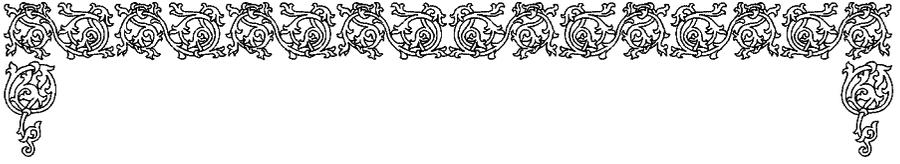
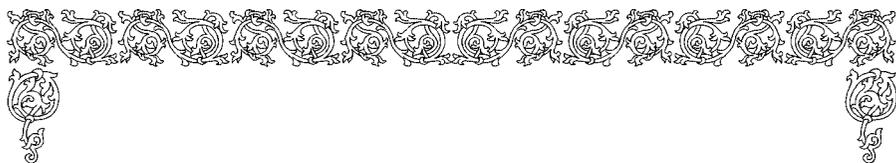


**Часть III.**  
**Социальная и религиозная**  
**деятельность**  
**женских организаций**  
**по уходу за больными**  
**в современном обществе**







## Глава 1. Женские организации по уходу за больными в Западной Европе и Америке

### *Деятельность международного совета медицинских сестер*

**П**олумонашеское-полусветское женское служение в Церкви, как это было выше показано, никогда не имело твердого статуса и, подобно неустойчивому химическому соединению, существующему сотые доли секунды, часто распадалось на исходные составляющие: светское и монашеское делание. История XX века явила классический образец подобного распада. В этот период освоение женщинами медицинских профессий проходило, с одной стороны, в связи с приобретением ими гражданских прав, а с другой — в связи с тем, что медицина XX века вступила в особую стадию, характеризующуюся быстрым развитием науки и секуляризацией в современном обществе. Доля женщин, составляющих средний медицинский персонал, постоянно росла: в 70-е годы в западных странах она была равна 25 %, а в СССР — 75 %<sup>551</sup>. Тем не менее трудоспособность женщины, по подсчетам одного французского специалиста, оценивалась как 68,8 % от соответствующей выработки мужчины, иначе говоря, 3 представительницы слабого пола оказывались способными выполнять работу только 2 мужчин<sup>552</sup>.



### *Краткая история*

В современном западном обществе, в подавляющем числе случаев, общая подготовка медицинских сестер светская, а их деятельность на международном уровне координируется Всемирным советом сестер, созданным в Женеве в 1899 г. Он объединил большинство женских медицинских организаций западного мира, поставив перед ними задачу способствовать развитию сестринского дела, провозглашая свою полную нейтральность в отношении национальности, политических воззрений, религиозных убеждений или социального статуса людей, которые желают вступить в новую организацию или получают от нее помощь. С начала XX века Всемирный совет разрабатывает ряд установок для среднего медицинского персонала в Европе. Например, под его эгидой в 1922 г. во Франции профессия медицинской сестры приобретает официальный статус<sup>553</sup>, а в 1924 г. утверждается программа обязательного 2-летнего обучения (точнее, 22 месяца) сестер<sup>554</sup>.

К началу 80-х годов Совет объединял в общей сложности 95 медицинских ассоциаций и миллион сестер, от каждой ассоциации в него входит 2 делегата. Совет собирается 1 раз в 2 года, общий расширенный конгресс проходит 1 раз в 4 года. Организацией руководят президент, 3 вице-президента и 4 специально избранных представителей регионов, кроме того, имеются рабочие органы: постоянно действующий комитет и комиссия профессиональной службы, которые подготавливают к рассмотрению программные документы<sup>555</sup>.

### *Программы деятельности*

Совет координирует деятельность Международной ассоциации медицинских сестер (National Nurses' Association), в 1996 г. объявившей о трех программах своей деятельности. Согласно первой (Regulation), должны разрабатываться общие стандарты среднего медицинского образования, осуществляться аккредитации медицинских школ, выдаваться сертификаты и лицен-



зии на право преподавания и т. д. Вторая программа (Professional) призвана содействовать развитию профессиональных знаний сестер, с ее помощью формулируется этический кодекс и распространяется информация о профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. С помощью третьей программы (Socio-economic) предполагается разрешить социально-экономические проблемы, связанные, в частности, с материальным положением сестер, вопросами общения с пациентами и т. д.<sup>556</sup>.

Согласно иному решению Международного совета, принятому в 1995 г., профессиональная карьера сестер в современных условиях зависит от четырех факторов: общества, экономики, политики и профессиональных знаний<sup>557</sup>. Декларировалось, что необходимо учитывать изменения в финансировании здравоохранения, в демографической ситуации, а работники должны получать удовлетворение от собственной деятельности.

