

Религиозная организация –
учреждение профессионального религиозного образования
Русской Православной Церкви Московского Патриархата
«Общецерковная аспирантура и докторантура имени святых равноапостольных
Кирилла и Мефодия»

На правах рукописи

Игумен Антоний (Кадышев Алексей Сергеевич)

Актуальные проблемы пастырской работы
священников Русской Православной Церкви
с ВИЧ-инфицированными пациентами
в условиях стационара

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата богословия

Научный руководитель
кандидат богословия,
прот. Владимир Шмалий

Москва – 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ДУХОВНЫХ ФАКТОРОВ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И РОЛЬ ЦЕРКВИ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИД.....	24
1.1 Библейско-богословское обоснование работы.....	25
1.1.1 Поврежденность человеческой природы в результате грехопадения	25
1.1.2 Искупительная миссия Христа в разрешении человека от греха, болезней и смерти.....	29
1.1.3 Болезнь и ее причины в свете библейско-богословских представлений .	32
1.1.4 Врачевательство и милосердие как деятельное проявление христианской любви к ближнему.....	37
1.2 Библейско-богословское объяснение появления ВИЧ и роль Церкви в борьбе с эпидемией.....	40
1.2.1 Современные сведения и представления о ВИЧ/СПИД	40
1.2.2 Деятельное милосердие к ВИЧ-инфицированным как исполнение заповеди Божией о любви к ближнему	43
1.2.3 Роль Церкви как лечебницы человеческой души	45
1.3 Физиологический и духовно-эмоциональный портрет ВИЧ- инфицированного человека.....	50
1.3.1 Физиологические и социально-психологические проблемы ВИЧ- инфицированного человека.....	50
1.3.2 Комплексный динамический портрет ВИЧ-инфицированного человека	57
2 ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В РАБОТЕ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ.....	63
2.1 Источники информации, использованные в практической части работы...	63
2.2 Характер объекта исследования (данные ИКБ и метод включенного наблюдения).....	64
2.3 Метод независимых характеристик (экспертный опрос).....	66
2.3.1 Анализ экспертного опроса.....	70

2.4 Индивидуальное глубинное интервью.....	76
2.4.1 Обоснование надежности выборки объекта исследований.....	80
2.5 Математико-статистический метод исследования.....	82
3 ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.....	85
3.1 Изучение данных опроса пациентов (анализа результатов индивидуального глубокого интервью).....	85
3.1.1 Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающимся текущих жизненных обстоятельств и условий; источники заражения (ВИЧ-инфицированные во внешнем мире; «тело»).....	85
3.1.2. Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающимся эмоциональная картина внутреннего мира ВИЧ-инфицированного человека (душевный мир; «душа»).....	100
3.1.3. Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающимся внутренних проблем и переживаний ВИЧ-инфицированного человека (вопросы о смысле жизни, о счастье, о Боге и т.п.; «дух»).....	122
3.1.4 Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающихся жизненных планов («планы»)ВИЧ-инфицированного человека.....	136
3.1.5. Анализ данных опроса пациентов по вопросам отношения их к вере и Церкви.....	141
3.2 Обобщение полученных результатов.....	149
3.2.1 Общие характеристики ВИЧ-инфицированных пациентов по данным опроса («все»).....	149
3.2.2 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы пациентов-женщин.....	154
3.2.3 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы пациентов-мужчин.....	156
3.2.4 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы 19-29-летних пациентов.....	159
3.2.5 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы 30-39-летних пациентов.....	162
3.2.6 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы 40-49-летних пациентов.....	165
3.2.7 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы 50-59-летних пациентов.....	169
3.2.8 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы воцерковленных пациентов.....	172

4 ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМ ПАСТЫРСКОГО ПОПЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ СВЯЩЕННИКАМИ РПЦ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.....	182
4.1 Принципы организации практической пастырской работы священника в лечебных ВИЧ-отделениях ИКБ №2.....	183
4.1.1 Общие принципы и последовательность пастырской работы в стационаре.....	183
4.1.2 Характер работы в лечебных ВИЧ-отделениях сестер милосердия и добровольных помощников	185
4.1.3 Особенности пастырской работы священника среди пациентов стационара.....	186
4.1.4 Характеристики ВИЧ-пациентов, требующих особого отношения в пастырской работе священника (на основании результатов опроса)	189
4.1.5 Особенности работы священника в каждом из лечебных отделений	193
4.2 Анализ статистических данных Сестричества во имя святого благоверного царевича Димитрия.....	194
4.3 Возможность проведения программы реабилитации пациентов ВИЧ-отделений ИКБ.....	206
4.4 Оценка труда священника и Службы милосердия сотрудниками ВИЧ-отделения и администрацией ИКБ.....	208
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	214
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	220
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ.....	222
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	228
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	240
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	248
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	256
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	285
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	293
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	313
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....	323
ПРИЛОЖЕНИЕ И.....	337
ПРИЛОЖЕНИЕ К.....	341

ПРИЛОЖЕНИЕ Л.....	355
ПРИЛОЖЕНИЕ М.....	356
ПРИЛОЖЕНИЕ Н.....	360
ПРИЛОЖЕНИЕ П.....	364

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Столкнувшись с эпидемией инфекции иммунодефицита человека (ВИЧ), человечество оказалось перед лицом одной из страшнейших угроз, когда-либо перед ним стоявших^{1,2}. По мнению правительств многих стран, «глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа (СПИД - синдром приобретенного иммунного дефицита), достигшая ужасающих масштабов и оказывающая опустошительное воздействие, представляет собой глобальную чрезвычайную ситуацию и одну из самых серьезных угроз жизни и достоинству человека»³.

С каждым годом число ВИЧ-инфицированных росло в геометрической прогрессии, достигнув к 2012 году более 42 млн. человек в мире. Однако последние несколько лет оказались переломными: по данным ООН за 2014 год насчитывается 36,9 млн. ВИЧ-инфицированных. Из доклада Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) следует, что за это время заболеваемость ВИЧ снизилась на 35%, а смертность – на 41%⁴. Это стало результатом многолетней профилактической работы.

К сожалению, это не относится к России, где число заражений растет с каждым годом. С момента появления первых ВИЧ-инфицированных больных и до настоящего времени в России не удалось затормозить распространение этой болезни, о чем говорит статистика заболевания: «Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 1 ноября 2015 г., составило 986657 человек. По данным формы мониторинга Роспо-

¹ Концепция Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми живущими с ВИЧ/СПИДом : пособие по уходу за людьми живущими с ВИЧ/СПИДом. 2-е издание, перераб. / Под ред. В. В. Беляевой, А. В. Кравченко, Т. Н. Ермак. М. : Российский Круглый стол, 2005. С. 109.

² *Мефодий (Кондратьев), игум.* Духовные аспекты паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным / Круглый стол по религиозному образованию и диаконии. URL: http://www.rondtb.msk.ru/info/ru/AIDS_12_ru.htm (дата обращения 12.01.2017).

³ Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом / принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 27 июня 2001 года. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml (дата обращения 28.12.2016).

⁴ *Cohen J.* New report card on global HIV/AIDS epidemic. 14 jul. 2015 //Science. AAAS. URL: <http://www.sciencemag.org/news/2015/07/new-report-card-global-hiv-aids-epidemic> (дата обращения 10.01.2015).

требнадзора «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» в Российской Федерации на 1 ноября 2015 г. умерло по разным причинам 205538 ВИЧ-инфицированных, в том числе 20612 в 2015 году (на 16,6% больше, чем за аналогичный период 2014 г.). Состояли на диспансерном наблюдении в 2015 г. 602837 инфицированных ВИЧ россиян по данным формы мониторинга Роспотребнадзора на 1 ноября 2015 г.»⁵.

Русская Православная Церковь, определяя свое отношение к эпидемии ВИЧ/СПИД, дает этому явлению духовно нравственную оценку: «Социальные и медицинские факторы и явления, способствующие формированию так называемых групп риска, являются причинами эпидемии ВИЧ лишь опосредованно и вторично. Подлинной причиной стремительного роста и распространения эпидемии Церковь считает невиданное умножение греха и беззакония, утрату фундаментальных духовных ценностей, нравственных устоев и ориентиров, поразившие все человеческое общество. Церковь предупреждает, что в случае последовательного развития этих процессов общество ждет катастрофа»⁶.

Русская Православная Церковь, являясь важной частью гражданского общества России и имея многовековой опыт служения народу, справедливо считает, что борьба с распространением ВИЧ/СПИД будет действительна только при условии социального партнерства религиозных общин, государства и общества, в которой главная роль отводится государству. При этом Церковь считает возможным свое сотрудничество в тех программах, которые не противоречат фундаментальным духовно-нравственным и семейным ценностям^{7,8,9,10}.

⁵Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 1 ноября 2015 г. / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. URL: <http://spid-yar.ru/spidyar/images/spravkavich.pdf> (дата обращения 10.01.2017).

⁶Концепция Русской Православной Церкви ... С. 109-110.

⁷ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. М.: Изд-во Московской Патриархии, 2000. 158 с.

⁸Концепция Русской Православной ... С. 120-121.

Одна из главных забот на данном этапе эпидемии – оказание помощи людям, живущим с ВИЧ. Медицинские проблемы – это не единственное, с чем сталкивается ВИЧ-инфицированный человек. Существует ряд социальных, духовных и нравственных аспектов, а также жизненных обстоятельств, совместно с медицинскими проблемами, влияющими на состояние больного. Выявить среди них те, которые помогают в адаптации к состоянию вирусоносительства, преодолеть жизненный кризис, мобилизоваться в противостоянии болезни – задача тех, кто занят проблемами ВИЧ-инфицированных людей. Особое место занимает изучение духовных аспектов переживания человека, являющееся в период духовных кризисов не только причиной душевных катастроф, но и «перерождения» человека, в результате чего человек обращается к Богу. Выявление характера духовных проблем, волнующих больных ВИЧ/СПИД, и влияние духовного попечения на их физическое и эмоциональное состояние стало новой проблемой, решением которой начали активно интересоваться совсем недавно.

Степень разработанности проблемы¹¹. Анализ литературы показывает, что больше всего трудов посвящено телесному здоровью ВИЧ-инфицированных, в том числе фундаментальный и обобщающий труд (регулярно переиздаваемый за рубежом) трех американских и одного российского авторов (Бартлетт, Дж., Редфилд, Р., Фам, П., Мазус, А.И., 2013)¹². Значительно меньше работ, носящих разрозненный характер, посвящено качеству жизни и эмоциональному (душевному) здоровью ВИЧ-инфицированным (Зинченко¹³

⁹Кирилл (Гундяев), митр. Выступление председателя Отдела внешних церковных связей Московского Патриархата митрополита Смоленского и Калининградского Кирилла на конференции «Взаимодействие религиозных конфессий России в области ВИЧ/СПИДа» (Москва, 18–19 ноября 2008 года). Москва : 2009. С. 12.

¹⁰Итоговый документ конференции «Взаимодействие религиозных общин России в области ВИЧ/СПИДа» (Москва, 20.11.2008). URL: <https://mospat.ru/archive/2008/11/43320/> (дата обращения 11.12.2016).

¹¹Симонова Г. М., Антоний (Кадышев) игум. Влияние духовных факторов на физиологическое и эмоциональное состояние больных // Сборник материалов V Международной научно-практической конференции «Отечественная наука в эпоху изменений: постулаты прошлого и теории нового времени». Екатеринбург, 2014. № 5. С. 60–64.

¹²Бартлетт Дж., Редфилд Р., Фам П., Мазус А. И. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.: ГРАНАТ, 2013. 696 с.

¹³Зинченко А. И. Влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять заболеванию. Автореферат дисс. на соиск. уч. ст. канд. психологических наук: 19.00.04. СПб: 2009. 24 с.

А.И., 2009; Ланга¹⁴ А.П., 2006; Шевченко Ю.Л. и др.¹⁵, Филоненко Н. Г.¹⁶). А работ, посвященных **духовным переживаниям ВИЧ-инфицированных и проблемам пастырского окормления** таких больных, ничтожное число, по сравнению с объемом предыдущих работ. В России в этой области известны только труды епископа Каменского и Алапаевского Мефодия (Кондратьева)^{17,18}. За рубежом имеется большой опыт духовного окормления (пастырского консультирования) больных. Публикации этого рода чаще всего принадлежат проповедникам, работающим в Африке, и рекомендации их вполне совпадают с теми, которые даются, в стремлении сократить размеры этой эпидемии путем внедрения норм гигиены, но опуская при этом пропаганду нравственности. Кроме того, в работе по духовному окормлению в зарубежной практике допускается использование элементов сетевого маркетинга. При необходимости применения предлагаемых методов требуется тщательное изучение их на предмет соответствия православному учению и церковной традиции^{19,20,21,22,23}.

В последние десятилетия у медиков за рубежом появился интерес к вопросам влияния религиозности на здоровье человека. Этим занимаются как врачи общей практики, так и психологи, а также специалисты в других областях ме-

¹⁴Ланга А. П. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных: автореферат на соискание уч. степени кандидата психологических наук: 19.00.04. Ростов-на-Дону, 2006. 24 с.

¹⁵Шевченко Ю. Л., Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Изд. 2-е. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.

¹⁶Филоненко Н. Г. Научное обоснование основных направлений повышения качества жизни ВИЧ-инфицированных: автореферат дисс. на соискание уч. степени кандидата мед. наук: 14.00.33. Москва, 2009. 24 с.

¹⁷Мефодий (Кондратьев), игум. Духовные аспекты паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным / Паллиативная/хосписная помощь. URL: <http://www.pallcare.ru/ru/?p=1213243236> (дата обращения 10.02.2017).

¹⁸Мефодий (Кондратьев), игум. Некоторые вопросы духовного окормления ВИЧ-инфицированных // Диакония.ru. Официальный сайт Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви. URL: <http://old.diaconia.ru/articles/materials/pomoshh-vich-infitsirovannym/nekotorye-voprosy-dukhnovno-okormlenija-vich-infitsirovannykh/> (дата обращения 12.01.2017).

¹⁹Mulenga K. C. Pastoral care of people living with HIV in Zambia // INERELA. Positive Faith In Action. Sept. 10, 2010. URL: <http://inerela.org/2010/09/pastoral-care-of-people-living-with-hiv-in-zambia-by-rev-kennedy-chola-mulenga/> (дата обращения 10.02.2017).

²⁰Faith Responds to AIDS. AIDS Foundation of Chicago. A Source of Hope A Force of Change. 2011. URL: <http://www.aidschicago.org/prevention-home/faith-responds-to-aids> (дата обращения 03.03.2014).

