практик, реорганизацию поликлиник в медицинские центры (консультативно-диагностические и реабилитационные), передачу наиболее сложных консультативных функций специалистам многопрофильных стационаров.

Организация медицинского обслуживания средним медицинским персоналом на дому, в стационарах одного дня, дневных стационарах, специализированных центрах (больницах) для долечивания и реабилитации и пр. позволит передать часть объемов медицинской помощи на уровень амбулаторно-поликлинических учреждений.

Преимущественное развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения на основе общей врачебной практики позволит обеспечить повышение доступности и качества медицинской помощи, более эффективное использование ресурсов за счет перераспределения части объемов помощи населению из стационарного сектора во внебольничный, сокращения дублирования в работе врачей, интеграции неотложной помощи в систему общей врачебной практики.

Дифференциация коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса, более широкое использование стационарозамещающих технологий как в поликлиниках, так и в больницах, обеспечение преемственности в работе учреждений здравоохранения и социального обеспечения позволит более целенаправленно и эффективно использовать дорогостоящий коечный фонд стационаров.

## **Церковно-государственные отношения в сфере здравоохранения: прошлое, настоящее и перспективы развития** (по результатам медико-социологического исследования)

Анна Евгеньевна Черкасова, доктор мед. наук, зав. медицинским сектором Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова (Москва)

В истории взаимодействия медицины и религии в нашей стране представляется обоснованным выделить следующие периоды:

- период больниц при монастырях (со второй половины XI в. до 1844 г.),
- период общин сестер милосердия (1844-1917);
- период отсутствия взаимодействия (1917-1988);
- период разнообразия взаимодействия (с 1988 г. до настоящего времени).



Периоды учитывают историю развития обоих социальных институтов в целостной структуре общества, а также трансформацию внешних и внутренних аспектов их взаимодействия.

Определены следующие составляющие социально-философской основы взаимодействия медицины и религии:

- медицина и религия имеют общий объект интересов - это человек во всей полноте его жизни. Они признают наличие физической и нефизической (в том числе духовной) составляющей человеческой личности. Они относятся к здоровью человека как к комплексному понятию, учитывающему физическое и не только физическое благополучие;
- медицина и религия имеют границы компетенции в своей заботе о человеке. Компетенция медицины - это, в основном, лечение патологии, возникающей в сфере физического бытия человека, а также душевных (не духовных) расстройств. Компетенция религии - лечение духовной составляющей личности, в меньшей мере - душевных расстройств;
- взаимодействие медицины и религии заключается во взаимном дополнении в связи с тем, что их сферы компетенции дополняют друг друга. Взаимное дополнение медицины и религии дает простор для обогащающего влияния на микроокружение пациента, а также для реализации внешних аспектов взаимодействия социальных институтов.

Направлениям внешнего взаимодействия социальных институтов медицины и религии в современной России соответствуют определенные организационные формы: храмы и часовни при ЛПУ (в том числе при хосписах), сестричества милосердия (общины, группы сестер милосердия), душепопечительские центры, клубы (братства) трезвости, комитеты по биомедицинской этике, медико-просветительские центры, благотворительные общества, патронажные службы, церковные учреждения для содержания инвалидов, церковные ЛПУ, православные общества медицинских работников. К организационным формам можно также отнести некоторые виды деятельности: например, издание медико-просветительской литературы, взаимодействие медицинских вузов с церковью, научная и преподавательская работа по теме взаимодействия.

К настоящему времени создана база для нормативного регулирования взаимодействия медицины и религии, которая основывается на законодательстве Российской Федерации. Ключевым документом на федеральном уровне является Соглашение о сотрудничестве между Минздравом РФ и Московской Патриархией Русской православной церкви, на региональном уровне - аналогичные соглашения между департаментами здравоохранения региональных администраций и епархиальными управлениями, на местном уровне - договорами между ЛПУ и церковными учреждениями.

Процесс взаимодействия медицины и религии привел к формированию новых социальных отношений в ЛПУ. Каждый из субъектов отношений (главный врач, лечащий врач, медицинская сестра, священник, прихожанин-активист, сестра милосердия, пациент, родственник пациента), играя определенную роль во взаимодействии, может порождать конфликты в случае несоблюдения его интересов, что требует разработки соответствующих мер.

Пациенты (96,8%) и медицинские работники (94,5%) признают необходимость повышения уровня общей культуры в медицинской среде. 89,5% пациентов и 86,8% медицинских работников считают целесообразным повышение уровня духовности в медицинской среде. В качестве своего вероисповедания 81,5% пациентов указали православие, но фактическая религиозная активность большинства пациентов не велика. Среди медицинских работников лиц православного вероисповедания оказалось 82,5%, однако фактическая религиозная активность большинства медицинских работников также не велика.

Сотрудничество государственной системы здравоохранения с Русской православной церковью считают полезным явлением для системы здравоохранения и в целом для общества 72,5% пациентов, 76% опрошенных медицинских работников и 98% священнослужителей. Поддержку всех трех групп респондентов получили такие направления взаимодействия медицины и религии, как борьба с алкоголизмом и наркоманией, работа



с пациентами хосписов, работа с инвалидами, обсуждение и поиск решения проблем биомедицинской этики, уменьшение количества аборт.

Поддержали идею преподавания студентам медицинских вузов основ православного вероучения 53,4% пациентов, 37,3% медицинских работников, 98% священнослужителей. Среди пациентов и медицинских работников не было единого мнения о том, каким должен быть такой курс - обязательным или необязательным. Большинство священнослужителей (73%) считают, что такой курс должен быть необязательным.

Научно обоснованные принципы, на которых должны строиться отношения между различными участниками процесса взаимодействия медицины и религии, включают в себя:

- предварительную подготовку плана сотрудничества, содержащего регламентацию взаимодействия по характеру, месту и времени, с учетом внутреннего распорядка больницы (оптимально - подписание договора между храмом и больницей);
- предварительное ознакомление участников процесса с этим планом, психологическую и практическую подготовку к сотрудничеству;
- согласование своих намерений и поступков с другими участниками взаимодействия, особенно в ситуациях отклонений от плана сотрудничества;
- взаимное уважение между представителями медицины и церкви;
- учет иерархии, имеющейся в обоих социальных институтах;
- учет социальных границ, в рамках которых разрешено действовать каждому субъекту отношений;
- постоянство в сотрудничестве представителей обоих социальных институтов.

Результаты социального прогнозирования свидетельствуют о положительных перспективах дальнейшего развития взаимодействия между медициной и религией в России по основным направлениям.

## Современное состояние социального служения и благотворительной деятельности Русской Православной Церкви

Иеромонах Серафим (Кравченко), ответственный секретарь  
Отдела по церковной благотворительности и социальному  
служению Московского Патриархата (Москва)

В сфере социального служения Русской Православной Церкви на сегодняшний день имеется целый ряд вопросов и проблем.

Социальное служение Церкви ежедневно осуществляется в епархиях, монастырях и на приходах священнослужителями и мирянами, членами братств и сестричеств, сотрудниками церковных благотворительных организаций и служб милосердия.

Во многих епархиях открываются детские приюты и богадельни, школы сестер милосердия и патронажные службы, благотворительные столовые и ночлежки для бездомных. В ряде епархий имеются хосписы и церковные больницы, магазины для неимущих. Проводится работа по оказанию помощи страдающим психическими заболеваниями, алкоголизмом и наркоманией, беженцам и вынужденным переселенцам, жертвам стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций. Через приходы и обители нашей Церкви распределяется вещевая, медицинская и продуктовая гуманитарная помощь. Доброй традицией стало проведение рождественских елок и пасхальных праздников, организация летнего отдыха для сирот, детей-инвалидов и детей из многодетных и неполных семей. При государственных домах престарелых, больницах и интернатах открываются домовые храмы



и часовни. На общецерковном уровне эту работу осуществляет и координирует Отдел по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата.

В числе программ и проектов, уже реализованных и реализуемых Отделом по церковной благотворительности в настоящее время, следует указать следующие:

1) медицинские программы:

- Свято-Алексиевская Центральная клиническая больница Московской Патриархии на 226 койко-мест;
- антиалкогольная программа, разработанная совместно с Трентийской епархией Римско-Католической Церкви;
- патронажная служба по уходу за 120 подопечными;
- открытие больничных храмов в Центральной клинической больнице Московского Патриархата, Центре психического здоровья Академии медицинских наук РФ, 1-й Городской психиатрической больнице им. Н. А. Алексеева и других лечебных учреждениях;

2) детские программы:

- школа-интернат для 80 неблагополучных детей;
- оказание помощи детям-сиротам и детям-инвалидам через Благотворительное общество святых мучеников Космы и Дамиана и Международный благотворительный центр преподобного Серафима Саровского;
- ортопедическая мастерская по изготовлению протезов и коррекционной обуви для детей-инвалидов;
- программа «Дети Чернобыля» по организации диагностики и лечения 837 детей в Италии (1993-1998);
- проект «Обувь - детям» (распределение обуви среди воспитанников приютов и детских домов) в 11 регионах России (2000-2002);
- проект «Рука помощи - детям» по поддержке церковных приютов и государственных детских домов в Саранске, Костроме и Ярославле (2004 г.);
- ежегодное проведение рождественских елок и пасхальных праздников в детских домах и Приютах;

3) строительство в Москве богадельни на 24 человека;

4) реставрация храма, предназначенного для инвалидов-колясочников;

5) оказание помощи вынужденным переселенцам и жертвам стихийных бедствий:

- совместный с ИОСС проект в Чечне, Ингушетии и Северной Осетии (1995-1997);
- оказание помощи пострадавшим от землетрясения на о. Сахалин (1995);
- оказание помощи вынужденным переселенцам из Казахстана, Узбекистана, Таджикистана, Молдовы и Чечни;
- оказание помощи жертвам террористических актов в Москве, Волгодонске и Беслане (1998, 2004);
- распределение 60 тонн продуктов питания среди пострадавших от наводнения в Якутии (2001);
- оказание помощи пострадавшим от наводнения в Краснодарском крае (2002);
- 6) распределение гуманитарной помощи совместно с ИОСС:
  - 7500 тонн продуктов питания в 11 регионах России среди 1,5 млн. человек (1993-1994);
  - 90 тонн груза в Чечне (1995-1996);
  - 53000 тонн продуктов в 19 регионах России (1999-2022);
  - проект «Зима 2003-2004» по распределению одеял в церковных и государственных учреждениях социальной сферы на территории Барнаульской, Новосибирской, Томской, Вологодской, Саранской, Костромской, Московской, Читинской, Биробиджанской, Мурманской, Владивостокской, Петрозаводской, Благовещенской и Петропавловско-Камчатской епархий;

7) в целях расширения и укрепления материальной базы приходов и монастырей, занимающихся каритативной деятельностью, в Костромскую, Московскую и Саранскую епархии было поставлено оборудование для минипекарен;



8) в рамках долгосрочных программ, связанных с распределением гуманитарной помощи, более 90 человек в 30 епархиях Русской Православной Церкви были обеспечены работой и стабильной зарплатой в течение восьми лет (1993-1996, 1999-2002).

Общая стоимость перечисленных выше проектов превышает 63 млн. долл. США.

Кроме того, Отдел взаимодействует с министерствами и ведомствами социального блока, участвует в работе Общества православных врачей, проведении межъепархиальных семинаров, ежедневном приеме нуждающихся, в деятельности Комитета женских благотворительных организаций и в работе Благотворительного совета Москвы.

Однако социальная работа не лишена и целого ряда трудностей и проблем.

Отсутствие информации с мест не позволяет наметить перспективы диаконической работы на общецерковном уровне, взаимодействия с епархиями, развивать двухсторонние и межъепархиальные инициативы. Отсутствие информации негативно сказывается и на взаимодействии Церкви с министерствами социального блока.

Вторая проблема - это дефицит кадров, в особенности в малочисленных и удаленных епархиях.

К сожалению, до сих пор бытует мнение, что синодальный Отдел - это неиссякаемый источник материальных ресурсов и гуманитарной помощи. Однако вся благотворительная деятельность является дотационной и убыточной. За 14 лет существования все перечисленные проекты, и вся текущая деятельность Отдела осуществлялась за счет самофинансирования и привлечения доноров. В аналогичной ситуации находится большинство приходских благотворительных инициатив, как правило, не получающих средств из епархиального бюджета.

В этой связи уместно ставить вопрос о дотациях из общецерковного, епархиального, федерального или местного бюджетов, о создании условий для реализации того или иного проекта, о материальной базе, которая бы позволила самостоятельно поддерживать осуществление конкретных проектов.

Все диаконические проекты социально значимы и отвечают тем принципам социальной политики, которые провозгласила государственная власть. Однако планомерное и систематическое выделение средств из местных или федеральных бюджетов на реализацию церковных социальных проектов - это предел мечтаний. Льготное налогообложение, оплата труда церковных социальных работников, предоставление льгот на оплату коммунальных услуг и т. д. пока является твердой преградой на пути развития общецерковной системы социального служения.

Не всегда удается оказать помощь и в случаях, когда речь идет о стихийных бедствиях, террористических актах, чрезвычайных ситуациях. Процедура привлечения средств зарубежных доноров не всегда позволяет отреагировать на беду своевременно и оперативно. Думается, необходимо создание общецерковных и епархиальных резервных фондов на случай оказания помощи жертвам стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций.

Существующие проблемы требуют принятия решений на общецерковном уровне.

## Организационные формы деятельности медико-социальных учреждений Русской Православной Церкви и православных общественных организаций

Протоиерей Сергей Филимонов, доктор мед. наук, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), преподаватель Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург)

Нами был проведен анализ деятельности медицинских и медико-социальных учреждений, организованных Русской Православной церковью, как объектов пастырской



деятельности. Результаты анализа в виде различных организационных форм представлены в таблице.

Учреждения медицинского, медико-социального характера, организованные и окупаемые РПЦ

I. Медицинские учреждения II. Медико-социальные учреждения III. Комплексные (многопрофильные) учреждения (Дома и Обители милосердия)

**1.1. Стационарного типа.** 1.1.1. Больницы Патриархата: а) епархиальные больницы; б) центрального подчинения. 1.1.2. Монастырские больницы (лазареты). 1.1.3. Лазареты при епархиальных духовных школах (академиях и семинариях). 1.1.4. Городские больницы по договору с епархией. **1.2. Амбулаторного типа.** 1.2.1. Медпункты духовных школ. 1.2.2. Медпункты монастырские: а) самостоятельные; б) при монастырском лазарете. 1.2.3. Душепопечительские центры 2.1. Богадельни: а) монастырские; б) приходские. 2.2. Приюты: а) монастырские; б) приходские. 2.3. Общины постоянного проживания для реабилитации наркозависимых лиц и алкоголиков: а) монастырские; б) приходские 3.1. Монастырские: а) ведущие деятельность на своей территории; б) окупающие государственные и частные медицинские и медико-социальные учреждения извне. 3.2. Приходские: а) ведущие деятельность на своей территории; б) окупающие государственные и частные медицинские и медико-социальные учреждения извне. 3.3. Обители милосердия монастырского типа и социальные дома: а) ведущие деятельность на своей территории; б) окупающие государственные и частные медицинские и медико-социальные учреждения извне

**Епархиальные больницы** - лечебные учреждения РПЦ, в которых оказывается сестринский уход и специализированная терапевтическая помощь в минимальном объеме церковно- и священнослужителям епархии преклонного возраста, находящимся на покое, а также прихожанам православных храмов, на основании письменного ходатайства духовника.

