

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

ГОМЕЛЬСКАЯ ЕПАРХИЯ БЕЛОРУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ



**«ХРИСТИАНСТВО
И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА»**

(Гомель, 15 декабря 2016 года)



**Гомель
ГомГМУ
2017**

УДК 61 + 26/28(076.1)

Сборник включает в себя широкий спектр вопросов, связанных с освещением различных отраслей медицинского знания и практики, а также психо-соматического и нравственного состояния человека с точки зрения христианской этики и вероучения Церкви.

Редакционная коллегия: *Протоиерей Вадим Лапицкий* — руководитель общества Православных студентов-медиков; *А. Л. Свентицкая* — председатель общества Православных студентов-медиков.

Рецензенты: *Стефан* — Епископ Гомельский и Жлобинский; *Т. М. Шаршакова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения.

Христианство и современная медицина: сборник материалов научно-образовательных чтений. — Элект. текст. данные (объем 0,88 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.
ISBN 978-985-506-882-3

УДК 61 + 26/28(076.1)

ISBN 978-985-506-882-3

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2017

ПОЭМА Е. А. ЕВТУШЕНКО «ГОЛУБЬ В САНТЬЯГО»
И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ

Абрамов Б. Э., Сквиря И. М.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

*Самоубийство — верить в то, что смертен,
какая скука под землей истлеть.
Позорней лжи и недостойней сплетен —
внушать другим, что существует смерть.*

Евгений Евтушенко

В 2015 году в Беларуси зарегистрировано наименьшая смертность от суицидов за последние 15 лет. И все же она высока: 5,3 среди женщин и 32,8 среди мужчин на 100 тыс. населения. Средний показатель (18,1) в два раза превысил аналогичный коэффициент по ДТП (данные статистического ежегодника).

Психотерапевтическое сопровождение необходимо в лечении любого заболевания, а так же в профилактике суицидов. Библиотерапия представляет собой сложное сочетание книговедения, психологии и психотерапии — так определял ее В. Н. Мясищев. Чаще всего под ней понимают лечебное воздействие на психику больного человека с помощью книг. Лечение чтением входит как одно из звеньев в систему психотерапии. Поскольку используются обычно художественные произведения, библиотерапия относится к методам эстетотерапии [1].

Наше внимание привлекло одно из телевизионных интервью всемирно известного поэта Е. А. Евтушенко, в ходе которого на вопрос о том, какое из своих произведений он считает лучшим, Евгений Александрович ответил, что, пожалуй, «голубь в Сантьяго», так как он получил более полутора тысяч писем от людей, благодаривших за то, что ее прочтение возвратило их к жизни с обрыва к смерти.

Поэт тонко чувствует: «Самоубийства не однопричинны. За ними скрыты лица и личины» [2]. И грустно замечает: «Но мы к самоубийствам подпривыкли» [3].

Повесть в стихах начинается с описания тяжелого эпизода жизни автора:

*«Усталость самого измученного тела
легка в сравнении с усталостью души,
но если две усталости сольются
в одну, — то и заплакать нету сил,
а плакать хочется особенно — когда
устал настолько, что не можешь плакать...*

Так я устал однажды...

От чего? От жизни?

Жизнь превыше обвинений».

Появилась мысль о самоубийстве.

*«На свете нет, пожалуй, человека,
не думавшего о самоубийстве.*

Я ненавижу эту мысль в себе», — замечает автор, продолжая:

*«Она являлась в юности кокеткой,
приятно ублажая самолюбье:*

«Самоубийство не убьет — прославит.

*Заставь себя признать самоубийством —
тогда тебя оценят все они».*

(Они, они... Спасительное слово

*для тех, кто слаб душой, а, между прочим,
сам для кого-то входит в часть понятия
под кодом утешительным — «они»» [2].*

Внезапно на внешний подоконник квартиры, где «лежал, не видя букв, с раскрытой книгой» поэт, сел голубь, «как сгусток неба, ...меня спасти от смерти прилетевший». Он вспомнил Чили, 1972 год, где жил тогда в гостинице «Каррера» напротив президентского дворца. Наутро, после митинга (в стране шли революционные преобразования под руководством Сальвадоре Альенде, избранного народом, убитого во время военного переворота в 1973 году), в номер позвонили. Женщина попросила о встрече. Она передала Е. А. Евтушенко дневник «единственного сына, покончившего жизнь самоубийством, а было ему только двадцать лет...». Попросила прочесть его сразу, выразив надежду, что «вы все поймете сами и, может быть, напишите поэму, так всем необходимую, — о том, какой самообман — самоубийство».

Евгений Александрович стал читать «чужой души мучительную повесть, но разве в мире есть чужие души, когда вокруг так часто — ни души... Погибший был, как говорят, без кожи». Энрике было восемь лет, когда отец расстался с матерью. Мальчик с детства начал рисовать, но его первые опыты были раскритикованы матерью и отчимом. Оценил «мазню» Энрике — отец: «когда он бросил сына, то лишь тогда он сына полюбил». Мать запретила им встречаться, затем «заключен был мир с условием, что каждую субботу предмет их спора будет у отца, а остальные дни недели — дома». В 18 лет юноша приглянулся подруге матери, актрисе, ставшей его первой женщиной. Через год он встретил девушку-студентку. «Он раздирался на двое, метался, и создавалась мучительная ложь». Актриса однажды увидела их вместе и отравилась. «Ее спасли. Энрике был в больнице, искромсанный, разрушенный, разбитый, себя опять, почувствовав убийцей».

В художественной школе его маэстро преподавал классицизм, а учитель тайный (тех же лет, что и Энрике) «в живописи был подрывником». Картину, над которой юноша трудился год, забраковали оба. «Ты предал все мои уроки, ты предал все законы красоты», — сказал один, а другой: «Ты не возвысился до взрыва, остался ты рабом правдоподобья... Придется выбирать — он или я...

*Всегда подозревают что-то третье,
Мир так на подозреньях помешан,
что можно, никого не предавая
казаться всем предателем двойным».*

У Энрике было два друга:

«Один — из многодетной семьи

Рабочего консервного завода.

Второй — был сын единственный владельца

какой-то странной фабрики зеркал,

где также выпускались и подтяжки.

Трех детей объединял футбол.

Три друга постепенно разошлись, но все-таки старались быть друзьями». Один, как отец, стал жестянщиком на заводе, второй, не видя смысла в бизнесе, был будущий священник. Пролетарий и священник имели разные политические взгляды (первый был ультралевым, а второй — верующим). Во время революционных событий «жестянщика священник дома спрятал и брошен был за проволоку с ним, а после навсегда исчезли оба, и вместе с ними споры их исчезли...» Раньше, когда «жестянщик был в тюрьме и при Альенде, кто-то распустил слух подлый, что не кто-нибудь — священник «по дружбе» на жестянщика донес». Бизнесмен похвалил сына, а тот был издерган и затравлен. Пришел к Энрике с подозрением, что он распространил эти слухи, так как никогда не ввязывался в их споры.

*«Стоял Энрике, потрясенный ложью,
которую о нем себе придумал,
чтобы спастись от оскорблений, друг.*

*Когда нас оскорбляют подозреньем
в том, в чем совсем не виноваты мы,
мы тоже начинаем оскорблять
других, совсем ни в чем не виноватых,
и попадаем в тот проклятый круг,
где все невиноватые виновны» [2].*

В это время заболела мать Энрике. Отец позвонил с обидой на то, что сын не пришел в субботу к нему. Тот объяснил это болезнью матери. Отец не поверил, а мать обиделась, предположив, что он бросит ее больную и уйдет к отцу. Затем позвонил старый маэстро и велел забыть о нем, так как Энрике выбрал себе другого учителя. Ко всему позвонил жестянщик, выпущенный на свободу, и сказал, в частности:

*«Прости меня, но я хочу быть честным:
Я не уверен в том, что предал ты,
но не уверен в том, что ты не предал...»*

Последней каплей стал звонок от девушки, узнавшей о первой подруге Энрике и обвинившей его в двусердечности — бессердечности.

*«Смерть многолика...
У самоубийства
не может быть одна причина.
Когда за что-то зацепиться можно,
нам не конец. А не за что — конец».*

Энрике решается на суицид. Записывает в дневнике: «Так больно причинять другому боль!». Идет в гостиницу «Каррера» и прыгает с крыши.

*«Случайно получилось, что Энрике
не на земле, а в воздухе погиб,
и, падая уже на мостовую,
так не хотевший в жизни быть убийцей,
он мертвым телом голубя убил».
Назад приняв дневник, мать сказала:
«А что случилось? Мертвым своим телом
бессмысленно, случайно, ни за что
он голубя убил. Убийство снова.
Убил отца, которого впервые
за столько лет я тайно пожалела.
Убил меня. Убил двух женщин сразу.
Убил двоих учителей своих,
убил своих друзей и свой талант,
который только-только раскрывался.
Мы виноваты в этой смерти все,
но в том, что мы убиты, он виновен.
...Прошу вас — напишите что-нибудь,
разоблачите лживый романтизм
самоубийств, прославленных искусством.
...Так напишите. Если вы спасете
хотя б одну живую душу в мире,
то этим вы спасете и свою...» [2].*

Седобородый старый забулдыга Панчо, с которым Е. А. Евтушенко ездил по Чили, в беседе как-то сказал:

*«Запомни, что безвыходности нет.
Безвыходность — лишь плод воображенья».*

Классик русской литературы, поэт, прозаик, сценарист, эссеист, критик, публицист, кинорежиссер, актер, фотохудожник Евгений Александрович Евтушенко блестяще выпол-

нил просьбу несчастной матери и спас полторы тысячи человеческих жизней! Потому и Бог хранит его 83 года.

*«Идут белые снеги,
Как по нитке скользя...
Жить и жить бы на свете,
Да, наверно, нельзя.
...Быть бессмертным не в силе,
Но надежда моя:
Если будет Россия,
Значит, буду и я....» [4].*

ЛИТЕРАТУРА

1. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. — С. 85–87.
2. *Евтушенко, Е. А.* Мама и нейтронная бомба и другие поэмы / Е. А. Евтушенко. — М.: Советский писатель, 1983. — С. 136–182.
3. *Евтушенко, Е. А.* Это — женщина моя: стихотворения и поэмы / Е. А. Евтушенко. — СПб.: Амфора. ТИД Комсомольская правда, 2012. — С. 219–220.
4. *Евтушенко, Е. А.* Идут белые снеги... / Е. А. Евтушенко. — М.: Художественная литература, 1969. — С. 11–12.

УДК 614.253:616-036.88

ДУХОВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Басалыга А. М., Потылкина Т. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Каждый год в мире умирает 52 млн человек. Установлено, что десятки из них умирают, испытывая страдания. Ежегодно около 5 млн человек умирает от рака, к этому числу можно добавить умирающих от СПИДа и других заболеваний, требующих специализированной помощи. Еще 20 лет назад слова «паллиатив» и «хоспис» нам были мало знакомы. А, сегодня, когда речь заходит о необходимости оказания помощи людям «с неблагоприятным прогнозом течения болезни», мы понимающе киваем головой и, по-прежнему, перекладываем ответственность на плечи врачей [1]. Связано это не столько с нежеланием помочь, сколько с незнанием, как и с чего, начать.

Цель

Определение роли социально-психологической и духовной составляющих в паллиативной помощи.

Материал и методы исследования

Изучение и анализ научно-методической литературы в области духовно-нравственного и физического состояния организма человека; анализ интернет-источников.

Результаты исследования и их обсуждение

Паллиативная помощь — активная и всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой, являются купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем для достижения максимально возможного наилучшего качества жизни больных и членов их семей. Понятие «паллиативный» происходит от латинского «pallium» и означает «покрывало, покров, покрытие». Иными словами, это защита и всесторонняя опека больного. Паллиативная медицина — это составляющая часть паллиативной помощи, в которую не входят аспекты социально-психологической и духовной помощи. [1].

Паллиативная помощь не ставит задачей ускорение или отдаление смертельного исхода. Активная форма и прогрессирующий характер заболевания подтверждаются или оце-

ниваются с помощью объективных клинических критериев и исследований. Поздние стадии труднее поддаются четкому определению, примерами могут служить обширное метастазирование злокачественных опухолей, рефрактерная сердечная недостаточность, полная утрата самостоятельности при нейродегенеративных заболеваниях или СПИДе. Ограниченная продолжительность жизни может определяться по-разному, и обычно, предполагает ожидаемый срок жизни менее года, а чаще менее шести месяцев [3].

Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента — медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психо-социальная и духовная поддержка пациента, оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты. Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики, существенную часть которой составляет паллиативная помощь. Отношение к пациенту, нуждающемуся в паллиативной помощи, должно содержать заботу, ответственный подход, уважение индивидуальности, учёт культурных особенностей и права выбора места пребывания. Это означает:

- выражение сочувствия и сострадания, внимания ко всем нуждам больного;
- помощь в решении любых проблем, встающих перед больным;
- подход к каждому пациенту как к личности, а не как к «клиническому случаю»;
- уважение этнических, расовых, религиозных и других культурных приоритетов больного;
- учёт пожеланий пациента при выборе места пребывания [3].

Последние месяцы и дни жизни очень важны для человеческой души. Понимая приближение конца жизни, обостряются все качества, цели и приоритеты человека, подводятся итоги жизни, жизнь сводится к значимым событиям. Остро встает вопрос о смысле жизни, о реальности загробной жизни. Верующий человек думает об этом постоянно и строит свою жизнь согласно ценностям нематериальной жизни. Верующий имеет определенное отношение к болезни как к испытанию, которое должно выдержать, потому, что дано по силам этого человека. Воцерковленный человек — часть целого организма по имени «церковь» и у него есть самое сильное лекарство — вера, единственный врач — Иисус Христос. У него есть возможность искреннего покаяния, причастия, поста и молитвы. А что против смерти есть у человека без определенных религиозных убеждений, который живет здесь и сейчас и боится даже подумать о том, что неизбежно для каждого родившегося? Как бы ни жил человек, но перед концом жизни надо подводить итоги, вся сила духа человека обнажается в это время. Поэтому паллиативная помощь невозможна без духовной составляющей. Православная церковь придает огромное значение последним дням жизни человека. Не только потому, что верит в загробную жизнь и вечное существование, и не из одного естественного людям сострадания к страждущим. Последние дни, часы в жизни человека в наибольшей степени определяют его вечную судьбу. Характер кончины позволяет делать основательные заключения о посмертной участи умирающего. Христианское понимание «непостыдной кончины» включает подготовку к смертельному исходу как к духовно значимому этапу в жизни человека. Больной, окруженный заботой в последние дни земной жизни, способен пережить благодатное изменение, связанное с новым осмыслением пройденного пути и покаянным предстоянием перед вечностью. Соккрытие тяжелого состояния под предлогом сохранения душевного комфорта лишает умирающего возможности духовного утешения и осознанного приготовления к кончине, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и медицинскими работниками.