### *Уровни профессиональной подготовки*

Основываясь на предшествующей практике, Совет предложил измерять профессиональные способности сестер по пятиступенчатой шкале. Первый уровень подготовки, начальный (novice), включает в себя знания по оказанию первой помощи. Следующий (advanced beginner) соответствует большей профессиональной подготовленности сестер, которые способны курировать лечение определенных заболеваний. Специалисты третьего уровня (competent) при наличии 2 лет стажа и диплома о среднем медицинском образовании могут оказывать комплексную помощь, координируя клиническую практику по определенному профилю. Сестры четвертого уровня (proficient), имея 4-летнюю практику, должны обладать дипломом бакалавра и имеют право лечить сложные заболевания. Профессионалам пятого, высшего, уровня (expert) необходимо стажироваться в больнице 6 лет и получить диплом магистра, они могут вести самостоятельную клиническую практику, организовывать сестринскую службу и работать в



качестве консультантов. Эта пятиступенчатая шкала фактически существовала ранее, но теперь получила официальное утверждение со стороны Совета. В частности, она была введена в клиниках Новозеландской ассоциации сестер в 1990 г. Аналогичное деление, но с некоторыми вариациями было принято в 1988 г. в Великобритании, а еще ранее (1974 г.) — в США<sup>558</sup>.

Всемирный совет основное значение придает профессиональной подготовке сестер при создании в обществе максимально благоприятных условий для работы, с учетом всех возможных изменений в окружающей сестру обстановке. Религиозные и гуманитарные факторы или отодвигаются на второй план, или совсем не учитываются, что в очередной раз подтверждает торжество «технической морали» в современном мире<sup>559</sup>.

### *Современные теории ухода за больными*

Практически все профессиональные сестры, начиная с Флоренс Найтингейл, в результате долгих лет работы сознавали, что человека невозможно лечить как сломанный механизм, поэтому приходили к одному и тому же выводу: квалифицированный уход помимо специальных технических знаний должен иметь определенную нравственно-этическую базу. И здесь они сталкивались с противоречием: поскольку уход провозглашался профессиональным и независимым от внутренних убеждений сестры, религия, являвшаяся до этого духовным фундаментом большинства благотворительных начинаний, была отвергнута. Согласно безотказно действующему правилу «свято место пусто не бывает», возникала потребность в создании новой профессиональной морали. Так стали появляться различные теории ухода, в большинстве случаев сводившиеся к повторению элементарной истины, что человек — существо не только физическое, но и духовное.

Второй знаменитой сестрой после Флоренс Найтингейл стала американка Вирджиния Гендерсон, с начала 20-х годов выступившая за сугубую персонализацию ухода; больного она рассматривала как сложный комплекс из четырнадцати потреб-



ностей. Пациент, — писала она, — в первую очередь, личность, и для выздоровления он обязан поверить в свои силы, а не возлагать все надежды на медицину. В 1958 г., по просьбе Международного совета, Гендерсон написала книгу «Основные принципы деятельности по уходу за пациентами», переведенную на 25 языков, в которой было дано определение ухода, позднее использованное в работе Всемирной организации сестер<sup>560</sup>.

Другая концепция, психологическая, была в 50-е годы предложена Г. Пепло, считавшей, что человек реализует себя в общении с другими людьми, а уход должен иметь воспитательные функции.

По мнению третьей сестры Д. Орем (50–60-е годы), каждый человек несет ответственность за свое здоровье и жизнедеятельность, поэтому необходим «самоуход» (d'auto soins), позволяющий пациенту приобрести большую независимость от заболеваний за счет элементарных манипуляций: например правильное дыхание, питание и т. д.

Теория Каллисты Рой, работавшей примерно в это же время, базировалась на осуществлении грамотной адаптации больного к окружающей среде: тогда в центре внимания оказывались психофизическое состояние пациента и условия, в которых он находится.

В 1985 г. Жан Ватсон предложил концепцию, сочетающую черты экзистенциализма и феноменологии: в уходе должна обеспечиваться внутренняя гармония пациента между его телом, душой и духом<sup>561</sup>.

### *Этический кодекс медицинских сестер*

Подобные теории призваны возместить отсутствие духовного основания в сугубо «профессиональной» работе. В ходе их разработки назревала необходимость в формулировании некоего общего морального кодекса медицинских сестер, который был утвержден Всемирным советом в 1953 г., однако даже спустя 40 лет разработчики данной программы признавали, что литература по сестринской этике находится в начальной стадии своего



развития<sup>562</sup>, т. е. составление кодекса, само по себе, не решало проблемы.