**Задача больниц центрального подчинения Московского Патриархата** - оказывать специализированную медицинскую помощь церковно- и священнослужителям патриархии и малоимущим и неимущим гражданам.

**Монастырские больницы** - медицинские учреждения РПЦ, расположенные на территории монастырей, предназначенные для оказания общей врачебной и отдельных видов квалифицированной медицинской помощи населению монастыря, трудникам и паломникам.

**Лазареты при духовных школах** (академиях и семинариях) - лечебные учреждения РПЦ, в которых оказывается медицинская помощь студентам духовных школ.

**Медицинские пункты духовных школ** - амбулаторные медицинские учреждения РПЦ, предназначенные для оказания первой медицинской и первой врачебной помощи студентам духовных школ - их организуют те духовные семинарии, которые не могут себе позволить содержание лазарета.

**Душепопечительские центры (ДПЦ)** - амбулаторные медучреждения РПЦ, предназначенные для консультации и амбулаторной реабилитации психически больных, алкоголе- и наркозависимых лиц, пострадавших от тоталитарных сект, экстрасенсов, оккультистов. На базе душепопечительского центра может также проводиться диагностика соматических заболеваний с последующим направлением в соответствующие лечебные учреждения. В душепопечительском центре тесно взаимодействуют православные священники и врачи.

**Монастырские и приходские богадельни** - неспециализированные медико-социальные учреждения РПЦ, предназначенные для общего ухода (сестринского, братского) за престарелыми и немощными монахами (монахинями) и прихожанами до их смерти.

**Монастырские и приходские приюты, частные приюты с церковным попечением** - учреждения РПЦ, предназначенные, в основном, для приема, содержания и воспитания детей-сирот.

**Общины постоянного проживания для реабилитации нарко- и алкоголезависимых лиц** - стационарные учреждения РПЦ, представляющие собой общину монастыр-



ского типа с замкнутым циклом и автономным существованием. Такие общины, как правило, располагают своим храмом, трапезной, мастерскими, скотным двором, огородом, техникой, домиками для проживания и социальных надобностей; полностью обеспечивают себя, подчиняются строгому уставу, регламентирующему духовную и медицинскую реабилитацию пациентов через постоянную молитву и физический труд.

**Монастыри с активной медико-социальной деятельностью** - учреждения РПЦ, оказывающие медицинскую и социальную помощь населению на прилегающей к монастырю территории и в ближайших населенных пунктах.

**Дома милосердия и обители милосердия** (приходского или монастырского типа) - учреждения РПЦ многопрофильного характера, выполняющие церковные, социальные и медицинские задачи и в зависимости от этого имеющие в своем составе учреждения разного типа. Комплексные учреждения РПЦ могут иметь две направленности: а) вести всю медико-социальную и медицинскую деятельность на своей территории или б) эту же деятельность силами сестер обители вести в различных государственных и частных учреждениях вне стен обители. Обитель в таком случае является только местом проживания и молитвы сестер и не имеет статуса монастыря.

Нами разработана организационная модель учреждения «*Центр Милосердия*», являющегося воплощением программы взаимодействия Церкви и государства. Центр занимается разными видами деятельности: помощь инвалидам, беременным, сиротам, онкобольным, больным в терминальной стадии, пострадавшим от оккультизма, детям из неблагополучных семей, помощь по уходу, консультативная помощь, социальная помощь малоимущим гражданам, помощь больницам в приобретении медоборудования и медикаментов и т. д. За время работы Центра (с 1998 г.) помощь получили около 6000 чел.

## Сотрудничество Церкви с государственными и общественными организациями в социальной области на примере Санкт-Петербурга

Протоиерей Александр Степанов, Председатель Отдела по благотворительности Санкт-Петербургской Епархии РПЦ

В 1990-е гг. усилия РПЦ были сконцентрированы на восстановлении храмов. Социальная активность не была первым приоритетом, хотя уже в конце 80-х гг. в нашей епархии возникли первые церковные благотворительные проекты. Финансовая и материальная их поддержка осуществлялась из-за рубежа. Другая причина сравнительно слабого развития социальных инициатив в эти годы - полная утрата традиции, навыков и самого понимания значения этой деятельности для церкви. Сегодня главными проблемами является отсутствие материальной базы социальной работы (в городах - прежде всего помещений), системы государственной поддержки церковной благотворительности, пассивность бизнес-сообщества, недостаток квалифицированных специалистов среди верующих, готовых работать при крайне скудном обеспечении.

Государство в начале 1990-х гг. столкнулось с валом социальных проблем, которых не знало ранее. Кроме того, привычные командно-административные методы решения этих проблем оказались неприемлемы в силу наступившей гласности. Этот период совпал со временем начала реформ как системы соцобеспечения, так и здравоохранения. Проблемы накапливались, как снежный ком. Вместе с тем, появившиеся общественные и религиозные организации по-прежнему вызывали недоверие у власти и не получили государственной поддержки для своего развития. Государство и до сих пор пытается удерживать монополию в социальной сфере.



Законодательно взаимодействие церкви и государства регламентируется федеральными и региональными законами о религиозных организациях, о социальном обслуживании населения и о благотворительной деятельности. Анализ этих законов показывает непроработанность механизмов взаимодействия и отсутствие заинтересованности государства в привлечении церкви к решению социальных проблем в обществе. В связи с этим почти сразу после выхода закона о религиозных организациях стали появляться законодательные инициативы по внесению поправок в этот закон или созданию нового закона, дополняющего существующий. Одновременно с этим, реагируя на стихийно развивающиеся попытки церкви участвовать в социальной помощи людям, на уровне исполнительной власти были подписаны декларативные соглашения о сотрудничестве церкви и государства по отдельным направлениям как на федеральном уровне, так и на региональном. Последняя попытка законодательно закрепить сотрудничество церкви и государства в социальной сфере отразилась в проекте федерального закона о социальном партнерстве церкви и государства, предложенном И. С. Риммером.

Примерами сотрудничества церковных, государственных и негосударственных организаций в Санкт-Петербурге по наиболее острым социальным проблемам являются:

- медицинские проекты;
- помощь наркозависимым пациентам, ВИЧ-инфицированным, больным СПИДом;
- работа с беспризорными и безнадзорными детьми;
- реабилитация социально неадаптированных групп (бывшие заключенные, выпускники детских домов и интернатов, бомжи и т. п.).

Развитие гражданского общества подразумевает активизацию как отдельных личностей, так и их объединений (общественных и религиозных организаций) в решении задач и проблем, стоящих перед обществом. Этот процесс приводит к тому, что из пассивных получателей благ, дающихся государством, граждане становятся соратниками государства в деле разработки и реализации социальных программ, направленных на максимальное удовлетворение потребностей общества. Гражданское общество несовместимо с государственной монополией на управление общественной жизнью и подразумевает широкое участие в ней общественных и религиозных организаций. К сожалению, сегодняшнее развитие общественной жизни в России идет по западному образцу, где религиозные организации, как таковые, исключаются из общественной жизни. При этом верующие могут участвовать в общественной жизни только через создаваемые ими общественные организации, не идентифицирующие себя с определенной религией. Это ведет к вытеснению религиозных организаций (Церкви, в частности) из общественной жизни. Религия становится исключительно частным делом каждого человека. Поэтому одной из важнейших задач социальной деятельности церкви является отстаивание ее права на явное присутствие в жизни общества.

## Медицинский отдел епархии - новое структурное подразделение Русской Православной Церкви

Игумен Филипп (Филиппов), секретарь Епархиального управления Сыктывкарской и Воркутинской епархии, руководитель медицинского отдела, председатель Православного медицинского общества во имя св. вмч. и целителя Пантелеимона (Сыктывкар)

Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, принятые на Юбилейном Архиерейском Соборе в 2000 г. аргументировано изложили позицию Церкви в вопросе охраны здоровья.



В Русской Православной Церкви сложились уже давно необходимые учреждения, которые разграничили свои полномочия в тех или иных направлениях служения Церкви: благотворительность, духовное окормление военнослужащих и осужденных, попечение о сиротах и неимущих, миссионерская, издательская и образовательная деятельность.

Основы социальной концепции призывают пастырей сотрудничеству в сфере медицины: «Церковь призывает как пастырей, так и своих чад к христианскому свидетельству среди работников здравоохранения. Весьма важно ознакомление преподавателей и учащихся медицинских учебных заведений с основами православного вероучения и православно ориентированной биомедицинской этики» (гл. 11, 2).

Работа в медицинских коллективах показала, что, к сожалению, большая часть медицинских работников совершенно незнакома с такой наукой как биоэтика. Хотя наиболее прогрессивная часть медиков хотела бы больше знать о биомедицинских технологиях и их христианской нравственной оценке.

Основы социальной концепции так определяют отношение к новым биомедицинским технологиям: «Бурное развитие биомедицинских технологий, активно вторгающихся в жизнь современного человека от рождения до смерти, а также невозможность получить ответ на возникающие при этом нравственные проблемы в рамках традиционной медицинской этики вызывают серьезную озабоченность общества. Попытки людей поставить себя на место Бога, по своему произволу изменяя и “улучшая” Его творение, могут принести человечеству новые тяготы и страдания. Развитие биомедицинских технологий значительно опережает осмысление возможных духовно-нравственных и социальных последствий их бесконтрольного применения, что не может не вызывать у Церкви глубокой пастырской озабоченности».

Новой формой деятельности Церкви могло бы стать создание епархиальных медицинских отделов, цель которых - координирование деятельности Церкви в лечебных учреждениях, как среди медиков, так и среди их пациентов, противостояние разрушительному натиску новых биомедицинских технологий и искреннее христианское служения ближним.

Занимающиеся медицинскими проблемами отделы по социальному служению и благотворительности уже не в состоянии решать поставленные серьезные задачи, прежде всего в связи с возникающими все новыми и новыми формами социального служения Церкви и расширением благотворительной деятельности.

Международные Рождественские образовательные чтения в январе 2003 года в итоговом документе заседания медицинской секции приняли решение ходатайствовать об открытии новой структуры в РПЦ, а именно, медицинского отдела Московского Патриархата.

Первый в Русской Православной Церкви медицинский отдел открылся в ноябре 2003 г. в Сыктывкарской и Воркутинской епархии. Руководитель - игумен Филипп (Филиппов), секретарь епархии.

Как показывает опыт работы медицинского отдела, его структура не должна быть громоздкой и изобиловать сложными схемами взаимодействия. Эффективной показала себя следующая структура.

1. Руководитель отдела, желательно врач-священник для более профессионального руководства созданной структурой;

2. Секретарь медицинского отдела, который должен заниматься технической работой, созданием архива, работой с электронными средствами коммуникации.

Также в структуру медицинского отдела могут быть включены руководитель Православного медицинского общества и секретарь Православного медицинского общества. На первом этапе этого будет достаточно для координации деятельности, а при расширении поля деятельности медицинского отдела возможно создание подотделов или дистанционных центров в епархиальных церковных округах.

На сегодняшний день главнейшими задачами отдела являются: ведение миссионерской работы и просветительской деятельности среди медицинских работников, подго-



товка священнослужителей и мирян для работы с медиками и пациентами, координация сотрудничества органов управления здравоохранения, лечебных учреждений с приходами и монастырями Сыктывкарской и Воркутинской епархии.

В ведении епархиального медицинского отдела в настоящее время находятся следующие подразделения: Православное медицинское общество, молитвенные комнаты в медучреждениях, веб-страничка для публикации новостей медицинского отдела.

Для более эффективной просветительской работы среди медицинских работников в епархии было создано Православное медицинское общество во имя св. вмч. и целителя Пантелеимона, объединяющее врачей всех специальностей.

В своей работе Общество использует опыт Санкт-Петербургского Общества православных врачей, но мы пригласили для сотрудничества в обществе не только врачей, но и других медицинских работников для объединения усилий всех медиков в решении поставленных задач:

- информирования общественности о проблемах современной медицины и биотехнологий в свете учения Православной Церкви;
- разработки и осуществления проектов в области духовного просвещения и благотворительности;
- ведения миссионерской деятельности для ознакомления медицинской общественности с основами православного вероучения;
- содействия охране здоровья и защите граждан от недобросовестной рекламы лекарств и незаконных методов лечения;
- участия в защите репродуктивных прав граждан;
- содействия духовному развитию членов общества, организация паломнических поездок.

Такой объем работы невозможно реализовать без четких координирующих организационных форм. Единственно возможной формой становится епархиальный медицинский отдел.

Создание медицинского отдела в Сыктывкарской епархии дало ощутимые результаты. За прошедшие полтора года открылись три новых молитвенных комнаты в лечебных учреждениях, распределены по лечебным учреждениям священнослужители епархии, проведено уже две научно-практические конференции и научный симпозиум. Установлены взаимоотношения сотрудничества с Коми филиалом Кировской медицинской академии, Сыктывкарским медицинским колледжем, проводятся совместные мероприятия с Республиканским геронтологическим обществом, активно посещаются лечебные учреждения с миссионерскими группами. Медицинским отделом активно рассматриваются наиболее актуальные проблемы, встающие перед медицинскими работниками. Врачи привлекаются к научной деятельности, а также проведению лекций и бесед перед священнослужителями епархии. С 2003 г совершаются регулярные паломнические поездки по святым местам России и Республики Коми.

В работе медицинского отдела и Православного медицинского общества активно участвует Правящий архиерей епископ Сыктывкарский и Воркутинский Питирим. Преподобнейший Владыка Питирим так определил задачи отдела: «Воспитание духовно здорового и нравственно чистого медицинского работника, умеющего служить добру и противостоять злу, послужит укреплению телесного и духовного здоровья граждан нашего земного Отечества. Именно в этом я вижу главную цель деятельности епархиального медицинского отдела».

Опыт деятельности медицинского отдела Сыктывкарской и Воркутинской епархии заслуживает изучения и распространения и в других епархиях Русской Православной Церкви. Создание подобных отделов будет правильным и адекватным ответом на задачи, поставленные Предстоятелем Русской Православной Церкви Святейшим Патриархом Алексием II, а также социальной доктриной Русской Православной Церкви.