К счастью, в настоящее время церковный опыт служения тяжелобольным, страждущим от неизлечимых болезней оказался востребованным. Медицинские учреждения приглашают к участию в оказании паллиативной помощи верующих воцерковленных людей, священников. В частности, огромная работа в этом направлении проводится отцом Кириллом Шолковым, председателем Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Белорусской Православной церкви, настоятелем прихода храма ико-

ны Божией Матери «Всецарица» в Минске. При участии отца Кирилла, в Минском городском клиническом онкологическом диспансере открыта часовня, несколько раз в неделю в ней совершаются молебны. Похожая часовня находится на территории РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, где восстанавливаются после перенесенных операций онкопациенты. Также, в 2016 году в паллиативном отделении 11-й городской больницы Минска благодаря добровольцам и жертвователям в душевой и санузле установили поручни для людей, передвигающихся в инвалидных колясках. В хоспис доставляются постельное белье, подгузники, одноразовые пеленки, зубные пасты, щетки, шампуни, мыло, бытовая химия — все это волонтеры предлагают купить посетителям крупных торговых центров, там же все это и собирают. Без внимания не остались и пациенты Быстрицкой участковой больницы Копыльского района с палатами паллиативной помощи, а также хосписа при Бобруйском межрайонном онкологическом диспансере. У больных людей появляется возможность духовного общения с верующими людьми и не только со священниками. Есть возможность почувствовать Любовь от самого сердца, любовь человека к человеку как к Божьему творению, как к самой большой ценности на земле. Деньгами это измерить невозможно и любить так за деньги нельзя. Последние дни жизни часто связаны с одиночеством и тоской души, так как то, чем жил человек каждый день становится невозможным и даже ненужным. Появляется потребность общения с людьми другими, попасть в другую систему измерения ценностей, где ты, такой как есть и тебя все равно любят. В последние дни жизни все может поменяться, много можно переосмыслить, переоценить, покаяться, подготовиться к переходу в вечность.

Выводы

Паллиативная помощь имеет две важнейшие части — материальную и духовную. Важность каждой неопределима. Необходимо правильно понимать потребности человека как организма и как духовной сущности. Нельзя забывать о том, что «не хлебом единым жив человек». Роль православной церкви в духовной составляющей паллиативной помощи людям, которые разделяют религиозные убеждения, неопределима. Каждый человек должен иметь возможность на духовное общение с целью исцеления не только тела, но более всего души.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Липтуга, М. Е.* Паллиативная помощь: краткое руководство / М. Е. Липтуга. — Архангельск, 2006. — С. 28–43.
2. Введение в паллиативную медицину: учеб.-метод. пособие / О. П. Модников [и др.]. — Ульяновск: УлГУ, 2004. — С. 45–78.
3. *Хетагурова, А. К.* Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы / А. К. Хетагурова. — 2-е изд. — М.: ГУО ВУНМЦ МЗ РФ, 2003 г. — С. 56–60.

УДК 614.253:616-036.88

ОТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА К ПРОБЛЕМЕ ЭВТАНАЗИИ

Беридзе Р. М., Трафимчик Ж. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди множества медицинских, религиозных, юридических проблем важное место занимает проблема эвтаназии. С племенных времен человеческая жизнь является главной ценностью, поэтому проблема эвтаназии на данный момент очень остро обсуждается в современном обществе. Наравне с допустимостью смертной казни, абортми, клонированием, проблема эвтаназии в той или иной степени перешла в ранг общечеловеческих. Достижения современной медицины в области реаниматологии изменили коренным образом отношение к смерти. Ранее использовавшиеся критерии определения смерти человека пришли в противоречие с ее новым научным пониманием. Это способствовало и обострению восприятия одной из сложнейших проблем — эвтаназии.

Эвтаназия — это процедура, направленная на прекращение физических и психических страданий больного, находящегося по медицинским показателям в угрожающем жизни состоянии, осуществляющаяся в соответствии с просьбой самого больного или его законного представителя. Выделяют две формы эвтаназии: активную и пассивную. Под активной эвтаназией понимают введение умирающему каких-либо лекарственных или иных средств, влекущие за собой быстрое и безболезненное наступление смерти. Пассивная эвтаназия выражается в прекращении оказания направленной на продолжение жизни медицинской помощи, что ускоряет наступление естественной смерти [2]. В настоящее время эвтаназия легализована в США, Канаде, Австралии, Голландии, Бельгии и Люксембурге [1]. В статье № 31 закона РБ о здравоохранении (2435-ХП) от 18.06.1993 г. говорится, что на территории Республики Беларусь осуществление эвтаназии, в том числе с помощью медицинских работников, запрещено, а лицо, сознательно побудившее другое лицо к эвтаназии и (или) осуществившее эвтаназию, несет ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь [3].

Цель

Изучение отношения представителей современного общества к проблеме эвтаназии.

Методы исследования

Анкетирование людей разной возрастной категории (от 18 до 50 лет) и его последующий анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Было опрошено 25 человек в возрасте от 18 до 25 лет, являющихся студентами медицинского университета, и 25 человек в возрасте от 30 до 50 лет, работающих в сфере образования, культуры и здравоохранения.

Проведенный опрос показал следующие результаты:

На вопрос «Знали ли Вы до данного опроса, что такое эвтаназия?» положительно ответили 46 (92 %) человек, и только 4 (8 %) человека ответили, что с данным понятием встретились впервые.

На вопрос «Размышляли ли Вы когда-нибудь на тему эвтаназии» из 50 опрошенных положительно ответили 36 (72 %) человек, 14 (28 %) ответили, что размышлять на тему эвтаназии им не приходилось.

На вопрос о рассмотрении и принятии закона о разрешении эвтаназии в Беларуси положительно ответили 29 (58 %) человек, 21 (42 %) человек высказались против легализации эвтаназии в Республике Беларусь.

На четвертый вопрос положительно ответили и тем самым высказались за то, чтобы родственники/опекуны могли принять решение об эвтаназии бессознательного больного 15 (30 %) человек, 20 (40 %) человек ответили отрицательно, 15 (30 %) человек воздержались от ответа.

Из 50 опрошенных 25 (50 %) человек применили бы эвтаназию близкому человеку, который находится в безвыходном состоянии, однако оставшиеся 25 (50 %) человек дали противоположный ответ.

Таким образом, исходя из результатов, полученных в ходе анкетирования, можно сказать, что проблема эвтаназии вызывает противоречивое отношение у респондентов. Большая часть опрошенных знает, что такое эвтаназия, и размышляли на эту тему. Однако вопрос о рассмотрении и принятии закона об эвтаназии в Беларуси дал противоречивые результаты: мнения опрошенных разделились практически поровну. Ответы на вопрос о принятии решения родственниками или опекунами об эвтаназии бессознательного больного показали наличие трудностей в принятии решения у респондентов: треть опрошенных дали положительный ответ, вторая треть респондентов воздержалась от ответа, а 40 % посчитали, что данное решение должно выноситься только пациентом, а не его родственниками. Последний вопрос вызвал затруднения у анкетлируемых. Их мнения разделились поровну: 50 % людей применили бы эвтаназию для близкого человека, который находится в безвыходном состоянии, другие 50 % высказались против.

Вывод

Рассматривая результаты данного опроса, мы можем сказать, что современное общество знает о такой проблеме, как эвтаназия, и задумываются о ней. Но, столкнувшись с этой проблемой в реальности, не многие бы сделали однозначный выбор. Некоторые люди считают эвтаназию преступлением, некоторые — милосердием, но к обоюдному консенсусу прийти в настоящее время не имеется возможным. И пока каждый человек в своем сознании не примет данную процедуру как явность, общество не сможет принять единого решения по данной проблеме.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акопов, В. И.* Проблема эвтаназии в современном обществе / В. И. Акопов, А. А. Бова // Сборник Докладов I международ. конф. «Общество, медицина, закон». — Кисловодск, 1999. — № 1. — С. 19–21.
2. *Гусейнов, А. А.* Этическая мысль / А. А. Гусейнов // Активная и пассивная эвтаназия. — М., 1999. — № 1. — С. 14–18.
3. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). — Минск: Амалфея, 2005. — 48 с.

УДК 616-036.887-083

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ТЕРМИНАЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ

Беридзе Р. М., Бордак С. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Последние недели и дни терминального больного всегда сопровождаются тяжелыми физическими страданиями и мучительным страхом смерти. В этот период на первое место наряду с паллиативными лечебными мероприятиями, позволяющими хотя бы на непродолжительный период улучшить качество жизни больного, выступает симптоматическое лечение болевого синдрома и необходимость борьбы с суицидальной настроенностью пациента. Сложности, связанные с уходом, медицинским обслуживанием, дефицитом среднего и младшего медицинского персонала, только усугубляют проблему. Наряду с тяжелыми страданиями самого умирающего, приходится сталкиваться со страданиями родственников, с переживаниями медиков, которые порой не знают, что и как говорить безнадежному больному, ибо «ложь во спасение» нередко становится нелепой и неуместной. Современная паллиативная помощь возродила известные в течение столетий преимущества работы в сплоченной команде людей, обладающих различными знаниями и умениями, для обеспечения единой цели — всесторонней помощи терминальным больным, что принято называть интегрированным мультидисциплинарным подходом [1].

Цель

Изучение возникновения, основных принципов и современных методов паллиативной помощи терминальным пациентам.

Результаты исследования и их обсуждение

Термин «паллиативный» происходит от латинского «pallium», означает «плащ» или «маска». Это значение определяет то, чем, по существу, и является данная помощь — «сглаживает», «скрывает» проявления неизлечимой болезни. Можно дать следующее определение паллиативной помощи: это направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и оказание помощи родственникам, оказавшимся перед лицом смертельного заболевания. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий, путем раннего выявления, тщательной оценки, купирования боли и других физических симптомов, а также оказание психологической помощи [2].

Тема отношения врача к умирающему больному проходит через всю историю медицины. Начиная с Гиппократов и вплоть до современной эпохи, история отношения врачей к

больным имеет внутреннюю логику. В книге Гиппократа «Об искусстве», в частности, говорится о цели медицины: «Она совершенно освобождает больных от болезней, притупляя их силу, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки». Врачебный обычай не учитывать в своей практике проблемы умирающих больных господствовал до Нового времени, поэтому помощь таким людям была делом монастырей, где и возникли первые хосписы. Поворот медицины «лицом к умирающему больному» предсказал на рубеже эпохи Возрождения и Нового времени английский философ Фрэнсис Бэкон, который первым употребил слово «эвтаназия». Обсуждая в своем труде «О достоинстве и приумножении наук» в 1605 г. цели медицины, автор подробно останавливается на проблеме отношения к неизлечимым больным: «Я совершенно убежден, что долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнями, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение».

Современная паллиативная медицина складывалась на протяжении второй половины XX в. В 70-е гг. XX в. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) начала движение за развитие паллиативной помощи более чем в 40 государствах, ведущими среди которых являлись Швейцария, США, Великобритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция и Австралия. В 1996 г. стал выходить журнал «Паллиативная медицина и реабилитация», что можно считать событием, равнозначным открытию в 1990 г. первого хосписа в СССР. Во второй половине 90-х гг. периодически проводились научные форумы, на которых обобщался опыт специалистов, работающих в области паллиативной медицины. Паллиативная помощь приняла статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, специализированными научными исследованиями и литературой, комплексными программами развития [3].

Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов: это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. Главной целью паллиативной помощи в конце жизни является избавление больного от страдания. Страдание — самостоятельный психологический феномен, который необходимо отличать от боли или других симптомов, с которыми оно может сочетаться в силу ряда причин. Источники страдания могут быть сгруппированы в зависимости от их природы в несколько групп: источники физического, психологического, социального и духовного плана. Для больных с далеко зашедшими злокачественными новообразованиями страдание может быть результатом одной или всех из названных причин, и каждая из причин взаимно усиливает эффект других. Термин «тотальное страдание» используется для описания всепоглощающего страдания человека, что и является проблемой, для решения которой предназначена паллиативная помощь. Принципы паллиативной помощи, представленные ниже, соответствуют принципам качественного профессионального медицинского обслуживания (рисунок 1).

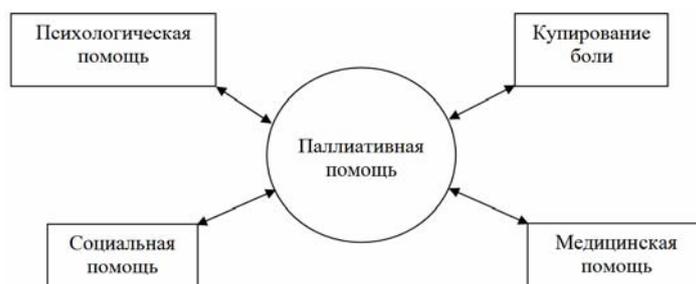


Рисунок 1 — Принципы паллиативной помощи

Существуют многообразные формы оказания паллиативной помощи пациентам. В разных странах они различны, так как развитие помощи идет по разным направлениям. Однако все многообразие можно разделить на две основные группы: помощь на дому и в стационаре. Стационарными учреждениями являются хосписы, отделения (палаты) пал-

лиативной помощи, расположенные в структуре больниц любого уровня, онкологических диспансеров и т. д. Качественная паллиативная помощь должна быть направлена на уменьшение всех компонентов страдания пациента. Для удовлетворения потребностей больного в комплексном уходе и различных видах помощи необходимо участие в этой работе профессионалов различных специальностей, как медицинских, так и немедицинских. Поэтому бригада или штат хосписа обычно состоит из врачей, медицинских сестер, психолога, социального работника и священнослужителя. Другие специалисты привлекаются к оказанию помощи по мере необходимости [1].

Вывод

Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что целью профессиональной деятельности медицинских работников в паллиативной медицине является такой результат деятельности, когда смерть пациента может быть определена, как «достойная». В массовом моральном сознании считается благом такая форма смерти, когда она «легкая», «случайная». Умирание каждого человека имеет индивидуальные, уникальные черты в такой же степени, в какой его организм индивидуален и его личность уникальна. Высшая миссия врачей и медицинских сестер заключается в том, чтобы в каждом отдельном случае решить свои профессиональные задачи. Паллиативная медицина объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы о пациенте, чтобы он смог в конечном счете принять факт будущего ухода и примириться с ним. Исходя из индивидуальных особенностей психики пациента, каждый врач решает для себя эту дилемму: сообщать или нет о факте ухода и времени его, поскольку данная информация может содействовать как поддержанию духа больного и стремление выздороветь, так и ускорению его ухода. Принцип общения медицинских работников с терминальными больными может быть образно определен как «диалектика надежды». Стремление поддерживать надежду терминального больного — самая сильная сторона тех медиков, которые, не сообщая подлинной медицинской информации своим пациентам о состоянии их здоровья, защищают их от жестокой правды. Поэтому внимание к данной теме в современных условиях — не только дань времени, но и насущная проблема, стоящая перед медициной XXI в.

ЛИТЕРАТУРА

1. Введенская, Е. С. Комплексный подход при выборе оптимальной организационной формы паллиативной помощи в конце жизни / Е. С. Введенская, Л. Е. Варенова // В сб.: Современные проблемы социально-демографического развития. — М., 2012. — С. 67–84.
2. Современный взгляд на развитие паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации / Г. А. Новиков [и др.]; под ред. В. И. Чиссова. — М.: Открытое Общество, 2004. — 652 с.
3. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи / Н. В. Эккерт [и др.]; под ред. О. П. Модникова. — М.: ММА им. И. М. Сеченова, 2008. — 156 с.

УДК 159.9

РЕЛИГИОЗНОСТЬ МОЛОДЕЖИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ЗАЩИТЫ ЛИЧНОСТИ

Довженко Л. В., Луценко Д. В.