Медицинская этика, по мнению представителей Всемирного совета, должна основываться на соблюдении прав человека, включая в себя отношения сестер с пациентами и друг с другом в определенном социальном и профессиональном окружении. Под эгидой Совета в 1994 г. был выпущен учебник по сестринской этике; в нем рассматривались конкретные ситуации, в которых оказывались сестры, и приводились подробные комментарии по поводу того, как следует себя вести в аналогичных случаях. Например, одна беременная женщина-иеговистка наотрез отказалась от противоречившего ее религиозным убеждениям переливания крови. Муж согласился с решением супруги, и сестра, считаясь с их мнением, не произвела необходимой манипуляции. После родов положение пациентки стало критическим: ей и младенцу пришлось перелить кровь, однако, по настоянию врача, сестра ничего не сказала об этом супругу иеговистки. Пациентка вскоре скончалась. Автор учебника пишет, что сначала сестра, следуя пожеланиям больной, поступила вполне корректно. Равным образом, позднее переливание крови ради спасения жизни матери и ее ребенка не нарушало прав человека. Но факт дезинформации супруга роженицы в данной ситуации оценивался как неправильный<sup>563</sup>.

Данный пример наглядно свидетельствует о некоей нравственной подмене, которая происходит с введением светской этики в сестринскую практику: более опытные сестры считают себя вправе давать моральную оценку происходящим событиям, выполняя таким образом роль духовных наставников. При этом четкие критерии, с помощью которых можно различать зло и добро, отсутствуют. Отвержение религиозного мировоззрения как духовной базы ухода за больными неизбежно приводит к созданию новой «профессиональной религии», которая в ущербном виде воспроизводит этические требования большинства христианских конфессий. Главный недостаток



новой этики состоит в том, что она, в большинстве случаев, не может стать комплексом внутренних убеждений, поскольку, не будучи религией, предлагает сестре только внешнюю линию профессионального поведения. Понятие ответственности за совершение дурных поступков хотя и предусматривается, однако без каких-либо утверждений относительно духовного воздаяния за совершенное даже в рамках закона. А без внутреннего контроля со стороны человека подобная этика превращается в голословную декларацию, поскольку утрачивается смысл духовного совершенствования личности, не ограниченной внутренними законами, обязательными для исполнения.

### ***Католическая монашеская традиция***

*Монахини во  
Франции до конца  
XIX века*

Другая линия развития женских организаций по уходу за больными в Западной Европе, полумонашеская-полусветская, в XX веке была практически полностью ут-

рачена. Хранителями религиозных традиций ухода становятся, главным образом, монашеские организации. Собственно, уход монахинь за больными как систематическое явление известен уже с эпохи средних веков. Например, старейшая больница Франции, располагавшаяся в Лионе<sup>564</sup>, была основана в 540 г., тогда как парижская больница<sup>565</sup>, — в 651 г. В той же Франции старейшей организацией, занимавшейся уходом за больными, был орден августинок, трудившихся в парижской больнице Отель-Дье<sup>566</sup>. Для государства их деятельность была весьма выгодна, поскольку не требовала особых денежных затрат. Тем не менее, известно, что французские августинки, работавшие в больницах в XIX веке, получали заработную плату более высокую, чем обычные сиделки<sup>567</sup>. С середины XIX века оплата работы персонала, ухаживавшего за больными во Франции, различалась в зависимости от квалификации, и, все равно, у монахинь она оказывалась более высокой<sup>568</sup>.



### *Монахини- миссионеры*

Основываясь на примере Франции как типичной страны Западной Европы, до середины XIX века можно говорить о значительном вкладе монахинь в дело ухода за больными. Кроме того, монахини, владевшие элементарными навыками ухода, становились проводниками христианского учения в странах третьего мира: Африке, Новой Зеландии, Индии, Китае, Океании и др., выполняя, таким образом, роль миссионеров. Например, в 1927 г. существовало 447 миссионерских учреждений, в большинстве случаев медицинских, в которых состояло более 28 тыс. монахинь (11 тыс. из числа местного населения)<sup>569</sup>. Женщины работали в диспансерах, где оказывалась первая помощь, стационарных больниц, лепрозориях, имея в большинстве случаев среднее, реже — высшее медицинское образование.

### *Мать Тереза и ее сестры*

Весьма показателен пример знаменитой матери Терезы. Агнес Гонжа Бояджиу (мирское имя будущей монахини) родилась в 1910 г. в Македонии; ее родителями были албанцы-католики, что редко встречалось в данном регионе, где большинство населения составляли православные и мусульмане. Как было указано выше, в 20-е годы существовало большое количество католических миссий в третьих странах, кроме того, катехизаторское направление усилилось благодаря энцикликам пап Бенедикта XV<sup>570</sup> и Пия XI<sup>571</sup>, подчеркивавших миссионерское призвание Католической Церкви в условиях современного мира после Первой мировой войны и усиления коммунистического движения. В это время многие иезуиты из родного города будущей матери Терезы отправились с просветительской миссией в Индию, в район Калькутты, откуда регулярно приходили сведения об их деятельности. Под влиянием этих сообщений Гонжа решает стать монахиней в Индии и после окончания школы (1928) поступает послушницей в монастырь Лоретских сестер (Ирландия, Дублин), составлявших одно из ответвлений «Об-

Основываясь на примере Франции как типичной страны Западной Европы, до середины XIX века можно говорить о значительном

Весьма показателен пример знаменитой матери Терезы. Агнес Гонжа Бояджиу (мирское имя будущей монахини) родилась в 1910 г.