## Диспетчерская служба Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)

Татьяна Анатольевна Шагурина, старший диспетчер Диспетчерской службы Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого); протоиерей Сергей Филимонов, доктор мед. наук, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), преподаватель Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург)

Диспетчерская служба (ДС) Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) была создана в 2001 г. ДС является связующим звеном в деятельности Общества православных врачей (ОПВ), Душепопечительского Центра (ДПЦ), РОО «Центр Милосердия», сестричества св. мц. Татианы и приходом св. вмч. и целителя Пантелеимона на ручье.

### **В функции Диспетчерской службы входит:**

- информация о деятельности этих организаций;
- запись на прием к врачам, сотрудничающим с ДПЦ;
- составление графиков приемов врачей на месяц;
- комплектация приемов;
- организация телефонных консультации врачей;
- изучение вопросов, с которыми пациенты обращаются в ДС;
- изучение спроса на врачей-специалистов, отсутствующих в составе ДПЦ;
- выдача гуманитарной медицинской помощи;
- справочно-информационная деятельность по разным направлениям (медицинской, социальной и т. д.);
- информирование, запись прихожан и всех желающих на паломнические поездки;
- сбор материалов для создания картотеки справочно-информационного обслуживания;
- составление статистических отчетов для главного врача ДПЦ.

**В составе службы** четыре диспетчера. Из них две сестры из сестричества св. мц. Татианы, два добровольных помощника - один для непосредственной работы в помещении ДС, другой - для работы на домашнем телефоне. Все диспетчеры имеют высшее образование, являются пенсионерами, старший диспетчер - работающий пенсионер.

Для ДС выделено помещение со всеми необходимыми удобствами, с отдельным номером телефона, автоответчик которого работает круглосуточно.

**График работы диспетчеров** - особый, что связано со спецификой деятельности, - по пять часов в сутки с понедельника по пятницу.

В понедельник диспетчерская работает с 10.00 до 19.00 - в две смены. В этот день в утренней смене работает самая опытная сестра, поскольку в это время поступает самое большое количество звонков, что связано с воскресной беседой настоятеля храма Державной иконы Божией Матери протоиерея Сергея Филимонова с пациентами, обратившимися, за оказанием медицинской, душепопечительской помощи в ДС.

Вторник, четверг, пятница - с 10 до 15.00; среда - с 14.00 до 19.00. В эти часы диспетчеры работают непосредственно на приеме звонков, а последующее время (в зависимости от обстоятельств) - на домашних телефонах, комплектуя приемы врачей, обзванивая пациентов, выполняя различные справки.

**Количество обращений.** За 2004 год в ДС по телефону было 2565 обращения. Из них 965 - за непосредственной медицинской помощью (на прием к врачу, за телефонной кон-



сультацией, вызовом на дом). На 1600 обращений были даны справки различной тематики. За 2004 год создана картотека пациентов, в ней на конец года насчитывалось 544 человека.

Всего с 2001 по 2004 год в ДС было 7883 обращений.

**Большой интерес к деятельности Общества православных врачей** отмечается среди верующих горожан, жителей Ленинградской области, других регионов и даже других стран.

Так, в 2004 г. диспетчеры приняли 12 международных звонков из Белоруссии, Германии, Украины, Казахстана, Финляндии, Франции).

Разнообразна география звонков, которые приходят из многих городов нашей страны, а таких было 48 (Москва, Владивосток, Калуга, Архангельск, Нижневартовск, Екатеринбург и т. д.).

Жители Ленинградской области обращались в Службу 49 раз. Это были жители Колпино, Зеленогорска, Малой Вишеры, Всеволожска, Карташевского, Выборга.

Это связано с большой просветительской деятельностью ОПВ, с издательской деятельностью председателя Общества. Многие узнают о деятельности Общества по православному радио, на православных выставках, чтениях и обращаются в ДС за непосредственной медицинской помощью, за различной информацией о возможностях Общества.

**Организация приемов врачей** - одна из основных функций в деятельности ДС. Главный врач сообщает в службу данные о врачах, которые хотят сотрудничать с ОПВ, затем диспетчер вносит данные врача в наши справочные материалы, выясняются возможности врача: место приема, время приема, возможное количество пациентов.

На сегодняшний день в помещении Душепопечительского центра, который находится в домовом храме прп. Сергия Радонежского при больнице Российской Академии Наук, принимают 12 врачей. Ежедневно проводится от 8 до 12 приемов.

На своих рабочих местах в разных концах города принимают 20 врачей; в одних случаях - по договоренности с диспетчерами по действующему графику, в других - по персональной договоренности о приеме конкретных пациентов. Поэтому составляется два графика работы. Эти графики очень подвижны в связи с возможными переносами приемов по разным объективным причинам (врача оставляют на дежурство, отъезд в командировку, у пациентов нет возможности в данный момент приехать и т. д.)

Самое сложное в работе диспетчеров - это оперативная **комплектация приемов**. Среди диспетчеров нет ни одного с медицинским образованием, поэтому при записи на прием в сложных случаях диспетчеры обращаются за консультацией непосредственно к главному врачу.

Согласно инструкции по обслуживанию пациентов **выделены следующие группы:**

- священники, служащие в храмах, члены их семей, монашествующие;
- учащиеся духовных школ, Академии.
- верующие;
- невоцерковленные.

**Социальный статус обращающихся в Службу** - основное количество звонков исходит от малоимущих людей: пенсионеров, многодетных, инвалидов.

Самое большое количество звонков - обращения в Душепопечительский центр. Это люди пострадавшие от оккультизма, сами занимавшиеся целительством, побывавшие в различных сектах, люди страдающие алкоголизмом и наркоманией. За помощью для двух последних категорий в основном обращаются их родственники, близкие.

Это часто очень тяжелое общение, выслушать таких пациентов не всегда просто. Некоторые из них звонят в самые трудные моменты своей жизни, иногда желая кому-то исповедаться, просто поговорить с человеком. Диспетчер начинает диалог с молитвы. Помогают также знания, которые получают диспетчеры, обучаясь в православной школе и профессиональные знания - два диспетчера имеют высшее педагогическое образование и большой педагогический стаж. Особенно в работе с этими категориями пациентов помогают практические занятия «Диспетчер-пациент. Основы общения», которые провел психолог Центра.



В связи большим количеством обращений родителей, которые обеспокоены поведением своих детей, подозревающих, что их дети употребляют различные наркотические вещества (особенно жителей пригородов, деревень Ленинградской области), наркологом Центра были проведены с диспетчерами занятия «Первые признаки наркомании».

**Учет неудовлетворенного спроса.** Ежедневно диспетчеры отмечают звонки, связанные с просьбой записать на прием или консультацию к врачам таких специальностей, которых нет в составе Душепопечительского центра. Эту информацию диспетчеры передают главному врачу.

Разработаны «**Должностные обязанности диспетчера**», «**Инструкция по записи пациентов на прием к врачам Общества православных врачей**». От первой телефонной «встречи» часто зависит последующее пребывание в ДПЦ и лечение пациента. Поэтому внимательно с особой любовью диспетчер ведет беседу, выясняя причину обращения, рассказывая о деятельности ДПЦ. Здесь очень важно внимание, умение выслушать пациента, доверительность тона. Некоторые пациенты звонят по несколько раз прежде, чем решаться прийти на беседу к батюшке в храм.

Когда люди впервые обращаются в ДПЦ, диспетчеры сразу не спрашивают их данных, но знакомят с правилами приема врачей, которые состоят из следующих пунктов:

- надо взять благословение у своего духовника или батюшки, у которого пациент окормляется;
- прийти на беседу к руководителю ДПЦ;
- после беседы перезвонить в диспетчерскую и сообщить, что у них было отмечено в «Памятке пациента ДПЦ».

Только при записи к врачу диспетчеры просят сообщить сведения о себе, которые включают:

- фамилию, имя, отчество;
- возраст;
- номер контактного телефона.

Пациентов, обратившихся непосредственно за медицинской помощью, диспетчеры регистрируют в «Книге регистрации обращений», затем обращаются к «Картотеке приемов» и вносят данные пациента в бланк «Записи на прием» к определенному врачу, регистрируют его в «Картотеке пациентов».

С самыми различными вопросами обращаются люди в ДС, желая получить информацию именно из православной организации.

В ДС сложилась традиция - ни один звонок не оставить без внимания, если нет возможности помочь обратившемуся непосредственно, диспетчеры стараются дать ему информацию о том, куда он может обратиться за решением своей проблемы. В этом помогает справочно-информационный материал, собранный в ДС - информационные справочники, собственная картотека, куда собран самый разнообразный материал справочного характера.

Информация сгруппирована по следующим рубрикам.

**Деятельность ОПВ.** За подобной информацией к нам обращаются большое количество врачей, желающих узнать:

- о деятельности общества;
- о расписании заседаний и тематике выступлений;
- о сотрудничестве, устройстве на работу

Пациентов ДПЦ интересуют:

- лекарственные препараты, биодобавки;
- информация о деятельности различных медицинских учреждений (что особо интересует жителей Ленинградской области, жителей других регионов)

**Деятельность ДПЦ.** Деятельностью Центра интересуются как сами оккультно-пораженные и наркозависимые пациенты, так и их родители, близкие (от них исходит самое большое количество звонков).



**Социальное обслуживание.** Здесь отмечаются два направления, первое из которых - прием заявок на непосредственное обслуживание больных в больницах и патронаж сестрами сестричества св. мц. Татианы.

В Санкт-Петербурге сестричества расположены в разных частях города, поэтому, имея информацию о других сестричествах, диспетчеры дают информацию о тех сестричествах, которые территориально ближе к пациенту.

Второе направление - информационное обслуживание верующих города и области по различным вопросам:

- благотворительные общества епархии;
- братства, сестричества;
- социальные учреждения, богадельни, хосписы, детские дома, приюты;
- юридическая помощь;
- информация для наркозависимых, для страдающих от алкоголизма;
- психологическая поддержка женщин, пострадавших от домашнего насилия.

## Типовая модель, основы организации и деятельности Душепопечительского Центра, как альтернативной формы оказания амбулаторной помощи

Валентина Васильевна Первак, главный врач  
Душепопечительского центра Общества православных врачей  
Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого);  
протоиерей Сергей Филимонов, доктор мед. наук, председатель  
Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки  
(Войно-Ясенецкого), преподаватель Санкт-Петербургского  
Государственного медицинского университета  
им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург)

В лоне Православной Церкви существуют медицинские организации, не имеющие своих стационарных учреждений, но несущие свое служение в государственных медицинских и социальных учреждениях - это общества православных врачей, сестричества милосердия, приходские общины больничных храмов.

Для осуществления лечебной деятельности при Обществе православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) в 2000 г. был организован Душепопечительский центр (ДПЦ).

Душепопечительский центр является новой организационной формой оказания бесплатной квалифицированной медицинской помощи. В ДПЦ православные священники и врачи совместно участвуют в лечении духа, души и тела больных на единой мировоззренческой основе.

В основе лечебного процесса лежит понимание того, что вне Церкви и церковной жизни достичь основной цели лечения во всей полноте невозможно. В этом свете, основная цель лечения - продолжение жизни человека для покаяния.

При создании Душепопечительского центра изначально планировалось два направления деятельности:

- 1) оказание лечебно-консультативной помощи православным больным и священнослужителям;
- 2) оказание помощи пострадавшим от оккультизма (экстрасенсов, «бабок», целителей, колдунов и т. д.).



Располагается Душепопечительский центр в арендуемом в больнице РАН кабинете. Штатная структура Душепопечительского центра представлена следующим образом:

- руководитель центра священник - 1 ставка;
- главный врач - 1 ставка;
- врач-регистратор - 1 ставка;
- педагоги курсов катехизации пациентов - 2 ставки;
- сестра-регистратор - 1 ставка;
- диспетчеры - 4 ставки.

Православные врачи различных специальностей, находящиеся в штатах разных лечебных учреждениях города, сотрудничают в Душепопечительском Центре на благотворительной основе.

За врачебной помощью к православным врачам пациенты обращаются по телефону через диспетчерскую службу центра. Главным критерием при отборе больных является вероисповедание и медицинские показания. Верующие пациенты обязательно должны иметь благословение духовника.

В последнее время отмечается значительный рост числа пациентов, изъявляющих желание получить консультацию православного врача. Так, в 2002 г. врачами Центра проконсультировано 536 человек, в 2003 - 797 человек, 2004 - 948 человек.

Консультативный прием больных проводится в кабинете ДПЦ. Прием православных врачей - консультативный, так как Общество православных врачей не имеет своей материальной базы и соответственно возможности проводить какие-либо диагностические исследования. Больных просят приходить на прием с имеющимися у них данными обследования или сделать их дополнительно в районных поликлиниках или диагностических центрах.

При этом православные врачи не дублируют прием врачей общемедицинской сети. На приеме с больными проводится беседа о связи болезни с грехами, страстями, образом жизни; о том, что страдания и болезни могут быть средством очищения и спасения для тех, кто переносит их со смирением и доверием к всеблагой воле Божьей. В рекомендациях о лечении кроме медикаментозных средств указывается значение воцерковления, важности исповеди и причастия для несения креста болезни.

В настоящее время в Душепопечительском Центре на благотворительной основе ведут консультативный прием 14 врачей. Еще 14 специалистов консультируют пациентов по месту своей штатной работы. Среди сотрудничающих в Душепопечительском Центре врачей 2 доктора медицинских наук, 1 доктор психологических наук, 8 кандидатов медицинских и психологических наук, врачи высших категорий.

В исключительных случаях православные врачи могут посетить больного на дому.

По некоторым организационным медицинским вопросам - об отношении Церкви к определенным видам лечения (остеопатии, гомеопатии, фитотерапии, биодобавках и т. д.) православные врачи дают консультации по телефону.

Итак, православные врачи на благотворительной основе оказывают пациентам помощь в следующих формах:

- амбулаторный консультативный прием в Душепопечительском Центре;
- консультативный прием по месту штатной работы;
- консультации по телефону;
- посещение на дому в исключительных случаях.

В объеме Душепопечительского Центра виды медицинской помощи можно расширить. С привлечением к работе в Душепопечительский Центр сестер милосердия планируется проведение ЭКГ исследований нашим пациентам.

Есть необходимость открыть процедурный кабинет, где можно было бы кроме обычных инъекций делать внутривенные капельные вливания. Существует потребность организовать кабинет ЛФК и массажа, но, к сожалению, в настоящее время мы не имеем для этого помещений.



Из выше изложенного следует, что:

- в связи с отсутствием материальной базы, врачи Душепопечительского Центра не имеют возможности обследовать больных и вынуждены рекомендовать им делать это в государственных лечебных учреждениях по месту жительства;
- лечебно-консультативная помощь осуществляется на высоком профессиональном уровне, и формы ее оказания могут быть расширены.