**Коммунальное высшее учебное заведение
«Житомирский базовый фармацевтический колледж имени Г. С. Протасевича»
г. Житомир, Украина**

Введение

В современном непростом многовекторном мире, для которого характерна социальная напряженность, огромное количество экстремальных ситуаций, высокий уровень невротизации населения, важное значение имеет психологическая защищенность. Психологическая защита снимает страх, тревогу в сложных ситуациях, повышает самооценку и способствует стабилизации психологического состояния. В последнее время в медицинской психологии возрос интерес к изучению психологических защитных форм религии, которые свя-

заны с обеспечением безопасности и благополучия. В связи с этим весьма актуальным является изучение религиозности молодежи как психологической формы защиты личности.

Цель

Изучить, каким образом религиозность студенческой молодежи выполняет защитную психологическую функцию в сложных кризисных ситуациях.

Материал и методы исследования

Объект исследования: студенческая молодежь. Методы исследования: письменное анкетирование. Объем выборки составляет 40 студентов в возрасте 18–20 лет, из них женского пола — 38 человек, мужского пола — 2. Уровень религиозности и религиозной принадлежности респондентов перед опросом был неизвестен. Процедура исследования представляла собою письменный опрос респондентов в одинаковых условиях. Следует отметить, что все опрашиваемые правильно понимали вопросы анкеты.

Результаты исследования и их обсуждение

Компенсаторная функция религии выражается в поддержке людей, которые испытывают трудные ситуации (Д. Е. Малинова), в надежде, что Бог поможет разрешить сложные жизненные проблемы, утешит, снимет стресс. (Д. В. Ольгинский, Е. С. Широкова, И. Н. Яблонов). На обычном бытовом уровне религиозности Бог воспринимается человеком как защитник в сложных жизненных ситуациях. Это уменьшает чувство страха и тревоги. Зигмунд Фрейд считал, что Бог — это возвышенный образ собственного отца, в котором находят поддержку и утешение. К. Юнг предположил, что составляющими коллективного бессознательного есть архетипы — прообразы чувств, действий, верований. Он рассматривал религиозность как инстинкт, свойственный каждому человеку, то есть своеобразно закодированную информацию [2, с. 311].

В результате исследования выявлено, что 95 % студентов верят в Бога, 5 % — нерелигиозны. Верующих студентов можно условно разделить на 2 группы: глубоко верующие — 15 % от общей выборки и формально верующие — 80 %. Для глубоко верующих студентов характерно, что их приобщили к вере в детстве — в основном в возрасте 4–6 лет. Они часто молятся, соблюдают церковные обряды. Обращаясь к Богу в молитве, они ожидают получить душевный покой, заботу о ближних, исцеление, уменьшение страхов перед будущим, защищенность и утешение. В сложных ситуациях они будут искать помощи и поддержки прежде всего у родных, родственников, в молитве — 100 % и у священника — 66,6 % (ответ на данный вопрос многовариантен). То есть для большинства глубоко верующих студентов характерен пассивный выход из кризисных ситуаций, помощь они ждут со стороны родных и церкви, что подтверждают выводы других исследований [1, 3]. Молодые люди, попав в трудную ситуацию, оказываются растерянными, встревоженными. Многовековой религиозный опыт, закрепленный обрядами и ритуалами, предлагает человеку готовый план действий, который позволяет справиться с тревогой, облегчает переход от внешнего восприятия к внутренним переживаниям. Вера помогает объяснить причины событий, найти источник смысла жизни, чтобы упорядочить свою жизнь, преодолев кризисную ситуацию.

Формально верующие студенты пришли к вере также в детстве: в возрасте 4–7 лет — 68,8 %; в возрасте 10–15 лет — 31,2 %. В религии они надеются найти помощь и поддержку в сложной ситуации (49,7 %), утешение и душевный покой (26,7 %), заботу о ближних и их здоровье (14,5 %), преодоление страха перед будущим (9,1 %). Процент студентов, часто обращающихся к молитве, гораздо меньше, чем в первой группе; и составляет 37,5 %; редко молятся — 56,3 % и никогда не молятся — 6,2 % респондентов. Но в сложных ситуациях к молитве обращаются уже 87,5 % студентов, иногда молятся — 12,5 %. Следовательно, обращение в сложных ситуациях к молитве, религиозным обрядам подтверждает мнение К. Юнга, что религиозные молитвы, догматы, ритуалы обеспечивают оформление опыта Божественного и при этом защищают психику от прорыва несознательного. Символы проектируются вовне, в результате чего весь мир становится упорядоченным, и хаос превращается в космос [2, с. 310].

Одним из наиболее важных аспектов молитвы — это психологическая защита. Основными механизмами защиты молитвы являются замещение, идентификация с архетипич-

ным образом отца, объединение как особая форма интроекции и наиболее ранний этап идентификации, регрессия, репрессия, символизация [2, с. 310]. Есть такое выражение в послании апостола Иоанна Богослова: «Если чего попросите во имя Мое, Я то сделаю». Даже если человек не знает слов молитвы и просит о мире, но своими словами, так как молитва — это разговор с Богом, или просит об исцелении кого-то из родных, или поминает тех, кто ушел в мир иной, то такие слова будут угодны Господу.

В сложных ситуациях верующие студенты обращаются за помощью к родителям в 93,8 % случаях. Это свидетельствует о хороших доверительных отношениях с родными. Кроме того, часть студентов будут искать помощи также у друзей, знакомых (12,5 %), у психолога (6,2 %), у священника (6,2 %), в средствах массовой информации (6,2 %). Значительное количество студентов (37,5 %), несмотря на то, что они рассчитывают на помощь извне, готовы также к самостоятельным действиям по преодолению кризиса.

Неверующие студенты никогда не обращались к Богу в молитвах, не интересуются религиозными обрядами. Как свидетельствуют результаты опроса, в трудных жизненных ситуациях они рассчитывают только на себя (100 %), то есть имеют активные и результативные механизмы психологической защиты.

Выводы

Верить или не верить в Бога — это свободный выбор каждого. Очевидно, что у верующих студентов преобладает пассивное поведение при преодолении трудных кризисных ситуаций. Религиозность повышает их психологическую защищенность и позволяет молодым людям, у которых преобладают пассивные и неэффективные с точки зрения психологии механизмы защиты, с успехом преодолевать неблагоприятные ситуации и адаптироваться в социуме, сохраняя при этом целостность личностных структур.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дунаева, Н. И. Религиозность как социальный фактор при сопротивляемости личности / Н. И. Дунаева // Мир науки, культуры, образования. — 2012. — № 1 (30). — С. 73–75.
2. Основи загальної і медичної психології / І. С. Вітенко [та інш.]; за ред. І. С. Вітенка, О. С. Чабана. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. — 344 с.
3. Соколовская, И. Э. Механизмы психологических защит в связи с религиозностью личности / И. Э. Соколовская // Мир науки, культуры, образования. — 2014. — № 4 (47). — С. 46–49.

УДК 616.34-005:233-428]-05.2

ХРИСТИАНСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕЗЕНТЕРИОТРОМБОЗОМ

Довнар Р. И., Болтрукевич П. Г., Гук Н. С.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на явные успехи, достигнутые современной медициной, проблема своевременной диагностики и лечения мезентериотромбоза — острого нарушения мезентериального кровообращения — остается актуальной. Связано это с тем, что летальность при данной патологии, по данным разных авторов, достигает 95–97 % [1, 2]. Стремясь своевременно поставить диагноз и оказать радикальное хирургическое лечение, врач часто сталкивается с неопределенностью и замешательством, когда видит, что имеющаяся у пациента патология не совместима с жизнью. Поэтому правильное ведение инкурабельных пациентов с мезентериотромбозом в последние часы и дни их жизни является актуальной проблемой.

Цель

Оценка морально-этических и христианских аспектов ведения инкурабельных пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения, находившихся на лечении в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с 2012 по 2016 гг.

Материал и методы исследования

Мы изучили и проанализировали истории болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом стационаре УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с выставленным клиническим диагнозом «мезентериотромбоз» с 2012 по 2016 гг. Всего было госпитализировано 91 человек. По гендерному различию преобладал женский пол — 56 (61,5 %) пациентов и только 35 (38,5 %) мужчин. Возраст пациентов колебался от 32 до 91 года. Средний возраст составил 75 лет. Время прошедшее после появления незначительных болей в животе и до обращения в стационар составило от 24 ч до 4 суток.

Был проведен анализ историй болезней умерших пациентов от данной патологии и проводимых лечебных манипуляциях и организационных мероприятиях.

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием пакета программ «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2012 по 2016 гг. отмечается неуклонный рост пациентов с мезентериотромбозом. Так в 2012 г. таких пациентов было 16, из них 10 умерло (смертность 62,5 %), в 2013 г. поступило 20 пациентов, а умерло 13 (смертность 65 %), в 2014 г. находилось на лечении 20 человек, умерло 14 (смертность 70 %), 2015 г. — 21 пациент, летальный исход у 11 (смертность 52,4 %), на нынешний 2016 г. обратилось 14 пациентов, из них были выписаны только 5.

Из 91 пациента оперировано было 63 человека (69,2 %). Характер операций зависел от ряда общепринятых в выборе оперативного пособия факторов — от только диагностического вмешательства до радикальной операции. Из прооперированных 63 пациентов, положительный результат и динамическое улучшение состояния наблюдались всего у 32 (50,8 %) человек, у остальных 31 (49,2 %) пациента возник летальный исход.

Общая смертность от данного заболевания за последние 5 лет составила 62,6 % (57 человек).

Анализ историй болезни умерших пациентов показал, что смерть наступала от нескольких часов до 5 суток после установления инкурабельного заболевания. При этом все пациенты переводились в отдельные палаты, в более тихую часть хирургического отделения. Из назначаемых препаратов преобладали анальгетики, в том числе наркотические, и дезинтоксикационная терапия. При этом анальгетики вводились не «по расписанию» а «по требованию» пациента. Ограничений к посещению родственников не создавалось. Единственное условие было — не создавать проблем в лечении других пациентов.

Выраженный болевой синдром, боязнь смертельного исхода и того, что «я многое не успел (-а)... все это очень сильно влияет на оставшиеся дни. Именно в этот момент необходимо пристальней наблюдать за пациентом, наблюдать за его настроением, при необходимости назначаем консультацию психотерапевта, приглашаем родственников, а так же священников. Священник играют значимую роль в данном случае отпущение грехов, раскаяние пациента о тех грехах и деяниях которые он пронес через свою жизнь.

Актуальным остается вопрос сообщения диагноза такому пациенту. Как было сказано: «Избавь меня от врача, который, стоя у меня в ногах, вдруг заявит: «Хотите знать правду?» — и, конечно же, я отвечу «Да, хочу». Поделившись со мной этой правдой, он свалит всю ее тяжесть на мои уже и без того ослабшие плечи и уйдет с легким сердцем, оставляя меня молча страдать бессонными ночами. Неужели нельзя было пройти через это вместе со мной, моим шагом, не спеша?» [3]. Для нас, как врачей, это очень трудный шаг. Впервые, мы открываем страшную тайну пациенту, он понимает, что уже никогда не поправится и что его ждет конечный этап на земле. Второй из моментов, неприятный для самого врача, является признание пациента инкурабельным. Мы не в силах ему помочь. В наших силах остается только создание тех условий, что будут уменьшать его страдания.

Выводы

Ведение инкурабельных пациентов с мезентериотромбозом показывает ту область, где должна быть тесная связь религии и медицины, священника и врача. Перед нами стоит за-

дача не только облегчить физические страдания пациента путем назначения лекарственных препаратов, но и уменьшить его душевные переживания, ощутить, что его жизнь на этой Земле прошла не зря. И оптимальным вариантом будет, если пациент в последние часы и дни своей жизни ощутит доброту и поддержку врача, священника и родственников.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баешко, А. А.* Причины и особенности поражения кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения / А. А. Баешко, С. А. Климук, В. А. Юшкевич // Хирургия. — 2005. — № 4. — С. 57–63.
2. Лечебно-диагностическая тактика при острой интестинальной ишемии / В. В. Багдасаров [и др.] // Хирургия. — 2013. — № 6. — С. 44–49.
3. *Дарнфорд, П.* Раздели этот путь / П. Дарнфорд. — М.: ГРАНТЬ, 2003. — 69 с.

УДК 26/28:61-036.4

ДУХОВНЫЕ И ЕСТЕСТВЕННЫЕ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА (анализ трудов представителей христианской церкви)

Колбаско И. А., Орлова И. И.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Православные христиане знают, что все происходящее с человеком не случайно, оно свершается по определенному Промыслу Божию, ведущему ко спасению. Много в отношении к болезням, страданиям и излечению зависит от веры и того, как человек принимает посылаемые ему болезни и страдания: принимает ли их со смирением и благодарением Бога за вразумление и как напоминание о грехах и покаянии, или принимает их с ропотом, нетерпением, желанием во что бы то ни стало как можно быстрее излечиться, забывая о духовном исправлении.

Цель

Проанализировать спектр отношений к болезни видных деятелей Русской Православной Церкви.

Результаты исследования и их обсуждение

«Сегодняшний мир болен, но страдания его не от внешних причин. Источник всемирной болезни в духовном склерозе, то есть — затвердевание совести, в заботе о материальных, земных благах. Лечение этой болезни человеческого рода трудно, но не безнадежно. Оно под силу тому, кто сознает ценность чистой и чуткой совести, радость религиозного переживания и покой духовного здравомыслия», — пишет Митрополит Минский и Слуцкий Патриарший Экзарх всея Беларуси Филарет [4].

Если разбираться в причинах болезни не только с медицинской стороны, но и с духовной, то можно обнаружить, что болезни могут иметь различный характер.

Один вид болезней по мыслям святых, это как средство предотвращения страстей. «Всякая болезнь сохраняет дух наш от гнилости и тления духовного и не попускает страстям, как червям душевным, зародиться в нас», — пишет святой Тихон Задонский [6]. «Видел тяжко страждущих, которые телесным недугом, как бы некоторой епитимией, избавлялись от страсти душевной», — указывает Иоанн Лествичник [5]. «Болезни — попущение Божие — споспешествуют благу человека. Они притормаживают наш безумный бег по жизни и заставляют призадуматься...» — так писал Иоанн Крестьянкин [3].

Другой вид заболеваний — для предохранения его от еще не совершенного зла. Болезнь имеет силу смягчать сердца и заставляет осознать свою немощь. Порой только тяжело болея, находясь в состоянии беспомощности и страданий, мы в полной мере начинаем ценить человеческое участие и заботу.

Третий род хворей человеческих может подаваться праведному для испытания глубины и силы его веры и для принесения человеку венцов за терпение креста болезней: «Кто

переносит болезнь с терпением и благодарением, тому вменяется она вместо подвига и даже более», — утверждал святой Серафим Саровский.

Болезни также могут посылаться по четвертой причине — к славе Божией. Приведем случай из Евангелия: «И, проходя, увидел человека, слепого от рождения. Ученики его спросили у Него: Равви! кто согрешил, он или родители его, что родился слепым? Иисус отвечал: не согрешил ни он, ни родители его, но это для того, чтобы на нем явились дела Божии» [1]. В наше время многие слышали про Николаса Джеймса Вуйчича, всемирно известного австралийского оратора, рожденного с синдромом тетраамелии (отсутствие четырех конечностей). В своих выступлениях он дарит людям надежду. В них он говорит о своей христианской вере и то, что Бог дарует каждому человеку возможность преодолеть любые трудности.