²¹Lubaale N. Pastoral Action on HIV and AIDS / Ed. by Glen Williams. Oxford: Parchment, 2008.

²²Guide to HIV/AIDS Pastoral counselling / AIDS working group World council of churches, resp. ed. Jorge E. Maldonado. Geneva, 1990. 92 p.

²³Professional Spiritual and Pastoral Care: A Practical Clergy and Chaplain's Handbook / Ed. by Rabbi Stephen B. Roberts. Woodstock, 2011. 528 p.

дицины. Исследования, как правило, охватывают три основных направления: вопросы **умирания, преодоления трудностей и выздоровления.**

В ряде работ исследуются продолжительность жизни религиозных людей, их реакция на смертельный диагноз (Э. Кюблер-Росс²⁴, Е.К. Виг и Р.А. Перлман²⁵, К.Р. Коэн, и др.²⁶, Т. МакНикол²⁷, В.Е Франкл²⁸), связь религиозности с содержанием в организме интерферонов (Х.Дж. Койнинг и др.²⁹), с механизмами мобилизации человека при сообщении смертельного диагноза (С.А. Пэйн и др.³⁰, Т.А. Балбони и др.³¹, Дж.Е. Броди³², К.Р. Коэн и др.³³, Р.Н. Ремен³⁴, К.М. Пушальски³⁵)

В некоторых работах религиозность рассматривается, как «экзистенциальная» составляющая оценки качества жизни больных, которая включает в себя такие понятия, как «значимость личного существования человека», «ощущение смысла жизни» и т.п., а положительный ответ на них коррелируется с более высокими показателями качества жизни. Это справедливо даже для пациентов с прогрессирующими заболеваниями, испытывающих сильные боли

²⁴Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: «София», 2001. 110 с.

²⁵Vig E. K., Pearlman R. A. Good and bad dying from the perspective of terminally ill men // Archives of Internal Medicine. 2004. V. 164 (9). P. 977–981.

²⁶Cohen S. R., Mount B. M., Strobel M. G., Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability // Palliative Medicine. 1995. V. 9. Iss. 3. P. 207–219.

²⁷McNichol T. The new faith in medicine // USA Today Weekend. April 5–7, 1996. P. 4–5.

²⁸Frankl V. E. Man's Search for Meaning. NY: Simon and Schuster, 1984. 224 p.

²⁹Koenig H. G., Cohen H. J., George L. K., Hays J. C., Larson D. B., Blazer D. G. Attendance at religious services, interleucine-6, and other biological parameters of immune function in older adults // The International Journal of Psychiatry in Medicine. 1997. V. 27. P. 233–250.

³⁰Payne S. A., Langley-Evans A., Hillier R. Perceptions of a “good” death: a comparative study of the views of hospice staff and patients // Palliative Medicine. 1996. V.10 (4). P. 307–312.

³¹Balboni T.A., Paulk M.E., Balboni M.J., et al. Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death // Journal of Clinical Oncology. 2010. V. 28. No 3. January 20. P. 445–452.

³²Brody J.E. Guide to the Great Beyond: A practical primer to help you and your loved ones prepare medically, legally, and emotionally for the end of life. NY.: Random House, 2009. 287 p.

³³Cohen S. R., Mount B. M., Strobel M. G., Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability // Palliative Medicine. 1995. V. 9. Iss. 3. P. 207–219.

³⁴Remen R. N. Kitchen Table Wisdom: Stories That Heal. NY: Riverhead Books, 1997. 368 p.

³⁵Puchalski C. M. The role of spirituality in health care // Baylor University Medical Center Proceedings. Dallas, 2001. V. 14. No 4. P. 352–357.

(А.С.Фелпс, и др.³⁶, М.Фессенден³⁷, Дж.В. Ейтс и др.³⁸, М.Дж. Брэди и др.³⁹, Дж.А. Робертс и др.⁴⁰).

Приводятся результаты некоторых исследований о том, что такое «хорошая» и «плохая» смерть с точки зрения больных и персонала; как сказывается влияние любых духовных практик на прием лекарственных и успокаивающих препаратов больными, а также на их психоэмоциональное состояние (Х. Джордж⁴¹). Изучены предпочтения средств по купированию боли у пациентов с прогрессирующим раком (Дж.А. МакНилл и др.⁴², Л.К. Каджиян и др.⁴³). Оказалось, что молитва, как метод обезболивания, был использован ими чаще (76%), чем внутривенное безболивание (66%), обезболивающие таблетки (62%), релаксация (33%), иглорефлексотерапия (19%) или обезболивающий массаж (9%).

В преодолении недуга вера в Бога (или иные традиционные для некоторых пациентов верования) играет важную роль как средство утешения и надежды (Р.К. Харрис и др.⁴⁴). Исследования показали, что безнадежно больные подвергаются в меньшей степени страху смерти чувству вины, им свойственна мысль о любящем присутствии Бога (или Высшей силы) с ними или после смерти. Вера в Бога помогает человеку справиться с потерей близких, обрести покой. Опросы обнаружили, что, например, 80% случаев утешения у родителей в пер-

³⁶ *Phelps A. C., Maciejewski P. K., Nilsson M., et al.* Religious Coping and Use of Intensive Life-Prolonging Care Near Death in Patients With Advanced Cancer // *The Journal of the American Medical Association*. 2009. V. 301 (11). P. 1140–1147.

³⁷ *Fessenden M.* Better Preparation Could Improve the Quality of Death and Life for Terminal Patients. 2012. URL: <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=better-preparation-quality-life-death> (дата обращения 10.02.2017).

³⁸ *Yates J. W., Chalmer B. J., James P. St., Follansbee M., McKegney F. P.* Religion in patients with advanced cancer // *Medical and Pediatric Oncology*. 1981. V. 9. Iss. 2. P. 121–128.

³⁹ *Brady M.J., Peterman A.H., Fitchett G., Mo M., Cella D.* A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology // *Psychooncology*. 1999. V.8. P.417–428.

⁴⁰ *Roberts J. A., Brown D., Elkins T., Larson D. B.* Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997. V. 176. Iss. 1. Part 1. P. 166–172.

⁴¹ *George H.* Spiritual Beliefs and the Dying Process: A Report on a National Survey / conducted by Gallup International Institute for the Nathan Cummings Foundation and the Fetzer Institute. 1997.

⁴² *McNeill J. A., Sherwood G. D., Starck P. L., Thompson C. J.* Assessing Clinical Outcomes: Patient Satisfaction With Pain Management // *Journal of Pain and Symptom Management*. 1998. V. 16. P. 29–40.

⁴³ *Kaldjian L. C., Jekel J. F., Friedland G.* End-of-life decisions in HIV-positive patients: the role of spiritual beliefs // *AIDS*. 1998. V. 12. P. 103–107.

⁴⁴ *Harris R. C., Dew M. A., Lee A., Amaya M., Buches L., Reetz D., Coleman C.* The Role of Religion in Heart-Transplant Recipients' Long-Term Health and Well-Being // *Journal of Religion and Health*. 1995. V. 34(1). P. 17–32.

вый год после смерти своего ребенка было именно религиозным утешением (Дж.А. Кук, Д.В. Уимберли⁴⁵, Х. Джордж⁴⁶).

Часто потребность в Боге или в участии какой-то Высшей силы у человека возникает или усиливается в момент потери здоровья. Приводятся утверждения, что обращение человека к Богу и приход в Церковь в дальнейшем положительно сказываются на процессе его выздоровления и реабилитации (Х. Джордж⁴⁷). В некоторых работах рассматривается необходимость знания религиозной принадлежности пациентов стационаров, а также поддержания тесных контактов с их духовными пастырями в работе по преодолению суеверий и предрассудков пациентов, особенно в случаях необходимости проведения большим хирургических операций, (Т. МакНикол⁴⁸, Дж.В. Эхман и др.⁴⁹, К.И. Паргамент и др.⁵⁰).

Много литературы посвящено паллиативному уходу за больными в терминальной стадии - в том числе и ВИЧ-инфицированными - и широко применяемому в паллиативной медицине зарубежом психологическому консультированию - *counseling* (коунселинг), при котором пациенту объясняются все действия врача или медсестры, а также его права. Пациенту должен быть донесен смысл и объяснена польза лечения или ухода. Если болезнь неизлечима – об этом должно быть сказано пациенту определенным образом, в соответствии с отработанной методикой. Пациент должен быть максимально приободрен и утешен. И хотя часто это одни и те же самые слова для всех, но сказанные наедине они оказывают утешительное действие на человека («When the Fo-

⁴⁵*Cook J.A., Wimberly D.W.* If I Should Die Before I Wake: Religious Commitment and Adjustment to Death of a Child // *Journal of the Scientific Study of Religion*. 1983. V.22. P. 222–238.

⁴⁶*George H.* Spiritual Beliefs and the Dying Process: A Report on a National Survey / conducted by Gallup International Institute for the Nathan Cummings Foundation and the Fetzer Institute. 1997.

⁴⁷*Ibid.*

⁴⁸*McNichol T.* The new faith in medicine // *USA Today Weekend*. April 5–7, 1996. P. 4–5.

⁴⁹*Ehman J.W., Ott B.B., Short T.H., Ciampa R.C., Hansen-Flaschen J.* Do Patients Want Physicians to Inquire About Their Spiritual or Religious Beliefs If They Become Gravely Ill? // *Archives of Internal Medicine*. 1999. V.159. P.1803–1806.

⁵⁰*Pargament K. I., Smith B. W., Koenig H. G., Perez L.* Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors // *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1998. V. 37. P. 710–724.

cusisonCare.»⁵¹, Дж.Е. Броди⁵², Д.МакКаллоу⁵³, «AClinicalGuidetoSupportive&PalliativeCareforHIV/AIDS.»⁵⁴, В.Ф. Сендор⁵⁵).

Тема, касающаяся психологического консультирования, за последние годы интенсивно изучалась и разрабатывалась многими авторами, а результаты этих трудов вошли в соответствующие методички и руководства по консультированию. Примечательно то, что они составлены с учетом национальных особенностей и традиций страны, в которой предполагается их применение^{56,57,58,59,60}.

В России почти единственным профессиональным руководством и справочником для всех, кто трудится в области паллиативной медицины, в том числе по уходу за ВИЧ-инфицированными больными, являются публикации об опыте работы Службы милосердия под редакцией или за авторством О. Ю. Егоровой^{61,62,63,64} Главной сестры милосердия Сестричества во имя Благоверного Царевича Димитрия Московской епархии Русской Православной Церкви. Эти публикации, выдержавшие несколько изданий (2007-2015 гг.), и написаны в со-

⁵¹ When the Focus is on Care. Palliative Care and Cancer / Ed. Kathleen M. Foley. The American Cancer Society, 2005. 338 p.

⁵² Brody J. E. Guide to the Great Beyond: A practical primer to help you and your loved ones prepare medically, legally, and emotionally for the end of life. NY.: Random House, 2009. 287 p.

⁵³ McCullough D. My mother, your mother. Embracing "Slow Medicine", the Compassionate Approach to Caring for your Aging Loved Ones. NY.: Harper Collins Publishers, 2008. 263 p.

⁵⁴ A Clinical Guide to Supportive & Palliative Care for HIV/AIDS / The Health Resources and Services Administration (HRSA) of the United States Department of Health and Human Services. 2014. 643 p.

⁵⁵ Sendor V. F., O'Connor P. M. Hospice and Palliative Care: Questions and Answers. Lanham: Scarecrow Press, 1997.

⁵⁶ HIV Voluntary Counselling and testing (VCT). Guidelines for Pakistan / National Guidelines. 2005. 90 p.

⁵⁷ Counselling for HIV/AIDS: The National Guidelines / National AIDS Control Programme, Government of Pakistan and UNAIDS. 2001. 90 p.

⁵⁸ Mulenga K. C. Pastoral care of people living with HIV in Zambia // INERELA. Positive Faith In Action. Sept. 10, 2010. URL: <http://inerela.org/2010/09/pastoral-care-of-people-living-with-hiv-in-zambia-by-rev-kennedy-cholamulenga/> (дата обращения 10.02.2017).

⁵⁹ Guidelines for HIV counselling and testing. Ontario: March 2008. 40 p.

⁶⁰ HIV Counselling and Testing in Nova Scotia: Implications for Policy and Practice. A research report prepared for the Nova Scotia Advisory Commission on AIDS by members of the HIV Counselling and Testing Community Advisory Committee. Dalhousie University, 2010. 27 p.

⁶¹ Егорова О. Ю. Организация служб паллиативной помощи / Серия «Библиотека сестры милосердия».

М.: Свято-Димитриевское сестричество, 2007. 142 с.

⁶² Паллиативная помощь и уход: Медицинские, психологические и духовные аспекты при ВИЧ/СПИДе и прогрессирующих хронических заболеваниях. Опыт Русской Православной Церкви. М.: 2008. URL: http://old.diaconia.ru/metod_rekom/palliativ_pom_i_uhod_SPID.pdf (дата обращения 10.02.2017).

⁶³ Особенности организации паллиативной помощи силами сестер милосердия. М.: Свято-Димитриевское сестричество, 2012. 69 с.

⁶⁴ Пастырская и сестринская помощь ВИЧ-инфицированным людям: Пособие для священников, сестер милосердия и добровольцев / под ред. И. В. Карпова. М.: Лепта Книга, 2011. 240 с.

дружестве и в соавторстве с игуменом(ныне - епископом) Мефодием (Кондратьевым) и иереем Романом (Бацманом), настоятелем храма Живоначальной Троицы и Воскресения Христа при НИИ им. Склифосовского. Ценным источником информации о проблемах эмоционального характера ВИЧ-инфицированных и методах оказания таким больным психологической помощи в указанных сборниках являются разделы, написанные иереем Романом (Бацманом).

Упомянувшиеся вышеструды епископа Мефодия (Кондратьева), – на момент написания работ, игумена – в которых затрагиваются некоторые вопросы психологии больных вирусным иммунодефицитом, рассматриваются вопросы их духовного окормления и психологической поддержки, описывается практический опыт автора работы с такими пациентами, а также приводятся богословские рассуждения, обосновывающие необходимость помощи наркозависимым и ВИЧ-инфицированным (иг. Мефодий (Кондратьев), 2007 – 2015), являются самыми авторитетным источником информации в этих областях.

Во всех перечисленных работах прослеживается отличие методов паллиативной медицины на Западе, где основой является **правовая составляющая**, и в России, где главным является **христородажительное милосердие**.

Проведенный анализ литературы показал, что работ, посвященных изучению влияния духовного окормления на физическое и эмоциональное состояние ВИЧ-инфицированных больных, почти нет, они носят разрозненный характер, посвящены отдельным аспектам и недостаточно систематизированы, что обусловлено сложностью предмета изучения.