Вторым направлением работы Душепопечительского Центра является оказание медицинской помощи оккультно-пораженным. Пострадавших от оккультных воздействий направляет в Душепопечительский Центр на реабилитацию только руководитель центра (священник) после собеседования с каждым из пострадавших. В Душепопечительском Центре пациенты этой группы получают квалифицированную медицинскую помощь психиатра, психотерапевта, психолога и врачей других специальностей по показаниям. Но основная помощь пострадавшим от оккультизма заключается, по нашему мнению, в их воцерковлении. Для этого духовником Центра составлена определенная программа. Они обучаются на специально разработанных для них катехизаторских курсах, основной задачей которых является оказание помощи пациентам в их воцерковлении. Мы сделали попытку изучить медико-социальный портрет пациентов, пострадавших от оккультизма.

## Осмысление статуса сестры милосердия XXI века, содержания, места, формы и объема ее служения

Протоиерей Сергей Филимонов, доктор мед. наук, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), духовник Сестричества св. мч. Татианы; иерей Григорий Антипенко, преподаватель Курсов повышения квалификации православных врачей и психологов; Галина Александровна Клишова, старшая сестра Покровского сестричества; Елена Анатольевна Кабакова, старшая сестра Сестричества св. прмц. Елизаветы; Ксения Феодосьевна Громакова, Юлия Товиевна Антипенко, старшие сестры Сестричества св. мч. Татианы (Санкт-Петербург)

В начале 90-х гг. XX века в России стали интенсивно возрождаться церковные общины сестер милосердия. В связи с этим возникли определенные вопросы и трудности, созрела необходимость осмысления этого служения в церковно-историческом, богословском (экклесиологическом, сотериологическом, аскетическом) и практическом аспектах.

В апостольское время существовали различные виды служения, каждый верный находил свое место в Церкви, свой чин. Начало социального служения было связано с избранием диаконов. Тогда же встал вопрос о служении женщин в Церкви, его поднимает св. ап. Павел в некоторых своих посланиях. К III веку складывается особый вид именно женского служения - диакониссы. Их служение охватывало в основном подготовку взрослых женщин к крещению. Но к XII веку наблюдается постепенное упразднение в Православной Церкви чина диаконисс. В послеконстантиновскую эпоху государственности диакониссы стали все менее востребованы и, постепенно вытесняемое иподиаконским служением, женское диаконство превратилось в почетное церковное звание. Вся милосердная деятельность, осуществляемая в древней Церкви диаконами и диакониссами, сосредоточилась в монастырях. На Западе



милосердная деятельность женщин не прекращалась. В средневековье возникали церковные общины, осуществлявшие социальное служение. Но оно, вслед за обществом, все больше секуляризировалось и гуманизировалось. Именно в обмирщенном виде женское милосердное движение приходит в Россию в XIX веке. Св. прмц. Елизавета в начале XX века ставит вопрос о воцерковлении милосердного сестрического движения через возрождение церковного чина диаконисс. Это начинание, при противоречивом отношении к нему церковной иерархии, не стало общецерковным до настоящего времени.

Церковное служение имеет синергийный характер: Христос продолжает Свое служение в этом мире в членах Своего Тела - то есть через Церковь. Из этой истины вытекает различие между деятельностью («во имя свое, с другими») и служения («во имя Христа, вместе с Церковью»). Важно уяснить место женщины в церковном служении, ее статус; важно определить, что приоритетным трудом является облечение в Христовы добродетели, что и является содержанием милосердного служения. Место и формы служения могут быть различны, они зависят от запросов времени. Например, в нынешнее время кризиса института семьи и прогрессирующего увеличения числа сирот и беспризорников, возникло милосердное педагогическое служение «Синий Крест». Объем служения также различен в каждом конкретном случае.

В XXI веке сестра милосердия должна явить церковным людям и обществу образ служащего Христу. В современном мире она призывается стать светильником для христиан, призывая их к служению, и для общества, освящая и наполняя истинным содержанием ныне выхолащенные понятия добра, милосердия, любви. Для этого пришло время канонически определить статус сестры милосердия в Церкви, благословить единый чин посвящения. Этот статус вытекает из осмысления содержания служения: сестра милосердия - не просто социальный или медицинский работник или альтернатива профессиональным кадрам. Она - «соль земли», «свет миру», призванная осолить разлагающийся от безбожия мир. Тогда место, формы и объем ее служения могут быть любыми.

В нынешнее время для церковного служения существует опасность секуляризации со стороны безбожного общества, которое на сестру милосердия смотрит как на человека младшего и среднего медицинского персонала, призванного облегчить решение определенных вопросов. Ничего большего государственные структуры от сестры милосердия не ожидают. Да и само понятие милосердия заменяется понятиями психологической и психотерапевтической помощи. Поэтому не общество должно снисходительно принять сестру в «свои» ряды, а в лице сестры Церковь должна говорить этому обществу о Христе. Это с одной стороны.

С другой стороны, опасность для церковного служения может исходить и от самой женщины. Даже в облике сестры милосердия, но без духовного руководства, предоставленная сама себе, не борясь со страстями и не стремясь к обретению добродетелей, женщина в Церкви может стать разрушающей силой, чем был обеспокоен в свое время св. ап. Павел. Об этом говорилось и на Соборах (70-е правило VI Вселенского Собора, 11-е правило Лаодикийского Собора), и в настоящее время священнослужителями на конференциях и епархиальных собраниях.

Только под омофором Церкви, при архипастырском и пастырском окормлении сестринского движения, личном духовническом сопровождении каждой сестры милосердия, церковном объединении в сестричества (братства) при приходах и придании понятию «сестра милосердия» общецерковного официального статуса с определением ее места и роли в Церкви можно надеется на позитивные плоды и перспективы милосердного сестрического движения.



## Проблемы пастырского душепопечения в геронтологии

Протоиерей Георгий Зверев, магистр медицины, пресс-секретарь  
Полтавского епархиального управления, преподаватель  
Миссионерского духовного училища Украинской  
Православной Церкви (Полтава)

Большую (иногда большую) часть прихожан большинства православных храмов составляют лица пожилого и старческого возраста. Удельный вес лиц данной возрастной категории в обществе высок, и имеет тенденцию к неуклонному росту в связи с повышением качества и уровня жизни. Все это ставит православного пастыря перед необходимостью знания возрастных особенностей психологии и физиологии.

Старость и старение окутаны сетью мифов и заблуждений, обязанных своим происхождением тому факту, что и пастыри, и медицинские работники видят старость «со стороны», и рассуждают о ней с позиции людей заведомо более молодых. Пожилые же и люди старшего возраста либо неохотно впускают в свой мир, либо лишены возможности адекватно воспринимать те изменения, которые с ними происходят.

Важнейшей пастырско-геронтологической ошибкой является представление о будто бы более высоком, по сравнению со средними и младшими возрастами, уровне религиозности пожилых людей. Этот стереотип привнесен в наше сознание из времен 1960-70-х гг., когда именно этот контингент составлял подавляющее большинство прихожан. Нынешние люди старшего возраста, родившиеся в 1920-1940-х гг., не имеют ни религиозного опыта, ни причастности к православной традиции. Их интерес к вере зачастую либо обрядовый, либо потребительский. Именно пожилые и престарелые люди являются нередко носителями суеверий, они наименее грамотны, именно в этой возрастной группе процветает отсутствие даже намеков на жизнь духовную. Мало кто из них склонен воспринимать свое атеистическое прошлое в покаянном духе, редко кто читает Евангелие. Общая же бытовая успокоенность насчет православности стариков приводит и к тому, что именно эта возрастная группа уходит из поля внимания - они, де, сами все знают, еще и других могут научить. Пожилые и старые христиане поэтому могут умереть без покаяния и напутствия Святыми Тайнами.

Большинство людей пожилых и старшего возраста имеют физиологическую потребность в посте, обусловленную как особенностями геронтофизиологии, так и аномальными пищевыми стереотипами этой возрастной группы. Просьбы таких прихожан о благословении на облегчение поста связаны порой с укоренившимся сластолюбием. Потому тактика священника относительно поста для данной возрастной категории должна быть крайне рассудительной, а также дифференцированной в зависимости от физического и духовного состояния пожилого человека, динамичной и направленной на укоренение навыков поста.

Большинство людей старшего возраста болезненно переживает трагедию одиночества. Возникающее вследствие ряда объективных и субъективных причин, одиночество требует активного пастырского вмешательства. Реальным разрешением проблемы может быть восприятие Бога как Друга, а также усиленная молитва о ближних, как живых, так и усопших.

Хотя старость несет с собой ограничение возможностей привычных житейских «радостей», она же дает возможность находить время для молитвы, духовного чтения и богомыслия.

В результате сложных нейрогормональных сдвигов стареющие люди переживают подчас всплески страстных влечений; в это время могут разрушаться семьи. Важным является вопрос возможности и допустимости вступления во второй брак после потери супруги (супруга).



Для предупреждения многих проблем пастырь обязан предупредить уже зрелых людей о грядущих переменах, настроить на то, что старость - время не любовных утех, но молитвы и богомыслия.

В отношении устройства семейного очага вдовыми пастырю следует молитвенно руководствоваться наставлениями св. ап. Павла (1 Кор. 7:8-9, 27-28, 39-40). Признавая вступление в брак престарелых людей нецелесообразным, нужно отметить, что для пожилых однозначный ответ невозможен.

Следует согласиться с доктором Э. Кюблер-Росс в ее делении умирания на пять отрезков, наполненных различного свойства переживаниями. В зависимости от переживаемого периода, пастырская тактика относительно умирающего должна быть различна.

Нужно отметить, что желание жить (в отличие от провозглашенного З. Фрейдом *Todestriebe* - влечения к смерти) заложено в самой человеческой природе.

Однако психологическая привязанность старых людей к жизни обусловлена, в первую очередь, отсутствием живого религиозного опыта, богообщения и причастия Богу. Часто пожилой человек, не задумывавшийся о существовании, реальности и значении смерти, при встрече с ней не просто теряется - он гибнет задолго до смерти физической.

Согласно св. ап. Павлу и «жизнь - Христос, и умереть - приобретение» (Флп. 1:21). Святой рассуждает о жизни и смерти с позиций возвышенных: «Если же жизнь во плоти (доставляет) плод моему делу, то не знаю, что избрать. Влечет меня то и другое: имею желание разрешиться и быть со Христом, потому что это несравненно лучше; а оставаться во плоти нужнее для вас» (Флп. 1:22-24). Не так рассуждают старые люди. Они хватаются за любые возможности продлить свои дни - с одной стороны потому, что слишком любят земное; с другой - потому, что совсем не ведают небесного.

Это следует учитывать, и потому стремиться показать такому человеку благость Божию. Нужно изо всех сил стараться вселить в него веру во всеобъемлющую любовь Христову; и, раз мы крестились во Христа и Его смерть, то и радость воскресения у нас с Ним общая (см. Рим. 6).

Но корни проблемы кроются намного глубже.

Часто Православие преподносится обывателю так: в этой жизни все плохо, надо страдать (и много страдать), много мучиться, болеть, а вот потом, в будущей жизни, что-то *может и будет*. «А, может, и не будет», - рассуждает обыватель. Если он не попробовал *жизни* тут, если не знает радости богообщения уже сейчас, на земле, ему весьма трудно поверить в существование всего этого **там, потом, после**.

Не отрицая, что многими скорбями подобает войти в Царство Небесное (Деян. 14:22), что удел человеков - болезни, следует сказать о другом: Христос пришел дать нам жизнь **сейчас**.

«Возмездие за грех - смерть, а дар Божий - жизнь вечная во Христе Иисусе, Господе нашем» (Рим. 6:23). Да, но следует отметить важнейшее: эта вечная жизнь начинается здесь и сейчас: «...Я пришел для того, чтобы имели жизнь и имели с избытком» (Ин. 10:10). «Мы знаем, что мы перешли из смерти в жизнь» (1 Ин. 3:14-15). «Любовь Божия к нам открылась в том, что Бог послал в мир Единородного Сына Своего, чтобы мы получили жизнь через Него» (1 Ин. 4:9). И так далее...

В беседе же о хлебе жизни Христос говорит и о причащении Своих Тела и Крови как об условии, при котором человек причащается сей вечной жизни уже сейчас (Ин. 6:35, 40, 47-51, 53-58).

Христос говорит о причащении Святых Таин как об условии и вечной жизни, и воскресения. Действительно, Причастие способно преобразить, оживотворить душу и тело пожилого или престарелого человека уже *сейчас*, и дать ему надежду жизни вечной. И именно причастие Святых Таин должно стать главным в жизни такого христианина.

Таким образом, решение множества геронтологических проблем, массы казусов и недоразумений возможно в исключительно православном ключе.



## Проблемы пастырского душепопечения наркологических больных

Протоиерей Алексей Бабурин, настоятель церкви свт. Николая Мир Ликийских Чудотворца, председатель Отдела по работе с медицинскими учреждениями Московской Епархии, председатель Совета АНО «Душепопечительский центр им. св. прмц. Елизаветы "Дом милосердия"» (Москва)

Православная Церковь во все времена указывала и указывает мирянам путь к спасению и учит, что пройти его, не научившись воздержанию, трезвению, духовной бдительности, невозможно.

К сожалению, в настоящее время, когда общество буквально захлестнули пьянство и наркомания, идеи трезвости не находят должной поддержки у духовенства. Отсутствие вовлеченности духовенства в трезвенную работу со своей паствой и составляет главную проблему пастырского душепопечения.

Необходимо объединение всех православных трезвенников. Однако этому мешают две существенные проблемы. Прежде всего, это разногласия в понимании подлинных причин пристрастия к психоактивным веществам.

Существует точка зрения, что алкоголизм и наркомания не могут расцениваться, как грех, что они являются болезнью в чистом виде или разновидностями химической зависимости. При таком подходе для духовного врачевания не остается места или оно может использоваться различными «целителями» лишь для отвода глаз, как прикрытие, за которым нередко практикуется гипноз, кодирование или иную психотехника. Подобными приемами пользуются сайентологи, чародеи и всякого рода шарлатаны.

Св. ап. Павел пишет: «Не обманывайтесь: ни блудники, ни идолослужители, ни прелюбодеи, ни малакии, ни мужеложники, ни воры, ни лихоимцы, ни пьяницы, ни злоязычные, ни хищники - Царства Божия не наследуют» (1 Кор. 6:9-10).

Из православных людей никто не сомневается в том, что злоупотребление спиртными напитками - грех. Вместе с тем, мы знаем, как многократно повторяемый грех переходит в страсть, в данном случае - в пьянство, которое со временем приводит к болезни - к алкоголизму.

Заметим, страсть порождает болезни, а не трансформируется в болезнь. Стало быть, и страсть, и болезнь сосуществуют.