Бывает еще один вид болезней, который посылается для того, чтобы человек искупал те грехи, которые совершены им по неведению или о которых он забыл, то есть как средство очищения. Архимандрит Иоанн Крестьянкин, известный старец нашего времени, пишет: «Настало такое время, что только скорбями и спасается человек...» [3]. «...Господь дал людям нелюбимого руководителя, который и лечит, и учит, и вразумляет, — это тяготы жизни — скорби и болезни. Ум людской каверзен, сердце стало лукаво, трудно контролировать свои действия, а Господь, зная это, дал нам горькое врачевство от душевных недугов — физические болезни». Также старец заметил: «Чаще бывает так: отпадет человек от Источника жизни, творит дела непотребные, и у него заболевает душа; а закоснееет в заблуждениях — заболевает и тело» [3].

Болезнь связана, с одной стороны, со всеобщей судьбой человека, с ослаблением тела, с тем, что мы смертны и подвержены страданию и болезни, а с другой стороны, с тем состоянием души, которое в нас есть. В просительных псалмах это и отмечается: мольба об исцелении всегда сопровождается признанием грехов: «Нет целого места в плоти моей от гнева Твоего; нет мира в костях моих от грехов моих. Ибо беззакония мои превысили голову мою... Смердят, гноятся раны мои от безумия моего» (Пс. 37: 4–6). Однако встает вопрос, является ли каждая болезнь следствием грехов болящего? И ответ на этот вопрос, к сожалению, не всегда ясен. Митрополит Антоний Сурожский, будучи по образованию врачом, рассматривает болезнь и излечение в неразрывном единстве духовного и естественно научного подхода. Владыка указывал, что как только человек заболевает, он должен, прежде всего войти во внутрь себя и поставить вопрос о том, насколько он далек от Бога, какая в нем есть неправда по отношению к ближнему, по отношению к самому себе, насколько он оскверняет и уродует образ Божий, который заложен в нем. «И вместе с этим он должен смиренно, не надеясь на то, что силами чудесного своего покаяния может победить телесную болезнь, идти к врачу и терпеть от него лечение» [2]. Нельзя не признать тот факт, что не каждое заболевание связано с греховностью заболевшего. Известно, что психические состояния в значительной мере зависят от того, что происходит физиологически с точки зрения физики, химии в нашем мозге и в нашей нервной системе. В этой связи представляется очень интересной точка зрения Антония Сурожского. Он считал, что когда человек заболевает психически, это нельзя приписывать злу, греху или лукавому. «Очень часто это бывает вызвано скорее каким-то повреждением в нервной системе, чем наваждением бесовским или результатом такого греха, который человека оторвал от связи с Богом. И тут медицина входит в свои права и может очень многое сделать» — пишет митрополит Антоний. В своих трудах он описывает случай из своей врачебной практики. В Париже жил замечательный иконописец, еще не совсем зрелый, который вдруг заболел: он начал чувствовать запах серы. Его семья обратилась к Церкви. Молодого иконописца отчитывали, исповедовали, кропили святой водой, причащали, мазали маслом, а он заболел все больше. Когда к митрополиту Антонию, в те годы молодому врачу, обратились за советом, он ответил, что человек этот болен, а не одержим, по отношению к нему необходимо применять медицинское лечение. На недоумения родственников больного он привел убедительный довод о том, что электрический ток, который будет использоваться в лечении, если это одержимость, никаким образом лукавому не повредит. Но если это болезнь, то че-

ловек выздоровеет. И действительно, пройдя курс лечения, человек через год поправился. Но, нужно отметить, что за время болезни случилось нечто чрезвычайно интересное. Он вступил в болезнь незрелым иконописцем, а вышел — созревшим. Его иконы стали иные, зрелые, глубокие. Каким образом это может быть? Владыка сам отвечает на это так: «... позже я нашел ответ у св. Иоанна Кронштадтского: есть души очень хрупкие, они могут быть разбиты окружающим миром. И Бог спускает между такой душой и миром пелену или безумия, или какого-то частичного отчуждения и непонимания, пока эта душа не созреет. Она может и вовсе не созреть на этой земле, но она будет созревать в тишине этого, так называемого, безумия, этой отлученности от окружающего мира и вступит в вечность зрелой, созревшей. А иногда бывает, что эта пелена снимается, как это случилось с иконописцем» [2].

Вывод

В нынешние времена размышлять о болезнях и об их причинах, о лечении людей и о преодолении их страданий необходимо с особой ответственностью. Духовная работа над своим сердцем, нравственная забота о своей совести являются основами гигиены души, столь необходимой каждому человеку. По словам Митрополита Филарета, «... логика здоровья и болезни не линейна, она не поддается прогнозированию». Именно поэтому Митрополит Филарет призывает всех быть предельно осторожными, размышляя над тем, чей именно и какой, в частности, грех стал причиной болезни того или иного человека! Особенно, «... если наш пациент — ребенок или тот, кто искалечен в результате несчастного случая, или это инвалид, потерявший здоровье от руки неприятеля, или это иной случай, при котором разум отказывается видеть причину страдания в каком-то личном прегрешении страдальца» [4], — пишет Владыка Филарет.

Выяснять причину болезни в духовном плане, врачу не следует. Его дело с верой и молитвой подходить к лечению людей. Именно в таком вдумчивом подходе скрыто истинное милосердие врача-христианина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Библия. Книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. — М., 1995.
2. Антоний митр. Сурожский. О болезни душевной и телесной // Его же. Ступени. Решма: Свет Православия, 1998.
3. Так говорил Иоанн Крестьянкин. — М., 2013. — С. 10–15.
4. Митрополит Минский и Слуцкий Патриарший Экзарх всея Беларуси Филарет. (Из выступления на II Международных Свято-Пантелеимоновских образовательных чтениях в Минске, июнь 2006 г.).
5. Преподобный Иоанн Лествичник. Лествица. — М., 1996.

УДК 177:57:61

БИОЭТИКА КАК ГУМАНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БИМЕДИЦИНЫ

Лазаревич Н. А.

**Государственное научное учреждение
«Институт философии Национальной академии наук Беларуси»
г. Минск, Республика Беларусь**

Для каждого исторического этапа развития общества характерны свои модели объяснения процессов, происходящих в мире. Осмысление конкретных проявлений жизни развертывается в зависимости от определения этических категорий (добро, зло, обязанность) до внутреннего их переживания.

Широкий спектр дискуссий и споров вызывают научные достижения в области генетики, современных биомедицинских технологий. Они касаются необходимости морального поведения в поле решения конкретных практических задач, в том числе в области медицины. Вопрос о том насколько нравственно и юридически оправданы те или иные действия в отношении пациента, приводят к необходимости включения биоэтики в процесс выработки адекватной стратегии принятия решений в столь тонкой и важной для человека сфере.

С исторической точки зрения термин «биоэтика» был впервые предложен В. Р. Поттером, который включил в него два наиболее важных и необходимых, с его точки зрения,

элемента — «биологическое знание и общечеловеческие ценности для того, чтобы обеспечить достойные условия жизни людей» [1, с. 25]. Идеи биоэтики осмысливались также А. Швейцером как принципы «благоговения перед жизнью». В положениях его теории биоэтика раскрывается через осознание факта жизни как фундаментальной ценности и квалифицирует как добро лишь то, что служит сохранению живого. Вывод А. Швейцера о кризисе культуры, выразившимся в господстве материального над духовным, основан на характерной для Нового времени вере в науку, в которой отсутствует, присущая этике моральная основа [2].

В последующем в культуре XX–XXI вв. происходит ряд процессов, актуализировавших роль биоэтики. Среди них Т. В. Мещерякова, например, выделяет:

1. Потерю веры в безграничные возможности науки и технологий в разрешении возникающих, особенно, мировоззренческих проблем.

2. Стремительное нарастание процессов глобализации, которые охватили все стороны жизни общества — политическую, экономическую, социальную.

3. Появление множества социальных движений после Второй мировой войны, которые не обошли стороной и медицину (антипсихиатрическое движение). Эти движения вызвали общественные дискуссии по моральным проблемам справедливости, безопасности человеческого существования и ряда других.

4. Новые биомедицинские технологии (реаниматология, трансплантология) поставили сложнейшие моральные проблемы, проблематизировавшие границы человеческой жизни.

5. Кризис, сложившийся в этике, с одной стороны, в связи с наличием множества несовместимых теоретических этических концепций, и с другой стороны, в связи с оторванностью теоретической этики от нужд практики. Он привел к появлению прикладной этики [3, с. 10].

В современном мире биоэтика, в первую очередь, выполняет функции этики предостережения: в ее основе лежит желание предотвратить негативные последствия человеческой деятельности, в том числе и в области биомедицины. Медицинская биоэтика в настоящее время является академической дисциплиной, преподается как учебный предмет, понимается как теория биомедицинского познания, политики и общественных дискуссий по проблемам выживания. Подобные идеи получили признание во всем мире вследствие многообразия тех социокультурных приложений, которыми она сегодня представлена: от биологического до ноосферного. К ним можно отнести решения моральных дилемм и аргументированной мотивации соответствующего выбора в сферах:

- человеческой репродуктивности (искусственное оплодотворение, суррогатное материнство, регулирование пола, стерилизация, аборт);

- генетики (биотехнологическая и генетическая терапия, клонирование, использование стволовых клеток)

- жизнь в терминальной фазе (боль и эвтаназия, смерть мозга, трансплантация органов) и др.

Моральные дилеммы, которые пытается решить биоэтика, касаются конкретных жизненных ситуаций, а их решение требует рационального обоснования и глубокого экзистенциального переживания. Их решение невозможно без уяснения аспектов, которые основываются на триединстве: 1) культурно-исторических ценностей; 2) мировых и религиозных предписаний; 3) сознательного выбора индивидом соответствующего поведения. Руководствуясь ими, биоэтика пытается решить широкий спектр вопросов современной научной и культурной деятельности путем их ценностно-практического осмысления в обществе для выработки механизмов организации инновационного развития в гуманитарных целях.

Современная биомедицина становится одним из средств управления жизненными процессами человека, способной не только лечить, но и изменять даже сущность самого человека, порождая необходимость решения вышеназванных проблем. Этическая составляющая всегда была ей присуща в виде профессиональной медицинской этики. Биомедицинская этика, аккумулирующая в себе все многообразие врачебного нравственного опыта, представлена в пяти основных моделях: модель Аюрведы, модель Гиппократова, модель Парацельса, модель деонтологическая, современная модель в виде биоэтики. Каждая модель

включает в себя моральный принцип, соблюдение которого является необходимым условием врачевания и принадлежности к данному профессиональному сообществу. Модель Гиппократ — принцип «не навреди». Модель Парацельса — принцип «делай добро». Модель деонтологическая — принцип «долга». Модель в виде биоэтики — принцип уважения прав человека. Принципы настолько важны, что они выполняют конструктивную, системообразующую роль в той или иной модели и в то же время являются принципами формирования духовного пространства личности врача.

Принцип *уважения автономии* пациента подразумевает создание условий для добровольного информированного согласия пациента с целью защиты его прав и необходимость уважения его свободного выбора. Осуществляя автономию, человек осознает себя как индивидуальность через межличностные связи в социуме (коммуникативные связи у Ю. Хабермаса), через понимание своего места в обществе и культуре. Появление принципа уважения автономии пациента является фактом признания за человеком права на самоопределение и формой признания его моральной уникальности. Следует подчеркнуть, что это фактически является признанием его права и на реализацию того, как человек понимает и осознает свои индивидуальные цели, потребности и предпочтения, а также того, какой предел вмешательства в свое «Я» он допускает. Автономия одного человека даже может вступить в противоречие с правом другого на жизнь, как это происходит в ситуации искусственного аборта — право женщины на автономию оборачивается лишением права на жизнь беззащитного человеческого существа.

Проблемы *справедливого* доступа к медицинской помощи, как и ко всему комплексу услуг, связанных с обеспечением здоровья, — это такие проблемы, которые касаются не только медиков, но всех и каждого. Многие новейшие биомедицинские технологии открывают колоссальные возможности в том, что касается восстановления и укрепления здоровья, однако распределение этих возможностей очень часто оказывается далеко не справедливым. Особую тревогу вызывает то обстоятельство, что не только не сокращается, но, напротив, быстро растет разрыв между теми, кто имеет возможности доступа к этим новейшим достижениям, и основной массой населения. Он начинает принимать угрожающие размеры, и это осознается мировым сообществом как одна из ключевых проблем.

Понятие *справедливости* является одним из ключевых в этике. А, следовательно, и биоэтику имеет смысл рассматривать и использовать в качестве одной из таких площадок, на которых могут конструироваться и отрабатываться формы участия гражданского общества в разработке и реализации политики в области здравоохранения. Прогресс биомедицины начинает выступать одной из причин расслоения мира на бедные и богатые страны в связи с высокой стоимостью новых технологий, генной терапии. Как отмечает академик Ю. М. Лопухин, «социальную опасность несет в себе сложившийся «элитарный» или дискриминационный характер медицинской помощи» [4, с. 64]. *Социальная справедливость* в обеспечении здоровья граждан является для современной биоэтики одной из наиболее обсуждаемых тем. Это нашло свое отражение и в процессе разработки, и в самом тексте Всеобщей декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека, которая была принята в 2005 г.

При этом с самого начала в биоэтике решения принимаются на основе жизненно-практических, а не каких-либо теоретических представлений. Ключевой при этом для биоэтики является *проблема соотношения* этической теории и практики. Как известно, в биоэтике работают очень важные механизмы, которые вполне заслуживают применения в самых разных областях жизни общества. Это — механизмы информированного согласия и механизм этической экспертизы, которые обеспечивают участие непрофессионалов, если угодно — потребителей того, что дает нам медицина, в принятии решений, касающихся нашего здоровья. С этим связано и формирование прикладного характера этики, который определяется переходом ее предметного поля с чисто теоретического обоснования необходимости морального поведения в сфере практического решения конкретных моральных дилемм, которые возникают в процессе множества проявлений человеческой жизнедеятельности (в науке, политике, бизнесе, медицине, сельском хозяйстве). Предметное поле этики как науки про мораль вышло далеко за рамки теоретико-философских обобщений метаэтики, нормативной этики и деонтоло-

гии. Соответственно, в контексте развертывания этически-концептуальной сущности, главенствующую роль получила категория соответствия в ее конкретно-практическом смысле.

Именно в этом смысле современная биомедицина оказывается средоточием наиболее острых этических проблем. Биомедицина, по мнению Б. Г. Юдина, «хотя вполне может восприниматься как один из локальных — а значит, ограниченных разделов научного познания, однако сегодня она является одной из фокальных точек развития науки — тех точек, в которых раньше или же более рельефно, чем во всех других, проявляются многие глобальные тенденции, значимые для науки в целом. От научных исследований все больше начинают требовать того, чтобы их результаты позволяли удовлетворять запросы общества и потребности человека. При этом выдвигается целый ряд амбициозных целей — от изменения внешности до возможности победить ту или иную неизлечимую в настоящее время болезнь» [5, с. 78].

Формирование современной биоэтики связано с наиболее актуальными процессами социокультурного развития на рубеже XX–XXI столетий, которое осуществляется в процессе конфликта между философско-этическим и научно-практическим знанием, связанным, как правило, с инновационными технологиями в области биологии. Специфика развития этих технологий состоит в том, что они носят двойственный характер и являются не только технологией практической деятельности создания тех или иных общественных продуктов, но и социальной технологией, нацеленной на формирование новых этических ценностей.

