

**Мировой опыт
служения
больничных
капелланов:
право, психология,
организация**

6 октября 2021
October 6, 2021

**World Experience
of Serving Hospital
Chaplains: Law,
Psychology,
Organization**

**Материалы
международной
онлайн-конференции**

**Materials
of the International
Online Conference**

УДК 27-468:[616-083:614.21](100)(063)
ББК 86.37-69(0)я431+53.508(0)я431
М64

Издано с использованием гранта
Президента Российской Федерации,
предоставленного Фондом
президентских грантов

М64 Мировой опыт служения больничных капелланов: право, психология, организация = World experience of serving hospital chaplains: law, psychology, organization: материалы международной онлайн-конференции (Москва, 6 октября 2021) / [предисл. еп. Пантелеимон (Шатов); отв. ред. И. В. Карпова]. — М.: Отдел по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви : ИЕ РАН : РМАНПО Министерства здравоохранения РФ, 2022. — 320 с., ил. — Данные тит. л. парал. англ. — ISBN 978-5-98163-191-7. — EDN: XGVGCM.
Карпова, И. В., ред.

УДК 27-468:[616-083:614.21](100)(063)
ББК 86.37-69(0)я431+53.508(0)я431

© Отдел по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, 2022



**ОТДЕЛ ПО ЦЕРКОВНОЙ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ
И СОЦИАЛЬНОМУ
СЛУЖЕНИЮ РУССКОЙ
ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ**



Совет при Правительстве РФ
по вопросам попечительства в социальной сфере

**СОВЕТ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВОПРОСАМ
ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА
В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ**



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



**РОССИЙСКАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАУКИ
ИНСТИТУТ ЕВРОПЫ
РОССИЙСКОЙ
АКАДЕМИИ НАУК**

Предисловие

В начале третьего тысячелетия люди столкнулись с испытаниями, которые, может быть, знаменуют начало нового периода мировой истории. Периода тяжелого, драматичного, когда жизнь человечества подвергается все возрастающему действию центростремительных сил, разъединяющих людей и целые народы: пандемия, локдауны, изоляция, военные столкновения...

На фоне этих тенденций международная конференция, прошедшая 6 октября 2021 года и посвященная служению больничных капелланов, была очень радостным событием. Она соединила людей разных вер, национальностей, стран для того, чтобы поговорить о помощи страдающим людям в больницах, помощи в эпоху COVID-19.

Наша встреча позволила нам обменяться опытом, подвести предварительный итог современного служения больничных капелланов. Участники из разных стран свидетельствовали, что оказавшийся в больнице человек, который оторван от своих близких, мучается от боли, одиночества, видит смерть, — нуждается не только в помощи врачей, но и в помощи священников. Душа страдающего человека ищет Бога и особенно нуждается в Нем.

Конференция имела большое значение для всех участников, но для больничных священников в России стала особенно важной, потому что привлекла внимание к проблеме допуска священников в больницы. Право пригласить в больничную палату священника и раньше было в нашей стране закреплено Конституцией, но на практике встречало препятствия. Теперь же Министерство здравоохранения описало алгоритм реализации этого права и рекомендовало всем регионам страны принять нормативные акты о допуске священнослужителей в стационары¹.

¹ См. Приложение 1, с. 220.

Я очень благодарен всем участникам конференции: для меня это был незабываемый опыт. Было радостно узнать, что мы едины — несмотря на всё то, что нас разделяет. Едины в понимании того, что больному человеку нужны сострадание, внимание, любовь — и ему нужен Бог. Духовное исцеление, соединение с Богом дают человеку силу победить зло в собственной душе, одержать победу над ужасом и одиночеством, которые приносит болезнь, — и выйти победителем из испытания. Только в соединении с Богом страдание становится для человека не тупиком, а ступенью к вечному, к совершенной любви, побеждающей смерть.

*С любовью о Христе,
епископ Пантелеимон (Шатов)*

Preface

In the beginning of the third millennium, people faced trials that may mark the beginning of a new period in the world history. A difficult and dramatic period when the life of mankind is subject to the ever-increasing action of centrifugal forces that separate people and entire nations: the pandemic, lockdowns, isolation, military conflicts...

With such events in the background, the international conference held on October 6, 2021 and dedicated to the service of hospital chaplains happened to be a very joyful event. It brought together people of different religions, nationalities and countries to talk about helping the suffering in hospitals in the era of COVID-19.

Our meeting allowed us to exchange experiences and summarize the preliminary results of the modern service of hospital chaplains. Participants from different countries testified that a people who find themselves in hospital need not only the help of doctors, but also the help of priests. In hospitals, people are separated from their loved ones, they see death, they suffer from pain and loneliness. And the soul of a suffering person is looking for God and especially needs Him.

The conference was of great importance for all participants, but it turned out to be especially important for hospital priests in Russia, because it drew attention to the problem of admission of priests to hospitals. The right to invite a priest to the hospital ward was previously enshrined in the Constitution in our country, but in practice it faced various obstacles. The Ministry of Healthcare has described an algorithm for the implementation of this right and recommended that all regions of the country adopt regulations on the admission of clergy to hospitals².

I am very grateful to all participants of the conference: it was an unforgettable experience for me. It was a joy to know that we are

² See the attachement 1, p. 224.

united — despite all that separates us. We are united in understanding that the sick need compassion, attention, love — and they need God. Spiritual healing, union with God gives one the strength to overcome the evil in their own soul, to triumph over horror and loneliness — over all that the disease brings — and emerge victorious from the ordeal. Only in union with God does suffering become not a dead end, but a step to the eternal, to perfect love that overcomes death.

*With love to Christ,
Bishop Panteleimon (Shatov)*

СОДЕРЖАНИЕ CONTENTS

4 Епископ Пантелеимон (Шатов)
Предисловие

6 Bishop Panteleimon (Shatov)
Preface

ПРИВЕТСТВЕННЫЕ СЛОВА WELCOME WORDS

16 Святейший Патриарх Московский
и всея Руси Кирилл

17 His Holiness Patriarch Kirill
of Moscow and All Russia

18 Председатель Совета Федерации
Федерального Собрания РФ
В. И. Матвиенко

19 V. I. Matvienko, The Chairman of the
Federation Council of the Federal
Assembly, Russian Federation

20 Заместитель председателя
Правительства РФ по вопросам
социальной политики Т. А. Голикова

21 T.A. Golikova, Deputy Prime Minister
of the Russian Federation for Social
Policy

23 Министр здравоохранения РФ
М. А. Мурашко

24 M.A. Murashko, Minister of Health,
Russian Federation

25 Директор Европейского
регионального бюро ВОЗ
Х. Клюге

26 H. Kluge, Director of the European
Regional Office of the World Health
Organization

28 Руководитель Федеральной службы
по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия
человека, Главный государственный
санитарный врач РФ А. Ю. Попова

30 A.Y. Popova, Head of the Federal
Service for Consumer Rights
Protection and Human Welfare, Chief
State Sanitary Doctor of the Russian
Federation

ДОКЛАДЫ REPORTS

- 34** Председатель Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению епископ Пантелеимон (Шатов)
Больничное служение Православной Церкви
- 48** Bishop Panteleimon (Shatov), Chairman of Synodal Department for Church Charity and Social Ministry of the Russian Orthodox Church
Hospital Ministry of the Orthodox Church
-
- 60** Представитель ВОЗ в России М. Вуйнович
Роль психического здоровья и духовной поддержки в контексте отзывчивости системы здравоохранения и пандемии COVID-19
- 67** M. Vujnovic, Official Representative of World Health Organization in Russia
The Role of Mental Health and Spiritual Support in the Context of Responsive Health System and COVID-19 Pandemic
-
- 72** Представитель Департамента служения целостному развитию человека Римско-Католической Церкви, официальный представитель Ватикана священник Дариуш Герс
Духовная помощь больничных капелланов в медицинских учреждениях: право, психология, организация. Отношение между Католической Церковью и государственными органами
- 79** Monsignor Dariusz Giers, Priest-Official of the Dicastery for Promoting Integral Human Development of the Roman Catholic Church, official representative of Vatican
Spiritual Assistance of Hospital Chaplains at Medical Institutions: Law, Psychology, Organization. Relations between the Catholic Church and Governmental Authorities
-
- 84** Главный капеллан учреждений здравоохранения Франции Службы капелланов Римско-Католической Церкви К. Фьоре
О больничном служении капелланов во Франции
- 90** C. Fiore, Chief Chaplain of Organizations of Healthcare in France of Chaplain Service of the Roman Catholic Church
Service of Hospital Chaplains in France

- 94** Глава Офиса институционального капелланства Православной Церкви в Америке
протоиерей Стивен Войтович
Офис институционального капелланства Православной Церкви в Америке
-
- 105** Archpriest Stephen Wojtowicz, Director of the Office of Institutional Chaplaincy of the Orthodox Church in America
OCA (Orthodox Church in America) Office of Institutional Chaplains
-
- 114** Директор Камиллианского учебного центра (Римско-Католическая Церковь, Италия)
священник Данио Моцци
Опыт больничного капелланства в Италии. Особенности образовательной программы для капелланов, профессиональные компетенции
- 126** Priest Danio Mozzi, Director of the Centro Camilliano di Formazione (Italy)
The Experience of Hospital Chaplaincy in Italy. Features of the Educational Program for Chaplains, Professional Competencies
-
- 136** Профессор теологического факультета Гейдельбергского университета, научный руководитель Центра душепопечения в Бадене (Германия) А. Хаусман
Вызовы и возможности пастырского/духовного попечения во время пандемии COVID-19 в Германии
- 145** A. Haussmann, Professor of Theology of Heidelberg University, Scientific Advisor of the Soul Caring Centre of Baden (Germany)
Challenges and Opportunities for Pastoral/Spiritual Care during the COVID-19 Pandemic in Germany
-
- 152** Начальник Управления по связям с общественностью Департамента здравоохранения Москвы
С.Н. Браун
Практика эффективного взаимодействия Русской Православной Церкви и Департамента здравоохранения Москвы. Опыт подготовки и допуска в больницы добровольцев-священников
- 158** S.N. Brown, Head of Public Relations Department of the Moscow Healthcare Department
Practice of Effective Cooperation between the Russian Orthodox Church and Moscow Health Department. Experience of Training and Admission of Volunteer Priests to Hospitals of Volunteer Priests to Hospitals

- 162** Главный врач Московской городской клинической больницы № 52 М.А. Лысенко
Священнослужители в «красной зоне»: значимость духовной и психологической поддержки пациентов и персонала в медицинской организации и опыт взаимодействия с больничными священниками
-
- 172** Заместитель директора Научного центра психического здоровья, доктор медицинских наук, профессор В.Г. Каледа
Церковь и психиатрия: грани сотрудничества
-
- 188** Юрисконсульт Правового управления Московской Патриархии А.В. Бобков
Правовые основы взаимодействия канонических подразделений Русской Православной Церкви и медицинских организаций России
-
- 198** Настоятель храма свт. Луки Крымского при Центральной городской больнице г. Азова иерей Николай Юрченко
Опыт оказания духовной помощи людям с коронавирусной инфекцией в городе Азове Ростовской области
-
- 168** М.А. Lysenko, Chief Physician at Moscow City Clinical Hospital No. 52
Chaplains in the 'Red Zones': the Importance of Spiritual and Psychological Support to Patients and Staff in the Medical Institution and Experience of Cooperation with Hospital Chaplains
-
- 181** V.G. Kaleda, Deputy Director of the Scientific Center for Mental Health in Moscow, Doctor of Medical Sciences, Professor
The Church and Psychiatry: Facets of Cooperation
-
- 194** A.V. Bobkov, Legal Advisor of the Moscow Patriarchate's Legal Department
Legal Bases of Interaction Canonical Divisions of the Russian Orthodox Church and Medical Organizations of Russia
-
- 204** Priest Nikolai Yurchenko, Rector of Azov Central City Hospital Church of St. Luka of Crimea
Experience in Provideing Spiritual Care to People with Coronavirus Infection in the City of Azov, Rostov Region

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО CLOSING REMARK

- 210** Заместитель директора по научной работе Института Европы РАН Р.Н. Лункин
Социальное и историческое значение больничного служения Церкви: сможет ли общество без солидарности и милосердия?
- 215** R.N. Lunkin, the Deputy Director of research in the Institute of Europe of the Russian Academy of Sciences
Social and Historical Significance of the Church Hospital Ministry: can Society exist without Solidarity and Mercy?

ПРИЛОЖЕНИЯ ATTACHMENTS

- 220** 1. Методические рекомендации Минздрава РФ по установлению порядка посещения священнослужителями пациентов больниц
- 224** 1. Methodological Recommendations of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation on Establishing the Procedure for Visiting Hospital Patients by Clergy
-
- 228** 2. Духовные аспекты «Глобальной стратегии по достижению здоровья для всех к 2000 году». Резолюция 37-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- 230** 2. The Spiritual Dimension in The Global Strategy for Health for All By The Year 2000. The 37th World Health Assembly Resolution
-
- 232** 3. Духовное здоровье — четвертое измерение: перспективы общественного здравоохранения
- 239** 3. Spiritual Health, the Fourth Dimension: a Public Health Perspective
-
- 245** 4. Модуль ВОЗ для измерения показателя качества жизни (WHOQOL) и духовность, религиозность и личные убеждения (SRPB)
- 285** 4. WHO Quality of Life measure (WHOQOL) and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)

→ приветственные
слова
welcome
words





**ПРИВЕТСТВЕН-
НЫЕ СЛОВА**

WELCOME

WORDS



СВЯТЕЙШИЙ ПАТРИАРХ МОСКОВСКИЙ И ВСЕЯ РУСИ КИРИЛЛ

HIS HOLINESS PATRIARCH KIRILL OF MOSCOW AND ALL RUSSIA

Дорогие братья и сестры!

Сердечно приветствую всех собравшихся для участия в конференции по духовной помощи больным. Ныне, когда мир переживает пандемию опасного вируса, обсуждение данных вопросов особенно актуально и ставит перед нами ряд серьезных вызовов и задач. Одна из них — развитие душепопечительской деятельности, призванной помочь страждущим обрести мир, надежду и веру, которые столь необходимы человеку в борьбе за жизнь и здоровье.

Попечение о недугующих являлось значимым служением христиан во все времена. По милости Божией сегодня в России при активной поддержке государства активно возрождается больничное служение. В наших епархиях появились специальные группы священнослужителей, которые прошли подготовку и посещали пациентов в инфекционных стационарах. Сотни православных волонтеров прошли специальные курсы и стали ухаживать за пациентами ковид-госпиталей Москвы. Надеюсь, что подобное сотрудничество будет успешно продолжаться и впредь.

Отрадно, что в настоящей конференции принимают участие видные специалисты из тех стран, где служение больничных капелланов органично встроено в систему национального здравоохранения и плодотворно функционирует. Знакомство с вашим опытом будет полезно

для совершенствования взаимодействия между священниками и больницами, а также для уточнения правовых механизмов деятельности представителей Церкви в медицинских и социальных учреждениях.

Призывая на ваши труды благословение Христово, молитвенно желаю вам крепкого здоровья, плодотворной работы и неоскудевающей помощи Истинного Врача душ и телес наших в совершаемом вами ответственном служении.

Dear Brothers and Sisters!

I heartily welcome all those gathered for the Conference on spiritual assistance for the sick ones. At this time when the world is experiencing the pandemic of a dangerous virus, the discussion of these issues is especially relevant and sets a number of serious challenges and tasks. One of these is the development of pastoral care in order to help those who are suffering to find the peace, hope, and faith. These qualities are necessary in the struggle for life and health.

Taking care of the sick ones has been an important ministry of Christians at all times. Nowadays in Russia by God's Grace and with the active support of the state hospital ministry is actively reviving. In our dioceses there are special groups of clergymen who have been trained to visit patients in hospitals for infectious diseases. Hundreds of Orthodox volunteers were trained on special courses and began to care for patients in Moscow's covid hospitals. I hope that such cooperation will continue successfully in the future.

It is gratifying that prominent experts from countries where the ministry of hospital chaplains is organically integrated into the national health care system and functions effectively are participating in this conference. It will be useful to learn about your experience in order to improve the interaction between priests and hospitals, as well as to clarify the legal mechanisms for the activities of Church representatives in medical and social institutions.

Calling the blessing of Christ upon your labors, I in prayer wish you good health, effective work and the unfailing help of the True Physician of our souls and bodies in the responsible ministry which you perform.



V. И. МАТВИЕНКО

**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ СОВЕТА
ФЕДЕРАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО
СОБРАНИЯ РФ**

V. I. MATVIENKO

**THE CHAIRMAN
OF THE FEDERATION COUNCIL
OF THE FEDERAL ASSEMBLY,
RUSSIAN FEDERATION**

От имени Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации и от себя лично приветствую участников международной онлайн-конференции «Духовная помощь больничных священников (капелланов) в медучреждениях: право, психология, организация».

Эта тема обрела особую актуальность не только в нашей стране, но и во всем мире в связи с распространением новой коронавирусной инфекции, когда так важна духовная и психологическая поддержка пациентов в период их пребывания в лечебном стационаре.

В ходе конференции будут подняты столь значимые вопросы, как правовой статус больничных священников, их взаимодействие с медицинскими работниками, обеспечение доступа священнослужителей в больницы, реализация права пациента на свободу совести.

Отрадно, что сегодня духовная помощь пациентам медицинских учреждений является одним из ведущих направлений социального служения Русской Православной Церкви.

Уверена, что обсуждение международного опыта организации работы больничного духовенства придаст импульс созданию института больничных капелланов, будет способствовать выработке

механизмов оказания пациентам духовной помощи в медицинских учреждениях Российской Федерации.

Желаю плодотворного общения, эффективных идей и взвешенных решений.

On behalf of the Federation Council of the Federal Assembly of the Russian Federation and on my own behalf, I welcome the participants of the international online conference 'Spiritual Assistance Of Hospital Priests (Chaplains) In Medical Institutions: Law, Psychology, Organization'.

This topic has gained particular relevance not only in our country, but also worldwide due to the spread of the new coronavirus infection, when spiritual and psychological support of patients during the time they spend in a medical hospital is so important.

During the conference the following issues will be discussed: the legal status of hospital chaplains, their cooperation with medical professionals, clergy's access to hospitals, realization of the patient's right for freedom of conscience.

It is gratifying that spiritual assistance for patients in medical institutions today is one of the leading areas of social ministry of the Russian Orthodox Church.

I am sure that the discussion of international experience in organizing the work of hospital clergy will boost the creation of the institution of hospital chaplains, and will contribute to the development of mechanisms for providing patients with spiritual assistance in the medical institutions of the Russian Federation.

I wish you effective communication, effective ideas and balanced decisions.



Т.А. ГОЛИКОВА
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОПРОСАМ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

T.A. GOLIKOVA
DEPUTY PRIME MINISTER
OF THE RUSSIAN FEDERATION
FOR SOCIAL POLICY

Уважаемые коллеги, рада приветствовать вас на международной конференции «Духовная помощь больничных священников (капелланов) в медучреждениях: право, психология, организация».

Благоприятное психологическое и духовное состояние пациентов и подопечных медицинских и социальных учреждений является предметом особой заботы специалистов социальной сферы и здравоохранения. Правительство России одной из основных задач ставит создание всех необходимых условий для того, чтобы душевное состояние больного способствовало исцелению его недугов. Видную роль в создании благоприятных для лечения человека духовных условий выполняет духовенство Русской Православной Церкви. В России уже имеется успешный опыт взаимодействия священников и врачей, о чем свидетельствуют как сами пациенты, так и медики. Особенно значимой стала помощь Церкви в период пандемии, когда посещение священниками больных способствовало благоприятному течению болезни и удачному исходу лечения.

20 ноября 2020 года в ходе встречи Президента России Владимира Путина со Святейшим Патриархом Московским и всея Руси Кириллом обсуждалась, в частности, деятельность Русской Православной Церкви в период пандемии, на которой Президент одобрил

деятельность больничных священников, посещающих пациентов с коронавирусом.

В западных странах уже в течение многих десятилетий существует институт больничных капелланов, которые ответственны за помощь больным и подопечным медицинских и социальных учреждений. Наша страна тоже имеет богатую историю взаимодействия и сотрудничества врачей и духовенства. Издревле на Руси в центре больниц располагался храм, а за каждым лечебным учреждением был закреплен священник. К сожалению, эта добрая традиция была утрачена, но сейчас благодаря усилиям Министерства здравоохранения России, Синодального отдела по благотворительности и при поддержке Министерства труда и социальной защиты России ведется работа по развитию больничного служения. В данном направлении учитывается передовой зарубежный опыт.

Уверена, что конференция будет полезна медикам, работникам социальной сферы, представителям Церкви и послужит одним из важных шагов на пути становления в России института больничных капелланов. Правительство России готово оказывать этой работе всемерную поддержку.

Желаю вам плодотворной работы.

Dear colleagues, I am pleased to welcome you to the international conference 'Spiritual Assistance of Hospital Priests (Chaplains) In Medical Institutions: Law, Psychology, Organization'.

The favorable psychological and spiritual state of patients and wards of medical and social institutions is the subject of special concern of social and health care professionals. In order to heal the patients, Russian government seeks to create all necessary conditions for the mental state of the ill. The clergy of the Russian Orthodox Church plays a prominent role in the creation of spiritual conditions good for the treatment of people. Both Russian patients and doctors witnessed a successful experiment of priests communicating with the medical personell. The assistance of the Church during the pandemic was particularly significant, while priets' visits contributed to a better state of the ill and improved the outcome of medical treatment.

On November 20, 2020, at a meeting between Russian President Vladimir Putin and His Holiness Patriarch Kirill of Moscow and All Russia,

the activities of the Russian Orthodox Church during the pandemic were discussed and the President approved of activities of hospital priests visiting patients with the diagnosis of coronavirus.

In Western countries, the institution of hospital chaplains responsible for the assistance to the sick and wards of medical and social institutions, has existed for decades. Our country also has a rich history of interaction and cooperation between doctors and clergy. Since ancient times in Russia there has been a temple in the center of hospitals, and a priest was assigned to each medical institution. Unfortunately, this good tradition has been lost, but now, thanks to the efforts of the Russian Ministry of Health and the Synodal Department of Charity and with the support of the Ministry of Labor and Social Protection of Russia, steps are taken towards the development of hospital ministry. Best examples of the ministry abroad are taken into account in this area.

I am sure that the conference will be useful for doctors, social workers and representatives of the Church and will serve as an important step towards the establishment of the institution of hospital chaplains in Russia. The Russian government is ready to provide full support of this work.

May your work be fruitful.



М.А. МУРАШКО
МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
M.A. MURASHKO
MINISTER OF HEALTH,
RUSSIAN FEDERATION

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Приветствую всех участников и гостей конференции «Духовная помощь больничных священников (капелланов) в медучреждениях: право, психология, организация».

Русская Православная Церковь исторически играла значительную роль как в формировании морально-нравственных устоев общества, так и в вопросах врачевания, физического исцеления и оказания медицинской помощи. Сегодня Минздрав России совместно с Русской Православной Церковью ведет активную работу по ряду важнейших для российского общества вопросов: охрана здоровья граждан, утверждение семейных ценностей, оказание духовной и медицинской помощи уязвимым группам населения.

Сотрудничество Минздрава России и Русской Православной Церкви не прекращалось и в период пандемии, когда посещение священниками больных, оказание им духовной и психологической поддержки способствовало благоприятному течению болезни и выздоровлению пациентов. Благодарю священнослужителей, сестер милосердия и православных добровольцев за их труды.

Впервые конференция проходит на международном уровне. Она предоставит возможность для обмена опытом в области подходов к оказанию духовной помощи и механизмов их реализации. На одной

площадке соберутся священнослужители разных конфессий, организаторы здравоохранения, капелланы, врачи, представители органов власти, исследователи служения больничных капелланов.

Уверен, что мероприятие пройдет на высоком уровне, позволит найти ответы на многие актуальные вопросы и наметить перспективные направления развития служения больничных священников (капелланов) в медицинских учреждениях.

Желаю всем участникам и гостям конференции плодотворных дискуссий и крепкого здоровья!

Dear colleagues and dear friends!

I welcome all the participants and guests to the conference 'Spiritual Assistance to Hospital Priests (Chaplains) in Medical Institutions: Law, Psychology, Organization'.

The Russian Orthodox Church has historically played a significant role both in shaping the ethical and moral foundations of society, and in matters of healing, physical curing, and medical care. Today the Russian Ministry of Health together with the Russian Orthodox Church is actively working on a number of issues important for the Russian society: protection of citizens' health, promotion of family values, and the provision of spiritual and medical care to vulnerable groups.

Cooperation between the Russian Ministry of Health and the Russian Orthodox Church did not cease even during the pandemic, when visits by priests to sick people and their spiritual and psychological support contributed to significant improvements in the general state of the patients and their recovery. I thank the clergy, the Sisters of Charity and the orthodox volunteers for their work.

This is the first time the conference is being held at the international level. It will provide an opportunity for the exchange of experiences in the field of spiritual care approaches and mechanisms for their implementation. Clergy of different denominations, health care organizers, chaplains, doctors, authorities and researchers of hospital chaplaincy ministry will gather on one platform.

I am sure that the event will be held at a high level, will find answers to many topical issues and identify promising directions for the development of the ministry of hospital chaplains in medical institutions.

I wish all the participants and guests fruitful discussions and good health!



Х. КЛЮГЕ

**ДИРЕКТОР ЕВРОПЕЙСКОГО
РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО
ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

H. KLUGE

**DIRECTOR OF THE EUROPEAN
REGIONAL OFFICE
OF THE WORLD HEALTH
ORGANIZATION**

Заместитель премьер-министра, уважаемые министры, уважаемые гости и друзья! Мне очень приятно обратиться к вам сегодня.

Между физическим, психическим и духовным здоровьем крепкая связь. То, что мир пережил за последние два года во время глобального кризиса, который унес более 1 млн 300 тысяч жизней в европейском регионе ВОЗ, только подчеркивает это.

В Российской Федерации во время пандемии православным священникам было разрешено входить в больницы и отделения интенсивной терапии в средствах полной индивидуальной защиты для утешения больных и умирающих, их семей, а также медицинского персонала, который ежедневно сталкивается с беспрецедентными задачами и невыносимыми трагедиями.

COVID-19 открыл нам глаза. Он подтвердил, что не существует здоровья без психического здоровья в его самом широком значении, показал, что религиозные деятели могут дать утешение и чувство общности так, как другие этого сделать не могут. Такая духовная поддержка занимает важное место в системе здравоохранения, в центре которой находится человек. Духовная и психологическая поддержка имеет фундаментальное значение для ухода за пациентами в период выздоровления, а также на последних этапах жизни.

В определении паллиативной помощи ВОЗ говорится не только о важности лечения физического и психического состояния человека, но и о важности предупреждения его духовных страданий.

Во многих странах, в том числе и в России, существует крепкая традиция больничных капелланов. Русская Православная Церковь оказывает неоценимую поддержку наиболее нуждающимся независимо от пола, национальности, вероисповедания и социального положения.

Я хотел бы выразить вам свою глубочайшую благодарность. Вы не только продолжаете выполнять важнейшую работу в больницах и сообществах, но и сеете семена на будущее.

Кризисы приводят к переменам. COVID-19 дает возможность переосмыслить наше представление о медицинской и социальной помощи и придать новый смысл роли тех, кто оказывает медицинскую и иную помощь. Сегодня ощутим импульс к тому, чтобы провести необходимые улучшения.

Круглый стол, который вы сегодня проводите, крайне важен для признания и подтверждения важности духовной поддержки как части комплексной помощи больным и их семьям, а также тем, кто обеспечивает медицинскую помощь и уход.

Спасибо за возможность быть сегодня вместе с вами. Удачи!

Deputy Prime Minister, Ministers, Distinguished Guests and Friends!
It gives me great pleasure to address you today.

There is a strong link between physical, mental and spiritual health. What the world has experienced over the past two years during the global crisis, which has claimed more than 1 300 000 lives in the WHO European region, only underscores this.

In the Russian Federation during the pandemic, Orthodox priests were allowed to enter hospitals and intensive care units in full personal protective gear to comfort the sick and dying, their families, and medical personnel who daily face unprecedented challenges and unthinkable tragedies.

COVID-19 has opened our eyes. It has reconfirmed that there is no health without mental health in its widest and most comprehensive meaning. It has shown how religious figures can give solace and a sense of community – in a way that others cannot. Such spiritual support does have an important place in a health system that has people at its heart.

Spiritual and psychological support is fundamental to the care of patients in recovery as well as in the last stages of life.

The WHO definition of palliative care states not only the importance of treating a person's physical and mental condition, but also the importance of preventing their spiritual suffering.

In many countries, including Russia, there is a strong tradition of hospital chaplains. The Russian Orthodox Church provides invaluable support to those most in need, regardless of gender, nationality, religion, or social status.

I would like to express my deepest gratitude to you. Not only do you continue to do vital work in hospitals and communities, but you are also sowing seeds for future.

Crises lead to change. COVID-19 is an opportunity to rethink the way we think about health and social care and to give new meaning to the role of those who provide medical and other care. Today, the momentum is palpable for implementing needed improvements.

The roundtable you are hosting today is critical to recognizing and affirming the importance of spiritual support as part of comprehensive care for the sick and their families, as well as those who provide medical attendance and care.

Thank you for the opportunity to be with you today. Good luck!



А.Ю. ПОПОВА

**РУКОВОДИТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОЙ
СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА,
ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РФ**

A. Y. POPOVA

**HEAD OF THE FEDERAL SERVICE
FOR CONSUMER RIGHTS
PROTECTION AND HUMAN
WELFARE, CHIEF STATE SANITARY
DOCTOR OF THE RUSSIAN
FEDERATION**

Многоуважаемые участники конференции!

Позвольте от имени Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека поприветствовать вас на конференции «Духовная помощь больничных священников (капелланов) в медучреждениях: право, психология, организация».

Сегодня сохранение здоровья и повышение качества жизни населения, обеспечение доступности медицинской помощи, предотвращение массовых заболеваний находятся в центре внимания государственной политики страны. Серьезным вызовом достижению цели народосбережения стало пандемическое распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19, которое не только привело к высокой нагрузке на систему здравоохранения, но и потребовало объединения усилий всех слоев общества в организации противодействия этой угрозе.

Учитывая важность духовной помощи для верующих, Роспотребнадзором с первых дней борьбы с COVID-19 организовано взаимодействие с основными религиозными конфессиями и в первую очередь с руководством Русской Православной Церкви.

Разрешите выразить глубокую признательность Святейшему Патриарху Московскому и всея Руси Кириллу и Священному Синоду Русской Православной Церкви за взаимопонимание и серьезные меры, предпринятые в целях сохранения здоровья населения и предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции в условиях осложнения эпидемиологической ситуации в стране и мире.

Русской Православной Церковью с учетом рекомендаций Роспотребнадзора и исторического опыта работы во время эпидемий были своевременно приняты необходимые ограничительные меры, разработаны рекомендации по соблюдению противоэпидемических мер в целях профилактики COVID-19 при богослужениях в храмах, совершения треб на дому и в лечебных учреждениях, при посещении людей, находящихся в режиме изоляции или зараженных коронавирусной инфекцией COVID-19, что позволило не допустить вспышек заболевания при совершении богослужебных действий.

Было организовано конструктивное взаимодействие Русской Православной Церкви и Роспотребнадзора, что позволило с учетом развития эпидемиологической ситуации оперативно решить вопросы по обеспечению допуска священнослужителей в стационары, в том числе инфекционного профиля, поэтапного восстановления богослужебных действий в храмах, содействия в организации вакцинации против COVID-19.

В Российской Федерации удалось сдержать темпы развития эпидемии, обеспечить выигрыш времени для перестройки системы здравоохранения, приобрести опыт в профилактике и лечении тяжелого недуга, разработать первую в мире вакцинацию от COVID-19, однако борьба с этим тяжелым недугом сопровождалась и рядом серьезных проблем.

В частности, сегодня, наряду с необходимостью продолжения реализации противоэпидемических мер, очевидна необходимость психопрофилактики и реабилитации психоэмоциональных последствий у переболевших COVID-19, профилактики профессиональных неврозов и постковидных профессиональных деструкций у медицинских работников, обусловленных длительной работой в условиях постоянной перегрузки.

Выражаем надежду, что духовная помощь Церкви поможет решить эти проблемы.

Желаю участникам конференции плодотворной работы, крепкого здоровья, благополучия и новых достижений!

Dear Participants of the Conference!

On behalf of the Federal Service of Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, let me welcome you to the conference ‘Spiritual Assistance of Hospital Priests (Chaplains) in Medical Institutions: Law, Psychology, Organization’.

Nowadays Russian policy is focused on the health and the quality of life of the population, health care accessibility and prevention of mass diseases. The pandemic of the new coronavirus infection was a serious challenge as it not only led to a high demand for health care, but also called for the union of all layers of society in a fight against this danger.

Given the importance of spiritual assistance for believers, since the early days of the fight against COVID-19 Rospotrebnadzor has organized interaction with major religious denominations and primarily with the leadership of the Russian Orthodox Church.

Allow me to express my deep gratitude to His Holiness Patriarch Kirill of Moscow and All Russia and the Holy Synod of the Russian Orthodox Church for the mutual understanding and serious measures taken to preserve public health and prevent the spread of the new coronavirus infection in conditions of a complicated epidemiological situation in the country and in the world.

The Russian Orthodox Church, taking into account the recommendations of Rospotrebnadzor and historical experience during epidemics, timely took the necessary restrictive measures. It developed recommendations on the observance of anti-epidemic measures for the prevention of COVID-19 in services in churches, the performance of services at home and in medical institutions, when visiting people in isolation or infected with COVID-19 coronavirus infection. This allowed to prevent outbreaks the acts of worship.

Constructive cooperation was organized between the Russian Orthodox Church and Rospotrebnadzor, which made it possible, taking into account the development of the epidemiological situation, to make prompt decisions on ensuring the admission of clergymen to hospitals, including those with infectious diseases, the gradual restoration of liturgical activities in churches, and assistance in organizing vaccinations against COVID-19.

In the Russian Federation it has been possible to curb the epidemic, provide time to restructure the healthcare system, gain experience in preventing and treating the serious disease, develop the world's first vaccination against COVID-19. However, the fight against this serious disease was also accompanied by a number of serious problems.

Particularly today apart from the necessity to continue the implementation of anti-epidemic measures, the necessity of psychological support and rehabilitation of COVID-19 patients is obvious. Moreover, it is vital to prevent the professional neurosis and post-convulsive professional destruction of healthcare professionals caused by continuous work in conditions of constant overload.

We hope that the spiritual assistance of the Church will help to solve these problems.

I wish the participants of the conference fruitful work, good health, well-being and new achievements!





ДОКЛАДЫ
REPORTS



Епископ Пантелеимон (Шатов)

викарий Святейшего Патриарха Московского и всея Руси, глава Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, председатель Комиссии по больничному служению при Епархиальном совете Москвы, духовник Свято-Димитриевского училища сестер милосердия, руководитель и духовник православной службы помощи «Милосердие». Настоятель первого больничного храма, открытого в постсоветской России. Член правительственной комиссии РФ по вопросам охраны здоровья граждан, Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере, Общественного совета Департамента здравоохранения Москвы, заместитель председателя попечительского совета Больницы святителя Алексия.

Bishop Panteleimon (Shatov)

is the vicar of His Holiness the Patriarch of Moscow and All Russia, head of the Synodal Department for Church Charity and Social Ministry of the Russian Orthodox Church, chairman of the Commission for Hospital Service at the Diocesan Council of Moscow, spiritual leader of the St. Dimitrievsky Sisters of Mercy School, head and spiritual leader of the Orthodox Relief Service 'Mercy'. The rector of the first hospital church opened in post-Soviet Russia. Member of the RF Governmental Commission of Health Care, member of the RF Governmental Council of Social Welfare, member of the Public Council of Moscow Health Department, Deputy Chairperson of the Board of Trustees of St. Alexis Hospital.

Больничное служение Православной Церкви

Дорогие друзья!

Мы все с вами видим, как COVID-19 изменил нашу жизнь, формат наших встреч, вскрыл многие проблемы, которые существовали и ранее. Но с другой стороны, эпидемия помогла консолидации доброй части общества. Вирус принес нам не только беду, горечь, скорбь, смерть, но и надежду.

В Евангелии есть замечательные слова, которые Господь обращает к нам, предупреждая о Страшном Суде: «Был болен, и вы посетили Меня» (Мф. 25:36). Господь уподобляет Себя человеку, который болеет. Мы, помогая больным, помогаем Ему Самому. И Он в ответ на нашу помощь поддерживает нас. Я знаю, что многие врачи и добровольцы, когда идут трудиться в «красную зону», обретают там радость. Разделенное горе становится радостью соучастия в беде, утешает человека, очищает его душу.

Я благодарен зарубежным специалистам, которые рассказывают на конференции об опыте больничного служения в их странах. На Западе традиция служения больничных капелланов не прерывалась. В 2018 году я ездил в Великобританию знакомиться с английским опытом. Капелланы там работают в штате больниц, получают заработную плату и необходимую квалификацию, включены в команду врачей и медсестер, участвуют в обсуждении состояния больных. Капелланов привлекают к помощи больным, которые впадают в депрессию, уныние.

В России первоначально, начиная с основания Российского государства, Церковь тоже играла ключевую роль в делах

милосердия и благотворительности. Первые больницы в России, как и в других странах, были открыты при монастырях. При участии Церкви создавались богадельни — центры круглосуточного ухода за одинокими пожилыми людьми, странноприимные дома — аналог современных центров помощи бездомным.

С середины XIX века активно развивалась деятельность сестер милосердия — женщин, которые во имя служения Христу посвящали свою жизнь делам милосердия. Сестры пришли в больницы, чтобы помогать врачам. Подобное служение женщин существовало и в других странах. Всем нам известна Флоренс Найтингейл, которая подняла это служение на новую высоту. В России изданы ее книги, я много почерпнул в них для себя.

В конце XIX века святой праведный Иоанн Кронштадтский организовал Дом трудолюбия для самых нуждающихся людей. В начале XX века святая Елизавета Феодоровна Романова, внучка британской королевы Виктории, создала в Москве Марфо-Мариинскую обитель милосердия и сама служила больным, ухаживала за нуждающимися. Это совершенно замечательный пример соединения западного опыта с российской реальностью. Обретя в России православную веру, святая Елизавета Феодоровна привнесла в опыт Русской Церкви западные традиции милосердия.

Активное больничное служение Церкви развивалось до революции очень широко и значимо. Другая внучка британской королевы — страстотерпица императрица Александра Феодоровна — вместе со своими дочерьми прошла краткосрочные курсы сестер милосердия и ухаживала в госпиталях за больными и ранеными. Многие другие представительницы высшего общества — княгини, графини, знатные дамы — облачались в форму хирургической сестры, помогали при перевязках, не гнушались гнойными ранами, не боялись вида крови. Думаю, было бы хорошо, если бы и современные женщины могли участвовать в подобном служении. Во время Первой мировой войны в русской армии трудилось около 30 тысяч сестер милосердия.

В XVIII веке в России стали появляться крупные больницы, и при каждой такой больнице был свой храм и больничный священник, который регулярно посещал больных, утешал, поддерживал, исповедовал, соборовал, причащал пациентов.

Больничные храмы не были приходскими, хотя туда и могли прийти люди с улицы. Главным служением священника оставались больные, врачи, сестры милосердия, которые работали в больнице. Храмы часто располагались в самом центре больницы, как, например, в Первой Градской больнице, бывшей Голицынской: храм здесь — в самом центре корпуса. В этом больничном храме я уже 30 лет являюсь настоятелем.

После революции 1917 года все изменилось, переломился весь ход русской истории. Советская власть запретила Церкви заниматься делами благотворительности, священники были лишены доступа в больницы. Первыми храмами, которые закрывала советская власть, были храмы при больницах и социальных учреждениях. Больничные храмы превратились, в лучшем случае, в склады и подсобные помещения. В нашем храме в Первой Градской больнице была столовая, в алтаре был сложен хлам и мусор. Помню, как в 1990 году, когда храм вернули Церкви, мы его расчищали, отмывали и заново его обустроивали.

В советское время священнику попасть в больницу было очень сложно. Одна моя знакомая, которая работала в больнице санитаркой, решила однажды обойти больных и спросить не нуждается ли кто-то в посещении священнослужителя. Когда об этом узнала администрация, ее сняли с очереди на квартиру, лишили многих льгот и не выгнали только потому, что не так легко было найти такую хорошую санитарку.

Ситуация стала меняться в конце 80-х — начале 90-х годов, когда начала возрождаться социальная деятельность Церкви и больничное служение. Господь был так милостив ко мне, что помог мне участвовать в этом служении. Это были незабываемые годы: сестры, которые приходили в больницы, были полны энтузиазма, появилось очень много волонтеров. Они до сих пор вспоминают об этом времени как о самом счастливым в своей жизни, хотя ситуация была сложная: в больницах не хватало лекарств, расходных материалов, оборудования, медицинских работников. Нам тогда помогали христиане других стран: приходила гуманитарная помощь, привозили лекарства.

Сегодня Церковь — один из ведущих организаторов благотворительности в России. У нас развиваются проекты помощи самым разным нуждающимся людям: бездомным, зависимым,

людям с инвалидностью, женщинам в кризисной ситуации, на грани аборта, многодетным и малообеспеченным семьям.

Особое место занимает служение Церкви в больницах. Это служение приобрело особое значение в период пандемии: когда она началась, мы организовали специальную группу священников для помощи больным коронавирусом. Священники прошли специальное обучение по технике безопасности, научились надевать СИЗы (средства индивидуальной защиты). При участии Святейшего Патриарха Кирилла, архиереев, священнослужителей мы разработали правило по совершению церковных таинств над людьми с коронавирусом в больнице и на дому. Правила предусматривали соблюдение всех санитарно-эпидемиологических норм, было тщательно продумано, как сделать так, чтобы из «красной зоны» ничего не выносилось.

Однако в начале пандемии мы столкнулись с ситуацией, когда, несмотря на соблюдение всех правил и норм, священников практически не пускали в больницы. Нам приходилось обращаться к руководителям Департамента здравоохранения Москвы, к Правительству Москвы. До наступления пандемии отношения Церкви и государственных органов здравоохранения были хорошими, но, вероятно, четкого взаимодействия мы не успели выработать. Слава Богу, что ситуация с недопуском священников в больницы быстро изменилась. Наверное, просто в самом начале никто не ожидал такого страшного повального заражения вирусом, все были очень испуганы, не знали, что предпринять. Но в тот начальный период множество верующих людей в больницах осталось без исповеди и Причастия перед смертью.

Постепенно нас начали пускать в некоторые больницы. Мы вместе с Департаментом здравоохранения Москвы разработали механизмы взаимодействия, за что мы очень признательны руководству Департамента. Но, тем не менее, были больницы, в основном федерального и ведомственного подчинения, куда попасть было очень сложно. Они не подчиняются Департаменту здравоохранения, у них свое руководство, свои правила, и часто не получалось с ними договориться о посещении пациентов.

Во многом поворотным, переломным моментом в развитии больничного служения в период пандемии стала встреча Святейшего Патриарха Кирилла с Президентом В.В. Путиным.

Патриарх рассказал ему о том, что делает Церковь, и Президент высоко оценил служение священников.

Сейчас специальные группы священников для посещения пациентов с коронавирусом действуют во многих епархиях. Думаю, вы представляете себе, что происходит в «красной зоне», и понимаете, насколько важен там приход священника, как важна для верующего человека возможность в трудный момент своей жизни приступить к церковным таинствам — исповеди и Причастию. Я не лежал в ковидных отделениях как пациент, но не раз там бывал и представляю себе, что чувствует человек, когда лежит голый в реанимации и с него снимают обручальное кольцо, крестик — чтобы человек случайно не повредил себе. Вокруг горит электрический свет, плачут приборы, датчики, как страшная музыка беды, которая обрушилась на тебя. Мимо ходят люди в какой-то космической одежде и масках, и ты не видишь выражения их лиц. Все это тяжело действует на человека. Конечно, врачам и медсестрам тоже тяжело в этих костюмах. Первое время, помню, у меня сильно запотевала маска, было очень плохо видно, что происходит, пока мне не сказали, что маску надо смазывать специальным составом. Но как тяжело больным, которые в тяжелом состоянии еще и лишены человеческого общения и участия!

Мы провели онлайн-обучение в 123 епархиях Русской Православной Церкви. Только в Московском регионе с апреля 2020 года священники почти четыре тысячи раз посетили больных коронавирусной инфекцией — не только в больницах, но и на дому, где больные находились на изоляции

с. 45

Мы ведем в Москве свою статистику и видим, что сейчас бóльшая часть визитов священника к больным с коронавирусом — именно в больницы, потому что там люди в более тяжелом состоянии, и физическом, и моральном. С начала пандемии мы организовали в Москве работу телефона, который фиксирует все заявки на посещение священниками больных с коронавирусом на дому. На графике видно, как растет кривая этих посещений, как все больше и больше людей просит священника прийти. Мы никому не отказываем в просьбах, не было случая, чтобы священник не приехал по вызову, хотя иногда бывает 20–30 вызовов в день.

с. 46–47

Хочется отметить, что очень успешно развивается наше сотрудничество с Департаментом здравоохранения Москвы

и с Департаментом труда и социальной защиты, который тоже много делает для поддержки ковидных госпиталей и пациентов: обеспечивает питание, клининг помещений. Работа налажена замечательно, очень много делается для помощи больным и их выздоровления. Мы рады, что нас теперь принимают в больницах и мы тоже можем подключиться к этой работе.

Сейчас в Москве получили возможность приходить в больницы не только священники, но и православные добровольцы. Священники, которые несут служение в «красной зоне», обращаются к своим духовным чадам, и отзывается очень много людей. Вместе с Департаментом здравоохранения и Департаментом социальной защиты Москвы мы организовали на базе учебного центра Больницы святителя Алексия специальные краткосрочные курсы для православных добровольцев. Их обучают врачи, потому что и главные врачи, и руководители отделений реанимаций, и медицинские сестры понимают важность этого служения.

Сегодня на нашей конференции будет выступать замечательный врач Марьяна Анатольевна Лысенко, которой я очень благодарен за ее участие в развитии церковного служения в больницах. Марьяна Анатольевна, главный врач 52-й городской больницы, заслуженно награждена государственными наградами за свой труд, а ее больница одна из первых осваивала методики борьбы с коронавирусом. Марьяна Анатольевна высоко оценила помощь священников и добровольцев в больнице и говорила, что их приход важен не только для больных, но и для персонала учреждения. Добровольцы часто замечают проблемы, возникающие в уходе за больным, которые врач или медсестра из-за своей занятости заметить не успевают.

В больницах мы никому не навязываем свою веру. Мы являем любовь не в проповедях, не в словах, а в делах, в том служении, которое составляет основу христианства. О наших добровольцах можно долго рассказывать — настолько замечательные люди к нам пришли. Среди них есть и подполковник полиции, и профессор университета, и водитель электропоезда, и многодетная мама, и игуменья. Самые разные люди, но все — с добрым, открытым сердцем. Они образовали сообщество добровольцев, которое, надеемся, будет и дальше служить больным.

Значение нашей помощи признали со временем и те сотрудники больниц, которые вначале относились к нам с предубеждением и спрашивали наших волонтеров: «А сколько вам платят?», «А какую награду вы получите, если заболеете?» И очень удивлялись, узнавая, что волонтеры трудятся в «красной зоне» бесплатно. Работа волонтеров вызывает уважение даже у персонала реанимаций. Раньше врачи, как правило, очень настороженно относились к присутствию в реанимации посторонних, которая для них «святая святых», но во время пандемии поняли, что волонтеры не только не мешают, а, наоборот, помогают врачам и медсестрам.

Сейчас в России существует документ, где зафиксирована возможность допуска волонтеров в больничные учреждения и требования к волонтерам в стационарных организациях в условиях сохранения риска распространения коронавирусной инфекции. Этот документ и рекомендации приняты 30 июля 2021 года Роспотребнадзором, и за их разработку мы хотим еще раз поблагодарить руководителей Роспотребнадзора. В соответствии с рекомендациями, чтобы попасть в «красную зону», волонтерам нужно иметь сертификат о вакцинации или справку о перенесенном в течение последних 6 месяцев коронавирусном заболевании.

Со своей стороны, мы продолжаем обучать волонтеров. Каждый волонтер согласовывает свою работу с руководством учреждения и проходит обязательную проверку перед тем, как получить доступ в «красную зону». Таким образом, туда не попадают случайные люди.

Церковь сегодня помогает не только больным в «красной зоне», но и другим пострадавшим от COVID-19: тем, кто лишился работы, кто находится в изоляции, кто потерял своих близких и, не видя последние дни и часы своих родных, очень тяжело переживает утрату. Мы встречаемся, молимся с ними об усопших, помогаем пережить эту трагедию. Во многих епархиях с самого начала организована продуктовая помощь самым нуждающимся людям. Наш Синодальный отдел запустил федеральную линию церковной социальной помощи: каждый человек из любой точки Российской Федерации может позвонить и попросить о помощи. На Первом канале, главном телеканале России, мы организовали сбор средств на продуктовую помощь людям.

Больничное служение — одно из самых важных для Церкви. Заботясь о больном, ухаживая, помогая, утешая, преподавая церковные таинства, мы исполняем заповедь Спасителя о любви к ближнему. Присутствие священника в больнице важно, как я уже говорил, и для самого медицинского персонала. У врачей и медсестер много обязанностей. Конечно, они оказывают внимание, являют любовь, но, тем не менее, у них свои задачи. Врачи, медсестры, повара — каждый занимается своим: кто лечит, кто ассистирует врачам, кто готовит еду. А священники и добровольцы оказывают духовную и психологическую поддержку. Больничные священники берут на себя часть забот о состоянии пациента. Они не только разгружают персонал, но и по запросу сотрудников больницы могут оказывать психологическую поддержку самим сотрудникам, выполняя, в каком-то смысле, роль психолога. У них опыт заботы о человеческой душе очень велик: они знают, как утешить и поддержать.

Присутствие священника в больнице помогает улучшить нравственный климат в учреждении. Медицинским работникам, которые видят так много страданий, хочется защитить свою психику от тяжелых переживаний. Сердце человека может огрубеть, иногда в связи с этим говорят о защитном цинизме. Ведь доброволец приходит в больницу раз в неделю, когда он может и хочет, а врач приходит по обязанности каждый день. Уже почти два года длится работа врачей в столь тяжелых условиях. Именно поэтому священники и добровольцы могут помочь утвердить медиков в сострадании больным.

Больничное служение капелланов необходимо для пациентов. Я знаю, что есть западные исследования, которые подтверждают: присутствие священника в больнице, его духовная поддержка положительно влияет на самочувствие пациента, помогает в излечении даже телесных недугов.

Английские больничные сестры говорили мне, что медсестру часто называют адвокатом больного. Таким «адвокатом» являются и священник, и доброволец. Не в том смысле, что они защищают больного от врачей — нет, ни в коем случае не в этом смысле! Просто когда рядом с больным нет близких, именно волонтеры и священники могут поддержать, согреть человека любовью и заботой, они больше времени проводят

у постели больного, поэтому их наблюдения, помощь — важная часть заботы о пациентах.

За последние 30 лет мы прошли в России значительный путь. Сегодня активно возрождается больничное служение. Мы очень благодарны всем врачам, которые идут нам навстречу, хотим и дальше развивать доброе сотрудничество. Но, к сожалению, возможность такого сотрудничества и само наше присутствие в больнице часто зависит от руководства учреждения и врачей. В одной из больниц (таких больниц немного, но они есть), когда больной просит прийти священника, главврач отказывает. Приходит на вызов священник со Святыми Дарами, а охрана его не пускает. При этом главный врач отказывается что-то обсуждать, отказывается со мной встретиться или даже поговорить по телефону, хотя в мои обязанности входит организация помощи больным, я член разных советов при Правительстве Москвы, при премьер-министре, мы сотрудничаем с министерствами. Каждый раз нам приходится звонить в высшую инстанцию, и только когда высокое руководство звонит главврачу, священника пропускают к больному. Так повторялось уже несколько раз.

Думаю, что больничное служение Церкви не может быть основано только на доброй воле руководителя больницы или главной сестры. Оно должно иметь правовые основания. Поэтому в названии нашей конференции есть слово «право» — оно и о праве посещать больных, и о других правовых основаниях нашего служения.

В западных странах статус больничного священника, капеллана четко регламентирован, определены функции капеллана. В ряде развитых стран священнослужители, как я уже говорил, входят в штат медицинских учреждений, организована системная подготовка больничных капелланов: специальные курсы, учебники.

Больничное служение священника — служение особое. Чтобы ежедневно приходить в госпиталь и уделять достаточно внимания и сил каждому пациенту, священник должен быть освобожден от многих других обязанностей. При этом мы, как и врачи, не берем денег у пациентов, это категорически запрещено. Но ведь у священника есть семья, часто многодетная, и если он работает только в больнице — откуда он будет получать

содержание? Поэтому очень важна финансовая поддержка больничных священников. В западных странах капелланы получают зарплату в медицинском учреждении, при этом подчиняются епископам и отчитываются перед ними.

Служение священника в больнице — это не только желание Церкви исполнить заповедь Спасителя о любви к ближнему, не только потребность системы здравоохранения и медицинского персонала. Это, конечно, еще и право пациента на доступ к нему священнослужителя, право на свободу вероисповедания, которое закреплено в Конституции Российской Федерации. Эти права относятся к тем базовым основам, без которых невозможно справедливое общество.

Сегодня мы услышим от западных специалистов про их опыт организации больничного служения, традиции которого не прерывались, что позволило сформировать полноценный институт больничных капелланов. Думаю, мы сможем извлечь из такого опыта много полезного, чтобы лучшие практики реализовать у нас. Уверен, что в странах канонической ответственности Московского Патриархата в скором времени тоже будет организован институт больничных капелланов.

Наша конференция — важный этап на этом пути. Поэтому сегодняшний день для меня так важен. Сегодня исполняется мое заветное желание: поставить служение больничных священников на надежную правовую основу. Я мечтал об этом все 30 лет, пока работал в больнице.

ЦЕРКОВНОЕ СЛУЖЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Визиты священников
к людям с COVID-19
в епархиях России,
обеспечение
священников
средствами
индивидуальной
защиты

4440

КОМПЛЕКТОВ
СРЕДСТВ
индивидуальной
защиты отправлены в

123

ЕПАРХИИ
России

Более

3700

ВИЗИТОВ
к инфицированным
людям в

57

БОЛЬНИЦАХ
Московской области

Посещения
священниками
людей с COVID-19
(Москва)

Православные
волонтеры в Москве

Около

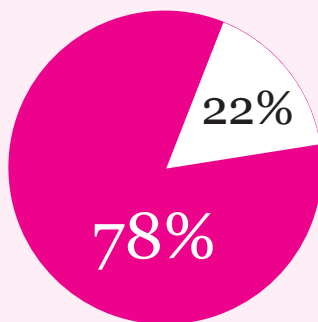
350

ВОЛОНТЕРОВ
помогают
в больницах
Москвы

Более

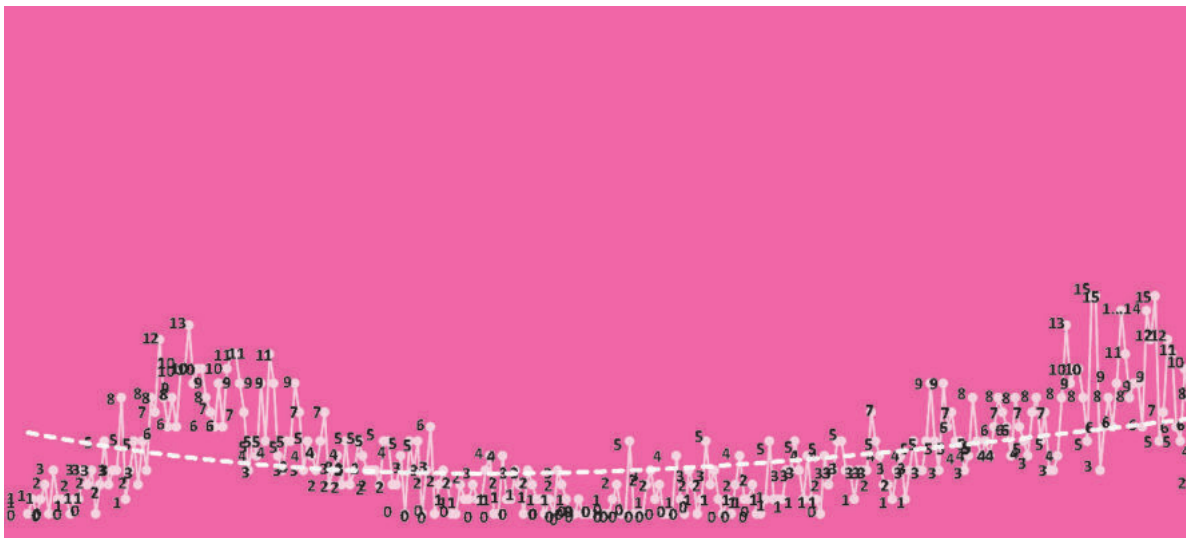
800

ЧЕЛОВЕК
прошли курс
для волонтеров
в «красных
зонах»



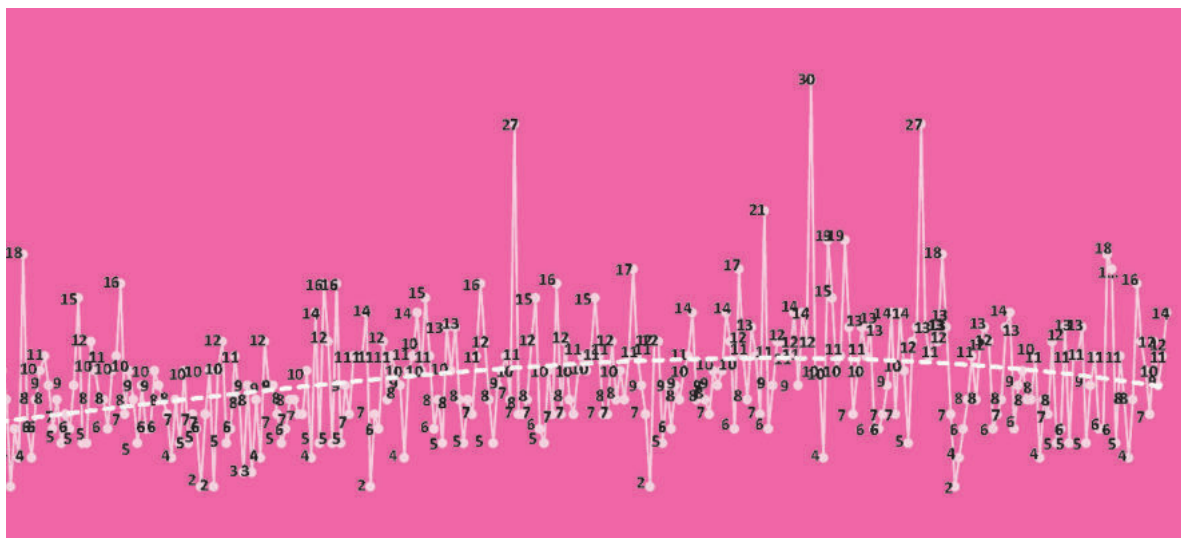
■ в больницах
□ на дому

ДИНАМИКА ПОСЕЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ С COVID-19 СВЯЩЕННИКАМИ (МОСКВА)



Апрель 2020 Май 2020 Июнь 2020 Июль 2020 Август 2020 Сентябрь 2020 Октябрь 2020 Ноябрь 2020 Декабрь 2020

● количество выездов в день
- - - динамика, тренд



Январь 2021 Февраль 2021 Март 2021 Апрель 2021 Май 2021 Июнь 2021 Июль 2021 Август 2021 Сентябрь 2021

Hospital Ministry of the Orthodox Church

Dear friends!