Исследование данной проблемы позволит выявить особенности эмоционального и духовного ресурса ВИЧ-инфицированных, которые помогают им адаптироваться к вирусоносительству, преодолевать жизненный кризис и мобилизоваться для борьбы с болезнью. Полученные результаты могут быть рекомендованы в дальнейшем для оптимизации работы священников и мирян в их трудах по духовному окормлению ВИЧ-инфицированных больных. Все изложенное, на наш взгляд, определяет актуальность избранной темы.

Цели и задачи исследования. Цель - изучить социальные, эмоциональные и духовные особенности ВИЧ-инфицированных больных в условиях стационара для обоснования необходимости оказания им духовной помощи.

Достижение этой цели включает решение следующих **задач**:

1. Изучение основных социальных, эмоциональных и духовных состояний ВИЧ-инфицированных больных, особенностей их жизненной установки и выявление этих особенностей у пациентов различных групп (пол, возраст, степень их воцерковленности);

2. Выделение групп больных, нуждающихся в особой духовной поддержке;

3. Изучение влияния воцерковленности больного на его эмоциональное и физическое состояние при лечении в условиях стационара;

4. Разработка рекомендаций для священников РПЦ по совершенствованию пастырской работы с ВИЧ-инфицированными пациентами стационаров в оказании духовной помощи и формированию положительной жизненной установки у больных, с целью улучшения качества их жизни.

Объект исследования: ВИЧ-инфицированные пациенты Клинической инфекционной больницы (ИКБ) №2 г.Москвы.

Предмет исследования: физический, эмоциональный и духовный ресурсы ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ №2 г.Москвы.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют библейско-богословский и социологический подход; труды святых отцов Церкви о грехах, болезнях и милосердии, различные книги и другие публикации отечественных и зарубежных исследователей, изучающие проблемы ВИЧ-инфицированных, а также вопросы духовного попечения тяжелобольных; социологические методы сбора информации, включающие экспресс-опрос, интервьюирование, наблюдение, анализ статистических данных ИКБ, использование данных Сестричества во имя благоверного царевича Димитрия по учету просьб пациентов о совершении церковных треб/Таинств.

Гипотеза исследования: пастырское окормление ВИЧ-инфицированных пациентов священниками Русской Православной Церкви пополняет духовные и психоэмоциональные ресурсы человека, оказывает положительное влияние на его физическое состояние благодаря мобилизации защитных сил организма в противостоянии инфекции, приводит к улучшению качества жизни и способствует развитию мотивации к созданию оптимистической жизненной установки.

Эмпирическая база исследования. Практическая часть диссертации проводилась в 2014-2015 годах в ИКБ №2 г. Москвы на базе отделения ВИЧ-инфекции, в свою очередь имеющего 3 лечебных отделений и 1 отделение интенсивной терапии. Диссертантом были проведены 5 социологических исследований, сгруппированных по методам исследования; а) включенное наблюдение; б) анкетирование медицинского и обслуживающего персонала ИКБ №2 (экспертный опрос – 31 респондент), в) индивидуальное глубинное интервью ВИЧ-инфицированных пациентов больницы (220 респондентов), г) экспресс-опрос пациентов (296 респондентов), д) анкетирование врачебного, обслуживающего персонала и администрации больницы, на предмет отношения к деятельности священников и службы милосердия в ВИЧ-отделении (32 респондента).

Включенное наблюдение. Задачи метода включенного наблюдения заключались в ежедневном неформальном визуальном фиксировании повседневной жизни пациентов лечебных отделений, с целью выявления наиболее существенных и значимых аспектов их проблем. Наблюдение осуществлялось автором данного исследования. Отчет по результатам включенного наблюдения носит описательный характер. Включенные наблюдения предшествовали стадии разработки вопросов анкеты для глубокого интервью больных, а полученные на его основании данные вместе с результатами экспертного опроса использовались в исследовании в качестве источника дополнительной и уточняющей информации.

Экспертный опрос (метод независимых характеристик). Задачи метода экспертного опроса - анкетирование медицинского и обслуживающего персона-

ла ИКБ №2 (31 респондент) – получить информацию о поведении пациентов, их предпочтениях, взаимоотношениях, жизненных и ценностных установках, о том, как откликаются пациенты на духовное попечение РПЦ от людей, которые по долгу службы, служения или профессии в разной степени «встроены» в систему больничного стационара и являются источниками независимой информации об объекте исследования.

Интервью. Задачи индивидуального глубокого (глубинного, углубленного) интервью ВИЧ-инфицированных пациентов больницы - получить «личную», охватывающую широкий спектр вопросов информацию от больного о нем самом, о проблемах волнующих его, о предметах и явлениях оказывающих влияние на его жизнь, в том числе духовного попечения РПЦ (220 респондентов). Задача потребовала создания специального опросника.

Экспресс-опрос пациентов ИКБ, по вопросу необходимости создания Центра реабилитации (296 респондентов).

Анкетирование лечащего, обслуживающего и административного персонала ИКБ на предмет выяснения мнения о необходимости работы в лечебных отделениях стационара священников и службы милосердия (32 респондента).

Математико-статистический метод исследования использовался в процессе обработки данных индивидуального глубокого интервью, экспертного опроса и анкетирования врачей и администрации ИКБ.

Научная новизна исследования:

- Впервые в условиях стационара были проведены исследования по изучению влияния пастырского окормления священниками Русской Православной Церкви ВИЧ-инфицированных пациентов на их физическое и эмоциональное состояние, для чего был проведен опрос пациентов по специально разработанному опроснику;

- Предпринята попытка изучения широкого комплекса социальных и эмоциональных состояний ВИЧ-инфицированных больных и выявить их особен-

ности у пациентов, в зависимости от их половой принадлежности, возраста и степени воцерковленности;

- Впервые проанализировано отношение медицинского и обслуживающего персонала стационара к пастырскому попечению пациентов священнослужителями и получено подтверждение о положительном влиянии его на физическое и эмоциональное состояние ВИЧ-инфицированных, а также дана положительная оценка социального служения священников, сестер милосердия и добровольных помощников;

- На основании проведенного анализа статистических данных Сестричества милосердия и архивных данных ИКБ была показана динамика роста степени доверия к Церкви пациентов стационара за исследуемый период (2014-2015 гг.), начиная от момента открытия православного храма на территории больницы;

- Эмпирически подтвердилось предположение о приходе в Церковь значительной части пациентов, в связи с постановкой им ВИЧ-диагноза и установлена зависимость степени воцерковленности от стадии заболевания;

- Изучено мнение пациентов стационара о необходимости создания на базе ИКБ Центра реабилитации, выявлены группы больных, заинтересованные в таком Центре.

Апробация результатов исследования. Основные идеи, материалы и результаты исследований были опубликованы и обсуждены в следующих статьях:

1. *Антоний (Кадышев), игум.* Русская Православная Церковь как лечебница человеческих душ в обстановке эпидемии ВИЧ/СПИДа / Круглый стол по религиозному образованию и диаконии // Информационный бюллетень ОВЦС МП. 2014, январь-февраль. С. 1–4.

2. *Симонова Г. М., Антоний (Кадышев) игум.* Влияние духовных факторов на физиологическое и эмоциональное состояние больных // Сборник материалов V Международной научно-практической конференции «Отечественная

наука в эпоху изменений: постулаты прошлого и теории нового времени». Екатеринбург, 2014. № 5. С. 60–64.

3. *Антоний (Кадышев), игум.* Значение труда службы милосердия, священников и добровольных помощников в уходе за ВИЧ-инфицированными больными в условиях стационара // Проблемы современной медицины: актуальные вопросы. Вып. II. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (10 ноября 2015 г.). Красноярск, 2015. С. 119–123.

4. *Антоний (Кадышев), игум.* Исследование путей заражения ВИЧ-инфекцией у пациентов стационара и выявление среди них групп наибольшего риска // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XVI международной научно-практической конференции (Россия, г. Новосибирск, 16–17.10.2015 г.). Новосибирск: Международный Научный Институт «Educatio», 2015. №9 (16). С. 56–60.

5. *Антоний (Кадышев), игум.* Организация практической работы по духовному окормлению пациентов ВИЧ-отделения Клинической инфекционной больницы №2 г. Москвы // Успехи современной науки. 2016. № 6. Т. 1. Белгород: «Эпицентр», 2016. С. 130–134.

6. *Антоний (Кадышев), игум.* Связь психофизического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ и их воцерковленности (по лечебным отделениям) // Тезисы Пятой Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии (Москва, 23-25 марта 2016 г.). М.: ЕЕСААС, 2016. С. 68–69.

7. *Антоний (Кадышев), игум.* Влияние духовного попечения на физическое и эмоциональное состояние ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ №2 / Успехи современной науки и образования. 2016. № 6. Т. 4. Белгород: «Эпицентр», 2016. С. 131–134.

8. *Антоний (Кадышев), игум.* Проблемы духовного попечения ВИЧ-инфицированных больных в условиях стационара // Научные перспективы XXI

века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XII международной научно-практической конференции (Россия, г. Новосибирск, 19–20.06.2015 г.). Новосибирск: Международный Научный Институт «Educatio», 2015. №5 (12). С. 32–35.

9. *Антоний (Кадышев), игум.* Опыт работы священников и патронажной службы сестричества милосердия в ВИЧ-отделении Клинической инфекционной больницы № 2 г. Москвы // *Успехи современной науки*. 2016. № 7. Т. 1. Белгород: «Эпицентр», 2016. С. 34–37.

и на конференциях:

- V Международная научно-практическая конференция: «Отечественная наука в эпоху изменений: постулаты прошлого и теории нового времени», г. Екатеринбург, 2014;

- XII и XVI Международная научно-практическая конференция: Научные перспективы XXI века. «Достижения и перспективы нового столетия», г. Новосибирск, 19-20.06.2015 г и 16-17.10.2015 г.

- Научно-практический семинар: «Паллиативная помощь и уход. Медицинские, психологические и духовные аспекты прогрессирующих хронических заболеваний», г. Архангельск, 31.10-02.11.2015;

- Научно-практический семинар «Медицинские, психологические и духовные аспекты прогрессирующих хронических заболеваний», г. Ханты-Мансийск, 25 -27.12.2015;

- Семинар Отдела по церковной благотворительности и социальному служению РПЦ МП, Москва, 12.2015;

- Международная научно-практическая конференция «Проблемы современной медицины: актуальные вопросы», ИЦРОН, г. Красноярск, 11.2015 г.;

- XXIV Международные Рождественские образовательные чтения, Москва, 25-27.01.2016;

- Alexey Kadyshev (heg. Antonius). Russian Orthodox Church as a Healer of human soul under circumstances of epidemics HIV/AIDS. The Report on the seminar "Issues with Overcoming Modern Vices and Organizing Care for the HIV Infected". Our Lady of Kazan Russian Orthodox Centre, Ottawa:, - University of Ottawa, 25.02.2016;

- Alexey Kadyshev (heg. Antonius). Studies of Issues with Pastoral Care of HIV/AIDS Positive Patients During their Hospitalization. The Report on the seminar "Issues with Overcoming Modern Vices and Organizing Care for the HIV Infected". Our Lady of Kazan Russian Orthodox Centre. Ottawa:, 26.02.2016;

- V Конференция по ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва (ЕЕСААС), 23-25.03. 2016 г.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Основным инструментом исследования влияния духовного окормления ВИЧ-инфицированных пациентов на их физическое и эмоциональное состояние священниками Русской Православной Церкви являются социологические методы исследования, главный из которых - индивидуальное глубинное интервью, в основу вопросов анкеты которого была заложена идея профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого (святитель Лука архиепископ Симферопольский и Крымский), рассматривавшего человека как единство и гармонию тела, души и духа.

Такой подход к исследованию обусловлен необходимостью максимально разносторонне учесть особенности социального, эмоционального и духовного состояния пациентов, их жизненные позиции и степень их воцерковленности.

2. На основании анализа данных включенного наблюдения и по результатам индивидуального глубинного интервью пациентов лечебных ВИЧ-отделений, проведенных лично автором, а также анализа опроса экспертного сообщества больницы, сотрудников и администрации ИКБ удалось выделить 8 групп пациентов. Каждая группа отличается спецификой условий жизни вне стационара, обстоятельствами и источниками заражения ВИЧ-инфекцией, проблемами эмоционального и духовного характера, а также степенью подверженности страс-

тям, отношением к вере и Церкви. Это две группы, обусловленные половыми различиями (женщины и мужчины); четыре группы - возрастными (19-29-летние, 30-39-летние, 40-49-летние и 50-59-летние), группа воцерковленных пациентов и группа «все в целом».

3. Результаты исследований показали, что пастырское окормление пациентов ВИЧ-отделений ИКБ священниками Русской Православной Церкви оказывает положительное влияние на их физическое и эмоциональное состояние, а также улучшает восприятие ими окружающего мира.

Это подтверждает тезис о Церкви, как о лечебнице человеческих душ, а также рабочую гипотезу исследования о том, что пастырское окормление ВИЧ-инфицированных пациентов священниками Русской Православной Церкви способствует пополнению внутренних и психоэмоциональных ресурсов человека, оказывает положительное влияние на его физическое состояние, благодаря мобилизации защитных сил организма в противостоянии инфекции, и способствует развитию мотивации к созданию оптимистической жизненной установки.

4. Использование в пастырской работе с ВИЧ-пациентами стационара полученных результатов исследования позволяет намного легче и быстрее установить контакт с ними и охватить пастырским попечением большее сообщество пациентов в каждом из лечебных отделений. Знание специфики каждой из выделенных особых групп пациентов, позволяет при работе с ними быстрее и точнее реагировать на возникающие у больных вопросы, а часто даже предугадывать их, что вызывает благожелательную ответную реакцию пациентов.

Результатом стало увеличение в 2015 г. количества окормляемых пациентов стационара в 2.5 раза по сравнению с 2014. При этом увеличилось как общее число пациентов, получающих пастырскую помощь, так и их число из тех возрастных групп, которые в 2014 году оставались в своем большинстве за пределами духовного попечения Церкви. Изменилось соотношение духовно окормляемых мужчин и женщин: в 2015 году их число почти сравнялось, при общем увеличении числа прихожан больничной церкви, по сравнению с 2014 годом.

Таким образом, можно говорить о том, что духовное попечение Русской Православной Церкви постепенно становится востребовано всеми группами пациентов ВИЧ-отделений стационара.

5. Пастырское попечение священниками Русской Православной Церкви, труд сестер милосердия и добровольцев, а также наличие храма в больнице признается необходимым или полезным большинством сотрудников лечебного и обслуживающего персонала и администрацией ИКБ.