Сегодня биоэтика — междисциплинарное направление, которое связано в основном с бурным развитием технологий вмешательства в жизнь человека, живой природы. Она не только важнейшая этическая составляющая медицины и здравоохранения, но и социальной работы, деятельности экологических, научно-исследовательских, образовательных и общественных центров и организаций. Биоэтика — как этика жизнедеятельности человека — расширяет границы корпоративного сознания медиков, биологов, философов, политиков и социологов, позволяет осмыслить глобальные проблемы человечества, становясь мировоззренческим основанием всех видов деятельности людей. Она подготавливает условия для комплексного восприятия новыми поколениями профессионалов новых этических проблем. В различных вариантах этики — от религиозных до натуралистических, наблюдается стремление преодолеть разрыв нравственности и жизни, укоренить этику в жизнь, понять единство факторов эволюционного процесса и этических ценностей, осмыслить жизнь во всей целостности ее проявлений, нравственных побуждений, ориентаций, поступков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поттер, В. Р. Биоэтика: мост в будущее / В. Р. Поттер. — Киев, 2002. — 216 с.
2. Швейцер, А. Благоговение перед жизнью / А. Швейцер. — М., 1992. — 200 с.
3. Мещерякова, Т. В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре: автореф. дис. ... канд. филос. наук / Т. В. Мещерякова. — Минск, 2009. — 25 с.
4. Лопухин, Ю. М. О науке, творчестве и здоровье / Ю. М. Лопухин. — М., 2014. — 160 с.
5. Юдин, Б. Г. Этическое измерение современной науки / Б. Г. Юдин // *Этика науки*. — 2007. — 143 с.

УДК 61:26

РАЗМЫШЛЕНИЯ О ВЗАИМОСВЯЗИ МЕДИЦИНЫ И РЕЛИГИИ

Орлова И. В.¹, Орлова А. С.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В современном мире религия занимает видное место и представляет собой не только вероисповедание как таковое, но и особый образ жизни и мышления. Религиозные каноны регламентируют самые различные стороны индивидуальной и общественной жизни.

Медицина во все времена была связана с религией, религия с врачеванием. И это не случайно, поскольку и религия, и медицина стоят у истоков жизни и смерти. «Существование Верховного разума, а, следовательно, и Верховной Воли, я считаю необходимым и неминуемым требованием (постулатом) моего собственного разума, так что если бы я и хотел теперь не признавать существование Бога, то не мог бы этого сделать, не сойдя с ума» — так очертил свое мировоззрение великий хирург Николай Иванович Пирогов [4].

Цель

Проанализировать взаимосвязь медицины и религии.

Материал и методы исследования

Сбор, анализ данных в литературе.

Результаты исследования и их обсуждение

Человек является общим объектом интересов для религии и медицины. Оба социальных института относятся к здоровью человека как к комплексному понятию, включающему физические и духовные составляющие. Однако, медицина и религия разделили сферы своей заботы о здоровье человека: медицина следит за состоянием физических и психических компонентов личности, а религия — за поддержанием духовного «здоровья» человека. О большом влиянии духовного здоровья на физическое знают давно, это неоспоримо. Традиции врачевания в храмах зарождались еще в культурах стран Древнего Востока, позднее пришли в Египет, Грецию, Рим. Врачевание уже в те времена было самостоятельной профессией, но находилось под покровительством религии. Анатомические наблюдения в медицине служили доказательством воли божественности творения.

С приходом христианства начался новый этап в развитии врачевания. После крещения Руси (в 988 г.) пришли и новые духовные ценности и традиции. Христианство сыграло немаловажную роль в развитии медицинских знаний, совершенствовании медицинской практики. В это время стали открываться многочисленные церкви и монастыри, а на их территории появляются первые прототипы современных больниц. Это был период церковной и монастырской медицины. Среди монахов было много искусных врачей.

И только в XIX в. в Европе происходит отделение медицины от религии. И до сих пор многие вопросы медицины противоречат канонам религии.

Нынешнее время — новый виток в отношениях между медициной и религией, который вершат не столько противоречия, сколько общность целей и задач.

В Православии церковь именуется врачебницей, а Иисус Христос — Врачом душ и телес. Верующий человек исцеляется в храме Божиим духовно и телесно.

Развитие научного познания мира привело к тому, что светское врачевание стало научным, технически хорошо оснащенным. Наука теснит церковное врачевание, оставляя Церкви так называемых «бесперспективных» больных. Врач все меньше сотрудничает со священником. И все же Бог ставит нас в такое положение, когда сотрудничество становится неизбежным. Однако достойно вершить миссию врача должны только высоко нравственные люди, следующие завету Христа — «Возлюби ближнего, как самого себя» [1].

Наше духовное совершенство определяется умением искренне благодарить Бога за все, в том числе и за болезни. «Одр болезни бывает часто местом Богопознания и самопознания. Страдания тела бывают часто причиной духовных наслаждений, и одр болезни орошается слезами покаяния и слезами радости о Боге. Во время болезни сперва надо себя принудить к благодарению Бога, когда же душа вкусит сладость и покой, доставляемые благодарением, — сама спешит в него, как бы в пристанище. Спешит она туда от тяжких волн ропота, малодушия, печали» (Игнатий (Брянчанинов), святитель. Письма к мирянам) [2].

Святые отцы руководствовались библейским учением: «Кто создал душу, Тот сотворил и тело, и Кто исцеляет бессмертную душу, Тот может уврачевать и тело от временных страданий и болезней» (преподобный Макарий Великий). Однако обращение к врачу не только не запрещено, но и необходимо, ибо Господь чаще всего исцеления подает прикровенно, через врачей. Почитай врача честью по надобности в нем, ибо Господь создал его, и от Вышнего — врачевание, и от царя получает он дар (Сир. 38: 1–2). Тот же благочестивый

и мудрый Иисус Сирах говорит: Для того Он и дал людям знание, чтобы прославляли Его в чудных делах Его: ими он врачует человека и уничтожает болезнь его (Сир. 38: 6–7) [5].

Сталкиваясь с неизлечимыми недугами, православный христианин призван положить-ся на всеблагу волю Божию, помня, что смысл бытия не ограничивается земной жизнью, которая является приготовлением к вечности, страдание есть следствие не только личных грехов, но также общей поврежденности и ограниченности человеческой природы, а потому должны переноситься с терпением и надеждою. Господь добровольно принимает страдания для спасения человеческого рода: «Ранами Его мы исцелились» (Ис. 53,5). Это означает, что Богу было угодно страдание сделать средством спасения и очищения, которое может быть действенным для каждого, кто переживает его со смирением и доверием к всеблагой воле Божией. По слову святого Иоанна Златоуста, «кто научился благодарить Бога за свои болезни, тот недалек от святости». Сказанное не означает, что врач или больной не должны прилагать сил для борьбы с недугом. Однако, когда человеческие средства исчерпаны, христианину надлежит вспомнить, что сила Божия совершается в человеческой немощи и что в самых глубинах страданий он способен встретиться с Христом, взявшим на Себя наши немощи и болезни. (Ис. 53: 4) [3].

Корень слова «медицина» означает «середина», «мера» смысл этих слов связан и с нахождением средства (меры) исцеления, и с оценкой исцеления как действия между чудом и знанием.

Современная медицина — это уникальная форма синтезирования достижений естествознания. Но от «чистого» естествознания медицину отличает то, что она работает с человеком, знание о котором предполагает нравственное измерение.

Смысл человеческой жизни в христианской этике непосредственно связан со служением ближнему. В связи с этим, врачевание по сути дела — одна из уникальных человеческих профессий, смысл и назначение которой максимально совпадает с «деланием добра», с христианскими ценностями милосердия, человеколюбия и спасения жизни. Глубоко символична красно-крестная символика международной организации медицинской помощи и милосердия, на которую уповают сегодня в каждом неблагополучном районе мира, что в который раз подтверждает слова Иоанна Златоуста: «Такова сила милосердия: оно бессмертно, нетленно и никогда не может погибнуть» [3].

Врачевательное служение Иисуса Христа было принято апостолами как наследие наряду с Его учением. Исцеление больных рассматривается как первейший долг церкви и сегодня. Церковная миссия в медицинской сфере является обязанностью не только священнослужителей, но и православных мирян — работников здравоохранения, призванных создавать все условия для религиозного утешения болящих, которые об этом просят прямо или косвенно. Верующий медик должен понимать, что человек, нуждающийся в помощи, ждет от него не только соответствующего лечения, но и духовной поддержки [4]. Принцип «соблюдения долга» — основной принцип врача, «соблюдать долг» — значит выполнять определенные требования, в этом и есть соответствие своей профессии.

Выводы

Врачевание — одна из уникальных человеческих профессий, смысл и назначение которой максимально совпадает с христианскими ценностями милосердия, человеколюбия и спасения жизни. Человек должен дорожить жизнью как даром Божиим и может использовать достижения медицины для ее продления. С развитием человечества острые углы между религиозными убеждениями и достижениями медицины сгладятся, что приведет к общей цели в виде сохранения дара Божьего — человеческой жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Поклитар, Е.* Религия и медицина. Раздумья православного врача [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://afield.org.ua>.
2. Вопросы к священнику [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.pravoslavie.ru>.
3. Избранные места из творений святого Иоанна Златоустаго. — М., 1987. — 11 с.
4. Религия и медицина [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.km.ru>.
5. Библия. Ветхий завет. Книга Премудрости Иисуса, сына Сирахова. — М.: Российское Библейское Общество, 1996. — 670 с.

ПРАВСТВЕННАЯ ПОЛЬЗА БОЛЕЗНИ*Пичугина Л. В.*

**Федеральное казенное учреждение здравоохранения
«Медико-санитарная часть министерства внутренних дел
Российской Федерации по Удмуртской Республике»
г. Ижевск, Российская Федерация**

Введение

Болезни сопровождают человека с момента рождения и до смерти. В Священном Писании сказано: «Нет богатства лучше телесного здоровья и нет радости выше радости сердечной» (Сир. 30.16). Таким образом, четко разделяется понятие телесного и душевного здоровья. Врач не сможет добиться хороших результатов лечения, если не выявит причины душевно-телесной дисгармонии [2]. Современная медицина все больше приближается к технократической медицине. Лечение пациента рекомендовано проводить по стандартам, разработанным для лечения определенных заболеваний, четко разграничивающих сферы деятельности врачей. Так кардиологи занимаются болезнями сердца и сосудов, гастроэнтерологи — болезнями органов пищеварения, пульмонологи — болезнями органов дыхания и т. д. Духовный же смысл болезней остается за рамками стандартов. Святитель Иоанн Златоуст утверждал: «Важно здоровье телесное, но гораздо важнее здоровье душевное, и тем важнее, чем душа превосходней тела» [3]. Множество трудов святых отцов XIX–XX вв. посвящено христианскому пониманию болезни [4]. На разных стадиях болезни человек испытывает различные глубинные переживания. Понятие о внутренней картине болезни, существующее в медицине, связано с осознанием, переживанием и отношением к болезни [5].

Цель

Определить отношения к болезни сотрудников противопожарной службы Удмуртской Республики (пожарных).

Материал и методы исследования

Проведено социально-гигиеническое исследование путем анкетирования по специально разработанным анкетам, характеризующим условия жизни, труда, характеристику семьи, здоровья 313 сотрудников противопожарной службы Удмуртской Республики, все — мужчины в возрасте от 19 до 54 лет. Средний возраст обследованных составил $32,5 \pm 7,7$ лет. Все участники исследования дали информированное согласие на проведение социологического опроса, получено разрешение этического комитета Ижевской государственной медицинской академии. Результаты исследования обработаны с помощью программного обеспечения «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

Из 313 опрошенных сотрудников ответили на вопрос о реакции на болезнь 211 человек, что составило 67,4 % всех обследованных сотрудников (пожарных). 32,6 % опрошенных (102 человека) не ответили на вопрос. Из них 12,8 % (40 человек) проигнорировали вопрос; а 19,8 % опрошенных (62 человека) считают, что не имеют никаких заболеваний. Постановка вопроса предполагала несколько ответов. О спокойной реакции на болезнь заявили 51,7 % ответивших на вопрос (109 человек), желание выздороветь продемонстрировали 38,9 % (82 человека), неприятие болезни было у 8,1 % (17 человек), раздражение «чем я хуже?» и удовлетворенность болезнью высказали по 1,9% обследованных (4 человека), явную агрессию и протест не испытывал никто. Таким образом, спокойное смиренное отношение к болезни и желание выздороветь имели 90,6 % (191 человек) ответивших на вопросы. Как известно, страдание души и тела приводит к духовному совершенствованию, осмыслению греховности человека и, в итоге, к покаянию. Болезнь в данной группе пациентов является стимулом к духовному росту. Удовлетворенность болезнью была у небольшого числа обследованных. Это та группа пациентов, для которых болезнь —

это источник получения каких-либо социальных льгот, пособий, у них нет желания выздороветь, так как это влечет за собой потерю материальных средств, иногда это средство манипулирования близкими и окружающими людьми. В таких случаях болезнь является страшным злом и разрушает личность человека. К счастью, в обследованной группе количество таких пациентов оказалось небольшим. Развитие болезни у людей, испытывающих раздражение и задающих вопрос «чем я хуже?», в нравственном отношении можно рассматривать двояко. Во-первых, подобная ситуация может привести к размышлениям о Боге, о своей греховной сущности и привести к изменению жизненной позиции. Во-вторых, раздражительность, гнев разрушают работу сердечно-сосудистой системы и чреваты развитием неврозов. Болезнь в данном случае может стать и судьбоносной ситуацией, и наказанием. Неприятие болезни можно расценить как бегство от себя, уход от реальной действительности, что впоследствии может привести к худшему результату — потере себя, что с богословской точки зрения является карой за богоотступничество.

Итак, в результате проведенного исследования выявлено, что большая часть пациентов-пожарных имеет смиренное отношение к своей болезни и жизнеутверждающий настрой на выздоровление. Только 9,4 % пожарных (20 человек) нуждаются в помощи психолога и врача.

В заключение, хочется отметить, что нравственная польза болезни состоит в том, что человек задумывается о смысле своей жизни, переоценивает жизненные ценности и пациент движется к покаянию, к Богу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Библия. Книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. — М.: Российское Библейское общество, 2008.
2. Когда поставлен диагноз: о науке болеть и выздоравливать: сборник. — М.: Изд-во Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2011. — 80 с. — (Православие в жизни).
3. Христианское отношение к здоровью и болезни. — М.: Центр Благо», 2000. — 32 с.
4. Кириллов, О. В. Здоровье и болезнь: Из жизни и поучений святых отцов XIX–XX веков / О. В. Кириллов. — М.: Изд-во Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2016. — 112 с. — (Православие в жизни).
5. Зорин, К. В. Встань и ходи: шаги к выздоровлению / К. В. Зорин. — 2-е изд., исправ. и доп. — М.: Русский Хронограф, 2011. — 336 с.

УДК 616-083

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Похожай В. В., Карнович А. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

*Мы не можем добавить времени
к ограниченной жизни наших пациентов,
но обязаны добавить Жизни
к ограниченному времени...*

Вальтер Ханс Штрибель

Введение

Онкологические заболевания являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем современного общества. Данные экспертов ВОЗ свидетельствуют, что ежегодно в мире регистрируется более 10 млн случаев впервые диагностированных злокачественных новообразований.