We can all see how COVID-19 has changed our lives, the format of our meetings, and revealed many problems that existed before. But on the other hand, the epidemic has helped to consolidate all kind people of society. The virus has brought us not only distress, bitterness, sorrow, death, but also hope.

In the Gospel there are wonderful words that the Lord addresses to us, warning us about the Last Judgment: 'I was sick, and you visited me' (Matthew 25:36). God likens Himself to a person who is sick. When we help the sick, we help Himself. And He supports us in return for our help. I know that many doctors and volunteers find joy when they go to work in the red zone. Sharing grief becomes the joy of sharing in trouble, comforting people and cleansing their souls.

I am grateful to foreign specialists who will speak at the conference about the experience of hospital ministry in their countries. In the West, the tradition of hospital chaplaincy ministry has not been interrupted. In 2018, I travelled to the United Kingdom to learn about the British experience. Chaplains there are the hospital staffs, are paid and qualified, are included in the medical and nursing teams, and participate in discussions about the condition of patients. Chaplains are involved in helping patients who are depressed or dejected.

In Russia, originally, since the foundation of the Russian State, the Church also played a key in the matters of mercy and charity. The first hospitals in Russia, as in other countries, were opened in monasteries. With the participation of the Church, almshouses, centers

for round-the-clock care for lonely elderly people, and hospice houses, the analog of today's homeless assistance centers, were created.

Since the mid-19th century, the activity of the Sisters of Charity — women who in the name of Christ devoted their lives to acts of mercy — was actively developing. Sisters came to hospitals to help doctors. A similar ministry of women existed in other countries. We all know Florence Nightingale, who developed this ministry and raised it to new heights. Her books have been published in Russia, and I have learned a great deal from them.

At the end of the 19th century, St. John of Kronstadt organized the House of Labor for people in most need. In the beginning of the 20th century, St. Elizabeth Feodorovna Romanova, granddaughter of the British Queen Victoria, established the Marfo-Mariinsky Cloister of Mercy in Moscow and she herself served the sick and cared for the needy. This is an absolutely wonderful example of combining Western experience with Russian reality. Having found the Orthodox faith in Russia, St. Elizabeth Feodorovna brought Western traditions of mercy into the experience of the Russian Church.

The active hospital ministry of the Church developed very widely and meaningfully before the Revolution. Another granddaughter of the British Queen, the Passion-Bearer Empress Alexandra Feodorovna, together with her daughters, took short-term courses in nursing and caring for the sick and wounded in hospitals. Many other members of high society — princesses, countesses, noble ladies — wore the uniform of surgical nurses, helped with bandages, not to bend purulent wounds, not afraid of the sight of blood. I think it would be nice if modern women could participate in this kind of service. During the First World War about 30 thousand nurses worked in the Russian army.

In the eighteenth century, large hospitals began to appear in Russia, and each hospital had its own church and a hospital chaplain, who regularly visited the sick, comforted, supported, heard the confession and gave the Holy Communion to the patients. Hospital churches were not parish churches, although people from the street could come there. The priest's main ministry was focused on the sick, the doctors, and the sisters of mercy who worked in the hospital. Temples were often located in the very center of the hospital, as, for example, in the First Grad Hospital, the former Golitsynsky Hospital,

where the temple is in the very center of the building. I've been the rector of this hospital church for 30 years now.

After the revolution of 1917 everything changed, the whole course of the Russian history changed. The Soviet authorities forbade the Church to engage in charity work, priests were deprived of access to hospitals. The first churches to be closed by the Soviet Rule were those attached to hospitals and social institutions. Hospital churches became, at best, warehouses and outbuildings. Our church in the First Grad Hospital had a canteen, and there was trash and garbage piled up in the altar. I remember how in 1990 we cleared and cleaned the church and rebuilt it.

In Soviet times it was very difficult for a priest to get into a hospital. An acquaintance of mine who worked in a hospital as a nurse decided one day to go around the patients and ask if anyone needed to see a clergyman. When the administration found out about it, she was taken off the waiting list for an apartment, deprived of many other benefits, and not kicked out only because it wasn't easy to find such a good nurse.

The situation began to change in the late 1980s and early 1990s, when the Church's social work and hospital ministry began to revive. The Lord was so gracious to me that He helped me to participate in this ministry. Those were unforgettable years: the sisters who came to the hospitals were full of enthusiasm, and there were so many volunteers. They still remember that time as the happiest in their lives, even though the situation was difficult: the hospitals did not have enough drugs, consumables, equipment, or medical staff. At that time Christians in other countries helped us: humanitarian aid and medicines were brought.

Today the Church is one of the leading organizers of charity in Russia. We develop projects to help all kinds of people in need: the homeless, addicts, people with disabilities, women in crisis, on the verge of abortion, families with many children and low-income families.

The ministry of the Church in hospitals occupies a special place. This ministry became especially important during the pandemic: when the pandemic began, we organized a special group of priests to help those sick with the coronavirus. The priests received special safety training and learned how to wear PPE (personal protective equip-

ment). With the participation of His Holiness Patriarch Kirill, bishops, and clergymen, we developed a rule for administering church sacraments to people with coronavirus in the hospital and at home. The rules provided for the observance of all sanitary and epidemiological norms, and it was carefully thought out how to make sure that nothing was taken out of the ‘red zone’.

However, in the beginning of the pandemic, we encountered a situation where, despite compliance with all the rules and regulations, priests were practically not allowed into hospitals. We had to appeal to the heads of the Moscow Department, to the Moscow Government. Before the pandemic, the relationship between the Church and the state health authorities was good, but we probably did not have time to work out a clear interaction. Thank God the situation with non-admission of priests to hospitals quickly changed. Probably just in the beginning no one expected such a terrible outbreak of the virus, everyone was very frightened, did not know what to do. But during that initial period, many faithful people in hospitals were left without Confession and Communion before they died.

Gradually, we were allowed into some hospitals. Together with the Moscow City Health Department we developed mechanisms of interaction, for which we are very grateful to the leadership of the Department. Nevertheless, there were hospitals, mostly federal and departmental, which were very difficult to get into. They are not subordinate to the Department of Health, they have their own management, their own rules, and we often could not agree with them upon visiting the patients.

In many ways, a turning point in the development of hospital ministry during the pandemic was the meeting of His Holiness Patriarch Kirill with the President V.V. Putin. The Patriarch told him about what the Church was doing, and the President praised the ministry of priests.

Now special groups of priests to visit coronavirus patients are operating in many dioceses. I think you can imagine what happens in the ‘red zone’, and you understand how important it is for a priest to come there and how important it is for a believer to be able to receive the sacraments of the Church — confession and communion — at a difficult time in his life. I have not been in covid wards as a patient, but I have been there many times and I can imagine what it feels like

when a person is naked in the ICU and they take off his wedding ring, a cross — so that the person does not hurt himself accidentally. All around, electric lights are on, gauges and sensors are beeping, like the terrible music of the disaster that has befallen you. There are people walking by in some kind of space clothes and masks, and you can't see the expressions on their faces. All of this is hard for a person. Of course, doctors and nurses also have a hard time in these costumes. At first, I remember that my mask got very foggy and I could hardly see what was going on, until I was told that I had to put a special lubricant on it. But how difficult it is for the sick, staying in critical condition, who are also deprived of human interaction and sympathy!

☞ p. 57

We conducted online training in 123 dioceses of the Russian Orthodox Church. In the Moscow region alone, since April 2020, priests have made almost 4,000 visits to coronavirus patients — not only in hospitals, but also at home, where patients were in isolation. ☞

☞ p. 58–59

We keep our own statistics in Moscow, and we see that most of the priests' visits to patients with coronavirus now take place in hospitals, because patients in hospitals are in worse condition, both physical and mental. Since the beginning of the pandemic, we have set up a telephone in Moscow that records all requests for priests to visit patients ill with coronavirus at home. The graph ☞ shows how the curve of these visits is growing, as more and more people request to see a priest. We do not refuse anyone's requests, there has never been a case where a priest has not come on a call, although sometimes there are 20–30 calls a day.

Our cooperation with the Moscow Department of Health and the Department of Labor and Social Security is developing very successfully, which also does a lot to support covid hospitals and patients: provides food, cleaning the rooms. The work is established admirably, a lot is done to help the patients and their recovery. We are glad that we are now allowed in the hospitals and that we can join in this work, too.

Now not only priests, but also Orthodox volunteers can come to the hospitals in Moscow. Priests who are serving in the 'red zone' are reaching out to their spiritual children, and a lot of people are responding. Together with the Moscow Department of Health and the Moscow Department of Social Welfare, we organized special short-term courses for Orthodox volunteers at the St. Alexis Hospital Trai-

ning Center. They are taught by doctors, because both chief physicians and heads of intensive care units and nurses understand the importance of this ministry.

A wonderful doctor, Maryana Anatolievna Lysenko, will be speaking at our conference today. I am very grateful to her for her participation in the development of the church ministry in hospitals. Maryana Anatolievna, the chief physician at the 52nd City Hospital, has received state awards for her work, and her hospital was one of the first to master methods of dealing with the coronavirus. Maryana Anatolievna praised the help of priests and volunteers at the hospital and said that their parish is important not only for the patients, but also for the staff of the institution. Volunteers often notice problems in patient care that the doctors or nurses do not have time to notice due to their busy schedules.

In hospitals, we do not impose our faith on anyone. We show love not through sermons or words, but through action, in the service that is the foundation of Christianity. We could talk about our volunteers for a long time — so many wonderful people have come to us. There is a police lieutenant colonel, a university professor, an electric train driver, a mother with many children and a nun. All kinds of people, but all with a good open heart. They formed a community of volunteers who, we hope, will continue to serve the sick.

The importance of our help was eventually recognized by those hospital staff who at first were prejudiced against us and asked our volunteers, ‘How much do they pay you?’, ‘And what reward do you get if you get sick?’ And they were very surprised to learn that volunteers work in the ‘red zone’ for free. Even the emergency room staff respect the work of the volunteers. Before, doctors were usually very wary of the presence of outsiders in intensive care units, which for them is the ‘holy of holies’, but during the pandemic they realized that volunteers not only do not interfere, but on the contrary, help the doctors and nurses.

Russia now has a document, which fixes the possibility of admission of volunteers to hospital facilities and requirements for volunteers in inpatient institutions when the risk of spreading the coronavirus infection remains. This document and recommendations were adopted on July 30, 2021 by Rospotrebnadzor, and we would like to thank the heads of Rospotrebnadzor once again for developing

them. According to the recommendations, to get into the 'red zone', volunteers must have a certificate of vaccination or a certificate of having got over disease within the last 6 months.

For our part, we continue to train volunteers. Each volunteer coordinates his work with the management of the institution and undergoes a mandatory check before access to the 'red zone'. That way, strange people do not get in.

The Church today helps not only the sick in the 'red zone', but also other victims of COVID-19: those who have lost their jobs, who are in isolation, who lost their loved ones and, not seeing the last days and hours of their relatives, are experiencing the loss very hard. We meet with them, pray with them for the deceased, and help them through this tragedy. Many dioceses have organized food aid for people in need from the very beginning. Our Synodal Department has launched a federal line of church social assistance: anyone from anywhere in the Russian Federation can call and ask for help. On Channel One, Russia's main TV channel, we organized a fundraising for food assistance for people.

Hospital ministry is one of the most important ministries of the Church. By caring for the sick, nursing them, helping and comforting them, teaching the sacraments of the Church, we fulfill the commandment of the Savior to love our neighbor. The presence of a priest in the hospital is important, as I said, for the medical staff themselves. Doctors and nurses have many responsibilities. Of course, they provide attention and love, but they also have their own tasks. Doctors, nurses, and cooks each do their own job: some treat, some assist the doctors, and some prepare meals. Priests and volunteers provide spiritual and psychological support. Hospital chaplains undertake part of care about the patients' condition. Not only do they relieve the staff, but at the request of the hospital staff they can also provide psychological support to the staff themselves, acting, in a sense, as psychologists. They have great experience in caring for the human soul: they know how to comfort and support.

The presence of a priest in a hospital helps to improve the moral climate of the institution. Healthcare officials, who see so much suffering, want to protect their psyche from difficult experiences. One's heart can become coarse; sometimes they talk about protective cynicism in connection with this. After all, a volunteer comes to the hos-

pital once a week when he or she can and wants to, while a doctor comes on duty every day. It's been almost two years now that doctors have been working under such difficult conditions. This is why priests and volunteers can help healthcare professionals to be more compassionate in their care for the sick.

Hospital ministry of chaplains is necessary for patients. I know that there are Western studies that confirm: the presence of a priest in the hospital, his spiritual support has a positive effect on the well-being of the patients, even helps in the cure of the body.

English hospital nurses told me that the nurse is often called 'the patient's advocate'. Both the priest and the volunteer are such 'advocates'. Not in the sense that they protect the patient from the doctors — no, by no means in that sense! Simply, when there are no relatives near the patient, it is the volunteers and priests who can support the patient, warm him with love and care, they spend more time at his bedside, so their observation and help is an important part of patient care.

In the last 30 years we have come a long way in Russia. Today there is an active revival of hospital ministry. We are very grateful to all the physicians who have been cooperating with us, and we are looking forward to further cooperation. Unfortunately, the possibility of such cooperation and our very presence in a hospital often depend on the management of the institution and the physicians. In one hospital (they are few in number, but they do exist), when a patient asks to see a priest, the head doctor refuses. A priest comes on a call with Holy Gifts, but the guards won't let him in. And the chief doctor refuses to discuss anything, refuses to meet with me or even talk on the phone, even though my duties include organizing help for the sick. I am the member of various councils with the Moscow government, with the Prime Minister and we cooperate with the ministries. Each time we have to call the highest authority, and only when the higher authorities call the chief physician, the priest is allowed to see the patient. This has happened several times already.

I think that the ministry of the Church in the hospital cannot be based only on the good will of the head of the hospital or the head nurse. It must have a legal basis. This is why we have the word 'right' in the title of our conference — it's about the right to visit the sick and other legal grounds for our ministry.

In Western countries the status of a hospital chaplain is clearly regulated, and the functions of a chaplain are defined. In several developed countries chaplains are on the staff of medical institutions, as I have already said, and there is systematic training of hospital chaplains, with special courses and textbooks.

The ministry of a hospital chaplain is a special ministry. In order to come to the hospital every day and give enough attention and energy to each patient, priests must be relieved from many other responsibilities. Just like doctors, we do not take money from the patients; it is strictly forbidden. But the priest has a family, often with many children, and if he only works at the hospital, where will he get his allowance? Therefore, financial support for hospital chaplains is very important. In Western countries, chaplains are paid at the medical institution, but they report to the bishops and are accountable to them.

The ministry of chaplains in hospitals is not only the desire of the Church to fulfill the commandment of the Savior to love one's neighbor, not only the need of the health care system and medical personnel. It is, of course, also the patient's right to have access to a clergyman, the right to freedom of religion, which is enshrined in the Constitution of the Russian Federation. These rights are among the basic foundations without which a just society is impossible.

Today we will hear from Western specialists about their experience in organizing hospital ministries, which traditions have not been interrupted and which has made it possible to form a full-fledged institution of hospital chaplains. I think we can learn a lot from this experience to implement the best practices in our country. I am sure that in the countries of canonical responsibility of the Moscow Patriarchate the institute of hospital chaplains will also be organized in the nearest future.

Our conference is an important step on this path. That is why today is so important to me. Today my deepest wish is coming true: to put the ministry of hospital chaplains on a firm legal footing. It has been a dream of mine for all the 30 years I have worked in the hospital.

MINISTRY OF THE ORTHODOX CHURCH DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Priests' visits to people
infected with COVID-19
in the dioceses of Russia;
providing priests with
personal protective
equipment

4440

PERSONAL
PROTECTIVE
equipment kits sent to

123

DIOCESES
in Russia

More than
3700
VISITS
of priests to infected
people in

57

HOSPITALS
in the Moscow region

Priests visiting people
infected with COVID-19
(Moscow)

Orthodox volunteers
in Moscow

Around

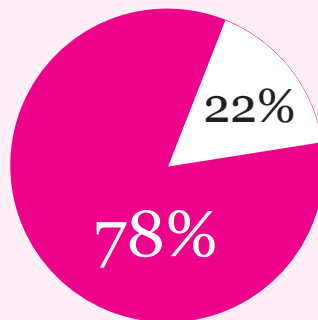
350



VOLUNTEERS
in Moscow
hospitals

More than

800

PEOPLE
applied for courses
for volunteering
in 'red zones'



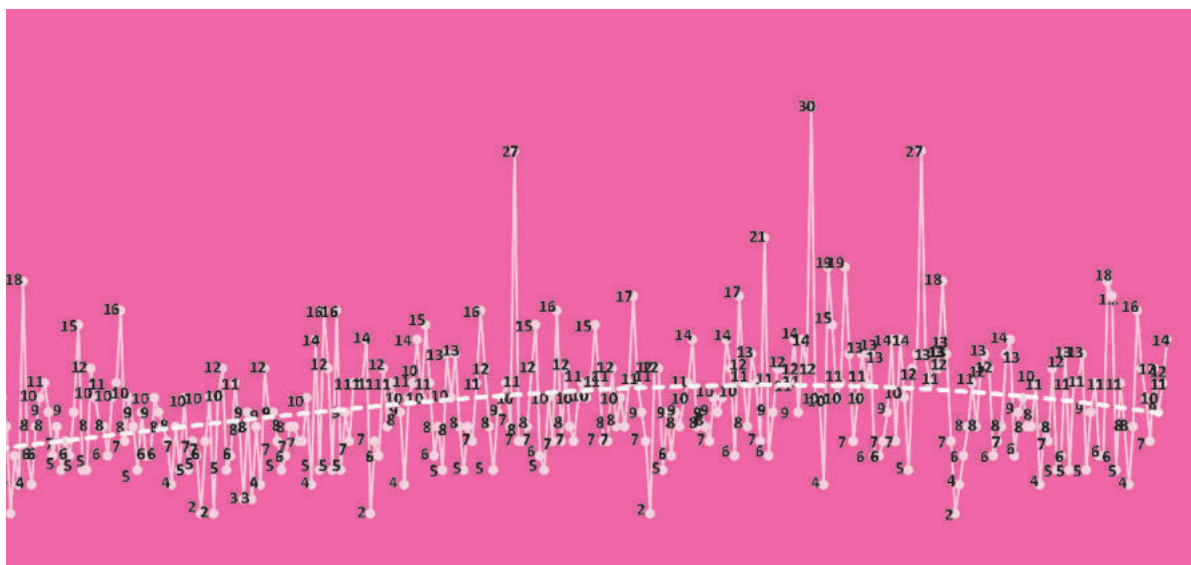
 in a hospital
 at home

DYNAMICS OF PRIESTS' VISITS TO PEOPLE INFECTED WITH COVID-19 (MOSCOW)

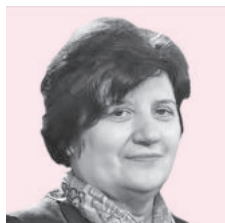


April 2020 May 2020 June 2020 July 2020 August 2020 September 2020 October 2020 November 2020 December 2020

- number of visits per day
- - - - dynamics, trend



January 2021 February 2021 March 2021 April 2021 May 2021 June 2021 July 2021 August 2021 September 2021



Мелита Вуйнович

специальный представитель Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в России. После окончания медицинского факультета Белградского университета прошла курс по комплексным гуманитарным и чрезвычайным ситуациям в Школе общественного здравоохранения при Бостонском университете (США), окончила магистратуру по управлению в сфере здравоохранения в Белграде при Университете мира ООН. Работала в системе общественного здравоохранения Сербии, являлась сотрудником представительства ВОЗ в Сербии, возглавляла национальный офис ВОЗ в Казахстане.

Melita Vujnovic

is a special representative of the World Health Organization (WHO) in Russia. After graduating from the Faculty of Medicine, University of Belgrade, she completed a course on complex humanitarian and emergency situations at the School of Public Health at Boston University (USA) and completed her Master's degree in Health Administration at the UN Peace University in Belgrade. She worked in public health system of Serbia, was a member of staff of WHO office in Serbia, headed national WHO office in Kazakhstan.

Роль психического здоровья и духовной поддержки в контексте отзывчивости системы здравоохранения и пандемии COVID-19



Благодарю вас за приглашение Всемирной организации здравоохранения.

Задача показалась мне сложной, я старалась найти в истории Всемирной организации здравоохранения такие документы, которые адекватно покажут роль священнослужителей в духовной помощи больным.

Но давайте начнем с эпидемиологической картины нашего мира на этот момент³. Сегодня в мире более 235 млн подтвержденных случаев COVID-19, в том числе более 4,8 млн умерших. Это только официальная оперативная статистика, в реальности число гораздо выше. Наш директор Европейского регионального бюро, к которому относится и Российская Федерация, говорил о более 1,8 млн смертей только в Европейском регионе, к которому относятся 53 страны. Цифры страшные! И за цифрами — страшное человеческое страдание — физическое, психическое,

³ К началу октября 2021 года.

социальное, — одиночество тех людей, которые столкнулись с заболеванием.

Хочу перечислить вам некоторые документы ВОЗ, которые дают базовую основу для включения духовной помощи как одного из основных элементов в заботу о больных людях. О важности духовной помощи говорят и сами больные.  с. 65 

Среди таких документов — Конституция ВОЗ, которая, как мы помним, была принята сразу после Второй мировой войны, когда человечество тоже прошло через огромные страдания.

Следующая важная веха — 1978 год, знаменательная конференция «Здоровье для всех», которая прошла в Алма-Ате. Тогда впервые в концепцию здоровья человека в качестве главной части было включено и социальное благополучие.

В отчете 1983 года Исполнительного комитета ВОЗ и в резолюции 1984 года Всемирной ассамблеи здравоохранения уже используется понятие «духовная помощь». Дальше мы видим развитие этой тенденции в базовых документах, что позволило всем странам мира, всем системам здравоохранения ставить перед собой вопрос: какие законодательные и другие документы нужны, чтобы система здравоохранения полностью отвечала на все потребности человека.

Я нашла в архиве практически все документы, где фигурировало духовное измерение: 36-ю сессию Всемирной ассамблеи здравоохранения, резолюцию 1984 года. Вопрос поддержки духовного здоровья нашел свое отражение в инструментах ВОЗ и с 1998 года включен в вопросник по качеству жизни⁴.

Почему именно тогда? Потому что с появлением ВИЧ, СПИДа, когда умирали очень молодые люди и не было возможности оказать какую-то помощь, кроме симптоматической, духовная помощь была очень важным ее элементом.

И, наконец, резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 2014 года четко говорит о духовной помощи как неотъемлемом элементе паллиативной помощи. Паллиативная помощь интегрирует услуги здравоохранения, где человек находится в центре внимания. Обеспечение всей возможной помощью людей в их физическом, психологическом, социальном и духовном страдании — наша глобальная этическая ответственность.

4 См. Приложение 4, с. 245.

Эта резолюция дает четкие рекомендации странам, как обеспечить доступ ко всем аспектам паллиативной помощи: базовая медицинская помощь, психосоциальная и духовная поддержка. Все это точно отвечает стратегии ВОЗ, поддержанной 194 странами-участницами ВОЗ: «Здоровье для всех».

Вы уже слышали сегодня речь нашего регионального директора доктора Ключе. Его Европейская программа работы на 2020–2025 годы «Единство для улучшения здоровья жителей Европы» была принята в прошлом году 53 странами Европейского региона ВОЗ, который включает и Российскую Федерацию. В этой стратегии психологическая помощь и психическое здоровье имеют одну из ключевых, флагманских ролей. При этом духовная помощь является и элементом психологической помощи, и другим, отдельным направлением поддержки.

Несколько дней назад прошло большое совещание Европейской коалиции ВОЗ по психическому здоровью, где психическая помощь рассматривалась как необходимый элемент универсальной системы услуг здравоохранения. И как один из главных ответов на чрезвычайные кризисные ситуации, которые мы видим; и как необходимый элемент помощи, которая оказывается на протяжении всей жизни.

Наконец, хочу повторить слова доктора Ханса Ключе: «COVID-19 открыл нам глаза. Он подтвердил, что нет здоровья без психического здоровья в его самом широком значении. Это показывает, что религиозные деятели могут дать утешение и чувство общности так, как не могут это сделать другие. Такая духовная поддержка занимает важное место в системе здравоохранения, центром которой является человек».

Пандемия нас многому учит: испытание всегда делает людей более стойкими и открывает путь дальше. Любая система здравоохранения должна быть отзывчивой к потребностям и ожиданиям людей, которым она служит. Но для того, чтобы в ее функционировании были подготовленность и ответные меры, нужна системная база, которая включает в себя и законодательство, и нормативные документы.

Во многих странах и, бесспорно, в Русской Православной Церкви есть прочная традиция капелланства. Духовная поддержка хронически больных и умирающих пациентов, людей

с инвалидностью является интегративным элементом паллиативной помощи. ВОЗ выражает этому всемерную поддержку.

С момента моего приезда в 2017 году ВОЗ тесно сотрудничает в области поддержки паллиативной помощи в России, которая предоставляется всем, кто нуждается, вне зависимости от пола, национальности, религии или социального статуса.

Позвольте мне от имени Всемирной организации здравоохранения выразить благодарность всем, кто служит нуждающимся людям во времена этого беспрецедентного кризиса. Мы будем продолжать поддерживать системы здравоохранения, чтобы они могли сделать все необходимые шаги, и в результате все услуги нуждающимся людям стали их устойчивым элементом.

Благодарю вас и от себя лично, и от всей команды ВОЗ в Российской Федерации!

КЛЮЧЕВЫЕ ДОКУМЕНТЫ ВОЗ ПО РАЗНЫМ АСПЕКТАМ ЗДОРОВЬЯ

- 1 1946 — Конституция ВОЗ: основные ценности и принципы в мире после Второй мировой войны, после огромных человеческих страданий
- 2 1978 — «Здоровье для всех»
(о социальном благополучии)
- 3 1983 и 1984 — Доклад Исполнительного комитета ВОЗ и проект резолюции о духовном здоровье
- 4 1998 — Духовное здоровье как элемент в модуле измерения качества жизни ВОЗ
- 5 2014 — Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения о паллиативной помощи

«ЕДИНСТВО ВО ИМЯ ЗДОРОВЬЯ» — НОВАЯ СТРАТЕГИЯ ВОЗ В 53 ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА (ВКЛЮЧАЯ РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ)

- Европейское региональное бюро ВОЗ определило приоритетные области для управления работой со странами и партнерами;
- борьба с основными факторами бремени болезней;
- учет определяющих факторов здоровья;
- преобразование общественного здравоохранения и систем здравоохранения таким образом, чтобы люди стояли на первом месте;
- защита всех групп населения;
- поддержка потребностей в области психического здоровья как ключевого аспекта здоровья.

ЕВРОПЕЙСКАЯ ПРОГРАММА РАБОТЫ ВОЗ НА 2020–2025 ГОДЫ: ЕДИНСТВО ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВЕДУЩАЯ ИНИЦИАТИВА – ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Введение

Психическое здоровье в контексте пандемии COVID-19.

Стратегическая задача 1

Переход к всеобщему медицинскому страхованию: трансформация служб охраны психического здоровья.



Стратегическая задача 2

Лучшая защита людей от чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения: интеграция психического здоровья в обеспечение готовности к кризисам и чрезвычайным ситуациям, реагирование на них и восстановление после них.



Стратегическая задача 3

Обеспечение здорового образа жизни и благополучия для всех в любом возрасте: укрепление и защита психического здоровья на протяжении всей жизни.



Обеспечение воздействия

Общеввропейская коалиция по охране психического здоровья и платформа данных о психическом здоровье.

The Role of Mental Health and Spiritual Support in the Context of Responsive Health System and COVID-19 Pandemic

Thank you for inviting the World Health Organization.

The task seemed difficult to me; I tried to find documents in the history of the World Health Organization that would adequately show the role of clergy in the spiritual assistance to the sick.

But let's start with the epidemiological picture of our world at this point⁵. There are over 235 million confirmed cases of COVID-19 in the world today, including over 4.8 million deaths. This is only the official operational statistics; in reality the number is much higher. Our Director of the European Regional Office, which includes the Russian Federation, spoke about more than 1.8 million deaths in the European region alone, which includes 53 countries. The numbers are frightening! And behind the numbers — the terrible human suffering — physical, mental, social — the loneliness of those who have faced the disease.

👉 p.70

I would like to refer you to some WHO documents 👉, which give a basis for inclusion of spiritual help as one of the basic elements in caring for sick people. The importance of spiritual assistance is also spoken of by the sick themselves.

5 As of the beginning of October 2021.

Among these documents is the WHO Constitution, which, as we recall, was adopted immediately after World War II, when humanity also went through tremendous suffering.

The next important milestone is 1978, the landmark ‘Health for All’ conference held in Alma-Ata. At that time, for the first time, the concept of human health included social well-being as its major part.

The 1983 report of the WHO Executive Board and the 1984 resolution of the World Health Assembly already use the concept of ‘spiritual assistance’. Further on we see the development of this trend in the basic documents, which allowed all countries of the world, all health systems to pose the question: what legislative and other documents are needed to make the health system fully responsive to all human needs.

I found in the archives almost all the documents where the spiritual dimension appeared: the 36th session of the World Health Assembly, the resolution of 1984. The question of support for spiritual health was reflected in the WHO instruments and has been included in the questionnaire on quality of life since 1998⁶.

Why just then? Because with the emergence of HIV, AIDS, when very young people were dying and there was no possibility to provide any help other than symptomatic care, spiritual care was a very important element of it.

Finally, the 2014 World Health Assembly resolution clearly defines spiritual care as an integral element of palliative care. Palliative care integrates health care services, where the person is at the center of attention. Providing all possible help to people in their physical, psychological, social and spiritual suffering is our global ethical responsibility.

Palliative care is a crucial part of integrated, people-centered health services. Relieving serious health-related suffering, be it physical, psychological, social, or spiritual, is a global ethical responsibility.

This resolution gives clear guidance to countries on how to ensure access to all aspects of palliative care: basic medical care, psychosocial and spiritual support. All this is precisely in line with the WHO strategy endorsed by 194 WHO member-states ‘Health for All’.

Action at country level: ensuring access to all aspects of palliative care (basic medical, psychosocial and spiritual support).

👉 p.71

6 See the attachement 4, p. 285.

You have already heard our Regional Director Dr. Kluge speak today. His European Work Program 2020–2025, ‘United for Better Health for Residents in Europe’ was adopted last year by 53 countries in the WHO European Region, which includes the Russian Federation. In this strategy, psychological care and mental health have a key, flagship role. Spiritual care, however, is both an element of psychological care and another, separate area of support.

There was a large meeting of the WHO European Coalition on Mental Health a few days ago where mental health care was considered as a necessary element of universal health services; and as one of the main responses to the emergency crises that we see; and as a necessary element of lifelong care.

Finally, I would like to repeat the words of Dr. Hans Kluge: ‘COVID-19 has opened our eyes. It has reconfirmed that there is no health without mental health in its widest and most comprehensive meaning. It has shown how religious figures can give solace and a sense of community — in a way that others cannot. Such spiritual support does have an important place in a health system that has people at its heart’.

Learning from the pandemic: preparedness & response require a systemic framework including legislation and regulation, which enables the system to be responsive to the needs and expectations of the people it serves. But in order to be prepared and responsive, it needs a systemic framework that includes both legislation and regulations.

There is a strong tradition of hospital chaplaincy in many countries, among them Russia. Spiritual support to chronically and terminally ill patients and persons with disabilities have been integrated in palliative care.

Since the beginning of the pandemic invaluable support has been provided to those most in need, irrespective of gender, nationality, religion, or social status.

WHO expresses its appreciation and thanks to all who serve to people most in need in these times of unprecedented crisis and will continue to support health systems in order to integrate all necessary steps to ensure that these services become a sustainable element of health system.

I would like to thank you on behalf of myself and of the entire WHO team in the Russian Federation!

KEY DOCUMENTS: DIMENSIONS OF HEALTH

- 1 1946 – WHO Constitution basic values & principles: a post WW2 world – after immense human suffering
- 2 1978 – Health For All (social wellbeing comp.)
- 3 1983 and 1984 – EB report and draft resolution on spiritual health
- 4 1998 – spiritual health element of WHO Quality of Life measurement instrument
- 5 2014 – WHA Resolution on palliative care

«UNITED FOR HEALTH» – NEW WHO STRATEGY IN 53 MEMBER STATES OF THE EUROPEAN REGION (INCL. RUSSIAN FEDERATION)

- WHO/Europe has identified priority areas to guide its work with countries and partners:
- Tackling the main drivers of the disease burden
- Addressing the determinants of health
- Transforming public health and health systems to put people first
- Safeguarding all population groups
- Supporting mental health needs as a key dimension of health

WHO EUROPEAN PROGRAMME OF WORK 2020–2025: UNITED FOR BETTER HEALTH: FLAGSHIP INITIATIVE: MENTAL HEALTH

Introduction

Mental health in the context of the COVID-19 pandemic

Strategic Objective 1

Moving towards universal health coverage: mental health service transformation



Strategic Objective 2

Protecting people better against health emergencies: Integration of mental health into the preparedness for, response to and recovery from crises and emergencies



Strategic Objective 3

Ensuring healthy lives and well-being for all at all ages: Mental health promotion and protection over the life-course



Delivering for Impact

The Pan European Mental Health Coalition and the mental health data platform



Монсеньор Дариуш Герс

польский священник, работающий в Дикастерии по содействию целостному человеческому развитию. Кардинал Тюрксон, префект Дикастерии, доверил ему координацию работы больничных и тюремных капелланов по всему миру. В обязанности монсеньора Герса входит работа с особой группой работников здравоохранения, забота об их духовном и нравственном становлении. Он также занимается вопросами ухода за больными и проблемами католических медучреждений. Входит в состав Ватиканской комиссии по COVID-19.

Monsignor Dariusz Gers

Is a Polish priest, Prefect of the Dicastery for Promoting Integral Human Development of the Roman Catholic Church, an official representative of the Vatican. Coordinates the work of hospital and prison chaplains around the world. Deals with the care of patients and Catholic Health-Care Institutions, His responsibilities include working with a different group of healthcare workers, attending to their spiritual and moral formation. He belongs to the Vatican COVID-19 Commission.

Духовная помощь больничных капелланов в медицинских учреждениях: право, психология, организация. Отношение между Католической Церковью и государственными органами

Я хотел бы поблагодарить всех организаторов конференции за приглашение принять участие в этом важном мероприятии и выразить им признательность за инициативу, посвященную вопросам духовного сопровождения в учреждениях по оказанию помощи.

В частности, выражаю благодарность епископу Верейскому Пантелеимону, председателю Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, за подготовку конференции и его старания во имя людей, испытывающих тяготы и страдания.

Приветствую всех, прежде всего Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, представителей Правительства Российской Федерации и тех, кто смотрит нас из разных уголков мира.

1. ДИКАСТЕРИЯ ПО СОДЕЙСТВИЮ ЦЕЛОСТНОМУ ЧЕЛОВЕЧЕСКОМУ РАЗВИТИЮ

Я представляю Дикастерию по содействию целостному человеческому развитию, созданную Папой Франциском в 2017 году. В числе многочисленных обязанностей этого нового органа Ватикана — координация пастырской помощи в сфере здравоохранения. Пастырская забота заключается в духовной и религиозной помощи, которую служители оказывают больным и страждущим, а также медицинским работникам. Я являюсь служителем этого отдела Дикастерии.

2. БОЛЬНИЧНОЕ СЛУЖЕНИЕ: ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКОВЬЮ И ОРГАНАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ

Мне поручили выступить на тему «Больничное служение: отношения между Католической Церковью и органами государственной власти». На первый взгляд, тема кажется простой, но на самом деле это не так, поскольку в мире существует множество способов и примеров сотрудничества Церкви с государственными и даже местными органами власти в сфере здравоохранения. Представители некоторых стран, участвующих в нашем собрании, смогут более подробно рассказать о том, как осуществляется это сотрудничество.

3. ЦЕЛОСТНОСТЬ ЗДОРОВЬЯ

Прежде чем перейти к существу этого вопроса, мы должны рассмотреть концепцию здоровья, которую пропагандирует Католическая Церковь. Эта концепция определяет деятельность Церкви в области здравоохранения, рассматривает человеческую личность во всех ее проявлениях: физическом, психическом, социальном и духовном.

Для нас здоровье не может быть ограничено определением ВОЗ: «Состояние полного физического, психического и социального благополучия» (1948). Мы предпочитаем говорить

о *целостном здоровье*, поскольку это понятие включает в себя внутреннюю и духовную сферы человека. Дикастерия по содействию целостному человеческому развитию отдает предпочтение этой концепции здоровья, поскольку она соответствует принципам христианской антропологии.

4. СОДЕЙСТВИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

На сайте нашей Дикастерии есть вкладка «Целостность здоровья», где вы можете ознакомиться с различными публикациями на эту тему. Достаточно упомянуть недавнее Послание по случаю Всемирного дня здоровья 2021 года (7 апреля), в котором кардинал Питер К.А. Тарксон, Префект Дикастерии, утверждает, что для построения более справедливого и здорового мира после пандемии COVID-19 «необходимо по-новому взглянуть на здоровье человека и оказание помощи с учетом физических, психологических, интеллектуальных, социальных, культурных и духовных аспектов личности (...). Те, кто заботится о больных и страждущих, должны иметь этот комплексный подход, постоянно опираясь на *целостную концепцию оказания помощи*: медицинские работники и служители Церкви, работающие вместе ради *целостности здоровья* своих подопечных».

5. ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ И ЦЕЛОСТНУЮ ПОМОЩЬ

Католическая Церковь пропагандирует и защищает право каждого человека на целостность здоровья и, следовательно, целостное оказание помощи, которая включает в себя духовную и религиозную помощь пациентам.

«Пастырское попечение о немощных заключается в *духовной и религиозной помощи*. Оно является *существенным правом больного* и *обязанностью Церкви* (см.: Мф. 10:8; Лк. 9:2). Не обеспечивать его, оказывать в недостаточной степени, не благоприятствовать либо препятствовать ему является нарушением такого права» (Новая хартия... № 135).

6. НОВАЯ ХАРТИЯ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2016)

Цитата взята из «Новой хартии работников здравоохранения». Это сборник наставлений Католической Церкви о жизни и здоровье со ссылкой на медицинскую этику и биоэтику. Хартия также была переведена на русский язык.

7. ПРИМЕРЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКОВЬЮ И ГОСУДАРСТВЕННЫМИ ОРГАНАМИ В СФЕРЕ ПАСТЫРСКОГО УХОДА В БОЛЬНИЦАХ

Католическая Церковь стремится сотрудничать со всеми государственными органами, даже в неблагоприятных условиях, чтобы гарантировать инвалидам, больным и умирающим людям право на здоровье и целостный уход.

Мы можем привести следующие примеры взаимоотношений между Католической Церковью и правительствами по всему миру:

- в странах, где существует официальное соглашение между двумя сторонами (регулируемое, например, конкордатом), духовная и религиозная помощь пациентам гарантируется государственным законодательством, а больничные капелланы оплачиваются государством (Италия, Испания, Польша);
- есть также страны, где правительство не оказывает капелланам финансовой поддержки, но считает духовную помощь неотъемлемой частью системы здравоохранения (США, Канада);
- в некоторых странах нет официального соглашения с Церковью, но существуют *протоколы о взаимопонимании* между государством и различными церквями и религиозными общинами для обеспечения пастырской помощи. Эти протоколы предусматривают финансовую поддержку капелланов, соответствующих определенным стандартам, установленным государством (Англия, Ирландия, Голландия, Франция);

- в странах, где есть медицинские учреждения, принадлежащие Католической Церкви, пастырское служение может предоставляться беспрепятственно, но государство обычно не берет на себя ответственность за него;
- в странах, где существуют только государственные медицинские учреждения и нет соглашения между Католической Церковью и государством, духовная забота о пациентах зависит от благосклонности властей;
- наконец, есть страны, где такая помощь немыслима, потому что присутствие служителей культа в больницах полностью запрещено (не только для католиков).

8. КАПЕЛЛАНЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ЦЕРКОВНЫХ ОРГАНАХ ВЛАСТИ: «ПОСЛАННЫЕ ЦЕРКОВЬЮ СЛУЖИТЬ БОЛЯЩИМ И ЗАБОТИТЬСЯ ОБ ИСЦЕЛЯЮЩИХ»

Там, где присутствие капеллана в учреждениях по оказанию помощи разрешено, местные епископы должны обеспечить надлежащую подготовку капелланов.

Мы можем выделить три основных требования к профессиональному капеллану: *истинное человеколюбие, глубокая духовность и компетентность, специальная подготовка.*

В наши дни ясно, что нельзя отправлять в больницу неподготовленного капеллана. Необходимо вкладывать гораздо больше в подготовку профессиональных капелланов, потому что их помощь неоценима, и пандемия подтвердила это.

ВЫВОД

На всех нас лежит большая ответственность за обеспечение надлежащего ухода в учреждениях здравоохранения за людьми, испытывающими физическое, психическое и духовное страдание. Не стоит думать, что в нашем мире, пропитанном материализмом и свободой от религиозных учений, психологическая и духовная помощь больше не нужна. Напротив, COVID-19 показал нам ее важность и действенность не только для больных и умирающих,

но и для работников здравоохранения, истощенных работой и эмоциональным стрессом. Сейчас мы как никогда должны «научиться быть близкими, искренне слушая тех, кто рядом, используя новые языки и инструменты, помогающие распознать страх и боль, а также тишину и насущные потребности, которые сделали всех нас сегодня братьями» (отец Марко Фабелло, орден госпитальеров братьев Святого Иоанна Божьего).

Мы надеемся, что в разных странах будет выработан способ сотрудничества, протокол о взаимопонимании между религиозными общинами и государственными органами, гарантирующий религиозную и духовную помощь в больницах и других учреждениях по оказанию помощи. Присутствие капеллана имеет неоценимое значение для страждущих, а также приносит большую пользу их семьям, ухаживающему персоналу и обществу в целом.

Спасибо за внимание.

Spiritual Assistance of Hospital Chaplains at Medical Institutions: Law, Psychology, Organization. Relations between the Catholic Church and Governmental Authorities

I would like to thank all the organizers of the conference for the invitation to take part in this important event and express my gratitude to them for the initiative dedicated to the issues of spiritual guidance in aid institutions.

In particular, I express my gratitude to Bishop Panteleimon, Chairman of the Synodal Department for Church Charity and Social Service of the Russian Orthodox Church, for preparing the conference and his efforts in the name of people experiencing suffering and difficulties.

I welcome everyone, first of all, His Holiness Patriarch Kirill of Moscow and All Russia, representatives of the Government of the Russian Federation and those who are watching us from different parts of the world.

1. DICASTERY FOR THE PROMOTION OF HOLISTIC HUMAN DEVELOPMENT

I represent the Dicastery for the Promotion of Holistic Human Development, created by Pope Francis in 2017. Among the many responsibilities of this new body of the Vatican is the coordination of pastoral health care. Pastoral care consists in the spiritual and religious assistance that ministers provide to the sick and suffering, as well as to medical workers. I am a minister of this department of the Dicastery.

2. HOSPITAL MINISTRY: THE RELATIONSHIP BETWEEN THE CATHOLIC CHURCH AND PUBLIC AUTHORITIES

I was assigned to speak on the topic: *Hospital ministry: the relationship between the Catholic Church and public authorities*. At first glance, this topic seems simple, but in fact it is not, because there are many ways and examples of the Church's cooperation with state and even local governments in the field of health throughout the world. Representatives of some of the countries participating in our meeting will be able to explain in more detail how this cooperation is carried out.

3. HEALTH INTEGRITY

Before getting to the heart of this matter, we must consider the concept of health promoted by the Catholic Church. This concept defines the activities of the Church in the field of health; it considers the human personality in all its manifestations: physical, mental, social, and spiritual.

For us, health cannot be limited by the WHO definition: 'a state of complete physical, mental, and social well-being' (1948). We prefer to talk about *holistic health* because this concept includes the inner and spiritual spheres of a person. The Dicastery for Promoting Holistic Human Development favors this concept of health because it is consistent with the principles of Christian anthropology.

4. PROMOTING HEALTH INTEGRITY

Our Dicastery website has a Health Integrity tab where you can read various publications on this topic. Suffice it to mention the recent Message on the occasion of World Health Day 2021 (April 7), in which Cardinal Peter C. A. Tarkson, Prefect of the Dicastery argues that in order to build a fairer and healthier world after the COVID-19 pandemic:

‘There is a need to rethink human health and care, taking into account the physical, psychological, intellectual, social, cultural, and spiritual aspects of the individual (...). Those who care for the sick and suffering must have this holistic approach, constantly relying on a *holistic concept of care*: medical professionals and church workers working together for *the integrity of the health of their caregivers*’.

5. THE RIGHT TO HEALTH AND HOLISTIC CARE

The Catholic Church promotes and defends the right of every person to the integrity of health and, therefore, holistic care, which includes spiritual and religious care for patients.

‘Pastoral care for the weak consists *in spiritual and religious help*. It is the *essential right of the sick and the duty of the Church* (cf. *Matt. 10:8; Luke 9:2*). Not to provide for it, to provide it insufficiently, not to favor or hinder it is a violation of such a right’ (New Charter... No 135).

6. NEW HEALTH WORKERS CHARTER (2016)

The quote is from ‘The New Charter for Health Workers’. This is a collection of teachings of the Catholic Church on life and health with reference to medical ethics and bioethics. The charter was also translated into Russian.

7. EXAMPLES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE CATHOLIC CHURCH AND GOVERNMENT AUTHORITIES IN THE FIELD OF PASTORAL CARE IN HOSPITALS

The Catholic Church strives to cooperate with all governmental authorities, even under adverse conditions, to guarantee the disabled, sick, and dying people the right to health and holistic care.

We can give the following examples of the relationship between the Catholic Church and governments around the world:

- in countries where there is a formal agreement between the two parties (regulated, for example, by a concordat), spiritual and religious care for patients is guaranteed by state legislation, and hospital chaplains are paid by the state (Italy, Spain, Poland);
- there are also countries where the government does not provide financial support to chaplains, but considers spiritual assistance to be an integral part of the healthcare system (USA, Canada);
- in some countries there is no official agreement with the Church, but there are protocols of understanding between the state and various Churches and religious communities to provide pastoral assistance; these protocols provide for financial support for chaplains who meet certain standards set by the state (England, Ireland, Holland, France);
- in countries where there are medical institutions belonging to the Catholic Church, pastoral service can be provided without hindrance, but the state usually does not take responsibility for it;
- in countries where there are only state medical institutions and there is no agreement between the Catholic Church and the state, spiritual care for patients depends on the benevolence of the authorities;
- finally, there are countries where such assistance is unthinkable, because the presence of clergy in hospitals is completely prohibited (not only for Catholics).

8. CHAPLAINS IN HEALTH CARE AND CHURCH AUTHORITIES: 'SENT BY THE CHURCH TO SERVE THE SICK AND TO TAKE CARE OF THOSE WHO ARE HEALED'

Where the presence of a chaplain in relief establishments is permitted, local bishops should ensure that chaplains are properly trained.

We can distinguish three main requirements for a professional chaplain: *true philanthropy, deep spirituality, competence and special training.*

It is clear these days that you cannot send an untrained chaplain to a hospital.

Much more needs to be invested in the training of professional chaplains, because their help is invaluable, and the pandemic has confirmed this.

CONCLUSION

We all have a great responsibility to ensure that people in physical, mental, and spiritual suffering are properly cared for in health care institutions. Do not think that in our world, saturated with materialism and freedom from religious teachings, psychological and spiritual help is no longer needed. On the contrary, COVID-19 has shown us its importance and effectiveness, not only for the sick and dying, but also for healthcare workers exhausted by work and emotional stress. Now more than ever, we must 'learn to be intimate by genuinely listening to those around us, using new languages and tools to recognize fear and pain, and the silence and urgent needs that have made us all brothers today' (Father Marco Fabello, O.N.).

We hope that different countries will develop a way of cooperation, a protocol of understanding between religious communities and government bodies, guaranteeing religious and spiritual care in hospitals and other relief institutions. The presence of a chaplain is invaluable to those in need, as well as being of great benefit to their families, caregivers, and the community at large.

Thanks for your attention.



Костантино Фьоре

государственный больничный капеллан при Конференции епископов Франции. Бывший юрист, он изучал богословие в Милане и специализировался на межрелигиозных отношениях в Риме (Григорианский университет и Папский институт арабских и исламских исследований). Приехав во Францию, он получил степень в области пастырских исследований в сфере здравоохранения и начал работать католическим капелланом в государственной больнице в Лионе. В 2014 году стал ответственным за больничное капелланство в епархии Лиона, а в 2017 году на Конференции епископов Франции в Париже получил миссию государственного больничного капеллана. По-прежнему навещает пациентов в лионской больнице.

Costantino Fiore

is a healthcare national chaplain at French Bishops Conference. Former legal expert, he studied theology in Milan and specialized in interreligious relationships in Rome (Gregorian University and PISA). He got a degree in Healthcare Pastoral Studies in France and started working as a catholic chaplain in a public hospital in Lyon. In 2014 he became responsible for healthcare chaplaincy in the diocese of Lyon and in 2017 was assigned to the mission of healthcare national chaplain at French Bishops Conference in Paris. He still visits patients in a Lyon's hospital.

О больничном служении капелланов во Франции

АННОТАЦИЯ

Больничное капелланство во Франции осуществляется в рамках французских законов о светскости. Капелланы должны уважать данные законы (например, не действовать прозелитически) и тесно сотрудничать с медицинскими работниками.

Взаимодополнение капелланов и медперсонала необходимо и для пациентов, так как позволяет применять целостный подход, рассматривать пациента всеохватно.

Первоначальный вклад, который капеллан может внести в работу больницы, заключается в восстановлении связи с религиозной общиной, Церковью и Христом для пациентов, которые находятся на карантине и теряют надежду.

Для этого капеллану следует осознавать, что он навещает пациентов не от своего имени, а от имени Церкви, делает это в силу своей миссии.

Миссия капеллана также заключается в поддержке духовного поиска и даже в том, чтобы выслушивать неверующих пациентов с сочувствием и уважением.

Ваше Преосвященство, преподобные отцы, дамы и господа.

Благодарю за приглашение на эту конференцию и возможность рассказать о больничном капелланстве во Франции.

Моя задача в качестве государственного медицинского капеллана при Конференции епископов Франции — сопровождать работу сети из 840 капелланов, работающих во французских больницах, и более тысячи добровольцев. В каждой епархии есть человек, отвечающий за местных капелланов, который поддерживает со мной связь.

Все эти люди выполняют свою миссию в рамках французских законов о светскости и отделении религии от государства. Это означает, что французское государство занимает нейтральную позицию по отношению к религиям. Оно не может поддерживать какое-либо вероисповедание.

Однако для больниц, тюрем и армии делается исключение. Французское государство может платить капеллану, чтобы он оказывал духовную помощь заключенным, солдатам и больным. Это способ предоставления свободы выражения и вероисповедания. Этот принцип вытекает из Декларации прав человека и превалирует над законами о светскости. Государство остается нейтральным по отношению к религиям, но предоставляет людям право исповедовать собственную религию.

Больницы как госучреждения также нейтральны к различным религиям. Поэтому капелланы должны соблюдать этот нейтралитет (например, не действовать прозелитически) и поддерживать тесную связь с медицинскими работниками (врачами, медсестрами...).

Мы не вправе навещать пациента до встречи с кем-либо из медсестер или врачей. Мы должны соблюдать медицинские предписания и внутренние правила больницы.

Следовательно, капеллан во Франции подчиняется двум инстанциям: епископу, который назначил капеллана в миссию, и главврачу больницы, в которой работает.

При этом отношения с медперсоналом позволяют нам быть внимательнее к нуждам пациентов. Врачи или медсестры могут предоставить некоторую справочную информацию о пациентах, которая может послужить нашему посещению. Медики также могут связать нас с семьями, которые нуждаются в том, чтобы их выслушали или поддержали (например, в случае тяжелой утраты).

Таким образом, есть два случая, когда капеллан может навестить пациента. В первом случае пациент может напрямую пригласить капеллана, чтобы обсудить с ним возможность проведения некоторых религиозных обрядов. Во втором случае медики направляют капеллана к пациенту, потенциально нуждающемуся в духовной помощи.

За время работы капелланом я сопровождал многих пациентов благодаря медсестрам и врачам, которые выявляли

духовные потребности пациентов. Это одна из причин, почему сотрудничество и тесное партнерство между капелланами и медиками необходимо в этом процессе.

Взаимодополнение капеллана и медперсонала также необходимо для пациентов, так как позволяет применять целостный подход, относиться к пациенту всеохватно, принимая различные черты его характера и рассматривая его как личность с неотъемлемым внутренним достоинством.

Я уже говорил о разнице между религиозными и духовными потребностями. Я хотел бы добавить кое-что об этих различиях. Некоторые пациенты просят помолиться или поговорить о Боге, другие просят капеллана поговорить о смысле их существования, смысле жизни в целом, ее истоках и целях, смысле ее испытаний (болезни, инвалидности, одиночестве, бессмыслице, смерти...).

Мы можем назвать духовным любой вопрос о смысле жизни. Религии могут дать определенные ответы на эти вопросы, но любой религиозной принадлежности предшествует духовный поиск.

Вот некоторые примеры духовных вопросов, с которыми я столкнулся на своем опыте: «Откуда мы пришли/куда идем? Зачем мне жить? Почему я должен страдать? Какой смысл жить, если я болен? Если я стар? Если я инвалид? Что будет со мной? Есть ли кто-то, кто все еще любит меня?»

Капеллан призван выслушивать все эти вопросы с сочувствием, не пытаясь сразу дать ответы, даже если пациент не является верующим.

В этой связи очень важно, чтобы капеллан выражал свои мысли ясно и честно. Ему не нужно скрывать свою личность: он — капеллан, а не психолог или соцработник. Он послан Церковью, и в рамках своей миссии он будет выслушивать или поддерживать всех пациентов, даже неверующих. Капелланов назначает епископ, который несет церковное служение; это означает, что в миссии капеллана участвует вся Церковь.

Когда вас направляют на миссию в качестве капеллана, вы никогда не бываете один: вы работаете в команде с другими капелланами, духовными лицами или мирянами. Все участники команды отвечают за миссию и являются живым образом христианской общины в больнице.

Командная работа — это также способ разделить возможные трудности и вместе молиться. Сколько раз я мог так поделиться своим опытом с коллегой! Братство и совместная молитва помогают нам преодолевать трудности и сохранять надежду.

Во Франции система капелланства организована непосредственно епархиями и не связана с приходами. Епархиальная служба, пастырская в сфере здравоохранения, отвечает за набор и обучение каждого капеллана.

Обучение важно. Но истоком, отправной точкой нашего присутствия в больнице всегда является наша миссия. Когда я разговариваю с другими капелланами, я говорю им: «Вы — носители сопричастия, вы несете причастие больным, потому что находитесь в этой больнице не только во имя себя, но и во имя Христа. Поэтому вы приносите эту жизненно важную связь. Это благодаря вашей миссии. Вы связаны с Христом, чтобы нести эту связь людям в больнице».