Особую поддержку высказывают сотрудники, называющие главной трудностью в работе с ВИЧ-инфицированными пациентами психологический фактор, а также те, кто сам устает эмоционально. Таких в ИКБ оказалось более 80%. Одновременно высказывается пожелание о расширении пастырской деятельности Церкви в стационаре с охватом духовным попечением лечащего персонала, в связи с проблемами профессионального выгорания.

Практическая значимость работы. Результаты исследований могут быть использованы священниками Русской Православной Церкви в пастырской работе, как с ВИЧ-инфицированными больными, так и с другими тяжело или безнадежно больными хосписных отделений. Результаты данных исследований могут быть использованы в работе священников с больными, находящимися в состоянии эмоционального выгорания и безнадежности; а также с теми близкими пациентов, которые долгие месяцы вынуждены ухаживать за ними.

Результаты исследований диссертанта могут использоваться в учебном процессе: в подготовке курсов лекций и спецкурсов по подготовке священников, сестер милосердия и мирян-добровольцев, призванных или изъявивших желание и милосердие ухаживать за безнадежными больными; в проведении информационных семинаров для сотрудников медицинских учреждений.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, словаря использованных в работе терминов. Она изложена на 372 страницах машинописного текста, включает 18 рисунков (графики и диаграммы), 1 таблицу, содержит 13 приложений, список использован-

ной в работе литературы из 119 наименований, из которых 36 на английском языке.

**1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ДУХОВНЫХ
ФАКТОРОВ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И РОЛЬ ЦЕРКВИ В УСЛОВИЯХ
ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИД**

1.1 Библейско-богословское обоснование работы

1.1.1 Поврежденность человеческой природы в результате грехопадения

Библейское откровение повествует, что Бог не только сотворил человека, но наделил его такими качествами, которые соответствуют Его образу и подобию: «И сказал Бог: сотворим человека по образу Нашему и по подобию Нашему»⁶⁵. Даже одного этого достаточно, чтобы утверждать, что человеческая природа обладает неотъемлемым достоинством. Достоинство человека – это соответствие его своему предназначению, то есть соответствие Промыслу Божию о себе^{66,67}. В Божественной щедрости даров проявилась, по словам святителя Григория Богослова, стремление «показать и одинаковое нашей природы, и богатство благодати Своей»⁶⁸. Достоинство человеческой природы не было утрачено и после грехопадения. Ценность человека подтвердилась воплощением Сына Божия – Иисуса Христа, Который, обладая божественной сущностью, воспринял человеческую природу, во всем подобную нам кроме греха⁶⁹. Подтверждение этому можно многократно встретить в божественных текстах православной Церкви, например: «Образ есмь неизреченныя Твоя славы, аще и язвы ношу прегрешений...» и другие места тропарей панихиды. Именно восприятие Иисусом Христом человеческой природы кроме греха⁷⁰ приводит к пониманию, что грех не является достоинством, что он есть искажение человеческой природы в результате грехопадения⁷¹.

⁶⁵ Быт. 1.26.

⁶⁶ Макарий (Маркиш), иером. Псевдоправославие: Вопросы и ответы. М.: Никея, 2010. 184 с.

⁶⁷ Шмалый В., свящ. Доктринальные основания и практический опыт работы в области ВИЧ/СПИДа и взгляд христианских конфессий на проблемы ВИЧ/СПИДа (пленарный доклад) // Взаимодействие религиозных общин России в области ВИЧ/СПИДа: материалы межрелигиозной конференции 18–19 ноября 2008 г., Москва. М., 2009. С. 43–50.

⁶⁸ Григорий Богослов, свт. Собрание творений. В 2-х томах / Святитель Григорий Богослов, архиепископ Константинопольский. Репринт. изд. Т. 1. М.: Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 1994. С. 221.

⁶⁹ Концепция Русской Православной Церкви ... С. 110.

⁷⁰ Евр. 4.15.

⁷¹ Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека / Архиерейский собор Русской Православной Церкви 26 июня 2008 года. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/428616.html> (дата обращения 28.12.2016).

В православной традиции понятие «достоинство» имеет прежде всего нравственный смысл, а человек, изначально нося в себе образ Божий, должен осознавать, что это не его личная заслуга, а дар Божий. При этом каждый несет ответственность за сохранность этого дара, а не оправдывать свои пороки и слабости. Заложенный в человеческой природе образ Божий обязывает человека к уподоблению Богу в праведности и святости. Стяжание человеком подобия Божия называется обожением, и, по учению Церкви, в этом есть высшее предназначение каждого человека⁷². По словам святого Иоанна Дамаскина, наша жизнь состоит в «уподоблении Богу в добродетели, насколько оно возможно для человека»⁷³.

Совершив грехопадение, человек произвел разрыв с Богом, опустился ниже своей природы, и присущее ему первозданное богоподобие повредилось. При этом утратилось наше личное достоинство, а изначальная богозданная природа человека в результате грехопадения подверглась искажению, последствия которого сказались на всем людском роде^{74,75}.

В своей книге «Православие» митрополит Волоколамский Иларион (Алфеев), разъясняя, каким образом грех первых людей передался человеческому роду, ссылается на Максима Исповедника, который «вводит понятие двойного греха: первым грехом было собственно преступление Адама, а вторым – те последствия, которые этот грех имел для человеческого естества. ...Первый грех, то есть добровольное отпадение от блага ко злу, достоин порицания, а второй есть «не могущее вызвать порицания изменение естества из нетления в тление»^{76,77}. Вследствие этого грех распространился на весь человеческий род, а греховность, тленность и смертность достались в наследство всем потомкам Адама.

⁷² Концепция Русской Православной Церкви ... С. 110.

⁷³ Иоанн Дамаскин, прп. Точное изложение православной веры. М., 1992. Кн. 2. Гл. XII, о человеке. Ростов н/Д : Братство свт. Алексия : Приазовский край, 1992. С. 151.

⁷⁴ Макарий (Маркиш), иером. Псевдоправославие ... 184 с.

⁷⁵ Шмалий В., свящ. Доктринальные основания и практический опыт работы ... С. 43–50.

⁷⁶ Максим Исповедник, преп. Творения. Книга 2. Вопросы к Фалассию / Пер. А. И. Сидорова. М. : 1994. С. 129.

⁷⁷ Иларион (Алфеев), архиеп. Православие. Т. 1. Каноническое устройство и вероучение Православной Церкви. - М.: Издательство Сретенского монастыря, 2009. С. 529.

Произошедшие изменения затронули все состояние человеческой природы: **разумную, чувственную и телесную**. «Посему, как одним человеком грех вошел в мир, и грехом смерть, так и смерть перешла во всех человеков, потому что в нем все согрешили»⁷⁸.

После грехопадения телочеловека (**телесная составляющая**) стало материальным, тленным и смертным. Как результат действия греха возникли болезни, сопутствующие человеческому существованию от рождения до смерти^{79,80,81,82,83}. По мысли митрополита Илариона (Алфеева), высказанной в книге «Православие»⁸⁴, с опорой на мнение преподобных Варсонофия и Иоанна Газских⁸⁵, болезнь находится между грехом и смертью. При этом, болезнь может быть как прямым следствием греха (от нерадения, нечистоты и беспорядочности)⁸⁶, так и посылаться Богом в наказание за грех – «для пользы нашей, чтобы мы покаялись»⁸⁷. Болезни могут происходить в одних случаях от физиологических причин, в других – «от демонов». Наконец, «бывает болезнь и к испытанию, а испытание (ведет) к искусству»⁸⁸. В болезнях проявляется власть смерти над человеком: «Однако же смерть царствовала от Адама до Моисея и над несогрешившими подобно преступлению Адама, который есть образ будущего»⁸⁹.

В результате грехопадения изменилась **душевная составляющая** человека: душа поработилась телу, и все свойства и способности ее стали помраченными и больными. Естественное для души стремление к Богу заместилось постыдной похотью; ревность по Богу - ревностью и завистью людей друг к другу;

⁷⁸ Рим. 5.12.

⁷⁹ Быт. 2.17, 3.16–19.

⁸⁰ Рим. 5.12, 6.16, 8.6.

⁸¹ 1Кор. 15.56.

⁸² Евр. 2.14–15.

⁸³ Иак. 1.15

⁸⁴ *Иларион (Алфеев), архиеп.* Православие. Т. 1. ... С. 529.

⁸⁵ Преподобных отцов Варсонофия и Иоанна руководство к духовной жизни в ответах на вопросы учеников. М. : Сибирская Благовонница, 2013. С.

⁸⁶ Там же. С. 195.

⁸⁷ Там же. С. 194–195.

⁸⁸ Там же. С. 229.

⁸⁹ Рим.5.14

способность гневаться на диавола - гневом на ближнего по всякому поводу⁹⁰. То есть, грех вносит разрыв не только в отношения между Богом и человеком. Он же является причиной разрыва в межчеловеческих отношениях, вызывая все больше отчуждения между людьми, соперничество, вражду и злобу. Жизнь во грехе приносит разрушение не только человеку, но также наносит вред другим людям и окружающему миру. Грех разрушает иерархию ценностей: вместо того, чтобы дух властвовал над плотью, во грехе дух покоряется ей⁹¹.

В результате грехопадения произошло помрачение ума человека (**умственная составляющая**). Ум падшего человека утратил способность удерживать и концентрировать память о Боге, устремившись к предметам внешнего мира. Чем более человек погружается в их познание, тем более тускнеет его знание о Боге. Его ум больше не способен сосредоточиться на молитве и мистических переживаниях. Он рассеивается в разнообразных помыслах и образах⁹².

В своей книге «Православие» митрополит Иларион (Алфеев), говоря о разрушении умственной составляющей человека в результате грехопадения, приводит сведения из учений великих святых отцов: «Утратив первоначальную цельность, ум как бы разделился на две части, одну из которых святой Антоний Великий называет **«общим мирским умом»**, направленным как на добро, так и на зло, изменчивым и склонным к вещественному, другую – **«боголюбивым умом»**⁹³, борющимся со злом. Святитель Григорий Богослов говорит о сосуществовании в одном человеке двух умов: «Во мне два ума: один добрый, и он следует всему прекрасному, а другой худший, и он следует злomu; один ум идет к свету и готов покоряться Христу, а другой – ум плоти и крови, влечется во мрак и согласен отдаваться в плен велиару»⁹⁴. О том же говорит Макарий Египет-

⁹⁰Иларион (Алфеев), архиеп. Православие. Т. 1. ... С. 531.

⁹¹ Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека / Архиерейский собор Русской Православной Церкви 26 июня 2008 года. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/428616.html> (дата обращения 28.12.2016).

⁹²Иларион (Алфеев), архиеп. Православие. Т. 1. ... С. 531.

⁹³ Антоний Великий, прп. Наставления о доброй нравственности и святости жизни, в 170-ти главах // Добротолюбие. Т. 1, изд. 3. М.: Типография И. Ефимова, 1882. С. 64.

⁹⁴Григорий Богослов, свт. Плач о страдании души своей / Творения иже во святых отца нашего Григорий Богослов, архиепископа Константинопольского. В 2 т. Т. 2, СПб, Изд. П. П. Сойкина, 1912. С. 68.

ский: «Ум от ума отличен... Есть ум, обращающийся и текущий к небу и ступающий путем чистых своих помышлений и достигающий на нем стезей и троп, угото-ванных святым на небесах. И есть другой ум, ползущий по земле и пресмы-кающийся на путях плоти. Есть ум плотский, и есть ум духовный, и духовный ум от плотского отличен»^{95,96}.

По учению Церкви, грехопадение человека повлекло за собой изменения во всём сотворенном Богом мире. Из учения апостола Павла, положенного в основу этого понимания, «тварь покорилась не добровольно, но по воле покорившего (ее), - в надежде, что и сама тварь освобождена будет от рабства тлению в свободу славы детей Божиих. Ибо знаем, что тварь совокупно стенает и мучится донныне; и не только она, но и мы сами, имея начаток Духа, и мы в себе стенаем, ожидая усыновления, искупления тела нашего»⁹⁷. То есть, вся тварь обретет нетление только с обретением нетления человека.

1.1.2 Искупительная миссия Христа в разрешении человека от греха, болезней и смерти

Человек был создан Богом не для смерти («Бог не сотворил смерти»⁹⁸; «Ибо Я не хочу смерти умирающего, говорит Господь Бог; но обратитесь – и живите»⁹⁹), и хотя он сотворен смертным, однако призван к вечной жизни. Достижение же ее возможно только при условии единения с Богом, и Он предоставил человеку такую возможность, послав к людям Своего едиnorodного Сына, чтобы исправить поврежденное грехом человеческое естество. Это совершено было Богом без всякой просьбы людей, а только по великой любви и снисхождению к ним.

По словам святителя Афанасия Александрийского, на которого ссылается митрополит Волоколамский Иларион (Алфеев) в книге «Православие», причи-

⁹⁵ Макарий Египетский, *прп.* Новые духовные беседы. Беседа 4 / Пер. с греческого А. И. Сидорова. М. : Издательство СП "Интербук", 1990. С. 25.

⁹⁶ Иларион (Алфеев), *архиеп.* Православие. Т.1. ... С. 532.

⁹⁷ Рим. 8.20–23

⁹⁸ Сир. 1.13.

⁹⁹ Иез. 18.32.

ной Боговоплощения послужило помрачение образа Божия в падшем человеке. Образ сравнивается с испорченным изображением на доске, для восстановления которого требуется не уничтожения доски, а написания нового лика, убрав предварительно с доски наслоение грязи. Это и совершил Сын Божий, пришедший, «чтобы обновить человека, созданного по образу Своему»^{100,101}.

Грех, наказанием за который стала смерть, после грехопадения первых людей прочно вошел в жизнь человека. Но наказание смертью за грехи стало также и благодеянием, и милосердием Божиим, так как она – смерть - преграждала путь к распространению греха. Несмотря на вразумление Божие в течение долгих веков, грех продолжал переходить из поколения в поколение. По словам Блаженного Августина «невозможность не грешить» есть характеристика зараженного грехами человеческой воли¹⁰². «Во множестве наших дел – хороших и дурных – мы не начинаем, а продолжаем жизнь рода с ее многовековыми, причинными рядами. Наследственность греха, удостоверяемая повседневным опытом, признается и христианским учением о грехе первородном»¹⁰³.