Действенной терапией будет та, которая направлена на устранение причины возникновения заболевания, а не на его механизм развития или симптомы.

Пьянство - именно греховная страсть, имеющая своего идола - Бахуса, которому усердно служит всякий, кто упивается хмельными напитками. Пьянство есть разновидность бесоодержимости. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) в своей проповеди об исцелении гадаринского бесноватого 12 ноября 1944 г. говорил: «Что же, разве такие люди встречались только в древние времена? Нет ли бесноватых и в наше время? Есть, очень много их и сейчас. Ибо что такое бесноватый? Бесноватый - это человек, одержимый духами злобы поднебесными. Есть много людей, по делам и мыслям своим, по совершенному отсутствию веры в Бога и полному нечестию своему легко доступных этим духам злобы поднебесным. Сердца их служат жилищем бесов. Вы ведь знаете, что рядом с вами живут такие люди, которым ничего не стоит убить человека, даже маленького ребенка, которые всю жизнь свою проводят в грабежах, пьянстве, разврате. Они - жилища бесов, они - бесноватые».

Другая проблема связана с противопоставлением традиционному православному подходу во врачевании алкоголизма и наркомании программ, которые выставляются, как самые прогрессивные, наиболее приспособленные к современному секулярному миру, приемлемые для лиц с различными, порой полностью противоположными, взглядами на мир.



Бесспорно, мы должны постоянно совершенствоваться, аккумулируя все лучшее, что дает нам человеческая мысль. Однако для нас недопустима беспринципность не только в вопросах вероучительных, но и в отношении свободы нравственного выбора и достоинства личности. Мы не можем молиться Богу вместе с еретиками и использовать методики, наносящие вред нашему нравственному и духовному здоровью.

Вообще православный подход не останавливается на достижении утилитарных задач, он используется для искоренения глубинных истоков зла. В условиях, когда есть возможность паразитировать на человеческих слабостях, определенные силы стараются лишь только минимизировать издержки от эксплуатации страстей, но ни в коем случае не отказываться от них полностью. Вот почему нас стыдливо сторонятся или откровенно отвергают поборники так называемых гражданских свобод, которым «не чуждо ничто человеческое».

В этой связи становится понятным, почему так трудно дается нам сегодня объединить наши усилия в созидании среди сограждан трезвого благочестивого образа жизни.

У современного православного пастыря не должно возникать дилеммы: следовать духу времени или неукоснительно придерживаться учения Церкви. Истинный пастырь должен быть чужд конъюнктурных соображений и обязан бережно пасти словесных овец Христа, охраняя их от волков хищных.

Таким образом, принципиально разные взгляды на природу алкоголизма и наркомании, а также цели и средства их искоренения не позволяют всем поборникам трезвости действовать сообща.

Слава Богу, в православной среде мало-помалу набирает силу трезвенническое движение, базирующееся на бесценном опыте наших предшественников. Петербуржцы остаются верными последователями апостолов трезвости - священника Александра Рождественского и протоиерея Петра Миртова, председателей знаменитого Санкт-Петербургского Александро-Невского общества трезвости. В Москве также есть достойный пример для подражания - деятельность Московского Епархиального Общества борьбы с народным пьянством, Покровителем и Почетным председателем которого был свщмч. митрополит Владимир, а Почетным членом Ее Императорское Высочество прмц. Великая Княгиня Елизавета Федоровна. В Екатеринбурге десять лет назад создано Епархиальное общество «Трезвение», а с июля 2003 г. по решению Конференции православных трезвенников стало действовать Всероссийское Иоанно-Предтеченское братство «Трезвение». Пора собирать Второй Всероссийский съезд практических деятелей по борьбе с алкоголизмом на религиозно-нравственной основе и детально обсуждать назревшие проблемы.

## Православный опыт помощи наркозависимым и алкоголезависимым людям и перспективные задачи его развития

Протоиерей Сергей Бельков, председатель Отдела по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии, руководитель Реабилитационного центра «Воскресенье»;  
иерей Максим Плетнев, руководитель Реабилитационного центра «Возвращение» (Санкт-Петербург);  
иеромонах Анатолий (Берестов), руководитель Душепопечительского Православного центра во имя св. прав. Иоанна Кронштадтского (Москва)

Наркомания и алкоголизм - актуальная проблема в России и Северо-Западном регионе РФ. В нашей стране с начала 1990-х гг. начался резкий рост наркомании и



алкоголизма. Тому причиной являются, прежде всего, негативные социальные тенденции, качественное снижение уровня культуры, которая сменила нравственно-воспитательную направленность на пропаганду всевозможных пороков и бездуховности. Не случайно в «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви» говорится: «Основная причина бегства многих наших современников в область алкогольных или наркотических иллюзий - это духовная опустошенность, потеря смысла жизни, размытость нравственных ориентиров... Это расплата за идеологию потребительства, за культ материального преуспевания, за бездуховность и утрату подлинных идеалов». Если государство, опираясь на помощь Церкви, не пожелает переломить опасные тенденции наркотизации и алкоголизации народа, то наше общество ждут серьезные демографические, экономические, социальные и политические потрясения.

Помощь наркозависимым людям оказывается в реабилитационном центре «Воскресенье» при приходе храма Коневской иконы Божией Матери в пос. Сапёрное Приозерского района, в общине «Возвращение» в пос. Мельничный ручей, в ряде монастырей и скитов Санкт-Петербургской епархии, в Душепопечительском центре при Крутицком подворье в Москве.

Основа комплексной духовной, психологической и педагогической реабилитации лежит в восстановлении духовных ценностей, изменении мировоззрения, переосмыслении прошедшего жизненного этапа, в воспитании реабилитантов на основе традиционных для России культурных ценностей, нормализации психологического состояния зависимых от наркотиков людей. Одновременно с духовной, психологической и педагогической проводится и социально-трудовая реабилитация, которая заключается в обязательном несении трудового послушания, развитии у подопечных трудолюбия и приобретения навыков дальнейшей трудовой деятельности в обществе.

В Санкт-Петербургской епархии в Митрополичьем корпусе Свято-Троицкой Александро-Невской лавры в 2003 г. был создан специальный Отдел по противодействию наркомании и алкоголизму. Люди, желающие преодолеть алкогольную зависимость, проходят специальный курс обучения в Школе трезвения, действующей при Отделе.

Опыт работы Отдела по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии регулярно освещается в средствах массовой информации. С целью информирования общественности о работе Отдела организовывались передачи по радио «Град Петров», «Радио Мария», «Радио России». Отдел занимается также издательской деятельностью. По благословию Правящего Архиерея силами Отдела издаются книги, альманах «Теория и практика противодействия наркомании и алкоголизму», а также выпускаются буклеты и плакаты.

Отдел по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии плодотворно сотрудничает с Комитетом по молодежной политике Администрации Санкт-Петербурга, Госнаркомконтролем, принимает участие в привлечении священнослужителей к работе районных МВК по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту.

Поставить надежный заслон наркомании и алкоголизму Церковь и государство могут только сообща. Государству необходимо поддержать высокоэффективные православные реабилитационные программы, а Церкви необходима финансовая и политическая поддержка усилий, направленных на искоренение зла в обществе.

К таким программам может относиться создание при епархиях отделов по борьбе с наркоманией и оккультизмом, реабилитационных общин и душепопечительских центров.



## Церковное душепопечение Психоневрологического интерната N 7

Протоиерей Валерий Швецов, благочинный Красносельского округа Санкт-Петербургской епархии, настоятель прихода храма прмч. Андрея Критского, духовник ПНИ-7, член правления Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) (Санкт-Петербург)

Психоневрологический интернат N 7 (ПНИ-7) находится в Санкт-Петербурге, на пр. Ветеранов, д. 180. В интернате имеется пять отделений с числом проживающих более 900 человек. В интернат поступают люди с задержкой психического развития, слабоумием, с синдромом Дауна и другими психическими и гериатрическими заболеваниями.

ПНИ-7 духовно окормляется клиром храма прмч. Андрея Критского, расположенного в пос. Володарский, с 1994 г.

В 1995 г. на 4-ом отделении был устроен домовый храм в честь св. прав. Иоанна Кронштадтского. Это был первый храм в учреждениях такого типа, под него была отдана светлая, просторная больничная палата. Храм постепенно стал центром духовной жизни интерната и объединил всех сотрудников и проживающих.

Надо отметить, что православное священство в нашей стране получило право на социальное служение только в начале 90-х гг. прошедшего столетия и опыта служения в учреждениях типа ПНИ не имело, поэтому опыт такой работы пришел не сразу.

Для полноценного духовного окормления проживающих священство стало опираться в первую очередь на самих сотрудников интерната и только во вторую - на помощь волонтеров из числа прихожан.

Воцерковление проживающих было начато с обучения их простым молитвам и правильному наложению на себя крестного знамения, раздачи православных нательных крестов. Благодаря заботе персонала они стали часто употреблять Святую воду, учиться осенять принимаемую пищу крестным знамением.

Одним из главных принципов духовного окормления проживающих стал принцип добровольности, отсутствие всякого насилия над их волею.

Стержнем и основой всей работы по духовному окормлению является регулярное совершение Божественной Литургии (не реже 2-3 раз в месяц). Она совершается одновременно как для проживающих, так и для персонала, который имеет возможность на момент богослужения посетить храм.

За каждой службой приобщается Святых Христовых Таин около 50-70 человек в храме и около 80-120 человек на отделении. После каждой Литургии священник со Святой Чашей посещает по очереди одно из отделений интерната и приобщает всех желающих с помощью медперсонала, который готовит причастников к встрече со священником.

Сам факт посещения таких заведений священством, а тем более совершения Божественной Литургии требует максимальной собранности, трезвения, смирения и упования на всесильную помощь Божию. Но вместе с тем, за этот бескорыстный труд Господь дает особую благодать и радость, как священству, так и персоналу, принимающему участие в духовном окормлении проживающих.

В интернате проживают лица с наличием психических расстройств того или иного вида от легких до самых тяжелых. Но тем не менее очень многие из них восприимчивы к благодатной религиозной стороне жизни и имеют живую душу. Они отличаются особой открытостью, ранимостью, быстро откликаются на тепло и ласку, способны быть



верными в своей дружбе и привязанности. Они больше похожи на детей из-за своей доверчивости и сердечности.

Часто у пастыря возникает вопрос: как подготовить верующих в интернате к восприятию благодати Божией в Таинстве Святого Причастия. Пастырю нужно дать сердцу таких больных молитвенный, благоговейный настрой. Все это происходит, в первую очередь, во время совершения Божественной Литургии силою благодати Святого Духа. Перед Святым Причастием в нашем интернате проводится общая Исповедь, во время которой через простые образные, доступные для сердечного восприятия слова, достигается покаянное настроение, острое ощущение собственной греховности. Во время проповеди на общей Исповеди раскрываются простые Евангельские Истины о любви, всепрощении, необходимости молитвы, духовного и телесного труда, о несовместимости благодатной жизни с Богом и наличия греховных привычек и пороков, таких как непослушание медперсоналу, курение, употребление алкоголя и т. д.

Медперсонал исповедуется на частной Исповеди, которая проводится сразу после общей.

На отделениях интерната, в палатах или в фойе для тех, кто готовился к Святому Причастию, кратко повторяется общая Исповедь, и проживающие допускаются к Святой Чаше. Больные должны участвовать в совершающемся над ними Святом Таинстве сознательно и благоговейно, насколько это возможно, чему способствует пастырь и медперсонал, помогающий священству в деле духовного окормления.

Нельзя приобщать Святыми Тайнами больных в состоянии острого психоза, пребывающих в аффекте или других негативных психических состояниях, а также произносящих хулу на Святые Тайны.

Опираясь на многолетние наблюдения священства и персонала за проживающими в интернате, можно с большой степенью достоверности сделать следующие важные выводы. Богослужения улучшают у проживающих в интернате эмоциональное состояние. Они становятся более приветливы и доброжелательны как в словах, так и в делах, более доступны педагогической коррекции и быстрее откликаются на просьбы персонала. После Богослужений у больных заметно снижается психическое напряжение и мышечный тонус, среди них уменьшается количество конфликтных ситуаций. Все это приводит к снижению потребности в медикаментах, и больные ведутся на более низких дозах психотропных препаратов.

У проживающих с интеллектуальной недостаточностью улучшаются мыслительные процессы, например, было замечено частичное восстановление некоторых функций абстрактного мышления и внимания. Они стали более восприимчивы к разным видам творческой реабилитации; стали активнее участвовать в работе театральной и концертной студии, спортивных кружках и т. д.

Значительные изменения в лучшую сторону происходят и в нравственной сфере жизни больных. Когда они нарушают режим проживания в интернате или совершают безнравственные поступки, у них появляется чувство стыда и раскаяния за содеянное, что влечет их в храм на таинство Святой Исповеди.

Любовь к храму и к Богу помогает больным в их жизни. Для них стали возможными поездки на о. Валаам в Спасо-Преображенский монастырь, обитель прп. Варлаама Хутынского и другие. Особое утешение принес храм лицам старше 60 лет, в первую очередь женщинам. Они стали меньше тяготиться жизнью в интернате. Храм дал им дополнительные силы для жизни.

Наличие домового храма и возможность его посещения для молитвы и беседы со священником уменьшают депривацию (явления госпитализма, порождаемые длительным пребыванием в учреждении закрытого типа).

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод, что у проживающих в психоневрологическом интернате происходит частичное компенсирование психофизического дефекта.



Все труды священства и сотрудников по духовному окормлению таких больных окупаются во сто крат их ответною благодарностью, искренностью чувств и чистой молитвою к Богу.

В связи с юбилейной датой, 25-летием открытия интерната, директор Т. В. Земцова и ее ближайшие помощники, оказывающие содействие священству в духовном окормлении проживающих в ПНИ-7, представлены к церковным и правительственным наградам.

## Особенности пастырского душепопечения работников акушерско-гинекологической помощи

Протоиерей Максим Обухов, руководитель Православного медико-просветительского центра «Жизнь» (Москва)

Работа акушера-гинеколога столь важна, сколько и проблемна с точки зрения окормления врачей, проведения работы в среде акушеров.

Особенностью и благодатностью этой специальности является то, что акушер встречает «каждого человека, грядущего в мир». В то же время все мы знаем, что эта специальность связана с абортными, контролем над рождаемостью. Образом акушера в Священном Писании являются повивальные бабки; сохранились даже их имена: Шифра и Фуа (Исх. 1:15). Египетский царь решил, что у него в стране живет слишком много народу, особенно евреев и приказал этим бабкам умерщвлять рождающихся мальчиков, чтобы ослабить народ и не допустить роста населения. Но, как повествует далее Библия, бабки отказались выполнять приказ царя, потому что «*боялись Бога*» (Исх. 1:17). За это Бог награждал бабок благополучием и «*устроил дома их*» (Исх. 1:21).