Во время пандемии мы наблюдали, как многие пациенты страдали от отсутствия общения, поскольку семьям запрещалось входить в больничные отделения. Капелланов впускали большую часть времени, и мы заметили, насколько важно такое присутствие, присутствие, не сосредоточенное на медицинских проблемах; присутствие, способное обратить внимание на всего человека, способное выслушать человеческие и духовные вопросы.

Во Франции есть христианские, мусульманские, иудейские и буддийские капелланы. Мы стараемся установить связь и поддерживать открытый диалог. Иногда на официальных встречах мы встаем вместе, чтобы показать, как важно заботиться о пациентах и их духовных потребностях.

У нас, христиан, с нашими особыми традициями, есть один образец для подражания — Иисус Христос. Наш Спаситель никогда не отделяет телесное исцеление от духовного.

Как я уже сказал, капелланы работают в каждой больнице одной командой, маленькой общиной, которая ежедневно создается и обновляется молитвой. Это единство — дар Божий и знак для окружающих (*По тому узнают все, что вы Мои ученики, если будете иметь любовь между собою*, Ин. 13:35).

Чтобы сохранить это чувство общности, в течение недели мы молимся сообща и проводим «духовный и пастырский обзор

практики». Сначала кто-то из группы пишет о посещении пациента: обстановка, диалог, чувства, — и мы вместе читаем этот текст. Затем поднимаются вопросы: как Бог участвовал в этом посещении? Как Бог действовал при этом? Мы сосредотачиваемся не на действиях капеллана, а на действиях Бога... И много раз обнаруживаем, что Бог действует по-разному.

Как сказал Иаков после борьбы с кем-то неизвестным ночью на реке Иавок: *Истинно, Господь присутствует на месте сем, а я не знал* (Быт. 28:16).

Эта фраза звучит в моей молитве, когда я провожу службы в рамках своей миссии. Присутствие Господа в больнице всегда неожиданно, удивительно и ошеломляюще. Как капелланы мы имели возможность созерцать лик Христа совершенно разными способами.

Я хотел бы поблагодарить вас за внимание и надеюсь на дальнейшее общение.

Service of Hospital Chaplains in France

ABSTRACT

Healthcare chaplaincy in France is carried out in the framework of French laws regarding secularism. The chaplains have to respect this framework (not acting in proselyte way, for example) and they have to work in close partnership with healthcare professionals.

The complementarity between the chaplain and the medical staff is also necessary for the patients; it allows to adopt a holistic approach, considering the patient in a global perspective.

The original contribution that a chaplain can bring to the hospital is to restore a link to the religious community, to the Church and the Christ for the patients, which are isolated and are losing hope.

To do that, the chaplain should be aware that he is visiting patients not in his own name, but in the name of the Church, because of his mission.

The mission of a chaplain is also supporting spiritual quest and even listening to non-believers patients, with empathy and respect.

Your Eminence, Reverend Fathers, Ladies and Gentlemen,

Thank you for inviting me to this conference and for giving me the opportunity to talk about healthcare chaplaincy in France.

As a national healthcare chaplain at Bishops French Conference, my mission is to follow up a network of 840 chaplains employed by French hospitals and more than one thousand volunteers.

In every diocese, there is a person in charge of local chaplains which is in contact with me.

All these people carry out their mission within the framework of French laws regarding secularism and separation between the State and religions. It means that the French State has a neutral position regarding religions. It can not support any worship.

But for hospitals, prisons and the army there is an exception: French State could pay some chaplain in order to give spiritual assistance to prisoners, soldiers and sick people. It is a way of granting freedom of expression, freedom of worship. This principle comes from the Declaration of Human Rights and prevails over laws about secularism. State remains neutral in front of religions, but it grants people the right to worship their own religion.

As public institutions, hospitals are also neutral with regard to the different religions. Therefore chaplains have to respect this neutrality (not acting in a proselyte way, for example) and keep a close link to healthcare professionals (doctors, nurses...).

We cannot visit a patient without meeting someone from the nursing or medical staff before. Indeed, we have to respect the rhythm of healthcare acts and the internal rules of the hospital.

Therefore, chaplain in France is under two authorities: the bishop who assigned the chaplain to the mission and the director of the hospital where he works.

In the same time, the relationship with healthcare staff allows us to be more attentive to patient's needs. Doctors or nurses would give us some background information about the patients which could be of an interest in regards to our visit;

Healthcare staff could also put us in contact with families that could need some listening or some support (during a bereavement, for example).

So, we have two cases in which a chaplain could meet a patient. Firstly, patient could directly ask for chaplain in order to discuss with him or to be able to get some religious rites. Secondly, healthcare staff orientate the chaplain to the patient potentially in spiritual need.

In my chaplaincy experience, I have accompanied many patients thanks to nurses and doctors who detected spiritual needs. This is one of the reasons why collaboration and close partnership between chaplains and healthcare professionals are crucial in this process.

The complementarity between the chaplain and the medical staff is also necessary for the patients it allows to adopt a holistic approach, considering the patient in a global perspective, taking the different aspects of his humanity and considering him as a person with his inalienable and intrinsic dignity.

I have spoken about difference between religious and spiritual needs. I would like to add something about those differences. Some pa-

tients ask to pray or to speak about God, others ask for the chaplain to speak about the meaning of their existence, about the meaning of life in general, its origins and its purposes, the meaning of its trials (sickness, handicap, loneliness, nonsense, death...).

We could define as 'spiritual' every question about the sense of life. Religions could bring some answers to those questions, but the spiritual quest comes before any religious affiliation.

Here are some examples of spiritual questionings that I encountered through my experience: 'where do we come from/where are we going? Why should I live? Why should I suffer? What's the point to live if I am sick? If I am old? If I am handicapped? What will become of me? Is there someone who still loves me?'

Chaplain is called to listen to all those questions, with empathy, without trying to bring answers at once, and even if the patient is not a believer.

To that extend, it is very important for the chaplain to express himself in a clear and honest way. He does not have to hide his identity: he is the chaplain, not a psychologist or a social worker. He has been sent by the Church and in the framework of his mission he will be listening or supporting all patients, even if they are unbelievers.

Chaplains are mandated from the bishop through a liturgical celebration: it means that all the Church is involved in that mission.

And when you have are sent in a mission as a chaplain, you are never alone: you work as a team with other chaplains, religious or lay persons. All the people involved in the team, the 'équipe' are in charge of the mission and are the living sign of Christian community in the hospital.

Working together in a team is also a way of sharing potential difficulties and to pray together: how many times I could share my experience with a colleague! Brotherhood and common prayers help us to overcome difficult situations. And to keep hope.

In France, chaplaincy system is organized directly by dioceses and is not linked to the parishes. A diocesan service, pastoral in Healthcare, is in charge of recruiting and training every chaplain.

Training is important. But the origin, the starting point of our presence in the hospital is always our mission. When I speak to the other chaplains, I use to tell them 'you are a communion-bearers, you bring communion to the sick people because you are in that hospital not only in your name, but in the name of Christ'.

‘That’s why you can bring this link, this vital link. It is because of your mission. You are linked to the Christ to bring this link to the hospital’s people’.

During the pandemic, we observed many patients suffering of lack of relationship as families were not allowed to enter to the hospital units. Chaplains were admitted most of the time, and we noticed how important this kind of presence was, a presence not focused on medical matters... a presence able to bring a look on the whole person, able to listen to human and spiritual questions.

In France, we have Christian, Muslim, Jewish or Buddhist chaplains: we try to build bridges and to keep the dialogue open. Sometimes, in official meetings, we stand together to show how important it is to take care about patients and their spiritual needs.

We as Christians, with our specific traditions, we all have one model to follow: Jesus Christ. Our Savior never separates body’s healing from spiritual healing.

As I said, healthcare chaplaincies in each hospital work as a team, as a little community generated and regenerated every day by the prayer. This unity is a gift from God and a sign for the people around (*By this everyone will know that you are my disciples, if you love one another, John 13:35*).

In order to keep this sense of community, we share common prayers during the week as well as what we call ‘relecture pastorale’ which means: ‘spiritual and pastoral analysis of the practice’.

Firstly someone from the group write about a visit with a patient: the situation, the dialogue, the feeling and we read this text together. Secondly, questions are raised: how God entered in this visit? Which is the God’s action during this time? We focus not on chaplain’s actions, but on God’s action... and many times we discover that God works in many ways.

As Jacob said after his struggle with someone unknown during the night on the Yabbok river: *Surely the Lord is in this place, and I was not aware of it* (Genesis 28:16).

This sentence returns in my prayer, when I worship for my mission. The presence of the Lord in a hospital is always unexpected, surprising and stunning... As chaplains we could contemplate Christ’s face in many different ways.

I would like to thank you for your attention and I hope to keep in contact.



Протоиерей Стивен Войтович

глава Офиса институционального капелланства Православной Церкви в Америке, православный капеллан в Йельском университете (США), председатель руководящей группы Комиссии по служению в спецучреждениях. Доктор богословия в области клинического пастырского образования в Православной Церкви. Лицензированный профессиональный консультант Департамента общественного здравоохранения штата Коннектикут, дипломированный специалист по пастырскому надзору Колледжа пастырского надзора и психотерапии. Священник Свято-Преображенской православной церкви (г. Нью-Хейвен, Коннектикут), педагог курсов клинического пастырского образования в медучреждениях Йеля и Нью-Хейвена.

Archpriest Stephen Wojtowicz

the head of the Office of Institutional Chaplaincy of the Orthodox Church in America, Orthodox chaplain at Yale University (USA), Chairman of the steering group of the Commission on Ministry in Special Institutions. Doctor of Theology in the field of clinical pastoral education in the Orthodox Church. Licensed Professional Consultant of the Connecticut Department of Public Health, certified Specialist in Pastoral Supervision of the College of Pastoral Supervision and Psychotherapy. Rector of St. Transfiguration Orthodox Church (New Haven, CT), teacher of clinical pastoral education courses at Yale and New Haven healthcare institutions.

Офис институционального капелланства Православной Церкви в Америке

Я хотел бы начать с выражения благодарности Его Преосвященству, Преосвященнейшему Пантелеимону, епископу Верейскому, руководителю Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, за возможность выступить сегодня перед вами. Это большая честь для меня, так как я посещал вашу страну много лет назад, будучи студентом колледжа. Я также передаю приветствие Его Блаженства, Блаженнейшего Тихона, Архиепископа Вашингтонского, Митрополита всей Америки и Канады.

В нынешний период пандемии во всем мире увеличивается нагрузка на людей, ухаживающих за больными, и особенно на тех, кто заботится о пациентах с коронавирусом. Конференция о служении больничных капелланов в учреждениях по уходу за больными проводится очень своевременно, ведь служители Церкви оказывают поддержку, столь необходимую как пациентам, так и медицинскому персоналу. Исследования, проводимые на протяжении многих лет, показали, что те, кто получает духовную поддержку пастырей, выздоравливают быстрее, чем те, кто ее не получает.

Клиническое обучение священнослужителей в Америке продолжается уже около 100 лет, а началось все в 1925 году с теологического исследования, которое длилось около года. Тогда врачи пригласили в больницу студентов семинарии для общения

на религиозные темы у постелей больных (отсюда и термин «клинический»). Хотя впоследствии были разработаны некие стандарты такого общения, наиболее важным для тех, кто страдает, и для тех, кто ухаживает за ними, остается нахождение духовного смысла. Клиническое обучение капелланов осуществляется в трех направлениях: действие (служение пациентам/персоналу больницы), обдумывание действий в ходе структурированного процесса, разработанного для группы обучающихся под руководством подготовленного наставника, и повторное действие (применение полученных знаний в дальнейшем служении).

После того как в 1989 году мне удалось познакомиться с одной из форм клинического обучения во время прохождения практики в качестве студента семинарии, я стал искать возможность получить формальное образование в этой области, для чего сначала получил сертификат капеллана, а затем сертификат наставника по обучению, проводящего подготовку священников к больничному служению. Чтобы продолжать работу в этом направлении, требовалось получить одобрение Церкви, а у нас в то время не было способа его получения, если не считать отношений с вышестоящим священнослужителем. Так и не поняв, можно ли одновременно быть православным священником и наставником программ клинического обучения, я получил звание доктора служения в Свято-Владимирской семинарии, одновременно продолжая работать в сфере клинического обучения и стараясь сформулировать в рамках своей диссертации сакральное содержание больничного служения, а также проанализировать существующие процедуры получения одобрения и предложить вариант, которым в настоящее время пользуется наша Церковь. История Офиса институционального капелланства (ОИК) Православной Церкви в Америке (ПЦА) началась с первого официального одобрения, выданного в 2003 году, и уже с 2006 года офис стал выполнять свои прямые функции.

с. 101

Наша процедура одобрения разрабатывалась с учетом существующих в Америке стандартов клинического обучения и требований аттестующих органов, чтобы наши капелланы, получившие одобрение, могли претендовать на соответствующие должности вместе с представителями других традиционных вероисповеданий. Если коротко, то требования аттестующих органов

к больничным капелланам включают в себя наличие звания магистра богословия или его эквивалента и 1600 часов клинического обучения. Одобрение Церкви дается для конкретного места. Другими словами, капеллан получает одобрение на определенное служение в конкретном учреждении, а не «в целом», как священники, назначаемые в приходы. После получения предложения о работе капеллан, соответствующий вышеназванным требованиям, может подать заявление на получение одобрения. Как правило, больницы требуют от привлеченных капелланов выполнения всех условий, в то время как хосписы и учреждения длительного ухода за пациентами могут принимать кандидатов с меньшим количеством часов клинической подготовки.

В настоящее время у нас есть около дюжины сертифицированных мужчин и женщин-капелланов, получивших одобрение через ОИК и служащих в качестве капелланов в больницах, хосписах и учреждениях длительного ухода за больными. Ранее у нас также был капеллан федеральных исправительных учреждений, но несколько лет назад он ушел на пенсию. Эти мужчины и женщины посвятили себя служению в условиях плюралистического окружения, хотя и продолжают участвовать в духовной жизни Церкви.

Мы также использовали элементы клинического обучения для реализации общецерковной инициативы 1999 года, в рамках которой была создана программа практической подготовки семинаристов в больницах прихода, действовавшая в течение нескольких лет. В настоящее время ПЦА стремится к сотрудничеству между юрисдикциями для создания модели наилучшей практики одобрения служения наших американских православных капелланов.

В Америке капелланы также могут получить сертификат после того, как в течение определенного времени проработают в медицинском учреждении по найму. Капелланам, стремящимся получить сертификат, также требуется одобрение Церкви, так как оно является звеном, объединяющим конкретное место служения, самого капеллана, его или ее традицию вероисповедания и аттестующий орган, выдающий сертификат.

Находясь на посту главы ОИК, я разработал термин «сторонник одобрения больничного служения» для обозначения тех

из нас, кто выполняет роль капеллана в различных ситуациях или участвует в подготовке капелланов отчасти для того, чтобы оказывать им всю возможную поддержку. Немногие сторонники сами являются капелланами. Моей целью было через одобрение Церкви поддержать православных христиан, стремящихся к служению в качестве капеллана. Для меня важно быть участником и руководителем советов различных круглых столов, посвященных пастырскому попечению, как на национальном, так и на международном уровне (во многих случаях я представлял исключительно Православную Церковь). Я буду рад рассказать больше об этих организациях, занимающихся вопросами пастырского попечения и отношений между традиционными вероисповеданиями и учреждениями по уходу за больными.

Мой основной тезис заключается в том, что клиническое обучение остается наиболее эффективным средством не только подготовки, но и поддержки капелланов в их служении. Собственный жизненный путь капеллана, его традиции вероисповедания и развивающиеся навыки оказания пастырской поддержки объединяются в процессе активного служения конкретным людям и столкновения с трудностями во время служения.

Пользуясь возможностью, я хотел бы представить концепцию, которая может быть интересна в контексте сегодняшней темы, а именно концепцию клинического обучения с учетом культурных традиций. Если мысленно вернуться в год теологического исследования (1925), то можно сказать, что тогда еще не было стандартов больничного служения. Те, кто обеспечивал надзор за пастырским попечением, работали вместе с теми, кто его предоставлял, создавая модель клинического обучения капелланов, которая используется сегодня в США и является продуктом американского культурного контекста.

Мне посчастливилось работать с наставниками и коллегами, которые понимали значимость культурного контекста клинического обучения. Один коллега имел голландское происхождение, а его родители были миссионерами в Китае. Другой был направлен сюда из Малайзии для получения теологического образования, чтобы потом преподавать в своей стране. Однако, когда он приехал сюда с женой, маленьким ребенком и 500 долларами, выяснилось, что преподавательская должность

досталась другому. Эти два человека работали вместе с теми, кто был заинтересован в организации клинического обучения по всему миру. Я побывал в некоторых из этих мест и работал бок о бок с ними, поддерживая людей, создающих основы культурно-ориентированного клинического обучения. При этом я использовал выводы, сделанные из моего собственного опыта участия в создании системы клинического обучения в качестве православного христианина.

Поскольку я являлся своего рода первопроходцем или исследователем, путешествующим по беспокойным водам, отделяющим нашу православную веру с ее долгой и достойной почитанием историей пастырского попечения от контекста нашего американского клинического обучения, мне было очень приятно работать вместе с этими людьми, ныне блаженной памяти, над созданием моделей, уникальных для различных культурных условий. Я очень надеялся провести подобный разговор о модели клинического обучения священников в нашем православном христианском контексте, как это происходит сейчас.

Я говорю это, чтобы еще раз подчеркнуть свою благодарность за возможность поделиться сегодня этими мыслями с нашей старшей сестрой, Русской Православной Церковью, и собравшимися! Наибольшим достижением, которого нам на данный момент удалось достичь в этой области в Америке, стало создание аккредитованного отделения клинического обучения на базе Свято-Тихоновской семинарии в 2018 году. Студенты этого отделения напрямую связали то, что происходит в церкви и в классе, со служением у постели больного.

Прежде чем закончить свое выступление, я хотел бы поделиться двумя краткими богословскими сюжетами, которые направляют меня на жизненном пути священника-капеллана, посвятившего себя клиническому обучению и приходскому служению. Первый сюжет — это путешествие Луки и Клеопы в Эммаус. Хотя мы, православные христиане, часто прекращаем чтение на моменте преломления хлеба, важно отметить, что Лука и Клеопа сразу же после встречи отправились обратно в Иерусалим, чтобы поделиться с другими всем, что они пережили, так как сердца их горели верой. Служение совершается в сакральных рамках между возгласом «С миром изыдем...» в отпустительной части

Литургии — и возгласом «Благословенно Царство...» в начале следующей Литургии. С пережитым опытом Литургии мы выходим в мир, чтобы использовать дары и таланты, которые Бог доверил нам через наше Крещение и Миропомазание, а затем приносим плоды своего служения на следующую Литургию.

Второй сюжет имел огромное значение для меня лично, когда я двигался по непростому пути получения клинического образования, будучи православным христианином. Он также стал важнейшим сюжетом, позволившим мне найти опору в нашей православной вере даже во время служения капелланом в условиях плюралистического окружения. Этот сюжет был включен в статью, опубликованную в 2002 году в журнале «Journal of Supervision and Training in Ministry» («Журнал по вопросам надзора и обучения служению») под названием «Обучение пастырскому служению и православный славянин» (я являюсь потомком славянских предков родом из Галисии). Итак, это история об Иосифе в Египте. Мы знаем, что его путешествие в Египет включало ряд катастрофических событий, которые продолжались до того момента, пока Иосиф не оказался в Египте. Однако там он не отказался от своего еврейского происхождения и сохранил целостность личности, оказавшись полезным людям в новом для себя культурном окружении (как для нас это происходит в клиническом обучении). Размышления об Иосифе в Египте были невероятно полезны для меня, священника-капеллана, во время прохождения клинического обучения.

Пусть смиренное служение Господу нашему Иисусу Христу силой Святого Духа направляет Русскую Православную Церковь в ее нынешних усилиях по поддержке тех, кто страдает во время нынешней пандемии. И да продолжим мы молиться друг за друга и поддерживать друг друга в это тяжелейшее время.

Спасибо!

1. КРАТКО О ГЛАВНЫХ СОБЫТИЯХ В ОФИСЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО КАПЕЛЛАНСТВА ПЦА

В **2013**
году ОФИС
отпраздновал

10
ЛЕТ
с момента
официального
признания



См. веб-страницу
нашего офиса
НА САЙТЕ
Православной
Церкви в Америке:
orthinc.org



МИТРОПОЛИТ
ТИХОН —
православный
духовный
наставник для
священнослужителей
и мирян ПЦА,
которые имеют
теологическую
и клиническую
подготовку.

ПЦА —
член Комиссии
по служению в спе-

циализированных уч-
реждениях (COMISS):
comissnetwork.org

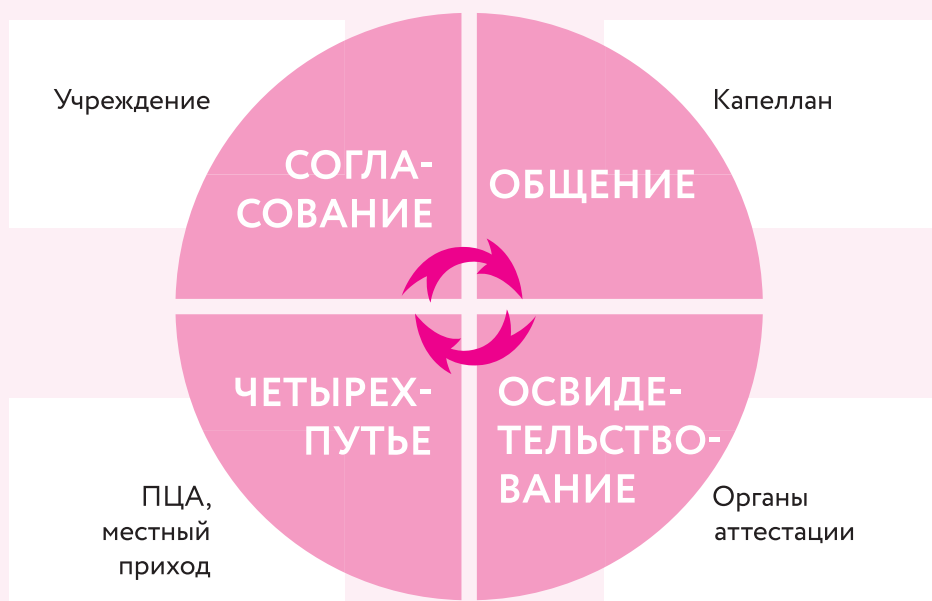


ОТЕЦ СТИВЕН
выступает в качестве
представителя
по одобрению
в COMISS, Ассоциации
утверждающих
религиозных
организаций
(AREB) и органах
по сертификации.

2. СЛУЖЕНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ КАПЕЛЛАНОВ

- 1 Офис рассматривает и рекомендует одобрения для православного духовенства и мирян.
 - Новые одобрения являются институциональными для капелланов и/или для профессиональной сертификации через органы по сертификации.
 - Действует пятилетняя сравнительная оценка с обновлением одобрительных заключений, а также для тех, кто переходит в новую должность.
- 2 Первый официальный визит в наш Офис институционального капеллана произошел в сентябре 2011 года.
- 3 Планируется провести вторую конференцию военных и институциональных капелланов.

3. СХЕМА ПРОЦЕССА ОДОБРЕНИЯ



4. СЛУЖЕНИЕ ЦЕРКВИ

- 1** Институциональные капелланы участвуют в жизни своих приходов и помогают в наставничестве тех, кто заинтересован в служении. Плоды их служения возвращаются к совершению Божественной литургии.
- 2** Офис институциональных капелланов сотрудничает с Христианской службой и гуманитарной помощью в развитии программы «Сострадание в действии: обучение приходскому служению».
- 3** Институциональные капелланы помогают в обучении по уходу в больницах, учреждениях длительного лечения, исправительных учреждениях и других, посещают церковные конференции и помогают в подготовке семинаристов, заинтересованных в клиническом пастырском образовании.

5. ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО В СООБЩЕСТВЕ ПО ДУШЕПОПЕЧЕНИЮ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ

- Офис, представленный членами Церкви на конференциях и церковных собраниях (например, Конференция приходских служений).
- Отец Стивен в прошлом был председателем Ассоциации религиозных организаций по одобрению, которая состоит из сторонников множества религиозных традиций. Этот орган активно укрепляет взаимоотношения между религиозными традициями и органами по аттестации, связанными с капелланами, служащими в институциональных условиях.
- Отец Стивен участвовал в Международных конгрессах по душепопечению и консультированию: в Аккре (1999), Бангалоре (2004), Польше (2007), Новой Зеландии (2011) (www.icpcc.net).

6. КОМИССИЯ ПО СЛУЖЕНИЮ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (COMISS)

- Национальный круглый стол по вопросам душепопечения (пастырской помощи) и консультирования.
- Объединяет одобрительные органы, органы аттестации, работодателей-капелланов и семинарии.
- Начало членства ПЦА — 2005 год.
- В настоящее время о. Стивен является избранным председателем COMISS.
- В центре внимания Форума 2022 года в январе будет та же тема, что и сегодня: преодоление и выход из периода пандемии.
- <https://www.comissnetwork.org/>

7. СОБРАНИЕ КАНОНИЧЕСКИХ ПРАВОСЛАВНЫХ ЕПИСКОПОВ

1 Рассматривает вопрос об одобрении и сотрудничестве военных и институциональных капелланов между православными юрисдикциями в Северной Америке.

2 4 октября 2021 года на уровне ассамблеи, чтобы обеспечить сотрудничество между православными капелланами, служащими в институциональных условиях, в разных юрисдикциях было инициировано одобрение институциональных капелланов.

8. ВЫВОД

Для меня было честью работать в качестве главы филиала, поскольку эти события превзошли все мои ожидания.

В состав филиала входят священники, дьяконы и миряне. Те, кто прошел сертификацию, прошли аккредитованную степень магистра, по крайней мере 1600 часов обучения под руководством министерства, и отвечают требованиям непрерывного образования.

Для получения разрешений обращаться по адресу:
voys90@gmail.com

OCA (Orthodox Church in America) Office of Institutional Chaplains

I would like to begin by expressing gratitude to His Grace, the Right Reverend Panteleimon, Bishop of Vereya, and Chairman of the Synodal Department for Church Charity and Social Ministry of the Russian Orthodox Church, for the opportunity to speak with you today. This is a great honor, after having visited your country many years ago as a college student. I also convey the greetings of His Beatitude, the Most Blessed Tikhon, Archbishop of Washington, Metropolitan of All America and Canada.

The present time of pandemic has put a strain on caregivers around the world, especially those caring for patients stricken with the coronavirus. You are right on target in focusing this conference toward the ministry of chaplains in these caregiving settings, as they offer much needed support to patients and staff alike. Research over the years has shown that those receiving pastoral care are likely to recover more quickly than those who do not receive this care.

Clinical training in America is reaching toward its 100th anniversary, beginning in 1925 with a year of theological inquiry. Divinity school students were invited by a physician in the hospital to experience theology at the bedside (hence the term clinical). While standards would later be developed, the focus of meaning-making remains at the core for those who suffer, and for the caregivers who tend to them. Clinical training offers a three-fold journey of action (ministry to the patient/staff member), reflection in a structured peer group process with a trained supervisor, and renewed action (employing learning in further ministry encounters).

After encountering a form of clinical training through seminary field education in 1989, I sought formal clinical training, first being certified as a chaplain and later as a clinical training supervisor, conducting clinical training programs. To navigate this field, endorsement was required, and we then had no mechanism beyond one's relationship with his/her hierarch. Not knowing if one could be an Orthodox priest and clinical training supervisor, I completed a Doctor of Ministry Degree at St. Vladimir's Seminary while continuing training, building within the dissertation a sacramental context for ministry, and reviewing existing endorsement processes toward constructing the one presently in use in our church. Our Orthodox Church in America (OCA) Office of Institutional Chaplains (OIC) began in 2003 with a first formal endorsement, and has been an office since 2006.

☞ p. 110

Our endorsement process was developed to work with existing American clinical training standards, and credentialing body requirements, so that our endorsed chaplains could compete alongside those from other faith traditions, for chaplaincy positions. In brief, those requirements include: a Master of Divinity Degree or equivalent, and 1600 hours of clinical training. Endorsement is site specific, so one is endorsed for ministry in a particular ministry setting, not 'at large' just like clergy being assigned to parish contexts. Upon receiving a job offer, one who has completed these requirements can apply to be endorsed. Typically, hospitals require all of these elements for employed chaplains, hospice and long-term care may accept candidates with less clinical training.

☞ p. 111

We currently have about a dozen certified men and women, endorsed through the OIC, who serve in chaplaincy settings such as: hospitals, hospices and long-term care. We did have a federal corrections chaplain until his retirement several years ago. These men and women are dedicated to ministry in these pluralistic settings, even as they continue their participation in the sacramental life of the church. We also used clinical training elements in responding to a church-wide initiative in 1999, building a seminarian parish internship program that ran for several years. The OCA is presently reaching out to collaborate across jurisdictional lines in building a best practice model for endorsement for our American Orthodox Christian chaplains.

In the American context, chaplains can be also certified after serving for a period of time in an employed capacity. Endorsement

is also required for those seeking certification, as a link bringing together: a specific ministry setting, the chaplain, his or her faith tradition, and the credentialing body through which certification is being sought.

In directing this office, I have developed the term ‘clinical endorser’ to reference those of us as endorsers who continue to serve in a variety of chaplaincy and chaplaincy-training roles in part to best advocate for our chaplains. Few endorsers are themselves active in the chaplaincy arena. It has been my goal to support Orthodox Christians aspiring to chaplaincy service through endorsement. In doing so, it has been meaningful to present to and serve in leadership capacities on the boards of round tables for pastoral care, both nationally and internationally, (in many cases solely representing the Orthodox Church) and I would be happy to share more about these bodies where much can be learned about pastoral care and the relationship between Faith Tradition and institutional care settings.

It is this author's thesis that clinical training remains the most effective means to not only train, but support chaplains in their ministry. The chaplain's own life journey, their faith tradition, and growing pastoral skills are brought together in the course of active ministry to specific persons facing struggles. In this brief opportunity to share, I would like to introduce a concept that may be of interest in your present exploration, that of indigenous clinical training. If we return conceptually to the year of theological inquiry in 1925, there were no standards yet guiding that clinical ministry. Those overseeing clinical pastoral care worked together with those engaged in it to build the model of clinical training in use in the US today, that is also the product of our American cultural context.

I was blessed to work with mentors and colleagues who understood the value of the very origins of clinical training. One was of Dutch descent whose parents were missionaries in China. Another was sent here from Malaysia for theological training to return and teach, only to have that teaching opportunity given to another when he arrived here with wife, young child, and \$500. These men worked together with those interested in clinical training all around the world. I have traveled to some of these places in working alongside of them supporting those building culturally contextual clinical training through lessons learned from my own experience of engaging clinical training as an Orthodox Christian.

As a bit of a pioneer or explorer navigating the uncertain waters between our Orthodox Faith and its long and venerable history of pastoral care, and our American clinical training context, it has been my greatest joy to work alongside these men, now of blessed memory, to develop models unique to a variety of cultural contexts. It has been my hope to have such a conversation around a clinical training model within our Orthodox Christian context as is occurring today. I say this to again underscore my gratitude to have the opportunity to share these thoughts today with our older sister Orthodox Church and those gathered! The closest point achieved thus far in our American context is the completion of an accredited unit of seminary-based clinical training at St. Tikhon's Seminary in 2018! These students directly connected what happens in church and in the classroom, with ministry at the bedside.

Before closing, I would like to share two brief theological images that have guided this priestchaplain's journey in clinical training, alongside parish ministry. The first is the journey of Luke and Cleopas on the road to Emmaus. Though we as Orthodox Christians often stop reading at the point of the breaking of the bread, it is important to note that Luke and Cleopas journey back to Jerusalem at that very hour to share all they experienced as their hearts burned. The sacramental frame of ministry connects 'Let us Depart in Peace...' at the end of the Liturgy, with 'Blessed is the Kingdom...' of the next celebration of the Liturgy. With the experience of the Liturgy, we go out into the world to exercise the gifts and talents God has entrusted to us through our Baptism and Chrismation, and we bring the fruits of that ministry back to the next celebration of the Liturgy.

The second image is one that has been of tremendous value to this author in navigating the challenging waters of clinical training as an Orthodox Christian, and has been a critical image in remaining grounded in our Orthodox Christian Faith even while ministering in pluralistic contexts in the chaplaincy arena. This image was included in an article published in the *Journal of Supervision and Training in Ministry* in 2002, with the title: *Pastoral Training and the Orthodox Slav* (I am a descendant of Slavic ancestors, coming from Galicia). The image is that of Joseph in Egypt. We know that his journey to Egypt seemingly included one disastrous moment after another, until Joseph finds himself in Egypt. He does not, however, surrender

his Hebrew heritage there, but maintains with integrity his identity while being of service in this new cultural context (here, clinical training). Reflection on Joseph in Egypt has been incredibly helpful to this priest-chaplain's sojourn in the clinical training context.

May the servant ministry of our Lord Jesus Christ, through the power of the Holy Spirit, guide the Russian Orthodox Church in her present efforts to support those who are suffering during our present pandemic. May we continue to pray for and support one another during these most trying times.

Thank you!

1. BRIEF OFFICE HIGHLIGHTS

We celebrated
10

YEARS
of formal
endorsement
in

2013



Please view our Office
webpage
orthinc.org

linked to OCA
website



**METROPOLITAN
TIKHON**
is the Orthodox
Ecclesiastical Endorser
for OCA clergy and
laypersons who are
theologically and
clinically trained

The OCA is a member
of the Commission
on Ministry
in Specialized Settings
(COMISS):
comissnetwork.org

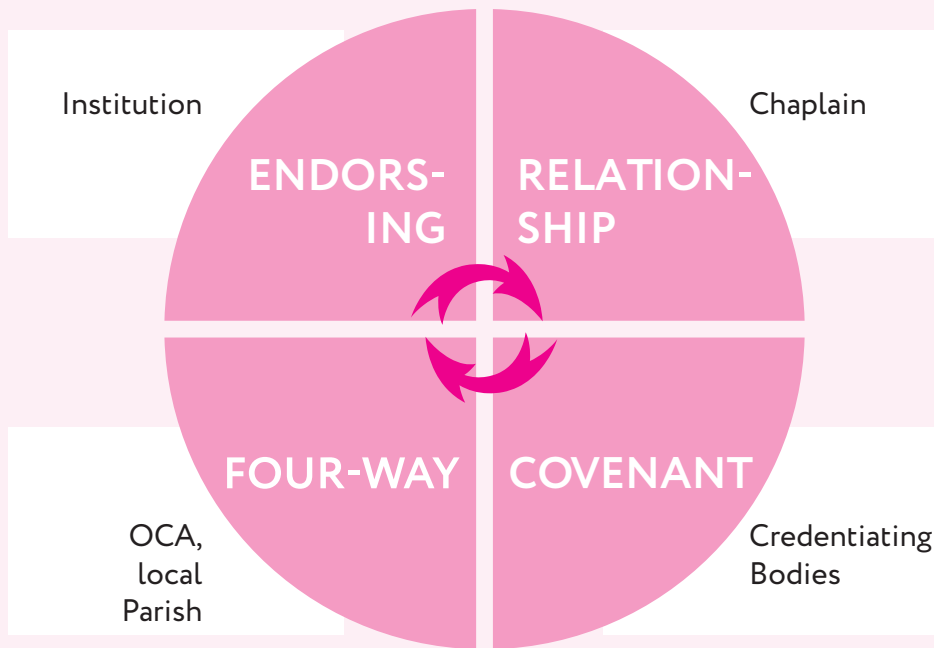


FR. STEVEN
serves as endorsing
representative
to COMISS,
Association
of Religious Endorsing
Bodies (AREB) and
credentialing bodies.

2. SERVING INSTITUTIONAL CHAPLAINS

- 1 This Office reviews and recommends endorsements for Orthodox clergy and laypersons.
 - New endorsements are institution-specific for chaplains and/or for board certification through credentialing bodies.
 - Five-year peer review updates of endorsement, as well as for those moving to new positions.
- 2 First formal visitation, through this Office, of an institutional chaplain occurred in September, 2011.
- 3 Plans to be made for second military and institutional chaplain conference.

3. ENDORSING RELATIONSHIP



4. SERVING THE CHURCH

- 1 Institutional Chaplains participate in the life of their respective parishes, and aid in mentoring those interested in ministry. The fruits of their ministry are returned to the celebration of the Divine Liturgy.
- 2 Institutional Chaplain Office is collaborating with the Christian Service and Humanitarian Aid in developing Compassion-in-Action: Parish Ministry Training.
- 3 Institutional Chaplains aid in teaching about care in hospitals, long-term care settings, corrections, and other settings, attend church conferences, and aid in preparing seminarians interested in CPE.

5. REPRESENTATION IN GREATER PASTORAL CARE AND COUNSELING COMMUNITY

- Office represented by members at conferences and church gatherings (Ex. Parish Ministries Conference).
- Fr. Steven is past Chair of Association of Religious Endorsing Bodies, a body composed of endorsers from a multitude of Faith Traditions. This body actively reinforces the significance of the relationships between faith traditions and credentialing bodies as related to chaplains serving in institutional settings.
- Fr. Steven attended International Congresses for Pastoral Care and Counseling: 1999 Accra, 2004 Bangalore, 2007 Poland, 2011 New Zealand www.icpcc.net.

6. COMMISSION OF MINISTRY IN SPECIALIZED SETTINGS (COMISS)

- National round table for pastoral care and counseling.
- Brings together endorsing bodies, credentialing bodies, chaplain employers, and seminaries.
- OCA has been a member since 2005.
- Fr. Steven is currently serving as chair-elect of COMISS.
- Focus of 2022 Forum in January has the very same topic as being addressed today, working through and emerging from our time of pandemic.
- www.comissnetwork.org

7. ASSEMBLY OF CANONICAL ORTHODOX BISHOPS

- 1 Has been considering the question of endorsement and collaboration of military and institutional chaplains among the Orthodox jurisdictions in North America.
- 2 On Monday, October 4, 2021, initiated Institutional Chaplaincy Endorsement at the assembly level to allow collaboration among Orthodox chaplains serving in institutional settings, across jurisdictions.

8. CONCLUSION

It has been an honor to serve in the capacity of office director as these events have already gone far beyond my expectations of what might be possible!

Office members include priests, deacons, lay men and women. Those certified have completed an accredited M.Div., at least 1600 hours of supervised ministry training, and fulfill continuing education requirements.

For questions, please e-mail: voyts90@gmail.com



Священник Данио Моцци

директор Камиллианского учебного центра (Римско-Католическая Церковь, Италия), член Камиллианского Ордена служителей больных. Окончил физический и богословский факультеты, клинические пастырские курсы. Профессиональный наставник в области медицинского пастырского ухода, профессиональной этики для сотрудников социально-медицинских учреждений, сопровождения больных на терминальной стадии болезни. В течение нескольких лет служил больничным капелланом в университетской и гражданской больницах, вел группы самопомощи при тяжелой утрате.

Priest Danio Mozzi

the director of the Camillian Training Center (Roman Catholic Church, Italy), a member of the Camillian Order of Ministers to the Sick. Graduation in physics, license in spiritual theology, advanced professional counselor. Also graduated from clinical pastoral courses. Professional mentor in the field of medical pastoral care, professional ethics for employees of social and medical institutions, accompanying patients at the terminal stage of the disease. For several years he served as a hospital chaplain in university and civilian hospitals, led bereavement self-help groups.

Опыт больничного капелланства в Италии. Особенности образовательной программы для капелланов, профессиональные компетенции

АННОТАЦИЯ

В Италии больничные капелланы признаны государством для поощрения такого подхода к заботе, который учитывает духовные потребности больных. Служение капеллана как знак присутствия Церкви в моменты человеческих страданий полезно тем, что обеспечивает путь познания для кандидата и начальное и непрерывное образование в богословии, клиническом пастырском попечении и гуманизации отношений.

Призыв Господа Иисуса к Своим ученикам: «Исцеляйте больных, которые там [в городе] есть, и говорите им: «приблизилось к вам Царство Божие»» пересекается с Его личным отождествлением с больными: «Был болен, и вы посетили Меня», а также с теми, кто заботится о них, как это делает Сам Бог, Который «исцеляет сокрушенных сердцем и перевязывает их раны», воплощая в себе доброго самарянина как образец⁷.

7 См.: Лк. 10:9, Мф. 25:36, Пс. 146:3, Лк. 10:30–37.

Церковь на протяжении веков твердо ощущала служение больным и страждущим как неотъемлемую часть своей миссии⁸. Внимательно относясь к сфере здоровья, Церковь совершенствует свою способность к состраданию и помогает найти пути к такому присутствию, которое исцеляет и утешает.

В Италии духовное измерение признается Конституцией Республики как право отдельного человека — в полноте его ценностей и потребностей, не только материальных, но и духовных⁹. В 1984 году, согласно пересмотренным Латеранским соглашениям, «пребывание в больницах, домах престарелых или социальных домах <...> не может служить препятствием для осуществления религиозной свободы и отправления католических обрядов». Духовную помощь обеспечивают священнослужители, которых утверждают компетентные итальянские власти по назначению церковной власти и согласно правовому статусу, штату и методам, установленными соглашениями между данными институтами»¹⁰.

Что касается остальных религий, то «их отношения с государством регулируются законом на основании соглашений с соответствующими представителями»¹¹. В настоящее время больные иного вероисповедания могут просить старших медсестер вызвать служителя своей религии. Возможным сценарием будущего будет именно создание экуменических или межрелигиозных капелланств в Италии, как это уже происходит в некоторых зарубежных странах, в связи с присутствием больных из других христианских церквей или религий.

В некоторых больницах есть не только часовня для христиан, но и специальная комната тишины¹², где больные иного вероисповедания или их родные и близкие могут найти место для молитвы.

8 См.: Иоанн Павел II. *Dolentium hominum*, 1; Иоанн Павел II. *Christifideles laici*, 53–54.

9 См.: Конституция Итальянской Республики. Рим, 27 декабря, 1947. Статья 1.7.8.19.20.

10 Соглашение между Святым Собором и Итальянской Республикой о внесении изменений в Латеранский Конкордат. Рим, 18 февраля, 1984. Статья 11.

11 Конституция Итальянской Республики, статья 8.

12 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.mauriziano.it/i-nostri-servizi/stanza-del-silenzio> (дата обращения: 20.01.2022).

В крупных больницах существуют капелланства как «пастырские организмы»¹³, совершающие богослужение с христианской общиной¹⁴ в условиях человеческого страдания для больных, их семей и медиков.

В прошлом капелланства в основном состояли из священников одной епархиальной или религиозной группы. Затем было создано несколько «смешанных» капелланств, открытых для членов епархиального духовенства, монахов, монахинь, постоянных диаконов и мирян. Эти капелланства способствовали обмену различными харизмами и диалогическому богатству, что является признаком экклезиологии общности¹⁵. Это происходило согласно степени совместной ответственности участников, учитывало преодоление самореферентности и самодостаточности каждой группы, продвигало образ Церкви, способной реагировать на чрезвычайные ситуации времени благодаря имеющемуся в ее распоряжении потенциалу.

Смешанные капелланства были задуманы и востребованы с перспективой на будущее, с учетом трудностей их принятия людьми, поскольку до сих пор преобладает скорее «церковная» концепция этого служения. Не стоит упускать из виду трудности, которые приносят различные объединения — с точки зрения способности сотрудничать, противостоять друг другу без столкновений, принимать новый образ жизни, разнообразие взглядов и поведения, идти вместе. Возможно, по этой причине смешанные капелланства создаются с трудом.

Довольно распространенную сложность представляет проблема найма верующих, мирян и мирянок в качестве духовных помощников. Они хорошо воспринимаются как добровольцы, но еще не как сотрудники больниц; кроме того, поправка Латеранских соглашений явно подразумевает выбор церковного

13 Ломбардийско-Венецианская провинция камильянов. Больничные капелланы: ориентиры. Турин: Edizioni Camilliane, 2008. С. 7.

14 См.: Национальный совет итальянской епископальной конференции по пастырскому уходу за больными. Пастырская забота о здоровье в итальянской церкви: руководящие принципы служения в сфере здравоохранения. Рим, 30 марта, 1989. С. 79.

15 См.: Ломбардийско-Венецианская провинция камильянов. Больничные капелланы: ориентиры. С. 9.

персонала¹⁶. Существует еще одна трудность, связанная с преодолением почти исключительно обрядового душепопечения в пользу всеохватного пастырского попечения о человеческой личности, подготовки компетентных пастырей для проведения полезных бесед о взаимоотношениях. В Италии ситуация неоднородна. Например, в Трентино-Альто-Адидже, где не хватает епархиальных священников, религиозных мужчин и женщин, больничный уход почти полностью берут на себя миряне, которым сами медучреждения прямо предписывают специальную подготовку на богословском, гуманистическом и социальном уровнях. Следовательно, они могут сопровождать больных на различных этапах их жизни, включая смерть и проведение прощальных обрядов.

ОБУЧЕНИЕ, КОТОРОЕ ТРЕБУЕТСЯ В ИТАЛИИ ДЛЯ КАЖДОГО ЧЛЕНА БОЛЬНИЧНОГО КАПЕЛЛАНСТВА

К сожалению, в Италии не существует обязательного обучения. Мы надеемся, что тот, кто призван взять на себя служение больным, понимает, насколько важно подготовить себя наилучшим образом, а тот, кто назначен выбирать пастырских служителей, сделает это с учетом хорошей образовательной системы. Посмотрим, в каких областях возможно развитие хороших начинаний.

ПРЕДПОСЫЛКИ

Прежде всего, выбору работы в больничном капелланстве должно предшествовать хорошее знание кандидата руководителями и наставниками, чтобы установить его степень мотивации, способность работать в команде, личностные ресурсы, действительные ожидания, благоприятствующие росту веры в условиях повсеместной боли.

Так, хорошей практикой является включение епархиальными семинариями больничного служения в число еженедельной учебной практики семинаристов в течение, по крайней мере,

16 См.: Соглашение между Святым Собором и Итальянской Республикой, статья 11.

одного года. Женские религиозные объединения также могут предусматривать учебные программы, ориентированные на душепопечение о здоровье в частных домах, приходах и больницах. Если раньше монахини работали в больницах почти исключительно в качестве медсестер, то сегодня их значительно сократившееся присутствие требуется для душепопечения.

БОГОСЛОВСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Это основное требование (готовность дать ответ *«всякому, требующему у вас отчета в вашем уповании»*¹⁷) вместе с прохождением бакалавриата по богословию или получением степени по религиоведению при специализации в пастырском, духовном, нравственном богословии и биоэтике, особенно для будущих членов комитетов по биоэтике. Экуменическое образование было бы действительно уместно, поскольку Церковь открывает себя как исцеляющая община для всеобъемлющей заботы о человеческой личности по био-психо-социо-духовной модели, общей для всех религий¹⁸.

Конгрегация служителей больных (камиллианцы), к которой я принадлежу, в 1987 году с благословения Святого Престола открыла в Риме «Камиллианум» (Институт теологии и охраны здоровья). К сожалению многих и меня самого, выбор настоятелей привел к его закрытию в 2019 году. Сейчас в Пастырском институте Иисуса Христа Искупителя Папского Латеранского университета действует упрощенная учебная программа «Пастырское богословие о заботе и здоровье».

Магистров по биоэтике выпускает в Турине Теологический факультет Северной Италии, в Риме — Папский университет «Регина Апостолорум», в Палермо — Институт биоэтических исследований «Сальваторе Привитера», а степень по биоэтике присуждается Католическим университетом Пресвятого Сердца. Государственные университеты предлагают светскую биоэтику.

В отношении неакадемического образования, уже около 40 лет наш Камиллианский образовательный центр в Вероне

17 1 Пет. 3:15.

18 См.: Сандрин Л. Медицинское пастырское богословие. С. 76–77.

предлагает двухгодичный курс медицинского пастырского попечения широкого диапазона, предназначенного для всех оказывающих медицинскую помощь, с программой библейских, святоотеческих, богословских, пастырских, духовных, гуманистических и социальных исследований. Онлайн-курс больничных пастырей посещают люди со всей Италии. Некоторые епархии продвинули подобные инициативы на своей территории с нашей помощью в обучении, становясь все более независимыми в новых предложениях на последующие годы.

ОБУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОМУ ПАСТЫРСКОМУ ПОПЕЧЕНИЮ

Достаточно ли богословского образования для служения больным? Очевидно, что нет.

В начале XX века пресвитерианский пастырь Антон Бойзен был госпитализирован на несколько месяцев в психиатрическую больницу в Бостоне после частых психотических приступов. Он хотел рассказать о своих потребностях, но не мог найти никого, кто бы его выслушал. Бойзен понял, что его болезнь также может быть опытом роста, и начал изучать свой случай и случаи многих других госпитализированных пациентов. Более того, он понял, что только богословских навыков, слишком теоретических, недостаточно, чтобы справиться с любой пастырской ситуацией, которая может возникнуть в ходе его служения. Он стал капелланом и сам способствовал подготовке больничных капелланов, собирая их вместе и делаясь тем, что они переживают, изучая «актуализируемые документы» больных с помощью «обучения на практике»¹⁹.

Сегодня КПО (клиническое пастырское обучение) структурировано как процесс богословского и профессионального образования с учетом пастырского служения, в котором будущие богословы, священники, верующие и миряне непосредственно помогают людям в беде, уязвимым и страдающим, посредством стажировки в больничных палатах, клинического наставничества и обучения, связанного с практикой пастырского попечения.

19 Панграцци А. КПО – клиническое пастырское образование//Словарь пасторской теологии здоровья. Турин: Edizioni Camilliane, 1997. С. 292.

Подготовленные и компетентные служители способны заботиться о человеке в целом, то есть о его физических, эмоциональных, социальных, психологических и духовных потребностях.

Обучение клиническому пастырскому попечению способствует активному и сочувственному слушанию, которое следует указаниям гуманистической психологии, и позволяет участникам обрести более четкий пастырский «стиль», совершенствует способность идти навстречу людям, просящим о помощи.

В англосаксонских странах КПО необходимо для допуска к пастырской службе в больницах и предусматривает посещение ежеквартальных очных сессий. Для получения квалификации наблюдателя в КПО необходимо сдать четыре квартальные сессии.

Курсы КПО проводятся в Камиллианском образовательном центре в Вероне или там, где нас попросят, и идут месяц или одни выходные в месяц в течение года.

ОБУЧЕНИЕ ПАСТЫРСКОМУ НАСТАВНИЧЕСТВУ

Наставничество в Италии признается «отношением помощи» и регламентируется законом № 4 от 14 января 2013 года обо всех нерегулируемым профессиях в орденах или колледжах.

Пастырское наставничество — это процесс взаимоотношений между обученным служителем (пастырским наставником) и одним или несколькими людьми в беде, вдохновленный христианским видением жизни и человека. Пастырское наставничество считается настоящей церковной диаконией, особым служением в христианской общине по сопровождению людей, семей, групп, которые просят поддержки в критические жизненные моменты (разрешение конфликта, профессиональный выбор, принятие решений, болезнь, тяжелая утрата).

В этом практическом служении пастырский наставник использует личные качества, специальные знания в богословии, духовной жизни и психологии, навыки общения и взаимоотношений, направленные на активизацию личных человеческих, духовных и сверхъестественных ресурсов. Это позволяет обратившемуся к наставнику человеку в рамках плана, который Господь

предназначил для него, осмыслить жизненные трудности в глубокой гармонии между построением собственного психологического благополучия и этическими и духовными потребностями. Цель пастырского наставничества направлена на спасение во Христе.

Пастырский наставник имеет все необходимые полномочия сделать свое служение эффективнее в области здоровья людей. Он будет использовать приобретенные со временем навыки наставничества для встреч с больными в больничных палатах, их родственниками и медиками.

Чтобы стать пастырским наставником, необходимо пройти трехлетний курс индивидуального обучения, интерактивных уроков по изучению различных техник слушания и сочувственного общения, посредством ролевых игр улучшить способность учитывать происходящее здесь и сейчас. Квалификационная часть курса включает в себя около 40 часов наблюдения с авторитетными преподавателями, настоящих наставнических встреч, которые необходимо проводить и записывать, обучение самостоятельности и способности к самокритике для постепенного совершенствования. Обучение на наставника продолжается и после получения трехлетнего диплома.

Для получения квалификации наставника-наблюдателя необходимо проработать еще четыре года, проводя консультации под наблюдением, занимаясь репетиторством на учебных курсах и преподаванием, участвуя в ежегодных учебных программах, организуемых наставническими школами по всей стране.

ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ И ДУХОВНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ

Для всех тех, кто не может посещать курсы КПО или пастырского наставничества, есть возможность участвовать в мини-сессиях «Отношения диалога и пастырского попечения», экспериментировать в мини-группах с возможностью улучшить свои социальные компетенции, уделять больше внимания своим и чужим способам передачи эмоций, чувств, мыслей вербальным и невербальным способом, учиться сочувственно перефразировать слова пациента, избегать советов, отвечать просто утешительными или вопросительными фразами.

Для того чтобы научиться работать в команде, очень полезны специальные тренинги, которые помогают лучше узнать друг друга и повысить свой потенциал, распознать руководителей и преодолеть трудности в отношениях. Для этого существует обучение ненасильственному общению, правильному самовыражению и получению обратной связи.

В связи с присутствием в больнице множества людей со всего света следует хорошо знать иностранные языки или язык жестов для глухих, чтобы уметь общаться с больными, не прибегая к услугам переводчиков, и иметь хорошую подготовку в области культурного посредничества. Это всегда облегчает диалог.

Существуют и другие курсы спецподготовки для сопровождения неизлечимо больных и тех, кто переживает период траура. Такое сопровождение может проходить индивидуально или в группах самопомощи. Для капелланов, работающих в отделениях онкологии и хосписах, также разработаны спецкурсы по паллиативному уходу с перспективой духовной помощи больным даже на дому.

Государственное управление больничного пастырского попечения Конференции епископов Италии предлагает серию видеоматериалов, доступных на специальной странице на YouTube²⁰. Это результат четко сформулированного пути начального и непрерывного образования в области медицинского пастырского попечения.

В духовном измерении итальянские иезуиты организуют мини-курсы рассудительности и духовного сопровождения для проводников духовных упражнений в обычной жизни. Меньшие братья конвентуалы в провинции Падуя дают двухлетнее образование для духовных проводников, а кармелиты организуют ежегодный курс духовного сопровождения на Папском факультете имени Матери Терезы в Риме.

Высший институт религиозных наук в Милане предложил двухгодичную магистратуру по направлению духовности в заботе.

20 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.youtube.com/c/CEIPastoraledellaSalute> (дата обращения: 20.01.2022).

НЕПРЕРЫВНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ КАПЕЛЛАНСТВА

До сих пор мы говорили о личном становлении каждого члена капелланства, но можно ли проложить дорогу, которая объединит всех вместе? Несомненно.

1 Уже существуют учебные программы, разработанные епархиями, Государственным управлением больничного пастырского попечения, Итальянской ассоциацией больничного душепопечения или соответствующими религиозными объединениями, которые могут быть использованы специально для больничных капелланов.

2 Участие в местных и национальных конференциях по пастырскому попечению помогает лучше познакомиться с различными реалиями, объединить усилия, почувствовать себя частью Церкви в моменты братского общения.

3 Дальновидный подход может привести к познанию различных религий, представленных в определенном месте или на итальянском и международном уровне, и возвращению добрых экуменических и межрелигиозных отношений для возрастания уважения ко всем и мирного сосуществования.

4 Капелланы могут обучаться сотрудничеству со Службой развития профессионализма и инноваций каждой больницы для проведения курсов непрерывного медицинского образования для медицинских сотрудников на темы гуманизации отношений, биоэтики, значения здоровья, страдания, болезни и смерти в различных религиях, межкультурного общения, чтобы способствовать зрелому росту, преодолению страхов и запретов из-за недостатка знаний об иной действительности.

5 Капелланы также могут привлекать граждан к компетентному добровольному служению страждущим. Несколько добровольных ассоциаций появились благодаря упорству больничных капелланов, сопровождающих ассоциации на соответствующих учебных курсах.

6 Желательно поощрять обмен мнениями между различными участниками капелланства, предоставляя каждому подходящее время для выступления, приостанавливая оценочные суждения, обучая видеть различные грани действи-

тельности, которая никогда не бывает объективной, но зависит от точки зрения и складывается в симфонию.

7 Хорошим способом реализации внимания каждого может стать групповой разбор отчетов о беседах, которые каждый участник по очереди представит капеллану, чтобы расти вместе. Даже лучшие преподаватели в сфере коммуникации не стыдятся ходить в школу, чтобы послушать своих учеников и порадоваться их успехам.

The Experience of Hospital Chaplaincy in Italy. Features of the Educational Program for Chaplains, Professional Competencies

ABSTRACT

In Italy the hospital chaplaincy is recognized by the state to encourage an approach to care that also considers the spiritual needs of the sick. The service of chaplaincy, a sign of the presence of the Church in moments of human suffering, can receive benefit by providing a journey of knowledge of the candidate and an initial and continuous formation in the areas of theology, clinical pastoral, humanization of the relationship. of care.

The invitation of the Lord Jesus to his disciples: 'Heal the sick who are there, and tell them: The Kingdom of God is close to you' intersects with his personal identification with the sick: 'I was sick and I you have visited me' and also with those who take care of them, as God himself does who: 'heals the broken hearts and binds up their wounds', embodying 'good samaritan' as a model²¹.

The church over the centuries has strongly felt service to the sick and suffering as an integral part of its mission²². Careful to the world of health, the church refines its capacity for 'compassion' and helps to find ways to a presence that heals, comforts and consoles.