В нашей стране число пациентов с онкологическими заболеваниями составляет ~2,5 тыс. на 100 тыс. населения, впервые установлен диагноз у 43 тысяч жителей республики. Каждый 32-й взрослый белорус состоит на диспансерном учете как пациент с онкологическим заболеванием.

Цель

Определить роль паллиативной помощи в современном общественном здравоохранении.

Материал и методы исследования

Анализ и обобщение научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Инициатором рождения системы помощи инкурабельным раковым больным — паллиативной помощи, является Всемирная организация здравоохранения. В начале 80-х гг. отдел онкологии ВОЗ начал развитие глобальной инициативы по внедрению мероприятий, обеспечивающих адекватное обезболивание и доступность опиоидов для больных раком во всем мире. Хотя в то время купированию боли у онкологических больных уделялось уже большое внимание, именно эта проблема стала краеугольным камнем в развитии паллиативной помощи. На многих языках были изданы руководства, некоторые из которых стали бестселлерами, началась борьба за обеспечение доступности опиоидов для раковых больных. В связи с быстрым ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями во всем мире в 1982 г. ВОЗ объявляет о необходимости создания нового направления здравоохранения и предлагает его определение. В соответствии с этим определением паллиативной помощью называлась «активная всесторонняя помощь пациентам в том случае, когда лечение оказывается уже неэффективным». Главной задачей этой помощи является купирование боли и других патологических симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем больных. Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни больных и их семей.

В прежнем определении ВОЗ (1982 г.) паллиативная помощь понималась, как помощь больным, радикальное лечение которым уже не показано. Эта формулировка суживала определение паллиативной помощи, и она должна была трактоваться как помощь на последних стадиях заболевания. Сегодня общепризнанно, что принципы паллиативной помощи должны быть применены как можно раньше в случае любого хронического инкурабельного заболевания. Это изменение появилось благодаря новому пониманию того, что проблемы, возникающие в конце жизни пациента, зарождаются уже на ранних стадиях болезни. Симптомы, лечение которых не было начато сразу, очень трудно устранить в последние дни жизни больного.

В связи с «выходом на арену» СПИДа, стремительным старением населения и увеличением числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями в 2002 г. ВОЗ дает новое определение паллиативной помощи. В то время как ранее паллиативной помощью должна была быть предоставлена больным злокачественными новообразованиями, сейчас паллиативная помощь распространяется на пациентов с любыми инкурабельными хроническими заболеваниями, представляющими угрозу для жизни пациента, среди которых, конечно, основную массу составляют больные раком.

Паллиативная помощь — направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом смертельного (уносящего жизнь) заболевания. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий, путем раннего выявления, тщательной оценки и купирования боли и других симптомов — физических, психологических и духовных.

Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов — это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением) и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. Неправильным было бы считать, что умирающий больной нуждается только в уходе. На самом деле существует много профессиональных тонкостей, необходимых для облегчения страдания, которые могут решить только подготовленные специалисты.

Можно выделить три основных группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи в конце жизни: пациенты, страдающие злокачественными новообразованиями 4 стадии; пациенты, страдающие СПИДом в терминальной стадии; пациенты, страдающие неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и

почечной недостаточности, рассеянный склероз, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения и др.).

По мнению специалистов паллиативной помощи, критериями отбора являются: ожидаемая продолжительность жизни не более 3–6 мес.; очевидность того факта, что последующие попытки лечения нецелесообразны (в том числе твердая уверенность специалистов в правильности поставленного диагноза); наличие у пациента жалоб и симптомов, которые требуют специальных знаний и умений для проведения симптоматической терапии и ухода.

Существуют многообразные формы оказания паллиативной помощи пациентам. Однако все многообразие можно разделить на две основные группы — это помощь на дому и в стационаре. Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные в структуре больниц любого уровня, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты населения. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, которая может быть, как самостоятельной структурой, так и подразделением стационарного учреждения.

В Гомельской городской больнице № 4, которая находится в рабочем поселке Костюковка, в 2015 г. открылось отделение паллиативной помощи. В регионе оно пока единственное, в стране — четвертое (еще есть в Минске, Витебске и Могилеве). По стандартам на полумиллионный город положено 25 «обреченных» мест. Необходимость открытия данного отделения обусловлена тем, что в Гомеле и Гомельском районе в настоящее время проживают более 17 тыс. жителей, страдающих онкологическими заболеваниями, часть из которых нуждается в подборе индивидуального симптоматического лечения. Кроме этого, отделение предназначено для лечения пациентов, страдающих иными заболеваниями в стадиях, когда требуется специальное лечение. В первую очередь оно будет ориентировано на пациентов в тот момент, когда уже исчерпаны все возможности радикального лечения, но пациенту и его близким людям по-прежнему необходима врачебная помощь, духовная, психологическая и социальная поддержка. Поэтому в отделении создана атмосфера, максимально приближенная к домашнему уюту. С января 2016 г. планируется формирование бригад медицинских работников для оказания паллиативной медицинской помощи на дому.

Для удовлетворения потребностей больного в комплексном уходе и различных видах помощи необходимо привлечение различных специалистов, как медицинских, так и немедицинских специальностей. Поэтому бригада или штат хосписа обычно состоит из врачей, медицинских сестер, имеющих соответствующую подготовку, психолога, социального работника и священника. Другие специалисты привлекаются к оказанию помощи по мере необходимости. Используется также помощь родственников и волонтеров.

Как правило, люди, вовлеченные в оказание паллиативной помощи пациентам, начинают оказывать помощь на добровольной основе. Персонал должен понять и принять принципы паллиативной помощи и иметь квалификацию для ее проведения. Люди, работающие в хосписе, должны быть честными и способными проявить сострадание к пациенту. Люди, перенесшие горе потери своих близких не должны вовлекаться в оказание паллиативной помощи ранее, чем по прошествии 12 месяцев после этого события.

До настоящего времени в нашей стране практически вся работа по оказанию паллиативной помощи инкурабельным больным возложена на участковых терапевтов. Следовательно, значительная часть участковых терапевтов и сегодняшних студентов — будущих врачей неизбежно столкнется с этой проблемой в своей профессиональной деятельности. Поэтому, основы паллиативной помощи должны преподаваться не только онкологам, но и врачам общей практики, терапевтам и студентам медицинских вузов.

А самое главное — желание людей обеспечить терминальных больных и умирающих медицинской помощью и уходом, реализовав на деле тем самым принцип гуманности нашей медицины и основной принцип общечеловеческой и христианской этики.

Заключение

Несмотря на существующие проблемы, данная область медицины постепенно развивается: подготавливаются квалифицированные кадры, обновляется оборудование, внедря-

ются новые способы и методы. Каждый благотворительный фонд имеет под своей опекой не только взрослых и детей, нуждающихся в лечении, но и тех, кому осталось жить совсем недолго.

Все вышеперечисленное позволяет верить, что в ближайшем будущем качественный паллиатив станет обычной практикой, а не исключением, позволяющим смертельно больным людям без страха смотреть в будущее и не чувствовать себя вычеркнутыми из жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Стойчева, М. Г.* Паллиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение / М. Г. Стойчева // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. — № 6. — 116 с.
2. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective / C. Sepulveda [et al.] // Journal of Pain and Symptom Management. — 2002. — № 24. — 103 p.
3. *Stjernswärd, J.* Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care / J. Stjernswärd // Journal of Pain and Symptom Management. — 2002. — № 24. — 296 p.

УДК 618.39-057.7-084

ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ У ПОДРОСТКОВ ПУТЕМ ПОВЫШЕНИЯ ИХ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОБРАЗОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Протасовицкая Ю.В.¹, Бондол А. Д.², Протасовицкая Я. В.³

¹Учреждение здравоохранения

«Речицкая центральная районная больница»

г. Речица, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Витебский государственный университет имени П. М. Машерова»,

г. Витебск, Республика Беларусь,

³Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Общеизвестно, что здоровье нации определяется здоровьем лиц репродуктивного возраста, состояние которого во многом зависит от условий роста и развития организма подростков. В настоящее время сексуальное поведение молодежи нередко обозначается, как рискованное и имеет ряд особенностей — ранний половой дебют, приемлемость для большинства юношей и девушек добрых связей, возрастание значимости сексуальной удовлетворенности, наличие непостоянных или нескольких половых партнеров, случайные половые связи [1].

Аборт часто приводит к ранним послеабортным осложнениям (кровотечение, эндометрит), хроническим воспалительным заболеваниям женских половых органов, внематочной беременности, осложненному течению последующей беременности, родов, послеродового периода и таким серьезным последствиям, как бесплодие, невынашивание беременности. У молодых женщин, прерывавших первую беременность аборт, риск развития рака молочной железы увеличивается в 2–2,5 раза. Это определяет не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы профилактики аборт.

Ситуация усугубляется, а во многом и определяется отсутствием элементарных гигиенических знаний и информированности населения, прежде всего молодежи, о физиологии и патологии репродуктивной системы, а так же об основах профилактики нарушений функции репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания [2].

Чтобы уберечь подростков от ранней и опасной для здоровья беременности и ИППП, в Европе с 60-х гг. двадцатого века стали внедрять программы сексуального образования. Впервые они стали обязательным предметом в школах Швеции в 1955 г. В Германии обязательное половое воспитание в школе ввели в 1968 г., а в Австрии, Дании и Финляндии — в 1970 г. В те же годы оно стало внедряться в голландских и швейцарских школах. Одно-

временно стали возникать бесплатные консультации для подростков по вопросам, связанным с контрацепцией и планированием семьи. В 1980-е гг. сексуальное образование получило распространение во Франции, Великобритании, а несколько позже в Испании, Италии и Португалии. В 1990-е гг. оно стало обязательным в Бельгии, Греции, Латвии, Эстонии и Словакии. Позже всего обязательный статус оно приобрело в Ирландии в 2003 г. Улучшение в качестве профилактических программ наблюдается в Латвии, Эстонии и Словакии.

Вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья и профилактики ВИЧ, в разных объемах и формах включены в образовательные программы Российской Федерации и других странах Восточной Европы и Центральной Азии, изучаются в рамках как обязательной, так и вариативной ее составляющих, а также внеклассной (дополнительной) образовательной деятельности. В большинстве стран отдельные темы, касающиеся профилактики ВИЧ и сохранения репродуктивного здоровья, в небольшом объеме рассматриваются при изучении таких обязательных предметов, как «Биология» и «Основы безопасности жизнедеятельности», и при прохождении специальных курсов по выбору. Только в трех странах (Армения, Республика Молдова и Украина) вопросы профилактики ВИЧ и сохранения репродуктивного здоровья изучаются комплексно и поэтапно в течение нескольких лет в рамках обязательных предметов, целиком посвященных обучению жизненным навыкам и образованию в области здоровья [3].

Сразу следует сказать, что в Беларуси полностью отсутствует «сексуальное образование» как на уровне обязательной учебной программы, так и факультативной. Поэтому речь идет о курсах и программах, которые хоть как-то связаны с темой репродуктивного и сексуального здоровья. На сегодняшний день согласно информации, указанной на сайте Национального института образования Республике Беларусь, учащимся предлагаются следующие варианты:

1. На уровне обязательной учебной программы — «Основы безопасности и жизнедеятельности» ОБЖ (2–9 классы) и «Биология: Анатомия человека» (9 класс).

2. Факультативные курсы по выбору: «Подготовка волонтеров к реализации подхода «равный обучает равного», «Культура здорового образа жизни», «Мы — сами», «Основы гендерных знаний», «Подготовка учащихся к семейной жизни» «Физиологические и гигиенические аспекты здоровья человека» [4].

Но, следует подчеркнуть, что факультативные курсы проводятся учителями по собственной инициативе по программам, разработанным Национальным институтом образования. Соответственно данные курсы реализуются далеко не в каждой школе. А курсы касательного репродуктивного и сексуального здоровья можно предположить, что еще реже.

Все перечисленные мероприятия в весьма ограниченном виде охватывают вопросы репродуктивного и сексуального воспитания, а также ориентированы на достаточно консервативные установки в отношении этих вопросов. Такая риторика акцентирует внимание на морали и нравственности, оставляя и дальше под покровом молчания темы репродукции и сексуальности.

Цель

Изучить уровень информирования старшеклассников о репродуктивном здоровье, контрацепции.

Материал и методы исследования

Разработка и апробация анкеты «Информированность у подростков о ранних половых связях», состоящей из 15 вопросов. В исследовании приняли участие 105 учащихся старших классов возрасте 15–17 лет. Статистическая обработка данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Характерной особенностью современных репродуктивных установок подростков является ориентация на раннее начало половой жизни — 40 %.

Более половины опрошенных (57,2 %) считают, что оптимальный возраст вступления в сексуальные отношения 16–17 лет. Каждый десятый из всех опрошенных убеждены, что половую жизнь можно начинать и в более раннем возрасте (14–15 лет).

В ходе исследования было установлено, что наиболее частыми мотивами, побуждающими на первую половую близость, по мнению подростков, является взаимная любовь — 49,5 %, следование моде, стремление быть как все — 0,95 %, что бы казаться взрослее — 20 %, из любопытства — 14,3 %.

Одним из наиболее важных показателей медицинской грамотности и социальной зрелости молодежи является позиция по отношению к аборту, понимания его влияния на репродуктивное здоровье.

Высокий процент участников выразили свое мнение, что аборт вреден для организма женщины — 81,9 %, то, что аборт не несет опасности считают — 12,4 %, и 5,7 % не думали над этим вопросом.

Изучение контрацептивного поведения показало, что 84,8 % — участников ответили, что знают, что такое контрацепция. Из средств контрацепции подростки в основном знают о презервативах — 100 %, 85,7 % знают внутриматочную спираль, 88,6 % — таблетки, 21 % — свечи, колпачки, диафрагмы и пластырь никто из участников не выбрал.

Знания по вопросам сексуального поведения, контрацепции, профилактике абортов формировались у подростков под доминирующим влиянием СМИ и интернета — 69,2 %, а так же ближайшего социального окружения (родители — 5,7 %, друзья и сверстники — 17,1 %), вклад учителей — 2,8 %, медицинских работников — 9,5 %. При чем 60 % опрошенных оценивая свою информированность о репродуктивном здоровье, считают, что знаний не достаточно.

Актуален вопрос «Кто должен заниматься половым воспитанием подростков?». Наиболее удобной формой подачи информации о вопросах половой жизни и методах контрацепции подростки выбрали лекции врача — 59 %, общение с родителями — 51,4 %, уроки в школе проводимые врачами и учителями — 44,8 %, 30,5 % — предпочитают получать информацию из специально литературы, памяток, брошюр — 11,4 %.

В результате опроса получены данные, которые свидетельствуют о достаточно низком уровне информированности школьников по вопросам репродуктивного здоровья, контрацепции, легкомысленное отношение к вопросам половых отношений.

Поэтому девушкам-подросткам следует заблаговременно разяснять необходимость отсрочки сексуального дебюта. В этой связи актуальность приобретают мероприятия направленные на профилактику абортов среди подростков. Особое значение имеет информированность подростков о методах контрацепции с формированием необходимых представлений, установок, мотивов, убеждений, т. е. соответствующих знаний о ситуации абортов и его последствиях. Соответственно, крайне важной актуальной социальной задачей является разработка комплекса информационных мероприятий, направленных на повышение эффективности профилактики абортов среди подростков.