Таким образом, конфликт акушеров с властью и попытка использовать акушеров для борьбы с народонаселением имеет многотысячелетнюю историю. К сожалению, сегодня немногие акушеры имеют возможность последовать примеру своих коллег - библейских персонажей Шифра и Фуа и отказаться от производства абортов. Эта проблема на сегодняшний день является основной в акушерстве: врачи не имеют реального права на отказ от аборта, хотя такое право является стандартом в законодательстве многих стран. Это приводит к моральной, личной трагедии, кроме того, порой врачи вынуждены искать другую работу и переквалифицироваться в терапевтов. Это, в свою очередь, приводит к оттоку верующих из акушерства и гинекологии. Фактически сложившийся порядок вещей означает, что у нас в стране существует запрет на профессию: верующему врачу невозможно быть гинекологом.

Вторая проблема акушерства и гинекологии заключается в том, что власть и различные иностранные фонды используют систему гинекологической помощи для сокращения рождаемости. Гинекологическая помощь втянута в грандиозный масштабный проект по «зачистке» Российской Федерации от «излишков» населения. Давно посчитано, что для обслуживания шахт, нефтяных скважин и газовых месторождений, достаточно 15-20 млн человек (вместо сегодняшних 140). В правительстве постоянно говорят, что необходимо повысить рождаемость, принимать энергичные меры по преодолению демографического кризиса. Но до тех пор, пока не будет наведен порядок в сфере акушерства и гинекологии, ни о каком повышении рождаемости не может быть и речи.



Закон Италии N 184 от 22 мая 1978 г. гласит, что каждый, кто склоняет женщину к добровольному прерыванию беременности, наказывается лишением свободы на срок до трех лет. Закон Германии за агитацию в пользу аборта предполагает наказание на срок до двух лет. Подобные законы есть и в других странах. Следует обратить внимание, что аборт и в Италии, и в Германии разрешен, но врач обязан сделать все возможное, чтобы сохранить жизнь нерожденного ребенка и не допустить прерывания беременности. В России же напротив аборт предлагают, аборт рекламируют, на аборте настаивают, заставляют, убеждают, запугивают. Перед врачами поставлена задача: делать как можно больше абортов. Другое дело, что не все так делают, а подобно библейским повивальным бабкам стараются исполнить свой долг.

Существует также практика контроля над рождаемостью. Вся государственная система гинекологической помощи ставит своей задачей проводить политику так называемого «планирования семьи» или, другими словами, подобно тому, как это происходит в Китае и Бангладеш, проводить практику повального внедрения искусственного бесплодия.

В то же время врач-гинеколог может принести много здорового и полезного в общество. На тех участках, где врач ориентирует женщин на сохранение беременности, уважение к человеческой жизни и рождаемость намного выше. Сейчас в России зарождается практика организации центров защиты материнства, деятельность которых заключается в том, что каждую женщину, желающую прервать беременность, вместе с врачом отговаривает специалист, оказывается благотворительная помощь. То, что в Германии поддерживается на государственном уровне и является обязательным по закону, в России начинается на уровне энтузиазма и, тем не менее, приносит плоды.

В целом вышеперечисленные проблемы во многом упираются в организацию пастырского окормления врачей, миссионерской работы с ними. Необходим выпуск большего количества литературы, в том числе ориентированной на работников акушерско-гинекологической службы и беременных женщин.

Исключительно благоприятной можно назвать тенденцию открытия при роддомах часовен, больничных храмов. Даже если такую часовню священник посещает хотя бы раз в неделю, обстановка в больнице меняется.

Наконец, ввиду того, что акушерство и гинекология - особая, благородная специальность, но в то же время сопряженная с множеством проблем духовного свойства и трудным положением самих врачей, необходимо создание общероссийской организации верующих врачей-гинекологов, которые уважали бы человеческую жизнь. Им, как никому, нужна поддержка, а наилучшим способом была бы самоорганизация и взаимная помощь.

## Организация деятельности епархиальной больницы

Протоиерей Артемий Темиров, канд. богословия,  
главный врач епархиальной Благотворительной больницы  
св. блж. Ксении Петербургской (Санкт-Петербург)

Епархиальная православная благотворительная больница святой блаженной Ксении Петербургской возникла по инициативе его святейшества Патриарха Московского и всея Руси Алексия Второго. Она является первым учреждением такого рода в России после 1917 г. Больница получила статус церковного благотворительного учреждения в августе 1990 г. 11 сентября 1990 г. здание больницы, расположенное возле Санкт-



Петербургской Духовной Академии, неподалеку от Александро-Невской лавры на берегу реки Монастырки, было торжественно освящено Патриархом Московским и всея Руси Алексием Вторым, а 5 февраля 1991 г. больница приняла первых пациентов.

Деятельность больницы регламентирована Уставом и действующим российским законодательством. В 2004 г. была получена государственная лицензия на осуществление медицинской деятельности.

Больница представляет собой 2-этажное здание общей площадью 1131 м<sup>2</sup>. На двух этажах больницы расположены приемный покой, 9 больничных палат, изолятор, физиотерапевтический, массажный, процедурный кабинеты, лаборатория, отдельно оборудован пищеблок и помещение для администрации.

Церковная больница создана специально для лечения православных верующих из малоимущих слоев населения, одиноких и престарелых - людей, сейчас особенно нуждающихся в нашей милосердной заботе, а также священно- и церковнослужителей. Она рассчитана на 35 коек, имеет отделение сестринского ухода и терапии.

Мы оказываем только стационарную помощь, амбулаторный прием при больнице не ведется. У нас также не предусмотрено наблюдение за выписавшимися пациентами, оказание социальной и материальной помощи малоимущим больным.

Госпитализация в больницу плановая. Документы: рекомендацию церковного прихода, амбулаторную карту из поликлиники и др., рассматривает комиссия по госпитализации. Отказ от госпитализации может быть только в случае отсутствия показаний или несоответствия характера заболевания больного профилю больницы. Больные редко имеют один основной диагноз и только около 10% госпитализированных не имеют сопутствующих заболеваний, причем большинство имеет от двух до пяти заболеваний. Самую большую группу пациентов составляют больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы - ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, стенокардией, кардиосклерозом.

Максимальный срок госпитализации - 30 дней, но может быть продлен по прошению прихода. За год через больницу проходит около 110-130 человек, а за все время существования больницы - около 2500 больных.

Говоря о медико-социальной характеристике пациентов, можно отметить, что мужчины составляют 20%, женщины - 80%, треть госпитализированных - это одинокие люди от 70 до 90 лет, которые не имеют близких родственников, помогающих им при необходимости. В постоянном уходе нуждается 80% пациентов.

Медицинский персонал больницы, непосредственно работающий с больными, составляет 65% от всего штата сотрудников. Помимо врачей-терапевтов предусмотрены должности врачей-консультантов - кардиолога, эндокринолога, хирурга, невролога. Трудятся в больнице и врач-физиотерапевт, и врач лучевой диагностики. Большую часть среднего и младшего медицинского персонала составляют палатные медицинские сестры и санитарки, непосредственно работающие на отделении.

В настоящее время больница существует за счет епархиального управления и приходских храмов, а также на пожертвования частных лиц и организаций. Важно, что больница находится под покровительством Церкви, и это оказывает нравственное воздействие на человека, меняется отношение персонала к больному, да и сам больной по иному начинает относиться своему состоянию, к окружающим его людям.

В своей работе мы исходим из того, что забота о душе и теле больного не составляют две обязанности, но одну. Мы стараемся не упустить ничего из того, что предоставляет для облегчения страданий современная медицина и вместе с тем - ничего из того, что облегчает недуги невидимые, душевные, что дает человеку вера и надежда на помощь Божию. Такое отношение персонала помогает значительно повысить успешность лечения, что подтверждается опытом всей нашей работы.



В нашей больнице священник трудится вместе с врачами. В больнице есть храм, освященный во имя святой блаженной Ксении Петербургской, где служат Литургию, молебны, совершается таинство исповеди и причащения.

Специфика больницы отражается на внутреннем распорядке дня: дополнительно фиксированы часы утреннего и вечернего молитвенных правил. Кроме того, в дни церковных праздников и проведения церковных Таинств для больных распорядок дня и процедур изменяется, подчиняясь правилам Церкви. Во всех помещениях больницы, в том числе в палатах, имеются иконы и лампы.

Таким образом, организация конфессиональных больниц не заменяет существующие гражданские больницы. Они призваны создавать условия для комфортного пребывания верующих в среде единомышленников, а также восполнить имеющийся дефицит медико-социальных учреждений геронтологического характера с сестринским уходом. В настоящее время больница находится на ремонте.

## Обитель веры и милосердия. Продолжение традиций Марфо-Мариинской обители в медицинской сфере

Протоиерей Валентин Жохов, врач высшей категории, Учебный центр сестер милосердия Марфо-Мариинской обители (Москва)

Трагическая и славная история Марфо-Мариинской обители хорошо известна из жития ее основательницы прмц. Великой княгини Елизаветы Федоровны Романовой. Менее известно о медицинском служении Обители, которая была для своего времени образцовым учреждением здравоохранения.

Из «Пояснительной записки о задачах и целях открывшейся в Москве Марфо-Мариинской Обители милосердия», собственноручно составленной Елизаветой Федоровной, известно, что медицинское послушание Обители состояло из:

- а) больницы для бедных женщин и детей на 25 кроватей;
- б) больницы-убежища для чахоточных бедных женщин на 18 кроватей;
- в) амбулатории для бедных, в которой имелись кабинеты: хирургический, 2 терапевтических, гинекологический;
- г) аптеки.

В больницах и амбулатории за время с марта 1909 по ноябрь 1910 г. принято на лечение бесплатно с бесплатной же выдачей лекарств более 1500 бедняков. О высоком уровне организации медицинской помощи в больнице Обители говорит факт проведения в 1909 г. успешной операции чревосечения одной из Высочайших Особ Императорского Дома Романовых.

Кроме больниц и амбулатории, медицинские сестры работали в домах малоимущих горожан. Наряду с медицинской помощью, они исполняли работу по хозяйству и по уходу за детьми, заменяя больного члена семьи.

Елизавета Федоровна особо отмечала, что «каждую поступающую больную духовник и сестры располагают к молитве, которую дежурная сестра утром и вечером читает в палатах, к частому приобщению Святых Тайн и соборованию. Довольно часто в больнице, особенно чахоточной, служатся молебны и ведутся духовные беседы. Это делается не только для того, чтобы молитвой, таинствами и словом назидания укрепить немощи души и тела больного, но и для приготовления его к христианской кончине».



Сестры, исполнявшие послушание вне Обители, имели при себе походную аптечку, Евангелие с Апостолом и Псалтирью, маленькую духовную библиотечку, несколько шейных образков и крестиков и чековую книжку на случай могущих поступить пожертвований, без записи же сестра не могла ничего принять. Находясь на послушании, сестра должна была найти время и возможность не только самой совершать положенное обительское молитвенное правило, но «с мудрой кротостью расположить к молитве и святому чтению людей, среди которых она работает».

Медицинские сестры проходили годичный курс лекций, а все остальные сестры трехмесячный курс по оказанию первой помощи заболевшим и в несчастных случаях. «Для сестер медицинских ежедневно от 6-7<sup>у</sup> ч. докторская лекция. В понедельник обительский врач Никитин читает о внутренних болезнях и уходе за больными, во вторник доктор Корнилов - гигиену, в среду Мясоедов - анатомию, в четверг Березкин - хирургию, в пятницу Никитин - уход. 29-го Мая 1910 года был произведен экзамен тем и другим, показавший достаточную подготовку сестер к делу» - писала в «Записке» Елизавета Федоровна.

Таким образом, в медицинском служении Обители имелись следующие направления - собственно медицинское послушание в учреждениях Обители; послушание вне стен Обители, именуемое сейчас патронажем, и подготовка медицинского персонала. Попечение о душах пациентов было основой любого служения - сестры всегда помнили слова Христа: «Без Меня не можете творить ничего» (Ин. 15:5).

Возрождение служения Обители Богу и людям началось в конце XX века. Сестричество, собранное протоиереем Борисом Гузьяковым, только *de jure* получило комплекс зданий Обители, поэтому служение сестер началось вне стен дома Марфы и Марии и преимущественно средствами доброго самаритянина - возливанием на телесные и душевные раны «впадших в разбойники» сограждан России освященного елея и слез вместо вина. Медицинского образования почти ни у кого не было, поэтому сразу нужно было учиться; теория изучалась одновременно с практикой. Жертвенное служение сестричества имело общественный резонанс, появились со-жертвователи, из которых наиболее надежными оказались немцы, почитающие память Елизаветы Федоровны не менее, чем ее православные соотечественники. Благодаря сотрудничеству с диаконической службой евангелической церкви Германии удалось продолжить традиции медицинского служения Обители.

Возобновление медицинского послушания началось с воссоздания благотворительного учебного центра. Елизавета Федоровна особо заботилась о малоимущих городских и сельских девушках, не имеющих возможности получить образование. Медицинские курсы Обители готовили сестер милосердия, они были нужны и Обители, и обществу. Елизавета Федоровна не стесняла своих сестер в выборе дальнейшего образа служения Богу - избравших путь мирских попечений она всегда отпускала с миром. В новых условиях жизни Обители ее настоятельница монахиня Елизавета (Крючкова) желала возродить не просто медицинские курсы, например, по подготовке младшего медперсонала, что требовало бы меньших расходов, но создать первоклассное образовательное учреждение с воспитанием в ученицах качеств сострадательной любви к болящему человеку.

С марта 1999 г. удалось сделать следующее - на основе Соглашения о сотрудничестве, ранее подписанного Святейшим Патриархом Алексием и Министром здравоохранения РФ, Обитель заключила договор с ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, по которому были образованы благотворительный учебный центр Обители на базе медицинского колледжа ВУНМЦ РФ и сестричество из воспитанниц Обители с проживанием их в отдельном блоке общежития. Сестры живут большой семьей, исполняя (наряду с учебными) послушания, обычные в любой киновии. Обучение проходит в соответствии с образовательной программой по специальности 0406 «Сестринское дело». В



программу по согласованию с руководством ГОУ ВУНМЦ включен блок дисциплин духовного содержания. При доброй воле руководящего персонала учебная программа любого медицинского колледжа может быть модифицирована, поскольку в ней предусмотрены дисциплины, включаемые в программу по выбору студента (факультатив). Изучаемый на I курсе цикл общих гуманитарных и социально-экономических дисциплин также позволяет проводить замены в пределах списка гуманитарных дисциплин. Учебная программа по духовному воспитанию составлялась в соответствии с программами для духовных учебных заведений, утвержденными Учебным комитетом Священного Синода РПЦ. В блок духовных дисциплин включены религиоведение; катехизис Православной Церкви; введение в литургику; Священное писание Ветхого и Нового завета; общая история Церкви; история Русской Православной Церкви; святоотеческая антропология; основы допастырского душепопечения.