щества Иисуса» (женский вариант Иезуитского ордена). Спустя 6 месяцев, уже в Индии, она проходит 2-годовалый период новициата и в 1931 г., в возрасте 21 года, приносит первый монашеский обет, а в 1937 г. — принимает окончательное пострижение. Лоретские сестры, как и иезуиты, особое внимание уделяли делу просвещения — в соответствии с этой традицией, мать Тереза более 15 лет преподавала географию, историю и закон Божий в Высшей школе св. Марии, созданной для бенгальских девочек; правда, родители последних принадлежали к высшим слоям индийского общества. Недолгое время мать Тереза стояла во главе школы, затем руководила одним из отделений Лоретских сестер в Индии — конгрегацией во имя св. Анны, члены которой учили детей из простого народа.

В 1948 г. мать Тереза покидает Лоретскую общину, чтобы полностью изменить свою жизнь, посвятив ее отныне бедным и нуждающимся Калькутты. Она поступает на курсы медицинских сестер, созданные специально для монахинь, и после их окончания в том же году открывает рядом с Высшей школой святой Марии первый «центр» помощи нуждающимся, школу и аптеку для бедняков. В 1950 г. подобных «центров» на территории Калькутты насчитывалось 12, поскольку нашлись врачи и учителя, пожелавшие поддержать новое начинание; к этому времени был разработан устав нового ордена «сестер любви к ближнему», утвержденный папой Пием XII 3 декабря 1950 г.



*Мать Тереза  
(Яровинский М. Я. "С ее уходом мир осиротел"  
(Жизненный подвиг  
Матери Терезы) //  
Медицинская помощь. -  
1998. - № 1. - С. 48)*



*Мать Тереза в Эфиопии (Сороко-Цюпа О. С., Смирнов В. П. Мир в XX веке. — М., 1999. — С. 281)*

Новое сообщество находилось в ведении калькуттского архиепископа, а непосредственное руководство осуществляла мать Тереза, получившая право наставлять новоначальных, проходивших новициат. В 1952 г. в орден входило 26 человек. В 50-е годы сестры работали исключительно в Калькутте, преуспев во многом: открылись богадельня для умирающих, детский приют, под опеку была взята клиника для прокаженных. Постепенно новое учреждение под влиянием энергичной настоятельницы перерастает рамки местной религиозно-благотворительной организации, вовлекая в орбиту своей деятельности большую часть Индии — к 1979 г. на ее территории существо-



вало 158 «центров».

С 1 февраля 1965 г. орден, ввиду своей важности, переходит в непосредственное ведение папы, и в этом же году основывается первый его филиал за пределами Индии — в Венесуэле. На сегодняшний день подобных «центров» существует более 2 тыс., в том числе и в Москве (с 1989 г., район Измайлово: приют для одиноких стариков и бездомных и приют для умственно отсталых детей-сирот), однако большинство устроено в Индии. С 1963 г. возникло мужское ответвление ордена, насчитывающее меньшее число членов, среди них имеются и священники. С 1976 г. в рамках уже существующей конгрегации в Нью-Йорке основывается новое направление — «Сестер слова», занимающихся, главным образом, не благотворительной деятельностью, а молитвенным деланием. Аналогичная мужская община устраивается чуть позже, в 1978 г., в Риме. С 1969 г. существует международное объединение в поддержку деятельности матери Терезы — к моменту основания новых общин созерцательного характера в нем участвовало более 80 тыс. человек, поэтому вполне логичным завершением интернациональной работы матери Терезы стало присвоение ей Нобелевской премии 10 декабря 1979 г.<sup>572</sup>.

Мать Тереза была очень непритворным и скромным человеком, пренебрегавшим многочисленными врученными ей наградами, например, медаль Нобелевского лауреата она продала и на вырученные деньги купила лекарства. Монахиня совершала поездки по всему миру (в 1986 г. она даже попала в авиакатастрофу в Танзании), и для того чтобы не обременять бюджет своей общины, обратилась к авиакомпаниям принять ее на должность стюардессы. После этого события владельцы фирм предоставили ей право бесплатного перелета во все концы Земного шара.

Практически до самого момента своей смерти в 1997 г. мать Тереза осуществляла руководство огромной системой благотворительных организаций, разбросанных по всему свету. В 1997 г., незадолго перед смертью, она передала управление



организацией сестре Нирмале. В Католической Церкви уже обсуждается вопрос о канонизации матери Терезы\*.

*Монахини в  
канадских  
госпиталях*

История матери Терезы является исключением, подтвердившим новое правило, получившее обоснование после возникновения Общества Красного Креста и по-

явления первых профессиональных медицинских школ, когда ситуация в области религиозной жизни и медицины серьезно изменилась: большую роль начал играть процесс быстрого обмирщения западного общества; рядом декретов Церковь отделялась от государства практически во всех странах Западной Европы и Америки. Основание Всемирного совета сестер явилось собой веху в развитии ухода: оформилось новое представление о медицине как технической науке — на первое место выдвигается профессионализм, которого действительно не хватало монахиням, а не духовная сторона вопроса.