Согласно учению Церкви, для освобождения человека от первородного греха и от смерти, как его порождения, Сам Бог пришел на землю, воплотившись в человека, представ новым Адамом: «Посему, как преступлением одного всем человекам осуждение, так правдою одного всем человекам оправдание в жизни»¹⁰⁴. Христос побеждает грех и дает спасение от смерти: «Не здоровые имеют нужду во враче, но больные, пойдите, научитесь, что значит: милости хочу, а не жертвы? Ибо Я пришел призвать не праведников, но грешников к покаянию»¹⁰⁵. Сделавшись за нас «грехом» («Ибо не знавшего греха Он сделал для

¹⁰⁰ *Афанасий Великий, свт.* Слово о воплощении Бога - Слова, и о пришествии Его к нам во плоти / Творения иже во святых отца нашего Афанасия Великого архиепископа Александрийского. Т. 1, изд. Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1902. С. 208.

¹⁰¹ *Иларион (Алфеев), архиеп.* Православие. Т. 1. ... С. 540.

¹⁰² *Блаженный Августин.* Энхиридион к Лаврентию, или о вере, надежде и любви. М.: Сибирская Благозвонница, 2017. С. 95.

¹⁰³ *Трубецкой Е. Н.* Смысл жизни. Берлин: «Слово», 1922. С. 184–185. URL: http://www.odinblago.ru/trubeckoi_smisl/ (дата обращения 20.12.2016).

¹⁰⁴ Мф. 5.18.

¹⁰⁵ Мф. 9.12–13.

нас жертвою за грех, чтобы мы в Нем сделались праведными перед Богом»¹⁰⁶) и «проклятием», Христос «искупил нас от клятвы закона» («Христос искупил нас от клятвы закона, сделавшись за нас клятвою, ибо написано: проклят всяк, висящий на древе»¹⁰⁷).

Боговоплощение стало поворотным пунктом в судьбе человечества, а по своему значению оно, как считает Григорий Богослов, которого цитирует митрополит Волоколамский Иларион (Алфеев) в книге «Православие», даже превосходит сотворение человека: «Ибо поистине для нашего освобождения послужил Он плоти, рождению, немощам нашим и всему, чем спас содержимых под грехом. А что может быть больше для смиренного человеческого естества, чем соединиться с Богом и через такое смешение стать Богом и быть настолько посещенным Востоком свыше (Лк. 1:78), чтобы и рождаемое Святое нареклось Сыном Всевышнего (Лк.1:35) и даровано было Ему имя выше всякого имени.и чтобы всякое колено преклонилось Истоцившему Себя за нас и образ Божий растворившему с образом раба (Флп. 2:9-10)?»¹⁰⁸. При этом, в момент Боговоплощения в Боге не произошло никакой перемены. Кардинальные изменения произошли в естестве и судьбе человека, которые заключаются в том, что теперь мы знаем путь спасения, по словам Григория Богослова, который Он показал нам: «...чтобы ты... научился... совосходить с Божеством, а не останавливался на видимых предметах, и чтобы знал, какое выражение относится к природе, а какое – к домостроительству»^{109,110}. Это есть путь обожения.

Для исправления греховной человеческой природы и восстановления достоинства (обожение)решающее значение имеет покаяние, осознание своего греха и желание изменить свою жизнь, свидетельствовать перед Церковью и Богом о своем недостоинстве. Очищение от греха, избавление от болезней, стра-

¹⁰⁶ 2Кор. 5.21.

¹⁰⁷ Гал. 3.13.

¹⁰⁸ Григорий Богослов, свт. Творения. В 2 т. Т. 1. Слово 30. СПб, Изд. П. П. Сойкина, 1912. С. 430.

¹⁰⁹ Григорий Богослов, свт. Творения. В 2 т. Т. 1. Слово 29. ... С. 426.

¹¹⁰ Иларион (Алфеев), архиеп. Православие. Т. 1. ... С. 543.

даний и смерти есть победа Христа над «князем мира сего», который и является источником, держателем смерти^{111,112,113}.

По словам Григория Богослова (митр. Волоколамский Иларион (Алфеев), «Православие»), «обожение человека происходит в Церкви благодаря его участию в Таинствах Крещения и Евхаристии. В Крещении человек возраждается и воссоздается благодаря обоживающему действию Святого Духа: «...(Дух) обоживает меня в крещении... От Духа – наше возрождение, от возрождения – воссоздание... Дух делает человека храмом, богом, совершенным, поэтому Он и предваряет крещение, и взыскуется после крещения»¹¹⁴. В Евхаристии же «мы причащаемся Христа, Его страданий и Его Божества»¹¹⁵. Если Крещение очищает человека от первородного греха, то Евхаристия делает его причастным искупительному подвигу Христа»¹¹⁶.

Смерть и болезни не исчезли после пришествия Спасителя мира, но сила Божия уже действует, предвозвещая конец злу. Покаяние не унижает человека, но преобразует его для духовной работы над собой, для сохранения чистоты богоданного достоинства и возрастания в нем^{117,118}. Происходящие чудеса исцеления предвосхищают нам будущее состояние совершенства, которое обретается в Царствии Божиим. Смерть и воскресение Господа Иисуса Христа открывают нам путь и вселяют надежду на победу над грехом и обретение вечного спасения от смерти¹¹⁹.

1.1.3 Болезнь и ее причины в свете библейско-богословских

¹¹¹ Ин. 12.31.

¹¹² Евр. 2.14.

¹¹³ Откр. 7.13.

¹¹⁴ Григорий Богослов, свт. Творения. В 2 т. Т. 1. Слово 31. СПб, Изд. П. П. Сойкиной, 1912. С. 459-460.

¹¹⁵ Григорий Богослов, свт. Творения : В 2 т. Т. 1. Слова. Прил.: Свящ. Н. Виноградов. Догматическое учение св. Григория Богослова. М. : Сибирская Благовонница, 2007. С. 76.

¹¹⁶ Иларион (Алфеев), архиеп. Православие. Т. 1. ... С. 645-636.

¹¹⁷ Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека / Архиерейский собор Русской Православной Церкви 26 июня 2008 года. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/428616.html> (дата обращения 28.12.2016).

¹¹⁸ Шмалый В., свящ.. Доктринальные основания и практический опыт работы ... С. 43–50.

¹¹⁹ Концепция Русской Православной Церкви ... С. 111

представлений

Человек состоит из материального тела и духовной бессмертной души¹²⁰. Ни в Ветхом, ни в Новом Завете плоть никогда не рассматривалась как нечто низкое. Плоть человеческая была создана самим Богом: «Вспомни, что Ты, как глину, обделал меня,... кожей и плотью одел меня, костями и жилами скрепил меня»¹²¹, «Ты устроил внутренности мои, и соткал меня во чреве матери моей. Славлю Тебя, потому что я дивно устроен»¹²². Плоть была воспринята Сыном Божиим: «Слово стало плотью»¹²³. Достоинство плоти превозносится апостолом Павлом: «Как дети причастны плоти и крови, то и Он также восприял оные, дабы смертью лишить силы имеющего державу смерти, то есть диавола»¹²⁴. В молитве ко Святому Причащению святителя Василия Великого в обращении к Иисусу Христу говорится: «Безначального Отца соприисносущий Сыне и собезначальный, премногия ради благодати в плоть оболкийся...». Также и в благодарственной молитве Симеона Метафраста встречаем: «Дай мне пищу плоть Твою волею...».

В Библии различаются понятия тела и плоти. Тело не только является совокупностью плоти, крови и костей, но выражает личность в ее главных составляющих¹²⁵. Полноценным состоянием личности является совокупность тела и души. Душа – символ жизни, но источник ее – Бог¹²⁶. Душа и тело не совершенны одна без другого. Если организм (тело) поражается болезнью, то и душа не будет пребывать в свободном выборе. Органическая связь между душой и телом разрывается только смертью, а власть смерти над человеком начинается уже через болезнь¹²⁷.

¹²⁰Константин (Горянов), еп. Медицина в Библии. 2011.URL: <http://www.wmos.ru/blog/bible/1538.php> (дата обращения 11.12.2016).

¹²¹Иов. 10.9, 10.11.

¹²²Пс. 138.13–14.

¹²³Ин. 1.4.

¹²⁴Евр. 2.4.

¹²⁵Константин (Горянов), еп. Медицина в Библии. 2011.URL: <http://www.wmos.ru/blog/bible/1538.php> (дата обращения 11.12.2016).

¹²⁶Быт. 2.7.

¹²⁷Константин (Горянов), еп. Медицина в Библии. 2011.URL: <http://www.wmos.ru/blog/bible/1538.php> (дата обращения 11.12.2016).

В библейские времена любая болезнь рассматривалась как наказание Божие за грехи: «Или он вразумляется болезнию на ложе своем и жестокою болью во всех костях своих»¹²⁸, «Он будет смотреть на людей и говорить: «Грешил я и превращал правду, и не воздано мне»¹²⁹. Поэтому при виде слепорожденного, вопрос учеников к Иисусу Христу был: «Равви! Кто согрешил, он или родители его, что родился слепым?»¹³⁰. Однако в Библии упоминаются и другие причины болезни. Болезнь могла возникнуть по Божию попущению через действие нечистой силы: «Отошел сатана от лица Господня и поразил Иова проказою лютой от подошвы ноги его по самое темя его»¹³¹; болезнь могла возникнуть по причине человеческих страстей: «Глупца убивает гневливость, и несмысленного губит раздражительность»¹³², «Кроткое сердце – жизнь для тела, а зависть – гниль для костей»¹³³. В качестве причины указываются болезни пресыщения: «Сын мой! В продолжение своей жизни испытывай свою душу, и наблюдай, что для нее вредно, и не давай ей этого... Не пресыщайся всякою сластью, и не бросайся на разные снеди, ибо от многоядения бывает болезнь, и пресыщение доводит до холеры; от пресыщения многие умирали, а воздержанный прибавит себе жизни»¹³⁴. Но в конечном счете все равно считалось, что все болезни ниспосланы Богом за грехи.

В Новом Завете уже появляются предостережение от недостойного участия в Евхаристии. Апостол Павел учит: «Ибо, кто ест и пьёт недостойно, тот естипьёт осуждение себе, не рассуждая о Телес Господнем. От того многие из вас немощны и больны и немало умирает»¹³⁵.

Называя болезнь следствием грехопадения, Церковь не уточняет роль в ней **первородного греха**. По мысли доктора богословия протоиерея Ливерия Воронова (1914-1955 гг.) первородный грех имеет отношение не напрямую к за-

¹²⁸ Иов. 33.19.

¹²⁹ Иов. 33.27.

¹³⁰ Ин. 9.2.

¹³¹ Иов. 2.7.

¹³² Иов. 5.2.

¹³³ Сир. 14.30.

¹³⁴ Сир. 37.30–34.

¹³⁵ I Кор. 11, 29–30.

болеванием, а «проявляет себя как всеобщая склонность людей к греховным поступкам»¹³⁶. Описывая это состояние, апостол Павел говорит: «Не понимаю, что делаю; потому что не то делаю, что хочу, а что ненавижу, то делаю. Доброго, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, делаю... по внутреннему человеку нахожу удовольствие в законе Божиим; но в членах моих вижу иной закон, противоборствующий закону ума моего и делающий меня пленником закона греховного, находящегося в членах моих»¹³⁷. Активизируя свою склонность к плохим поступкам или поработав свою свободную волю злым устремлениям, человек попадает в рабство греху. Такой человек становится уже причастным к болезни. «Причина болезни – грех, своя собственная воля, а не какая-либо необходимость»¹³⁸, – учил преподобный Ефрем Сирин. Таким образом, становится понятно, что сам человек является виновником своих страданий.

Однако болезнь и страдания имеют не только негативное значение, но могут стать поводом взглянуть пристально на свои грехи: «Если плоть благоденствует, то обычно приумножается сила греха. А поэтому ясно, что когда плоть страдает, добродетели, естественно, присуще возрастать. И мы должны мужественно переносить страдание плоти, поскольку оно очищает скверну души и обеспечивает будущую славу. Ибо «нынешние временные страдания ничего не стоят в сравнении с той славой, которая откроется в нас»^{139,140}. Мольба об исцелении сопровождается признанием в грехах в псалмах: «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»¹⁴¹. Болезнь напоминает о смертности человека, но смерть для христианина –

¹³⁶ *Воронов Л., прот.* Догматическое богословие : учебник для духовных учебных заведений. М.: Издательский дом Московского Патриархата «Хроника», 1994. С. 30.

¹³⁷ Рим. 7, 15; 19, 22–23.

¹³⁸ *Ефрем Сирин.* Слово 149. На слова из книги пророка Ионы: «восстани и иди в Ниневию» // Творения иже во святых отца нашего Ефрема Сирина. Ч. 5, изд. 5. Сергиев Посад, 1912. С. 57.

¹³⁹ Рим. 8.18.

¹⁴⁰ *Максим Исповедник, прп.* Десять глав о добродетели и пороке // Творения преп. Максима Исповедника / Пер., вступл. и комм. А. Сидорова. М.: «Мартис», 1993. Кн. I. С. 261–262.

¹⁴¹ Пс. 37.4–6.

это еще и упование на соединение с Богом. Основанием для этого является пасхальная вера в воскресшего из мертвых Христа, Победителя смерти^{142,143}.

В православии болезнь и страдания не рассматриваются как наказание за грехи. Уже Сам Иисус Христос на вопрос Своих учеников, кто повинен по грехам в недуге слепорожденного, отвечает: «Не согрешил ни он, ни родители его, но это для того, чтобы на нем явились дела Божии»¹⁴⁴. Страдания являются следствием греховности и попускаются Богом. Однако для достижения спасения они не обязательны, так как грех изглаживается только покаянием и следованием заповедям Божиим^{145,146,147}. Святые отцы не считают возможным обосновывать появление болезни у человека тем или иным грехом. Преподобный Марк Подвижник отмечает: «Не думай, что всякая скорбь находит на людей за грехи»¹⁴⁸. Об этом же пишет и святитель Иоанн Златоуст: «Есть много людей неразумных, которые из несчастий другого обыкновенно выводят дурное заключение о его жизни. Так было и с Иовом. Не зная за ним ничего худого, говорили ему: по грехом твоим ты еще мало наказан»¹⁴⁹. Этому же придерживается и святитель Филарет Московский: «Кто может измерить глубину, исследовать путь Божиих судеб? Кто решится каждого больного признать осужденным и всякую болезнь вывеской виновности?»^{150,151,152}.

¹⁴²Концепция Русской Православной Церкви ... С.112.

¹⁴³Константин (Горянов), еп. Медицина в Библии. 2011. URL: <http://www.wmos.ru/blog/bible/1538.php> (дата обращения 11.12.2016).

¹⁴⁴Ин. 9.3.

¹⁴⁵Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека / Архиерейский собор Русской Православной Церкви 26 июня 2008 года. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/428616.html> (дата обращения 28.12.2016). 158 с.