In Italy, the spiritual dimension is recognized by the Constitution of Republic among the rights of the human person, in the com-

21 Lk. 10:9; Mt. 25:36; Ps/147 (146):3; lk. 10:30-37.

22 John Paul II. Dolentium hominum, 1; John Paul II. Christifideles laici, 53-54.

pleteness of its values and needs, not only materials but also spirituals²³. In 1984 revision of the Lateran Pacts ensured that ‘stay in hospitals, nursing homes or public assistance homes <...> cannot give rise to any impediment for exercise of religious freedom and for fulfillment of catholic worship practices. Spiritual assistance to them is ensured by ecclesiastics appointed by the competent Italian authorities on designation of ecclesiastical authority and according to the legal status, the staff and the methods established by agreement between these authorities’²⁴.

For the other religions, ‘their relations with the State are regulated by law on the basis of agreements with the relative representatives’²⁵. Currently, the sick of other religions can ask the head nurses to call their own minister of worship. A possible scenario for the future will be precisely that of setting up ecumenical or interreligious chaplaincies in Italy, as is already the case in some foreign countries, due to the presence of sick people from other christian churches or other religions.

Some hospitals are provided not only with a chapel for christians but also with a special room of silence²⁶, where the sick of other religions or their relatives and friends can find a place to pray.

In big hospitals there are chaplaincies as pastoral organisms²⁷, expression of the religious service provided by the christian community²⁸ in environments of human suffering, in favor of the sick, their families and health workers.

In the past, the chaplaincies were mainly made up of priests from the same group of belonging, diocesan or religious. Then, some ‘mixed’ chaplaincies have been set up, open to members from the diocesan clergy, friars, nuns, permanent deacons, lay people. These

23 Costituzione della Repubblica Italiana, Roma, 27 dicembre 1947, articoli 1.7.8.19.20.

24 Accordo tra la Santa Sede e la Repubblica Italiana che apporta modificazioni al Concordato Lateranense, Roma, 18 febbraio 1984, articolo 11.

25 Costituzione della Repubblica Italiana, articolo 8.

26 Digital source: URL: <https://www.mauriziano.it/i-nostri-servizi/stanza-del-silenzio> (last accessed on 20.01.2022).

27 Provincia Lombardo-Veneta dei Camilliani. La cappellania ospedaliera. Orientamenti, Edizioni Camilliane, Torino 2008, 7.

28 Consulta nazionale della cei per la pastorale della sanità. La pastorale della salute nella chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria. Roma, 30 marzo 1989, 79.

chaplains have fostered the sharing of the various charisms and a dialogic richness, the sign of an ecclesiology of communion²⁹, according to one's degree of co-responsibility, in view of overcoming the self-referentiality and self-sufficiency of each group, promoting a face of church capable of responding to the emergencies of the time with the potential at its disposal.

Mixed chaplaincies have been conceived and desired in a far-sighted way, facing the hardships of their acceptance by the people, since a rather 'clerical' conception of this ministry still prevails. It is not necessary to neglect the difficulties that various aggregations present, from the point of view of the ability to collaborate, to confront each other avoiding clashes, to accept new lifestyles, diversity of views and behaviors, to walk together. Perhaps for this reason mixed chaplaincies are struggling to be constituted.

A fairly widespread difficulty is given by the problematic nature of hiring religious, lay and laity as spiritual assistants. They are well regarded as volunteers but not yet as employees within hospitals; moreover, in the revision of the Lateran Pacts the choice of ecclesiastical personnel is still made explicit³⁰. There is a further difficulty to be found in overcoming an almost exclusively sacramental pastoral care, in favor of an integral pastoral care of the human person, preparing competent pastoral workers to face helpful relationship talks.

In Italy the situation is not uniform. For example, in Trentino Alto Adige, where the shortage of diocesan priests, men and women religious is a fact, hospital care is taken almost entirely by lay people, to whom the health structures themselves expressly require specific training at the level of theological, humanistic, relational. Therefore, they can accompany the sick in the various phases of their life, including end of life and the celebration of farewell rites.

29 Prov. Lombardo-Veneta. La cappellania ospedaliera, 9.

30 Accordo tra la Santa Sede e la Repubblica Italiana, articolo 11.

FACED WITH THIS SITUATION, WHAT KIND OF TRAINING IS REQUIRED IN ITALY FOR EACH MEMBER OF A HOSPITAL CHAPLAINCY?

Unfortunately, in Italy there is no compulsory training. We hope that whoever is called to take on a ministry for the sick will understand how much important it is to prepare himself in an optimal way and whoever is appointed to choose pastoral workers will do so with a good formative system in mind. Let's see in which areas it is possible to structure a good path.

PREMISES

First of all, the choice of work in a hospital chaplaincy must be preceded by good knowledge of candidate, made by legitimate superiors and formators, to establish the motivational degree, the ability to work in a group, personal resources, his real expectations, favor the growth of faith in contexts of widespread pain.

In this way, it is good practice that diocesan seminaries include service in hospital among the various formative experiences of seminarians, with a weekly frequency for at least one year. Female religious congregations can also envisage formation plans oriented towards pastoral care of health, in private homes, parishes and hospitals. If time ago the nuns were placed in hospitals almost exclusively as nurses, today their presence, considerably reduced, is required for pastoral care.

THEOLOGICAL FORMATION

It is a fundamental requirement, 'the reason for the hope that you all have'³¹, with the achievement of a baccalaureate in theology or a degree in religious sciences, a specialization in pastoral theology, spiritual theology, moral theology and bioethics, especially for members who have to be included in bioethics committees. A formation in ecumenism would be truly pertinent, because the church rediscovers itself as a healing community for an integral care of the whole human person,

31 1 Pt. 3:15.

according to a bio-psycho-socio-spiritual model which is a common ground among all the various religions³².

The religious order of the Ministers of the Sick, to which I belong, had inaugurated in Rome the 'Camillianum', Institute of Pastoral Health Theology, approved by the Holy See in 1987. Unfortunately, the choices of the Superiors led to its closure in 2019, to the regret of many, including myself, still today. Currently a simpler academic path in 'Pastoral Theology of Care and Health' is activated at the 'Redemptor Hominis' Pastoral Institute of the Pontifical Lateran University.

Masters in bioethics are provided in Turin by Theological Faculty of Northern Italy, in Rome by 'Regina Apostolorum' Pontifical University and in Palermo by 'Salvatore Privitera' Institute of Bioethical Studies, while the degree in bioethics is available by Catholic University of the Sacred Heart. State universities propose a 'secular' bioethics.

On a non-academic side, for about forty years our Camillian Formation Center in Verona has offered a two-year course in health pastoral care, with a wide range, aimed at all operators who provide assistance in the world of disease, with a program that ranges from biblical, patristic, with theological, pastoral and spiritual studies, humanistic and relational reflection. Online health pastoral course is attended by people from all over Italy. Some dioceses have promoted similar initiatives in their territory, with our collaboration for teaching, becoming more and more autonomous in the re-proposal for the following years.

FORMATION IN CLINICAL PASTORAL CARE

Will theological formation be enough for a service to the sick? Obviously not...

At the beginning of the 20th century, presbyterian pastor Anton Boisen was hospitalized for a few months in a psychiatric hospital in Boston, following frequent psychotic episodes. He wished to tell his needs but he could not find anyone able to listen to him adequately. Boisen realized that his illness could also be an experience of growth and began to study his case and a good number of other hospital-

32 Luciano Sandrin. La teologia pastorale sanitaria, 76-77.

ized patients. Moreover, he understood that only theological skills, too theoretical, were not sufficient to face any pastoral situation that might arise in the course of his ministry. He became chaplain and himself promoted training for hospital chaplains, summoning them and sharing what they were experiencing, studying the 'living documents' of the sick with 'learning by doing'³³.

Today, Clinical Pastoral Education is structured as a process of theological and professional formation in view of the pastoral ministry in which theology students, priests, religious and lay people directly assist people in crisis, vulnerable and suffering, through an internship in hospital wards, clinical supervision and study that is linked to the practice of pastoral care.

Prepared and competent ministers are able to take care of the whole person, that is, of his physical, emotional, social, psychological and spiritual needs.

Training in clinical pastoral care promotes education in active and empathic listening, following the indications of humanistic psychology, and allows participants to acquire a clearer pastoral identity, improving the ability to meet people who ask for help.

In Anglo-Saxon countries, Clinical Pastoral Education is necessary in order to be admitted to a pastoral service in hospitals, by attending quarterly residential sessions. To obtain the qualification of supervisor in EPC it is necessary to successfully pass four quarterly sessions.

EPCT courses are provided by Camillian Formation Center in Verona or where we are requested, in a monthly residential form or in a weekend a month for a year.

PASTORAL COUNSELING TRAINING

Counseling in Italy is recognized as a 'helping relationship' governed by law No. 4 of 14 January 2013 which refers to all unregulated professions in orders or colleges.

Pastoral counseling is a relational process between a trained operator (pastoral counselor) and one or more individuals in difficulty and is inspired by the Christian vision of life and of the person.

33 Arnaldo Pangrazzi. CPE – educazione pastorale clinica, in dizionario di teologia pastorale sanitaria. Edizioni Camilliane, Torino 1997, 292.

It is considered a real ecclesial diakonia, a specific ministry within the Christian community for the accompaniment of persons, families, groups that ask for support to face moments of existential criticality (solution of a conflict, vocational choices, decisions making, illness, bereavement).

In this practical service, pastoral counselor uses personal qualities, specific knowledge in the field of theology, spirituality and psychological disciplines, communication and relational skills aimed at activating personal human, spiritual and supernatural resources. This allows the individual encountered, within the project that the Lord has for him, to give meaning to the hardships of his life, in a profound harmony between the construction of his own psychological well-being and the needs ethical and spiritual. The purpose of pastoral counseling is oriented to the salvation in Christ.

A pastoral counselor has all the credentials to be able to make their ministry more effective in the world of health. He will use the counseling skills gained over time to meet the sick in hospital wards, their relatives and health personnel.

To become a pastoral counselor it is necessary to attend a three-year of personal study, interactive lessons to learn the various techniques of listening and empathic communication, through role playing, improving the ability to pay attention to what is happening here and now. The qualifying part of the course is given by about forty hours of supervision, with accredited teachers, of real counseling meetings to be conducted and recorded, learning to acquire greater autonomy, ability of self-criticism, in view of a progressive improvement. The training for counselor will continue even after the reception of the three-year diploma.

To obtain the qualification of supervisor in counselling, a further four years of work are required, in the conduct of supervised counseling interviews, tutoring of training courses and teaching, participating the annual training programs organized by counseling schools in all country.

HUMAN AND SPIRITUAL FORMATION

For all those who cannot attend clinical pastoral education or pastoral counseling courses, it is however possible to participate in short sessions of 'Dialogue and Pastoral Help Relation', to experiment in small groups the possibility of improving their relational competence, paying more attention, to one's own and others' ways of communicating emotions, feelings, thoughts, through verbal and non-verbal language, learning to rephrase what the patient expresses in an empathic way, avoiding providing advice, responding with merely consoling or inquisitive phrases.

To learn how to work in a group, the special training courses are very useful, which help to get to know each other better and to improve their potential, recognizing the figures of leaders, overcoming relational difficulties. Paths to learn non-violent communication, learning a correct way to formulate and receive feedback.

Due to the greater presence in the hospital of people from various parts of the world, a good knowledge of foreign languages, or the language of signs for the deaf, should not be forgotten, in order to be able to enter into relationships with the sick without having to resort to presence of interpreters, and a good training in cultural mediation, always in order to facilitate the dialogue.

There are other courses that provide specific training for the accompaniment of a terminally ill and people who live with difficulties in a time of mourning. These accompaniments can take place individually or in self-help groups. Specific courses on palliative care are also designed for chaplains working in oncologies and hospices, with the prospect of spiritual assistance to the sick even at home.

The National Office for Health Pastoral Care of the Italian Bishops' Conference offers a series of video contributions, available on the dedicated YouTube³⁴ page, the result of an articulated path of initial and continuing formation in health pastoral care.

As for the spiritual dimension, Jesuits in Italy organize short courses of discernment and spiritual accompaniment, for guides of the spiritual exercises in ordinary life. Minor conventual friars in the

34 Digital source: URL: <https://www.youtube.com/c/CEIPastoraledellaSalute> (last accessed on 20.01.2022).

province of Padua promote two years of formation for spiritual accompaniers while Carmelites organize an annual course of spiritual accompaniment at the Pontifical Faculty 'Teresianum' in Rome.

In Milan, the Higher Institute of Religious Sciences has activated the two-year master: 'Spirituality in care'.

ONGOING FORMATION OF THE CHAPLAINCY

So far we have referred to the personal formation of each member of the chaplaincy but is it possible to establish paths that involve altogether? Surely.

1 There are already training programs established by dioceses, by the National Office for the Pastoral Care of Health, by Italian Association of Pastoral Care of Health or by respective religious congregations that can be specially developed for hospital chaplaincies.

2 Participation in local and national conferences on pastoral care issues helps to get to know the various realities better, to share their efforts, feeling part of a church on the way, favoring moments of fraternal sharing.

3 A far-sighted look could lead to knowing the different religions present in the territory or at Italian and international level and to cultivate good ecumenical and interreligious relations, with a view to growth in respect for all and in peaceful coexistence.

4 The members of chaplaincy could train to collaborate with the Service for the Development of Professionalism and Innovation of each hospital for Continuing Education in Medicine courses aimed at healthcare personnel, on the themes of the humanization of relationships, bioethics, on the meanings of health, suffering, illness and death in the various religions, of interculture, to foster mature growth, overcoming fears and taboos due to the lack of knowledge of other realities.

5 Chaplains can also sensitize citizens to competent voluntary service for people who suffer. Some voluntary associations have been started thanks to the push of the hospital chaplains and they are accompanied by them in their respective training courses.

6 It would be desirable to encourage moments of sharing between the various components of the chaplaincy, giving everyone the right speaking time, suspending judgments, learning to see with different glasses from their own the different facets of reality which is never objective but perspective and sinphonic.

7 A good way to implement the attention span of everyone could be the group analysis of the interview reports, which each member will take in turn to submit to the chaplaincy, in view of a growth together. Even the best teachers in the field of communication are not ashamed to go to school to listen to their students and rejoice in their progress.



Аннет Хаусман

младший профессор, декан кафедры практического богословия Гейдельбергского университета (Германия), специализация – душепопечение. Научный руководитель Центра душепопечения в церкви Бадена, дипломированный психотерапевт, специалист по когнитивно-поведенческой психотерапии, автор научных работ.

Открытый идентификатор исследователей: <https://orcid.org/0000-0003-1506-6822>, ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Annette-Haussmann>

Annette Haussmann

a junior professor, Dean of the Department of Practical Theology at Heidelberg University (Germany), specializing in counseling. Scientific director of the Center for Pastoral Care in the Church of Baden, certified psychotherapist, specialist in cognitive behavioral psychotherapy, author of scientific works.

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0003-1506-6822>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Annette-Haussmann>

Вызовы и возможности пастырского/духовного попечения во время пандемии COVID-19 в Германии

Спасибо за любезное приглашение на эту конференцию. Я очень рада представить вам результаты некоторых из наших эмпирических исследований и практического опыта, посвященных пастырскому попечению во время пандемии вируса COVID-19 в Германии. Надеюсь, это вдохновит на дальнейшее обсуждение и будущие разработки в пастырском попечении, особенно в больницах и медучреждениях.

Как показали различные исследования, пандемия привела к ухудшению психического здоровья во всем мире³⁵. Поэтому срочно необходимы защитные ресурсы, и духовность может предложить ресурс для решения и преодоления вызовов пандемии³⁶.

35 См.: Каллен У., Гулати Д. и Келли Б.Д. Психическое здоровье в условиях пандемии COVID-19//Ежеквартальный медицинский журнал: Ежемесячный журнал Ассоциации врачей. 2020. № 113(5). С. 311–312. [Электронный ресурс]: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110> (дата обращения: 20.01.2022).

36 См.: Драммонд Д.А., Кэри Л.Б. Ответ капелланства и духовного попечительства на COVID-19: разбор примера Австралии – Центр Мак-Келлара. Медицинское и социальное капелланство, 0(0). [Электронный ресурс]: <https://doi.org/10.1558/hsc.41243> (дата обращения: 20.01.2022); Холл Д.Э. Мы можем лучше: почему посещение больниц душепопечителями необходимо, особенно в кризисные времена//Журнал религии и здоровья. 2020. № 59(5). С. 2283–2287. [Электронный ресурс]: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01072-x> (дата обращения: 20.01.2022).

Духовное попечение является источником поддержки во многих контекстах — от больниц до церковных объединений или школ. Однако духовным попечителям также пришлось столкнуться с многочисленными проблемами и нагрузками во время пандемии. Вот лишь некоторые из них: ограничение контактов привело к уменьшению возможностей духовного попечения, общение было ограничено, в том числе из-за масок и ограничения контактов. С развитием цифровых решений возникли и новые проблемы общения. Таким образом, капелланы в больницах, медучреждениях или церковных объединениях, как и медики³⁷, также пострадали от нагрузки и бедствий.

Представленный здесь научный подход к пастырскому/духовному попечению и идеи, отражающие современные возможности и вызовы, основаны на эмпирических исследованиях, которые мы проводили во время кризиса, связанного с COVID-19. Всего проведено три практических исследования. Я представлю некоторые результаты, которые мы успели разобрать. Также налажено плодотворное сотрудничество между Гейдельбергским университетом и Центром пастырского попечения Протестантской церкви Бадена в плане соединения теории и практики, что также дает возможность обсудить и осмыслить практические результаты и опыт непосредственно с капелланами. Общая цель заключалась не только в проведении фундаментального исследования, но и во внедрении результатов в практику, например, путем разработки новых цифровых инструментов или дальнейшего обучения пастырскому и духовному попечению, что является основной задачей Центра пастырского попечения.

37 См.: Шкода Э.-М., Тойфель М., Штанг А. и др. Психологическая нагрузка на медиков в Германии во время острой фазы пандемии COVID-19: глобальные различия и сходства//Журнал общественного здравоохранения (Англия, Оксфорд). 2020. № 42(4). С. 688–695. [Электронный ресурс]: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa124> (дата обращения: 20.01.2022).

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАСТЫРСКОГО ПОПЕЧЕНИЯ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ

В трех исследованиях использовались различные методы, сочетающие качественный и количественный подходы.


Первое исследование было проведено весной 2020 года с помощью онлайн-опроса. Он был адресован пастырям в Германии из различных областей — от больниц до домов престарелых и церковных общин. Анкету в основном заполнили протестантские пасторы в количестве 307 человек.

Затем, летом 2020 года, последовало качественное исследование больничного капелланства на юге Германии, в ходе которого всем больничным капелланам из Региональной протестантской церкви Бадена было предложено рассказать об их текущей пастырской работе. Их попросили представить письменный отчет по нашим предметам исследования, с акцентом на опыт, структурную организацию и уроки, извлеченные из пандемии.

Третье исследование было количественным продолжением первого, но с добавлением множества вопросов, например, об использовании средств связи, извлеченных уроках или разработке новых идей для пастырского попечения. В целом, в трех исследованиях мы рассмотрели следующие вопросы:

- Как проводится профессиональное пастырское/духовное попечение в период пандемии?
- Какие темы духовного попечения упоминаются во время встреч?
- Какие каналы и средства актуальны для пастырского попечительства?
- Как профессиональные пастырские/духовные попечители справляются с трудностями?
- Что необходимо профессиональным пастырским/духовным попечителям для поддержания заботы на системном и личном уровне?

Что касается результатов, то я сосредоточусь не только на пастырском попечении в системе здравоохранения, но и на других областях пастырского попечения с упором на больничном капелланстве.

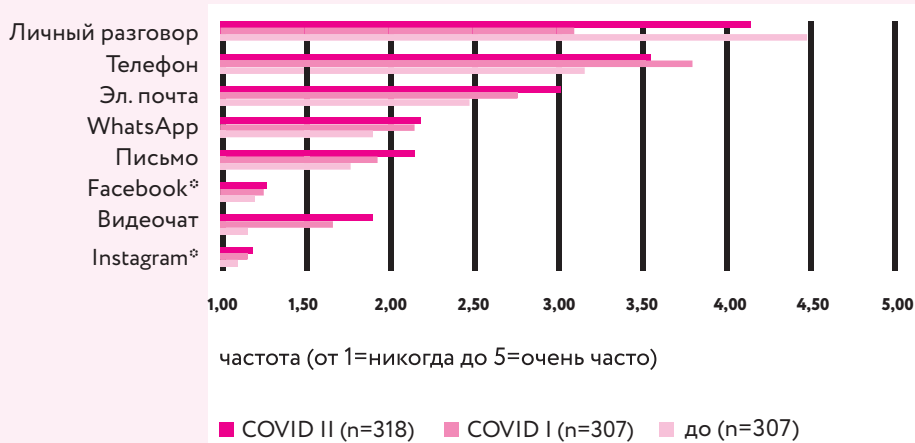
Как видно на графике , главное проявление пастырского попечения — это личная беседа. Во время первого локдауна эта возможность уменьшается почти на треть. Во время второго локдауна зимой 2020/21 годов она остается почти на том же уровне, что и раньше. Это интересно, поскольку социальные ограничения были схожи. Однако очевидно, что пастыри имели возможность оказывать заботу, следуя правилам и используя различные средства защиты для предотвращения вспышек вируса.

Постоянно растет пастырское попечение через различные средства связи. Прежде всего, все большее распространение получают телефонные разговоры, переписка (письма и открытки) и, в некоторой степени, цифровая связь. Особенно важным стал видеочат, в том числе и для больничного капелланства. С начала пандемии число таких удаленных встреч увеличивается, что подтверждает тезис об ускорении цифровизации ввиду пандемии.

Более тщательный разбор больничного капелланства выявляет интересные различия. По сравнению с другими областями пастырского попечения, где наблюдалось значительное сокращение личных контактов (прежде всего, в церковных общинах, школах, домах престарелых и молодежной работе), больничные капелланы смогли в значительной степени продолжать личные встречи. Однако это в первую очередь зависело от формы занятости и их роли в системе здравоохранения. Больничные капелланы на полной занятости в основном продолжали работать, как и до пандемии. Их коллеги с частичной занятостью и пастыри, которые занимались больничным капелланством в рамках их общинной работы, чаще исключались или считались не относящимися к системе здравоохранения, иногда о них даже забывали в команде, что привело к большому сокращению личных контактов. Отсюда следует вывод, что очень большое значение имеет то, каким образом больничные капелланы встроены в систему и как они могут присутствовать среди медиков.

Мы также изучили различные темы, которые могли возникнуть при пастырском попечении во время пандемии. Пастырям предложили список тем, которые нужно было оценить в зависимости от частоты возникновения. Самыми упоминаемыми темами были:

Каналы пастырских встреч. Количественные результаты двух исследований



* Принадлежат Meta, признанной в РФ экстремистской и запрещенной на территории РФ

- необходимость просто поговорить с кем-то;
- одиночество или изоляция (эта тема часто упоминалась во время пандемии и в СМИ, с тех пор пастыри стали гораздо чувствительнее к этой теме);
- потребность в ободрении, утешении и надежде.

Все три наиболее частотные пункта чем-то напоминают определение пастырского попечения: быть рядом, присутствовать, несмотря на обстановку, предлагая духовную и личную поддержку в различных жизненных ситуациях, без какого-либо диагноза или болезни как предварительного условия поддержки. Все группы тем поднимаются во время второго локдауна, что приводит к двум выводам: пастыри гораздо чувствительнее к проблемам, относящимся к пандемии и повседневным тяготам, но также это можно рассматривать как сейсмограмму проблем во время пандемии, которые стали гораздо актуальнее во время второго, гораздо более длительного, локдауна в Германии. Также все большее значение приобретают такие духовные темы, как ощущаемая потребность в духовной поддержке, молитве и заступничестве, ободрении, утешении и надежде.

В исследовании рассматривались не только те, о ком проявляли попечение, и их потребности. Нас интересовало, как

сами пастыри чувствовали себя и справлялись с пандемией. Они, как и остальное население, переживали слом распорядка дня, перебои в рабочем процессе и привычном рабочем распорядке (отсутствие возможности оказывать духовное попечение, как раньше, из-за проблем с общением и социальных ограничений). Но опять же, между областями присутствовали большие различия: больничные капелланы были более довольны своей работой, ощущали меньшую загруженность и большую признательность со стороны окружающих. При этом в церковных общинах, школах и домах престарелых пастыри были менее уверены в себе и должны были справляться с большими изменениями, вызванными пандемией. Пастыри также нуждаются в поддержке. Чем больше у них было страдания, меньше сил, ниже уровень подготовки и опыта, тем чаще была потребность в поддержке и наставничестве, духовной поддержке, обмене опытом с коллегами.

УРОКИ ДЛЯ ПАСТЫРСКОГО ПОПЕЧЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Во время пандемии актуальны были не только проблемы и нагрузка. Также стало ясно, что многие пастыри использовали кризис для переосмысления и дальнейшего развития пастырского попечения. Из результатов исследований можно вывести некоторые идеи и возможности.

- Основным направлением развития была цифровая связь, например, использование мессенджеров в команде, чтобы быть доступными и гибкими, а также использование коротких путей коммуникации. Также в пастырское попечение (например, в Церкви Бадена) были внедрены безопасные платформы для общения, включая видеочат, электронную почту и чат.

Пастырское попечение о штатных медиках в целом усилилось, возросла потребность в поддержке пациентов (особенно с COVID-19, умирающих и изолированных пациентов) и сотрудников.

Часто использовалось телекапелланство, особенно для членов семьи и пациентов с тяжелыми заболеваниями, умирающих или больных COVID-19.

- Усилилась связь через больничное ТВ и рекламу.
- Развивались новые духовные форматы, такие как молитва или служение по требованию, обряды, которые также часто считают разработанными для штатных медиков.

В целом, профессиональные духовные попечители в основном показывали себя гибкими, инновационными и предлагали усиленную заботу, несмотря на трудности.

Наше исследование также выявило некоторые ключевые факторы для успешного больничного капелланства.

- В первую очередь, было важно межпрофессиональное и междисциплинарное сотрудничество: контакт с командой и тесное сотрудничество было решающим фактором для поддержки пациентов с их потребностями.
- Фактором успеха также было межрелигиозное и экуменическое сотрудничество. Многие пастыри теснее сотрудничали с коллегами иного вероисповедания.
- Помогала также внебольничная поддержка от церковного начальства и коллег. Даже поддержка от церковных общин была важна для того, чтобы почувствовать нравственную и личностную опору и осознать важность помощи друг другу, образования религиозной общины перед лицом кризиса.
- Также важным было техническое оснащение, особенно цифровая связь.
- Организационная поддержка от системы здравоохранения и самой больницы также считалась важной — например, использование связей с общественностью или членство в этическом комитете для участия в принятии решений.

ВЗГЛЯДЫ И БУДУЩИЕ ЗАДАЧИ

В конце этой мини-презентации можно назвать некоторые направления дальнейшей работы. В будущем будет крайне важно поддерживать пастырей в их духовной заботе. Вот некоторые возможные направления:

- улучшение условий труда (например, снижение административной нагрузки);
- улучшение системных, технических и организационных условий;
- улучшение наблюдения и пастырского попечения для опекунов;
- укрепление межпрофессионального и экуменического обмена и сотрудничества;
- обучение духовному попечению;
- внедрение цифровой коммуникации.

В целом, не только на личном, но и на структурном уровне больничное капелланство можно усилить. В конце концов, нам нужно глубже понимать, как наилучшим образом поддерживать духовное попечение во время кризиса.

В представленном ракурсе исследования отсутствуют взгляды тех, кто является объектом духовного попечения и капелланства.

Challenges and Opportunities for Pastoral/Spiritual Care during the COVID-19 Pandemic in Germany

Thank you for the kind invitation to this conference. I am very pleased to present to you some of our empirical research and practical experiences with a focus on pastoral and spiritual care during the COVID-19 pandemic in Germany. Hopefully, it will be inspiring for further discussion and future developments in the field of pastoral and spiritual care, especially in hospitals and medical institutions.

As various studies have shown so far, the pandemic has led to a decrease of mental health all over the world³⁸. Therefore, coping resources are urgently needed, and spirituality can offer a resource to deal and cope with pandemic challenges³⁹. Spiritual care is a source of support in many contexts from hospitals to church congregations or schools. But: Spiritual Care professionals also had to deal with

38 Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B.D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 113(5), 311–312. Digital source: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110> (last accessed on 20.01.2022).

39 Drummond, D.A., & Carey, L. B. (2020). Chaplaincy and Spiritual Care Response to COVID-19: An Australian Case Study – The McKellar Centre. *Health and Social Care Chaplaincy*, 0(0). <https://doi.org/10.1558/hsc.41243>; Hall, D.E. (2020). We Can Do Better: Why Pastoral Care Visitation to Hospitals is Essential, Especially in Times of Crisis. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2283–2287. Digital source: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01072-x> (last accessed on 20.01.2022).

multiple challenges and burden during the pandemic. To only name some of them, the restrictions of contact have led to a decrease of spiritual care possibilities, communication therefore was limited, also due to face masks and limitations of contacts. With the developments of digital solutions, there were also new challenges of communication. Thus, chaplains in hospitals, in the health care system or in church congregations, as other professionals in the health care sector⁴⁰, have suffered also from burden and distress.

The here presented scientific approach on pastoral/spiritual care and the ideas to reflect current opportunities and challenges are rooted in empirical research which we conducted during the COVID-19 crisis. In total, there have been conducted three empirical studies. I will present some of the results, we have analyzed so far. Furthermore, there is a fruitful cooperation between the university of Heidelberg and the center for pastoral care in the protestant church of Baden (Zentrum für Seelsorge, ZfS) in terms of bridging theory and practice, which also offers the opportunity to discuss and reflect the empirical results and experiences directly with those who work in chaplaincy. The overall aim of the study was not only to provide some basic research, but also to implement the results into practice, e.g. by developing new digital tools or further trainings in pastoral and spiritual care, which is mainly the task of the center for pastoral care.

EMPIRICAL RESEARCH ON SPIRITUAL/PASTORAL CARE AND ITS RESULTS

The three studies used a different method design, combining qualitative and quantitative approaches.

The first study was conducted in spring 2020, using an online survey. It was addressed to pastoral carers in Germany from various fields, ranging from hospitals to nursing homes and church

40 Skoda, E.-M., Teufel, M., Stang, A., Jöckel, K.-H., Junne, F., Weismüller, B., Hetkamp, M., Musche, V., Kohler, H., Dörrie, N., Schweda, A., & Bäuerle, A. (2020). Psychological burden of healthcare professionals in Germany during the acute phase of the COVID-19 pandemic: Differences and similarities in the international context. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 42(4), 688–695. Digital source: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa124> (last accessed on 20.01.2022).

congregations. Mostly protestant pastors completed the questionnaire, in total 307.

Then, a qualitative study followed in summer 2020, focusing only on hospital chaplaincy in the south of Germany asking all hospital chaplains from the regional protestant church in Baden about their current pastoral care routine. They were asked to give a written report according to our research questions, focusing on experiences, structural organisation and learnings from the pandemic so far.

A third study was a quantitative follow-up on the first study, but we added a lot of questions for example on media use, learnings, or development of new ideas for pastoral care. Overall, we addressed the following research questions in the three studies:

- How does professional pastoral/spiritual care take place in pandemic times?
- What topics of spiritual care are mentioned in encounters?
- Which contexts and media are relevant for pastoral care?
- How do professional pastoral/spiritual carers deal with the challenges?
- What do professional pastoral/spiritual carers need to maintain care on a systemic and personal level?

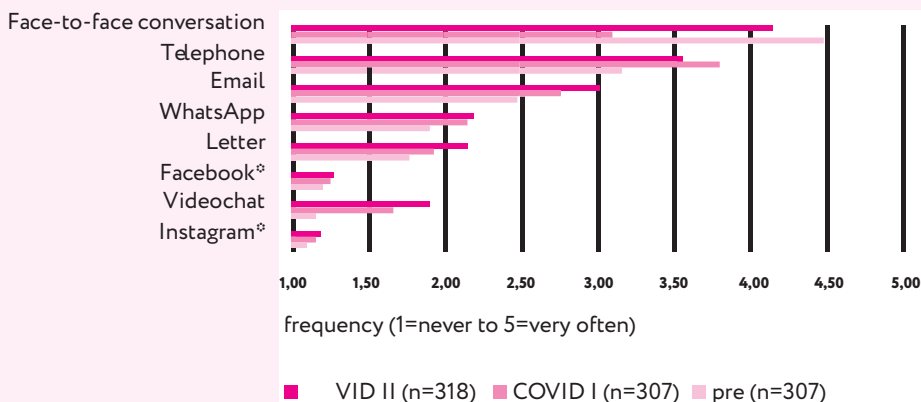
Concerning the results, I will not only focus on pastoral care in the health care system, but also on other fields of pastoral and spiritual care, but I will be setting a special focus on hospital chaplaincy.

👉 p.148

As we can see in the 👉 graph, the main opportunity for pastoral care is the face-to-face conversation. This diminishes during the first lockdown to nearly one third compared to before. During second lockdown in winter 2020/21, it is nearly on the same level than before, which is interesting, since the social restrictions were similar. But obviously, the pastoral carers were able to maintain care by following the rules and using various versions of protection concepts to prevent outbreaks of the virus.

What is constantly growing is pastoral care via media. First of all, there is an increased use of telephone based conversation, but also written conversation (letters and greeting cards), and digital communication to some extent. Especially videochat has become important, also for hospital chaplaincy. These medial encounters are expanding since the start of the pandemic which supports the thesis of a pandemic-induced accelerated digitalisation.

(Medial) contexts of pastoral care encounters



* Social media recognized as extremist in Russia.

A closer look to hospital chaplaincy reveals interesting differences. Compared to other fields of pastoral care who had a large decline in personal contacts (foremost in church congregations, schools, nursing homes and youth work), hospital chaplains were able to continue face to face encounters to a large degree. But this foremost depended on the mode of employment and their role in the health system. Full-time hospital chaplains largely continued working as before the pandemic. Part time colleagues and pastoral carers who did hospital chaplaincy as part of their congregational work, were more often excluded or considered not relevant to the health care system, sometimes even forgotten by the team, which lead to a larger decline in personal contacts. This then results in the conclusion, that it matters a great deal, how hospital chaplaincy is embedded in the system and how they are able to be present in the health care team.

We also examined the various topics that could arise in pastoral care during the pandemic. The pastoral carers were presented with a list and rated the topics according how often they arised in pastoral care conversations. First and most frequently named were:

- The need to simply talk to someone.
- Loneliness or isolation — a topic that also was often named in the media discussion during the pandemic and pastoral carers have been much more sensitive for that topic since.

- The need for encouragement, comfort and hope.

All three most named items are somewhat like a definition of pastoral care: being there and present, despite the situation, offering spiritual and personal support in various situations of life, without any diagnosis or illness as a precondition of support. All categories of topics are rising in the second lockdown — leading to two conclusions: pastoral carers have been much more sensitive about pandemic related problems and everyday burden, but also it can be read as a seismograph for the problems during the pandemic which became much more urgent during the second and much longer lockdown in Germany. Also, spiritual themes seem to be increasingly important, such as perceived needs for spiritual support, prayer and intercession, encouragement, comfort and hope.

Not only the recipients of pastoral care and their needs were examined in the study. We specifically were interested in how the carers themselves felt and coped during the pandemic. They, like the rest of the population, experienced loss of daily structure, interruptions in work flow and usual working routines (not being able to offer spiritual care as before due to communication problems and social restrictions). But again, large differences between the fields were present: hospital chaplains were more content with their work, expressed less burden and more appreciation by others. Whereas in church congregations, schools and old people's homes pastoral carers were less confident and had to cope with larger changes due to the pandemic. Pastoral carers also are in need for support. The more distress, less resources, low training and experience they had, the more likely they wanted support with supervision, or spiritual support and exchange with colleagues.

LEARNINGS FOR PASTORAL CARE IN THE HEALTH CARE SECTOR

Not only challenges and burden were relevant during the pandemic. Also, it became clear, that a lot of pastoral carers used the crisis to rethink and evolve pastoral and spiritual care further. Just some ideas and opportunities may to be concluded from the study results.

- Digital communication was one of the main developments, for example using messaging as a team to be available and flexible and using short ways of communication; but also

secure platforms of communication were implemented to be used in pastoral care (e.g. in the church of Baden), including functions like videochat, email and chat.

- Pastoral care for staff members in hospitals was overall intensified, the need of support for patients (especially for COVID-19 patients, the dying and isolated patients) and staff members increased.
- Telechaplaincy was often used, especially for family members and patients with severe illness, dying or with COVID-19.
- Communication via hospital television and advertisement was intensified.
- New spiritual formats were developed, such as prayer or service to go, rituals, also often named as being developed for staff members in hospitals.
- Overall, pastoral/spiritual care professionals mostly presented themselves as flexible, innovative and offered intensified care, despite the challenges.
- Our research also revealed some key factors for a successful hospital chaplaincy.
- First of all, interprofessional and interdisciplinary cooperation was important: to be in contact with the team, working closely together was a crucial factor to also supporting patients with their needs.
- Interreligious and ecumenical cooperation, too, was named as success factor. Many pastoral carers worked more closely with colleagues from other religions and confession.
- What also helped, was support from outside the hospital: superiors in the church, colleagues and even the support from church congregations was important to feel morally and personally supported, but also to become aware about the importance of helping each other, forming a community of faith in the face of crisis.
- Also, technical equipment, especially when it comes to digital communication was important.
- Organisational support from the health care system and the hospital itself was also considered to be of importance like using public relations service or being part of the ethics committee to be part of decision making.

PERSPECTIVES AND FUTURE CHALLENGES

Some future directions may be named at the end of this short presentation. It will be crucial in the future, to support pastoral carers to maintain spiritual care. Some possible directions could be:

- Improving work conditions (e.g. lower administration load);
- Improving systemic, technical and organizational conditions;
- Offering more supervision and pastoral care for caregivers;
- Strengthening interprofessional and ecumenical exchange and cooperation;
- Offering trainings in pastoral/spiritual care;
- Support use of digital communication.

Overall, not only on a personal level, but also on a structural level, hospital chaplaincy can be strengthened. Last but not least, we still need more insight about spiritual care in times of crisis can be supported the best. What is missing in the presented perspective in the studies, is the perspective of recipients of Spiritual Care and Chaplaincy.



Светлана Николаевна Браун

начальник Управления по связям с общественностью Департамента здравоохранения Москвы. Окончила клиническую ординатуру Первого МГМУ им. И.М. Сеченова по специальности «организация здравоохранения, общественное здоровье»; работала в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ главным специалистом, консультантом, советником; в Департаменте здравоохранения города Москвы – заместителем начальника Управления организации медицинской помощи, начальником Управления по работе с административными округами.

Svetlana Nikolaevna Brown

is the Head of the Public Relations Department of the Moscow City Health Department. Graduated from Sechenov First Moscow State Medical University, specializing in the organization of health care, public health; worked in the Russian Federation Ministry of Health and Social Development as chief specialist, consultant, adviser; in Moscow City Department of Health – Deputy Head of the organization of medical care, Head of the administrative regions department.

Практика эффективного взаимодействия Русской Православной Церкви и Департамента здравоохранения Москвы. Опыт подготовки и допуска в больницы добровольцев-священников

Я хотела бы начать свое выступление словами благодарности в адрес Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения и Русской Православной Церкви за организацию актуальной видеоконференции. Это неоценимый опыт — узнать о лучших практиках наших зарубежных коллег. Уже прозвучало много важного и полезного для нас.

Выражаю слова благодарности руководителю Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению епископу Верейскому Пантелеимону и, пользуясь случаем, хотела бы еще раз поздравить его с 30-летием больничного служения, организованного в храме при Первой Градской больнице, где владыка Пантелеимон является настоятелем. Благодаря владыке я узнала об институте больничного служения.

Одна из лучших практик помощи тяжелобольным организована в Первой Градской больнице — это уход за тяжелобольными пациентами, осуществляемый сестрами милосердия.

Департамент здравоохранения и Русская Православная Церковь имеют большой опыт эффективного взаимодействия в деле социального служения людям. Задачи, которые стоят перед московским здравоохранением, в немалой степени сопряжены с задачами Церкви: заботясь о здоровье физическом и психическом, медицина оставляет на попечение Церкви духовное здоровье граждан. Наши задачи во многом связаны и дополняют друг друга: просвещение населения, популяризация в обществе здорового образа жизни — и ваша неоценимая помощь людям, зависимым от алкоголя и наркотиков. Безусловно, общей нашей задачей является и укрепление репродуктивного здоровья молодых людей. Ваша активная деятельность в области профилактики абортов, охраны семьи и детства, ответственного отношения к своему здоровью тоже имеет очень большое социальное значение.

Практически во всех стационарах, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы, имеются храмы, часовни, молельные комнаты, где совершаются религиозные обряды и таинства. Я уже упомянула о работе сестер милосердия при больницах, также помогают они и в хосписах.

Госпожа Мелита Вуйнович в своем докладе говорила о том, что капелланство стало очень востребовано с распространением ВИЧ и СПИДа. В Москве лучший опыт помощи больным ВИЧ-инфекцией мы видим в инфекционной больнице № 2, в Центре СПИДа, где есть церковное больничное служение и трудятся сестры милосердия. Они ухаживают за тяжелобольными пациентами со СПИДом даже тогда, когда родственники от больных отвернулись. После их выписки из центра сестры продолжают оказывать огромную помощь по уходу и психологическую поддержку как самим больным, так и их родственникам на дому.

Вернемся к нашей главной сегодняшней теме — пандемии. Мы увидели в обществе большую востребованность духовной поддержки, особенно в начале пандемии, когда негде было черпать достоверную информацию, люди находились в психическом напряжении и тревоге. Духовная помощь в такой обстановке была бесспорно неоценимо важной и необходимой.

Трагические события всегда объединяют людей. Так и во время пандемии в Москве бок о бок служили больным и медики, и священники, и социальные работники, и добровольцы. И сейчас во временных госпиталях продолжается оказание волонтерской помощи в уходе за пациентами.

Здесь, в Москве, помощь была организована благодаря непосредственному участию владыки. В круглосуточном режиме совместно с вашей командой велась системная работа по допуску священников в медицинские организации и непосредственно в «красные зоны» в тот момент, когда все посещения были ограничены из-за карантина. Под вашим, владыка, руководством была подготовлена группа добровольцев-священников, действующая по благословию Святейшего Патриарха Кирилла.

Объясню нашим зарубежным коллегам, каким образом все это было организовано. Мы воспользовались опытом, который уже сложился в работе общественного движения «Волонтеры-медики». Волонтеры-медики — это студенты старших курсов медицинских вузов, которые во время пандемии по установленным правилам работали, оказывая в «красных зонах» помощь по уходу за пациентами.

На основе этого уже отработанного опыта, с соблюдением всех необходимых противоэпидемиологических мер, мы организовали допуск добровольцев-священников, специально отобранных (на добровольных началах) и подготовленных, в состав группы волонтеров-медиков. То есть, по сути, священники-добровольцы тоже стали волонтерами-медиками.

Синодальным отделом была организована горячая линия, круглосуточно принимавшая от родственников пациентов, находящихся в больницах, звонки о необходимости пригласить священника. В каждой больнице были свои чаты, где о такой потребности можно было сообщить. Главные врачи назначили ответственных за взаимодействие, и мы круглосуточно организовывали допуск священников в стационары.

Хотелось бы особо отметить и сказать слова благодарности всем священникам-добровольцам, которые не щадили себя, оказывая поддержку страдающим пациентам. Москва большая, больницы расположены в разных административных округах, священники перемещались быстро, так как пациенты экстренно

нуждались в духовной поддержке, все было четко организовано. Очень большой была благодарность родственников. Когда, например, в один из госпиталей ветеранов войн (в Москве их четыре, в некоторых были организованы «красные зоны») родственники вызвали к ветерану Великой Отечественной войны священника, другие пациенты госпиталя, одиноко проживающие, буквально хватали священника за комбинезон, просили: «Батюшка, и нас исповедуйте, соборуйте» — настолько это было востребовано.

Не устаю повторять пословицу: «Не было бы счастья, да несчастье помогло». Именно в период пандемии многие узнали о больничном служении — таком, каким оно и должно быть. Духовную поддержку благодаря вашему, владыка, руководству получали не только пациенты, но и семьи, и медики. Из-за профессионального выгорания в период большой нагрузки такая поддержка была медикам чрезвычайно необходима.

Регулярно, системно всей группе добровольцев Больница святителя Алексия обеспечивала диагностику ПЦР, средства индивидуальной защиты. В обеспечении СИЗами участвовала не только Русская Православная Церковь, но и медицинские организации. Все работало четко, синхронно, быстро, и мы увидели, как мы можем вместе, сообща, помогать нашим пациентам.

Я всегда люблю цитировать определение, которое дает Всемирная организация здравоохранения: «Здоровье — это не только отсутствие болезней и физических дефектов, это состояние полного физического, душевного и социального благополучия». Многие зарубежные коллеги сегодня говорили о том, что здоровье — это целостность нашего организма, нашего человеческого существа. Поэтому забота о здоровье включает в себя и духовную помощь, которая и была вовремя организована благодаря нашей взаимосвязанной слаженной работе.

У Департамента здравоохранения Москвы с Синодальным отделом давно заключено соглашение о взаимодействии. Многие говорили сегодня о том, что залог успеха — это эффективное взаимодействие с руководством больницы. Больниц у нас очень много, поэтому сообща мы пришли к выводу, что нужно создать рабочую группу, чтобы делиться мнениями, как лучше организовать наше взаимодействие.

В нашу с Синодальным отделом по церковной благотворительности рабочую группу входит также Всероссийская общественная организация «Волонтеры-медики» (московское региональное отделение), наши ведущие медицинские организации — городская клиническая больница № 52, городская клиническая больница, филиал «Коммунарка», городская клиническая больница № 67 им. Л. А. Ворохобова, городская клиническая больница № 15 им. О. М. Филатова, психиатрическая больница им. Н. А. Алексеева, Морозовская городская клиническая детская больница, инфекционная клиническая больница № 2, Московский многопрофильный центр паллиативной помощи.

Не случайно рабочая группа собралась в первый раз 11 февраля — во Всемирный день больного. Ведь наши общие принципы — сострадание больному, забота о нем, милосердие к нему.

Я очень благодарна епископу Пантелеимону и всей его команде за системную, методичную, сплоченную, беззаветную работу! Низкий поклон всем, кто принимал в этом участие — и священникам, и добровольцам. Сейчас большая, важная часть вашей работы — именно обучение волонтеров. На курсы, которые вы организовали, приходит много людей, готовых служить ближним, людей разных и прекрасных. Их привлечение к работе и обучение — неоспоримый вклад в победу над пандемией и заботу о наших пациентах.

Благодаря опыту, о котором мы сегодня услышали, больничное служение будет развиваться, поскольку это служение — безмерная помощь нашим пациентам. Поддержка священников качественно влияет на ход выздоровления людей, меняет духовный настрой и вселяет в пациентов надежду на выздоровление.

Спасибо всем за участие и прекрасные доклады! Всем — здоровья!

Practice of Effective Cooperation between the Russian Orthodox Church and Moscow Health Department. Experience of Training and Admission of Volunteer Priests to Hospitals

I would like to begin my presentation by thanking the Government of the Russian Federation, the Ministry of Health and the Russian Orthodox Church for organizing this timely video conference. It is an invaluable experience to learn about the best practices of our foreign colleagues. We have already heard a lot of important and useful information.

I would like to express my gratitude to Bishop Panteleimon, the head of the Synodal Department for Church Charity and Social Ministry, and I would like to take this opportunity to congratulate him once again on the 30th anniversary of the hospital ministry organized in the church at the First Grad Hospital, where Bishop Panteleimon is the rector. Thanks to his Grace, I learned about the institution of hospital ministry. One of the best practices of helping the seriously ill is organized at the First Grad Hospital — the care of critically ill patients by Sisters of Mercy.

The Department of Health Care and the Russian Orthodox Church have a great deal of experience in effective cooperation in providing social service to the people. The tasks that face the Moscow health-

care system are significantly related to the tasks of the Church: caring for physical and mental health. Medicine leaves the spiritual health of citizens to the care of the Church. Our tasks are in many ways connected and complement each other: education of the population, promotion of the healthy way of life in the society and your invaluable help to people addicted to alcohol and drugs. Of course, our common task is also to improve the reproductive health of young people. Your active work in the area of abortion prevention, family and childhood protection, and responsible attitude to one's health is also of great social importance.

There are churches, chapels and prayer rooms in almost all the hospitals subordinate to the Moscow Health Department, where religious rites and sacraments are administered. I have already mentioned the work of Sisters of mercy in hospitals, they also help in hospices.

Melita Vuynovic mentioned in her presentation that chaplaincy has become very important with the increase of HIV and AIDS. In Moscow, the best experience in helping people living with HIV is observed in infectious diseases hospital No. 2, in the AIDS Center, where the Church's hospital ministry and the sisters of charity work. They care for seriously ill patients with AIDS even when their families have turned away. After they are discharged from the Center, the sisters continue to provide tremendous care and psychological support to both the patients themselves and their relatives at home.

Let's return to our main topic today: the pandemic. We saw a great need for spiritual support in the community, especially at the beginning of the pandemic, when there was nowhere to get reliable information from and people were mentally stressed and anxious. Spiritual assistance in such an environment was indisputably invaluable and indispensable.

Tragic events always bring people together. During the pandemic in Moscow, medics, priests, social workers and volunteers served the sick side by side. And now in temporary hospitals, volunteers continue helping to care for the patients.

Here in Moscow, help was organized thanks to the direct participation of Vladyka. In cooperation with your team, we worked around the clock to allow priests into medical organizations and directly into the 'red zones', at a time when all visits were restricted because of the quarantine. Under your leadership, Your Grace Vladyka, a group of volunteer priests was trained with the blessing of His Holiness Patriarch Kirill.

I will explain to our foreign colleagues how all this was organized. We took advantage of the experience that has already taken shape in the work of the Volunteer Medical Movement. Volunteer medics are senior medical students who, during the pandemic, worked according to established rules, providing care for patients in the red zones.

Based on this proven experience, and in compliance with all necessary anti-epidemiological measures, we organized the admission of volunteer priests, specially selected (on a voluntary basis) and trained, into the group of medical volunteers. That is to say, in fact, priests-volunteers also became medical volunteers.

The Synodal Department organized a round-the-clock hotline for calls from relatives of patients in hospitals who were in the need to invite a priest. Each hospital had its own chat rooms where such a need could be reported. The chief physicians were responsible for the interaction, and we arranged for priests to be admitted to the hospitals around the clock.

I would like to especially note and thank all the priests-volunteers who spared no effort in supporting patients who were suffering. Moscow is a large city, with hospitals in various administrative districts, priests moved quickly as patients were in urgent need of spiritual support, everything was clearly organized. The gratitude of relatives was very great. When, for example, in one of the hospitals for war veterans (there are four of them in Moscow, some of them had 'red zones') relatives summoned a priest to see a World War II veteran, other patients, living alone, who were there, literally grabbed the priest by his overalls, asking: 'Father, confess us too, assemble us' — it was so in demand.

I can't help repeating the proverb: 'There was no fortune, but unhappiness helped'. It was during the pandemic that many learned about hospital ministry as it should be. Thanks to your leadership, Your Grace Vladyka, not only patients received spiritual support, but also families and physicians. Because of professional burnout at a time of great stress, such support was extremely necessary for doctors.

Regularly, systematically, the Hospital of St. Alexis provided the entire group of volunteers with diagnostics — PCR and personal protective equipment. Not only the Russian Orthodox Church, but also medical organizations participated in providing PPE. Everything worked clearly, synchronously, quickly, and we saw how we can together, collectively, help our patients.

I always like to quote the definition given by the World Health Organization: 'Health is not only the absence of disease and physical defects, it is a state of complete physical, mental and social well-being'. Today many foreign colleagues have said that health is the integrity of our body, our human being. Therefore, health care also includes spiritual care, which was organized in time thanks to our interconnected coordinated work.

The Moscow Health Department and the Synodal Department have long had an agreement on cooperation. Many have said today that the key to success is effective cooperation with hospital management. There are a lot of hospitals, so together we decided to create a working group to share opinions on how to organize our cooperation in the best way.

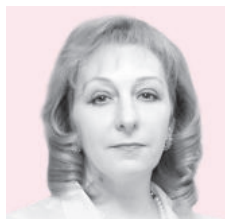
Our working groups with the Church Charity's Synodal Department include the All-Russian Volunteer Medical Organization (Moscow regional branch); our leading medical organizations: City Clinical Hospital No. 52, City Clinical Hospital, 'Kommunarka' branch, Vorokhobov City Clinical Hospital No. 67, Filatov City Clinical Hospital No. 15; Alekseev Psychiatric Hospital; Morozovskaya City Children's Clinical Hospital; Infectious Diseases Clinical Hospital No. 2; and the Moscow Multi-field Center for Palliative Care.

It is no coincidence that the working group met for the first time on February 11, World Sick Day. After all, our common principles are compassion for the sick, care for them, mercy for them.

I am very grateful to His Grace, Bishop Panteleimon and his entire team for their systematic, methodical, united, selfless work! A low bow to all who have been involved — both priests and volunteers. Now a major part of your work is training volunteers. Many people come to the courses that you have organized, people who are ready to serve their neighbors, various nice people. Involving and training them is an undeniable contribution to defeating the pandemic and caring for our patients.

Through the experiences we have heard about today, hospital ministry will grow as this ministry is an immeasurable help to our patients. The support of the priests qualitatively affects the course of people's recovery, changes the spiritual mood and gives patients hope for recovery.

Thank you all for your participation and excellent reports! Stay healthy!



Марьяна Анатольевна Лысенко

главный врач Московской городской клинической больницы № 52. В рамках борьбы с распространением пандемии COVID-19 больница под руководством М.А. Лысенко была перепрофилирована на прием пациентов с пневмонией, вызванной в том числе коронавирусной инфекцией. За работу во время пандемии получила звание «Герой труда Российской Федерации». Доктор медицинских наук, профессор кафедры общей терапии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. Автор более 30 научных работ.

Maryana Anatolievna Lysenko

is a chief physician at Moscow City Clinical Hospital No. 52. As part of the fight against the spread of the COVID-19 pandemic, the hospital under the leadership of M. A. Lysenko was reassigned to receive patients with pneumonia associated with coronavirus infection among others. For her work during the pandemic, she received the title 'Hero of Labor of the Russian Federation'. Doctor of Medicine, Professor of General Therapy Department of Pirogov Russian National Research Medical University. Author of more than 30 scientific papers.

Священнослужители в «красной зоне»: значимость духовной и психологической поддержки пациентов и персонала в медицинской организации и опыт взаимодействия с больничными священниками

Уважаемый владыка, уважаемые участники конференции!

Пандемия кардинально изменила нашу реальность, иным стало восприятие жизни, острее встали вопросы духовности. В ситуации, в которой мы все оказались, есть не только отрицательные стороны. Как любое испытание, она дана нам для того, чтобы многое осознать, на многое взглянуть по-другому, в том числе — на роль священников, приходящих в больницы.

Безусловно, тяжелобольные, умирающие люди, независимо от их конфессии, и до пандемии обращались к традиционным

для них обрядам и таинствам, которые ассоциировались с уходом, переходом в другую жизнь, другой мир. То, что это не всегда находит понимание у врачей, психологически понятно: мы призваны лечить пациентов, мы, наоборот, боремся за то, чтобы человек остался здесь, с нами.

Но пандемия все изменила. Мы поняли, насколько важно для всех: и для пациентов, и для врачей — в критической ситуации обратиться к высшим силам, пусть не у всех представление о них конкретизировано. В больнице я вижу, что нет людей, которые не верят в Бога. Все мы, когда нам страшно, так или иначе обращаемся к высшей силе, чтобы ушел страх, чтобы получить защиту и помощь.

Нам всем было страшно. Не только заболевшим людям, но и тем, кто за несколько дней или даже часов, как было в нашем госпитале, развернулся на работу с неизвестной, малоизученной на тот момент инфекцией. Нагрузка на медицинский персонал на всех эшелонах управления поначалу была просто огромной, работали без сна и отдыха, 24 на 7. И это сопровождалось неуверенностью и обычным человеческим страхом врачей за собственные жизни, за своих детей, родителей. Обстановка усугублялась тем, что инфекционные больницы тут же полностью закрылись для приема посетителей. И врачи, и пациенты оказались изолированными от общества.

Но мы справились и поняли, что система здравоохранения, по крайней мере в Москве, готова к таким вызовам. Однако оставались и требовали решения задачи, связанные с психологическим, духовным состоянием людей. Я говорю и о больных людях, и о тех, кто занимается их лечением — обо всех сотрудниках больницы. У нас много вспомогательных служб, огромные московские больницы сопоставимы, мне кажется, с маленьким городом.

Объединение, сотрудничество, солидарность — нормальный человеческий выход из сложившейся ситуации. Для этого потребовалось стать более открытыми, чем мы были ранее. Медицина — достаточно закрытая общность людей, но должна развиваться культура доверия. У нас даже появился слоган: «Доверие рождает доверие». Мы поняли, что это действительно так, открытость позволяет получать обратную связь и более качественные результаты.

Безусловно, в этот сложный период произошло серьезное переосмысление ценностей, и стало понятно, что жизнь и здоровье, душа — это самое ценное, что у нас есть, а вовсе не материальные блага. Мне кажется, это один из тяжелых, но очень ценных уроков пандемии. Безусловно, важна био-психо-социальная модель, о которой говорила в своем докладе Светлана Николаевна Браун. Эта модель, принятая ВОЗ, подчеркивает, что здоровье людей — это не только здоровье физическое, но и здоровье психологическое, социальное; здоровье не только тела, но и души. Такая модель должна развиваться и у нас, в нашем городе, в нашей стране.