Однако и в последнем отношении замена религиозного воззрения медицинской этикой получает официальное обоснование. Например, по мнению одного американского ученого, проводившего в 80-е годы исследования 3 католических французскоязычных госпиталей Квебека (Канада), где царил дух послушания и почитания вышестоящей иерархии; альтруизм и в мирской, и в религиозной формах практически одинаков: внимание, уважение и любовь к пациенту могут быть свойственны даже медицинским сестрам сугубо технической направленности. Мораль не есть достояние одних монахинь, у которых возникают такие же трудности, как и у светских сестер: можно лечить организм, а можно — человека, поэтому общим языком для тех и других должна стать профессиональная работа. При налаживании взаимного сотрудничества это необходимо. Образ сестер нового поколения названный исследователь видит следующим образом. «Идеаль-

\* Из последних работ о матери Терезе см.: *Mère Teresa: foi et compassion: la vie et l'oeuvre de Mère Teresa*. Dangles, 1997; *Spink K. Mère Teresa: une vie*. Paris, 1997 (данное издание является переводом с английского). Книги автору были не доступны. См. также: *Яровинский М. Я. "С ее уходом мир осиротел"* (Жизненный подвиг Матери Терезы) // *Медицинская помощь*. — 1998. — № 1. — С. 48–50.



ная медицинская сестра, мирянка или монахиня, должна обладать добродетелями, свойственными женщине и матери (самопожертвование, нежность, заботливость, внимательность, радость, любовь, деликатность, целостность), и профессионализмом (соблюдение гигиены и компетентность). Сравнение «милосердие — наука» в данной ситуации накладывается на другое: «женщина — наука», — путем преобразования через науку женщины-матери, готовой на самопожертвование»<sup>574</sup>. Данное определение недалеко ушло от слов Пирогова о сестрах милосердия как женщинах с горячим сердцем и холодным рассудком.

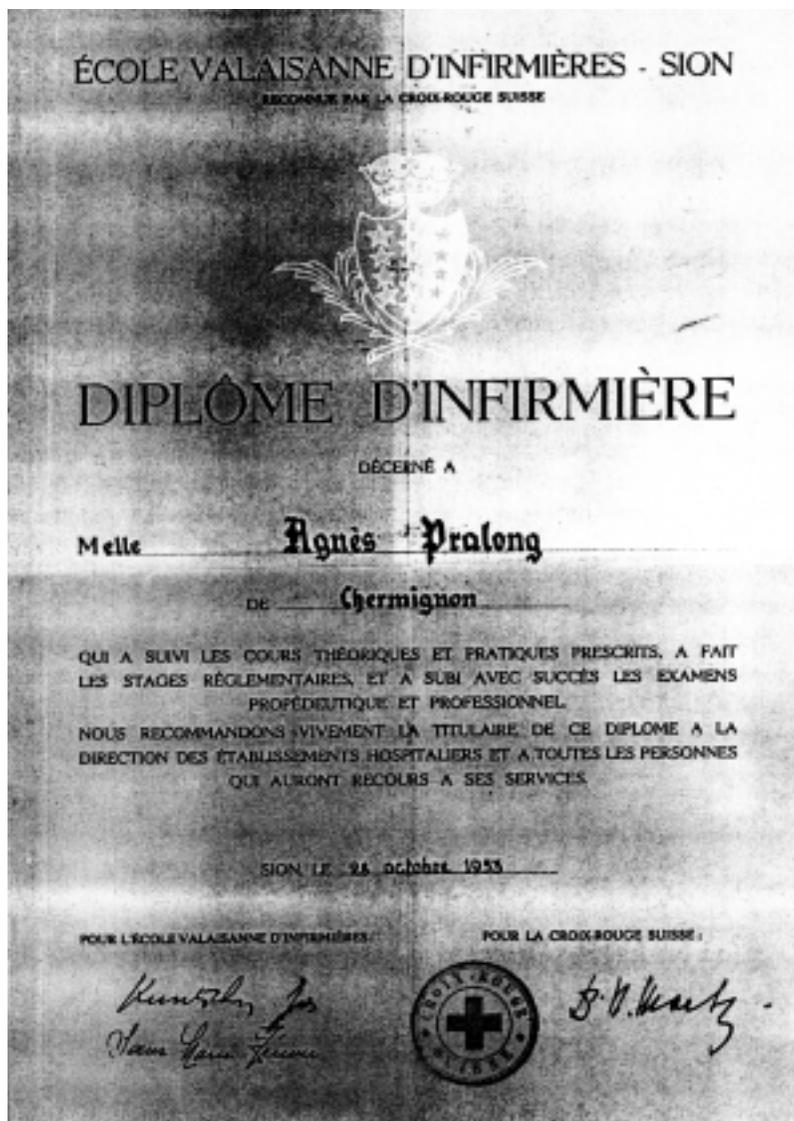
Путем подобных рассуждений намечались общие точки соприкосновения между двумя линиями ухода в современном обществе: монашеским и светским. За обоими признается право на существование в связи с наличием общих моральных принципов. Реальная ситуация в Квебеке складывалась по-другому. Здесь с конца XIX века монахини являлись основным медицинским персоналом по уходу, занимаясь более профессиональной, нежели благотворительной деятельностью. Параллельно с ними начали трудиться мирянки-католички, образование которых строго контролировали монахини. Начавшийся процесс обмирщения общества XX века сказался и в области медицины, причем в данном случае религиозная проблема наложилась на национальную. До 60–70-х годов существовал негласный консенсус между англоязычными светскими сестрами и французскоязычными католическими монахинями, но теперь светская линия становится главенствующей<sup>575</sup>, так что уже в конце 80-х годов монахини в больницах Квебека практически не участвовали в социальной деятельности<sup>576</sup>.