Основываясь на данных исследования, что наиболее удобной формой подачи информации о вопросах половой жизни и методах контрацепции являются лекции врача. Было определено, что одним из способов решения широкого круга проблем, связанных с репродуктивным здоровьем подростков и молодежи, являются программы сексуального образования и сохранения репродуктивного здоровья, реализованные только совместными усилиями в тесном межведомственном взаимодействии учреждений образования и учреждений здравоохранения.

Выводы

1. Образование в отношении вопросов сексуального и репродуктивного здоровья является обязательным компонентом в школах многих стран Европы. В Республике Беларусь эта тема затрагивается крайне редко и фрагментарно.

2. Необходимо повышать уровень воспитательно-профилактической и санитарно-гигиенической работы с подростками в образовательных учреждениях по вопросам сохранения репродуктивного здоровья.

3. Одна из главных задача медицинских работников заключается в проведении консультаций с целью подготовки родителей, педагогов, а главное подростков в области медико-гигиенических вопросов полового воспитания.

4. Одним из необходимых условий работы врача является его правильная позиция, основывающаяся на современном уровне знаний, на принципах морали, на чувстве меры при разъяснении вопросов пола.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Коколина, В. Ф.* Гормональная контрацепция у подростков / В. Ф. Коколина // Фарматека. — 2003. — № 2. — С. 58–61.
2. *Кара-Мурза, С.* Манипуляция сознанием / С. Кара-Мурза. — М.: Алгоритм, 2000. — 688 с.
3. Профилактическое образование в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Обзор нормативной базы и существующей практики. Бюро ЮНЕСКО в Москве. [Электронный ресурс]. — 2013. — Режим доступа: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002264/226426r.pdf>. — Дата доступа: 11.11.2016.
4. Национальный образовательный портал Республики Беларусь. [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2016. — Режим доступа: <http://www.adu.by>. — Дата доступа: 25.10.2016.

УДК 314.6-053.81

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ КАК УСЛОВИЕ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Сивуха Т. Ю., Хрущева А. С., Чубукова Т. Н.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Согласно программе социально-экономического развития Беларуси на 2016–2020 гг., важную роль в обеспечении демографической безопасности страны играет укрепление семейных ценностей путем развития информационной среды, формирования в обществе позитивного образа семьи с детьми. На становление ценностных ориентиров молодежи в информационном обществе оказывает медиапространство. По мнению епископа Бобруйского и Быховского Серафима (2012 г.), в связи с быстрым развитием социальных сетей, люди переходят на виртуальное общение, что приводит к одиночеству. Так же он обратил внимание на актуальную для современного общества проблему «эрозии семьи как ценности». Таким образом, укрепление семейных ценностей и поиск новых методов работы с молодежью в условиях современной информационной среды является важным для обеспечения демографической безопасности.

Цель и задачи

На основе данных литературы определить, является ли семья ценностью для современной молодежи, какую роль играют традиционные семейные ценности общества в обеспечении демографической безопасности, предложить способы по укреплению семейных ценностей в современной информационной среде.

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время ценностные ориентации молодежи являются неоднородными и динамически изменяются [1]. Исследования, проводимые в 1998–2009 гг. показали, что кросс-временная динамика ценности семьи в сознании молодежи имеет положительный характер. Индекс ценности семьи увеличился с 9,05 до 9,35 в течение 10 лет [2]. Согласно исследованиям Информационно-аналитического центра (ИАЦ) при Администрации Президента РБ (2013), 91, 5 % опрошенных молодых людей считают, что показателем успеха человека в жизни является хорошая семья, дети. Менее 70 % опрошенных считают, что определяющую роль в жизненном благополучии играет богатство [3].

Вместе с тем, в сфере брачно-семейных отношений молодежи в Беларуси наблюдаются негативные тенденции. Данные, полученные Центром социологических и политических исследований БГУ в 2008 г., показали, что 20,3 % молодых людей в возрасте 18–29 лет считают брак «устаревшим социальным институтом». Это объясняется тем, что 14,4 % мужчин и 7,7 % женщин молодого возраста считают «гражданский брак» приемлемой формой отношений. 15,9 % женщин, а также 15,1 % мужчин связывают «гражданский

брак» с наличием общих детей. За период 2000–2008 гг. возросло количество незарегистрированных браков в 2 раза с 13,7 до 26,9 %. Данные исследования также показали, что половина молодых женщин и две трети молодых мужчин относятся к добрачным половым отношениям положительно, в установках молодых людей присутствует ориентация на малолетность [4]. Исследования В. И. Каравкина показали, что нетрадиционную сексуальную ориентацию одобряет 44 % девушек и 14,3 % юношей [1]. Данные негативные тенденции сохранились и в последние пять лет. Социологический опрос студенческой молодежи в Гомельской области (2013 г.) показал, что более 30 % молодежи безразлично или положительно относятся к рождению детей вне брака и добрачным половым отношениям [5]. По мнению Е. В. Беляевой (2008 г.), изменение норм брачно-семейных отношений является проявлением индивидуализма и культуры постмодерна, т. е. влияние традиционной культуры на формирование установок молодежи снижается.

Исторически сложилось так, что православная культура стала основой для формирования системы семейных ценностей нашего народа. С точки зрения православия, брак является нерасторжимым союзом мужчины и женщины, который сотворил Бог. Поэтому для церкви не существует такого понятия как «гражданский брак». Брачный союз узаконен для христиан во избежание блуда, в связи с чем добрачные отношения осуждаются. Супруги с точки зрения православия имеют нравственные обязанности, такие как взаимное уважение, преодоление самолюбия, взаимопомощь. Духовной главой православной семьи является муж. Особое внимание церковь уделяет целомудрию супруги, т.к. жена создана не для удовлетворения потребностей мужчины, а для рождения детей, дружбы. Воспитание детей в такой семье направлено на поддержание христианских традиций [6].

Согласно данным социологических исследований ИАЦ (2013 г.) 70 % опрошенных отмечают то, что они верят в Бога, 84 % респондентов относят себя к православным. Вместе с тем, только 4,5 % опрошенных православных христиан активно участвуют в богослужениях. Две трети респондентов, относящих себя к православным, — по традиции отмечают религиозные праздники, 19 % опрошенных православных разделяют убеждения своей конфессии, но лично не участвуют в обрядах и таинствах [3]. Таким образом, общество частично сохраняет верность православным традициям, но вкладывает в учение церкви новый смысл. В понимании современного человека верующим можно быть вне церкви, не соблюдая таинств. Так же как и в понимании молодежи, семейный союз освобожден от обязательства верности. В установках молодых людей отсутствуют понятия «пожизненный брачный союз», «целомудрие».

Новые установки молодежи неблагоприятно сказываются на демографической ситуации в стране. По данным исследований Национального статистического комитета РБ (2012 г.) 68,6 % мужчин и 38,6 % женщин в возрасте от 15 до 24 лет имели половые контакты с непостоянным партнером в течение 12 месяцев. Уровень контрацептивной культуры молодежи в Беларуси остается низким, что приводит к распространению инфекций, передающихся половым путем (ИПП) [7]. ИПП является одной из основных причин бесплодия. По данным главного акушер-гинеколога отдела медицинской помощи матерям и детям минздрава Ю. В. Савочкиной (2016 г.) распространенность бесплодия в Беларуси составляет 15–16 %, 12 тыс. супружеских пар состоят на учете с диагнозом бесплодие.

Для решения проблем демографической безопасности в странах СНГ был проведен ряд мер, в том числе касающихся новых способов преподавания. В отличие от Европейских стран, где широкое внедрение получило «секс-просвещение», в России и Беларуси наряду с концепцией полового воспитания существует преподавание православия в рамках факультативов. Таким образом, школа способствует восстановлению православных традиций, укреплению семейных ценностей. С нашей точки зрения этих мер недостаточно.

Важную роль в становлении ценностных ориентиров современной молодежи играет медиапространство. Исследования ИАЦ показали, что основным источником информации для молодежи в Беларуси является интернет (84,5 %), 79 % молодых пользователей общаются с друзьями через социальные сети [3]. В медиапространстве не семья, а сексуаль-

ность представляется как наиболее важный аспект социальной активности человека [5]. Поэтому социальным институтам необходимо обратить на это внимание и разработать новые методы работы с молодежью в условиях современной информационной среды.

Мы предлагаем следующие способы решения данной проблемы:

- 1) увеличить долю социальной рекламы, фотографий, видеороликов на тему «мать и дитя», «полная семья», «многодетная семья» в социальных сетях;
- 2) использовать социальные сети как среду для просветительской деятельности, обучения, общения студентов совместно с преподавателем;
- 3) улучшить взаимодействие священнослужителей и молодежи с использованием сети интернет;
- 4) повысить уровень культуры и безопасности использования медиaprостранства детьми и их родителями путем проведения обучающих семинаров.

Заключение

На основе данных литературы нами был проведен анализ, который показал, что семья играет высокое значение для современной молодежи, является показателем успешности человека в жизни. Однако молодые люди не связывают понятие «семья» с важными элементами православной системы семейных ценностей, такими как целомудрие, неразрывный союз, обязанности супругов. Новые установки молодежи неблагоприятно сказываются на демографической ситуации в стране. Существенную роль в становлении ценностных ориентиров молодых людей играет медиaprостранство, поэтому оно должно быть использовано для воспитания и просветительской деятельности. В противном случае — интернет станет инструментом для разрушения традиционных ценностей общества. Нами были предложены способы по улучшению информационной среды, в том числе с использованием ресурсов сети интернет.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Е. В.* Мораль современной молодежи: от традиционализма к постмодерну / Е. В. Беляева // Социология. — 2008. — № 4. — С. 70–76.
2. Ценностные ориентации белорусского студенчества: сравнительный социологический анализ (1998–2009 гг.) / П. И. Бригадин [и др.]; под общ. ред. П. И. Бригадина, И. В. Левицкой. — Минск: ГИУСТ БГУ, 2010. — 207 с.
3. Республика Беларусь в зеркале социологии: сборник материалов социологических исследований за 2013 год [Электронный ресурс] / Информационно-аналитический центр при Администрации Президента РБ; под ред. В. О. Дашкевича [и др.]. — Минск: ИАЦ, 2014. — Режим доступа: www.iac.gov.by. — Дата доступа: 10.11.2016.
4. Молодежь суверенной Беларуси: штрихи к портрету / Д. М. Булышко [и др.]; под ред. Д. М. Булышко, И. В. Иванюто, Д. Г. Ротмана. — Минск: Изд. центр БГУ, 2012. — 192 с.
5. *Клейман, В. В.* Социокультурные проблемы добрачного и семейно-брачного поведения студенческой молодежи / Беларусь глазами молодых аналитиков: материалы II республиканской научно-практической конференции «Повестка-2015» (в рамках реализации проекта «Умные сети») [Электронный ресурс], Минск, 2–4 апреля 2014 г. / Информационно-аналитический центр при Администрации Президента РБ, Минский гос. лингвистический ун-т; под ред. Л. Е. Криштаповича [и др.]. — Минск: МГЛУ, 2014. — С. 173–177.
6. *Форсова, В. В.* Православные семейные ценности [Электронный ресурс] / В. В. Форсова / Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент». — М., 2016. — Режим доступа: <http://ecsocman.hse.ru/data/080/870/1231/005>. — Дата доступа: 10.11.2016.
7. Республика Беларусь. Многоиндикаторное кластерное обследование по оценке положения детей и женщин: итоговый отчет 2012 год / Национальный статистический комитет РБ, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). — Минск, 2013. — 327 с.

УДК 2-456.5:173.4]:618-007.29

АБОРТ, КАК РАЗРУШЕНИЕ ХРИСТИАНСКОЙ СЕМЬИ

Ситкевич С. А., Ярмолевич Д. А.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

«Брак есть таинство, в котором при свободном, перед священником и Церковью обещании женихом и невестой взаимной супружеской верности, благословляется их супружеский союз, во образ духовного союза Христа с Церковью, и испрашивается им благодать

чистого единодушия к благословенному рождению и христианскому воспитанию детей», написано в «Православном катехизисе». Во время венчания в молитвах просится дар для жениха и невесты: дети и внуки. Тогда почему в наше время новобрачные воспринимают детей как тяжелое бремя, а не дар Божий? Но ведь, как говорил А. И. Герцен, семья начинается с детей [1]. Тогда почему в угоду эгоистическому желанию пожить в свое удовольствие происходит подмена целей и ценностей семьи.

В наше время молодые благополучные семьи прибегают к абортам без каких-либо объективных на это причин, а всего лишь потому, что не хотят обременять себя детьми. Почему же они не задумываются над тем, что зародыш — это уже почти сформировавшийся человек, их родной ребёнок, которого они лишают права на жизнь.

Медицина допускает аборт с самых ранних сроков и вплоть до 22 недель. Врач Пауль Роквел из Нью-Йорка так описывал аборт 8-недельного зародыша: «Зародышу было 2 месяца. Я взял в руки плаценту и увидел, как в жидкости пузыря довольно быстро плавало микроскопическое существо мужского пола, зародыш был полностью сформирован. Кожа была его почти прозрачна, а на кончиках пальцев легко различались артерии и вены. Младенец плавал со скоростью один круг в секунду, как настоящий пловец. Когда плацента разорвалась, микроскопический человек лишился жизни». Напомним, что аборт совершался, когда плоду было всего 8 недель, что же можно сказать о таком сроке, как 22 недели. Когда же зародыш становится ребенком? Неизвестно. Известно только то, что уже с 18-го дня ощущаются удары сердца зародыша и приходит в действие его собственная система кровообращения. Разве это не жизнь? Разве аборт — это не убийство?

Основными причинами абортов является в отдельных случаях недостаточная информированность населения в вопросах сексуальной культуры, недостаточно ответственное отношение большинства женщин к своему здоровью, крайне низкая ответственность мужчин за предотвращение нежелательной беременности. Самая распространенная причина, толкающая женщин на аборт: дети будут мешать жить, это обуза, лишние проблемы, хочется пожить в свое удовольствие. Да и мужчины отправляют своих жен и любовниц на это «мероприятие» чаще всего из-за того же: хочется пожить в свое удовольствие.

Еще один распространенный аргумент в пользу абортов является то, что сгусток крови внутри матери — это еще не ребенок, что это создание не может ничего чувствовать, у него нет души.

Сегодня это уже бесспорно установленный научный факт: человеческая жизнь начинается в тот самый момент, когда встречаются и соединяются две половые клетки: мужская и женская, и в результате этого соединения образуется одна клетка. И вот, в этой одной микроскопически маленькой клеточке заложено уже все будущее человека: его пол, группа крови, даже цвет глаз и волос — все это в данной клеточке есть и в дальнейшем будет только развиваться и выявляться. Каждая такая клеточка-зародыш есть уже уникальный и неповторимый человек. Другого такого еще никогда не было в мировой истории; и сколько бы веков или тысячелетий эта история еще ни продолжалась — другого такого уже никогда не будет.

Нерожденный ребенок чувствует боль так же, как и рожденный. Это сегодня уже так же общепризнано и научно установлено. Уже 7-недельный малыш отдергивает или отворачивает голову от болевого стимула так же, как и на всех других стадиях жизни. В 11 недель не только лицо, но и все части ручек и ножек младенца становятся чувствительными к прикосновению. К 13 неделям реакция на боль происходит на всех уровнях нервной системы.