Это требует определенных решений. В том числе, мне кажется, будет правильным наладить постоянное церковное служение в больницах, потому что оно нам нужно. Безусловно, нужна помощь и психологов, и волонтеров, которые являются мостиком между людьми в период их болезни: помогают наладить общение с родственниками, дарят человеческий контакт, разговаривают, объясняют и дают правильное понимание того, что делают медики. Ведь сами медики загружены множеством других задач. Обычное человеческое общение и участие чрезвычайно важны, COVID-19 это всем продемонстрировал.

Нашему стационару помогли разные священники. Неоднократно приезжал владыка Пантелеимон и поддерживал не только пациентов, но и наших сотрудников, всех нас, совершенно меняя наше мировосприятие. Все до сих пор вспоминают Ваше посещение на Рождество, Ваше поздравление. В тот момент у нас совершенно изменилось восприятие жизни, мы все почувствовали радость праздника, счастье, несмотря на то, что внешне ничего, казалось бы, не изменилось. Мы активно сотрудничали с протоиереем Иоанном Кудрявцевым, настоятелем храма иконы Божией Матери «Отрада и утешение» при Боткинской больнице. Он был нашим основным координатором, мы обменивались с ним своими идеями.

Безусловно, на священников, которые приходили в «красную зону», накладывались определенные обязательства, связанные с особенностями COVID-19, инфекционным статусом больных. Для священников было обязательным строгое соблюдение правил безопасности, правильное использование средств

индивидуальной защиты, ограниченное время пребывания в палате реанимации, в силу чего все таинства и требы совершались там кратким чином. При этом пациент может быть в маске, которая позволяет ему дышать высоким потоком кислорода, он не всегда хорошо видит, слышит и даже не всегда хорошо понимает, что ему говорят. Поэтому есть особенность и в чтении молитв: это нужно делать громко, для лучшего понимания возможно использовать русский язык.

Всё это достаточно непривычно, но священники, которые к нам приходили, пытались максимально сделать всё возможное, помогая и пациентам, и сотрудникам. Как только с начала 2021 года у нас появились дежурные священники, которые не просто посещали конкретного пациента, а приходили в больницу на несколько часов, совершали обходы отделений — это стало очень важным для многих моих коллег и для меня тоже. Можно было подойти, что-то спросить, кто-то выражал желание причаститься. Сложно переоценить важность этого.

Служение священников необходимо вести в тесном взаимодействии с персоналом больницы. Важно знать мнение медиков о состоянии больного: что ему можно, а чего стоит избегать. Часто при совершении таинств священнику оказывали помощь медицинские сестры.

«Не навреди» — основной принцип для всех нас. Это касается и духовной сферы, потому что некорректное общение с пациентом может усугубить страх и не только не помочь, но и ухудшить состояние. Очень важна и психологическая помощь. Безусловно, священники — не психологи. Но священников роднит с психотерапевтами то, что они должны сопереживать больному, должны иметь эмпатию, не навязывать больному что-то, а попытаться выслушать его, окунуться в его мир, понять, что человеку важно и нужно в данный момент.

Все же, на мой взгляд и на взгляд моих коллег, задача священника более серьезная, чем у психолога: помочь человеку понять смысл и конечную цель его жизни, испытаний, болезней, осознать обретенный опыт живого общения с Богом, чувство бессмертия собственной души, возможность глубинного покаяния, которое приводит к радости, свободе. В такие моменты и происходит подлинное преображение человека, его настоящее

исцеление, духовное и физическое. Перед нашими глазами было большое количество примеров, когда люди после общения со священником, после Причастия возрождались к жизни духовно, и в болезни наступал переломный момент, после которого начиналось выздоровление. Мы лично знаем всех этих пациентов, уже выздоровевших и выписавшихся.

Священники и волонтеры помогают решить еще одну важную задачу, которая стоит перед нами: общение с родственниками пациентов, общение между самим пациентом и его родными. Многие больные просят прощения у своих родных и близких за прошлые поступки, многие просят передать слова любви. У медиков в «красной зоне» не было и нет на это времени, помощь священников и волонтеров здесь огромная.

Так что мы на своем опыте убедились, насколько важно такое сотрудничество и открытость и для медицины в целом, и для медицинского сообщества, и для сотрудников больницы, и для пациентов, которые страдают любыми недугами, излечимыми или неизлечимыми. Нужно трансформировать наше восприятие, чтобы понять, что священник в больнице — это о нашей душе, о Господе, в больнице в этом нуждаются все.

Мне кажется, сейчас такое понимание к нам наконец пришло. Это один из уроков пандемии, который всем нам будет важен и в дальнейшем. Мы хотим и дальше оставаться открытыми и развивать наше взаимодействие.

Chaplains in the ‘Red Zones’: the Importance of Spiritual and Psychological Support to Patients and Staff in the Medical Institution and Experience of Cooperation with Hospital Chaplains

Dear Vladyka, Dear participants of the Conference!

The pandemic has radically changed our reality, perception of life has become different, and questions of spirituality have become more acute. There are not only negative sides to the situation in which we all find ourselves. Like any trial, it has been given to us in order to realize many things, to look at many things differently, including the role of priests who come to the hospitals.

Of course, even before the pandemic, seriously ill and dying people, regardless of their denomination, turned to traditional rites and sacraments, which were associated with their departure, their transition to another life, to another world. The fact that this is not always understood by doctors is psychologically understandable: we are called to treat patients, on the contrary, we are fighting for the person to stay here with us.

But the pandemic changed everything. We realized how important it is for everyone: both for patients and doctors — in a critical situation to appeal to a higher power, even if not everyone has a concrete idea about it. In the hospital I see that there are no people who do not believe in God. All of us, when we are afraid, turn to a higher power in one way or another to make the fear go away, to get protection and help.

We have all been scared. Not only people who were sick, but also those who, in a few days or even hours, as was the case in our hospital, were turned around to work with an unknown, at the time little-studied infection. The load on all medical personnel at all echelons of management was at first simply enormous, working without sleep or rest, 24/7. And this was accompanied by uncertainty and the usual human fear of doctors for their own lives, for their children and parents. The situation was aggravated by the fact that in the infectious diseases hospitals

The doctors and patients were isolated from society. Both doctors and patients found themselves isolated from society.

But we coped with this and realized that the healthcare system, at least in Moscow, was ready for such challenges. However, there were still tasks related to the psychological and spiritual state of people which had to be resolved. I am talking about sick people and those who treat them — all hospital employees, we have a lot of auxiliary services, huge Moscow hospitals are comparable, I think, with a small city.

Typical human ways out of the current situation include unification, cooperation and solidarity. This made us more open than we used to be. Medicine is quite a closed community of people, but we should develop a culture of trust. We even had a slogan: 'Trust breeds trust'. We realized that this is really true, openness allows you to get feedback and better results.

Of course, in this difficult period there was a serious rethinking of values and it became clear that life and health, and soul are the most valuable things that we have, but not material goods. I think this is one of the hard, but very valuable lessons of the pandemic. Of course, the bio-psycho-social model, which Svetlana Nikolaevna Brown spoke about in her report, is important. This model was adopted by WHO, which stresses that people's health is not only physical health, but also psychological and social health; health not only of the body but also of the soul. This model must also develop in our city, in our country.

It requires certain decisions. Also, it seems good to me to establish a permanent church ministry in hospitals, because we need it. Of course, we need the help of psychologists and volunteers who act as a bridge between people during their illness: they help to establish communication with relatives, give human contact, talk, explain and give a proper understanding of what doctors do. After all, medics themselves are loaded with many other tasks. Ordinary human interaction and sympathy are extremely important, covid has demonstrated this to everyone.

Various priests helped our hospital. More than once, Bishop Panteleimon came and supported not only the patients, but also our staff, all of us, completely changing our worldview. Everyone still remembers your visit at Christmas, your greeting. At that moment our perception of life completely changed, we all felt the joy of the holiday, the happiness, despite the fact that outwardly nothing seemed to have changed. We actively cooperated with Archpriest Ioann Kudryavtsev, rector of the Church of the Icon of the Mother of God 'Joy and Comfort' at the Botkin Hospital. He was our main coordinator and we exchanged ideas with him.

Undoubtedly, the priests who came to the 'red zone' had to fulfil certain obligations, related to the peculiarities of COVID-19, the infectious status of patients. The priests were obliged to observe safety regulations, to use personal protective equipment correctly, and to limit time in the intensive care ward, so all sacraments and rites had to be administered there in brief. The patient may be wearing a mask, which allows him to breathe a high flow of oxygen, he cannot always see, hear and even not always well understand what he is told.

That is why there is a peculiarity in recitation of prayers as well: it should be done loudly; for better understanding, perhaps, it would be better if Russian language was used.

All this is quite unusual, but the priests who came to us tried to do their best, helping both patients and staff. As soon as we had priests on duty from the beginning of 2021, who would not just visit a particular patient, but would come to the hospital for several hours, making rounds of the wards — this became very important to many of my colleagues and to me as well. One could approach, ask something, someone expressed a desire for the Holy Communion. It's hard to overestimate the importance of this.

The ministry of priests needs to be conducted in close interaction with the hospital staff. It is important to know the physician's opinion

about the patient's condition: what he can and what he should avoid. Often the nurses assisted the priest in administering the sacraments.

'Do no harm' is a basic principle for all of us. This also applies to the spiritual sphere, because improper communication with a patient can exacerbate fear and not only fail to help, but also worsen the condition. Psychological help is also very important. Certainly, priests are not psychologists. But priests are similar to psychotherapists in that they must empathize with the patient and not impose anything on the patient but try to listen to him, to plunge into his world and understand what the patient needs at that moment.

Still, in my opinion and in the opinion of my colleagues, the task of the priest is more serious than that of a psychologist: to help one to understand the meaning and ultimate purpose of their life, their trials and illnesses, to realize the experience of living Communion with God, the feeling of immortality of his own soul, the possibility of deep repentance, which leads to joy and freedom. It is at such moments that the true transformation of a person takes place, his real healing, spiritual and physical. We have seen many examples of people who were spiritually reborn after a conversation with a priest, after receiving Holy Communion, and there was a turning point in their illness, after which they recovered. We personally know all of these patients, who have already recovered and have been discharged.

Priests and volunteers help us with another important task which we face: communication with patients' relatives, communication between the patient himself and his relatives. Many patients ask for forgiveness from their relatives and friends for past actions, and many ask for words of love. Medics in the 'red zone' did not and do not have time for this, the help of priests and volunteers here is enormous.

So, we have seen from our own experience how important such cooperation and openness is for medicine in general, and for the medical community, and for the hospital staff and patients who suffer from all kinds of illnesses, curable or incurable. We need to transform our perception, to understand that the priest in the hospital is about our soul, about the Lord, in the hospital everyone needs it.

I suppose, now we come to an understanding at last. This is one of the lessons of the pandemic which will be important for all of us in the future. We are willing to continue keeping an open mind and develop our cooperation.



Василий Глебович Каледа

доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по развитию и инновационной деятельности, руководитель отдела юношеской психиатрии Научно-го центра психического здоровья, председатель секции «Клиническая психиатрия, религиозность и духовность» Российского общества психиатров, профессор кафедры практического богословия Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета, где преподает курс «Пастырской психиатрии». Ведущий отечественный специалист в области юношеской психиатрии и религиозной психопатологии. Автор и соавтор более 250 научных публикаций (индекс Хирша в WOS – 16, Scopus – 17, РИНЦ – 22), а также руководства для священнослужителей «Основы пастырской психиатрии» (2021).

Vasily Glebovich Kaleda

professor, deputy director for development and innovation, head of the department of adolescent psychiatry at the Scientific Center for Mental Health, chairman of the section 'Clinical Psychiatry, Religion and Spirituality' of the Russian Society of Psychiatrists, professor of the department of practical theology at the Orthodox Saint Tikhon's Humanitarian University, where he teaches the course 'Pastoral Psychiatry', leading domestic specialist in the field of adolescent psychiatry and religious psychology. Author and co-author of more than 250 scientific publications (Hirsch index in WOS – 16, Scopus – 17, RSCI – 22), as well as a manual for clergy 'Fundamentals of Pastoral Psychiatry' (2021).

Церковь и психиатрия: границы сотрудничества

Прежде всего, хочу поблагодарить владыку Пантелеимона и всех организаторов конференции за приглашение к участию.

👉 с.163

Марьяна Анатольевна Лысенко хорошо сказала в своем выступлении 👉 о значении духовности для больных, оказавшихся в критической ситуации. Но когда мы сталкиваемся с больными психиатрического профиля, для них проблема духовности, обретения смысла жизни и подлинных ценностей всегда является особенно актуальной и значимой.

Если говорить о сотрудничестве между Русской Православной Церковью и психиатрическим сообществом, то оно началось почти 30 лет тому назад, после того как в 1992 году при Научном центре психического здоровья Святейшим Патриархом Алексием II был освящен храм в честь иконы Божией Матери «Целительница».

Я прошу задуматься над значением этого события. Конечно, сейчас никого не удивит тем, что при каждой психиатрической больнице, и в Москве, и в других российских регионах, есть храм или молитвенная комната. Но тогда, в далеком 1992 году, только что рухнул Советский Союз, только начала меняться иерархия ценностей, и сразу же в ведущем психиатрическом учреждении Советского Союза (в тот момент уже Российской Федерации) был открыт больничный храм. Открыт на основании решения Ученого совета, то есть это сочли необходимым ведущие психиатры Советского Союза и Российской Федерации. Решение было поддержано Президиумом Российской академии медицинских наук.

Всё это свидетельствует о том, что ведущие отечественные психиатры понимали значение религиозных ценностей для человека вообще и для наших больных в особенности, и как только появилась возможность, сделали всё, чтобы открылся храм, чтобы к нашим несчастным, особо нуждающимся в духовной поддержке больным, находящимся в депрессии и других тяжелых состояниях, мог приходиться священник.

Мне вспоминается один врач той далекой эпохи, врач с большой буквы, совершенно неверующий человек, который говорил, что от верующих людей исходит уверенность и спокойствие — именно то, чего не хватает нашим больным. Этот врач понимал, что ценности, которые может принести нашим больным Церковь, для них очень значимы и целительны.

Не могу не вспомнить одного из крупнейших советских психиатров, патриарха отечественной психиатрии профессора Дмитрия Евгеньевича Мелехова (1899–1979), который в течение ряда лет был директором Московского НИИ психиатрии. Он, в частности, говорил об особенностях религиозных переживаний у психически больных: в одних случаях такие переживания могут быть проявлением патологии, а в других — проявлением здоровой личности, и тогда, даже при наличии болезни, религиозная вера помогает человеку сопротивляться болезненному процессу, приспособиться к нему и компенсировать дефекты, внесенные болезнью в личность человека. Дмитрий Евгеньевич особо подчеркивал важность разграничивать у психически больных религиозные переживания как проявления «ложной мистики» — и как «положительной здоровой мистики», которую он считал мощным психотерапевтическим фактором в борьбе с болезнью.

Нельзя не вспомнить о том, что история отечественной психиатрии неразрывно связана с историей Церкви. В любом учебнике по истории психиатрии — и написанном в далекие советские годы, и в современных руководствах, — всегда выделяется особый монастырский этап [Каннабих Ю. В., 1928; Юдин Т. И., 1951; Александровский Ю. А., 2013]. Именно в монастырях на Руси психически больные люди получали помощь и признание, именно там им оказывалась поддержка. Есть упоминание специальной пещеры в Киево-Печерской Лавре, где находились больные. Кстати, в Киево-Печерском патерике впервые

на русском языке дано очень интересное описание серьезной психической патологии.

Монастырский период в России был достаточно длительный — до конца XVIII века. В то время как в Европе уже существовали большие клиники — такие как Сальпетриер в Париже, Бедлам в Лондоне, больше напоминавшие, правда, специализированные тюрьмы для душевнобольных, — в России все было по-другому. Первые психиатрические учреждения у нас появились в конце XVIII века.

Сегодня на конференции мои коллеги говорили про био-психо-социальную концепцию заболеваний. В современной психиатрии все большее признание приобретает другая — точнее, расширенная — био-психо-социо-духовная концепция возникновения психических расстройств. Она была сформулирована Рене Хефти в 2003 году, и сейчас во многих научных статьях — как в зарубежных, англо-, немецкоязычных, так и в отечественных — концепция приобретает все большее значение и звучание. Суть ее в том, что помимо генетических, психологических, социальных факторов возникновения психических заболеваний большое значение имеет и моральная деградация человека, утрата ценностных ориентиров. В первую очередь, именно ориентиров, связанных с духовными ценностями, основанных на религиозных представлениях.

Хочется вспомнить австрийского психотерапевта, психиатра Виктора Франкла, который говорил, что «религия дает человеку духовный якорь спасения с таким чувством уверенности, которое он не может найти нигде больше». При этом Франкл отмечал, что «медицинское служение (имеется в виду, в первую очередь, служение врача-психиатра) не претендует на то, чтобы быть замещением того лечения душ, которое практикуется священником, цель психотерапии — лечить душу, сделать ее здоровой; цель религии — нечто существенно отличающееся: спасать душу».

Если мы возьмем современные работы отечественных психиатров и зарубежных исследователей, то в них отмечается, что врачу-психиатру необходимо уделять больше внимания религиозным переживаниям и представлениям пациента [*Савенко Ю. С.*, 2013] и, по сути, собирать его религиозный анамнез [*Логутенко Р. М.*, 2014]. Отмечается, что врач-психиатр должен знать

о религиозных ценностях своего пациента, знать, какие ценности проповедует та или иная религия, как они реализуются в той или иной конфессии, религиозной организации. То есть врач-психиатр должен, например, представлять, кто такой духовник, какова его роль для православного пациента, должен поддерживать авторитет духовника в глазах пациента.

Это верно и в обратном направлении: нам необходимо сотрудничество со священниками, духовниками наших пациентов, пусть заочно, и мы ожидаем от священника, что он будет поддерживать авторитет врача-психиатра в глазах своих пасомых. В актуальной литературе отмечается, что должен быть хотя бы заочный диалог между врачом-психиатром и духовником конкретного психического больного в процессе его ведения [Каледда В. Г., 2012; Сидоров П. И., 2014; Воскресенский Б. А., 2016].

В ряде научных исследований в рамках доказательной медицины установлена эффективность различных видов конфессионально-ориентированных копинг-стратегий для больных шизофренией [Копейко Г. И., Борисова О. А., Казьмина О. Ю., 2015], больных с тревожными и депрессивными расстройствами, особенно реакциями горя в позднем возрасте [Баскакова С. А., Полищук Ю. И., 2017]. С основой на методы доказательной медицины отмечается, что религиозная вера приносит смягчение болезни, поэтому важно включение религиозных компонентов в психотерапию психически больных [Воскресенский Б. А., 2007].

Современные зарубежные исследования, в том числе американские, отмечают, что «выраженность психогенной депрессии обратно пропорциональна степени религиозности больных» [Smith T. B., McCullough M. E., Poll J., 2003]. Отмечается, что верующие люди, борющиеся с тяжелой болезнью, «более мотивированы на то, чтобы поддержать себя в духовном плане, так же, как и психологическом, социальном, и физическом» [Dein S., Pargament K. I., 2012]. Высокий уровень религиозности «связан с большей силой духа и верой в собственные силы среди пациентов с серьезными психическими заболеваниями» [Yangarber-Hicks N., 2004]. Религиозные убеждения помогают человеку обрести «смысл в жизни, душевный комфорт, чувство собственного достоинства, уверенности в себе, одобрения, сострадания, надежды и любви» [Mohr S., Brandt P., Borrás L. et al., 2006].

В последние два года произошло несколько важных событий в области сотрудничества психиатрического сообщества с Русской Православной Церковью. В Русской Православной Церкви появился очень важный документ, который называется «Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных». Это, по сути, совместный плод представителей Церкви, Комиссии по церковному просвещению и диаконии и представителей психиатрического сообщества.

Документ сравнительно небольшой и адресован непосредственно приходским священникам, а также студентам духовных учебных заведений, чтобы они могли прочитать и в нужный момент использовать этот документ. В нем также говорится, например, о том, что необходима специальная подготовка священнослужителей к пастырскому окормлению психически больных и членов их семей.

Нужно отметить, что священник сталкивается с психически больными не только в психиатрической больнице, но и на своем приходе. По статистике, примерно 14% людей в популяции, как в России, так и за рубежом, страдает психическим расстройством. Когда же священник приходит в обычную больницу, то, по данным различных исследований, от 30% до 50% лиц, страдающих серьезными заболеваниями (онкологическими, кардиологическими и т.д.), имеют сопутствующее психическое расстройство. Часто больные впадают в депрессию, и депрессия, возникающая у соматических больных, утяжеляет течение основного заболевания.

Священнику часто приходится сталкиваться с психической патологией. В указанном выше документе содержатся практические рекомендации для священников, когда необходимо направлять человека к психиатру (например, когда у человека есть мысли о самоубийстве или серьезный психоз и т.д.). Священнослужители должны «побудить больного к врачебному обследованию и в случае необходимости — к систематическому лечению; помочь больному в борьбе с болезнью, в критическом осознании и преодолении своих аномалий характера и поведения». При этом священнику приходится оказывать поддержку не только больным прихожанам, но и членам их семей.

Мне вспоминается один маститый московский протоиерей. У его духовной дочери было обострение заболевания, он положил

ее к нам в клинику, все замечательно организовал, специализированная помощь была оказана, кроме того, у нас в клинике есть замечательные священники, регулярно проходят богослужения. Через два дня я получаю информацию, что этот известный протоиерей, уже совсем не молодой человек, пришел к своей духовной дочери утром и ее причастил. То есть он не просто направил ее в больницу — он ее там не оставил, пришел духовно ее поддерживать. Это было очень важно и ценно для меня.

В том же документе говорится, что «священники должны воспитывать в прихожанах отношение к психически больным людям как к полноценным членам общины, способствовать их интеграции в приходскую жизнь». Очень часто наши больные, которые бывают отвержены обществом, собственными друзьями и семьей, именно в церковной общине находят свою нишу, где могут раскрыться и обрести содержание и конкретный смысл своей жизни.

Другим важным событием, которое произошло в этом году, было издание «Пастырского богословия» [*Пастырское богословие: учебник для бакалавриата теологии/Под общей редакцией митрополита Илариона (Алфеева)*, 2021] — руководства для студентов высших учебных заведений Русской Православной Церкви. Впервые в этом руководстве сказано о том, что «священник должен быть не только духовником, но и немного психиатром: во всяком случае, священнику необходимо освоить хотя бы азы психиатрии». Также в этом руководстве есть отдельная специальная глава (приложение), которая называется «Основы пастырской психиатрии».

В этом же году в издательстве Московской Патриархии вышло специальное руководство для священнослужителей «Основы пастырской психиатрии» [*Каледа В. Г.*, 2021]. В Русской Православной Церкви в ряде учебных заведений, начиная уже с середины 1990-х годов, преподается курс пастырской психиатрии. Как будущие психологи изучают в книжках психопатологию, основы психиатрии, точно так же должны это знать и будущие священники. Курс преподается в Московской и Сретенской духовных академиях, в Православном Свято-Тихоновском гуманитарном университете, в семинариях — Перервинской, Белгородской, Воронежской и некоторых других.

Очень важное событие произошло, на наш взгляд, в нашей психиатрической среде. В мае 2021 года в Санкт-Петербурге состоялся съезд Российского общества психиатров, на котором была создана специальная секция «Клиническая психиатрия, религиозность и духовность». Аналогичная секция есть во Всемирной психиатрической ассоциации (WPA). Цель этой секции — систематизация современных представлений о взаимосвязи клинической психиатрии, духовности и религиозности, а также распространение научных и практических знаний для широкого круга лиц, вовлеченных в оказание помощи пациентам с той или иной религиозностью, имеющим психическую патологию.

То есть, с одной стороны, наша задача — образовывать врачей-психиатров в отношении религиозных взглядов, ценностей наших пациентов. Что бы об этих взглядах ни думали сами врачи, они должны относиться к ним с уважением, знать и понимать эти взгляды и поддерживать больных в следовании их религиозным ценностям. Такая задача психиатра декларирована, в том числе, Всемирной психиатрической ассоциацией. С другой стороны, мы должны заниматься психообразованием в религиозной среде, в православных средствах массовой информации, в том числе в рамках специальных курсов по пастырской психиатрии.

В нашем центре есть небольшой опыт сотрудничества и с представителями Католической Церкви, поскольку у нас оказывались такие пациенты. Также к нам попадали и пациенты мусульманского вероисповедания. Со временем мы надеемся в рамках нашей научной секции общества психиатров наладить контакт и с представителями других религий.

Мне хочется сказать о том, что за 30 лет накоплен немалый опыт сотрудничества психиатров со священниками Русской Православной Церкви — и в нашем центре, и в психиатрической клинике Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова в Санкт-Петербурге, и во многих психиатрических больницах Москвы и других городов Российской Федерации. Опыт заключается в том, что мы являемся сорботниками в области попечения о наших больных. Очень часто именно священник оказывается тем человеком, к кому приходит больной со своим горем и своей проблемой. Именно священник может первым выявить наличие психических отклонений. От того, как он себя поведет, зависит

не только духовное спасение данного человека, но и его жизнь. Мы знаем немало случаев, когда священник на исповеди выявлял у исповедующегося не просто депрессию, не просто суицидальные мысли, но именно серьезные суицидальные намерения, готовность пойти и прервать свою жизнь.

В храме при нашем центре служит замечательный батюшка — протоиерей Илья Одяков. Он вспоминал: «Однажды на исповеди одна из прихожанок пожаловалась на тяжелые мысли, на то, что ей очень плохо. Не будь у меня специальных знаний, я, возможно, не обратил бы на это внимание. Но меня это обеспокоило, и я стал аккуратно ее расспрашивать. Выяснилось: единственным выходом из сложившейся в ее жизни ситуации она считала самоубийство. Кроме того, она собралась забрать с собой “из ада на земле” свою дочь! Я долго разговаривал с ней, пытался найти для нее нужные слова. В итоге женщина добровольно обратилась к психиатру, вылечилась, сейчас и с ней, и с ее дочерью все в порядке».

Таких примеров мы можем привести очень много. Сотрудничая со священнослужителями в нашем центре, мы часто обсуждаем с ними конкретного пациента и его проблемы: то, что пациент не хочет лечиться, не хочет принимать лекарства и т.д. Очень важно, чтобы священник нас поддержал. Часто наши пациенты принимают лекарства, приходят на консультацию к психиатру и лечатся только потому, что так сказал им батюшка: «Сам я считаю, что мне не нужно лечиться у психиатра, у меня чисто духовные проблемы, но батюшка сказал — и я так делаю».

Поэтому сегодня мы смело можем утверждать, что психическое здоровье — это сфера совместной ответственности специалистов служб психического здоровья и представителей Русской Православной Церкви.

The Church and Psychiatry: Facets of Cooperation

☞ p. 168

First of all, I would like to thank Vladyka Panteleimon and all the organizers of the conference for inviting me for participation.

Maryana Anatolievna Lysenko spoke well in her presentation about the importance of spirituality for patients who find themselves in critical situations. But when we are faced with patients of psychiatric profile, for them the problem of spirituality, finding the meaning in life and true values is always especially relevant and significant.

The cooperation between the Russian Orthodox Church and the psychiatric community began almost 30 years ago, after His Holiness Patriarch Alexis II consecrated a church in 1992 in honor of the Healer Icon of the Mother of God at the Scientific Center of Mental Health.

I ask you to reflect on the significance of this event. Of course, no one is surprised now that every psychiatric hospital, both in Moscow and in other Russian regions, has a church or prayer room. But then, in the distant 1992, the Soviet Union had just collapsed, the hierarchy of values was just beginning to change, and immediately a hospital church was opened in the leading psychiatric institution of the Soviet Union (then already the Russian Federation). It was opened on the basis of the decision of the Scientific Council, that is, it was deemed necessary by leading psychiatrists of the Soviet Union and the Russian Federation. The decision was supported by the Presidium of the Russian Academy of Medical Sciences.

All this testifies that leading Russian psychiatrists understood the importance of religious values for people in general and for our patients in particular. As soon as they had an opportunity, they did

their best to open a church, so that a priest could come to our unfortunate patients who were in great need of spiritual support; depressed or in other serious conditions.

I recall a doctor from that distant era, the real doctor, a total non-believer, who said that from people of faith comes confidence and serenity — exactly what our sick people lack. This doctor understood that the values that the Church could bring to our sick were very meaningful and healing for them.

I cannot help but think of one of the greatest Soviet psychiatrists, the patriarch of national psychiatry, Professor Dmitri Melekhov (1899–1979), who was the director of the Moscow Research Institute of Psychiatry for a number of years. He spoke, in particular, about the peculiarities of religious experiences in psychiatric patients: in some cases, these experiences may be a manifestation of pathology, and in other cases — a manifestation of a healthy personality, and then, even in the presence of disease, religious faith helps a person resist the disease process, adapt to it and compensate for the defects introduced by the disease into the personality of the person. Melekhov emphasized the importance of distinguishing religious experiences of the mentally ill as ‘false’ and ‘positive healthy’ mysticism. He considered the latter the powerful psychotherapeutic factor in the fight against the illness.

It is impossible to forget that the history of domestic psychiatry is inextricably linked with the history of the Church. In any textbook on the history of psychiatry — both written in the distant Soviet years and in modern manuals — a special monastic stage always stands out [*Kannabikh Y.V., 1928; Yudin T.I., 1951; Aleksandrovsky Y.A., 2013*]. The monasteries in Russia were the place where mentally ill people got assistance and sympathy and where they were supported. There is a reference to a special cave in the Kiev-Pechersk Lavra where the sick were kept. By the way, it was in the Kievo-Pechersk Paterikon where a remarkable description of a serious mental pathology was given in Russia for the first time.

The monastic period in Russia was long enough — until the end of the 18th century. At a time when in Europe there already existed large clinics — such as Salpêtrière in Paris, Bedlam in London, more reminiscent, however, of specialized prisons for the mentally ill — in Russia everything was different. The first psychiatric institutions appeared in Russia at the end of the 18th century.

Today at the conference, my colleagues talked about the bio-psycho-social concept of an illness. In modern psychiatry, another — or rather, an expanded — bio-psycho-social-spiritual concept of the emergence of mental disorders is gaining acceptance. It was formulated by René Hefti in 2003, and now the concept is becoming increasingly important and sound both in foreign and domestic articles. Its essence is that in addition to genetic, psychological, and social factors of mental illness, the moral degradation of man and the loss of spiritual values are of great importance. First of all, this is linked to spiritual values, which in turn are based on religious moral standards.

I would like to recall the Austrian psychotherapist, psychiatrist Viktor Frankl, who said that ‘religion gives man a spiritual anchor of salvation with a sense of certainty that he cannot find anywhere else’. At the same time, Frankl noted that ‘medical ministry (meaning primarily the ministry of the psychiatrists) does not claim to be a substitute for the treatment of souls as practiced by the priest, the goal of psychotherapy is to treat the soul, to make it healthy; the goal of religion is something significantly different: to save the soul’.

If we take modern works of domestic psychiatrists and foreign researchers, it is noted that the doctor-psychiatrist needs to pay more attention to the religious experiences and perceptions of the patient [*Savenko Y.S., 2013*] and, in fact, collect their religious anamnesis [*Logutenko R.M., 2014*]. It is noted that the psychiatrist should know about the religious values of the patient, know what values this or that religion preaches, how they are realized in a particular confession or religious organization. That is, the psychiatrist should, for example, know who the confessor is, what his role for the orthodox patient is. They should maintain the authority of the confessor in the eyes of the patient.

This is also true in the opposite direction: we need cooperation with priests, our patients' clergy, albeit in absentia, and we expect the priest to maintain the authority of the psychiatrist in the eyes of his flock. The current literature notes that there should be at least an extramural dialogue between the psychiatrist and the clergy of the particular mental patient in the process of their care [*Kaleda V.G., 2012; Sidorov P.I., 2014; Voskresensky B. A., 2016*].

In a number of scientific studies within the framework of evidence-based medicine the effectiveness of different types

of confessional-oriented coping strategies for patients with schizophrenia [Kopeiko G.I., Borisova O.A., Kazmina O.Y., 2015], patients with anxiety and depressive disorders, especially grief reactions in late life [Baskakova S.A., Polischuk Y.I., 2017]. Based on the methods of evidence-based medicine, it is noted that religious faith brings alleviation of the disease, so it is important to include religious components in psychotherapy of mentally ill patients [Voskresensky B.A., 2007].

Modern foreign researches, including American, note that 'severity of psychogenic depression is inversely proportional to the degree of religiosity of patients' [Smith T. B., McCullough M. E., Poll J., 2003]. It is noted that religious people who are struggling with a serious illness 'are more motivated to support themselves spiritually as well as psychologically, socially and physically' [Dein S., Pargament K.I., 2012]. High levels of religiosity 'is associated with greater strength of mind and belief in their own strength among patients with serious mental illness' [Yangarber-Hicks N., 2004]. Religious beliefs help people find 'meaning in life, mental comfort, self-esteem, self-confidence, approval, compassion, hope and love' [Mohr S., Brandt P., Borrás L. et al., 2006].

The past two years have seen several important developments in the collaboration between the psychiatric community and the Russian Orthodox Church. A very important document called 'Pastoral Care in the Russian Orthodox Church for the Mentally Ill' has appeared in the Russian Orthodox Church. It is, in fact, a collaborative work of the Church's representatives, the Commission on Church Education and Diakonia, and representatives of the psychiatric community.

The document is relatively small, and is addressed directly to parish priests, as well as to students of theological schools, so that they can read and use the document at the right moment. It also states, for example, the need of special training of clergymen for pastoral care of the mentally ill and their families.

It should be noted that a priest encounters the mentally ill not only in a psychiatric hospital, but also in his parish. According to statistics, approximately 14% of the population, both in Russia and abroad, suffer from mental disorders. When a priest comes to a regular hospital, however, according to various studies, from 30% to 50% of those suffering from serious illnesses (cancer, cardiology, etc.) have

a concomitant mental disorder. Often patients become depressed, and the depression which occurs in somatic patients aggravates the course of the underlying disease.

The priest often has to deal with psychiatric pathology. The above document provides practical guidelines for priests when a person should be referred to a psychiatrist (e.g., when a person has suicidal thoughts or serious psychosis, etc.). The clergy should 'encourage the patient to undergo medical examination and, if necessary, systematic treatment; help the patient to struggle with the illness, to become critically aware of and to overcome his abnormalities of character and behavior'. Moreover, the priest has to provide support not only to sick parishioners but also to their families.

I recall one venerable Moscow archpriest. His spiritual daughter had an acute exacerbation of disease, he put her in our clinic, organized everything wonderfully, specialized care was provided, in addition we have wonderful priests in the clinic, regularly held services. Two days later I received information that this well-known archpriest, no longer a young man, had come to see his spiritual daughter in the morning and given her communion. That is, he didn't just send her to the hospital — he didn't leave her there, he came to support her spiritually. That was very important and valuable to me.

The same document states that 'priests should foster in parishioners an attitude toward mentally ill people as full members of the congregation, to encourage their integration into the parish life'. Very often our sick, who are rejected by the society, by their own friends and family, find their niche in the church community, where they can open up and find contents and well-defined meaning of their lives.

Another important event which took place this year was the publication of Pastoral Theology [*Pastoral Theology: a textbook for undergraduate theology/Edited by Metropolitan Hilarion (Alphayev), 2021*], a manual for students of higher education institutions of the Russian Orthodox Church. For the first time, in this manual it says that 'the priest must be not only a clergyman, but also a bit of a psychiatrist: in any case, the priest must master at least the basics of psychiatry'. There is also a special separate chapter (appendix) in this manual called 'Fundamentals of Pastoral Psychiatry'.

In the same year in the publishing house of the Moscow Patriarchate a special manual for clergymen 'Fundamentals of Pastoral

Psychiatry’ was published [*Kaleda V.G., 2021*]. In the Russian Orthodox Church, a course on pastoral psychiatry has been taught in a number of educational institutions since the mid-1990s. Just as future psychologists study psychopathology and the basics of psychiatry in books, so the future priests ought to know that as well. The course is taught at the Moscow and Sretensky Theological Academies, at the Orthodox Saint Tikhon's Humanitarian University, and at the seminaries: Perervinskaya, Belgorodskaya, Voronezhskaya, and some others.

A very important event occurred, in our opinion, in our psychiatric environment. In May 2021 the Congress of the Russian Society of Psychiatrists was held in St. Petersburg, where a special section ‘Clinical Psychiatry, Religion and Spirituality’ was created. The World Psychiatric Association (WPA) has a similar section. The purpose of this section is to systematize current ideas about the relationship between clinical psychiatry, spirituality and religiosity, and to disseminate scientific and practical knowledge to a wide range of people involved in the care of patients with some kind of religiosity with mental pathology.

That is, on the one hand, our task is to educate psychiatrists about the religious views, the values of our patients. Whatever the doctors themselves may think of these views, they must treat them with respect, they must know and understand them and support the patients in following their religious values. This task of the psychiatrist is declared, among others, by the World Psychiatric Association. On the other hand, we should engage in psychoeducation in the religious environment, in the orthodox media, including special courses in pastoral psychiatry.

Our Center has a little experience of cooperation with representatives of the Catholic Church as well, since we have had such patients. We have also had Muslim patients. In time, we hope to establish contact with representatives of other religions as well, within the framework of our scientific section of the Psychiatry Society.

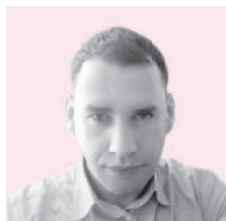
I would like to say that for 30 years there has been considerable experience of cooperation between psychiatrists and clergymen of the Russian Orthodox Church both in our Center and in the psychiatric clinic of the Kirov Military Medical Academy in St. Petersburg and in many psychiatric hospitals in Moscow and other cities of the Russian Federation. The experience is that we are co-laborers in the care

of our patients. Very often the priest is the person to whom a patient comes with his grief and his problem. It is the priest who can be the first person to recognize the presence of a mental disorder. Not only one's spiritual salvation, but also their life, depends on how he behaves. We know of many cases when a priest in confession revealed not just depression, or suicidal thoughts, but serious suicidal intentions, readiness to go and terminate their life.

A wonderful priest, Archpriest Ilya Odiakov, serves in the temple at our Center. He recalled: 'Once in confession one of the parishioners complained about difficult thoughts. She was feeling really bad. If I hadn't had special knowledge, I probably would not have paid attention to it. But it bothered me, and I carefully questioned her. It turned out that she thought the suicide was the only way out. Besides, she was going to take her daughter "from hell on earth" with her! I had a long talk with her, trying to find the right words for her. Eventually the woman voluntarily went to a psychiatrist, was cured, and now both she and her daughter are fine'.

There are many examples of this. When we work with clergymen in our Center, we often discuss a particular patient and his problems with them: that the patient does not want to be treated, does not want to take medication, etc. It is very important that priests support us. Often our patients take medication, come for consultation with a psychiatrist and are treated only because the priest told them so: 'I myself think that I should not be treated by a psychiatrist, I have purely spiritual problems, but the priest said so, and I do as he said'.

All in all, these days we can assure that mental health is an area of joint responsibility of specialists from mental health services and representatives of the Russian Orthodox Church.



Александр Владимирович Бобков

юрисконсульт Правового управления Московской Патриархии. Окончил Московскую государственную юридическую академию им. О.Е. Кутафина, Высшую школу экономики, Общецерковную аспирантуру и докторантуру им. святых равноапостольных Кирилла и Мефодия по профилю «каноническое право».

Alexander Vladimirovich Bobkov

is a legal adviser of the Moscow Patriarchate's Legal Department. He graduated from the Kutafin Moscow State Law Academy, the Higher School of Economics, the Kirill and Methodius All-Church post-graduate and doctoral program in canon law.

Правовые основы взаимодействия канонических подразделений Русской Православной Церкви и медицинских организаций России

Русская Православная Церковь имеет как исторический, так и современный опыт служения больничных священнослужителей (капелланов) и иных ее представителей в медицинских организациях различного профиля.

Остановлюсь на современном опыте.

Законодательство Российской Федерации, в частности Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предусматривает приоритет интересов пациентов при оказании медицинской помощи, что означает, в том числе, оказание медицинской помощи с соблюдением, по возможности, религиозных традиций пациента (пп. 2 п. 1 ст. 6). Согласно данному закону, пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, в том числе в стационар. Медицинским организациям, оказывающим паллиативную медицинскую помощь, необходимо взаимодействовать с религиозными организациями для предоставления пациентам духовной помощи (ст. 36).

Действующее российское законодательство содержит правовую базу, позволяющую медицинским организациям предоставлять религиозным организациям помещения для отправления религиозных обрядов. В таких помещениях религиозные организации обустроят домовые храмы, часовни и молитвенные комнаты. Так, согласно ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», если пациент находится на лечении в стационаре, он имеет право на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационаре, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

В профильном для религиозной сферы Федеральном законе «О свободе совести и о религиозных объединениях» предусмотрено также право проведения религиозных обрядов и церемоний в лечебно-профилактических и больничных учреждениях, детских домах, домах-интернатах для престарелых и инвалидов по просьбам находящихся в них граждан в помещениях, специально выделяемых администрацией для этих целей (п. 3 ст. 16).

Сегодня правоотношения между медицинскими и религиозными организациями по поводу размещения в медицинских организациях домовых храмов или молитвенных комнат оформляются заключением договора о сотрудничестве (типовой договор о сотрудничестве см. в письме Минздрава России от 19.10.2012 № 21-0/10/2-3097). Данное соглашение, как и выше приведенные нормы законодательства, не содержит требования об оформлении имущественных прав религиозных организаций на предоставленные помещения.

Следует отметить, что большинство медицинских организаций России, как федерального, так и регионального уровня, уже заключили договоры с религиозными организациями Русской Православной Церкви в соответствии с вышеприведенной типовой формой. Такие договоры действуют бессрочно, но могут быть прекращены по соглашению сторон.

Договор предусматривает различные виды сотрудничества между религиозной и медицинской организациями. В частности, помимо совершения богослужений и других религиозных обрядов и церемоний в помещениях медицинского учреждения, религиозная организация вправе вести благотворительную и иную деятельность, предусмотренную Федеральным законом

от 26.09.1997 № 125-ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях», в том числе: катехизаторскую, просветительскую деятельность среди сотрудников и пациентов; распространять религиозную литературу, аудио-, видеоматериалы и иные предметы религиозного назначения; вести благотворительную деятельность, в том числе по обеспечению ухода за пациентами, создавая такие церковные подразделения, как сестричества и др. По устной договоренности с администрацией медицинского учреждения религиозные организации направляют в учреждение священнослужителей по согласованным спискам и графикам совершения богослужений, которые могут быть также утверждены сторонами соглашения.

Медицинское учреждение обязано содействовать религиозным организациям в осуществлении их деятельности, в том числе выделяя здания (помещения в зданиях), обеспечивая их сохранность и др.

Следует также отметить, что в некоторых, весьма редких, случаях здания (помещения) медицинских учреждений передаются религиозным организациям в безвозмездное пользование. В таких случаях, с учетом ст. 695 ГК РФ, договор безвозмездного пользования содержит обязанность ссудодателя (медицинского учреждения) поддерживать переданное в безвозмездное пользование здание (помещение), в том числе осуществлять текущий и капитальный ремонт, нести все расходы на его содержание.

Необходимо подчеркнуть, что взаимоотношения Русской Православной Церкви в целом с Министерством здравоохранения России строятся на договорной основе в соответствии с действующим российским законодательством. В частности, эти взаимоотношения закреплены в подписанном 18 июня 2015 года соглашении о сотрудничестве между Церковью и министерством и включают: взаимодействие в совершенствовании правового регулирования охраны здоровья, для чего представителей Русской Православной Церкви приглашают в состав совещательных органов при министерстве для подготовки соответствующих проектов; обмен информацией и опытом в сфере взаимных интересов; подготовку специалистов в сфере охраны здоровья; разработку и реализацию совместных программ и проведение совместных

мероприятий и акций, в том числе благотворительного характера, по формированию здорового образа жизни среди населения Российской Федерации, и т.д.

Особо следует отметить, что в настоящее время в Российской Федерации священнослужители (капелланы) служат и оказывают религиозную поддержку в разных общественных сферах деятельности: не только в медицинских учреждениях, но также в армии и местах лишения свободы. При этом в армии и в местах лишения свободы священнослужители (капелланы) занимают штатные должности.

С 2009–2010 годов военные капелланы оформляются в качестве помощников командиров по работе с верующими военнослужащими. С 2012 года их специальная подготовка утверждена Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1004. Русская Православная Церковь предприняла немало усилий для введения института военного духовенства. Важной вехой стало принятие на заседании Священного Синода Русской Православной Церкви 25–26 декабря 2013 года Положения о военном духовенстве Русской Православной Церкви в Российской Федерации.

Тюремные священнослужители оформляются в местах лишения свободы как помощники начальников территориальных органов Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) по организации работы с верующими. Данная норма закреплена, в частности, в Постановлении Правительства РФ от 24.03.2007 № 176 (редакция от 10.04.2020, с изменениями от 01.08.2020) «Об оплате труда работников федеральных государственных органов, замещающих должности, не являющиеся должностями федеральной государственной гражданской службы». Такое положение было обусловлено корректировкой по инициативе Церкви уголовно-исполнительного законодательства, а также соглашениями подразделений ФСИН России с централизованными религиозными организациями Русской Православной Церкви.

Вместе с тем, больничные капелланы, обладая законодательно закрепленным правом допуска к пациентам в медицинских учреждениях, исполняя свой долг перед Церковью и народом Божиим, к глубокому сожалению, до сих пор лишены

подобной поддержки со стороны медицинских организаций, не оформлены в качестве больничных священнослужителей (капелланов) и не включены в систему здравоохранения России, в отличие от многих стран Запада.

В этой связи, обмен опытом с зарубежными коллегами по вопросу духовной помощи пациентам в медицинских организациях представляет интерес и надежду на развитие взаимоотношений в данной сфере.

Legal Basis of Interaction Canonical Divisions of the Russian Orthodox Church and Medical Organizations of Russia

The Russian Orthodox Church has both historical and contemporary experience of ministry of hospital clergy (chaplains) and its other representatives in medical organizations of different profiles.

I will dwell on contemporary experience.

The Russian Federation legislation, specifically, Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011 ‘On the Basis for Citizens’ Health Protection in the Russian Federation’ gives priority to patients’ interests in the provision of medical care, which means, among other things, providing medical care while respecting, if possible, the religious traditions of the patient (clause 6(2)(1)). According to this law, a patient has the right to be seen by a clergyman, including in an in-patient setting. Medical organizations providing palliative care need to cooperate with religious organizations to provide patients with spiritual care (Article 36).

Current Russian legislation contains a legal framework that allows medical organizations to provide religious organizations with rooms for religious practices. Religious organizations establish house churches, chapels and prayer rooms on such premises. Article 19 of the federal law ‘On the Fundamentals of Public Health Protection in the Russian Federation’, states that if a patient is hospitalized while undergoing treatment, he or she has the right to be able to perform reli-

religious rites while in hospital, including providing a separate room, provided it does not violate the internal rules of the medical organization.

The Federal Law 'On Freedom of Conscience and on Religious Associations', which is specific to the religious sphere, also provides priests with the right to perform religious rites and ceremonies in medical institutions and hospitals, orphanages and boarding schools for the elderly and disabled at the request of citizens inside facilities specifically designated by their administration for this purpose (Article 16, cl. 3).

Today, legal relations between medical and religious organizations regarding the placement of houses of worship or prayer rooms in medical organizations are formalized by concluding an agreement of cooperation (see a sample cooperation agreement in the letter of the Ministry of Health of Russia No. 21-0/10/2-3097 as of October 19, 2012). This agreement, as well as the above-mentioned norms of legislation, does not contain a requirement to formalize the property rights of religious organizations for the provided premises.

It should be noted that most medical organizations in Russia, both federal and regional, have already concluded agreements with religious organizations of the Russian Orthodox Church in accordance with the above-mentioned standard form. Such contracts are valid indefinitely, but may be terminated by the agreement of the parties.

The agreement stipulates various types of cooperation between religious and medical organizations. In particular, in addition to performing services of worship and other religious rites and ceremonies in the premises of a healthcare facility, a religious organization may engage in charitable and other activities provided for by Federal Law No. 125-FZ 'On Freedom of Conscience and on Religious Associations'. It is dated by September 26, 1997 and includes catechetical and educational activities among employees and patients, distribution of religious literature, audio and video materials and other religious items; conduction of charitable activities, including providing care for patients, creating such church units as sisterhoods, etc.

Upon verbal agreement with the administration of the medical institution, religious organizations shall send clergymen to the institution according to agreed lists and schedules for worship services, which may also be agreed upon by the parties to the agreement.

Medical institution is obliged to assist religious organizations in carrying out their activities, including allocating buildings (premises in the buildings), ensuring their safety, etc.

It should also be noted that in some, very rare cases, buildings (premises) of medical institutions are transferred to religious organizations for gratuitous use. In such cases, taking into account article 695 of the Civil Code of the Russian Federation, a gratuitous use agreement contains the obligation of the lender (medical institution) to maintain the building (premises) transferred for gratuitous use, this includes carrying out capital repairs and bearing all expenses for its maintenance.

It must be emphasized that the relationship of the Russian Orthodox Church as a whole with the Russian Ministry of Health is built on a contractual basis in accordance with current Russian legislation. In particular, this relationship is enshrined in the agreement on cooperation between the Church and the Ministry, signed on June 18, 2015, and includes: cooperation in improving the legal regulation of health care, for which representatives of the Russian Orthodox Church are included in advisory bodies under the Ministry to prepare relevant projects; exchange of information and experience in the sphere of mutual interests; training of specialists in the field of health care; development and implementation of joint programs and joint measures.

It should be particularly noted that at present in the Russian Federation clergy (chaplains) serve and provide religious support in various public spheres of activity: not only in medical institutions, but also in the army and in places of detention. Meantime, in the army and in places of detention, clergy (chaplains) occupy regular positions.

Since 2009–2010, military chaplains are assigned as assistant commanders for work with the faithful servicemen. Since 2012, their special training has been approved by the Decree of the Government of the Russian Federation № 1004 of 10/04/2012. The Russian Orthodox Church has made many efforts to introduce the institution of military clergy. An important milestone was the adoption, at a meeting of the Holy Synod of the Russian Orthodox Church on December 25–26, 2013, of the Regulation on Military Clergy of the Russian Orthodox Church in the Russian Federation.

Prison clergy are formalized in places of detention as assistants to the heads of territorial bodies of the Federal Penitentiary Service

(FPS) to organize work with the faithful. This norm is stated, in particular, in the Resolution of the Government of the Russian Federation of 03/24/2007 No. 176 (wording from 04/10/2020 as amended on 08/01/2020) 'On remuneration of employees of federal state bodies, who occupy positions, which are not positions of federal state civil service'. Such a provision was due to the adjustment of the criminal and executive legislation at the initiative of the Church, as well as agreements between the units of the Federal Penitentiary Service of Russia and centralized religious organizations of the Russian Orthodox Church.

At the same time, despite having a legislated right to access the patients in medical institutions in order to perform their duty to the Church and the people of God, hospital chaplains in Russia are unfortunately still deprived of such support from medical organisations, are not registered as hospital chaplains and are not included in the Russian Healthcare System, unlike Western chaplains.

In this regard, sharing experience with foreign colleagues on the issue of spiritual care for patients in medical organizations is of interest and hope for development in this area of relationship.



Иерей Николай Юрченко

настоятель храма свт. Луки Крымского при Центральной городской больнице г. Азова. Организовал первое сестричество в Азове, активно занимается больничным служением, во время пандемии посещает больных с COVID-19 в городских госпиталях и на дому.

Priest Nikolai Yurchenko

is the rector of Azov Central City Hospital Church of St. Luka of Crimea. He organized the first Sisterhood in Azov, is actively engaged in hospital ministry, during the pandemic visits patients with COVID-19 in the city hospitals and at home.

Опыт оказания духовной помощи людям с коронавирусной инфекцией в городе Азове Ростовской области

Хочу поделиться с многоуважаемыми участниками конференции нашим частным опытом оказания духовной помощи людям с коронавирусной инфекцией COVID-19, проходившим лечение в стационарах города Азова и на дому.

Наш храм находится на территории центральной городской больницы. До пандемии COVID-19 приход вел активную деятельность в больнице: сестры милосердия нашего сестричества обходили отделения, помогали в уходе за лежащими больными, посещали «отделение милосердия»⁴¹ для детей-инвалидов.

Весной 2020 года в нашем городе открылся первый госпиталь для пациентов с COVID-19. К концу 2020 года на территории нашей больницы действовали уже три госпиталя и реанимация для больных с COVID-19. В связи с этим появилась потребность в духовном окормлении таких больных в стационаре и на дому.

Решение о допуске священника в «красную зону» администрация нашей больницы принимала очень осторожно.

41 «Отделение милосердия» – структурное подразделение психоневрологического интерната или больницы для людей с тяжелыми неизлечимыми психическими и соматическими нарушениями, неспособных к самообслуживанию и требующих комплексного ухода.

Принятию положительного решения способствовал, прежде всего, тот факт, что с администрацией у нас уже был достигнут высокий уровень взаимодействия, поскольку наш приход вел активную деятельность в больнице.

Получить согласие я смог только после того, как 22 апреля 2020 года прошел инструктаж по правильному использованию средств индивидуальной защиты (СИЗ) и совершению таинств в инфекционных отделениях с COVID-19. Инструктаж был организован Епархиальным отделом по церковной благотворительности и социальному служению для священнослужителей Донской митрополии. Также я принимал участие в онлайн-конференциях и онлайн-семинарах, организованных Синодальным отделом по церковной благотворительности и социальному служению, посвященных больничному служению в условиях пандемии.

Как наше больничное служение совершается сегодня, в сложное время распространения инфекции?

До начала пандемии наши сестры милосердия посещали больных во всех отделениях больницы, оказывали духовную поддержку, помогали больным подготовиться к таинствам, ухаживали за тяжелобольными людьми. В условиях распространения коронавирусной инфекции возобновить посещение отделений стало возможно только после прохождения сестрами вакцинации и подтверждения иммунного статуса. Некоторые сестры милосердия, имеющие медицинское образование, приняли решение работать в «красной зоне» медицинскими сестрами. Например, сестра милосердия нашего сестричества Елена Завгородняя недавно была удостоена благодарности губернатора Ростовской области за самоотверженный труд по спасению жизней в госпитале для больных с COVID-19. Она работает там с начала пандемии.

В ноябре 2020 года во время сильного роста заболеваний в нашей больнице возникла большая потребность в кислородных концентраторах. Азовское городское благочиние провело благотворительную акцию «Дышать, чтобы жить», в ходе которой было собрано 850 тысяч рублей. Эти средства были потрачены на закупку десяти кислородных концентраторов и иного медицинского оборудования.

Желая поддержать врачей, которые самоотверженно трудятся в «красной зоне», наш приход организовал на территории

больницы кухню, и с октября 2020 года мы начали ежедневно обеспечивать горячим питанием медицинских работников ковидных госпиталей. С этого времени приготовлено и передано медицинским работникам более 10 тысяч горячих обедов.

Эта помощь стала возможна благодаря реализации проекта «Дела милосердия» при поддержке Фонда президентских грантов. Обеды получают не только медики, лечащие больных с COVID-19: проект также направлен на помощь пожилым одиноким людям в условиях пандемии. На протяжении года мы готовим 100 благотворительных обедов ежедневно, а наша команда волонтеров, которая насчитывает 120 человек, адресно доставляет обеды нашим подопечным. Также тем, кто нуждается, мы оказываем гуманитарную, психологическую и духовную помощь. Проект «Дела милосердия» за год своего существования собрал самую большую команду взрослых волонтеров в нашем городе.

В настоящее время по просьбе больных или их родственников я беспрепятственно посещаю «красную зону» для совершения своего служения. Особенно запоминающимися и важными были моменты, когда я оказывался единственным каналом связи родственников с больным близким, находящимся в реанимации. Они просят меня, чтобы я передал ему самые теплые слова любви и поддержки. Иногда такая связь с родными становится последней в земной жизни человека. Принимая Святые Таины, больной принимает Любовь Божию, а слушая сообщения, которые я приношу, они получают и любовь своих близких.

Пациенты больниц осознают важность духовной помощи, которую они получают благодаря церковному больничному служению, и очень высоко ее ценят. Расскажу только два эпизода.

20 июля 2021 года родственники одной женщины, ее звали Людмила, попросили меня навестить ее в больнице для совершения таинств. Я позвонил знакомому доктору и попросил узнать, не желают ли пациенты, которые находятся с Людмилой в одной палате, тоже исповедоваться и причаститься Святых Христовых Таин. Спустя непродолжительное время доктор позвонила и сказала, что 25 человек в отделении желают принять таинства. Уже во время посещения я понял: в этот день причастилось 100% пациентов отделения.

Вот еще один эпизод, который свидетельствует о том, что больничное служение оказывает помощь не только душе человека, но и телу. Я посещал женщину по имени Надежда, которая с коронавирусной инфекцией COVID-19 находилась в тяжелом состоянии в реанимации. Надежда долго боролась с болезнью, жизненные силы покидали ее, и врачи готовились к подключению аппарата искусственной вентиляции легких. Приняв Святое Тело и Кровь Христовы, Надежда укрепилась духом, вышла из тяжелого состояния. Постепенно она выздоровела, выписалась и теперь присутствует на каждом праздничном и воскресном богослужении нашего прихода, поет в церковном хоре и помогает другим бороться с COVID-19: очень ответственно подходит к регулярной санитарной обработке нашего храма, следит за соблюдением всеми санитарно-гигиенических норм и масочного режима.