Относительно новым предметом в блоке духовного образования является допастырское душепопечение. Предмет назван по аналогии с доврачебной медицинской помощью. Аналогия исключительно внешняя; смысл душепопечительного служения сестры милосердия в том, чтобы подготовить больного к встрече со священником, это есть служение миссионера. С содержательной стороны в предмете также нет ничего нового - в настоящее время нет недостатка в книгах по православному свидетельству внешним; наша задача состояла только в том, чтобы систематизировать информацию в отношении допастырской заботы о душе болящего человека. Выбор учебных тем по предмету связан с основной задачей - развитием дара сострадательной любви к ближнему.

Другой особенностью воспитательного процесса в учебном центре Обители является обет послушания, который приносится Богу на период обучения (три года). Смысл обета исключительно духовный и состоит в том, чтобы молитва и свободное волеизъявление воспитанницей послушания Богу укрепили ее в особенном состоянии перехода от жизни в семье на попечении родителей к жизни в общежитии. Смена жизненного стереотипа выявляет в человеке немало немощей, без духовной опоры в таком состоянии неизбежны срывы, особенно в городских условиях. Образцом для чинопоследования обета послушания послужил чин «как о приимати обет сестрам Марфо-Мариинской Обители». Изъявление обета воспитанницами происходит после подготовки в течение шести недель. Чинопоследование совершается на молебном пении, которое служится до литургии в день Покрова Пресвятой Богородицы - престольного праздника Обители.

В 2002-2004 гг. дипломы получили 50 воспитанниц Обители, 12 из них завершили специальное образование «с отличием». 6 воспитанниц продолжают дальнейшее образование в ВУЗах, в том числе по квалификации «Медицинская сестра с высшим образованием». 5 воспитанниц принято в сестричество Обители, одна - приняла монашеский постриг. На трех курсах в настоящее время обучается 70 воспитанниц.

Развитие медицинского служения Обители, как полагает настоятельница, монахиня Елизавета, должно идти через возрождение амбулатории и аптеки. Корпус, в котором располагалась амбулатория, отреставрирован. Оказалось, что это менее чем половина дела - с одной стороны, в современных условиях требуется пройти процедуру лицензирования; с другой - жертвенность в медицинской среде стала ослабевать. Препятствием является и то, что сестринский корпус Обители не освобожден арендаторами, поэтому сестричество Обители не в состоянии принять большее количество выпускниц. Несомненно, однако, что со временем духовным ядром амбулатории Обители будут воспитанницы Учебного центра - дипломированные сестры милосердия.



## Организация медицинской помощи населению в монастырских условиях

Игуменья Ксения (Зайцева), Православный медицинский центр  
в честь св. блж. Ксении Петербургской при Свято-Троицком  
Ново-Голутвином женском монастыре (Коломна)

Православный медицинский центр в честь святой блаженной Ксении Петербургской при Свято-Троицком Ново-Голутвином монастыре в г. Коломне был открыт 6 октября 1997 г. Начало восстановления монастыря относится к 1989 г. Настоятельница Матушка Игуменья Ксения (выпускница факультета журналистики Московского Государственного Университета) объединила в обители сестер (многие из которых имели гуманитарное, медицинское, техническое образование) в стремлении восстановить монастырь. В неустанной молитве и трудах сестры осваивали строительные ремесла, службу в храме, сельский труд, рукоделие. Возникло решение открыть медицинский центр.

Дело было новое. Находились противники начинания. Говорили, что дело монастырей молиться, а для лечения есть светские медицинские учреждения. Однако, Ю. Г. Шапошников, ученый с мировым именем, директор ЦИТО, специалисты из МНТК С. Федорова, врачи Коломенской Центральной районной больницы поддержали идею Матушки.

Несмотря на трудности в организации, было принято решение о лицензировании Медицинского центра. Деятельность Центра осуществляется на материальной базе монастыря, медицинская помощь оказывается бесплатно, на благотворительной основе в объеме квалифицированной медицинской помощи насельницам монастыря, паломникам, прихожанам, населению города и жителям из других регионов по следующим специальностям: терапия (семейный врач), неврология и гомеопатия. На попечении монастыря находится Школа-интернат, медицинское наблюдение и лечение детей осуществляют врачи Медицинского центра.

Медицинский центр разместили в одноэтажном здании на территории монастыря, где сами сестры монастыря провели ремонт. В нем расположились приемная, кабинеты терапевта (семейного врача), невропатолога, процедурный кабинет, складские и подсобные помещения.

Кабинет терапевта оснащен портативным аппаратом ЭКГ, глюкометром, гемоглобинометром, отоскопом, офтальмоскопом, тестами для определения сахара, белка крови, кетоновых тел; имеются аппараты физиотерапии: «Витафон» (звукового массажа), лазерный аппарат «Орион», аппарат электромагнитной терапии «МАГ», ультразвуковые ингаляторы, гидроаэроионизатор для ароматерапии.

Медицинская помощь оказывается тремя врачами из числа насельниц монастыря, имеющими сертификаты медицинской деятельности по специальностям, заявленным в лицензии. Приглашаются специалисты из клиник Москвы для консультации. Врачи регулярно повышают профессиональный уровень на курсах усовершенствования на базе клиник Москвы и Коломны, изучают традиции русской гомеопатической школы.

Прием пациентов в Медицинском центре осуществляется по свободному графику: ежедневно, по мере надобности, ведется прием пациентов из числа насельников монастыря и прихожан. В субботние и воскресные дни с 10 до 16 часов осуществляется плановый прием населения.

В дни приема проконсультировано более 5 тыс. человек мирского населения. Было выявлено: 5 случаев острого инфаркта миокарда, 19 - нарушения ритма сердца, 172 - гипохромной анемии, 31 - сахарного диабета, 115 -злокачественных онкологических



ких заболеваний. Направлено на госпитализацию по экстренным показаниям 23 больных. Врачами осуществляется связь с Центральной районной больницей г. Коломны.

Врачи самостоятельно проводят экстренное обследование: электрокардиографическое исследование, экспресс-определение содержания гемоглобина и глюкозы в крови, тестирование других показателей, что облегчает постановку правильного диагноза. Для уточнения диагноза больные направляются в ЦРБ, где производится рентгенографическое, лабораторное, биохимическое, ультразвуковое обследование, консультации специалистов (нейрохирурга, ревматолога, окулиста и др.).

Обращаются больные с самыми различными неврологическими, терапевтическими, онкологическими заболеваниями, оказывается помощь людям, страдающим неврозами, психоастеническими расстройствами, депрессивным состоянием и суицидальными мыслями. Проводятся психотерапевтические беседы с пострадавшими от воздействия сект, экстрасенсов, так называемых «народных целителей», оккультных учений, страдающих алкоголизмом наркоманией. При необходимости рекомендуется консультация специалистов Душепопечительского центра во имя св. прав. Иоанна Кронштадского в Москве (проф.о. Анатолия Берестова), реабилитационного центра «Зебра» (православного психолога Е. А. Савиной).

Методы лечения, которыми пользуются врачи, разнообразные: фитотерапия, аллопатические и гомеопатические средства, физиотерапевтическое лечение, лечебная гимнастика, ароматерапия, а самое главное, конечно, беседа о Таинствах Церкви, в которых лекарство преподает Сам Господь.

В Центре есть медицинская библиотека, врачи регулярно получают медицинские издания, журналы по основным разделам медицины, принимают участие в проведении районных конференций по неврологии, терапии, педиатрии. Осуществляется работа в содружестве с врачами Православного центра наркологической помощи, Душепопечительского центра св. прав. Иоанна Кронштадского с Московским Обществом православных врачей.

10 октября 2002 г. по благословению Митрополита Коломенского и Крутицкого Ювеналия были проведены Юбилейные чтения, посвященные 825-летию г. Коломны и 5-летию Православного медицинского центра в честь святой блаженной Ксении Петербургской Свято-Троицкого Ново-Голутвина женского монастыря. Тема чтений - «Современная медицина и Православие».

Встреча православных медиков стала знаменательным событием в жизни города. Было принято единодушное решение о создании Общества православных врачей г. Коломны, которому решено присвоить имя в честь святой блаженной Ксении Петербургской, и издании православной газеты «Медицинский вестник». Председателем Общества избран Заслуженный врач Российской Федерации А. Г. Кулыша, заместитель главного врача Коломенской ЦРБ по медицинской части.

Православное медицинское общество г. Коломны, проводит свою работу на основании Устава общества. Ежемесячно выходит «Медицинский вестник» тиражом 1000 экземпляров (вышло уже 26 номеров газеты), газета распространяется бесплатно. На четырех полосах газеты, пользующейся любовью и авторитетом среди читателей, можно найти не только интересные медицинские статьи, советы психологов, врачей разных специальностей, рассказы о медиках города и истории медицины, но и объяснение Таинств Церкви, рекомендации врача-священника, рассказы о православных святынях.

Работа Медицинского центра в честь св. блаж. Ксении Петербургской и Общества православных врачей получили общественное признание. В рамках XI Международных Рождественских чтений в 2003 г. в Свято-Троицком Ново-Голутвином монастыре было проведено выездное заседание «Секции руководителей православных медицинских обществ стран СНГ».



Со времени организации Общества православных врачей проведено 23 конференции на актуальные темы, в каждой из которых участвовало около 80 человек.

Работа врачей неразрывно связана с помощью, которую посылает в монастыре Сам Господь. Каждую субботу в обители проводится таинство соборования. Люди, пораженные различными недугами, впервые приезжают в монастырь, приобщаются к Церковным Таинствам.

Информация о работе Православного медицинского центра и Православного общества медицинских работников в честь святой блаженной Ксении Петербургской опубликована в Интернете на сайте монастыря.

## Особенности пастырского и церковного душепопечения в хирургии

Игумен Агафангел (Гагуа), канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней Ивановской Государственной медицинской академии, проректор Свято-Алексеевской Иваново-Вознесенской Духовной семинарии (Иваново)

Хирургия является отраслью медицины, связанной с лечением болезней путем проведения оперативных вмешательств. Поэтому неудивительно, что хирургу часто приходится встречаться с тяжело больными людьми, для которых особенно важно духовное утешение и наставление. Некоторые считают, что профессия врача-хирурга несовместима с пастырским служением, так как врач может оказаться невольным убийцей своего пациента. Однако это мнение представляется неверным. Для того чтобы убедиться в этом, достаточно вспомнить выдающегося святителя XX века - архиепископа Луку (Войно-Ясенецкого), который успешно совмещал свое архиерейское служение с трудами практикующего хирурга. Будучи даже заключен в Бутырской тюрьме, епископ Лука 14 июля 1923 г. написал заявление на имя заведующего СО ГПУ Тучкова, в котором есть такие слова «Очень прошу дать мне возможность лечить больных». И спустя много лет своего архиерейского служения он не оставляет занятий хирургией. В 1944 г. в Тамбовской области он курировал около 150 госпиталей, в каждом из которых было от 500 до 1000 коек, а также хирургическое отделение областной клинической больницы. Его книга «Очерки гнойной хирургии» до сих пор остается одной из лучших работ по данной проблематике. Архиепископа Луку отличало желание, во что бы то ни стало найти внутреннюю связь между медициной и христианством. Он в двух строках определил то главное, что увидел для себя в хирургии: для хирурга не должно быть «случая, а только живой страдающий человек».

Другой пример церковного попечения в хирургии являет нам уже не пастырь, но мирянин - глубоко верующий известный профессор Николай Иванович Пирогов. И как ученый, и как гениальный хирург-практик впервые применивший в России анестезию при операциях Н. И. Пирогов стал примером для многих поколений русских врачей. Привлечение им женской сестринской заботы о раненых воинах, основанной на христианских идеалах сострадания и любви к ближним, создание женской общины сестер милосердия Честного и Животворящего Креста стало началом подвига русских женщин в военных госпиталях и на полях сражений.



Сегодня, в начале XXI века, во время преобладания в обществе секулярного сознания, представляется исключительно важным пастырское и церковное свидетельство в самых разных отраслях медицины и, прежде всего, в хирургии. Находящийся на пороге жизни и смерти человек более восприимчив к церковному слову, которое помогает ему быстрее излечиться или, в безнадежных случаях, спокойно умереть. Представляется также исключительно важным возрождение института сестер милосердия для ухода за тяжелобольными пациентами медицинских социальных учреждений, в первую очередь, за пациентами хирургических отделений в послеоперационном периоде.

В Иваново-Вознесенской и Кинешемской епархии мы предпринимаем в настоящее время большие усилия по созданию факультета сестер милосердия, для решения перечисленных выше проблем. Однако это важная церковная инициатива далеко не сразу встретила понимание городских властей. Из-за нежелания муниципалитета идти на сотрудничество важная церковная социальная программа «зависла в воздухе» на несколько лет и лишь сейчас начинают делаться конкретные шаги по ее воплощению в жизнь. В этой связи представляется важным определение государственной политики по данному вопросу на федеральном уровне, рекомендации объединений православных врачей, принимаемые на православных медицинских конференциях.

## Душепопечение в педиатрии

Иерей Евфимий Добрянский, настоятель храма Святых страстотерпцев царя Николая и царицы Александры при Санкт-Петербургской Государственной педиатрической Медицинской Академии (Санкт-Петербург)

25 мая 1905 г. состоялось открытие Городской детской Больницы в память Священного Коронования Их Императорских Величеств - Императора Николая II и Императрицы Александры Федоровны.

В 1922 г. храм, существовавший при больнице, был закрыт и использовался как лаборатория, затем был снесен, а на его месте построили анатомический корпус. В 2001 г. началось возрождение церкви в здании НИЦ (научно-исследовательский центр), где некогда был главный вход в больницу.

В настоящее время в связи с 70-летним запретом пасторского служения в государственных медицинских учреждениях (в том числе педиатрических), священник является не просто пастырем, который окормляет болящих детей и их родителей, но в прямом смысле является миссионером Покаяния и Евангелия. Конечно, опыт прихода храма Святых страстотерпцев царя Николая и царицы Александры небольшой, все только начинается, но некоторыми мыслями и наблюдениями, которые появились через восемь месяцев духовно-миссионерской деятельности, хочется поделиться.

В первую очередь следует отметить, что клиника Санкт-Петербургской Государственной педиатрической Медицинской Академии является многопрофильным педиатрическим учреждением с соответствующим контингентом. Поэтому требуется свой духовный подход для каждого ребенка и его родителей.

Как показывает практика духовного окормления, большинство болящих детей в больнице педиатрической Медицинской Академии - из невоцерковленных семей, родители маленьких пациентов о церковной жизни зачастую знают лишь понаслышке, имеют о ней различные суеверные представления.