Православная Церковь говорит о том, что рождение детей имеет огромное значение, поскольку оно не только несет с собой радость, но и реализует чувство «полноты», обретаемое, когда муж и жена становятся «родителями»: появление в семье детей есть реальное вхождение в сферу бесконечного бытия, семья становится клеточкой церковного организма, то есть клеточкой Тела Христова.

Мы должны помнить, что любовь начинается с дома и что будущее человечества рождается в семье. Любовь и мир начинаются от любви к детям.

Аборт не учит мать любви, а убивает ее собственного ребенка ради решения ее проблем. Аборт дает отцу понять, что он не должен нести никакой ответственности за ребенка, который от него появился на свет.

Аборт не решил ни одной личной или общественной проблемы. У людей есть врожденная надежда на лучшую жизнь. Без этой надежды человечество не имело бы будущего. И важнейший источник надежды — дети. Они представляют собой двигатель прогресса. Без детей мир будет становиться все более и более пессимистичным, все более саморазрушительным. Когда-то дети представляли собой самое большое счастье для супругов. Сегодня они мешают, становятся препятствием, люди стремятся освободиться от неудобств.

Надо помнить, что аборт — это всегда стресс, и физические страдания и отрицательные эмоции, которые переживает женщина во время операции, могут дать толчок необратимым последствиям медицинского характера, так что семья отчасти сама наказывает себя за легкомыслие, эгоизм и безответственность, тем самым лишая себя такого счастья как иметь ребенка. Не зря Бог-Троица явился впервые в виде Трех Ангелов не одинокому человеку, а супружеской паре — Аврааму и Саре, и пообещал, что через год их будет уже трое... «Где двое или трое собраны во имя Мое, там я посреди них» [2].

Особенно опасен аборт для молодых нерожавших женщин. После аборта женщина в редких случаях может родить здоровых детей.

Каждая женщина — независимо от возраста, социального статуса и сексуальности — получает психологическую травму при прерывании беременности. Это может быть одиночество или отчужденность; это может быть отталкивание человеческого тепла и участия, может быть ослабление материнского инстинкта. Что-то происходит на глубинных уровнях сознания женщины, когда она разрушает беременность. Разрушая беременность, она разрушает себя. Аборт никоим образом не может быть безвредным и безобидным.

Наиболее распространенным осложнением после искусственного аборта является бесплодие и постабортный синдром (ПАС) — комплекс психических проблем, не исчезающих со временем.

Жизнь человека, с самого ее начала, зачатия — бесценна.

Мама для маленького ребенка — Святая Святых.

И в заключении я хочу обратиться к женщинам: у вас под сердцем — человек, которого никогда не было и другого такого никогда не будет. Подарите ему жизнь, как когда-то вам подарила жизнь ваша мама, и вы почувствуете радость и гордость, когда ваш ребенок скажет свое первое слово: «мама».

ЛИТЕРАТУРА

1. Епифаний (Феодоропулос), архим. Церковь о добрых связях и абортах. — М.: Русский Хронограф, 2004. — 128 с.
2. Библия. — М.: Издание Московской Патриархии, 1992. — 1372 с.
3. Кирилл, митр. Калининградский и Смоленский. О человеческом достоинстве и биотехнологиях // Человек. — 2006. — № 4. — С. 99–106.

УДК 616 – 089.843:[17+34]

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

Сотникова В. В., Прядко А. О., Бордак С. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вопрос о трансплантации органов и тканей является одним из самых обсуждаемых во всем мире. Несмотря на множество проблем трансплантологии, особо актуальными являются этико-правовые. К ним относят проблему справедливого распределения дефицитных ресурсов здравоохранения; проблему справедливости в распределении между потенциаль-

ными реципиентами дефицитных ресурсов (органов и тканей) трансплантологии; моральные проблемы процедуры забора органов от живых доноров; моральные проблемы пересадки органов от трупа; этические проблемы, связанные с торговлей человеческими органами и тканями; проблему донора (особенно при трансплантации таких непарных жизненно важных органов, как сердце, печень, поджелудочная железа и т. д.); научное установление критериев биологической смерти; моральные проблемы трансплантации фетальных органов и тканей; этические аспекты ксенотрансплантации; совершенствование правовых аспектов трансплантации и др. [1].

Цель

Изучить этико-правовые проблемы трансплантации органов и тканей.

Материал и методы исследования

Анализ литературных источников, обобщение.

Результаты исследования и их обсуждения

Существует несколько видов трансплантации. Они отличаются друг от друга не только с медицинской, но и с этической точки зрения. Сложность ситуации заключается в том, что трансплантологи должны сделать все для спасения жизни пациента, но одновременно с этим, чем раньше они начнут забор органов и тканей из тела, тем больше шансов, что пересадка пройдет успешно. При пересадке органа от живого донора основной считается следующая проблема: как и в какой степени гарантировать добровольное согласие донора (согласие по принуждению, продажа органов и тканей и т. д.). В случае изъятия и пересадки органов и тканей от умершего донора актуален вопрос относительно критериев понятия «умерший донор» [1].

Основы социальной концепции Русской Православной Церкви изложены в официальном документе Русской Православной Церкви, утвержденном на юбилейном Архиерейском соборе 2000 г. В частности, вопрос о трансплантации органов изложен в главе XII. 7 и XII. 8 и гласит: «Современная трансплантология (теория и практика пересадки органов и тканей) позволяет оказать действенную помощь многим больным, которые прежде были бы обречены на неизбежную смерть или тяжелую инвалидность. Вместе с тем развитие данной области медицины, увеличивая потребность в необходимых органах, порождает определенные нравственные проблемы и может представлять опасность для общества. Так, недобросовестная пропаганда донорства и коммерциализация трансплантационной деятельности создают предпосылки для торговли частями человеческого тела, угрожая жизни и здоровью людей. Церковь считает, что органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи. Пересадка органов от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В этом случае согласие на эксплантацию (изъятие органа) становится проявлением любви и сострадания. Однако потенциальный донор должен быть полностью информирован о возможных последствиях эксплантации органа для его здоровья. Морально недопустима эксплантация, прямо угрожающая жизни донора. Наиболее распространенной является практика изъятия органов у только что скончавшихся людей. В таких случаях должна быть исключена неясность в определении момента смерти. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого».

На основании Божественного Откровения Церковь исповедует веру в телесное воскресение умерших (Ис. 26. 19; Рим. 8. 11; 1 Кор. 15. 42–44, 52–54; Флп. 3. 21). В обряде христианского погребения Церковь выражает почитание, подобающее телу скончавшегося человека. Однако посмертное донорство органов и тканей может стать проявлением любви, простирающейся и по ту сторону смерти. Такого рода дарение или завещание не может считаться обязанностью человека. Поэтому добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости эксплантации. В случае, если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившись при необходимости к его родственникам. Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей его тела, закрепленную в законодательстве ряда стран, Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека.

Донорские органы и ткани приживаются у реципиента, включаясь в сферу его личного душевно-телесного единства. Поэтому ни при каких обстоятельствах не может быть нравственно оправдана такая трансплантация, которая способна повлечь за собой угрозу для идентичности реципиента, затрагивая его уникальность как личности и как представителя человеческого рода. Об этом условии особенно важно помнить при решении вопросов, связанных с пересадкой тканей и органов животного происхождения.

Безусловно недопустимым Церковь считает употребление методов так называемой фетальной терапии, в основе которой лежат изъятие и использование тканей и органов человеческих зародышей, абортированных на разных стадиях развития, для попыток лечения различных заболеваний и «омоложения» организма. Осуждая аборт как смертный грех, Церковь не может найти ему оправдания и в том случае, если от уничтожения зачатой человеческой жизни некто, возможно, будет получать пользу для здоровья. Неизбежно способствуя еще более широкому распространению и коммерциализации абортотерапии, такая практика (даже если ее эффективность, в настоящее время гипотетическая, была бы научно доказана) являет пример вопиющей безнравственности и носит преступный характер.

Практика изъятия человеческих органов, пригодных для трансплантации, а также развитие реанимации порождают проблему правильной констатации момента смерти. Ранее критерием ее наступления считалась необратимая остановка дыхания и кровообращения. Однако благодаря совершенствованию реанимационных технологий эти жизненно важные функции могут искусственно поддерживаться в течение длительного времени. Акт смерти превращается таким образом в процесс умирания, зависимый от решения врача, что налагает на современную медицину качественно новую ответственность.

В Священном Писании смерть представляется как разлучение души от тела (Пс. 145. 4; Лк. 12. 20). Таким образом, можно говорить о продолжении жизни до тех пор, пока осуществляется деятельность организма как целого. Продление жизни искусственными средствами, при котором фактически действуют лишь отдельные органы, не может рассматриваться как обязательная и во всех случаях желательная задача медицины. Оттягивание смертного часа порой только продлевает мучения больного, лишая человека права на достойную, «непостыдную и мирную» кончину, которую православные христиане испрашивают у Господа за богослужением. Когда активная терапия становится невозможной, ее место должна занять паллиативная помощь (обезболивание, уход, социальная и психологическая поддержка), а также пастырское попечение. Все это имеет целью обеспечить подлинно человеческое завершение жизни, согретое милосердием и любовью.

Православное понимание непостыдной кончины включает подготовку к смертному исходу, который рассматривается как духовно значимый этап жизни человека. Больной, окруженный христианской заботой, в последние дни земного бытия способен пережить благодатное изменение, связанное с новым осмыслением пройденного пути и покаянным предстоянием перед вечностью. А для родственников умирающего и медицинских работников терпеливый уход за больным становится возможностью служения Самому Господу, по слову Спасителя: «Так как вы сделали это одному из братьев Моих меньших, то сделали Мне» (Мф. 25. 40). Соккрытие от пациента информации о тяжелом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приготовления к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в Таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами. Предсмертные физические страдания не всегда эффективно устраняются применением обезболивающих средств. Зная это, Церковь в таких случаях обращает к Богу молитву: «Разреши раба Твоего нестерпимыя сея болезни и содержащая его горькия немощи и упокой его, идеже праведных Дуси» (Требник. Молитва о долгострадающем). Один Господь является Владыкой жизни и смерти (1 Цар. 2. 6). «В Его руке душа всего живущего и дух всякой человеческой плоти» (Иов. 12. 10). Поэтому Церковь, оставаясь верной соблюдению заповеди Божией «не убивай» (Исх. 20. 13), не может признать нравственно приемлемыми распространенные ныне в светском обществе попытки легализации так называемой

эвтаназии, то есть намеренного умерщвления безнадежно больных (в том числе по их желанию). Просьба больного об ускорении смерти подчас обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение. Признание законности эвтаназии привело бы к умалению достоинства и извращению профессионального долга врача, призванного к сохранению, а не к пресечению жизни. «Право на смерть» легко может обернуться угрозой для жизни пациентов, на лечение которых недостает денежных средств.

Таким образом, эвтаназия является формой убийства или самоубийства, в зависимости от того, принимает ли в ней участие пациент. В последнем случае к эвтаназии применимы соответствующие канонические правила, согласно которым намеренное самоубийство, как и оказание помощи в его совершении, расцениваются как тяжкий грех. Умышленный самоубийца, который «соделал сие от обиды человеческой или по иному какому случаю от малодушия», не удостоивается христианского погребения и литургического поминовения (Тимофея Алекс. прав. 14). Если самоубийца бессознательно лишил себя жизни «вне ума», то есть в припадке душевной болезни, церковная молитва о нем допускается по исследовании дела правящим архиереем. Вместе с тем необходимо помнить, что вину самоубийцы нередко разделяют окружающие его люди, оказавшиеся неспособными к действенному состраданию и проявлению милосердия. Вместе с апостолом Павлом Церковь призывает: *«Носите бремена друг друга, и таким образом исполните закон Христов»* (Гал. 6. 2)» [2].

В Республике Беларусь существует закон от 4 марта 1997 г. № 28-З «О трансплантации органов и тканей человека», согласно которому: «Трансплантация может быть произведена только тогда, когда невозможно иными средствами и методами оказания медицинской помощи сохранить жизнь больного или восстановить его здоровье, и осуществляется в соответствии с клиническими протоколами, утверждаемыми Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Медицинское заключение о необходимости трансплантации выдается реципиенту консилиумом врачей государственной организации здравоохранения в составе лечащего врача, врача-трансплантолога, врача-хирурга и врача-анестезиолога, а при необходимости — и врачей других специальностей в порядке, определенном Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Органы и (или) ткани человека не могут быть объектом гражданско-правовых сделок, за исключением сделок, носящих безвозмездный характер. Совершение возмездных сделок, а также реклама предложений органов и (или) тканей человека запрещаются.

Врачи-трансплантологи не вправе осуществлять трансплантацию, если не соблюдены все законодательные условия» [3].

Выводы

Существуют две полярные позиции. Либеральная биоэтика всесторонне поддерживает трансплантацию как перспективное направление в медицине. Ее представители акцентируют внимание на гуманистических ценностях, исключая экономическую выгоду. Консервативно-христианская позиция сводится к тому, что нанесение повреждений телу означает потерю уважения к живущему [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Биомедицинская этика: практикум / под общ. ред. С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. — Минск: БГМУ, 2011. — 255 с.
2. Национальный Интернет-портал Российской Федерации [Электронный ресурс] / Официальный сайт Московского Патриархата. — Режим доступа: <http://www.patriarchia.ru/db/text/141422>. — Дата доступа: 02.11.2016.
3. Закон Республики Беларусь от 4 марта 1997 г. № 28-З «О трансплантации органов и тканей человека».
4. Библия.

СОДЕРЖАНИЕ

Абрамов Б. Э., Сквиря И. М. Поэма Е. А. Евтушенко «Голубь в Сантьяго» и профилактика суицидов	3
Басальга А. М., Потылкина Т. В. Духовная составляющая паллиативной помощи	6
Беридзе Р. М., Трафимчик Ж. И. Отношение современного общества к проблеме эвтаназии	8
Беридзе Р. М., Бордак С. Н. Паллиативная помощь терминальным больным.....	10
Довженко Л. В., Луценко Д. В. Религиозность молодежи как психологическая форма защиты личности	12
Довнар Р. И., Болтрукевич П. Г., Гук Н. С. Христианские аспекты ведения инкурабельных пациентов с мезентериотромбозом	14
Колбаско И. А., Орлова И. И. Духовные и естественные начала заболеваний человека (анализ трудов представителей христианской церкви).....	16
Лазаревич Н. А. Биоэтика как гуманитарное обеспечение биомедицины.....	18
Орлова И. В., Орлова А. С. Размышления о взаимосвязи медицины и религии	21
Пичугина Л. В. Нравственная польза болезни	24
Похожай В. В., Карпович А. А. Паллиативная медицинская помощь	25
Протасовицкая Ю.В., Бондол А. Д., Протасовицкая Я. В. Профилактика аборт у подростков путем повышения их уровня информированности и образования по вопросам репродуктивного здоровья.....	28
Сивуха Т. Ю., Хрущева А. С., Чубукова Т. Н. Популяризация семейных ценностей в молодежной среде как условие для обеспечения демографической безопасности.....	31
Ситкевич С. А., Ярмолович Д. А. Аборт, как разрушение христианской семьи.....	33
Сотникова В. В., Прядко А. О., Бордак С. Н. Этико-правовые проблемы трансплантации органов и тканей	35

Научное издание

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ

**ХРИСТИАНСТВО
И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА**

(Гомель, 15 декабря 2016 года)

В авторской редакции

Компьютерная верстка С. Н. Козлович

Подписано в работу 07.02.2017.

Тираж 50 экз. Заказ № 51.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.