*Медицинская школа  
при монастыре  
Сиона (Швейцария)*

Аналогичным примером служит история Валезанской школы медицинских сестер Сиона (Швейцария). Она была открыта в 1944 г. при Сионском монастыре кантона Вале и изначально у нее не было никаких источников финансирования и четкой структуры<sup>577</sup>.



*Первые ученицы медицинской школы в г. Сионе (Швейцария) и ее руководительница в 1947–1974 гг. сестра Мари-Зенон (Druх J. L'Ecole valaisanne d'infirmières de Sion (1944-1994): Une illustration de l'histoire sanitaire contemporaine du Valais. — Sion, 1994. — P. 89)*



Образец диплома выпускницы медицинской школы г. Сиона (Швейцария) (Druex J. L'Ecole valaisanne d'infirmières de Sion (1944—1994): Une illustration de l'histoire sanitaire contemporaine du Valais. — Sion, 1994. — P. 94)



*Учебная аудитория в медицинской школе г. Сиона (Швейцария) (Druх J. L'Ecole valaisanne d'infirmières de Sion (1944–1994): Une illustration de l'histoire sanitaire contemporaine du Valais. — Sion, 1994. — P. 88)*

Однако вскоре занятия стали вестись по программе, одобренной Красным Крестом<sup>578</sup>. Сперва здесь училось 15 человек: 11 мирянок и 4 монахини — для прохождения практики им были предоставлены 11 госпиталей Швейцарии, правительство которой признало дипломы Валезанской школы<sup>579</sup>, ставшей, таким образом, государственной, хотя во главе ее, вплоть до недавнего времени, стояли монахини<sup>580</sup>. В 1951 г. последовало официальное признание школы со стороны Красного Креста. Для кантона ее учреждение имело большое значение, поскольку, согласно статистике, в 1956 г. медицинский персонал Вале составляло 286 человек. К этому времени школа выпустила 147 медицинских сестер<sup>581</sup>.

В Европе, как и в Соединенных Штатах, с начала 50-х годов сказывается нехватка среднего медицинского персонала, и в этот период монахини в медицине — редкость, во многом из-