Сейчас во многих медицинских учреждениях существуют сестричества милосердия. Сестры не только выполняют работу младшего медперсонала, санитарок по уходу за болящими, занимаются тяжелой работой по уборке помещений, но, самое главное, готовят людей к Таинствам Крещения, Покаяния, Святого Причащения. В педиатрической практике также, безусловно, необходима миссионерская и медицинская деятельность сестриществ.

Распространенными являются ситуации, когда родители не идут сами в Церковь. Не понимают, что в их горе уповать надо не только на врачей, но прежде всего на Бога Всемилостивого.

Итак, из всего сказанного можно сделать вывод о том, что практика душепопечения в педиатрической клинике является подтверждением того, что болезнь детей не есть простая случайность, но нередко подается родителям как вразумление для исправления своей нравственной и духовной жизни.





## Клятва Православного Врача

Да будет Благословенно Имя Отца и Сына и Святого Духа,  
Троицы Единосущной и Нераздельной.

Я никому не вручу даже просимого смертельного зелья  
и не укажу пути к этому.

Равным образом я не дам abortивного средства никакой женщине,  
ни наружного средства, ни внутреннего.

Я не запятнаю изучение врачебного искусства.

Я буду обучать этому искусству тех, кто нуждается в нем,  
без претензий и договора.

Я использую лечение для помощи страждущим сообразно  
моим способностям и моему разумению.

В чистоте и святости я буду поддерживать мою жизнь  
и мое искусство.

В какой бы дом я не вошел, я войду туда для помощи  
больным, воздерживаясь от всего несправедного, умышленного  
и неумышленного - того, что ведет к смерти или страданию,  
а также от постыдных связей с человеком зависимым или свободным,  
мужчиной или женщиной.

Чтобы при лечении я не увидел, или не услышал  
(а также и вне лечения, в бытовом окружении), о чем не следует  
распространяться, того я не разглашу, считая это священной тайной.

Теперь же, если я сдержу и не нарушу эту клятву,  
то да поможет мне Бог в жизни и во врачебном искусстве  
и да ниспошлет мне уважение людей на вечные времена,  
но, если нет, да постигнет меня обратное этому.

АМИНЬ



# Общество православных врачей Санкт-Петербурга

Научно-просветительское Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Крымского было организовано в феврале 1990 г. по инициативе отдела благотворительности епархии и двух наиболее крупных сестричеств милосердия: Покровского и св. мц. Татианы. Основателем и первым председателем общества стал настоятель больничного прихода св. великомученика и целителя Пантелеимона на ручье, ныне доктор мед. наук, практикующий врач высшей категории священник Сергей Филимонов.

Созданию Общества предшествовала скрупулезная подготовка проекта Устава и положений о внутренней деятельности специально созданной рабочей группой. За основу был взят проект устава Московского общества 1998 г., который был переработан и утвержден на общем заседании врачей. Внутренний Устав, цели и задачи Общества были благословлены правящим архиереем митрополитом Санкт-Петербургским и Ладожским Владимиром.

Общество православных врачей Санкт-Петербурга (ОПВ СПб) является профессиональным объединением врачей различных специальностей, исповедующих православную веру.

**Причинами создания** ОПВ в Санкт-Петербурге явилось стремление объединить православных врачей различных лечебных учреждений города для совместной деятельности, а также консолидировать усилия представителей профессиональной традиционной медицины против различного рода оккультного «целительства», получившего широкое распространение в последнее время.

**Целью Общества** является содействие развитию медицинской деятельности на основе православного вероисповедания и христианской нравственности, интеграция врачей различных специальностей в этом направлении.

Общество имеет свой герб или отличительный знак: ангел, украшающий главу Александрийского столпа на фоне российского флага и красный крест - символ медицинской помощи и врачебного искусства, заключенные в круге - символе вечности, объединяющем небесное и земное. Небесный покровитель общества - архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий), исповедник и врач, канонизированный Русской Православной Церковью в 1995 г.

**Действительные члены** Общества - православные врачи, имеющие законченное высшее образование, участвующие в уставной деятельности и уплачивающие членские взносы. Решение о принятии в действительные члены осуществляется на заседаниях правления Общества из кандидатов на основании их письменного заявления и письменной рекомендации духовника после прохождения годичного испытательного срока. Принятие в действительные члены производится 1 раз в год в день памяти архиепископа Луки (11 июня), когда по заамвонной молитве во время Божественной литургии врачи торжественно приносят клятву православного христианского врача, составленную специалистами Общества на основании клятвы Гиппократова и православных врачей Греции первых веков по Р. Х.

**Кандидаты в действительные члены** Общества - православные врачи, выполняющие Устав, готовятся к вступлению. Прием в кандидаты осуществляется на основании личного заявления, устного благословения священника и собеседования с председателем секции по специальности. Кандидат имеет право совещательного голоса.

**Ассоциативные члены** Общества - православные медики и лица пограничных медицинских специальностей, имеющие высшее и среднее медицинское образование, участвующие в уставной деятельности Общества и его молитвенной жизни.



**Почетные члены** Общества, избираемые обществом, - православные медики, внесшие значительный вклад в развитие научной и клинической медицины или имеющие перед Обществом особые заслуги.

В настоящее время действительными и ассоциативными членами общества являются 118 человек. Действительными членами ОПВ - 80 человек, кандидатами в действительные члены - 5 человек, ассоциативными членами - 25 человек и кандидат в ассоциативные члены - 1 человек. Подали прошение на вступление в Общество еще 7 человек.

Среди членов ОПВ СПб 6 докторов и 9 кандидатов наук, 24 врача имеют высшую и первую квалификационные категории, 42 человека имеют стаж работы по специальности - 10 лет, из них 16 - более 30 лет. Членами общества могут быть иногородние врачи. Почетным членом общества является ректор СПб Духовных академии и Семинарии канд. мед. наук епископ Тихвинский Константин (Горянов).

Высшим органом Общества является общее собрание его членов. В промежутках между собраниями его работой руководит Правление, избираемое на один год, возглавляемое председателем.

Правление Общества православных врачей СПб:

Председатель - протоиерей Сергей Филимонов, хирург-отоларинголог СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, доктор мед. наук;

зам. председателя по духовно-религиозным и издательским вопросам - протоиерей Валерий Швецов, психолог;

зам. председателя по научно-просветительской работе: Т. В. Виноградова, терапевт, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова;

зам. председателя по лечебно-практической работе: В. Я. Плоткин, проф. СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова; Н. Ф. Жарков, врач детской неотложной помощи (ТМО N 6);

главный врач Душепопечительского центра - В. В. Первак, врач высшей категории;

издательский отдел - И. Л. Яновская;

ответственный секретарь - В. В. Горбенко;

технический секретарь: М. А. Романова.

**Попечительский Совет** продолжает создаваться и включает в свой состав людей, желающих помочь Обществу в вопросах финансирования его программ и привлечения благотворителей для реализации этих целей. Секретариат обеспечивает деятельность инфраструктуры общества.

Члены общества трудятся во многих ведущих высших медицинских учебных заведениях города и крупных больницах, где на своих рабочих местах проводят консультации обратившихся за помощью в ОПВ больных.

**К практическим задачам**, выполняемым членами ОПВ, относятся:

- координация действий братств, сестричеств, обществ, а также отдельных мирян при оказании врачебной помощи бедным и социально-незащищенным слоям населения;
- содействие возрождению благотворительной и социально-медицинской помощи при приходах и монастырях;
- содействие возрождению и созданию храмов в медицинских учреждениях;
- содействие в получении юридической консультации и помощи медикам, попавшим в сложные нравственно-этические ситуации;
- анализ и разрешение юридических проблем, связанных с выполнением поставленных Обществом задач;



- организация системы квалифицированной диагностической, лечебной и профилактической помощи священно-церковнослужителям православных храмов Санкт-Петербурга на базах ЛПУ города, где работают православные врачи;
- консультативная медицинская помощь мирянам членами Общества.

К **научно-просветительским задачам** ОПВ относятся:

- осмысление проблем современной медицины и биотехнологий в свете учения православной церкви;
- подготовка материалов для вынесения суждений по медицинским вопросам священноначалием Русской Православной Церкви;
- разработка и осуществление современных программ обучения сестер милосердия и врачей основам диаконической деятельности;
- ведение миссионерской деятельности для ознакомления широкой медицинской общественности с основами православного вероучения;
- факультативное преподавание в Духовных школах основ медицинских знаний, полезных будущим пастырям.

Общество включает **четыре секции**: общеврачебную, психолого-психиатрическую, наркологическую, ассоциативную. Специалисты каждой из секций разрабатывают на своих заседаниях определенную научно-исследовательскую и просветительскую тему. Разработанная на секциях тема рассматривается правлением Общества и выносится на пленарное заседание. Пленарные заседания проходят каждый месяц в СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и являются открыто-публичными. На них присутствуют в среднем около 100-150 человек. На некоторых совместных заседаниях Обществ иногда присутствовало до 500-600 человек. После такой предварительной апробации темы, дискуссий и учета критических замечаний Общество принимает соборное решение по данной проблеме, обязательное для всех его членов и выносит материалы докладов на обсуждение широкой медицинской общественности, в печати, на телевидении и радио.



СПбГМУ им. акад. Павлова - место проведения заседаний Общества Православных Врачей

Общество занимается издательской деятельностью, регулярно выпускаются брошюры серии «Библиотека православного врача», в которых освещаются актуальные медицинские проблемы, обсуждаемые на пленарных заседаниях ОПВ.



## Структура общества (2005 г.)



**Душепопечительский центр (ДПЦ)** был создан по инициативе Общества православных врачей в феврале 2000 г. При его создании были определены следующие направления деятельности: помощь оккультнопораженным, наркозависимым, страдающим от недуга винопития, пострадавшим от тоталитарных сект, консультативно-диагностическая и психологическая помощь церковно-священнослужителям и прихожанам православных храмов по вопросам соматических и психических заболеваний, диспетчерская информационно-справочная служба. В последнее время отмечается значительный рост числа пациентов, желающих лечиться у православных врачей и получать информацию об отношении православных врачей к некоторым лекарствам, нетрадиционным методам лечения, фитотерапии, гомеопатии и т. д. Прием больных ведется благотворительно - на пожертвования.

Для получения консультации или помощи православного врача, пациент, как правило, обращается в диспетчерскую службу ДПЦ. Диспетчер принимает заявку и записывает пациента на прием к соответствующему врачу либо в Душепопечительский центр, либо в лечебное учреждение города, в котором принимает врач. Лечение проходит при возможности амбулаторно в ДПЦ или к медицинском учреждении - на рабочем месте врача, сотрудничающего с ДПЦ. Если в Центре нет необходимого специалиста, главный врач обращается к врачам ДПЦ, которые помогают определить больного в профильное



взрослое или детское лечебное учреждение. Больной получает соответствующую медицинскую помощь и оплачивает ее согласно правилам конкретной больницы.

ДПЦ ОПВ организован при клинической больнице Российской Академии наук и располагается рядом с больничной церковью преп. Сергия Радонежского. Весь персонал ДПЦ является православным. К деятельности ДПЦ привлекаются православные врачи-специалисты, оказывающие благотворительную консультативно-диагностическую помощь пациентам. Консультативные штаты из года в год увеличиваются по мере вступления в ОПВ новых врачей.

**Диспетчерско-информационная служба (ДИС)** Общества православных врачей Санкт-Петербурга была создана в 2001 г. и является связующим звеном в деятельности Общества православных врачей, Душепопечительского центра, Сестричества св. мц. Татианы и Прихода св. вмч. и целителя Пантелеимона на ручье.

Контингент людей, обращающихся в ДИС, различен. Это малоимущие люди и инвалиды, пенсионеры и многодетные семьи, священники и члены их семей, монашествующие и служащие храмов, учащиеся духовных школ и академии. Бывают звонки от верующих других конфессий.



**Курсы последипломного повышения квалификации.** С января 2005 г. в рамках учебной деятельности ОПВ СПб началась программа по обучению православных врачей и психологов на курсах последипломного повышения квалификации. Курсы организованы на базе Санкт-Петербургской Государственной Медицинской Академии им. И. И. Мечникова и Общества православных врачей Санкт-Петербурга.

Программа обучения предполагает повышение уровня знаний, предъявляемых к врачам и психологам в соответствии с развитием современной медицины, а также освещение сложных вопросов современной медицины с точки зрения православной вероучительной истины.

Занятия ведутся по пяти программам:

- психология с курсом христианской антропологии;
- курс православной психотерапии;
- психиатрия с курсом христианской антропологии;
- православное душепопечение наркологических больных;
- современная медицина, организация управления с курсом социальных основ Русской Православной Церкви.

Количество слушателей одной группы не превышает 12 человек. К обучению на курсах допускаются только специалисты с высшим медицинским и психологическим образованием. Форма обучения очная, в течение 72 часов. Занятия проводятся на пожертвования учащихся. По окончании курсов выпускники получают сертификат государственного образца, позволяющий подтвердить или повысить свою квалификационную категорию врача или психолога. Второй сертификат, выдаваемый Обществом православных врачей, дает право выпускникам профессионально участвовать в деятельности медико-социальных учреждений Русской Православной Церкви по благословению своего священноначалия.

При ОПВ СПб и больничном Приходе св. вмч. и целителя Пантелеимона на ручье создается **Научно-методический центр церковной медицины и православной биоэтики**, в задачи которого входит:

- перевод святоотеческой литературы с греческого на русский язык;
- перевод фундаментальных и периодических зарубежных научных трудов в области биомедицинской этики как православной, так и других конфессий;





- научный анализ и обобщение архивных данных, касающихся истории отечественной православной церковной и монастырской медицины;
- научный анализ и обобщение трудов современных православных врачей, сестер милосердия и священнослужителей, касающихся медицины;
- подготовка материалов для книг, брошюр, журнала-альманаха «Церковь и медицина».

**Паломническая служба Общества** существует с 2000 г. В паломнических поездках по святым местам участвуют православные врачи и пациенты ДПЦ, а также члены их семей.

Поездки в основном носят однодневный характер, чтобы больные не переутомлялись. Группу пациентов всегда сопровождает врач. В программу поездки обычно входят молебен и прикладывание к мощам святых, погружение в святой источник, участие в богослужении.

Периодически совершаются и многодневные поездки, в основном для духовного укрепления врачей. За последние четыре года православные врачи и пациенты ДПЦ посетили Дивеево, Владимир, Боголюбово, Муром, Введено-Оятский женский монастырь, о. Валаам, Заянье, Лосицы, святые источники Псковской Епархии, мужской монастырь прп. Александра Свирского, Москва, Троице-Сергиева Лавра, святые места Новгородской епархии, Варлаамо-Хутынский женский монастырь, о. Соловки, Киев, Почаевская Лавра, Екатеринбургская епархия и др.