Бывают случаи, когда меня приглашают не родственники, а сотрудники больницы. На своей опасной для жизни работе они тоже обращаются к Богу в молитвах и рады видеть священника в отделении. Также они отмечают, что после того, как священник посещает больного, его тревожность понижается, душевное состояние делается стабильнее, человеку иногда становятся не нужны седативные препараты, которые имеют побочный эффект, угнетая дыхательную функцию.

Нельзя забывать, что у медицинского персонала в условиях пандемии высокая степень нагрузки, нет сил на общение с больными. Доброе же пастырское слово действует как лекарство. Оно не только дает утешение, облегчает моральную боль, но и вселяет уверенность в то, что лечение, назначенное врачом, посылает Господь по Своей воле, и оно действительно, необходимо. От веры очень часто зависит исход лечения.

Для каждого верующего человека, находящегося на лечении в госпитале для больных с коронавирусом, очень важна возможность реализации своего права на свободу совести и вероисповедания. Отрадно видеть, как в России развивается больничное служение, которое было так распространено в нашей стране до революции. Институт больничных капелланов позволит сделать наше служение системным и не зависимым от личного отношения руководителей медицинских ведомств и учреждений.

Больничной капеллан сможет более тесно взаимодействовать с администрацией больниц, имея правовые основания для своего служения. Хотелось бы, чтобы институт капелланов был включен в общую систему Министерства здравоохранения, а больничной капеллан при этом подчинялся своей религиозной конфессии, по примеру западных стран.

Надеюсь, что тот замечательный опыт, с которым мы познакомились на конференции, получится в той или иной мере применить у нас в стране. Это очень важное направление в развитии взаимодействия христиан.

Сердечно благодарю вас за внимание!

Experience in Providing Spiritual Care to People with Coronavirus Infection in the City of Azov, Rostov Region

I would like to share with the esteemed conference participants our private experience of providing spiritual care to people who were ill with the COVID-19 coronavirus infection and were treated in Azov hospitals and at home.

Our church is located on the territory of the central city hospital. Prior to the pandemic of COVID-19 the parish was very active in the hospital: the Sisters of Charity of our sisterhood visited the wards, helped with the care of the bed-ridden patients, visited the ‘special care unit’⁴² for children with disabilities.

In the spring of 2020, our city opened its first hospital for patients with COVID-19. By the end of 2020, we already had three COVID-19 hospitals and intensive care units on our campus. As a result, there was a need for spiritual guidance for these patients in the hospital and at home.

The decision to allow priests into the ‘red zone’ was made very cautiously by the administration of our hospital. The decision to approve the request was facilitated by the fact that there was a high lev-

42 ‘Special Care Unit’ – a structural subdivision of a psychoneurological boarding school or hospital for people with severe incurable mental and somatic impairments, unable to look after themselves and requiring comprehensive care.

el of cooperation between us and the administration, since our parish was active in the hospital.

I was able to obtain approval only after I was instructed on April 22, 2020, on the proper use of personal protective equipment (PPE) and the administration of the Sacraments in the infectious disease wards with COVID-19. The training was organized by the Diocesan Department for Church Charity and Social Ministry for clergy of the Don Metropolis. I also participated in online conferences and online seminars organized by the Synodal Department for Church Charity and Social Ministry on hospital ministry in a pandemic.

How is our hospital ministry done today, in this difficult time of infection?

Prior to the pandemic, our Sisters of Charity visited patients in all hospital wards, provided spiritual support, helped patients prepare for the Sacraments, and cared for seriously ill people. With the spread of the coronavirus infection, it became possible to resume visits to the wards only after the sisters had been vaccinated and their immune status confirmed. Some Sisters of Charity, who had medical training, decided to work in the 'red zone' as nurses. For example, Elena Zavgorodnaya, a Sister of Charity of our sisterhood, was recently awarded a commendation from the Governor of the Rostov Region for her selfless life-saving work at the hospital for patients with COVID-19. She has been working there since the beginning of the pandemic.

In November 2020, during a strong increase in illnesses at our hospital, there was a great need for oxygen concentrators. The Azov city parish held a charity event 'Breathe to Live', which raised 850 thousand rubles. These funds were spent on buying ten oxygen concentrators and other medical equipment.

Wishing to support the doctors, who selflessly work in the 'red zone', our parish organized a kitchen on the hospital territory, and since October 2020 we started to provide daily hot meals to medical workers of the covid hospitals. Since then, more than 10,000 hot meals have been prepared and delivered to medical workers.

This assistance was made possible thanks to the 'Works of Mercy' project supported by the Presidential Grants Fund. Lunches are given not only to health care officials treating patients with COVID-19: the project also aims to help elderly single people in the pandem-

ic. Throughout the year we prepare 100 charity lunches a day, and our team of volunteers, which numbers 120 people, delivers lunches to our beneficiaries. We also provide humanitarian, psychological and spiritual assistance to those in need. In the year of its existence, the 'Works of Mercy' project has gathered the largest team of adult volunteers in our city.

Currently, at the request of the sick or their relatives, I freely visit the 'red zone' to perform ministry. Especially memorable and important were the times when I turned out to be the only channel of communication for relatives with a sick one in the ICU. They ask me to give him the warmest words of love and support. Sometimes this connection with relatives becomes the last connection in a person's earthly life. By receiving the Holy Mysteries, the patient receives the Love of God, and by listening to the messages I bring, they also get love from their relatives.

Hospital patients are aware of the importance of the spiritual help they receive through the Church's hospital ministry, and they appreciate it very much. I will tell you just two episodes.

On July 20, 2021, the relatives of a woman named Ludmila asked me to visit her in the hospital for the sacraments. I called a doctor I knew and asked if the patients who were in the room with Lyudmila would also like to receive Confession and Communion of the Blessed Sacrament. A short time later the doctor called and said that 25 people in the ward wanted to receive the Sacrament. Already during my visit, I realized that 100% of the ward's patients had received Communion that day.

Here is another episode that shows that hospital ministry helps not only the soul but also the body. I visited a woman named Nadezhda who was in a serious condition in the ICU with a COVID-19 coronavirus infection. Nadezhda was fighting a prolonged battle with the disease, her life force was leaving her, and the doctors were preparing to put her on a ventilator. After she received the Body and Blood of Christ, she was strengthened in spirit and came out of her difficult condition. Gradually she recovered, discharged from the hospital, and now attends every festive and Sunday services in our parish, sings in the church choir and helps others to fight covid: she is very responsible for the regular sanitation of our church, makes sure everyone follows the hygiene and mask regime.

There are times when I am not invited by relatives, but by hospital staff. In their life-threatening work, they turn to God in prayer too and are happy to see a priest in the ward. They also note that after a priest visits a patient, his anxiety decreases, his state of mind becomes more stable, and he sometimes does not need sedatives, which have a side effect and depress respiratory function.


We must not forget that medical personnel in a pandemic have a high workload and no energy to communicate with the sick. A good pastoral word works like medicine. It not only gives comfort, alleviates moral pain, but also instills confidence that the treatment prescribed by the doctor is sent by the Lord according to His Will, and it is effective, necessary. The outcome of a treatment often depends on faith.

For every believer undergoing treatment at a coronavirus hospital, the opportunity to exercise his or her right to freedom of conscience and religion is very important. It is encouraging to see the development in Russia of the hospital ministry that was so widespread in our country before the revolution. The institution of hospital chaplains will make our ministry systematic and independent of the personal attitudes of the heads of medical departments and institutions. A hospital chaplain will be able to work more closely with hospital administrators, having a legal basis for his ministry. I would like to see the institution of chaplains included in the general system of the Ministry of Health, and the hospital chaplain would be subordinate to his religious denomination, following the example of Western countries.

I hope that the wonderful experience with which we met at the conference will be applied to some extent in our country. This is a very important direction in the development of Christian cooperation.

I thank you from the bottom of my heart for your attention!





**ЗАКЛЮЧИ-
ТЕЛЬНОЕ
СЛОВО
CLOSING
REMARK**



Роман Николаевич Лункин

российский религиовед, социолог религии, публицист, доктор политических наук. Заместитель директора по научной работе Института Европы Российской академии наук (РАН), руководитель Центра по изучению проблем религии и общества Института Европы РАН, автор издания «Современная религиозная жизнь России. Опыт систематического описания», сотрудник проекта «Энциклопедия современной религиозной жизни России». Главный редактор научного журнала РАН «Современная Европа» (с 2019), ответственный редактор портала «Религиозная жизнь». Автор научных работ по социологии религии, религиоведению и общественно-политическим вопросам.

Roman Nicolaevich Lunkin

is a Russian religious scholar, sociologist of religion, publicist, and doctor of political science. He is the deputy director of research in the Institute of Europe of the Russian Academy of Sciences (RAS), head of the Center for the Study of Religion and Society in the Institute of Europe of the RAS, author of the publication 'Modern Religious Life in Russia. Experience in systematic description'. He is an associate of the project 'The Encyclopedia of Contemporary Religious Life in Russia'. He is the editor-in-chief of the RAS scientific journal 'Modern Europe' (since 2019), responsible editor of the portal 'Religious Life'. Author of research papers on the sociology of religion, religious studies, and socio-political issues.

Социальное и историческое значение больничного служения Церкви: сможет ли общество без солидарности и милосердия?

Уважаемый владыка, уважаемые участники, спасибо за предоставленное слово.

В заголовке моего заключительного слова есть вопрос: сможет ли общество существовать без солидарности и милосердия там, где речь идет о больных и больницах? Ответ поначалу казался мне очевидным: нет, не сможет. На самом же деле, во многих случаях без них обходятся. Государственная система здравоохранения не может ставить перед собой задачу обеспечить милосердием и солидарностью — она должна обеспечивать определенные социальные гарантии, быть эффективной, предоставляя медицинские услуги. Источником же солидарности и милосердия может быть именно Церковь. И в этом ее новая социальная роль в российском обществе.

За последние 30 лет церковное служение в медицинских учреждениях превратилось в хорошо разработанную сферу

деятельности православного духовенства и мирян. В своих статьях и я, и мои коллеги не раз это подчеркивали, в том числе, упоминая и о важной роли в этом Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви и лично владыки Пантелеимона. В значительной степени именно работа в больницах с разной спецификой — хосписах, диспансерах и т.д. — стала импульсом для осознания важности социального служения Церкви, для изменения отношения общества к церковной деятельности.

Православное сообщество в последние десятилетия показало, что не только сама Церковь может меняться изнутри, но она способна менять и общество вокруг себя.

Если проводить исторические параллели, то в истории социального служения Русской Православной Церкви до 1917 года можно увидеть множество разнообразных церковных инициатив, похожих на современные. Но наиболее близкими к современности мне показались не отдельные социальные проекты, не само по себе служение духовенства в больницах (как мы знаем, тогда при каждой больнице был храм или часовня), а жизнь и развитие миссий Православной Церкви среди коренных народов России. Например, образование Алтайской или Камчатской миссии обязательно включало в себя организацию больницы и создание, как мы бы сейчас сказали, целого комплекса социальных услуг для населения. Таким образом, Церковь налаживает контакт с окружающим миром через свое социальное служение людям, через участие в жизни конкретного человека не только словом, но и делом. Такие социально-духовные центры, как Марфо-Мариинская обитель в Москве, также были не только источником добрых дел, но и поиском со стороны Церкви своего места в обществе, школой общения и налаживания отношений.

Что-то подобное происходит и в постсоветский период. Социальное служение Церкви становится не только исповеданием веры, но и способом взаимодействия с людьми. Критически важным для Церкви в 1990–2000-е годы становится умение общаться с людьми, проявлять доверие и открытость, утешать. Это важная часть ее социального служения.

В настоящее время опыт больничного служения в Церкви очень многообразен, о чем сегодня уже говорилось. В некото-

рых регионах России (например, в Белгородской, Тверской областях) региональные власти целенаправленно поддерживали социальные проекты епархий, осознавая необходимость церковной помощи. В подобных регионах больничным служением Церкви охвачены практически все медицинские и социальные учреждения. В большинстве епархий священники закреплены за определенными медицинскими учреждениями, которые посещают по запросу и по праздникам. Участвуют в больничном служении и члены православных сестричеств, созданных на базе православных приходов, медицинских колледжей, и отдельные представители монастырей и приходов.

В России сейчас, по крайней мере, по открытой статистике — 5,3 тысяч больничных учреждений с 1,2 миллиона больничных мест и около 30 тысяч представителей духовенства в 19 тысячах православных организаций. Таким образом, создана уже достаточно мощная база для больничного служения.

Нужно особо отметить вклад волонтерских проектов. Для больничного служения возможность привлекать волонтеров стала также одним из факторов прорыва. Ведь больничное служение, как и многие другие формы социального служения Церкви, это не просто душепопечение, не только причастие, исповедь — это и самая разная помощь больницам и больным, за счет чего служение в больницах приобретает особый объем.

К развитию церковного больничного служения, безусловно, дал толчок нынешний кризис, связанный с пандемией, хотя, как мы видим, возможность нести такое служение было подготовлено всей предыдущей деятельностью Церкви. И введение института больничных священников представляется чрезвычайно актуальным и логичным развитием социального служения Церкви.

Думаю, что одно из преодолимых препятствий к этому — существующие в обществе стереотипы о том, что такое светское государство и какую роль должна в нем играть религия. Поскольку Россия в большей степени соотносит себя с Европой и ориентируется именно на европейский опыт, то я бы напомнил о принципиальных решениях Европейского союза, закрепленных Лиссабонским договором. Этот основополагающий договор, во-первых, признает особой сферой отношения Европейского союза

с религиозными организациями. И во-вторых, признает право национальных государств на создание своей системы государственно-церковных отношений, в рамках которых устанавливается, в том числе, статус духовенства, работающего в армии, школах, больницах.

Возвращаясь к теме своего краткого заключительного слова, хочу повторить, что интересы государства не могут быть направлены на то, чтобы вместе с качественными медицинскими услугами дать больным сострадание и утешение в сложной ситуации. Поиск взаимопонимания, утешение, любовь, милосердие — то, что может принести и несет в больницы Церковь. О взаимопонимании, утешении, общении с больными говорили сегодня многие докладчики. Поиск нужной волны для общения с человеком является одной из главных тем книги владыки Пантелеимона «Больничник священник». Это чрезвычайно важно для нас сегодня в нашем разъединенном обществе, когда все погружены в свои страхи, и каждый — сам за себя.

Известный российский писатель Евгений Водолазкин еще в начале пандемии говорил о том, что после эпохи выстраивания разных границ, санитарных кордонов обязательно придет время объятий. Милосердие, общение, солидарность важны для любого общества и для любого человека, болеющего или здорового.

Спасибо всем за внимание.

Social and Historical Significance of the Church Hospital Ministry: can Society exist without Solidarity and Mercy?

Dear Vladyka, dear participants, thank you for giving me the floor.

In the title of my closing remarks there is a question: can society exist without solidarity and mercy where the sick and hospitals are concerned? The answer seemed obvious to me at first: no, it cannot. In fact, in many cases it may do without them. The state health care system cannot be intended to provide mercy and solidarity — it must provide certain social guarantees, be effective, and provide medical services. The Church can be the source of solidarity and mercy. And this is its new social role in Russian society.

Over the past 30 years the Church's ministry in medical institutions has become a well-developed field of activity for Orthodox clergy and laity. In my articles, my colleagues and I have repeatedly underlined this, mentioning, among other things, the important role of the Russian Orthodox Church's Department for Church Charity and Social Ministry and personally Vladyka Panteleimon. To a large extent, it was the work in hospitals with various specifics — hospices, dispensaries, etc. — that became the impetus for realizing the importance of the Church's social ministry and for changing society's attitude toward the Church's activities.

The Orthodox community in recent decades has shown that not only the church can change from within, but it can change the society around it.

If we look at historical parallels, we can see in the history of the Russian Orthodox Church's social service before 1917 many church initiatives similar to those of today. But it is not the individual social projects, not the ministry of clergy in hospitals (as we know, then every hospital had a church or chapel), but the life and development of the Orthodox Church's missions among the indigenous peoples of Russia that I find closest to the present day. For example, the formation of Altai or Kamchatka missions necessarily included the organization of a hospital and the creation of, as we would say now, a whole range of social services for the population. In this way the Church establishes contact with the surrounding world through its social service to the people, through its participation in the life of a particular person, not only in word but also in deed. Social-spiritual centers like the Marfo-Mariinsky Cloister in Moscow were also not only a source of good works, but also a search by the Church for its place in society, a school of communication and relationship-building.

Something similar is happening in the post-Soviet period. The social ministry of the Church is becoming not only a confession of faith but also a way of interacting with people. Critically important for the Church in the 1990s and 2000s was the ability to communicate with people, to show trust and openness, to comfort. This is an important part of its social ministry.

At present, the experience of hospital ministry in the Church is very diverse, as has already been mentioned today. In some regions of Russia (e.g., Belgorod and Tver regions), regional authorities have purposefully supported social projects of dioceses, recognizing the need of the Church assistance. In such regions, the Church's hospital ministry covered virtually all medical and social institutions. In most dioceses, priests are assigned to specific medical institutions, which they visit upon request and on holidays. Members of Orthodox Sisterhoods, established on the basis of Orthodox parishes and medical colleges, and individual representatives of monasteries and parishes also participate in hospital ministry.

In Russia today, at least according to open statistics, there are 5,300 hospital institutions with 1,2 million beds, and about 30,000 members of the clergy in 19,000 Orthodox organizations. Thus, a fairly strong base for hospital ministry is already in place.

We should emphasize the contribution of volunteer projects. The ability to involve volunteers has also been one of the breakthrough factors for hospital ministry. After all, hospital ministry, like many other forms of social ministry of the Church, is not only spiritual care, not only Communion and confession, but also various kinds of assistance to hospitals and the sick, which makes hospital ministry especially important.

The current pandemic crisis certainly gave the Church an impetus for the development of hospital ministry, although, as we can see, the possibility of such ministry was prepared by all the previous activities of the Church. And the introduction of the institution of hospital chaplains seems to be an extremely relevant and logical development of the social ministry of the Church.

I think that one of the surmountable obstacles to this is the stereotypes that exist in society about what a secular state is and what role religion should play in it. Since Russia relates itself to Europe to a greater extent and is guided by the European experience, I would remind you of the fundamental decisions of the European Union enshrined in the Lisbon Treaty. This founding treaty, first of all, recognizes the relations between the EU with religious organisations as a special sphere. Secondly, it recognizes the right of nation-states to create their own system of state-church relations, which establishes, among other things, the status of clergy working in the army, schools and hospitals.

Returning to the topic of my brief concluding remarks, I would like to reiterate that the interests of the state cannot be focused on giving the sick compassion and comfort in a difficult situation along with quality medical services. The search for understanding, consolation, love, mercy, is what the Church can and does bring to hospitals. Many speakers today talked about mutual understanding, consolation, communication with the sick. Finding the right wave for communicating with the person is one of the main themes of Vladyka Panteleimon's book 'The Hospital Priest'. This is extremely important for us today in our divided society, when everyone is immersed in one's own fears and everyone is on their own.

The famous Russian writer Yevgeny Vodolazkin said back at the beginning of the pandemic that after the era of building different borders and sanitary cordons, a time of embrace would surely come. Mercy, communication, solidarity are important for any society and for any person, sick or healthy.

Thank you all for your attention



ПРИЛОЖЕНИЯ
ATTACHMENTS

Приложение 1. Методические рекомендации Минздрава России по установлению порядка посещения священнослужителями пациентов больниц

Одним из важнейших итогов конференции стало внимание к проблеме допуска священнослужителей к пациентам больниц. В результате Министерством здравоохранения России при участии Синодального отдела по благотворительности были разработаны методические рекомендации, которые Минздрав России направил в федеральные и региональные органы государственной власти в сфере охраны здоровья (см. письмо заместителя министра здравоохранения РФ О.О. Салагая от 29.12.2021 №21-5/И/2-22371). В методических рекомендациях описан алгоритм посещения священником больного в стационаре от момента поступления соответствующей просьбы со стороны пациента или его представителей.

Вице-премьер России Татьяна Голикова дала поручение федеральным и региональным органам власти в сфере здравоохранения принять на основе рекомендаций собственные нормативные акты, регулирующие порядок допуска священников в стационары (см. протокол заседания Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере под

председательством вице-премьера России Т.А. Голиковой от 28 декабря 2021 года №11, пункт 5, и письмо заместителя министра здравоохранения О.О. Салагая от 19.01.2022 №21-5/И/1-591).

Аналогичные рекомендации Минздрав России направил в федеральные органы исполнительной власти (см. письма №21-5/И/1-11263 от 30.12.2021 и №21-5/И/1-489 от 24.01.2022); в ОАО «РЖД» №21-5/И/2-22439 от 30.12.2021).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОРЯДКА ПОСЕЩЕНИЯ СЯЩЕННОСЛУЖИТЕЛЯМИ ПАЦИЕНТОВ

1 В органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья рекомендуется определить ответственного за взаимодействие с централизованными религиозными организациями в целях реализации прав пациентов на допуск священнослужителя и совершения религиозных обрядов.

2 В медицинской организации рекомендуется определить ответственного за взаимодействие с религиозными организациями (далее — ответственный сотрудник), основной задачей которого является оказание содействия в реализации предусмотренного статьей 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» права гражданина на допуск к нему священнослужителя и отправления религиозных обрядов при получении медицинской помощи в стационарных условиях.

3 Руководителям медицинских организаций рекомендуется организовать возможность посещения священнослужителями пациентов в часы посещения в структурных подразделениях стационарных медицинских организаций при оказании плановой медицинской помощи с соблюдением противоэпидемического режима с предоставлением условий для отправления религиозных обрядов.

4 Для пациентов, находящихся в структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю реанимации и интенсивной терапии, а также паллиативной помощи, возможность посещения священнослужителями

рекомендуется организовывать без учета часов посещений с соблюдением противоэпидемического режима. Аналогичное исключение рекомендуется сделать для пациентов, находящихся в иных структурных подразделениях медицинских организаций, при угрозе жизни данных пациентов.

5 При организации посещений должно быть обеспечено соблюдение требований противоэпидемического режима, включая применение соответствующих средств индивидуальной защиты. Рекомендуется осуществлять допуск священнослужителей, прошедших вакцинацию против коронавирусной инфекции или имеющих отрицательный результат ПЦР-теста на коронавирус (давностью не более 48 часов). Для случаев, когда жизни пациента угрожает опасность, священнослужитель может быть однократно допущен к пациенту без соблюдения вышеуказанного требования. При этом последующий допуск данного священнослужителя без соблюдения указанных требований не рекомендуется.

6 Ответственному сотруднику рекомендуется провести краткий инструктаж священнослужителя относительно имеющихся правил посещения пациентов, а также соблюдения противопожарной безопасности при отправлении религиозных обрядов с использованием церковных свечей.

7 Медицинский персонал структурных подразделений (лечащий врач, дежурный врач, палатная медицинская сестра) при поступлении от пациента информации о желании встречи со священнослужителем передает данную информацию ответственному сотруднику. Рекомендуется передавать такую информацию в течение суток, а в случае угрозы жизни — в течение 2 часов. Ответственный сотрудник передает данную информацию в религиозную организацию и в дальнейшем оказывает необходимое содействие в организации посещения священнослужителем указанного пациента. В случае, если пациент по состоянию здоровья не может самостоятельно обратиться к указанным лицам, соответствующая информация о необходимости посещения священнослужителем может быть передана иными лицами.

8 Пациент и иные лица также могут пригласить священнослужителя, обратившись напрямую в религиозную организацию. В таком случае религиозная организация ставит в известность о визите священника ответственного сотрудника,

которому рекомендуется обеспечить необходимое содействие в организации посещения священнослужителем пациента.

9 Медицинские работники структурных подразделений при поступлении от пациента информации о желании встречи со священнослужителем производят соответствующую запись в медицинской документации пациента.

10 Не рекомендуется ограничивать число посещений пациента священнослужителем. В то же время разумным представляется посещение священнослужителем пациента не чаще 1 раза в день.

11 В целях оптимальной организации посещения медицинских организаций священнослужителем рекомендуется оказывать ему содействие, в том числе путем определения сопровождающего работника из числа персонала структурного подразделения медицинской организации, посещение которого осуществляется.

12 На сайте медицинской организации, а также информационном стенде может быть представлена контактная информация религиозной организации.

13 Вышеуказанные положения рекомендуется оформить в виде нормативно-правового акта региональных органов власти в сфере охраны здоровья граждан.

14 Детализация регулирования может быть осуществлена в соглашениях о сотрудничестве органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, федеральных и иных медицинских организаций с централизованными религиозными организациями.

Attachment 1. Methodological Recommendations of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation on Establishing the Procedure for Visiting Hospital Patients by Clergy

One of the most important outcomes of the conference was to draw attention to the problem of admission of clergy to hospital patients. As a result, the Ministry of Healthcare of Russia, with participation of the Synodal Department for Charity, developed procedural recommendations. They were distributed by the Ministry of Healthcare of the Russian Federation to the federal and regional state authorities in the field of health protection (see letter of the Deputy Minister of Healthcare Oleg Salagay #21-5/И/2-22371 dated December 12, 2021). The recommendations describe the procedure of clergy hospital visits from the moment of the receipt of a request from a patient or his/her representatives.

Deputy Prime Minister of Russia Tatyana Golikova instructed federal and regional authorities in the field of healthcare to adopt

their own legal instruments on the basis of recommendations regulating the procedure for admitting priests to hospitals (see the meeting minutes of the Government Council on Guardianship in the Social Sphere held on December 28, 2021, under the chairmanship of the Deputy Prime Minister of Russia Tatyana Golikova, paragraph 5, and the letter of the Deputy Minister of Healthcare Oleg Salagay #21-5/И/1-591 dated January 19, 2022).

Similar recommendations were sent by the Ministry of Healthcare of Russia to the federal executive authorities (see the letters #21-5/И/1-11263 dated December 30, 2021, and #21-5/И/1-489 dated January 24, 2022); as well as the letter to JSC Russian Railways #21-5/И/2-22439 dated December 30, 2021).

RECOMMENDATIONS ON THE ESTABLISHMENT OF A REGIONAL PROCEDURE FOR VISITING PATIENTS BY CLERGYMEN

1 In the executive authority of the subject of the Russian Federation in the field of healthcare, it is recommended to determine the person responsible for interaction with centralized religious organizations in order to realize the rights of patients to the admission of a clergyman and the performance of religious rites.

2 In a medical organization, it is recommended to determine the person responsible for interaction with religious organizations (hereinafter referred to as the responsible employee), whose main task is to assist in the implementation of Article 19 of Federal Law No. 323-(ФЗ)FZ of 21.11.2011 'On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation' of a citizen's the rights to the admission of a clergyman and the performance of religious rites when receiving medical care in a hospital setting.

3 It is recommended that the authorities of medical organizations should organize the possibility of clergy visiting patients during visiting hours in the structural units of inpatient medical organizations when providing routine medical care in compliance with the anti-epidemic regime with the provision of conditions for religious rites.

4 For patients who are in those structural units of medical organizations that provide assistance in the field of resuscitation and intensive care, as well as palliative care, it is recommended to organize the possibility of visits by clergymen without taking into account visiting hours in compliance with the anti-epidemic regime. A similar exception is recommended for patients who are in other structural divisions of medical organizations, in case of a threat to life of these patients.

5 When organizing visits, compliance with the requirements of the anti-epidemic regime, including the use of appropriate personal protective equipment, must be ensured. It is recommended to allow clergymen who have been vaccinated against coronavirus infection or have a negative result of a PCR test for coronavirus (performed no more than 48 hours before). In cases where the patient's life is in danger, the clergyman may be admitted to the patient once without complying with the above mentioned requirement. At the same time, the subsequent admission of this clergyman without complying with these requirements is not recommended.

6 The responsible employee should inform the clergyman on the existing rules for visiting patients, as well as compliance with fire safety when performing religious rites using church candles.

7 The medical staff of structural divisions (attending physician, duty doctor, ward nurse), upon receipt of information from the patient about the desire to meet with the clergyman, transmits this information to the responsible employee. It is recommended to transmit such information during the day, and in case of a threat to life within 2 hours. The responsible employee transmits this information to a religious organization and further provides the necessary assistance in organizing a visit by a clergyman to the specified patient. If the patient is unable to contact these persons independently for health reasons, the relevant information about the need for a visit by a clergyman may be transmitted by other persons.

8 The patient and other persons may also invite a clergyman by contacting a religious organization directly. In this case, the religious organization notifies the responsible employee about the visit of the priest. The employee, in turn, should provide the necessary assistance in organizing the clergyman's visit to the patient.

9 Medical workers of structural divisions, when receiving information from a patient about the desire to meet with a clergyman, make an appropriate entry in the patient's medical documentation.

10 It is not recommended to limit the number of visits to the patient by a clergyman. At the same time, it seems reasonable for a clergyman to visit a patient no more than once a day.

11 In order to optimally organize visits to medical organizations by a clergyman, it is recommended to assist him, including by identifying an accompanying employee from among the staff of the structural unit of the medical organization visited.

12 The contact information of a religious organization may be provided on the website of a medical organization, as well as on an information stand.

13 It is recommended to formalize the above provisions in the form of a regulatory legal act of regional authorities in the field of public health protection.

14 Detailed regulation can be implemented in agreements on cooperation of executive authorities of the subjects of the Russian Federation in the field of health protection, federal and other medical organizations with centralized religious organizations.

Приложение 2. Духовные аспекты «Глобальной стратегии по достижению здоровья для всех к 2000 году».⁴³ Резолюция 37-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения⁴⁴

Тридцать седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад Генерального директора о духовных аспектах Глобальной стратегии по достижению здоровья для всех к 2000 году⁴⁵ и рекомендацию Исполнительного комитета по этому вопросу, содержащуюся в резолюции EB73.R3; понимая под духовными аспектами явление, которое не является материальным по природе, а принадлежит к области идей, верований,

43 Здесь и далее в качестве приложений приведены документы ВОЗ, которые впервые подняли вопрос о духовных аспектах здоровья. Документы предоставлены госпожой Мелитой Вуйнович (см. с. 60).

44 A37/A/Conf. Paper № 1. 11 мая 1984 г. Пункт 19 повестки дня.

45 Документ EB73/1984/REC/I.

ценностей и этики, возникших в умах и совести человеческих существ, особенно облагораживающих идей;

- 1 *выражает* благодарность Генеральному директору за его доклад и Исполнительному комитету за его рекомендацию;
- 2 *соглашается* с мыслями, содержащимися в этом докладе;
- 3 *отмечает*, что благодаря облагораживающим идеям возникли идеалы в области здравоохранения, что привело к практической стратегии здоровья для всех, направленной на достижение цели, имеющей как материальный, так и нематериальный компонент;
- 4 *признает*, что, если материальный компонент стратегии может быть обеспечен для людей, нематериальный или духовный компонент представляет собой нечто, что должно возникать внутри человека и общества в соответствии с определенными социальными и культурными образцами;
- 5 *считает*, что претворение в жизнь идеалов в области здравоохранения, составляющих моральную основу цели достижения здоровья для всех к 2000 году, само по себе будет способствовать появлению у человека чувства благополучия;
- 6 *признает*, что духовные аспекты играют важную роль в том, чтобы у людей возникли стимулы к достижению успехов во всех аспектах жизни;
- 7 *утверждает* вследствие этого, что облагораживающие идеи людей не только способствовали развертыванию в глобальном масштабе деятельности по достижению здоровья для всех, но также придали здравоохранению, как это определено в Уставе ВОЗ, дополнительные духовные аспекты;
- 8 *предлагает* государствам-членам рассмотреть вопрос о включении в свои стратегии по достижению здоровья для всех духовных аспектов, как это определено в данной резолюции, в соответствии со своими социальными и культурными образцами;
- 9 *просит* Генерального директора далее изучать вопрос о роли духовных аспектов в деле содействия достижению цели здоровья для всех к 2000 году.

Attachment 2. The Spiritual Dimension in the Global Strategy for Health for All by the Year 2000.⁴⁶ The 37th World Health Assembly Resolution⁴⁷

Having considered the Director-General's Report on the Spiritual Dimension in the Global Strategy for Health for All by the Year 2000⁴⁸ and the recommendation of the Executive Board thereon contained in Resolution EB73.R3

Understanding the spiritual dimension to imply a phenomenon that is not material in nature but belongs to the realm of ideas, beliefs, values and ethics that have arisen in the minds and conscience of human beings, particularly ennobling ideas;

- 1 *thanks* the Director-General for his report and the Executive Board for its recommendation;
- 2 *concur*s with the reflections contained in the report;

46 Hereinafter, as appendices the WHO documents which raised the spiritual aspects of health for the first time are listed. The documents were provided by Dr. Melita Vujnovic (see p. 60).

47 Agenda item 19. WHA37.13. 15 May 1984.

48 Document EB73/1984/REC/1, Annex 1.

- 3 *notes* that ennobling ideas have given rise to health ideals which have led to a practical strategy for health for all that aims at attaining a goal that has both a material and non-material component;
- 4 *recognizes* that if the material component of the strategy can be provided to people, the non-material or spiritual one is something that has to arise within people and communities in keeping with their social and cultural patterns;
- 5 *considers* that the realization of the health ideals that form the moral basis of the goal of health for all by the year 2000 will itself contribute to people's feelings of well-being;
- 6 *realizing* that the spiritual dimension plays a great role in motivating peoples' achievement in all aspects of life;
- 7 *asserts* in consequence that ennobling ideas have not only stimulated worldwide action for health but have also given to health, as defined in WHO's Constitution, an added spiritual dimension;
- 8 *invites* Member States to consider including in their strategies for health for all a spiritual dimension as defined in this resolution in accordance with their social and cultural patterns;
- 9 *requests* the Director-General to further explore the role of the spiritual dimension in attaining the goal of Health for All by the Year 2000.

Приложение 3. Духовное здоровье — четвертое измерение: перспективы общественного здравоохранения⁴⁹

ВВЕДЕНИЕ

Современные специалисты в области общественного здравоохранения находятся в центре эпидемии неинфекционных заболеваний, которые, как известно, имеют свои факторы риска — в частности, связанные с тем, какой образ жизни ведут люди. Среди основных факторов риска заболеваний, связанных с образом жизни, выделяют питание, гиподинамию, курение, употребление алкоголя, стресс и др.

На прошедшей недавно сессии Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ООН) особое внимание было уделено борьбе с неинфекционными заболеваниями путем борьбы с «глобализацией нездорового образа жизни» [1]. Действительно, на поведенческие аспекты человека в значительной степени влияют его рацион питания, интерес к сидячему или активно-

49 Журнал о здравоохранении Юго-Восточной Азии ВОЗ. Январь-март 2013 г. 2(1)/Перспектива. [Электронный ресурс]: www.searo.who.int/publications/journals/seajph (дата обращения: 20.01.2022). DOI: 10.4103/2224-3151.115826

му образу жизни и пристрастие к табаку, алкоголю и другим веществам. В то же время, значительное влияние имеют такие факторы, как система ценностей общества и приемлемые для людей взгляды.

Духовные принципы мира всегда акцентировали внимание на определенных когнитивных и поведенческих установках людей, стремящихся к здоровью и самореализации в жизни.

Внесение изменений в когнитивную, аффективную и поведенческую сферы — это длительный и сложный процесс. Каждый человек реагирует на такие изменения в зависимости от своих интересов и осознания необходимости таких изменений.

В последнее время в академических и интеллектуальных кругах много размышляют и рассуждают о роли духовности и здоровья в обществе. В связи с этим ощущается сильное давление, направленное на переосмысление значения существующей системы здравоохранения и ее изменение. В наши дни здоровье не может быть сбалансированным без духовности. Доказано, что духовность и духовные практики оказывают положительное влияние на многие заболевания, связанные с образом жизни. На сегодняшний день мировое научное сообщество успешно установило положительную роль духовных практик и духовности при лечении рака, гипертонии, депрессии и курения.

Связь между телом, разумом и социальным измерением больше не вызывает дискуссий. Таким образом, возникает необходимость в скором будущем мудро использовать когнитивно-поведенческий манифест в сфере здравоохранения. Несомненно, нас призвали потрудиться и собраться с силами, чтобы выйти за рамки существующего треугольника физического, психического и социального здоровья при решении вопросов здоровья общества. Назрела необходимость изменить формулировку этого утверждения с целью включения в нее изучение четвертого измерения здоровья — духовного благополучия людей. В исследовании [2], посвященном духовному здоровью — «определению и количественной оценке четвертого измерения здоровья», духовное здоровье было определено как состояние, в котором человек способен решать повседневные жизненные проблемы таким образом, чтобы полностью реализовать свой потенциал, осознать смысл и цель своей жизни и получить внутреннее

удовлетворение. Такое состояние бытия достижимо через саморазвитие, самореализацию и самосовершенствование.

Литературные источники свидетельствуют о том, что духовность в целом фокусируется на глубокой вовлеченности в повседневную деятельность мира, и в то же время отстраненности, в рамках которой постоянно прилагаются усилия для развития совершенной любви, сострадания и спокойствия, которые заменят гнев, ревность, себялюбие и ненависть. Это приведет к тому, что люди смогут использовать свои способности в полной мере и даже выходить за грани своих возможностей. Это превращает процесс «становления» в процесс «бытия» и расширяется за пределы, чтобы достигнуть абсолютного здоровья.

ОБСУЖДЕНИЕ

Авторы межгруппового исследования «Духовность и здоровье: исследование знаний, отношения и практики врачами Северной Индии» [3] обнаружили, что 65,65% исследуемых имеют сильную или очень сильную веру в духовное измерение здоровья; 55,22% верят в профилактическую роль духовности; 80% верят в лечебную роль духовности; столько же человек придерживается мнения, что духовность играет важную роль в повседневном уходе за пациентами; 92,5% хотели бы знать больше о научной работе, проводимой в этой области. Что касается роли духовного аспекта здоровья в профилактике и лечении заболеваний, 55,22% врачей считают, что духовный человек болеет реже. Значительное большинство (87,39%) также считают, что духовные люди лучше справляются с болезнями, а 80% считают, что они быстрее выздоравливают. Самым значительным результатом стало то, что, по мнению 93,48% врачей, духовный человек лучше справляется со стрессом, а 81,74% считают, что такой человек лучше справляется с переживанием смерти близкого. Некоторые врачи действительно учитывают эти факторы в своей практике оказания медицинской помощи.

Впоследствии они предложили оценку духовного здоровья в качестве первого шага по включению духовности пациентов в практику медицинского обслуживания. Для этой цели был разработан формальный инструмент под названием НОРЕ. В этой

аббревиатуре «Н» обозначает источники надежды, утешения, силы, смысла, мира и любви, «О» означает роль организованных духовных или религиозных практик для пациентов, «Р» обозначает личную духовность и практику, а «Е» — влияние на медицинскую помощь [4]. Духовное здоровье и его соответствие различным заболеваниям, связанным с образом жизни, свидетельствуют о необходимости разработки коррекционных мер, которые, вероятно, позволят в значительной степени снизить количество тяжелых заболеваний, связанных с образом жизни.

Приемлемые духовные практики положительно соотносятся с выживанием, снижением высокого кровяного давления, меньшим временем ремиссии от депрессии, уменьшением количества выкуриваемых сигарет в день за неделю и снижением частоты тяжелых медицинских заболеваний. Вместе с тем улучшается качество жизни, повышается способность к сотрудничеству и снижается уровень интерлейкина-6 [5]. В своем исследовании Кинг и другие авторы [6] выявили, что люди, обладающие положительными духовными убеждениями, как правило, лучше и полнее справляются со смертью близкого родственника или друга по сравнению с неверующими. Духовность смягчает процесс оплакивания. Такие убеждения, вне зависимости от того, участвует ли человек в церковной жизни, помогают ему оправиться от трагедии. Это подтверждает следующая цитата: «Мы только говорим, что духовные убеждения, по-видимому, играют определенную роль в том, как люди скорбят, и поэтому должны учитываться при общем уходе за ними». Такие эмпирические доказательства побуждают интегрировать физические, психические, социальные и духовные аспекты для улучшения состояния здоровья пациентов. Для успеха этого объединения и усилий кажется необходимым обратить внимание на некоторые общепризнанные практики, называемые духовными, чтобы создать целостное изменение и длительное повышенное чувство благополучия.

Духовность необходимо демистифицировать, культивируя те необходимые духовные практики и черты характера, которые побуждают человека к оптимальному здоровью, самореализации, продуктивности и творчеству.

Ассоциация духовности с унынием и отсутствием радости является крупным заблуждением. Согласно исследованию

Шарпио [7], духовность рассматривается как жизнерадостность, подлинное и осмысленное участие в повседневной деятельности, понимание завораживающей поэзии, музыки и искусства, волнующего очарования природы, которые являются качествами, выходящими за рамки обыденности. Духовность говорит о том, что нужно быть подальше от сравнений, ревности, себялюбия, гнева, обмана и жадности. Духовность относится к исследованию себя по отношению к внешнему миру и внесению вклада в текущий поток человеческой культуры любым малым способом. Для самоисцеления необходимо избавиться от ревности, зависти и ненависти внутри себя. Вместо этого люди должны научиться другим духовным ценностям: беспристрастности, истине, любви, всепрощению. Часто факторы, вызывающие болезни, идут из головы и быстро проявляются в теле, превращаясь в малоподвижность, слабую печень, рак или другие заболевания. Однако связь со своим глубинным «я» позволяет людям ощутить значимую духовность, которая, по сути, способствует исцелению в физическом, психическом и социальном измерениях.

Можно возразить, что духовное здоровье не лечит болезнь, но оно, безусловно, помогает человеку контролировать свое поведение и выбор образа жизни, что можно сравнить с иммунизацией в клинической науке. Оно действительно помогает людям чувствовать себя лучше, принимая на себя роль профилактического вмешательства. Оно действует как непобедимый механизм преодоления, позволяющий справляться с различными проблемами, вызовами и вести осмысленную, творческую и полноценную жизнь. По словам Досси [8], если современная медицина действительно хочет стать искусством исцеления, она должна принять три идеи, на которые слишком долго не обращала внимания. Она должна затрагивать не только тела людей, но также их разум и дух. Она должна касаться не только механизма болезни, но и ее значения для повседневной жизни людей. Она должна признать, что сила исцелять других и быть исцеленным должна выходить за рамки физического измерения [8]. Однако медицинские работники должны проложить путь для эмпирических исследований духовного здоровья, его измерения и последующего применения в различных медицинских и других учреждениях.

ВЫВОДЫ

Самоанализ и рефлексия — это непобедимые когнитивные и поведенческие инструменты. Сейчас у специалистов социального здравоохранения практически нет иного выбора, кроме как использовать их, возможно, гораздо чаще, чем когда-либо прежде. Веление времени заключается в том, чтобы мыслить по-разному, пересмотреть свой внутренний диалог, перестроить отношение и быть открытым. Пришло время для необходимости различать здоровье и управлять им за пределами привычного треугольника и учитывать четвертое измерение, то есть духовное.

Требуются неустанные усилия, чтобы отправиться в путешествие внутрь себя и уловить ритм, мелодию и искры своего внутреннего «я». Медработники должны мыслить нестандартно и брать на себя инициативу. Существует непреодолимое давление для принятия упреждающего подхода к этому четвертому измерению здоровья. Пришло время, когда специалистам здравоохранения во всем мире необходимо более глубоко вникнуть в этот вопрос и уделить особое внимание внедрению духовного здоровья в общую медицинскую помощь. Когда человек страдает от стресса, болезней, связанных с неправильным образом жизни, расстройств и заболеваний, то возникает острая необходимость в интеграции полезных профилактических, диагностических и реабилитационных мероприятий в области здравоохранения, включая духовное здоровье. Такую практику могут осуществлять клиники, больницы, психотерапевтические центры, охватывающие хорошие духовные практики для улучшения состояния здоровья, повышения качества жизни и снижения экономического бремени для правительств.

*Н. Дхар, С. К. Чатурведи, Д. Нандан⁵⁰
Национальный институт
здравоохранения и благополучия семьи,
Нью-Дели*

50 Университет Сантоша, Газиабад, Уттар-Прадеш, Индия.

Использованная литература

- 1 Канаван Н. Генеральная ассамблея ООН настоятельно призывает принять меры по борьбе с неинфекционными заболеваниями. Сентябрь 2011 года. The Heart Org. [Электронный ресурс]: URL: <http://www.theheart.org/article/1282505.do> (дата обращения 26.04.2013).
- 2 Дхар Н., Чатурведи С., Нандан Д. Шкала духовного здоровья 2011: определение и измерение 4-го измерения здоровья. Индийское медицинское сообщество, 2011. 36: 275–82.
- 3 Бансал Р., Маруф А. К., Парашар П., Пант Б. Духовность и здоровье: изучение знаний, отношения и практики среди врачей Северной Индии. Международная организация «Духовность и здоровье». 2008. 9:263–9.
- 4 Анандараджа Г., Хайт Э. Духовность и медицинская практика: использование вопросов NOPE («надежда») в качестве практического инструмента для духовной оценки//Американский семейный врач. 2001. 63:81–9.
- 5 Бансал А. К., Шарма С. Д. Можно ли количественно оценить духовное здоровье: простая идея. Аннотация, Международная конференция по статистике, комбинаторике и смежным областям. Университет Южного Мэна. Портленд, штат Мэн, США, 2003 г., 3–5 октября. [Электронный ресурс]: URL: <http://atlas-conferences.com/c/a/k/p/65> (дата обращения 26.04.2013).
- 6 Уолш К., Кинг М., Джонс Л. и др. Духовная вера может повлиять на исход тяжелой утраты: перспективное исследование BMJ. 2002. 324:1551.
- 7 Шарпио Д. Ваше тело говорит о ваших мыслях. Колорадо: Sounds True, 2006.
- 8 Досси Л. Исцеление за гранью тела: медицина и бесконечные пределы разума. Лондон: Shambhala, 2001.

Как цитировать эту статью: Дхар Н., Чатурведи С. К., Нандан Д. Духовное здоровье — четвертое измерение: перспектива общественного здравоохранения. ВОЗ, Юго-Восточная Азия, Общественное здравоохранение, 2013. 2:3–5.

Attachment 3. Spiritual Health, the Fourth Dimension: a Public Health Perspective⁵¹

INTRODUCTION

Today the public health professionals are in the midst of the epidemic of non-communicable diseases, which are known to have their risk factors in the way how people live their lives. The major risk factors of lifestyle diseases identified are diet, physical inactivity and use of tobacco, alcohol and stress, among others.

A session of the United Nations (UN) Assembly, held recently, also focused on dealing with non-communicable diseases by combating 'the globalisation of unhealthy lifestyles'.^[1] In fact, the behavioural aspects of an individual considerably influence one's diet, interest in sedentary or active life and addictions to tobacco, alcohol and other substances. At the same time, an individual's behaviour is influenced by the society's value system and attitudes to which people subscribe to as acceptable. Spiritual principles of the world have always emphasized on certain cognitive and behavioural set for the individuals in pursuit of health and fulfilment in life.

Bringing changes in the cognitive, affective and behavioural domain is a long and a persistent process. Each individual responds

51 WHO South-East Asia Journal of Public Health. January-March 2013 | 2(1)/Perspective. Website: www.searo.who.int/publications/journals/seajph (last accessed on 20.01.2022). DOI: 10.4103/2224-3151.115826

to such change based on commitment and perception of the need for such change.

Lately, much thought and attention has been given in the academic and intellectual circles about the role of spirituality and health in the community. Formidable pressure is being felt to redefine the meaning and interventions in existing health systems in this regard. Health today cannot be conceived as balanced without including the dimension of spirituality in it. The spirituality and spiritual practices have been shown to have a positive impact on many of these lifestyle diseases. Until now, the scientific community of the world has successfully established the positive role of spiritual practices and spirituality concerning the treatment of cancer, hypertension, depression and smoking.

The relation between body, mind and social dimension is no longer a debatable issue. There is a need, therefore, to summon wisdom, to use the restructured cognitive-behavioural manifesto in health and disease before long. Certainly, a call has come to sweat our brows and marshal our strength to go beyond the existing health triangle of physical, mental and social dimensions in dealing with the health of communities. There is an impending necessity to reframe the statement in the direction of exploring the fourth dimension of health — the Spiritual Well Being of individuals. In a study[2] on spiritual health — ‘defining and measuring the 4th dimension of health’, spiritual health has been defined as a state of being where an individual is able to deal with day-to-day life issues in a manner that leads to the realization of one's full potential, meaning and purpose of life and fulfilment from within. Such a state of being is attainable through self-evolution, self-actualisation and transcendence. Existing literature reveals that spirituality broadly focuses on being deeply involved in day-to-day activities of the world, at the same time being detached, where there is a continuous effort for developing universality of love, compassion and equanimity to replace anger, jealousy, ego and hatred, resulting in utilization of one's abilities to the fullest and even transcending beyond that. It unfolds the process of ‘Becoming’ to ‘Being’ and extending ‘Beyond’ to attain fullest positive health.

DISCUSSION

Rahul et al.[3] in their cross-sectional study on 'Spirituality and health: A knowledge, attitude and practice study among doctors of North India', found that 65.65% had a strong or very strong belief in the spiritual dimension of health; 55.22% believed in the preventive role of spirituality; 80% believed in the curative role of spirituality and a similar proportion held the view that spirituality has an important role in day-to-day patient care and 92.5% wanted to know more about the scientific work being done in this field. Regarding the role of spiritual dimension of health in preventing and curing of diseases, 55.22% of the doctors opined that a spiritual person falls ill less frequently. A large majority (87.39%) also believed that a spiritual person copes better with illness, and 80% believed that they recover faster. The most significant finding was that 93.48% of the doctors believe that a spiritual person deals better with stress, and 81.74% felt that a spiritual person faces or deals better with death. Some of the physicians do consider these disease causing factors in their medical care practice. Subsequently, they have suggested spiritual health assessment as a first step in including patients' spirituality in medical care practice. A formal tool called HOPE has been designed for the purpose. In this acronym H stands for sources of hope, comfort, strength, meaning, peace and love connections. The O stands for role of organized spiritual or religious practices for patients. The P stands for personal spirituality and practices and E stands for effects on medical care. [4] Spiritual health and its correlation with various lifestyle diseases strongly suggest designing interventions for corrective actions, which would likely go a long way in reducing the burden of lifestyle diseases.

Acceptable spiritual practices have a positive correlation with survival, reduction of high blood pressure, less remission time from depression, reduced number of cigarettes smoked per day per week and lowered severe medical illness. Instead, better quality of life, cooperativeness and lower inter-leukine-6 levels.[5] King et al.,[6] in a research study, revealed that people who possess good spiritual beliefs tend to cope with the death of a close relative or friend better and fully in comparison to non-believers. Spirituality dilutes the grieving process. Such beliefs, in spite of the fact whether one follows the religious practices or not, do help in recovering from tragedies. This

is confirmed by the following quote 'We are merely saying that spiritual beliefs appear to play a role in how people grieve and therefore should be taken into account in their overall care'. Such empirical evidences propel one to integrate physical, mental, social and spiritual dimensions for better health outcome for the patients. For the success of this unification and endeavour, it seems necessary to take note of some universally proclaimed practices termed as spiritual to create an integral transformation and lasting heightened sense of wellbeing.

Spirituality needs to be demystified by cultivating those desired spiritual practices and temperaments, which drives individuals to ensure optimum health, fulfilment, productivity and creativity.

It is a myth when people tend to associate spirituality with gloom and 'kill-Joy' approach. Based on the Sharpio[7] study, spirituality is viewed as being cheerful, being authentically and meaningfully involved in day-to-day activities, appreciating mesmerizing poetry, music and art; natures' exhilarating charm, which are the qualities beyond mundane. It echoes its voice for being away from comparisons, jealousy, ego, anger deceit and greed. It refers to exploring self in relation to outer world and, contributing to the flowing stream of human culture in whatever small way. For healing the self it is essential that jealousy, envy and hatred in the inner self be done away with. Instead, people need to embrace spiritual values of involvement with detachment, truth, love, forgiving themselves and others. Often the disease causing factors start within the mind, and they quickly manifest in the body, becoming a stiff shoulder, a sluggish liver, cancer or other illnesses. However, connection with one's deeper self enables individuals to experience meaningful spirituality that in essence contributes to healing in the physical, mental and social dimensions.

One may contest that spiritual health does not cure a disease, but it surely helps taking control of one's behaviours and lifestyle choices, which may act like an immunization in clinical science. It does help to make people feel better about them, assume the role of a preventive intervention. It acts as an invincible coping mechanism to deal with varied problems, challenges and lead a meaningful, creative and fulfilled life. According to Dossey,[8] if modern medicine is truly to be a healing art, it must embrace three ideas it has, too long, ignored. It must address not only people's bodies, but also their minds and spir-

its as well. It must deal not only with the mechanism of illness, but also with its meaning to people's daily lives. It must recognize that power to heal others and be healed need to extend beyond the physical dimension.[8] The health professionals, however, must carve out a path for empirical investigations on spiritual health, its measurement and subsequently to be applied in various health and other settings.

CONCLUSIONS

Introspection and reflection are the invincible cognitive and behavioural tools. Today, public health professionals have hardly any choice but to use these, perhaps much more than ever before. The need of the hour is to think divergently, modify the self-talk, restructure the attitudes and be open. Time has come for a need to discern and manage health beyond the health triangle and be inclusive of the 4th dimension of health, that is, the spiritual dimension.

Unrelenting efforts are required to take a journey within and catch the rhythm, melody and sparks of one's inner self. Health professionals need to think out of the box and take a lead. An invincible pressure is there to adopt a proactive approach towards this 4th dimension of health. Time has come when the health professionals globally need to delve into the matter more profusely and give a profound focus in the direction of introducing spiritual health for overall care. When an individual is tormented with stress, lifestyle syndromes, disorders and diseases; there is a profound need to integrate wholesome preventive, diagnostic and rehabilitative health interventions inclusive of spiritual health. This can be practiced by clinics, hospitals, psychotherapeutic centres, embracing good spiritual practices for better health outcome, higher quality of life and reduction of economic burden on governments.

*N. Dhar, S.K. Chaturvedi, D. Nandan⁵²
National Institute of Health and Family
Welfare, New Delhi*

52 Santosh University, Ghaziabad, Uttar Pradesh, India.

REFERENCES

- 1 Canavan N. UN General Assembly urges action on non-communicable diseases. September 21, 2011. The Heart Org. Available from: <http://www.theheart.org/article/1282505.do> [Last accessed on 2013 Apr 26].
- 2 Dhar N., Chaturvedi S., Nandan D. Spiritual health scale 2011: Defining and measuring 4th dimension of health. *Indian J Community Med* 2011; 36:275–82.
- 3 Bansal R., Maroof A.K., Parashar P., Pant B. Spirituality and health: A knowledge, attitude and practice study among doctors of North India. *Spirituality and Health International*, 2008; 9:263–9.
- 4 Anandarajah G., Hight E. Spirituality and medical practice: Using HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001; 63:81–9.
- 5 Bansal A.K., Sharma S.D. Can spiritual health be quantified: A simple idea. Abstract, International Conference on Statistics, Combinatorics and related areas. University of Southern Maine. Portland, ME, USA, 2003 Oct; 3–5. Available from: <http://atlas-conferences.com/c/a/k/p/65> [last accessed on 2013 Apr 26].
- 6 Walsh K., King M., Jones L., Tookman A., Blizard R. Spiritual belief may affect outcome of bereavement: Prospective study. *BMJ* 2002; 324:1551.
- 7 Sharpio D. *Your body speaks your mind*. Colorado: Sounds True; 2006.
- 8 Dossey L. *Healing beyond the body: Medicine and the infinite reach of the mind*. London: Shambhala; 2001.

How to cite this article: Dhar N., Chaturvedi S.K., Nandan D. Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia J Public Health* 2013; 2:3–5.

Приложение 4. Модуль ВОЗ для измерения показателя качества жизни (WHOQOL) и духовность, религиозность и личные убеждения (SRPB)

ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Это общий отчет по вопросам, обсуждавшимся 22–24 июня 1998 года в Женеве на совещании о разработке модуля WHOQOL по духовности, религиозности и личным убеждениям. Настоящий отчет не является стенографическим отчетом о работе совещания. В нем содержится дополнительная информация и разъяснения, которые были добавлены в материалы консультации, чтобы отчет мог послужить основой для будущих исследований по разработке модуля WHOQOL «Духовность, религиозность и личные убеждения»⁵³.

53 WHO/MSNMHP/98.2, страницы 4–23.

ВВЕДЕНИЕ

Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней». Отсюда следует, что измерение состояния здоровья и результатов медицинской помощи должно включать не только указание на изменения частоты и тяжести заболеваний, но и оценку благополучия. Это можно оценить, измерив улучшение качества жизни, связанное со здравоохранением. ВОЗ определяет качество жизни как восприятие индивидами своего положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и проблемами. Это обширная концепция, на которую комплексно влияют физическое здоровье человека, психологическое состояние, уровень независимости, социальные отношения, личные убеждения и их связь с характерными особенностями окружающей среды. Субъективные восприятия, переживания, убеждения и ожидания влияют на объективное состояние здоровья и функционирование в физической, психологической и социальной сферах.