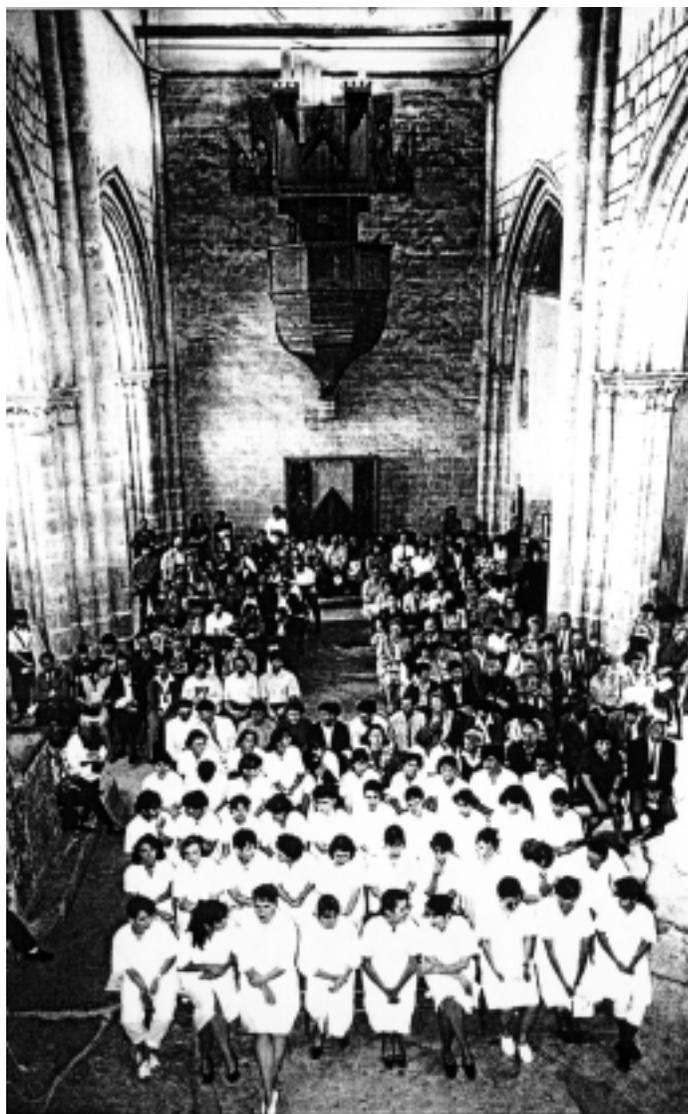


*Монахиня Ирен Септи, руководившая медицинской школой г. Сиона (Швейцария) в 1974–1994 гг. (Druх J. L'Ecole valaisanne d'infirmières de Sion (1944–1994): Une illustration de l'histoire sanitaire contemporaine du Valais. – Sion, 1994. – P. 153)*



*Одна из сестер медицинской школы г. Сиона (Швейцария) (Druх J. L'Ecole valaisanne d'infirmières de Sion (1944–1994): Une illustration de l'histoire sanitaire contemporaine du Valais. – Sion, 1994. P. – 104)*

за ослабления благотворительной деятельности орденов. В Вале кризис наступил позднее, с конца 60-х годов медицинский персонал, при отчетливом повышении возраста работников, практически не пополнялся за счет монахинь. Еще с середины 50-х годов преподавательский состав Сионской школы, ранее состоявший, главным образом, из монашествующих, был полностью заменен мирскими специалистами<sup>582</sup>. Таким образом, профессия медицинской сестры становится достоянием мирян, хотя процесс замены монахинь мирянами в Валезанской школе растянулся на два десятилетия. С одной стороны, это связано с



*Церемония вручения дипломов выпускницам медицинской школы г. Сиона (Швейцария) в базилике св. Валерия (Druх J. L'Ecole valaisanne d'infirmières de Sion (1944–1994): Une illustration de l'histoire sanitaire contemporaine du Valais. — Sion, 1994. — P. 162)*



измененным взглядом на монашество как на молитвенное, а не активное благотворительное служение. С другой — довольно тяжелыми условиями работы в больницах: малая заработная плата, короткие отпуска, продолжительные смены, ранняя профессиональная негодность и т. д. Для нового поколения монахинь подобные препятствия оказались существенными<sup>583</sup>. Именно поэтому в кантоне принимается решение о полной замене в больницах монахинь дипломированными медицинскими сестрами. Кроме того, с начала 70-х годов в Вале начинается подготовка младших сестер, призванных пополнить средний медицинский персонал<sup>584</sup>, а школа становится светским государственным учреждением. В 1994 г. еще остававшиеся здесь немногочисленные сионские монахини покидают училище<sup>585</sup>.

*Женевское отделение  
общины сестер  
Винсента де Поля*

В современном западном обществе не существует полурелигиозных организаций по уходу за больными как развитого и широко распространенного института. Впрочем, в крупных масштабах его, возможно, никогда и не существовало. Крупнейшая община сестер Винсента де Поля, замышлявшаяся ее создателем как церковное учреждение для мирских женщин, теперь одно из традиционных монашеских ответвлений, состоящее из разбросанных по всему миру небольших отделений. От других монашеских орденов она отличается тем, что сестры возобновляют свои обеты ежегодно — единственный признак, указывающий на некогда полумонашеское состояние членов этой организации, которая на данный момент насчитывает примерно 20–25 тыс. человек.

Женевское отделение этой общины состоит из 7 человек, которые живут не в монастыре, а на квартирах обычных жилых домов. Каждая сестра выполняет определенные функции: в частности, старшая помогает священнику, двое посещают престарелых на дому, одна работает в филиале благотворительной организации «Каритас» и одна — медицинской сестрой в доме для престарелых. Рабочий день монахинь строится



согласно монашескому распорядку, и в одной квартире, где в отдельных комнатах живет 5 монахинь, устроена часовня. Женевское отделение входит в так называемую «провинцию», состоящую из ряда аналогичных филиалов, которая курируется старшей сестрой<sup>586</sup> и священником-лазаристом, который в течение определенного срока объезжает эти отделения. В Женеве он останавливается примерно на 10 дней<sup>587</sup>. Тем не менее говорить о серьезной роли этого отделения в деле ухода за больными в Женеве никак нельзя.

### ***Протестантская традиция***

#### ***Протестантское учение о здоровье***

Одним из современных общественных деятелей, предпринявшим попытку сформулировать протестантское учение о здоровье, стала медицинская сестра Р. Полетти, руководительница «Школы доброй помощи»<sup>588</sup> в Женеве, а затем Высшей школы медицинских сестер Красного Креста в Лозанне (Швейцария). Ориентируясь, в первую очередь, на кальвинистскую традицию, она выделила в этой области три основных принципа, которыми должны руководствоваться протестанты<sup>589</sup>.