¹⁴⁶Концепция Русской Православной Церкви ... С. 112.

¹⁴⁷Константин (Горянов), еп. Медицина в Библии. 2011. URL: <http://www.wmos.ru/blog/bible/1538.php> (дата обращения 11.12.2016).

¹⁴⁸Марк Подвижник, прп. Слово первое. О законе духовном, 200 глав. Гл. 174. URL: <http://lib.pravmir.ru/library/readbook/621> (дата обращения 11.12.2016).

¹⁴⁹Иоанн Златоуст, свт. Беседа 5 на Пс. 7.7 // Творения святого отца нашего Иоанна Златоуста, архиепископа Константинопольского, в русском переводе. СПб.: Санкт-Петербургская Духовная Академия, 1899. Т. 5. Кн. 1–2. Беседы на Псалмы. М.: Златоуст, 1995. С. 73.

¹⁵⁰Концепция Русской Православной Церкви ... С. 112.

¹⁵¹Константин (Горянов), еп. Медицина в Библии. 2011. URL: <http://www.wmos.ru/blog/bible/1538.php> (дата обращения 11.12.2016).

¹⁵²Филарет Московский, свт. Слово пред благодарственные молебствием за прекращение губительной болезни // Творения. Слова и речи. Т. 5. Репринт. изд. 1882 г. М.: Новоспасский монастырь, 2007. С. 539.

Промысл Творца непостижим, в связи с чем святые отцы, рассуждая о причинах страданий человека, старались высказываться обобщенно. По мысли преподобного Макария Оптинского: «Промысл Божий нам непостижим, почему попускает тебе быть больным; конечно, или к наказанию, или к испытанию, а может быть и предупреждению от каких-либо грехопадений и удержанию в границе смирения»¹⁵³.

1.1.4 Врачевательство и милосердие как деятельное проявление христианской любви к ближнему

Врачевательное служение Иисуса Христа во время Своего земного пребывания было воспринято апостолами и как его завет, наряду с Его учением. Поэтому и в те времена, и во все последующие исцеление больных рассматривалось Церковью как долг милосердия. К числу достоинств и даров от Бога причисляется и «дар исцеления»¹⁵⁴. Ради исцеления болящих в Церкви осуществляют помазание елеем во имя Господне, по апостольскому примеру, а также совершаются ежедневные соборные молитвы о даровании здоровья и спасения^{155,156,157}. Значение болезни со времен пришествия Иисуса Христа на землю видится не в том, что при определенных усилиях ее можно истребить, а в том, что Божественная сила, которая это зло победит, уже действует на земле. Дар врачевания, в свою очередь, превозносился с благоговением: «Почитай врача честью по надобности в нем; ибо Господь создал его, и от Вышнего врачевание, и от царя получает он дар... Господь создал из земли врачевства, и благоразумный человек не будет пренебрегать ими... Для того Он и дал людям знание, чтобы прослав-

¹⁵³ *Макарий Оптинский, прп.* Собрание писем блаженной памяти Оптинского старца иеросхимонаха Макария. Репринтное издание. СПб.: Изд. Л. С. Яковлевой, 1993. С. 679.

¹⁵⁴ 1Кор. 12.9.

¹⁵⁵ Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека / Архиерейский собор Русской Православной Церкви 26 июня 2008 года. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/428616.html> (дата обращения 28.12.2016).

¹⁵⁶ Концепция Русской Православной Церкви ... С. 112.

¹⁵⁷ *Константин (Горянов), еп.* Медицина в Библии. 2011. URL: <http://www.wmos.ru/blog/bible/1538.php> (дата обращения 11.12.2016).

ляли Его в чудных делах Его: ими он врачует человека и уничтожает болезнь его... Сын мой! В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя. Оставь греховную жизнь, и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце... И дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен. В иное время и в их руках бывает успех. Ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни»¹⁵⁸.

Поскольку болезнь является повреждением человеческого естества, то исполнением замысла Божиим о человеке, замысла, освященного во всей полноте, является исцеление от недуга. Об этом пишет апостол Павел¹⁵⁹, это подтверждается и в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви: «Тело, свободное от порабощения греховными страстями и их следствию – болезнями, должно служить душе, а душевные силы и способности, преображаясь благодатью Святого Духа, устремляться к конечной цели и предназначению человека – обожению. Всякое истинное врачевание призвано стать причастным этому чуду исцеления, совершаемому в Церкви Христовой»¹⁶⁰.

По слову Григория Богослова (из книги митр. Волоколамского Илариона (Алфеева) «Православие»), один из путей к обожению лежит через активное добродетельное: «Показывай свою деятельность не в том, чтобы делать зло, но в том, чтобы делать добро, если хочешь быть богом». Благотворительность есть уподобление Богу: будучи щедрым и милосердным, начальник может стать богом для подначальных, богатый – для бедных, здоровый – для больных: «В человеке самое божественное – то, что он может делать добро... Не упускай случай к обожению»^{161,162}. Всё Евангелие пронизано призывами к деятельному состраданию и проявлению любви. Это должно выражаться в делах милосердия, в духовной и материальной поддержке недугующих^{163,164,165,166}. Христианская лю-

¹⁵⁸ Сир. 38.1–2, 4, 6, 9–10, 12–14.

¹⁵⁹ 1Фес. 5.23.

¹⁶⁰ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. ... 158 с.

¹⁶¹ Григорий Богослов, свт. Творения. В 2 т. Т. 1. Слово 17. СПб, Изд. П. П. Сойкина, 1912. С. 258-260.

¹⁶² Иларион (Алфеев), архиеп. Православие. Т. 1. ... С. 636-637.

¹⁶³ Егорова О. Ю. Организация служб паллиативной помощи ... 69 с.

бовь и сострадание к болящему, немощному и отторгнутому обществом человеку всегда была как образцом высшей, духовной силы, которая может победить мир и спасти обреченных. Именно поэтому так много в сонме святых врачей-бессребренников. Встречая на своем поприще больных, часто пребывающих на краю смерти, отчаявшимися и отвергнутыми даже их близкими, эти люди не просто несли милосердие и сочувствие, но любовь с переизбытком. Любовь и участие к болящим, осужденным, презираемым – это и есть та самая евангельская добродетель, которую проповедовал Спаситель мира: «Не здоровые имеют нужду во враче, но больные... Ибо Я пришел призвать не праведников, но грешников к покаянию»¹⁶⁷.

Даже в состоянии греха и отпадения от Бога человек являет собой образ Божий. Грех не может быть поводом для ненависти (или, наоборот, превозношения) его носителя. По учению Церкви надо противостоять греху, ненавидеть его, но не распространять ненависть на согрешившего: ненавидеть грех, но любить грешника. Весь Ветхий и Новый Заветы пронизаны этой мыслью: «Возненавидьте зло и возлюбите добро и восстановите у ворот правосудие, может быть Господь Бог Саваоф помилует остаток Иосифов»¹⁶⁸, «Никто из вас да не мыслит в сердце своем зла против ближнего своего... Ибо все это Я ненавижу, говорит Господь»¹⁶⁹, «Любящие Господа ненавидьте зло!»¹⁷⁰, «Возлюбите ближнего твоего, как самого себя»¹⁷¹, «Но Бог Свою любовь к нам доказывает тем, что Христос умер за нас, когда мы были еще грешниками»¹⁷².

Милосердие – это форма непосредственного общения с Богом, подражание Ему, и, одновременно спасительный подвиг искупление своих грехов. Проявляя деятельное милосердие, отдавая часть души, времени, имущества, не

¹⁶⁴ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. ... 158 с.

¹⁶⁵ Паллиативная помощь и уход: Медицинские, психологические и духовные аспекты при ВИЧ/СПИДе и прогрессирующих хронических заболеваниях. Опыт Русской Православной Церкви. М.: 2008. URL: http://old.diaconia.ru/metod_rekom/palliativ_pom_i_uhod_SPID.pdf (дата обращения 10.02.2017).

¹⁶⁶ Концепция Русской Православной Церкви ... С. 112.

¹⁶⁷ Мф. 9.12–13.

¹⁶⁸ Ам. 5.15.

¹⁶⁹ Зах. 8.17.

¹⁷⁰ Пс. 96.10.

¹⁷¹ Мф. 22.39.

¹⁷² Рим. 5.8.

требуя и не ожидая награды взамен, мы уменьшаем количество зла в мире, и тем самым исполняем волю Божию жить по Его заповедям.

1.2 Библейско-богословское объяснение появления ВИЧ и роль Церкви в борьбе с эпидемией¹⁷³

1.2.1 Современные сведения и представления о ВИЧ/СПИД

Сегодня в мире насчитывается несколько миллионов болезней. Время от времени врачи составляют списки болезней, объединяя их по самым разнообразным признакам: по скорости распространения заболеваний, по степени смертоносности и излечиваемости, по характеру их происхождения и инфицирования и т.п. Но во всех списках неизменно всегда присутствуют две: рак и ВИЧ/СПИД^{174,175}.

Рак, как заболевание человека, известен с древнейших времен. Он поражает людей независимо от социальной или религиозной принадлежности, и находится на втором месте по смертности после сердечно-сосудистой патологии¹⁷⁶. В настоящее время накопленные знания о раке и причинах его возникновения хотя и не перевели его в категорию излечимых, но довольно успешно позволяют проводить профилактические мероприятия на снижение риска заболеваемости им. Идут разработки вакцин от рака. Кроме того при ранней диагностике почти любой вид рака излечим^{177,178}.

¹⁷³ *Антоний (Кадышев), игум.* Русская Православная Церковь как лечебница человеческих душ в обстановке эпидемии ВИЧ/СПИДа / Круглый стол по религиозному образованию и диаконии // Информационный бюллетень ОВЦС МП. 2014, январь-февраль. С. 1–4.

¹⁷⁴ Десять неизлечимых болезней. 7 окт. 2011 г. // Новости InfoNIAC.ru. URL: <http://www.infoniac.ru/news/10-neizlechimyh-boleznei.html> (дата обращения 10.01.2017).

¹⁷⁵ Неизлечимые заболевания // Здоров-Инфо. Медицинский портал Украины. URL: <http://zdorov-info.com.ua/stati/raznoe/10668-neizlechimyie-zabolevanija.html> (дата обращения 10.01.2017).

¹⁷⁶ Всё о раковых заболеваниях на cancer.ru. URL: <http://www.cancers.ru/index.php?name=Pages&hits=1> (дата обращения 10.01.2017).

¹⁷⁷ Всё о раковых заболеваниях на cancer.ru. URL: <http://www.cancers.ru/index.php?name=Pages&hits=1> (дата обращения 10.01.2017).

ВИЧ/СПИД – в отличие от рака, новая болезнь. Зафиксированная первоначально в США среди гомосексуалистов, болезнь попала на территорию СССР в конце 80-х, в один из портовых городов южной Украины. По мнению академика РАМН В.В.Покровского¹⁷⁹, 90% инфицированных и заболевших россиян заразились по цепочке, исходящей от одного человека: генетический анализ показал, что различия в структуре вируса у всех инфицированных минимальны. В начале 90-х, с распадом СССР, в СНГ резко возросло употребление наркотиков, и ВИЧ попал в очень благоприятные для своего распространения условия. С 2000 года наступил новый этап: заразившееся большое количество молодых наркоманов, преимущественно мужчин, стали заражать женщин. Уже в 2008 году женщины составили 44% среди всех выявленных новых больных, хотя еще в 2000 году их число не превышало 20% среди вновь заразившихся. Средний же возраст зараженных – 20-30 лет (до 80% от общего количества зараженных).

Сравнение двух неизлечимых болезней показывает, что рак возникает от независимых от человека причин (экология, генетика, возраст) или от вынужденных (условия работы или жизни), а не из-за греховного поступка или порочности человека. Поэтому заболевшие раком вызывают огромное сочувствие окружающих. Даже рак, возникший от вредных привычек (таких как курение или пристрастие к алкоголю) почти не вызывает осуждений, а только некоторую укоризну: «Предупреждали же тебя, а ты не послушался!». Однако такой человек не воспринимается как закоренелый грешник, наказанный за свой порок. Кроме того, с онкобольным можно безбоязненно контактировать и ухаживать за ним – рак не заразен, болезнь онкологического больного – исключительно его «персональная» болезнь. Рак изначально представлен злокачественным новообразованием, ВИЧ/СПИД - только в стадии СПИДа переходит к ним. Обе болезни широко распространены в мире, и количество больных увеличивается

¹⁷⁸ Онкология: справочник практического врача / под ред. член-корр. РАМН В. И. Поддубной. М.: «МЕДпресс-информ», 2009. 30 с.

¹⁷⁹ Вопрос «Сколько в России ВИЧ-инфицированных?» // «Алло, Столица». URL: <http://www.allorus.ru/cat/question/159> (дата обращения 10.01.2017).

ется. Обе болезни характеризуются мучительными страданиями в терминальной стадии.

Болезнь ВИЧ/СПИД, во многом напоминающая рак, сразу привлекла всеобщее внимание своей неизлечимостью, но в еще большей степени способами передачи ее и тем, кто являлся ее распространителем. Это позволило присвоить ей характеристику социальной болезни. Но эпидемия ВИЧ явление не только социальное, но и духовное¹⁸⁰. Анализ основных путей распространения болезни показывает, что корни эпидемии лежат в ценностной дезориентации общества, потере нравственных ориентиров, в бездуховности. В этом смысле она тесно связана с другими социально опасными недугами – алкоголизмом и наркоманией, о которых в Социальной концепции Русской Православной Церкви говорится: «Основная причина бегства многих наших современников в царство алкогольных или наркотических иллюзий - это духовная опустошенность, потеря смысла жизни, размытость нравственных ориентиров. Наркомания и алкоголизм становятся проявлениями духовной болезни не только отдельного человека, но всего общества. Это расплата за идеологию потребительства, за культ материального преуспеяния, за бездуховность и утрату подлинных идеалов»¹⁸¹.

Главной отличительной чертой ВИЧ/СПИД является его передаваемость, что вызывает страх и ограничивает возможности при уходе за больными. Страх перед лицом «срамной», заразной и неизлечимой болезни, которую невозможно предъявить не только друзьям, соседям или знакомым, но часто и самым близким людям, парализовал общество, а сами больные кроме брезгливости и ненависти долгое время не вызывали никаких других чувств. Страдания самих жертв нового недуга почти никого не интересовали. Не изменили отношение к ВИЧ-инфицированным и сообщения о случае заражения людей от инфицированного донора в самом начале эпидемии, а также о случаях заражения младенцев по служебной халатности медперсонала. Только в последнее время ситуация начала меняться.