Исследования показывают, что психосоциальные аспекты качества жизни (т.е. надежда/безнадежность), воспринимаемая социальная поддержка (или изоляция) и боевой дух (или смирение) могут оказывать поразительное влияние на восприимчивость к болезням, а также на выздоровление и продолжительность жизни у пациентов с раком, СПИДом и сердечными заболеваниями. У пациентов с большинством органических заболеваний состояние здоровья сильно зависит от настроения, навыков преодоления трудностей и социальной поддержки. Для многих пациентов их духовные или личные убеждения влияют на их настроение и могут быть источником преодоления, тем самым оказывая важное влияние на их здоровье. Со времени Всемирной ассамблеи здравоохранения 1983 года широко обсуждался вопрос о «нематериальном» или «духовном» измерении здоровья. Резолюция 101-й сессии Исполнительного совета в 1998 году просит Генерального директора рассмотреть поправку к конституции, определяющую здоровье как «динамичное состояние полного физического, психического, духовного и социального благополучия, а не про-

сто отсутствие болезней или недугов». Эта резолюция будет рассмотрена на пятьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1999 года.

Непосредственная цель данного проекта состоит в том, чтобы изучить в разных культурах и религиях аспекты, включающие духовность, религиозность и личные убеждения в области качества жизни (SRPB), и, возможно, разработать модуль для существующего показателя качества жизни ВОЗ (WHOQOL), который позволит более тщательно и полно оценить эту область в вопросах здравоохранения, укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Любое расширение WHOQOL в результате данной работы может быть в форме дополнительного модуля, содержащего аспекты и элементы, общие для участвующих культур и религиозных групп. Любые возникающие вопросы, которые отражают важные аспекты SRPB определенной религии, но не имеют ничего общего с другими религиями, могут быть включены в модуль в качестве «дополнительных» вопросов, которые будут использоваться специально для людей этой веры.

В этом разделе будут рассмотрены концепции духовности, религиозности и личных убеждений (SRPB), здоровья и качества жизни в их взаимосвязи. Важно подчеркнуть, что консолидация и любой модуль, которые могут возникнуть в результате исследования, не предназначены для рассмотрения каких-либо конкретных религий и предназначены для всех форм духовности, независимо от того, практикуется она в официальной религии или нет. Для тех, кто не присоединяется или не признает религию или духовное измерение, модуль будет относиться к личным убеждениям или кодексу поведения.

WHOQOL

С помощью более 30 сотрудничающих центров по всему миру ВОЗ разработала инструмент для измерения качества жизни (WHOQOL-100) и его краткую форму (WHOQOL-BREF) из 26 элементов, которые можно использовать в различных культурных условиях, позволяя сравнивать результаты разных групп населения и стран. Эти инструменты имеют несколько применений, включая использование в медицинской практике, исследованиях,

аудите, медицинских услугах и оценке результатов, а также в разработке политики.

Инструменты качества жизни структурированы по шести областям, содержащим двадцать четыре аспекта, как указано ниже.

| Область | Аспекты, включенные в области общего качества жизни и общего состояния здоровья |
|-------------------------------|---|
| 1. Физическое здоровье | <ul style="list-style-type: none"> • Энергия и усталость • Боль или дискомфорт • Сон и отдых |
| 2. Психология | <ul style="list-style-type: none"> • Тело и внешний вид • Отрицательные эмоции • Положительные эмоции • Самооценка • Мышление, обучение, память и концентрация |
| 3. Уровень независимости | <ul style="list-style-type: none"> • Мобильность • Повседневная жизнедеятельность • Зависимость от лекарственных веществ и медицинских вспомогательных средств • Трудоспособность |
| 4. Социальные взаимоотношения | <ul style="list-style-type: none"> • Личностные взаимоотношения • Социальная поддержка • Половая жизнь |

| | |
|--|---|
| 5. Окружающая среда | <ul style="list-style-type: none"> • Финансовые ресурсы • Свобода, физическая безопасность и защищенность • Здравоохранение и социальная помощь: доступность и качество • Домашняя обстановка • Возможности для получения новой информации и навыков • Участие и возможности для отдыха /досуга • Физическая среда (загрязнение /шум / движение /климат) • Транспортная система |
| 6. Духовность /Религия /Личные убеждения | <ul style="list-style-type: none"> • Духовность /Религия / Личные убеждения |

Духовная область WHOQOL

Область духовности, религиозности и личных убеждений (Sp.), включающая 4 из 100 пунктов в WHOQOL-100, описывается следующим образом.

«Эта область/аспект исследует личные убеждения человека и то, как они влияют на качество жизни. Это может быть оказанием помощи человеку в преодолении трудностей в его /ее жизни, приданием структуры опыту, приданием значения духовным и личным вопросам и, в более общем плане, принесением чувства благополучия. Этот аспект касается людей с различными религиозными убеждениями (включая буддистов, христиан, индуистов и мусульман), а также людей с различными убеждениями, которые не соответствуют определенной религиозной ориентации. Для многих религия, личные убеждения и духовность являются источником комфорта, благополучия, безопасности, смысла,

чувства принадлежности, цели и силы. Однако некоторые люди считают, что религия оказывает негативное влияние на их жизнь. Вопросы сформулированы таким образом, чтобы позволить проявиться этому аспекту».

ВОПРОСЫ

F24.1. Придают ли ваши личные убеждения смысл вашей жизни?

| Незначительно | Довольно незначительно | Умеренно | Довольно значительно | Значительно |
|---------------|------------------------|----------|----------------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

F24.2. В какой степени вы считаете свою жизнь осмысленной?

| Незначительно | Довольно незначительно | Умеренно | Довольно значительно | Значительно |
|---------------|------------------------|----------|----------------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

F24.3. В какой степени ваши личные убеждения дают вам силы противостоять трудностям?

| Незначительно | Довольно незначительно | Умеренно | Довольно значительно | Значительно |
|---------------|------------------------|----------|----------------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

F24.4. В какой степени ваши личные убеждения помогают вам осознать трудности в жизни?

| Незначительно | Довольно незначительно | Умеренно | Довольно значительно | Значительно |
|---------------|------------------------|----------|----------------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

С момента разработки WHOQOL несколько раз возникали вопросы о том, достаточно ли четырех пунктов SRPB для охвата такого важного аспекта здоровья, благополучия и качества жизни.

Модуль WHOQOL по ВИЧ/СПИДу

Недавнее консультативное совещание ВОЗ по качеству жизни людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, состоявшееся в Женеве в феврале 1997 года, подтвердило важность духовности, религиозности и личных убеждений для качества жизни тех, кто, скорее всего, рано умрет в результате ВИЧ-инфекции. В таких обстоятельствах хронического ухудшения состояния и неминуемой смерти вопросы смысла и ценности жизни, вероятности загробной жизни, справедливости и распределения вины за инвалидность, а также заботы о будущем благополучии иждивенцев приобретают особое значение для пациента. Удовлетворенность ответами на эти вопросы может повлиять на течение инфекции и скорость физического и психического ухудшения, а также на качество смерти. Одной из целей этого консультативного совещания было пересмотреть существующие области и аспекты WHOQOL и предложить дополнительные элементы для добавления в модуль, предназначенный для пациентов с ВИЧ/СПИДом, поскольку духовная область рассматривалась как наименее сложная из существующих областей WHOQOL, имеющая только один аспект. Участники сочли, что эта область в наибольшей степени выиграет от обсуждения и проработки в фокус-группах с учетом культурных особенностей. В ходе совещания был выдвинут ряд предложений по созданию и разработке дополнительных аспектов. Для этого модуля были созданы некоторые темы, касающиеся духовности, религиозности и личных убеждений. Однако этот модуль посвящен в основном «подготовке к смерти» или угрозе смерти из-за неизлечимой болезни и не касается качества жизни в целом или состояния здоровых людей.

Духовность и здоровье

До недавнего времени медицинские работники в основном следовали медицинской модели, которая направлена на лечение пациентов, сосредотачивает внимание на лекарствах и хирургии и придает меньшее значение убеждениям и вере (в исцеление, во врача и в отношениях между врачом и пациентом). Этот редукционистский или механистический взгляд на пациентов как на всего лишь материальное тело более не актуален. Пациенты и врачи начали осознавать ценность таких элементов, как вера, надежда и сострадание в процессе исцеления. Ценность таких «духовных» элементов в здоровье и качестве жизни привела к исследованиям в этой области и к попытке перейти к более целостному взгляду на здоровье, включающему нематериальное измерение, подчеркивающее связь разума и тела. Исследования в таких областях, как психонейроиммунология, например, показали связь между тем, как мы себя чувствуем, и тем, как может быть затронуто наше физическое здоровье, в данном случае иммунная система. Примеры взаимоотношений разума и тела составляют суть психосоматической медицины.

Духовность, религиозность и личные убеждения

Дух определяется в Оксфордском словаре как «нематериальная, интеллектуальная или моральная часть человека». Таким образом, духовность будет включать верования, затрагивающие вопросы существования с предположением, что в жизни есть нечто большее, чем то, что может быть воспринято или полностью понято. Духовность затрагивает такие вопросы, как смысл жизни и цель в жизни, и не обязательно ограничивается какими-либо конкретными типами верований или практик.

Религия, с другой стороны, определяется как «вера в существование сверхъестественной правящей силы, создателя и управляющего вселенной, давшего человеку духовную природу, которая продолжает существовать после смерти тела». Религиозность — это степень, в которой индивид верит в религию, следует ей и практикует ее. Хотя, по-видимому, существует значительное совпадение между понятиями духовности и религиозности, религиозность отличается тем, что существует четкое представление

о системе поклонения и конкретной доктрине, которая едина для группы. Личными убеждениями могут быть любые убеждения, ценности, которых придерживается индивид и которые формируют основу его образа жизни и поведения. Опять же, здесь может быть значительное совпадение с понятием духовности, однако личные убеждения можно отличать от духовности в том смысле, что убеждения, которых придерживаются, не обязательно могут иметь духовный характер. Например, атеизм, вера в то, что Бога нет, может и не считаться духовной верой. Кроме того, личные убеждения могут включать веру человека в то, что за пределами материального мира ничего нет.

Духовность, религиозность, личные убеждения и качество жизни

Росс в своей статье о духовном измерении сообщает полезное определение духовности, которое зависит от трех составных частей:

- 1** потребность в нахождении смысла, цели и способа самореализоваться в жизни;
- 2** потребность в надежде /воле к жизни;
- 3** потребность в вере в себя, других и Бога⁵⁴.

Потребность в смысле жизни — это универсальная черта, которая необходима для самой жизни, и когда человек не может найти его, он испытывает страдания из-за чувства пустоты и отчаяния⁵⁵. Иметь надежду и волю к жизни важно как для здоровых людей, так и для больных пациентов. Не раз было продемонстрировано, что надежда и воля к жизни являются важными факторами для выздоровления пациента. Для некоторых людей вера в себя, других и/или Бога в значительной степени составляет смысл, цель и способ самореализации, которые они находят в жизни, и может влиять на их уровень надежды и желания жить. Левин

54 См.: Росс Л. Духовное измерение: Его важность для здоровья, благополучия и качества жизни пациентов и его значение для сестринской практики//Международный журнал исследований в области сестринского дела. 1995. № 32 (5). С. 457–468.

55 См.: Росс Л. Духовные аспекты ухода за больными. J-Adv-Nurs. 1994. № 19(3). С. 439–445.

проанализировал сотни эпидемиологических исследований и пришел к выводу, что вера в Бога снижает смертность и укрепляет здоровье⁵⁶. Основными факторами, связанными с повышением выживаемости пациентов с раком и заболеваниями сердца, были снижение потребления алкоголя, сигарет и наркотиков, снижение уровня тревоги, депрессии и гнева, снижение артериального давления и повышение качества жизни⁵⁷.

Важность духовного измерения может быть особенно применима к больным пациентам, прошедшим госпитализацию, поскольку они могут столкнуться, иногда даже впервые, с потерей контроля над своей жизнью. Это осознание побуждает некоторых пациентов, которые не были духовно сознательны, искать или подтверждать сосредоточение контроля за пределами своего «я» (т.е. у Бога). Переживание болезни может снизить их способность стремиться к удовлетворению своих духовных потребностей, что, в свою очередь, увеличивает вероятность того, что они испытают духовные страдания, и это может отрицательно сказаться на их состоянии здоровья. Человек, у которого есть центр контроля вне себя (например, Бог), может подвергнуть сомнению свои отношения с Богом из-за своего физического заболевания, особенно это может относиться к неизлечимо больным пациентам. Духовные страдания могут негативно сказаться на их здоровье и качестве жизни⁵⁸. Исследования показали, что во время таких переживаний значительное число пациентов сообщали о различных духовных потребностях или желаниях. Некоторые вопросы, имеющие для них большое значение, включали необходимость найти смысл в жизни, желание верить в Бога (часто выражаемое через формальные религиозные практики), желание избавиться от страха и сомнений, желание избавиться от чувства одиночества и желание чувствовать связь с другими людьми и Богом⁵⁹.

56 См.: Бенсон Х. Вечное исцеление: Сила и биология веры. Файрсайд, 1997.

57 См.: Там же.

58 См.: Росс Л. Духовное измерение... С. 457–468.

59 См.: Там же.

Аспекты, предлагаемые для модуля ВИЧ/СПИД, которые могли бы подходить для модуля WHOQOL SRPB

После консультативных совещаний по ВИЧ/СПИДу, которые состоялись в Женеве в феврале 1997 года, было определено несколько предлагаемых аспектов, чтобы попытаться описать предмет SRPB. Они были сгенерированы для модуля, созданного для людей с ВИЧ/СПИДом. Чтобы обеспечить отправную точку для более общего SRPB модуля, было проведено обсуждение семи областей, обозначенных на данной встрече в качестве основных:

1. *Смысл жизни.* Это было предложено в качестве аспекта для изучения нескольких проблем потенциального значения: а) ощущение, что у жизни есть более великий замысел или цель. Это часть большинства религий, включая буддизм, индуизм, ислам и иудео-христианство; б) наличие миссии (например, «призвание» как чувство собственной сопричастности к великому плану, будь то божественному или более общей структуры); в) уметь извлекать смысл из ситуаций, кажущихся бессмысленными, или понимать их (например, «когда плохие вещи случаются с хорошими людьми»). В исламе, например, все, что происходит с человеком, является волей Бога; г) ощущение большей собственной значимости или понимание этой своей значимости (например, пазл из всех вещей вокруг, наконец, «собирается воедино»). В ситуации с тяжелобольным человеком такие люди могут увидеть некоторый смысл в болезни. Это может рассматриваться как часть Божественного плана или Божественной воли. Или, возможно, такая болезнь приведет к глубокому осознанию (например, с точки зрения медицины). Таким образом, люди чувствуют, что они выполняют важную роль, предназначенную руководящей силой или духом. Те люди, которые не исповедуют определенную религию и не имеют религиозных убеждений, могут по-прежнему руководствоваться своими личными убеждениями, моральными, гражданскими или этическими кодексами.

2. *Прощение.* Это было предложено в качестве возможного аспекта для изучения способов борьбы с чувствами гнева и вины, а также как состояние, которое может быть связано с более позитивными чувствами и более высоким качеством жизни. На консультационном совещании было определено, что прощение имеет

два аспекта: факт прощения и получение прощения. Эта концептуализация предполагает четыре отдельные сферы исследования: а) прощают ли люди себя (за то, что заболели); б) прощают ли они других — семью, партнеров, опекунов, «Бога», Божественное существо или духовные силы (например, других, которые, по их мнению, подвели их, не смогли защитить, привели к ситуациям, которые стали причиной болезни или причинили им другие несчастья); в) прощают ли их другие (например, за то, что они обременяли, создавали трудности или за то, что они нарушили их доверие); и г) прощает ли их «Бог» или духовные силы.

Другим аспектом прощения является «забытие» (как в «простить и забыть»), о котором, возможно, стоило бы поговорить отдельно или включить его в измерения прощения, например, в качестве показателя полноты прощения. Были подняты и другие вопросы о том, является ли «гармония», а не «прощение» позитивным состоянием, связанным с повышением качества жизни. Если гармония является желаемым состоянием, то прощение может быть одним из способов ее достижения, но не единственным. Люди могут говорить о чувстве «умиротворенности», когда они удовлетворены тем, чего достигли, тем, что удалось разрешить, или состоянием отношений со своими близкими, независимо от чувства прощения.

Для некоторых людей гнев или, более позитивно, решимость исправить социальную несправедливость может подпитывать чувство приверженности и целеустремленности, что в конечном итоге может привести к ощущению «достигнутой» гармонии со всем миром. Есть много свидетельств того, что когда пациенты, участвовавшие в исследованиях, узнавали о своем вкладе в лечение или в улучшение положения людей, страдающих теми или иными расстройствами, то это положительно сказывалось на их качестве жизни. Это чувство внесенного вклада может быть применимо к людям, живущим с любой неизлечимой или тяжелой изнурительной болезнью.

3. *Убеждения.* Этот аспект был предложен для изучения того, в какой степени у людей есть базовые убеждения, которые направляют их и влияют на их жизнь. Для некоторых людей эти убеждения могут быть связаны с Богом, духовной сущностью, социальной справедливостью, правами человека, научными доказательствами

ми, человеческой мудростью и так далее. Существующие пункты WHOQOL (F24.1 — F24.4), по-видимому, охватывают эту идею (например, F24.3 «В какой степени ваши личные убеждения дают вам силы противостоять трудностям?»). Однако эти четыре пункта охватывают два широких вопроса, а именно: **1)** степень, в которой человек чувствует, что его/ее убеждения придают смысл жизни, и **2)** степень, в которой человек чувствует, что его/ее убеждения дают ему/ей силы противостоять и осознавать трудности в жизни. Могут возникнуть другие проблемы, связанные с убеждениями, которые не были затронуты в WHOQOL-100 и которые, возможно, потребуется добавить, если будет создан отдельный модуль для SRPB.

4. *Духовная связь.* Чувство поддержки (или обратное этому) от «духовной сети». Этот потенциальный аспект был предложен, но не описан подробно во время совещания, однако если бы он был разработан, он мог бы включать чувство причастности к непрерывности жизни — со своими предками и через своих детей — или чувство причастности к «Великому круговороту жизни». Обратным чувством духовной связи может быть чувство оторванности от жизни и других людей, лишения наследства — как в прямом, так и в переносном смысле, и отчужденности. Связанные понятия включают в себя создание, производство чего-то, имеющего долговременную ценность, или чего-то, что имело положительное значение (например, благодаря чему человека можно было бы запомнить).

5. *Личный духовный опыт.* Этот потенциальный аспект был предложен для изучения опыта человека быть частью, соприкасаться и жить в гармонии с позитивной духовной силой, которая обеспечивает внутреннюю силу и покой. Такая сила или дух может также служить руководством для жизни как в настоящем, так и в будущем. В то время как переживание этой силы может быть крайне положительным для некоторых людей, другие могут ощущать, что такая сила действует на них негативным образом, как будто они «околдованы» или «прокляты», и что они не могут контролировать свою судьбу.

6. *Чувство гармонии с прошлым, настоящим и будущим.* На консультационном совещании было много дискуссий по поводу различий в культурных взглядах на тему времени. Преобладающее мнение в западных культурах состоит в том, что «жить полноценно» в настоящем и спокойно относиться к тому, что

неоднозначно, — это хорошо, но думать о прошлом или будущем — плохо (например, «сожалеть» или «быть одержимым» прошлым; «бояться» будущего). Однако в других культурах, таких как индийская, очень важен духовный опыт и чувство кармы, поэтому прошлое определяет, кем человек является сегодня. В буддизме существует вера в реинкарнацию, при которой человек, проживший хорошую жизнь, переходит в лучшее состояние перевоплощения.

7. *Смерть*. Этот аспект был предложен для изучения чувств по поводу смерти, касающихся себя и других. В нем исследуется процесс тяжелой утраты, как скорбь по поводу смерти близких и друзей (например, принимает ли человек утрату или «не может смириться» с ней). В нем также рассматриваются чувства человека по поводу его собственной смерти (например, боится ли он ее, принимает ли, считает это неизбежным или же отрицает смерть). Данный аспект может включать чувства по поводу того, как может произойти смерть, например, чувство готовности к смерти, и были ли составлены конкретные планы, например, как и где умереть. Страхи перед смертью отличались от страхов перед процессом умирания. Что, по-видимому, имеет решающее значение, так это качество смерти, например, можно ли представить или предвидеть, что вы «готовы», контролируете ситуацию, осознаете, окружены близкими, чувствуете себя комфортно и не испытываете боли. Другие важные аспекты, которые здесь следует оценить, включают: веру в жизнь после смерти; существует ли «заговор молчания» среди самых близких людей; и личное или культурное значение смерти и/или захоронения в специальном месте или с предками.

РАБОТА КОНСУЛЬТАЦИОННОГО СОВЕЩАНИЯ

Введение в справочные материалы

История разработки инструмента WHOQOL была представлена доктором Дж. Орли. Иудео-христианская перспектива была представлена доктором М. Айземанном, доцентом кафедры психиатрии Университета Умеа. Исламскую точку зрения представили г-жа М. Лотф, технический сотрудник по WHOQOL, ВОЗ в Женеве, и доктор А. Мохит, региональный советник по вопросам

психического здоровья, региональное бюро ВОЗ в Восточном Средиземноморье. Доктор Редди, бывший директор Национального института психического здоровья и неврологических наук (NJMHANS), и доктор Бишт, директор по исследованиям в области медицинского образования, Больница Индрапрастха Аполлон, представили индуистскую точку зрения, а доктор Ямагути, профессор Киотского университета, буддийскую. Г-н Вебстер, отдел анализа, исследований и оценки ВОЗ в Женеве, представил перевод статьи г-на Каллисайи о взглядах Аймары на духовность, религиозность и личные убеждения, а также на качество жизни и здоровье. Доктор Л. Андервуд Гордон, директор по исследованиям Института Фетцера, представил три коротких доклада о духовности и здоровье.

Предварительные определения аспектов

После предварительного обсуждения и для определения потенциальных областей, имеющих отношение к духовности, религиозности и личным убеждениям, был использован интерактивный процесс, в ходе которого участникам было предложено написать от одного до семи слов, каждое на отдельном листке, чтобы представить одну идею или причину того, почему духовность, религиозность и личные убеждения важны для качества жизни. Чтобы добиться некоторой общности, было подчеркнуто, что участники должны были думать о духовности, религиозности и личных убеждениях в рамках качества жизни, а не здоровья в целом. (Тем не менее, было решено, что в рамках модуля вопросы, характерные для определенных стран или религий, могут быть добавлены таким же образом, как национальные пункты были добавлены в WHOQOL-100.) Эти листки бумаги были вывешены на стене, а затем разложены по группам на основе общих идей.

В ходе дискуссий возникло понятие трансцендентности и важность веры в духовную сущность, находящуюся за пределами сотворенного мира, которая помогает обеспечить безопасность, руководство, силу и благополучие. Была дискуссия о том, следует ли использовать конкретный термин «Бог» для описания такой сущности. Одно из мнений состояло в том, что, поскольку большое число людей верит в некое высшее существо, то было

бы уместно использовать этот термин. Другая точка зрения заключалась в том, что это исключило бы некоторых людей, которые не верят ни в какое высшее существо или, возможно, верят в более чем одно высшее существо. Было высказано мнение, что участники консультационного совещания не будут принимать решение о таком условии, а оставят его на усмотрение работы целевой группы страны. Участники данного консультационного совещания были в основном учеными и медицинскими работниками, в то время как в работе на уровне страны будет участвовать более широкий круг людей, и термин «Бог» может быть для них более значимым, чем такие термины, как «трансцендентное» или «высшее существо». Был сделан акцент на сохранении гибкости при составлении определений аспектов и пробных пунктов, которые будут доступны для работы на уровне страны.

С этим обсуждением были связаны отношения индивида с такой духовной сущностью, или трансцендентным, и как такие отношения могут помочь индивиду найти цель и смысл в жизни, а также энергию и оптимизм. С другой стороны, обсуждалась возможность того, что такое чувство или отношения мешают человеку в его повседневной жизни. Примером такой помехи может быть человек, ощущающий себя беспомощным из-за чувства потери контроля над своей жизнью, и поэтому проявляющий меньше инициативы и берущий на себя меньше ответственности. Кроме того, у человека может быть сильное чувство духовности, но он может чувствовать себя отчужденным от формализованной религии и ее практик, такое чувство отчуждения или неспособности выразить это чувство связности с трансцендентным может оказать негативное влияние на качество жизни и благополучие.

После составления списка потенциальных аспектов совещание разделилось на три группы, чтобы обсудить ряд идей и проблем, а затем приступить к разработке некоторых предварительных определений для аспектов и возможных пробных пунктов. С учетом того, как был разработан WHOQOL-100, и того, что эти определения и пункты будут переведены на несколько различных языков, чтобы обеспечить основу для работы целевой группы на уровне страны, участникам была предоставлена полная свобода в решении этой задачи. Идеи трех групп были обсуждены на пленарном заседании. После консультационного

совещания они были организованы и отредактированы сотрудниками секретариата ВОЗ, которые также более подробно остановились на потенциальных определениях аспектов SRPB. Они представлены в следующем разделе.

Определения аспектов и пробных пунктов

Следующие области, возможно, являются общими для людей, происходящих из разных культур и придерживающихся разных убеждений. Человек, который верит в определенную религию, будет рассматривать следующие идеи и утверждения с учетом своей религии. Человек, который не следует определенной религии, но тем не менее верит в высшую, духовную сущность, которая существует за пределами физического и материального мира, рассмотрит следующие идеи и утверждения с этой точки зрения. Человек же, который не верит в высшую духовную сущность, но имеет сильные личные убеждения или убеждения, которые направляют его в повседневной деятельности, такие как научная теория или определенный философский взгляд, рассмотрит следующие идеи и утверждения с этой точки зрения.

В следующих определениях и образцах будут использоваться такие слова, как «вера», «системы убеждений», «духовная сущность» и так далее. Перевод таких терминов на языки, отличные от английского, приведет к более подходящим формулировкам, таким как «Бог» или «Аллах». Среди следующих аспектов есть некоторые пересекающиеся проблемы или идеи. Мы надеемся, что с учетом вклада работы целевых групп в странах некоторые из этих совпадений будут прояснены.

ТРАНСЦЕНДЕНТНОСТЬ

Аспекты в данном разделе будут затрагивать просто веру или веру в духовную сущность за пределами сотворенного мира, а также ту безопасность, силу и благополучие, которые человек чувствует благодаря такой вере. В этом разделе также будут рассмотрены отношения индивида с такой духовной сущностью, а также чувство самобытности человека в духовной сфере и то, как эти моменты влияют на качество жизни и благополучие.

Связь с духовным существом или силой

Этот аспект исследует чувства человека, связанные с духовной сущностью. Это выражает уровень близости, который выходит за рамки обычных повседневных отношений с людьми, и порождает повышенное чувство благополучия. Это также включает в себя чувство жизненной преимущества человека по отношению к предкам и будущим поколениям. Негативная сторона этого — чувство отчуждения или лишения наследства в том, что считается духовно важным. Это включает в себя чувство собственного вклада в благополучие будущих поколений — либо через своих детей, либо через то, что оставлено потомкам, имеющее непреходящую ценность, чтобы будущие поколения помнили об этом. Этот аспект также описывает духовное самоощущение, которое находится за пределами тела и которое придает смысл жизни и расширяет ее понимание. Во время физических, эмоциональных или социальных беспокойств это может открыть перспективу, которая поможет справиться с трудностями и улучшить жизненный опыт, несмотря на сложные обстоятельства. Это также может поощрять великодушие и готовность терпеть разочарование по собственной воле. Это самоощущение может быть описано как пребывание внутри собственного «я»: как душа или духовный центр. Это также может выходить за пределы физических и умственных способностей и включать в себя человечество и окружающую среду. Это может уравновесить тенденции определять себя с точки зрения того, что у нас есть или как мы функционально вписываемся в мир.

- В какой степени ваше чувство приверженности к духовной сущности/моральному или этическому кодексу/системе убеждений помогает вам осмыслить мир?
- В какой степени на вас влияет чувство преимущества с будущими поколениями?
- Насколько важно для вас иметь возможность оставить что-то ценное или нечто, что запомнится будущим поколениям?
- В какой степени духовное чувство собственного «я» помогает вам лучше воспринимать жизнь?
- Насколько наличие духовного ощущения собственного «я» помогает вам переносить страдания?

Смысл жизни

Этот аспект исследует различные способы и степени, в которых человек ощущает цель жизни или то, что жизнь является частью великого замысла или миссии. Это означает, что жизнь имеет определенное направление. Цель или смысл жизни может быть обеспечен духовными убеждениями, кодексом ценностей или этики, социальными или политическими причинами. На смысл или значение жизни может влиять сообщество или культура отдельного человека. Она будет формироваться в зависимости от жизненного этапа индивида, окружающей действительности, а также религиозных, духовных или вероисповедческих систем. Это способствует принятию ценности жизни или пониманию, возможно, принятию того, чем она является.

- В какой степени ваша духовность/религия или личные убеждения придают смысл вашей жизни?
- В какой степени ваша вера в духовную сущность/моральный или этический кодекс/систему убеждений придает цель и смысл вашей жизни?
- В какой степени вы чувствуете, что в вашей жизни есть цель?
- Насколько вы верите, что наличие смысла в жизни поможет вам пережить трудные времена?
- В какой степени вы чувствуете, что являетесь частью более великого замысла?

Благоговение

Этот аспект исследует ощущение чуда в окружающем мире, а также красоту, вдохновение и волнение, которые оно порождает. У некоторых людей это может привести к чувству благодарности, у других — к чувству близости к Богу и благодарности за то, что они могут наслаждаться красотой этого мира. Другие люди могут восхищаться красотой природы и чувствовать себя хорошо, просто имея возможность наслаждаться этим. Это чувство благоговения и благодарности может быть настолько ошеломляющим, что оно также может заставить человека почувствовать себя подавленным и ничтожным по сравнению с творчеством. Очень простые или очень сложные явления/объекты (например,

закат, картина или музыка) могут вызвать это чувство. Признательность, повышенная духовность и интенсивность, которые вызывают у человека такое чувство, могут быть высоко оценены и востребованы.

- В какой степени вас вдохновляет чувство благоговения?
- В какой степени вы испытываете удовольствие и получаете наслаждение от того, что вас окружает (например, закат, деревья, природа)?

Целостность/Единение

Этот аспект исследует взаимосвязь между разумом, телом и душой. То, что мы чувствуем, влияет на то, как мы действуем, а то, как мы действуем, влияет на то, как мы себя чувствуем и что мы думаем о себе. Целостность означает чувство согласованности всего в жизни и ощущение ее полноты. Негативной стороной упомянутого было бы ощущение индивидом того, что его жизнь каким-то образом неполна, что в его жизни чего-то не хватает или что его жизнь разбита на несколько более мелких частей, а не является единым целым.

- В какой степени принадлежность к религиозным или социальным группам дает вам ощущение согласованности жизни?
- В какой степени вы чувствуете, что ваша жизнь не полна или вам чего-то не хватает?

Божественная любовь

Дарение или переживание любви может улучшить качество жизни. Этот аспект связан с любовью и состраданием, исходящими от Божественного проявления, и может быть особенно актуален для людей, исповедующих определенную религию, такую как христианство или ислам.

- В какой степени вы чувствуете любовь и сострадание со стороны Бога/Божественной/Высшей силы?

Внутренний покой/Безмятежность/Гармония

Этот аспект исследует степень, в которой люди находятся в гармонии с самими собой. Источник этого покоя находится внутри человека и может быть связан с отношениями, которые человек может иметь с Богом, или это может вытекать из его веры в моральный кодекс или набор убеждений. Это чувство безмятежности и спокойствия. Всякий раз, когда что-то идет не так, то внутренний покой помогает справиться с этими трудностями, он рассматривается как очень желательное условие.

- В какой степени вы чувствуете умиротворение внутри себя?
- В какой степени вы способны сохранять спокойствие в трудные времена?
- В какой степени чувство внутреннего покоя заставляет вас чувствовать себя хорошо?
- В какой степени вы принимаете свою жизнь?
- Насколько вы чувствуете утешение в присутствии Бога/духа/ваших убеждений?

Внутренняя сила

Этот аспект относится к внутренней силе, которую человек может задействовать, которая дает ему стабильность и способность противостоять трудностям и преодолевать невзгоды. Можно считать, что внутренняя сила исходит из источника, находящегося вне человека, например, из культурной традиции или от Бога. Это также может рассматриваться как часть характера человека и проистекать из личной философии или знания о том, что можно найти поддержку у семьи или других людей. Индуистская практика йоги или явление религиозному человеку Божественного откровения могут стать опорой для этой внутренней силы.

- В какой степени вы чувствуете, что у вас есть внутренняя сила, которая дает вам способность преодолевать трудности в вашей жизни?
- Насколько вы удовлетворены своей способностью противостоять трудным временам?
- В какой степени вы чувствуете, что у вас есть внутренняя сила, которая дает вам способность противостоять трудностям?

Смерть

Этот аспект исследует отношение к смерти и понимание смерти как чего-то неизбежного, приемлемого и как части схемы бытия, примирение со смертью и поиск смысла в ней. Некоторыми людьми смерть может восприниматься положительно, она может представлять собой переход от жизни на земле к лучшей или загробной жизни, или ее можно рассматривать как облегчение от тяжелого труда, страданий, боли, горя в конце естественного существования. Негативные стороны здесь включают в себя чрезмерный страх смерти и страх потерять контроль над смертью. Этот аспект исследует отношение и чувства человека к собственной смерти или смерти близких. Здесь также рассматривается понятие преждевременной смерти, например, смерть молодого человека в результате несчастного случая, и шок, который испытывают близкие в результате такого события. Человеку может быть труднее найти смысл в таком случае, и он может счесть это неприемлемым или несправедливым. Кроме того, в этот аспект входит отношение человека к болезням, которые могут привести к смерти.

- В какой степени вас беспокоит смерть?
- Насколько сильно вы беспокоитесь о том, чтобы контролировать ситуацию, когда умираете?
- Насколько вы способны принять смерть как неизбежное?
- В какой степени ваш взгляд на смерть положителен?
- В какой степени ваш взгляд на смерть влияет на качество вашей жизни?
- В какой степени вы способны смириться со смертью тех людей, которые вам близки?
- В какой степени вы способны смириться с безвременной смертью кого-то из ваших близких (например, молодого человека, погибшего в результате несчастного случая)?
- Насколько сильно вы боитесь болезней, которые могут привести к смерти?

Беспристрастность/пристрастность

Этот аспект исследует способность индивида не держаться за заветное имущество, достижения и людей. Это не подразумевает полное отстранение и не должно рассматриваться как отсутствие интереса к кому-то или вещам, а скорее как то, что человек не полностью зависит от своего окружения и от тех, кого он любит. Например, потеря близкого человека, работы, собственности или другого имущества с меньшей вероятностью повлияет на качество жизни человека, если он сможет отпустить это. Человек может наслаждаться успехом или достижениями, не привязываясь к физическим или материальным наградам, которые они приносят. Эта способность быть отрешенным может повысить качество жизни и благосостояние человека. Этот аспект может быть применим к буддизму и индуизму в большей степени, чем к другим религиям. Достижение отрешенности от собственности и вещей, которые «в конечном счете» на самом деле не имеют значения, может быть жизненной целью, преследуемой некоторыми людьми в рамках своих убеждений.

- В какой степени вы расстраиваетесь, когда теряете то, что имели?
- Насколько сильно вы привязаны к материальным благам?
- Насколько сильно вы чувствуете себя обремененным своей привязанностью к другим?

Надежда/Оптимизм

Этот аспект относится к чувству оптимизма, что в будущем все будет хорошо как для самого человека, так и для общества, и для человечества в целом, а также, что после смерти следует загробная жизнь. Это не просто позитивные чувства по отношению к себе или обществу, или реалистичные ожидания относительно будущего, скорее, это чувство вдохновения и оптимизма в отношении грядущего. Противоположностью надежды является отчаяние по поводу того, что лучше никогда не станет. Противоположностью чувству оптимизма является чувство пессимизма — ощущение того, что будущее не станет лучше или потенциально может стать хуже.

- В какой степени у вас есть позитивные ожидания по отношению к будущему?
- В какой степени чувство вдохновения и оптимизма в будущем помогает вам сегодня?

Контроль над своей жизнью

Этот аспект исследует отношение и убеждения человека относительно его контроля над своей жизнью и жизненными обстоятельствами. Некоторые люди верят, что события в жизни человека predeterminedены или каким-то образом контролируются другими людьми и обстоятельствами. В то время как для других людей отсутствие контроля над своей жизнью неприемлемо. Те люди, которые считают, что они контролируют и ответственны за свой выбор, пытаются изменить свою ситуацию или события, чтобы улучшить качество жизни. Они могут испытывать разочарование, когда у них не получается этого сделать. Другие, кто верит в Бога/судьбу/предназначение или в то, что какие-то внешние силы или люди управляют их жизнью, могут испытывать меньше беспокойства и разочарования в трудные времена, поскольку они верят, что это часть их судьбы и должно было произойти. Они принимают свое жизненное положение. Вера в судьбу и предназначение и опора на других также могут быть негативными в том смысле, что человек может смириться со своей судьбой, быть неактивным и, возможно, упустить возможности для большего саморазвития.

- В какой степени вы чувствуете, что контролируете свою жизнь?
- Насколько вера в то, что вы контролируете свою жизнь, помогает вам справляться с проблемами в повседневности?
- В какой степени вы верите в духовную сущность/моральный или этический кодекс/систему убеждений?
- В какой степени вера в духовную сущность/моральный или этический кодекс/систему убеждений влияет на ваши способности преодолевать трудности?

ЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (БУДУТ ДОБАВЛЕНЫ В СУЩЕСТВУЮЩУЮ ОБЛАСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ WHOQOL)

Доброта к другим/Бескорыстие

Этот аспект описывает, как забота и сострадание к другим без ожидания и надежды на что-либо взамен могут способствовать повышению качества жизни. Это бескорыстие, которое включает в себя заинтересованность в благополучии других без ожидания и надежды на какую-либо личную выгоду.

Это может включать в себя помощь другим, которая заставляет пожертвовать своими интересами или вызывает у вас трудности.

- Насколько вы можете ставить потребности других людей выше своих собственных?
- В какой степени вы получаете удовольствие от успеха других?
- В какой степени вы заботитесь о других, не ожидая ничего взамен?
- В какой степени вы помогаете другим?
- Насколько сильно вы жертвуете своими собственными интересами ради интересов других?

Принятие иного

Этот аспект исследует, в какой степени человек может принимать других такими, какие они есть, даже если он не согласен с их мыслями, убеждениями или действиями. Это включает в себя уважение к другим и терпимость.

- В какой степени вы принимаете других людей, с которыми вы не согласны?
- В какой степени вы можете принимать людей, отличных от вас?

Прощение

Этот аспект описывает то, как для качества жизни некоторых людей важно чувствовать себя прощенными и быть снисходительными по отношению к другим. Проявление милосердия также может быть частью этого в том смысле, что индивид воздерживается от наказания или причинения вреда тем, кто причинил ему зло. Проявление милосердия к другим и способность прощать других могут дать человеку ощущение мира и гармонии и привести к улучшению качества жизни. Для некоторых людей это может включать прощение высшим существом, политической группой или их сообществом, или прощение любого из них, когда что-то идет не так. Негативной стороной может быть неспособность простить или «затаить обиду», когда кто-то поступил с вами неправильно. Такие чувства могут быть бременем для человека, который не в состоянии простить.

- В какой степени вы прощаете других, которые каким-то образом причинили вам зло?
- В какой степени вы чувствуете себя обремененным из-за того, что не можете простить других, которые причинили вам зло?

ЖИЗНЕННЫЙ КОДЕКС

Жизненный кодекс

Этот аспект относится к личным убеждениям, которые направляют жизнь. Убеждения могут иметь форму религиозных кодексов, предписанных Богом/Аллахом/Буддой или другой высшей духовной сущностью (сущностями), как указано в таких писаниях, как Коран, Библия или Упанишады, они могут быть политическими кодексами, такими как национальная конституция или Билль о правах. Эти кодексы могут основываться на справедливости, любви, сострадании и/или справедливости. Они могут включать подчинение воле Божией, как это открыто в писаниях пророков. Эти поведенческие кодексы обеспечивают руководство к жизни и руководство для достижения отношений с Богом, загробной жизни или идеального ценного состояния жизни в этом мире.

- Как часто вы ощущали, что ваша вера в мощную духовную силу/моральный или этический кодекс/систему убеждений обеспечивала вам безопасность, силу и благополучие, указывала путь?
- В какой степени ваша вера в духовную сущность/моральный или этический кодекс/систему убеждений оказывает некоторое влияние на ваши повседневные действия/поведение?
- В какой степени ваша вера в Бога или моральный кодекс/закон помогает вам сталкиваться с проблемами/решать их в повседневной жизни?
- В какой степени ваша вера в духовную сущность/моральный или этический кодекс/систему убеждений мешает вам в вашей повседневной жизни/деятельности?
- Насколько вас огорчают мысли о том, что вы не можете соответствовать стандартам, установленным Богом или организованным социальным порядком (законы, правовые инструменты, социальная этика)?
- Насколько вас огорчают мысли о том, что вы не можете соответствовать стандартам вашей семьи/социальным/культурным или духовным традициям?
- Насколько вы удовлетворены тем, что ваш образ жизни соответствует вашим принципам?

Свобода исповедовать убеждения и практики

Этот аспект исследует степень, в которой люди чувствуют, что у них есть свобода и способность исповедовать свои убеждения или убеждения своей культуры или традиций с помощью таких ритуалов, как наблюдение церемонии, религиозные обряды, медитация, молитва или пост. Этот аспект также исследует, считает ли человек, что он извлекает выгоду из такой практики. Он также включает свободу отдельных лиц или групп выражать свои духовные практики или основные убеждения и уважает право других на осуществление своих духовных или религиозных убеждений или традиций. Для некоторых людей это может включать участие в общественном марше за принцип, в который они верят. Этот аспект также затрагивает возможность того, что

ритуалы могут быть и бременем или навязыванием для некоторых людей. Кроме того, здесь рассматриваются социальные и политические права личности, особенно в связи с Международным биллем о правах человека. Некоторые люди, такие как беженцы, жертвы войн и агрессии, политически угнетенные лица или группы, могут указать, как такие трудности влияют на качество их жизни.

- В какой степени вы удовлетворены свободой исповедовать свои убеждения/ритуалы/социальные права и права человека?
- Насколько вы удовлетворены такими ритуальными практиками, как религиозные обряды, церемонии, медитация и молитва?
- В какой степени вы чувствуете, что определенные убеждения навязаны вам другими?
- В какой степени некоторые религиозные церемонии доставляют вам неудобства?
- Насколько вы удовлетворены тем, в какой степени ваше сообщество поддерживает вас в осуществлении ваших убеждений/ритуалов/социальных прав и прав человека?
- В какой степени практика ритуалов помогает вам справляться с повседневными ситуациями?

Вера

Этот аспект исследует вашу веру во что-то, что научно не доказуемо (т.е. в божественную истину, Бога, философскую доктрину или систему ценностей), придает вам силы и делает повседневную жизнь комфортнее. Некоторым людям это придает уверенности в преодолении сложных жизненных этапов. Других же это может заверить в том, что в конечном счете все сложится к лучшему.

- В какой степени вы находите силу и утешение в повседневной жизни, которые проистекают из вашей веры?
- В какой степени вы чувствуете уверенность в том, что сможете пережить трудные времена?
- В какой степени вы считаете, что в конечном счете все сложится к лучшему?
- В какой степени ваша вера в духовную сущность/мораль-

ный или этический кодекс/систему убеждений мешает вам брать на себя ответственность и проявлять инициативу в своей повседневной жизни?

КОНКРЕТНЫЕ РЕЛИГИОЗНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ

Конкретные религиозные убеждения

Этот аспект включает в себя те элементы, которые конкретны для определенной религии или религиозных убеждений, таких как ислам, иудаизм, христианство, индуизм, буддизм и так далее. Пункты этого аспекта могут дать представление о вопросах, которые имеют ключевое значение для практики этой религии и которые могут повлиять на качество жизни.

- Насколько вы огорчены, когда не можете умыться перед молитвой?
- Насколько важно для вас посещение воскресного богослужения?
- В какой степени пост дает вам чувство удовлетворения?

Национальный план: следующие шаги для WHOQOL

Предварительные определения аспектов и пунктов будут переданы национальным центрам для перевода на местные языки. Затем центры будут проводить обсуждения в целевых группах на местном уровне, с экспертами в области здравоохранения или с другими конкретными группами и простыми людьми. Было решено, что приоритетной должна быть работа в целевых группах с простыми людьми. Аспекты, подготовленные в ходе обсуждений в целевых группах, затем будут переведены и направлены в ВОЗ (Женева). Основная цель состояла бы в том, чтобы изучить, нужны ли новые аспекты или необходимо изменить существующие. Во время работы фокус-группы было бы очень ценно выяснить те аспекты и вопросы, которые каждая группа считает особенно важными, и те, которые имеют меньшее значение, чтобы помочь обсуждению на совещании по составле-

нию пунктов. Это было бы важной частью процесса разработки пунктов, особенно на этапе экспериментального тестирования для оценки важности аспектов. Этот вопрос будет рассмотрен на заседании группы по составлению пунктов повестки дня.

Будет проведено два этапа работы целевой группы: первый — по определению аспектов, второй — по созданию возможных пунктов на национальном языке. Страны создадут группы, ответственные за составление пунктов. Затем пункты будут переведены на английский язык и отправлены в ВОЗ (Женева), где будет проведен отбор пунктов в международный перечень. Они будут переведены обратно на национальные языки с обратным переводом на английский, чтобы убедиться в их правильности.

Для пилотного тестирования будет использоваться WHOQOL-100, а также новые пункты, разработанные для области действия SRPB. На этапе пилотного тестирования также будет уделяться особое внимание важности пунктов. Выборка, предложенная для пилотного тестирования, будет включать в себя сто участников, исповедующих доминирующую религию данного местного центра, сто участников, исповедующих религию меньшинства/являющихся агностиками/или придерживающихся альтернативных убеждений, и сто участников, являющихся атеистами и представителями различных профессий. Из данной выборки из трехсот участников будет примерно сто восемьдесят тех, кто испытывает проблемы со здоровьем.

Пилотные испытания будут анализироваться централизованно, и наилучшие пункты будут сохранены: их повторно отправят в страну происхождения для тестирования на местах. Затем данные этих испытаний будут проанализированы, а модуль доработан. Было подчеркнуто, что перевод будет занимать много времени и что центрам следует учитывать это при принятии решения о сотрудничестве. Общий срок проведения исследования составит примерно два года. Был поднят вопрос о финансировании. Будут предприняты усилия для обеспечения определенного финансирования, в частности, работы на уровне стран. В целом, большинство участников, по-видимому, были весьма заинтересованы в принятии участия в исследовании и хотели бы впредь поддерживать связь с проектом.

Шаги для публикаций

В ходе консультационных совещаний была поднята дискуссия, выходящая за рамки простого составления определений для аспектов и пунктов. Была предложена идея создания чего-то большего, чем справочный документ, либо путем разработки уже подготовленных справочных документов, либо путем их объединения во всеобъемлющий документ, который включал бы многие из обсуждаемых вопросов. Были предложены области для дальнейших исследований.

Поскольку существует много работ, посвященных духовности и здоровью, обозрение литературы будет непрерывным процессом. Было также предложено, чтобы в будущей работе основное внимание уделялось не религии как таковой, а тем аспектам религии, которые связаны со здоровьем, и тому, как эти аспекты могут быть выражены в рабочих терминах. Также важны положительные эффекты, которые духовность может оказать на укрепление здоровья, профилактику заболеваний и уход за больными. Было высказано предположение, что ВОЗ могла бы рассмотреть возможность подготовки документа о практическом воздействии духовности, религиозности и личных убеждений для здравоохранения.

СПРАВОЧНЫЙ ДОКУМЕНТ ДЛЯ «СОВЕЩАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ МОДУЛЯ ВОЗ, КАСАЮЩЕГОСЯ ДУХОВНОСТИ, РЕЛИГИОЗНОСТИ И ЛИЧНЫХ УБЕЖДЕНИЙ»

Женева, 22–23 июня 1998 г.

Иудейско-христианская точка зрения за авторством Мартина Айземанна, доцента, руководителя: отделения медицинской психологии, отделения психиатрии и центра сотрудничества ВОЗ, университета «Умео» (Швеция)

Сегодня опасения Дюркгейма конца прошлого века по поводу того, насколько важна религия в современном обществе, кажутся все еще актуальными. Возникает вопрос: создает ли религия в первую очередь конфликт между этническими группами (как

это очевидно в Боснии) и политическими фракциями, или ее следует рассматривать, скорее, как микрофеномен, обогащающий повседневную жизнь людей на низовом уровне и улучшающий жизнь за счет поощрения ценностей, смысла и сострадания? (Т. Р. Джонсон, 1995).

До недавнего времени христианская Церковь в своем религиозном послании давала возможность найти смысл жизни в целом и смысл страдания в частности. В настоящее время эти сообщения все меньше принимаются и выслушиваются.

Восприятие значимости связано с другими духовными областями:

1 с духовным благополучием. Люди, которые преимущественно воспринимают свою жизнь как значимую, оценивают себя более благоприятно, обладают большим самоуважением, большей способностью справляться с трудностями, имеют больше позитивного опыта в повседневной жизни, имеют лучшее психическое здоровье. Существует взаимосвязь между восприятием значимости и психическим здоровьем;

2 стресс, то есть переживания, при которых событие в окружающей среде или в самом человеке рассматривается как подрывающее/угрожающее благополучию, снижает чувство значимости.

Восприятие значимости зависит от соматических процессов, силы боли, ограниченности в движениях, нарушений обмена веществ.

В исследовании Рихтер и Долл (1993) оказалось, что треть респондентов рассматривали «религиозное отношение (к любящему Господу)», «осмысленный порядок во Вселенной» как особенно значимые. Например, больные раком рассматривают свою болезнь, как следствие своих грехов и как Божие наказание.

На протяжении веков люди находили смысл своей жизни в религиозных посланиях Церкви, в посланиях Иисуса и Моисея.

Есть свидетельства о людях, которые благодаря своим религиозным убеждениям смогли найти смысл в собственных страданиях: 5-летняя девочка, доставленная в больницу с переломом бедренной кости, спросила: «Почему это случилось со мной? Бог мне не помог. Я в Него не верю!» После успешного лечения и выписки из больницы она сказала: «Я вижу, Бог помог мне.

Он хотел, чтобы я проявила терпение и веру». Здесь, очевидно, произошла когнитивная перестройка с точки зрения изменения воспринимаемого значения перелома.

Согласно Малдеру (1995), страдание, когда-то высоко ценимое религией и обществом, больше не рассматривается как необходимый опыт.

Чтобы достичь высокого уровня благополучия, необходимо развивать тело и душу, а также признавать духовное измерение. В Евангелии от Марка (8:36) мы можем прочесть: «Ибо какая польза человеку, если он приобретет весь мир, а душе своей повредит?»

В доиндустриальную и раннюю индустриальную эпоху религия играла доминирующую роль. Представление о жизни после смерти и понимание того, что жизнь на земле — это не право, а дар Божий, не результат случайности, а дар создателя, имело решающее значение для реальности людей того времени. Убежденность в том, что все в мире взаимосвязано и его существование зависит от «Силы», обладающей всеохватывающей ответственностью, может создать ощущение целостности вокруг нас. Такое чувство может привести к тому, что все, что входит в эту целостность, то есть жизнь и смерть, работа и досуг, здоровье и болезни, потомство и семья, приобретают частично разные пропорции. Другими словами, религия, такая как христианство, которая подчеркивает существование определенной жизни после смерти, создает релятивистское влияние на восприятие жизни. То, что вы чувствуете в течение своей жизни, в первую очередь воспринимается как подготовительный этап к жизни вечной.

ЗДОРОВЬЕ И СМЕРТЬ

Сто лет назад было очевидно, что важнее воспитывать своих детей, чтобы они стали добрыми христианами, чем учить их тому, что полезно или вредно для здоровья. Сегодня цель родительского воспитания сместилась с христианских ценностей на здоровье. Может быть, можно назвать это своего рода «морализмом о здоровье». Например, в прежние времена многие христианские общины осуждали курение, злоупотребление алкоголем и распущенность, ссылаясь на Библию и волю Божию.

Сегодня людей также отговаривают от такого поведения. Однако теперь в качестве мотива упоминается здоровье, а не Божия воля. Другими словами, практические последствия остаются теми же, даже если базовые ценности различны. Что касается смерти, то в христианской религии она рассматривается с негативной точки зрения, т.е. в качестве платы за наши грехи. Невинное бессмертие рассматривалось как естественное состояние человеческих существ.

Это мышление было сформулировано Августином (354–450 гг. н. э.) в его теории о взаимосвязи между грехом, смертью и вечным наказанием. «О граде Божьем» (Книга III, 3): «Поэтому следует признать, что хотя первые люди были сотворены так, что если бы они не согрешили, то не испытали бы никакого рода смерти; тем не менее, став первыми грешниками, были наказаны смертью так, что и все происшедшее от них потомство подверглось тому же наказанию». Соответственно, смерть не является частью нашего существования. Это рассматривается как нечто злое, состояние, которое никогда не должно было произойти. Это катастрофическое следствие того факта, что человек отвернулся от своего создателя. Смерть — это наказание и полное отрицание жизни и всего хорошего.

Эта точка зрения сыграла решающую роль в формировании нашего мнения о смерти в нашей культуре и о том, как мы переживаем ее и как с ней справляемся. Интересно, что такой образ мышления можно найти и в наше время, например, в книге Жан-Поля Сартра «Бытие и ничто» (1943), где он определяет смерть как абсолютное разрушение, которое уничтожает смысл жизни.

В этом контексте следует рассмотреть «эсхатологию», то есть учение о последних событиях, с точки зрения того, что ожидает нас до и после смерти.

Многие теологи предполагают, что эсхатология является «красной нитью» в христианском учении. Однако сегодня мало теологов, которые серьезно занимаются эсхатологическими вопросами. Следовательно, многим людям трудно смириться со своим временным существованием и подавить его. Вместо этого мы хотим управлять жизнью и смертью, что выражается в целях современной медицины.

В этом контексте следует рассматривать некоторые из наиболее выдающихся медицинских дисциплин — таких как трансплантационная хирургия и пренатальная диагностика.

Во времена, когда мы предполагаем, что у нас есть только одна жизнь, это подразумевает, что мы должны как можно больше от нее получить и максимально продлить ее.

Смерть воспринимается как угроза жизни и счастью, а не (как раньше) как врата в другое существование. В такое время мы могли бы сказать, что соборование сменилось множественными попытками реанимации. Однако в буддизме одним из центральных догматов является то, что мы должны научиться отстраняться от жизни. Пока мы живем и хотим жить, мы будем испытывать боль и страдания. Это подразумевает, что при определенных обстоятельствах желание жить представляет собой препятствие для того, чтобы наслаждаться существованием. Подобные размышления можно найти в Евангелии от Матфея, где Иисус говорит: «Кто спасет свою жизнь, должен потерять ее, но кто потеряет свою жизнь из-за Меня, тот найдет ее» (16:25).

Согласно еврейской традиции, человек с самого начала жил в полной гармонии с природой и Богом. Соответственно, Библия рассказывает нам об Эдемском саду, где не было ни болезней, ни смерти, ни даже необходимости работать. Однако после грехопадения человека все изменилось. Представление о здоровой жизни составляло часть веры евреев в возможность жить в тесном союзе со своим Создателем.

Несмотря на то что люди живут во все более светском мире, пожилые люди по-прежнему рассматривают религию как подспорье в осмыслении жизни. Согласно Коксу и Хаммондсу (1988), это особенно верно среди протестантов, потому что у них больше шансов встретить конец жизни с верой в бессмертие, чем у других религиозных течений.

НЕКОТОРЫЕ ЭМПИРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Более 50 лет назад Лоутон пришел к выводу, что вера в Бога уступает только хорошему здоровью в вопросе благополучной старости (Моберг, 1993). Религия была важнее уровня дохода, социальной поддержки и альтруизма.

Однако последующие выводы не были последовательными. Некоторые исследования вообще не выявили какого-либо влияния религии на жизнь (Маркидес и др., 1987), а некоторые свидетельствовали о значительных взаимосвязях между религией и показателями качества жизни (Аргайл, 1987).

Ренецки (1979) пришел к выводу, что основным фактором, который, по-видимому, влияет на духовное благополучие людей и, следовательно, на их состояние здоровья и качество жизни, является вера в Бога.

О'Брайен (1986) обнаружил, что пациенты с позитивным религиозным взглядом на жизнь легче адаптируются к стрессу, вызванному гемодиализом.

Мартин и Карлссон (1988) сообщили о двух исследованиях, демонстрирующих терапевтический эффект веры в уменьшении отека легких, необходимости в антибактериальной терапии и интубации.

Для некоторых людей (например, пожилых) религиозность рассматривается как механизм психологической адаптации. Близость, которая утрачивается из-за потери социального круга поддержки, может поддерживаться через религиозную общину, путем единения с Господом. Духовность признается важным компонентом медицинской практики в отношении пожилых людей.

Цорн и Джонсон (1997) обнаружили в выборке сельских женщин старшего возраста высокий уровень религиозного благополучия и значительную корреляцию с социальной поддержкой и надеждой.

В сравнительном исследовании (Г.С. Рай и др., 1995) в Великобритании и Нидерландах среди обитателей домов престарелых практика и важность религии были связаны с высоким уровнем счастья и благополучия.

Макмиллан и Махон (1994) обнаружили, что у пациентов хосписа отношения с Богом занимают самое высокое место по общему взвешенному показателю качества жизни, показателю удовлетворенности и показателю важности.