Во-первых, ответственность за свою жизнь. Тело есть храм души; Бог дает человеку болезнь и здоровье, жизнь и смерть — болезнь в этом смысле является следствием первородного греха. Но с другой стороны, наличие божественного предопределения не снимает с человека ответственности за заботу о физическом здоровье<sup>590</sup>.

Во-вторых, человек, обладая свободой, которая осуществляется в любви, должен отдавать себе отчет в собственной физической слабости.

В-третьих, христианский взгляд на здоровье возможен лишь при наличии развитой системы образования, позволяющей постоянно учить других и учиться самому<sup>591</sup>. Полетти утверждает, что после 1980 г. в умах многих людей происходят серьезные изменения к лучшему в плане внедрения протестантс-



кой этики здоровья в медицину<sup>592</sup>, однако явным образом противоречит самой себе, когда пишет, что суждения Кальвина и, отчасти, Лютера о здоровье никогда не использовались в медицинской практике протестантов. Таким образом, ее теоретические выкладки в значительной степени носят характер запоздалых, хотя и благочестивых умопостроений<sup>593</sup>.

*Деятельность  
Социального  
протестантского  
центра в Женеве*

В области практических действий, с протестантских позиций, важна деятельность Социального протестантского центра (Centre Social Protestant), который, как и общество «Каритас», занимается

благотворительной деятельностью, помощью беженцам, престарелым и одиноким людям, однако при нем не существует специальной службы, обеспечивающей уход за больными. Впрочем, в 1986 г. СПЦ и Женевская лига против раковых заболеваний организовали группу добровольцев, посещающих на дому безнадежных онкологических больных.

Во главе группы стоят три сестры-координатора<sup>594</sup>, двое других являются ответственными за отбор добровольцев, распространение информации о данной службе, они же осуществляют контроль за деятельностью сиделок и устраивают занятия для приобретения элементарных навыков по уходу. Добровольцы, по большей части, женщины. Помощь оказывается только в тех случаях, когда больной и его семья предпочитают уход на дому. В первую встречу с больным сестра-координатор объясняет возможности данной службы, старается получить исчерпывающую информацию о больном, его поведении, вкусах и привычках, уточняет желательный распорядок дня. Затем к больному прикрепляется сиделка-доброволец, хотя в зависимости от ситуации их может быть две или три. Они начинают работу с одного визита в неделю длительностью от получаса до нескольких часов. Ночных дежурств не существует, поскольку добровольцы, хотя и являются компетентными сиделками, однако не способны заменить профессиональных медицинс-



ких сестер. В процессе ухода за больным сестра-координатор постоянно контролирует ситуацию, поддерживая регулярные контакты с пациентами, их семьями и медицинским персоналом, работающим на дому. После смерти больного добровольцы еще долгое время могут посещать его семью. Каждые две недели они делятся общими впечатлениями с координаторами, при этом в группе строго соблюдается конфиденциальность. Важной положительной чертой в этой тяжелой работе, по замечанию одной из сестер, является доверие, устанавливающееся с первых визитов сиделок к больным: координаторам часто приходится слышать, что пациенты стремятся удержать добровольных помощниц рядом как можно дольше. Впрочем, основная задача сиделок состоит вовсе не в том, чтобы напоминать о значимости смерти, как писала старшая сестра этой службы, а в том, чтобы максимально помочь при жизни.

Помощь бесплатна, добровольцы обслуживают больных разных возрастов: например, в 1995 г. самый молодой пациент был в возрасте 28, а самый пожилой — 78 лет. В процессе работы не делается никаких различий по конфессиональным, расовым или национальным признакам. В частности, известен случай, когда добровольцы оказали помощь православной женщине<sup>595</sup>.

Характерно, что медицинский персонал, обслуживающий умирающих, в редких случаях оказывается равнодушным к религии, как это показал опрос, проведенный в одной из терапевтических клиник Женевы. Из 114 опрошенных (больше половины — женщины) 50 % признали себя католиками, 20 % — протестантами, 10 % — принадлежащими к иным конфессиям и только 20 % — атеистами, при этом больше половины (около 67 %) не состояли в браке<sup>596</sup>.

Таким образом, в западных странах произошло полное обмирщение ухода за больными, что связано с общей направленностью развития европейского общества, вступившего в постиндустриальную стадию. Новый период характеризуется тем, что во всех сферах общественной, экономической и любой



другой формы жизни большую роль играют непроизводственные организационные структуры, и при наличии значительного опыта демократии заявления общественных организаций типа Международного совета медицинских сестер могут иметь вес. Поэтому медицинская этика в западном секуляризованном обществе прочно занимает те позиции, которые должны были принадлежать религии.