¹⁸⁰ Шмалый В., *свящ.* Доктринальные основания и практический опыт работы ... С. 43–50.

¹⁸¹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. ... 158 с.

1.2.2 Деятельное милосердие к ВИЧ-инфицированным как исполнение заповеди Божией о любви к ближнему

Информация о том, что первоначально жертвами новой болезни стали гомосексуалисты, наркоманы, проститутки и их клиенты, обусловила своеобразное восприятие ее в обществе в целом, и в христианской среде, в частности. Болезнь определили как «бич Божий», посланный для вразумления, дабы не впадать в перечисленные виды греха, и таким образом уменьшить общее его количество на земле, а также замедлить скорость его распространения^{182,183}. В дальнейшем, когда стали известны случаи заражения людей, не принадлежащих к маргинальным группам, и даже детей, отношение к ВИЧ-инфекции изменилось и появилось рассуждение о скорбном вразумлении и предупреждении Божиим, а не кары.

Ничто в мире не происходит помимо воли Бога и Его ведения, в том числе и появление ВИЧ. По Его воле и ведению эта болезнь проникла и распространилась в мире, чтобы в какой-то мере замедлить распространение греха и духовного разложения. Возникает вопрос: а не являемся ли мы богоборцами, борясь с ней? не надлежит ли нам вовсе устраниваться от борьбы с любым злом?

Не все, что попущено Богом, угодно Ему. По замечанию преподобного Аввы Дорофея, зло – это все скорбное, что отягощает нашу жизнь, случающееся с нами в наказание за нашу порочность по Его попустительству для нашей пользы: «Но Бог не хочет, чтобы мы сего желали или сему содействовали. Например, ...бывает попустительная воля Божия на то, чтобы город был разорен, но Бог не хочет, чтобы мы — поелику есть Его воля на разорение города — сами положили огонь и подожгли оный или чтобы мы взяли топоры и стали разрушать его. Также Бог попускает, чтобы кто-нибудь находился в печали или в болезни, но хотя воля Божия и такова, чтобы он печалился, но Бог не хочет,

¹⁸² *Мефодий (Кондратьев), игум.* Духовные аспекты паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным / Круглый стол по религиозному образованию и диаконии. URL: http://www.rondtb.msk.ru/info/ru/AIDS_12_ru.htm (дата обращения 12.01.2017).

¹⁸³ Пастырская и сестринская помощь ВИЧ-инфицированным людям... 240 с.

чтобы и мы опечаливали его, или чтобы сказали: т.к. есть воля Божия на то, чтобы он был болен, то не будем жалеть его. Этого Бог не хочет; не хочет, чтобы мы служили таковой Его воле. Он желает, напротив, видеть нас столь благими, чтобы мы не хотели того, что Он делает попустительно. Но чего Он хочет? Хочет, чтобы мы желали воли Его благой, бывающей... по благоволению, т.е. всего того, что делается по Его заповеди: чтобы любить друг друга, быть сострадательными, творить милостыню и тому подобное — вот воля Божия благая»¹⁸⁴. Разъяснение преподобного позволяет утверждать, что принимая активное участие в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа и оказывая деятельное милосердие пораженным этой болезнью, православные исполняют заповедь Бога о любви к ближнему. Вместе с тем, они могут искренне благодарить Его за приход этого недуга в мир, как за всякое скорбное попущение Божие. И свидетельства такой благодарности есть даже от самих ВИЧ-инфицированных: по словам одного из больных, сказанных Патриарху Кириллу, в бытность еще митрополитом, что если бы не ВИЧ, то он давно бы уже умер от наркомании, а теперь он изменил свой образ жизни, пришел к Богу и вообще стал другим человеком¹⁸⁵.

Необходимость борьбы с ВИЧ/СПИДом становится еще более очевидной, если не забывать, что ВИЧ заражаются и люди непричастные к употреблению наркотиков и вовсе не развратники, а также то, что многие грешники оставляют грех и оплакивают его, вступая на путь покаяния, и значит, всем нам надо максимально бороться за продление их жизни. В то же время не следует радоваться и о гибели даже самых нераскаявшихся грешников. Согласно учению Церкви, за них нужно скорбеть и молиться о скорейшем возвращении их в дом Отца своего — в Церковь Христову^{186,187,188}.

¹⁸⁴ Дорофей, прп. Душеполезные поучения. М.: Изд. Сретенского монастыря, 2010. С. 223-224.

¹⁸⁵ Кирилл (Гундяев), митр. Выступление председателя Отдела внешних церковных связей ... С. 12.

¹⁸⁶ Там же. С. 19.

¹⁸⁷ Итоговый документ конференции «Взаимодействие религиозных общин России в области ВИЧ/СПИДа» (Москва, 20.11.2008). URL: <https://mospat.ru/archive/2008/11/43320/> (дата обращения 11.12.2016).

¹⁸⁸ Пастырская и сестринская помощь ВИЧ-инфицированным людям ... 240 с.

1.2.3 Роль Церкви как лечебницы человеческой души

Человек сотворен Богом не столько для жизни в этом преходящем мире, но, в большей степени, чтобы он смог достойно приготовить себя к жизни в мире ином вечном. Каждый из живущих знает о неизбежности собственной смерти. Это довлеет над нами с самого рождения, иногда становясь причиной смертного ужаса, уныния и отчаяния. Не только предстоящая собственная смерть, но и смерть любимых нами людей вызывает у нас неизмеримые душевные муки. А это значит, что смерть – это самая главная личная и общественная проблема во все времена. Напротяжении всей истории Церковь занимается этой проблемой и помогает человеку справиться с ней через жизнь во Христе.

Однако подход к решению этой проблемы у разных христианских конфессий отличается друг от друга.

Первое отличие лежит в понятии о «первородном грехе». По учению блаженного Августина, принятому западно-европейскими традициями христианства, первородный грех прародителей привел к порче не только всего естества человека, передающегося по наследству всему роду человеческому, но всё человечество «превратилось ... в массу осужденных». После грехопадения «человеческое естество побеждено грехом, в который оно впало, таким образом, утратив свободу», и грех стал «настоятельной необходимостью» для всех людей... Для их искупления был необходим Ходатай, Который умирил бы гнев Божий, принеся жертву за грех всего человечества»¹⁸⁹.

Пессимизм Августина еще больше развили богословы Реформации, которые утверждали, что первородный грех полностью лишил человека свободы воли. Митрополит Волоколамский Иларион (Алфеев) в своем труде «Православие», характеризуя учение реформаторов, приводит утверждение Кальвина о том, что из-за первородного греха люди стали всецело испорченными и неспособными к благим делам, что является, в свою очередь, следствием утраты Божественной благодати, что мы находимся в немилости Божией и являемся «ча-

¹⁸⁹Иларион (Алфеев), архиеп. Православие. Т. 1.... С. 529.

дами гнева». По мнению Кальвина, человек утратил наследственную праведность и лишился образа Божия¹⁹⁰.

В отличие от католического и протестантского взглядов на падшую природу человека, в православной традиции принято считать, что образ Божий в падшем человеке помрачен, но не полностью уничтожен, и даже в своем греховном состоянии остается образом Божиим: «Образ есмь неизреченныя Твоя славы, аще и язвы ношу прегрешений...». Кроме того, Православие не считает, что человек полностью утратил свободу воли и не способен к благим делам. Эта способность сохранилась в нем, и совершается при помощи благодати Божией, но не исключительно благодаря ей. Также принято считать, что после грехопадения прародителей отношение Бога к человеку не изменилось: любовь Божия к роду человеческому осталась неизменной, но изменилось отношение людей к Богу¹⁹¹.

Второе отличие между восточным и западным христианством лежит в понимании предопределения человечества ко спасению, которое держится на различии в интерпретации слов апостола Павла: «Кого Он предузнал, тем и предопределил быть подобными образу Сына Своего... А кого Он предопределил, тех и призвал; а кого призвал, тех и оправдал; а кого оправдал, тех и прославил»¹⁹². В католической традиции этот текст трактуется как подтверждение мысли, что Бог изначально предназначил одних ко спасению, а других - к осуждению, причем свободная воля человека не играет никакой роли в деле спасения. Спасаются только те, кто к этому заведомо предопределен, а, следовательно, и в силу предопределения удостоился дара веры и спасающей благодати.

В протестантизме это учение получило дальнейшее развитие, в котором основополагающим моментом богословской доктрины стало представление о «двойном предопределении», в соответствии с которым одни предопределены к вечному спасению, другие – к вечной гибели в результате свободного акта

¹⁹⁰Иларион (Алфеев), архиеп. Православие. Т. 1. ... С. 533.

¹⁹¹Там же, С. 534.

¹⁹²Рим. 8.29–30.

Божественной воли. В книге «Православие» митрополита Волоколамского Илариона (Алфеев) приводится утверждение Кальвина, что и Адам «преткнулся потому, что это было постановлено Богом», а также мысль Лютера, что причина стойкости мучеников была исключительно благодать Божия, а не их свободная воля: «Нет здесь никакой ни свободы, ни свободной воли, нельзя ни изменить себя, ни захотеть чего-либо иного, пока не укрепятся в человеке дух и благодать Божья». Митрополит Иларион заключает, что по мысли реформаторов: «Борьба за душу каждого человека разворачивается не внутри человека, а вне его – между Богом и дьяволом. Воля человека, словно вьючный скот, находится между волей Бога и волей сатаны: если Бог овладевает человеком, тот следует за Богом, если же власть берет сатана, человек следует за сатаной. Сам человек, таким образом, остается лишь пассивным зрителем собственного спасения либо осуждения»¹⁹³.

Православное учение говорит о том, что все созданные Богом люди предопределены ко спасению. Нет ни одного, кто заранее предназначен к гибели, осуждению или проклятию. Именно православная позиция дает надежду на спасение любому закоренелому грешнику. По словам протоиерея Ливерия Воронова: «Греху противостоит благодать, то есть дар спасения во Христе Искупителе и Втором Адаме, предлагаемый нам любовью Божией»¹⁹⁴. Он также приводит слова апостола Павла: «Когда умножился грех, стала преизобиловать благодать, дабы, как грех царствовал к смерти, так и благодать воцарилась чрез праведность к жизни вечной Иисусом Христом, Господом нашим»¹⁹⁵.

Там же протоиерей Ливерий Воронов говорит, что нигде в своих посланиях апостолы не говорят о предопределении к гибели, а всегда имеют в виду предопределение к спасению. Апостолы утверждают, что Бог «хочет, чтобы все люди спаслись и достигли познания истины»¹⁹⁶; призывают со страхом и трепе-

¹⁹³ Иларион (Алфеев), архиеп. Православие. Т. 1. ... С. 535.

¹⁹⁴ Воронов Л., прот. Догматическое богословие.... С. 37.

¹⁹⁵ Рим. 5.20–21.

¹⁹⁶ 1Тим. 2.4.

том совершать свое спасение¹⁹⁷; призывают не бояться претерпеть всё, что «надобно будет претерпеть... Вот диавол будет ввергать вас в темницу, чтобы искусить вас... Будь верен до смерти, и дам тебе венец жизни»¹⁹⁸. Здесь очевидно, что предопределение ко спасению следует понимать, как выражение непреклонной воли Божией сделать все необходимое для спасения тех, кто хорошо пользуется своей свободной волей. Сами обрекают себя на погибель и духовную смерть, отрекаются от возможности в будущем находиться в общении с Источником вечной жизни те, кто плохо пользуется своей свободной волей и отвергают благодать Божию своей нераскаянностью и греховной жизнью¹⁹⁹. Это объясняется тем, что Бог не может спасти человека без участия его самого в своем спасении.

Спасение, согласно православному вероучению, является плодом «синергии» (греч. *συνεργία* - сотрудничество, соработничество; от греч. *σύν* — вместе, греч. *ἔργον* — дело, труд, работа, (воз)действие) между Богом и человеком, а борьба за спасение разворачивается внутри человека, а не вне его²⁰⁰. Не воля диавола может погубить человека, а направленность ко злу воли самого человека. В своем спасении православные не умаляют значения ни предопределения, ни действия благодати Божией. Им лишь чуждо представление о Боге, как о карателе, Который должен был бы погубить всех уклонившихся в грех, и спасающий только некоторых по Своей милости. Священное Писание говорит о том, что человек примиряется с Богом через Христа. Святоотеческое Предание уточняет, что не Бог враждует с человеком, а сам человек становится врагом Бога, когда не имеет общения с Ним. В то же время Бог не становится врагом человека, даже если человек становится врагом Бога. Человек же по совершении греха сам представляет себе Бога разгневанным и враждебным²⁰¹.

¹⁹⁷ Флп. 2.12.

¹⁹⁸ Откр. 2.10.

¹⁹⁹ Воронов Л., *прот.* Догматическое богословие. ... С.94.

²⁰⁰ Иларион (Алфеев), *архиеп.* Православие. Т. 1. ... С. 536.

²⁰¹ Иерофей (Влахос), *митр.* Рай и ад / пер. с греческого В. Клименко. Изд-во «Сардоникс», 2005. URL: <http://orthodoxvera.ru/wp-content/uploads/2014/12/влахос.-ад-и-рай.pdf> (дата обращения 11.12.2016).

Примирение человека с Богом начинается с очищения и освобождения его от страстей. Очищение, согласно святым отцам, должно совершаться, главным образом, в сердце и в уме человека²⁰². Посредством ума человек приобщается Богу, однако, ум человека помрачился вследствие грехопадения. Ум и логическое мышление, став тождественными понятиями, слились со страстями окружающего мира. Поэтому так важно очистить ум. Очищение ума - есть покаяние и осознание своей нечистоты. Православие, в соответствии с учением Христа, все время говорит об очищении и покаянии: «Покайтесь, ибо приблизилось Царство Небесное»²⁰³.

Исцеление человека, очищение его ума и сердца является важнейшим делом Церкви. Очистившись через покаяние, человек должен стяжать просвещенный ум, чтобы опытно познать Бога, чтобы Бог стал для него Царством Небесным²⁰⁴. Это происходит благодаря Таинствам и подвигу. По замечанию греческого богослова митрополита Иерофея (Влахоса): «Если внимательно изучить православный требник, то можно убедиться в том, что он представляет собой лечебный курс. Он, если выразиться образно, является духовно-медицинским сборником по терапии человеческой души. И терапия эта, как хорошо видно из молитвословий Таинств, направлена, главным образом, на лечение ума, на его просвещение»²⁰⁵. Исцеление человека происходит через приобщение к Таинствам.