Согласно Кригану (1997), система социальной поддержки и элемент духовности и религии, по-видимому, являются наиболее последовательными предикторными переменными качества жизни и возможной выживаемости среди пациентов с прогрессирующим злокачественным заболеванием.

Феррелл (1996) из всестороннего исследования проблем качества жизни на примере 1525 пациентов, больных раком, описывает духовное благополучие как «способность сохранять надежду и извлекать смысл из своего опыта переживания рака, который характеризуется неопределенностью. Духовное благополучие затрагивает вопросы трансцендентности и усиливается религией».

Карк и соавт. (1996) сообщили, что смертность в 11 светских кибуцах в период с 1970 по 1985 год была почти в два раза выше, чем в 11 соответствующих религиозных кибуцах. В 1991 году было проведено перекрестное исследование в 5 религиозных и 5 светских кибуцах для изучения возможного влияния факторов риска на неравную выживаемость. Члены религиозных кибуцев сообщили о более высоком уровне чувства связности (в соответствии с салютогенной концепцией Антоновского) и более низким уровнем враждебности, чем их светские коллеги. Полученные результаты, по-видимому, согласуются с интерпретацией того, что соблюдение еврейских религиозных обрядов может способствовать формированию определенных защитных личностных характеристик и повышению устойчивости организма к стрессорам и тем самым способствовать общему благополучию и положительному состоянию здоровья.

Христианские и иудейские традиции поощряют веру в то, что человек никогда не бывает «по-настоящему одинок» (Т.Р. Джонсон, 1995), что дает верующему дополнительные ресурсы для преодоления трудностей при столкновении с личной утратой. Это согласуется с предположением Тойтса (1983) о том, что осмысленное существование усиливается за счет экзистенциальной интеграции. Кроме того, роль, которую религия может играть в единении индивида с прошлым, настоящим и будущим, а также с Богом, настолько же совместима с акцентом Эриксона (1963) на целостности эго. Достигнутое чувство покоя, целостности и безопасности, которое человек обретает в присутствии Бога, приводит к уменьшению беспокойства и сомнений и лучшей оценке своей жизни.

Взгляд на религию переместился с позиции Фрейда как «универсального невроза навязчивых состояний» на ресурс,

который в конечном итоге, как кажется, повышает качество жизни (Ларсон и др., 1994).

Важность, приписываемая духовному благополучию, значительно снизилась примерно столетие назад, когда философия здравоохранения перешла от холистического подхода к более дуалистическому (Пенроуз и Баррет, 1982). Даже если предпринимаются попытки переосмыслить холизм, в здравоохранении по-прежнему доминирует медицинская модель, концентрирующаяся на процессе заболевания с медицинским лечением (Росс, 1995).

Использованная литература

- 1 Августин. О граде Божьем. 1:17–27.
- 2 Аргайл М. Психология счастья. Нью-Йорк: Меутер, 1987.
- 3 Джонсон Т. Р. Значение религии для благополучной старости//Американский специалист по поведенческим наукам. 1995. № 39(2). С. 186–208.
- 4 Карк Дж. Д., Кармель С., Синнрайх Р. и др.//Ирландский журнал медицинских наук. 1996. № 32. С. 185–194.
- 5 Кокс Х. Г., Хаммонд А. Религиозность, старение и удовлетворенность жизнью//Религия и старение. 1988. 5(2). С. 1–21.
- 6 Криган К. Т. Отношение и настрой: влияют ли они на выживаемость при раке? Майо Джин Прок. 1997. 72 (2). С. 160–164.
- 7 Ларсон Д., Шерилл К., Лайонс Дж. Пренебрежение и неправильное использование слова на букву «Р»: систематический обзор религиозных мер в области здравоохранения, психического здоровья и старения/под ред. Дж. С. Левина. Религия в старении и здоровье. Таузенд-Окс, Калифорния: Сейдж, 1988.
- 8 Маркидес С. М., Левин Дж. С., Рэй Л. А. Религия, старение и довольство жизнью: восьмилетнее трехволновое продольное исследование//Геронтолог. 1987. № 27(5). С. 660–661.
- 9 Мартин Д., Карлсон К. Р. Духовные измерения психологии/Теория поведения и религия/под ред. Р. Р. Миллера и Д. Е. Мартина. Беверли-Хиллз: Сейдж ПубИ, 1988.
- 10 Макмиллан С. К., Махон М. Измерение качества жизни пациентов хосписов с использованием недавно разработанного индекса качества жизни//Исследования качества жизни. 1994. № 3. С. 437–445.
- 11 Моберг Д. О. Религия и старение/под ред. Дж. Джонсона и Р. Слейтера. Старение и более поздняя жизнь. Таузенд-Окс, Калифорния: Сейдж, 1993.
- 12 О'Брайен М. Е. Религиозная вера и приспособление к длительному гемодиализу//Религия и здоровье. 1982. № 21. С. 68–80.
- 13 Пенроуз В., Баррет С. Духовные потребности: в болезни мне не хватает самого себя//Зеркало ухода за пациентами. 1982. № 154. С. 38–39.
- 14 Рай Г. С., Джетген Э., Коллас Д. и др. Исследование для оценки качества жизни в двух учреждениях непрерывного ух-

- да: сравнительное исследование в Великобритании и Нидерландах//Архивы геронтологии и гериатрии. 1995. № 20. С. 249–253.
- 15 Ренецки Л. Четвертое измерение: приложения к социальным услугам/Духовное благополучие: социологические перспективы/под ред. Д. Моберга. Вашингтон: Юнив Пресс оф Америка, 1979. С. 215–254.
 - 16 Росс Л. Духовное измерение: его важность для здоровья, благополучия и качества жизни пациентов и его значение для сестринской практики//Международный журнал по сестринским исследованиям. 1995. № 32. С. 457–468.
 - 17 Сартр Дж. П. Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии. Париж, 1943.
 - 18 Тойтс П. Множественная идентичность и психологическое благополучие: переформулированный тест гипотезы социальной изоляции//Американское социологическое обозрение. 1983. № 48. С. 144–187.
 - 19 Феррелл Б. Качество жизни: 1525 голосов больных раком. Форум онкологического сестринства. 1996. № 23(6). С. 909–915.
 - 20 Цорн К. Р., Джонсон М. Т. Религиозное благополучие неинституционализированных пожилых женщин//Женщины-интерны здравоохранения. 1997. № 18(3). С. 209–216.
 - 21 Эрикссон Э. Детство и общество. Нью-Йорк: Макмиллан, 1963.

Attachment 4. WHO Quality of Life Measure (WHOQOL) and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)

This is a general report on the issues discussed in the meeting to develop a WHOQOL module on spirituality, religiousness and personal beliefs, held in Geneva on June 22–24, 1998. This report is not intended as a verbatim record of the proceedings of the meeting. It contains additional information and clarification which were added to the proceedings of the consultation so that the report could serve as the basis for future research on the development of a WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module⁶⁰.

INTRODUCTION

The Constitution of the World Health Organization (WHO) defines health as ‘A state of complete physical, mental, and social well-being not merely the absence of disease...’. It follows that the measurement of health and

60 WHO/MSNMHP/98.2, pages 4–23.

the effects of health care must include not only an indication of changes in the frequency and severity of diseases but also an estimation of well being. This can be assessed by measuring the improvement in the quality of life related to health care. WHO defines Quality of Life as the individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment. 'Subjective' perceptions, experiences, beliefs and expectations influence 'objective' health status and functioning in physical, psychological, and social domains. Studies suggest that psychosocial dimensions of quality of life (i.e. hope/hopelessness), perceived social support (or isolation), and fighting spirit (or resignation) can have striking effects on disease susceptibility as well as on recovery and survival time in patients with cancer, AIDS and heart disease. In patients with most organic medical disorders, health status is strongly influenced by mood, coping skills and social support. For many patients their spiritual or personal beliefs influence their mood and can be a source of coping, thus having important effects on their health. Since the 1983 World Health assembly, the issue of dealing with the 'non-material' or 'spiritual' dimension of health has been discussed extensively. A resolution of the 101st session of the Executive Board in 1998 requests the Director General to consider an amendment to the constitution defining health as 'a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'. This resolution will be considered in the fifty-second World Health Assembly in May 1999.

The immediate aim of this project is to examine across cultures and religions the facets comprising the spirituality, religiousness and personal beliefs domain of quality of life (SRPB) and perhaps produce a module to the existing WHO Quality of Life measure (WHOQOL) which will allow a more sensitive and complete assessment of this domain in matters of health care, health promotion and the prevention of disease. Any expansion of the WHOQOL as a result of this work could be in the form of an additional module containing facets and items common to the participating cultures and religious groups. Any items which emerge which reflect important aspects of SRPB of a particular religion but not in com-

mon with the other religions could be included as „additional‘ questions to the module, to be used specifically with people of that belief.

This section will explore the concepts of spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB), health and quality of life as they interrelate. It is important to emphasise that consolidation and any module which might result from the study are not intended to address any specific religions and are intended for all forms of spirituality whether practised in a formal religion or not. For those who do not affiliate or recognise a religion or a spiritual dimension, the domain would refer to personal beliefs or code of behaviour.

THE WHOQOL

With the aid of over 30 collaborating centers around the world, WHO has developed an instrument for measuring quality of life (the WHOQOL-100) and a short form of it, (the WHOQOL-BREF) of 26 items, that can be used in a variety of cultural settings whilst allowing the results from different populations and countries to be compared. These instruments have several uses, including use in medical practice, research, audit, health services and outcomes evaluation, and in policy making.

The Quality of Life instruments are structured by six domains containing twenty-four facets as listed below.

| Domain | Facets incorporated within domains overall Quality of Life and General Health |
|--------------------|--|
| 1. Physical health | <ul style="list-style-type: none"> • Energy and fatigue • Pain and discomfort • Sleep and rest |
| 2. Psychological | <ul style="list-style-type: none"> • Bodily image and appearance • Negative feelings • Positive feelings • Self-esteem • Thinking, learning, memory and concentration |

| | |
|---|---|
| 3. Level of Independence | <ul style="list-style-type: none"> • Mobility • Activities of daily living • Dependence on medicinal substances and medical aids • Work Capacity |
| 4. Social relationships | <ul style="list-style-type: none"> • Personal relationships • Social support • Sexual activity |
| 5. Environment | <ul style="list-style-type: none"> • Financial resources • Freedom, physical safety and security • Health and social care: accessibility and quality • Home environment • Opportunities for acquiring new information and skills • Participation in and opportunities for recreation/leisure • Physical environment (pollution/noise/traffic/climate) • Transport |
| 6. Spirituality/Religion/Personal beliefs | <ul style="list-style-type: none"> • Spirituality/Religion/Personal beliefs |

THE SPIRITUAL DOMAIN OF WHOQOL

The spirituality, religiousness and personal beliefs domain (Sp.) comprising 4 of the 100 items in the WHOQOL-100 is described as follows.

‘This domain/facet examines the person's personal beliefs and how these affect quality of life. This might be by helping the person cope with difficulties in his/her life, giving structure to experience, ascribing meaning to spiritual and personal questions, and more generally providing the person with a sense of well-being. This facet addresses people with differing religious beliefs (including Buddhists,

Christians, Hindus, and Muslims), as well as other people with differing beliefs that do not fit with a particular religious orientation. For many people religion, personal beliefs and spirituality are a source of comfort, well being, security, meaning, sense of belonging, purpose and strength. However some people feel that religion has a negative influence on their life. Questions are framed to allow this aspect of the facet to emerge’.

THE QUESTIONS ARE:

F24.1 Do your personal beliefs give meaning to your life? (Intensity)

| | | | | |
|------------|----------|-------------------|-----------|-------------------|
| Not at all | A little | A moderate amount | Very much | An extreme amount |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

F24.2 To what extent do you feel your life to be meaningful? (Intensity)

| | | | | |
|------------|----------|-------------------|-----------|-------------------|
| Not at all | A little | A moderate amount | Very much | An extreme amount |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

F24.3 To what extent do your personal beliefs give you the strength to face difficulties? (Intensity)

| | | | | |
|------------|----------|-------------------|-----------|-------------------|
| Not at all | A little | A moderate amount | Very much | An extreme amount |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

F24.4 To what extent do your personal beliefs help you to understand difficulties in life? (Intensity)

| | | | | |
|------------|----------|-------------------|-----------|-------------------|
| Not at all | A little | A moderate amount | Very much | An extreme amount |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Since the development of the WHOQOL, on several occasions, there have been questions as to whether the four SRPB items are sufficient in covering such an important aspect of health, well being and quality of life.

THE WHOQOL HIV/AIDS MODULE

A recent WHO consultation on the quality of life of people living with HIV and AIDS held in Geneva in February 1997 reinforced the importance of spirituality, religiousness and personal beliefs in the quality of life of those who will likely die early as a result of the HIV infection. In such circumstances of chronic deterioration and imminent death, questions of the meaning and value of life, of the plausibility of an afterlife, of justice and attribution of blame for disablement, and concerns about the future welfare of dependants take on special significance to the patient. Satisfaction with the answers to these questions can influence the course of infection and the rate of physical and mental deterioration as well as the quality of dying. Part of the objectives of this consultation were to revise the existing domains and facets of the WHOQOL and propose additional items to be added in a module specific to HIV/AIDS patients, as the spiritual domain was viewed as the least elaborate of the existing WHOQOL domains, having only a single facet. Participants felt that this domain would benefit most from discussion and elaboration in culturally specific focus groups. In the consultation, there were a number of suggestions for creating and elaborating additional facets. Some items dealing with spirituality, religiousness and personal beliefs were generated for this module. However, this module deals mainly with 'preparation for death' or facing the threat of death due to an incurable disease and does not deal with quality of life in general or for persons who are well.

Spirituality and Health

Until recently the health professions have largely followed a medical model, which seeks to treat patients by focusing on medicines and surgery, and gives less importance to beliefs and faith (in healing, in the physician and in the doctor-patient relationship). This reduc-

tionism or mechanistic view of patients as being only a material body, is no longer satisfactory. Patients and physicians have begun to realise the value of elements such as faith, hope and compassion in the healing process. The value of such 'spiritual' elements in health and quality of life have led to research in this field in an attempt to move towards a more holistic view of health that includes a non-material dimension emphasising the connectiveness of mind and body. Research in such areas as psychoneuroimmunology for example have shown the linkage between how we feel and how our physical health, in this case the immune system, can be affected. Examples of mind body relations are the essence of psychosomatic medicine.

SPIRITUALITY, RELIGIOUSNESS AND PERSONAL BELIEFS

The spirit is defined in the Oxford dictionary as the 'immaterial, intellectual or moral part of man'. Thus, spirituality would include beliefs of a non-material nature with the assumption that there is more to life than what can be perceived or fully understood. Spirituality address questions such as meaning of life and purpose in life and is not necessarily limited to any specific types of beliefs or practices. Religion on the other hand is defined as 'belief in the existence of a supernatural ruling power, the creator and controller of the universe, who has given to man a spiritual nature which continues to exist after the death of the body'. Religiousness is then the extent to which an individual believes in, follows and practices a religion. Although there seems to be considerable overlap between the notion of spirituality and religiousness, religiousness differs in that there is a clear suggestion of a system of worship and specific doctrine that is shared with a group. Personal beliefs may be any beliefs, values that an individual holds and which form the basis of that individual's lifestyle and behavior. Again, there may be considerable overlap with notion of spirituality, however, personal beliefs may be distinguished from spirituality in that the beliefs held may not necessarily be of a nonmaterial nature. For example, atheism, the belief that there is no God may not necessarily be considered a spiritual belief. Furthermore personal beliefs can include an individual's belief that there is nothing beyond the material world.

SPIRITUALITY, RELIGIOUSNESS, PERSONAL BELIEFS AND QUALITY OF LIFE

Ross, in his article on the spiritual dimension, reports a useful definition of spirituality which depends on three component parts:

- 1 the need to find meaning, purpose and fulfilment in life;
- 2 the need for hope/will to live;
- 3 the need for belief and faith in self, others and God⁶¹.

The need for meaning is a universal trait that is essential to life itself and when an individual is unable to find meaning they experience distress due to feelings of emptiness and despair⁶². Having hope and will to live is important to both healthy people and ill patients. For ill patients it has been shown that hope and will to live are important factors in the healing process. For some persons faith in self, others and/or God constitutes in large part the meaning, purpose and fulfilment they find in life and can influence their level of hope and will to live. Levin reviewed hundreds of epidemiological studies and concluded that belief in God lowers death rates and increases health⁶³. The main factors associated with increased survival for patients with cancer and heart disease were lower alcohol, cigarette and drug use, lower anxiety, depression and anger, lower blood pressure and higher quality of life⁶⁴.

The importance of the spiritual dimension can apply especially to hospitalized ill patients as they may be facing loss of control, sometimes for the first time in their lives. This realization motivates some patients who were not spiritually conscious to seek or reconfirm a center of control outside of the self (i.e. God). The experience of the illness may reduce their ability to seek fulfilment for their spiritual needs, which in turn increases their chance of experi-

61 Ross, L. The Spiritual Dimension: Its Importance to Patients' Health, Well-Being and Quality of Life and its Implication for Nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 1995: 32(5): 457-468.

62 Ross, L. *Spiritual Aspects of Nursing*. *J-Adv-Nurs.*, 1994: 19(3): 439-447

63 Benson, H. *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief*, Fireside, 1997.

64 Idem.

encing spiritual distress and this may have adverse effects on their state of health. A person who has a center of control outside of self (e.g. God) may question their relationship with God because of their physical illness, this can apply especially to patients who are terminally ill. The spiritual distress can have adverse effects on their health and Quality of life⁶⁵. Studies have shown that during such experiences a considerable number of patients reported various spiritual needs or desires. Some issues of great importance to them included the need to find meaning in life, the desire for belief in God (often expressed through formal religious practices), wanting relief from fear and doubt, wanting relief from feelings of loneliness, and wanting to feel relatedness to others and God⁶⁶.

Facets Proposed for the HIV/AIDS Module which might be Suitable for a WHOQOL SRPB Module

Following the HIV/AIDS consultation that took place in Geneva in February 1997, several proposed facets were defined to attempt to describe the SRPB domain. These were generated for a module created for people with HIV AIDS. To provide a starting point for a more general SRPB module, a review of seven areas that were focused upon in this meeting, were discussed:

1) *Meaning of Life*. This was proposed as a facet to examine several aspects of potential meaning: (a) Feeling that life has a greater plan or purpose. This is a part of most religions, including Buddhism, Hinduism, Islam and Judeo-Christianity; (b) Having a sense of mission (e.g., ‘a calling’, feeling personally part of a greater plan, whether of God, or a more general structure or undertaking); (c) Being able to derive meaning from or to understand apparently senseless situations (e.g., ‘when bad things happen to good people’). In Islam for example everything that happens to a person is the will of God; and (d) Feeling a greater sense of personal meaning or understanding

65 Ross, L. Thepua1 Dimension: Its Iniportance to Patients' Health, Wel-Being and Quality of Life and its Implication for Nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 1995: 32(5): 457-468.

66 Idem.

than before (e.g., things are finally ‘coming together’). Considering the situation of a person with a severe illness, he or she may see some meaning in having the illness if this is viewed as part of God’s plan or will, or perhaps some greater understanding (e.g. for ‘medicine’) will result. Thus, a person may feel that he or she is fulfilling an important role, one designed by a guiding force or spirit. Those individuals who do not practice a specific religion nor have religious beliefs may still be guided in the same way by their personal beliefs, moral, civil or ethical codes.

2. *Forgiveness*. This was proposed as a possible facet to explore ways of dealing with feelings of anger and guilt, but also as a state that may be associated with more positive feelings and a higher quality of life. At the consultation, this facet was conceptualised as two dimensional—forgiving and being forgiven. This conceptualisation suggested four separate areas of inquiry: (a) whether people forgive themselves (for getting diseased); (b) whether they forgive others — family, partners, caregivers, ‘God’, Divine being or spiritual forces, (for example, others who they believe have let them down, failed to protect them, led them into situations that resulted in infection, or caused them other misfortune); (c) whether others forgive them (for example, for being a burden, an embarrassment, or for having violated their trust); and (d) whether ‘God’ or spiritual forces forgive them.

Another aspect of forgiveness is ‘forgetting’ (as in ‘forgive and forget’), which perhaps could be inquired about separately, or included in the dimensions of forgiveness, perhaps as an indicator of intensity. Other questions were raised about whether ‘peace’ rather than ‘forgiveness’ is the positive state that is associated with increased quality of life. If peace is the desired state, then forgiving may be one way to achieve this, but not the only way. People may describe feeling ‘at peace’ when they are satisfied with what they have accomplished, resolved, or completed, or with the state of their close relationships, regardless of feeling forgiveness.

For some people, anger or more positively—determination to correct social injustices, can fuel a sense of commitment and purpose, which can lead ultimately to a feeling of having ‘won’ peace with the world. There are many reports that the feeling of having contributed something to prevention, treatment, or improving the situations of current and future people afflicted with a particular disorder

der has made a significant difference in the quality of life of patients who have chosen this path. The idea may be applicable to people living with any terminal or severely debilitating illness.

3. *Beliefs*. This facet was proposed to explore the extent to which people have basic beliefs that help direct and influence their lives. For some persons these beliefs may be to do with God, a spiritual entity, social justice, human rights, scientific evidence, human wisdom and so on. Existing WHOQOL items (F24.1 to F24.4) appear to cover this idea (e.g., F24.3 ‘To what extent do your personal beliefs give you the strength to face difficulties?’). However, these four items cover two broad issues, which are: 1. The extent to which a person feels that his/her beliefs give meaning to their life and 2. the extent to which a person feels that his/her beliefs give him/her strength to face and understand difficulties in life. There may be other issues to do with beliefs that are not covered in the WHOQOL-100 which may need to be added if a separate module for SRPB is created.

4. *Spiritual connectedness*. Experiencing support (or its converse) from a ‘spiritual network’. This potential facet was proposed but not described in detail during the consultation, but if it were to be elaborated this could include a feeling of participation in the continuity of life, with one's ancestors and through one's children, or feeling part of ‘the great circle of life’. The converse of feeling spiritually connected could be feeling cut-off from life and other people, disinherited--both literally and figuratively, and disengaged. Related concepts include having generated, produced, or created something of lasting value or something that made a positive difference (e.g., by which one could be remembered).

5. *Personal spiritual experience*. This potential facet was proposed to explore a person's experience of being part of, touched by, and/or in harmony with a positive spiritual force, which provides inner strength and peace. Such a force or spirit may also provide guidance for living both in the present and future. While experiencing this force may be very positive for some people, others may experience such force(s) acting upon them in a negative way, as if they are ‘bewitched’ or ‘hexed’, and that there is little that they can do to control their fate.

6. *Feeling in harmony with the past, present, and future*. At the consultation there was a great deal of discussion over differ-

ences in cultural perspectives on the subject of time. A prevailing opinion in Western cultures is that 'living fully' in the present and feeling at ease with ambiguity is good, but that thinking about the past or future is bad (as in 'regretting' or 'being obsessed' with the past; 'dreading' the future). In other cultures, however, such as India, the very important spiritual experience and sense of Karma means that the past has determined what a person is today. In Buddhism, there is the belief in reincarnation, in which a person who has lived a good life goes into a better reincarnated state.

7. *Death and dying*. This facet was proposed to examine feelings about death and dying, concerning oneself and others. It explores the process of bereavement, as grieving about the death of loved ones and friends (e.g., whether the person feels resolved about or 'can't get over' these deaths). It also deals with a person's feelings about his or her own death (e.g., whether this is feared, accepted, viewed as 'inevitable', or denied). This facet may include feelings about how death may happen, such as feeling prepared for death, and whether concrete plans have been made, as in how and where to die. Fears about death were distinguished from fears about the process of dying. What seems to make the critical difference is *quality of dying*, e.g., whether one can imagine or anticipate being 'ready', in control, aware, surrounded by loved ones, comfortable, and not in pain. Other important aspects to assess in this facet include: belief in life after death; whether there is a 'conspiracy of silence' among those closest to the person; and the personal or cultural significance of dying and/or being buried in a special place or with one's predeceased family.

PROCEEDINGS OF THE CONSULTATION

Introduction to Background Materials

The history of the development of the WHOQOL instrument was presented by Dr J. Orley. The Judeo-Christian perspective was presented by Dr Eisemann, Associate Professor in the Department of Psychiatry at Umeå University. The Islamic perspective was presented by Ms M. Lotf, Technical Officer on the WHOQOL, WHO Geneva, and Dr A. Mohit, Regional Adviser, Mental Health, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Dr Reddy, former Director

of the National Institute of Mental Health and Neurological Sciences (NJMHANS) and Dr Bisht, Director Medical Education Research, Indraprastha Apollo Hospitals, presented the Hindu perspective. Dr Yamaguti, Professor at Kyoto University, presented a Buddhist perspective. Mr Webster, Division of Analysis, Research and Assessment at WHO Geneva, presented a translation of Mr Callisaya's paper on the Aymara's perspectives on spirituality, religiousness and personal beliefs and quality of life and health. Dr L. Underwood Gordon, Director of Research at the Fetzer Institute, presented three short papers on spirituality and health.

Preliminary Facet Definitions

After preliminary discussion and in order to generate potential areas relevant to spirituality, religiousness and personal beliefs, an interactive process was used where participants were asked to write between one to seven words, each on a slip of paper to represent one idea or reason as to why spirituality, religiousness and personal beliefs are important to quality of life. In order to get some commonality, it was emphasised that participants were to think of spirituality, religiousness and personal beliefs within the framework of quality of life rather than health in general. (Nevertheless, it was agreed that within a module issues that were specific to certain countries or religions could be added on in the same way that national items had been added to the WHOQOL-100). These slips of paper were posted on the wall and then arranged into clusters or groups of common ideas.

During the discussions, the notion of transcendence arose and the importance of the belief in a spiritual entity, which is beyond the created world which helps provide security, guidance, strength and well-being. There was a discussion on whether the specific term 'God' should be used to describe such an entity. One view was that as a large number of people believe in some superior being, it would be appropriate to use the term. The other view was that this would exclude some people who do not believe in any superior being or perhaps believe in more than one superior being. It was argued that the consultation participants would not decide on such a term, but leave it up to the country focus group work. The participants at this consultation consisted mainly of scientists and health professionals whereas

a broader range of people would be involved in country level work, and the term ‘God’ may be more meaningful to them than terms like ‘transcendent or “superior being’. There was an emphasis on remaining flexible in drafting facet definitions and sample items to be made available for country level work.

Related to this discussion was the relationship of the individual with such a spiritual entity, or the transcendent, and how such a relationship can help the individual find purpose and meaning in life as well as energy and optimism. On the other hand the possibility of such a feeling or relationship hindering the individual in their daily life was discussed. An example of such a hindrance could include the person feeling helpless because they feel they have no control over their life and may therefore take less initiative and responsibility. Also an individual may have an intense sense of spirituality but may feel alienated from formalized religion and its practices, such a feeling of alienation or inability to express this feeling of being connected to the transcendent could have a negative impact on quality of life and well-being.

After generating a list of potential facet areas the meeting divided into three groups to discuss clusters of ideas and issues and to begin to construct some preliminary facet definitions and possible sample items. Bearing in mind how the WHOQOL-100 had been constructed and that these definitions and items would be translated into several different languages to provide a framework for focus group work at country level, participants were encouraged to feel as free and unrestricted as possible in this task. Ideas from the three groups were discussed in plenary. After the consultation they were organised and edited by members of the WHO secretariat who also elaborated further on the potential SRPB facet definitions. These are presented in the next section.

Facet Definitions and Sample Items

The following areas are perhaps common to people coming from many different cultures and holding different beliefs. A person who believes in a particular religion will look at the following ideas and statements with their religion in mind. A person who does not follow a particular religion but believes nevertheless in a higher, spiritual entity, one that exists beyond the physical and material world, will look at the follow-

ing ideas and statements from this viewpoint. A person who does not believe in a higher spiritual entity but has strong personal beliefs or followings that guide him in his day to day activities such as a scientific theory or a particular philosophical view, will look at the following ideas and statements from that perspective.

In the following definitions and sample items, such words as 'belief', 'belief systems', 'spiritual entity' and so on will be used. The translation of such terms into languages other than English will result in more appropriate wording, such as 'God' or 'Allah'. Among the facets that follow are some overlapping issues or ideas. With the input of country focus group work, some of these overlaps will hopefully be clarified.

TRANSCENDENCE

The facets in this section will examine faith or belief in a spiritual entity, beyond the created world and the security, strength and well-being that a person feels through such a belief. This section will also cover the individual's relationship with such a spiritual entity as well as the person's sense of identity within the spiritual domain and how these aspects affect their quality of life and well-being.

Connectedness to a spiritual being or force

This facet explores a person's feelings of being connected to a spiritual entity. It expresses a level of intimacy that is beyond the normal daily relationships with people and generates a heightened sense of well being. This also includes the person's sense of continuity with life, ancestors, and with future generations. Its negative aspect is feeling alienated from or disinherited by what is considered spiritually important. It includes feelings of having contributed to the well being of future generations, either through their children or leaving something of lasting value to be remembered by future generations. This facet also describes a spiritual sense of self which is beyond the body and which gives meaning to life and broadens understanding. During times of physical, emotional or social distress this can provide a perspective which can help to deal with difficulties, and make the experience of life better despite difficult circumstances. It also can encourage generosity and willingness to tolerate frustration of one's own will. This

sense of self can be conceptualized as being within the self as a soul or spiritual center, and/or extend beyond the physical and mental boundaries to include things such as humanity and the environment. It can counter-balance tendencies to define ourselves in terms of what we have or how we fit functionally in the world.

- To what extent does your feeling of being connected to a spiritual entity/moral or ethical code/system of beliefs help you make sense of the world?
- To what extent does having a sense of continuity with future generations affect you?
- How important is it to you to be able to leave something of lasting value or something to be remembered by in future generations?
- To what extent does having a spiritual sense of self help you experience life in a better way?
- How much does having a spiritual sense of self help you tolerate distress?

Meaning of Life

This facet explores the various ways and degrees to which a person feels a sense of purpose to life or that life is part of a greater plan or mission. It means life has a certain direction. Purpose or meaning in life may be provided by spiritual beliefs, by a code of values or ethics, through a social or political cause. The meaning or significance of life may be influenced by an individual's community, or culture. It will be shaped by an individual's stage of life, by environment, as well as religious, spiritual or belief systems. It contributes an appreciation of life or understanding, perhaps acceptance for what is.

- To what extent do your spirituality/religion or personal beliefs give meaning to your life?
- To what extent does your belief in a spiritual entity/moral or ethical code/system of beliefs give purpose and meaning to your life?
- To what extent do you feel your life has purpose?
- How much do you believe that having meaning in life will help guide you through difficult times?
- To what extent do you feel that you are part of a greater plan?

Awe

This facet explores feelings of wonder in the world around you, and the beauty, inspiration and excitement that this generates. For some people this may lead to feelings of gratitude, in others a sense of being close to God and feeling grateful for being able to enjoy beauty in the world. Other people may marvel at the beauty of nature and feel good just being able to enjoy such beauty. This feeling of awe and gratitude may be so overwhelming that it can also make one feel overruled and small in comparison to creation, Very simple or very complex issues (for example, a sunset, a painting or music) can arouse this feeling. The appreciation, enhanced spirituality and intensity that such a feeling produces in an individual may be highly valued and sought for.

- To what extent do feelings of awe inspire you?
- To what extent do you feel pleasure and get enjoyment from your surroundings (i.e. sunset, trees, nature)?

Wholeness/Integration

This facet explores the relationship and connection between the mind, body and soul. How we feel affects how we act and how we act affects how we feel and the way we think about ourselves. Wholeness means a sense of coherence in living and the feeling of having a complete life. The negative side of this would be the individual's feeling that somehow their life is incomplete, that something is missing from their life or that their life is fragmented into several smaller parts rather than a cohesive whole.

- To what extent does any affiliation to religious or social groups give you a sense of coherence in life?
- To what extent do you feel that your life is incomplete or missing something?

Divine Love

Giving or experiencing love can enrich quality of life. This facet deals with love and compassion with and from the Divine and may be especially pertinent to persons with a specific religion such as Christianity or Islam.

- To what extent do you feel the love and compassion of a God/the Divine/a Superior power?

Inner Peace/Serenity/Harmony

The facet explores the extent to which people are at peace with themselves. The source of this peace is from within the person and can be connected to a relationship the person might have with God or it may derive from their belief in a moral code or set of beliefs. The feeling is of serenity and calmness. Whenever things go wrong, this inner peace helps you cope. It is viewed as a highly desirable condition/

- To what extent do you feel peaceful within yourself?
- To what extent are you able to remain calm in difficult times?
- To what extent does a sense of inner peace make you feel good?
- To what extent do you accept your life?
- How comforted do you feel with the presence of God/spirit/your beliefs?

Inner Strength

This facet refers to an inner strength which one may draw on which gives one stability and the ability to face difficulties and overcome adversity. The inner strength may be thought as deriving from a source outside the person, for example from a cultural tradition or from God. It may also be seen as part of a person's given character and come from a personal philosophy, or from knowledge of family or community support. The Hindu practice of yoga or a religious person receiving a revelation from God can help provide this inner strength.

- To what extent do you feel you have inner strength that gives you the capacity to overcome the difficulties in your life?
- How satisfied are you with your ability to confront difficult times?
- To what extent do you feel you have inner strength which provides you with the ability to face difficulties?

Death and Dying

This facet explores attitudes to death and understanding death as inevitable, acceptable and part of the scheme of things, coming to terms with and finding meaning in death. For some people death can be viewed positively, it can represent a move from life on earth to a better life or the afterlife, or it can be seen as a relief from toil, distress, pain,

grief at the end of biological existence. Its negative aspects include excessive fear of death and fear about losing control over dying. This facet explores the person's attitude and feelings towards the death of others who are close to them. The notion of untimely death, for example the death of a young person in an accident, and the shock that others suffer in such an event is also explored here. A person may have more difficulty in finding meaning in such an instance and may view it as unacceptable or unfair. Also included in this facet is the person's attitude towards diseases which can lead to death.

- To what extent are you bothered about dying?
- How much are you concerned about being in control of the situation when you die?
- How much are you able to accept death as inevitable?
- To what extent is your outlook on death positive?
- To what extent does your outlook on death affect the quality of your life?
- To what extent are you able to accept the death of those people who are close to you?
- To what extent are you able to accept the untimely death of someone close to you (for example, a young person dying in an accident)?
- How much do you fear diseases which can lead to death?

Detachment/Attachment

This facet explores the individual's ability to let go of cherished possessions, achievements and persons. It does not imply complete separation nor should it be seen as a lack of interest in people or possessions but rather that an individual does not completely depend on possessions, achievements or loved ones. For example the loss of a loved one, job, property or other possessions is less likely to affect a person's quality of life if they can let go. A person can enjoy success or achievement without being attached to the physical or material rewards they bring. This ability to detach can enhance the person's quality of life and well being. This facet may be applicable to Buddhism and Hinduism more than other religions. Achieving detachment from possessions and things which 'ultimately' do not really matter may be a goal in life pursued by some people as part of their beliefs.

- To what extent are you upset when you lose a possession?
- How much do you feel attached to material possessions?
- How much do you feel burdened by your attachment to others?

Hope/Optimism

This facet refers to a sense of optimism, that the future will be better for oneself, community, humankind and the afterlife. It is not just positive feelings about oneself or community, or realistic expectations for the future. Rather, it is the sense of inspiration and optimism for the future. The opposite of hope is despair, in that nothing will ever get better. The opposite of a sense of optimism would be a sense of pessimism, a sense that the future will not get better or may potentially get worse.

- To what extent do you have positive expectations for the future?
- To what extent does a sense of inspiration and optimism in the future help you today?

Control Over Your Life

This facet explores the person's attitudes and beliefs regarding their control over their life and their living circumstances. Some people believe that the events in one's life are pre-determined or controlled in some way by others and circumstances. Whereas for other people, not having control over their life is unacceptable. Those persons who believe they are in control and responsible for their choices try to alter their situation or events to have a better quality of life. They may feel frustration when they are unable to do so. Others who believe in God/fate/destiny or that some external forces or people control their lives may feel less anxiety and frustration in difficult times as they would believe that it is a part of their destiny and was bound to happen. They accept their situation in life. Belief in fate and destiny and relying on others can also be negative in that the person may resign themselves to their fate, be inactive and perhaps miss opportunities for greater self-development.

- To what extent do you feel that you have control over your life?
- How much does a belief that you have control over your life help you in dealing with day to day living?

- To what extent do you believe in a spiritual entity/moral or ethical code/system of beliefs?
- To what extent does a belief in a spiritual entity/moral or ethical code/system of beliefs influence your capabilities to meet crises?

PERSONAL RELATIONSHIPS (TO BE ADDED TO THE EXISTING WHOQOL SOCIAL RELATIONSHIPS DOMAIN)

Kindness to others/Selflessness

This facet describes how caring and compassion for others without expecting or hoping for anything in return can contribute to quality of life. It is a sense of selflessness which involves an interest in the well-being of others without expecting or hoping for any personal benefit.

This may involve helping others to the extent that it is inconvenient to you and requires sacrifice of your own preferences.

- How much can you put others' needs before your own?
- To what extent do you take pleasure in the success of others?
- To what extent do you care about others without expecting anything in return?
- To what extent do you help others?
- How much do you sacrifice your own interests for those of others?

Acceptance of others

This facet explores to what degree a person can accept others as they are even if one does not agree with their thoughts or beliefs or actions. This includes respect for others, and tolerance.

- To what extent do you accept others with whom you do not agree?
- To what extent can you accept others who are different from you?

Forgiveness

This facet describes how for some people feeling forgiven by others and being forgiving towards others is important for their quality of life. Showing mercy can also be a part of this in that the individual refrains from punishing or wronging those who have wronged him or her. Showing mercy for and being able to forgive others can provide the individual with a sense of peace and harmony and lead to better quality of life. For some people this may include forgiveness by a superior being, by a political group or by their community or forgiving any of those when things go wrong. The negative side may be the inability to forgive or 'bearing a grudge' when somebody has done you wrong. Such feelings may be a burden to the individual who is unable to forgive.

- To what extent do you forgive others who have wronged you in some way?
- To what extent do you feel burdened by not being able to forgive others who have wronged you?

CODE TO LIVE BY

Code to live by

This facet refers to personal beliefs which guide living. The beliefs can be in the form of religious codes ordained by God/Allah/Buddha or other supreme spiritual entity(ies), as revealed in writings such as the Koran, the Bible or the Upanishads, They can be political codes such as a national constitution or a Bill of Rights. These codes may be based on justice, love, compassion and/or fairness. They may involve subjection to the will of God as revealed in writings attributed to prophets. These codes of conduct provide direction to living and for the attainment of a relationship to God, an afterlife or an ideal valued state of living in this world.

- How often have you felt that your belief in a powerful spiritual force/moral or ethical code/system of beliefs has provided you with security, guidance, strength and well-being?
- To what extent does your belief in a spiritual entity/moral or ethical code/system of beliefs have some effect on your daily actions/behaviours?

- To what extent does your belief in God or a moral code/law help you to face/solve problems in your day to day life?
- To what extent does your belief in a spiritual entity/moral or ethical code/system of beliefs hinder you in your daily life/activities?
- How distressed are you by thoughts of not being able to live up to the standards set by God or the organized social order (laws, legal instruments, social ethics)?
- How distressed are you by thoughts of not being able to live up to the standards of your family/social/cultural or spiritual traditions?
- How satisfied are you that your lifestyle is guided by your principles?

Freedom to Practice Beliefs and Rituals

This facet explores the extent to which individuals feel they have the freedom and capacity to exercise their beliefs or those of their cultures or traditions, through rituals such as, ceremonial observations, religious rites, meditation, prayer or fasting. This facet also explores if a person believes he benefits through such practices. It also includes the freedom individuals or groups have to express their spiritual practices or fundamental beliefs and respects the right of others to exercise their spiritual or religious beliefs or traditions. For some people this might include participating in a public march for a principle they believe in. This facet also addresses the possibility of rituals also being a burden or imposition for some individuals. The social and political rights of the individual are also examined here, particularly with regard to the International Bill of Human Rights. Some individuals such as refugees, victims of wars and aggressions, politically oppressed persons or groups can indicate how such difficulties impact on their quality of life.

- To what extent are you satisfied with your freedom to practice your beliefs/rituals/social and human rights?
- How much fulfilment do you get from ritual practices such as religious rites, ceremonies, meditation and prayer?
- To what extent do you feel that certain beliefs are imposed on you by others?

- To what extent do some religious ceremonies inconvenience you?
- How satisfied are you with the extent to which your community supports you to practice your beliefs/rituals/social and human rights?
- To what extent does the practise of rituals help you face day to day situations?

Faith

This facet explores how your faith in something which is not scientifically provable (i.e. a divine truth, God, philosophical doctrine or value system) provides strength and comfort in daily life. For some people this would provide confidence to face difficult crises. For others this might assure them that all will work out for the best ultimately.

- To what extent do you find strength and comfort in daily life that comes from your faith?
- To what extent do you feel confident that you can get through difficult times?
- To what extent do you feel that things will work out ultimately for the best?
- To what extent does your belief in a spiritual entity/moral or ethical code/system of beliefs prevent you from taking responsibility and initiative in your daily life?

SPECIFIC RELIGIOUS BELIEFS

Specific religious beliefs

This includes those items that are specific to an identified religion or a religious belief such as Islam, Judaism, Christianity, Hinduism, Buddhism and so on. The items in this facet may provide a view on issues that are of key importance to the practice of that religion and which can affect quality of life.

- How distressed are you when you are unable to wash before prayer?
- How much is attending Sunday mass important to you?
- To what extent does fasting give you a sense of fulfilment?

National plan: next steps for the WHOQOL

The provisional facet definitions and items would be given to national sites to be translated into the local languages. Centres would then conduct focus group discussions in the local language, with health experts or with other specific groups and lay people. It was agreed that focus group work with the lay people should be the predominant part of the focus group work. The facets produced by focus group discussions would then be translated and sent to WHO, Geneva. The main purpose would be to explore whether new facets are needed or whether existing facets need changing. During focus group work, it would be very valuable to find out those facets and questions which each group feel would be especially important and those of less importance in order to help discussions in the item writing meeting. This would be an important part of the item development process, particularly in the pilot testing phase to assess the importance of facets. This will be addressed during the item writing group meeting.

There would be two sets of focus group work, the first on facet definitions, the second to generate possible items in the national language. Countries would set up item writing panels. Items then would get translated into English and sent to WHO, Geneva where a global pool of items would be selected. These would be translated back into national languages with back translations into English to ensure that translations are correct.

For pilot testing the WHOQOL-100 would be used as well as the new items developed for SRPB domain. At the pilot testing stage there would also be a focus on importance. The sample proposed for the pilot testing would include one hundred participants who practice the dominant religion of that field centre, one hundred participants who practice a minority religion/who are agnostic/or who hold alternative beliefs and one hundred participants who are atheist and from a variety of professions. Of this sample of three hundred participants there would be a portion of participants who would be unwell, approximately one hundred and eighty.

Pilot testing would be analysed centrally and the best items would be retained: These would go back to the country again for field testing. The field test data would then be analysed and the module would be finalised. It was stressed that a time consuming activity

would be the translations and that centres should take this into account when deciding to collaborate. The overall time frame for the study would be approximately two years. The question of funding was: raised. Efforts will be made to secure some funding for country level work particularly. Generally, most participants seemed very keen to participate in the study and would remain in contact with the project.

Steps for publications

The consultation raised discussion beyond just creating facet definitions and items. The idea of producing something more than a background document either by elaborating on the background papers already produced or by combining them in a comprehensive document that would include many of the issues discussed was suggested. Areas were suggested for further research.

There is much literature on spirituality and health, thus the literature review will be a continuing process. It was also suggested that future work should not focus on religion per se but should rather look at those aspects of religion that are linked to health and look at how these aspects can be expressed in operational terms. Also important are the positive effects that spirituality will have towards health promotion, prevention and care. It was suggested that WHO might consider preparing a document on the practical implications of spirituality, religiousness and personal beliefs for health care.

**BACKGROUND PAPER FOR THE 'MEETING
TO DEVELOP A WHOQOL MODULE ON
SPIRITUALITY, RELIGIOUSNESS AND
PERSONAL BELIEFS'**

Geneva, June 22–23, 1998

Today, Durkheim's concerns from the end of last century about how important religion is in modern society, seem still topical. The question rises if religion primarily creates conflict between ethnic groups (as evident in Bosnia) and political fractions or is should it be rather regarded as a microphenomenon by enriching the everyday lives of people at the grassroots level and enhancing life by encouraging values, meaning and compassion? (Johnson TR. 1995)

Until recently, the Christian church provided by their religious message opportunity to find a meaning of life in general and a meaning of suffering in particular. Nowadays these messages are less accepted and listened to.

Experiences of meaning are related with other spiritual areas:

- with the spiritual well-being. Persons who predominantly perceive their life as meaningful, judge themselves as more favourable, have more self-respect, more coping competence in face of difficulties, have more positive experiences in everyday life, have a better mental health. There is an interaction between the experience of meaning and mental health.

- stress, i.e. experiences in which an event in the environment or in the individual herself, is regarded as compromising/threatening to the w well-being, reduce the feeling of meaningfulness.

Experiences of meaning are dependent of somatic processes, severe pain, limited mobility, metabolic disturbances.

In a study by Richter & Doll (1993) it appeared that one third of the respondents regarded 'religious relation (to the loving God)', 'a meaningful order in the universe', as particularly meaningful. E.g. cancer patients regard their disease as a consequence of their sins and as a punishment of God.

For centuries, people have found hope meaning in their lives in the religious messages of the church, in the messages of Jesus and Moses.

There are reports of people who could find a meaning in their suffering by means of their religious beliefs: A 5 year old woman brought with a femoral fracture to the hospital, asked: 'Why this happened to me? God didn't help me. I don't believe in him!' After successful treatment and discharge from hospital she expressed: 'I see, God has helped me. He wanted me to show patience and belief'. Here, obviously a cognitive restructuring took place in terms of a change in the perceived meaning of the fracture.

According to Mulder (1995) suffering, once strongly valued by religion and society, is no longer regarded as a necessary experience.

To reach a high level of well-being, body and soul have to be nurtured and the spiritual dimension has to be acknowledged. In the St. Markus gospel (8:36) we can read: 'What does it help a man if he wins the whole world, but loses his soul?'

In the preindustrial and early industrial age, religion played a dominant role. The imagination of a life beyond death and the insight that life on earth is not a right but a godsend, not the result of coincidence but a gift from the creator, had a crucial importance for the reality of people of that time. The conviction that everything in the world is related and for its existence depends on a 'power' with the overall responsibility might provide a feeling of being surrounded by some kind of totality. Such a feeling might result in that everything which is comprised by this totality, i.e. life and death, work and leisure, health and disease, offsprings and family, obtains partly different proportions. In other words, religion such as christianity which emphasizes the existence of some kind of life after death, exerts an relativistic effect onto the perception of life. How you feel during your life is primarily perceived as a preparatory phase for your eternal life.

HEALTH AND DEATH

One hundred years ago it was obviously more important to rear one's children to become good christians rather than to teach them what is beneficial or harmful for health. Today the aim of parental rearing has been shifted from Christian values to health. Maybe we can call it some kind of 'health moralism'. E.g. in previous times many Christian communities have condemned smoking, alcohol misuse and promiscuity by referring to the Bible and Gods will.

Also today people are dissuaded from these behaviours. However, health is used as a motive rather than God's will. In other words, the practical consequences remain the same even if the underlying values are different. As concerns death, it is in the Christian religion regarded from a negative perspective. i.e. as the payment for our sins. Innocent immortality has been seen as the natural condition of human beings.

This thinking has been formulated by Augustinus (354–450 AD) in his theory on the relationship between sin, death and eternal punishment as described in 'De Civitate Dei' (Book III, 3): 'The first human beings were created under this condition, that they would not have experienced any kind of death, if they had not sinned: and yet those first sinners were sentenced to death, with the provision that whatever sprang from their stock should incur the same punishment'. Accordingly, death is not part of our existence. It is regarded as something evil, a condition which never should have happened. It is a catastrophic consequence of the fact that man turned away from his creator. Death is a punishment and a total denial of life and the good things.

This view has had a crucial role for our opinion about death in our culture and how we experience and deal with it. Interestingly, this way of thinking can also be found in modern times, e.g. in Jean Paul Satre's 'L'être et le néant' (1943), where he denominates death as the absolute destruction which smashes the meaning of life.

In this context 'eschatology', i.e. the teaching of the final events, in terms of what is expecting us by and after death should be considered.

Many theologians assume that eschatology is the 'red thread' in the Christian doctrine. However, there are few theologians who seriously deal with eschatological issues today. Consequently, many people have difficulties to accept their transitory existence and repress it. Instead we wish to rule over life and death which is expressed by the function of modern medicine.

Some of the more spectacular medical disciplines such as transplantation surgery and prenatal diagnostics should be seen against this background.

In times when we assume to have only one life this implies to get out of it as much as possible and to extend it to a maximum.

Death is perceived as a threat towards life and happiness and not (as before) as a gate to another existence. In such a time we could say that the extreme unction has been replaced by repeated attempts

of resuscitation. In buddism however, one of the central dotiines is that we have to learn to break of from life. As long as we live and want to live we will experience pain and suffering. This implies under certain circumstances that the desire for living represents an obstacle to enjoy it. Similar lines of thinking can be found in the Gospel according to St Matthew where Jesus says: 'Who will save his life has to lose it, but who will lose his life on my account, he will find it' (16:25).

According to Jewish tradition, man from the very beginning had been living in total harmony with nature and God. Correspondingly, the Bible tells us about the Garden of Eden where there were neither diseases nor death and not even the necessity to work. However, things changed after the Fall of Man. The view of a life in health constituted part of the Jews belief in the possibility to jive in close union with their creator.

Despite living in an increasingly secular world, the elderly still regard religion as a help in making sense about life. According to Cox & Hammonds (1988) this is especially true among protestants because they have a greater likelihood of facing the end of life with a belief in immortality than do other religious groups.

SOME EMPIRICAL EVIDENCE

More than 50 years ago Lawton concluded that trust in God was only second to good health for successful aging (Moberg, 1993). Religion was more important than income level, social support and altruism.

However, subsequent findings were not consistent. Some studies found no impact at all (Markides et al., 1987) and some reported significant relationships between religion and quality of life measures (Argyle, 1987).

Renetzky (1979) concluded that the major factor which appeared to influence the individuals' spiritual well-being and hence their state of health and quality of life was belief in God.

O'Brien (1986) found patients with a positive religious perspective on life adapting more readily to the stress of hemodialysis.

Martin & Carlsson (1988) reported on two studies indicating the therapeutic effect of faith in reducing pulmonary oedema, need for antibiotic therapy and intubation.

Religiosity is regarded as a coping mechanism for certain individuals (e.g. the elderly). As intimacy decreases through loss of social

support network, intimacy can be sustained through the religious community, through closeness with God. Spirituality is recognized as an important component of health care practice with elderly people.

Zorn & Johnson (1997) found in a sample of rural elderly women a high level of religious well-being and a significant correlation with social support and hope.

In a comparative study (Rai GS et al. 1995) in the UK and the Netherlands on nursing home residents, the practicing and importance of religion was associated with a high level of happiness and well-being.

McMillan & Mahon (1994) found among hospice patients that relationship with God ranked highest on the total weighted quality of life score, the satisfaction score and importance score.

According to Creagan (1997) a social support system and an element of spirituality and religion seem to be the most consistent predictors of quality of life and possible survival among patients with advanced malignant disease.

From a comprehensive study on quality of life issues in 1525 subjects with cancer Ferrell (1996) describes spiritual well-being as 'the ability to maintain hope and derive meaning from the cancer experience that is characterized by uncertainty. Spiritual well-being involves issues of transcendence and is enhanced by one's religion'.

Kark et al. (1996) reported that mortality in 11 secular kibbutzim between 1970 and 1985 was nearly twice that of 11 matched religious kibbutzim in 1991 a cross sectional study was conducted in 5 of the religious and 5 of the secular kibbutzim to investigate the possible influence of risk factors onto the unequal survival. Religious kibbutz members reported a higher level of sense of coherence (according to Antonovsky's salutogenic concept) and a lower level of hostility than their secular counterparts. The findings seem consistent with an interpretation that Jewish religious observance may enhance the formation of certain protective personality characteristics, and increase host resistance to stressors and thereby promote overall well-being and a positive health status.

Christian and Judaic traditions encourage hope that one is never 'truly alone' (Johnson TR, 1995) which provides a believer additional coping resources when facing personal loss This is consistent with Thoits's (1983) assumption that a meaningful existence is enhanced

through existential integration. Furthermore, the role religion can play in connecting the individual with the past, the present and the future and with one's God, is also compatible with Erickson's (1963) emphasis on ego integrity. The obtained feeling of peace, wholeness and security one finds in the presence of God results in less anxiety and doubt and a better assessment of one's life.

The view of religion has moved from Freud's position as a 'universal obsessional neurosis' to a resource which finally seems to enhance quality of life (Larson et al., 1994).

The importance attributed to spiritual well-being decreased significantly about century ago when health care philosophy moved from a holistic to a more dualistic approach (Penrose & Barret, 1982). Even if there are attempts to rediscover holism, health care remains dominated by the medical model concentrating onto the disease process with medical treatment (Ross 1995).

References

- 1 Argyle M. (1987). *The Psychology of Happiness*. New York: Meuther.
- 2 Augustinus, *De Civitate Dei* 1:17–27.
- 3 Cox H. G. & Hammonds A (1988). Religiosity, aging and life satisfaction. *J Religion and Aging*. 5(1–2): 1–21.
- 4 Creagan C. T. (1997). Attitude and disposition: do they make a difference in cancer survival? *Mayo Clin Proc*. 72(2): 160–164.
- 5 Erickson E. (1963). *Childhood and Society*. New York: Macmillan.
- 6 Ferrell B. (1996). The quality of lives: 1525 voices of cancer. *Oncology Nurse Forum*. 23 (6): 909–915.
- 7 Johnson T. R. (1995). The significance of religion for aging well. *Am Behav Scientist*. 39(2): 186–208.
- 8 Kark J. D., Carmel S., Sinnreich R., Goldberger N. & Friedlander Y. (1996). *Isr J Med Sci*. 32: 185–194.
- 9 Larson D., Sheryll K. & Lyons J. (1988). Neglect and misuse of the 'R' word: Systematic review of religious measures in health, mental health and aging. In: JS Levin (Ed) *Religion in aging and health*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 10 Markides S. M., Levin J. S. & Ray L. A. (1987). Religion, aging and life satisfaction: an eight year. three wave longitudinal study. *The Gerontologist*. 27(5): 660–665.
- 11 Martin J. E. and Carlson C. R. (1988). Spiritual dimensions of psychology. In: *Behaviour Theory and Religion* (ed by Miller W. R. & Martin J. E.). Sage Publ, Beverly Hills.
- 12 McMillan S. C. & Mahon M. (1994). Measuring quality of life in hospice patients using a newly developed Hospice Quality of Life Index. *Quality of Life Research*. 3: 437–447.
- 13 Moberg D. O. (1993). Religion and aging In: Johnson J & Slater R (eds) *Ageing and later Life*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- 14 O'Brien ME (1982). Religious faith and adjustment to long-term haemodialysis. *J Religion Health*. 21: 68–80.
- 15 Penrose V & Barret S (1982). Spiritual needs: in sickness I lack myself. *Nurs Mirror* 154: 38–39.
- 16 Rai G. S., Jetten E., Collas D., Hoefnagels W. et al. (1995). Study to assess quality of life in two continuing care facilities: A comparative study in the UK and the Netherlands. *Arch Geront Geriat*. 20: 249–253.

- 17 Renetzky L. (1979). The fourth dimension: applications to the social services. In: *Spiritual Well-being: Sociological Perspectives* (ed Moberg D). 215–254. Univ Press of America, Washington.
- 18 Ross L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud.* 32: 457–468.
- 19 Sartre J. P. (1943). *L'être et le néant: Essai d'ontologie phénoménologique.* Paris.
- 20 Thoits P. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulated test of the social isolation hypothesis. *Am Soc Rev.* 48: 144–187.
- 21 Zorn C. R. & Johnson M. T. (1997). Religious well-being in non-institutionalized elderly women. *HealthCare Women Intern,* 18(3): 209–219.

Мировой опыт служения больничных капелланов: право, психология, организация:

Сборник материалов международной онлайн-конференции (Москва, 6 октября, 2021)

| | |
|-------------------------------|---|
| Редакционная коллегия | епископ Пантелеимон (Шатов) В. В. Рулинский |
| Ответственный редактор | И. В. Карпова |
| Корректор | М. В. Новакова |
| Дизайн, верстка | А. С. Новик |
| Цветокорректор | К. Г. Матвеев |
| Инфографика | Е. С. Алексеева А. С. Новик |

ОТДЕЛ ПО ЦЕРКОВНОЙ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ
И СОЦИАЛЬНОМУ СЛУЖЕНИЮ
РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ
ЦЕРКВИ
www.diaconia.ru
телефон: (499) 921-02-57
телефон/факс: (499) 753-15-86
otdelmp@gmail.com
diaconia@yandex.ru
Адрес: 109004, Москва,
ул. Николаямская, д. 57, стр. 7

СОВЕТ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВОПРОСАМ
ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА
В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАУКИ ИНСТИТУТ ЕВРОПЫ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ
НАУК
Адрес: 125009, г. Москва,
ул. Моховая, д. 11, стр. 3
тел.: +7 (495) 692-21-02

РОССИЙСКАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