Если кто-то из людей, заболевших ВИЧ-инфекцией в результате греховного поведения, пожелает изменить свою жизнь, найти Бога, то задача Церкви – помочь такому человеку встретиться с Господом, очиститься и испытать на себе просвещающее действие Божественной благодати, что равносильно духовному исцелению, которое есть стяжание бескорыстной любви. Человек, пораженный этим недугом, должен быть встречен в Церкви не со страхом, презрением, осуждением или равнодушием, но как ищущий защиты и спасения, Отчий дом и за-

²⁰² Там же.

²⁰³ Мф. 4.17.

²⁰⁴ *Иерофей (Влахос), митр.* Рай и ад ... С. 8.

²⁰⁵ *Иерофей (Влахос), митр.* Рай и ад ... С. 9.

ботливую семью, которая поможет примириться ему с Богом^{206,207,208}. Духовное врачевание человека — самое главное дело священника, а Церковь – больница, лечебница, исцеляющая душу человека.

1.3 Физиологический и духовно-эмоциональный портрет ВИЧ-инфицированного человека

1.3.1 Физиологические и социально-психологические проблемы ВИЧ-инфицированного человека

Для оказания помощи людям, пораженным ВИЧ, необходимо иметь ясное представление о том, какие проблемы физиологического, психологического(эмоционального)и духовногоплана характерны для них в зависимости от течения болезни; как реагирует человек на известия о его диагнозе.

1.3.1.1 Физиологические проблемы ВИЧ-инфицированного человека

В России принята классификация болезни, разработанная академиком Российской академии медицинских наук В.И.Покровским^{209,210,211,212}. В соответствии с принятой классификацией выделяют 5 стадий развития болезни:

1.Инкубация,во время которой идет размножение вируса в клетках крови. Она может продолжаться от 2-6 недель до нескольких месяцев. Симптомы от-

²⁰⁶ ОсновыОсновысоциальной концепции Русской Православной Церкви. ... 158 с.

²⁰⁷ Концепция Русской Православной Церкви ... С.113.

²⁰⁸ *Константин (Горянов), еп.* Медицина в Библии. 2011. URL: <http://www.wmos.ru/blog/bible/1538.php> (дата обращения 11.12.2016).

²⁰⁹ Десять неизлечимых болезней. 7 окт. 2011 г. // Новости InfoNIAC.ru. URL: <http://www.infoniac.ru/news/10-neizlechimyh-boleznei.html> (дата обращения 10.01.2017).

²¹⁰ Пособие для людей, живущих с ВИЧ. URL: http://www.chitamed.ru/pacientam/posobie_dlya_lyudey_zhivushih_s_vich (дата обращения 03.03.2014).

²¹¹ Что происходит с человеком, когда он заражается ВИЧ. URL: <http://spidnso.ru/index.php/infos/33-info1> (дата обращения 03.03.2014).

²¹² *Бартлетт Дж., Реффилд Р., Фам П., Мазус А. И.* Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. ... 696 с.

сутствуют; человек чувствует себя и выглядит так же, как и прежде и сохранять хорошую физическую форму, однако организм уже готовит «оборону».

2. Стадия первичных проявлений - иммунный ответ организма на внедрение, размножение и массивное распространение ВИЧ. В это время происходит выработка организмом антител, которые уже можно обнаружить лабораторными методами. Продолжительность этой стадии обычно составляет 2-3 недели (редко несколько месяцев).

Первые симптомы появляются в течение первых трех месяцев после заражения, хотя эта стадия может протекать и без видимых проявлений – бессимптомное течение (вариант 2А). Однако часто болезнь протекает по варианту 2Б – острая инфекция без вторичных заболеваний (по типу острой вирусной инфекции) или по варианту 2В — острая инфекция с вторичными заболеваниями.

3. Субклиническая стадия - для которой характерно чередование увеличения и уменьшения лимфатических узлов (ЛУ) в продолжение нескольких лет.

С течением времени количество вируса в организме медленно возрастает, его наличие держит иммунитет в постоянном напряжении, а он поражает все новые и новые CD4-лимфоциты и нарушает оболочки других клеток организма. Чем больше становится вирусов, чем больше поражается CD4-клеток, тем больше сил организм тратит на борьбу с инфекцией. Через некоторое время организм истощает силы, и вирус перестает встречать сопротивление организма: в нем снижается число вырабатываемых новых CD4-клеток, а с ними снижается количество антител к ВИЧ. Начинает развиваться иммунодефицит.

Продолжительность субклинической стадии может быть от 2-3 до 20 лет.

4. Стадия вторичных заболеваний (преСПИД) развивается, когда иммунная система достаточно истощена, т.е. уровень CD4-лимфоцитов, макрофагов, а также и других клеток иммунной системы значительно падает. Поэтому ВИЧ, практически не встречая ответа от иммунной системы, начинает усиленно размножаться. В этом состоянии человек становится беззащитным не только перед обычными инфекциями, - такими, например, как грипп или дизентерия - но так-

же перед бактериями и вирусами, которые ранее не могли вызвать заболевания, так как здоровая иммунная система не позволяла им размножаться в избыточных количествах.

С течением времени ВИЧ поражает всё больше здоровых клеток, приводя к развитию опухолей и тяжелых инфекционных заболеваний у человека — оппортунистическим инфекциям (в обычных условиях организм легко справляется с ними). Некоторые из них встречаются лишь у ВИЧ-инфицированных, а некоторые и у обычных людей, но у ВИЧ-положительных они протекают намного тяжелее.

Эта стадия проходит три этапа, каждый из которых характеризуется определенным уровнем CD4-лимфоцитов в организме и появлением определенных видов оппортунистических заболеваний:

- этап 4А - развивается спустя 6-10 лет после заражения при уровне CD4-лимфоцитов 350-500 CD4/мм³ (у здоровых людей колеблется в пределах 600-1900 CD4/мм³);

- этап 4Б - возникает через 7-10 лет после заражения при уровне CD4-лимфоцитов 350-200 CD4/мм³;

- этап 4В - развивается через 10-12 лет после заражения при уровне CD4-лимфоцитов менее 200 CD4/мм³.

Все инфекции, сопровождающие эту стадию болезни, протекают крайне тяжело, трудно поддаваясь лечению. Однако четвертая стадия обратима спонтанно или вследствие проводимой АРТ.

5. Терминальная стадия развивается при количестве CD4-клеток ниже 50-100 CD4/мм³. В этой стадии все имеющиеся заболевания прогрессируют, лечение вторичных инфекций неэффективно, и больные, как правило, умирают в течение нескольких месяцев.

1.3.1.2 Психологические проблемы ВИЧ-инфицированного человека

а) Эмоциональные и духовные переживания ВИЧ-инфицированного

человека и этапы адаптации к диагнозу

Диагноз любого неизлечимого заболевания, связанного с осознанием скорой болезненной смерти, вызывает у пациента сильные эмоциональные переживания. Известный авторитет в области психологической помощи умирающим врач Элизабет Кюблер-Росс²¹³ на основании своих многолетних исследований выделила пять этапов или фаз, через которые вынужден пройти человек с того момента, когда он получает роковое известие и до момента своей смерти. Каждой фазе соответствует определенное психологическое состояние смертельно больного. Эти фазы были многократно и подробно описаны в специальной литературе^{214,215,216,217,218,219}.

Фаза отрицания заболевания. Человек не верит, что у него смертельная болезнь. Больной начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, делает анализы в различных клиниках. В другом варианте он может вообще больше не обращаться в больницу.

Фаза гнева, протеста. Характеризуется агрессией, обращенной на врачей, общество, родственников, гневом, непониманием причин болезни: «Почему это случилось именно со мной?» «Как это могло произойти?».

Фаза торга. Характерны попытки «выторговать» как можно больше времени жизни или исцеление у самых разных инстанций. В течение этой фазы человек может обращаться к Богу, использовать разные способы продлить жизнь по принципу: «если я сделаю это, продлит ли мне это жизнь?».

Фаза депрессии. На этой стадии человек понимает всю тяжесть своей ситуации. У него опускаются руки, он перестает бороться, избегает своих привычных друзей, оставляет свои обычные дела, закрывается дома, оплакивает свою судьбу.

²¹³ Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: «София», 2001. 110 с.

²¹⁴ Там же.

²¹⁵ Пастырская и сестринская помощь ВИЧ-инфицированным людям ... 240 с.

²¹⁶ When the Focus is on Care. Palliative Care and Cancer. ... 338 p.

²¹⁷ McCullough D. My mother, your mother. Embracing "Slow Medicine", the Compassionate Approach to Caring for your Aging Loved Ones. NY.: Harper Collins Publishers, 2008.

²¹⁸ Бартлетт Дж., Редфилд Р., Фам П., Мазус А. И. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. ... 696 с.

²¹⁹ APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality / Editor-in-Chief: Kenneth I. Pargament, PhD. 2013. V. 1–2. P. 14–49.

Фаза принятия или согласия – это наиболее рациональная психологическая реакция, хотя до нее доходит не каждый. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить.

Вышеперечисленные фазы не всегда следуют в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то из них или даже вернуться к предыдущей.

б) Другие эмоциональные реакции и переживания духовного характера

ВИЧ-инфицированного человека

Кроме вышеприведенных могут встречаться и другие состояния или реакции больного на его диагноз^{220,221,222,223,224,225,226,227,228}. Они накладываются на ту или иную фазу адаптации к заболеванию, добавляя им оттенков. К таковым относятся:

Страх. У человека, живущего с ВИЧ и другими неизлечимыми заболеваниями, может быть много страхов. Часто выделяют 3 группы страхов: биологические, социальные, экзистенциальные. К первой группе относятся страхи, непосредственно связанные с угрозой жизни человеку – страх боли, уродства, страх страданий и т.д. Вторая представляет боязни и опасения за изменение своего социального статуса – страх быть выброшенным из привычной жизни, страх остаться без средств к существованию, страх, что от него все отвернутся и т.д. Третья группа страхов связана с самой сущностью человека, характерна для всех людей – страх перед смертью, одиночеством, бессмысленностью человеческого существования и т.д.;

Изоляция. Реакцией тяжелобольного может быть полный отказ от социальных контактов. В основе этой реакции лежит *страх*. В одном случае - страх-

²²⁰ Пастырская и сестринская помощь ВИЧ-инфицированным людям ... 240 с.

²²¹ When the Focus is on Care. Palliative Care and Cancer ... 338 p.

²²² Brody J. E. Guide to the Great Beyond. ... 287 p.

²²³ McCullough D. My mother, your mother. ... 263 p.

²²⁴ Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: «София», 2001. 110 с.

²²⁵ Бартлетт Дж., Редфилд Р., Фам П., Мазус А. И. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. ... 696 с.

²²⁶ Джекобсон Дж. Л., Джекобсон А. М. Секреты психиатрии / пер. с англ., под общей ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. Изд. 2-е. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 576 с.

²²⁷ Щербатых Ю. В. Психология страха. М.: Эксмо, 2005. 205 с.

²²⁸ APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality / Editor-in-Chief: Kenneth I. Pargament, PhD. 2013. V. 1–2. P. 14–49.

быть покинутым, с последующей реакцией: «Все отвернутся от меня, лучше я сделаю это первым». В другом случае – страх перед предстоящим возможным физическим и умственным уродством: «Не хочу, чтобы меня таким запомнили»;

Потеря. Люди с тяжелой болезнью страдают от утраты собственных амбиций, физической привлекательности, общественного положения, финансовой стабильности и независимости. А при наступлении состояния беспомощности и зависимости от чьего-то ухода страдают от потери возможности уединения и контроля над собственной жизнью. Чувство потери уверенности в себе снижает способность справиться с болезнью;

Горе. Потери, которые больной человек уже испытал или пока еще предвидит, вызывают у него глубокое чувство горя. Оно усиливается от того, что он может чувствовать, как горюют его близкие родственники или друзья, видя ухудшения здоровья болящего;

Вина. Человек испытывает чувство вины за то горе, печаль, беспокойство или потери, которые его болезнь уже причинила и может еще причинить любимым людям, семье и особенно своим детям. Усугубляется чувство вины за что-то, что совершено прежде и, возможно, привело его в такое состояние;

Беспокойство. Оно отражает хроническую неопределенность в связи с заболеванием. Добавляется беспокойство, вызванное опасениями риска заражения другими заболеваниями, все более ухудшающимися способностями к физической деятельности, потерей финансовой независимости;

Снижение самооценки. Самооценка начинает изменяться сразу же после диагностирования тяжелого положения. Отстраненность соседей, коллег по работе, знакомых и любимых вызывают чувство потери общественного положения больного и уверенности в себе, и ведет к занижению самооценки. Изменения внешнего облика, физическое истощение и потеря физических сил и контроля над собственным телом усугубляют это ощущение;

Ипохондрия. Обычно присущая людям, которые чрезмерно озабочены состоянием своего здоровья, ипохондрия может возникнуть сразу по объявле-

нию диагноза, но носить временный характер. Иногда ее характер может быть и постоянным, в том случае, когда приспособляемость к заболеванию затруднена;

Духовные переживания. Страх смерти или другие реакции на известие о неизлечимом заболевании могут вызвать или повысить интерес к духовным вопросам. Боль духовного характера у человека выражается вопросами: что будет со мной после того, как я умру? исчезну ли я совсем после смерти или со мной что-то произойдет, чего я не знаю? есть ли Бог и как Он встретит ТАМ меня? Результатом размышлений на духовные темы могут стать осознание греха, прощение, примирение и принятие диагноза;

Озлобленность. Иногда, чувствуя, что им «страшно не повезло», что они оказались с диагнозом смертельной болезни, люди впадают в ярость. Это может быть вызвано условиями жизни больного, полной ограничений в питании, видах деятельности, контактах. Состояние озлобленности может стать разрушительным как для больного, так и для окружающих. Обычные проявления – раздражительность по мелким поводам, самобичевание.

в) Проблема суицида

Проблема **суицида** стоит в обособлении в ряду других эмоциональных смертельно больного человека^{229,230,231,232,233,234,235,236,237,238,239}. Многие неизлечимо больные – ВИЧ-инфицированные больные в том числе - переживают приступы желания покончить жизнь самоубийством. Мысли о самоубийстве чаще появляются у людей;

²²⁹When the Focus is on Care. ... P. 121-128.

²³⁰Brody J. E. Guide to the Great Beyond. ... 287 p.

²³¹HIV Voluntary Counselling and testing (VCT). Guidelines for Pakistan / National Guidelines. 2005. 90 p.

²³²Counselling for HIV/AIDS: The National Guidelines / National AIDS Control Programme, Government of Pakistan and UNAIDS. 2001.

²³³Steben M., MD (chair) et al. Counselling Guidelines for HIV Testing / Prepared by the Expert Working Group on HIV Testing. Ottawa: Canadian Medical Association, 1995.

²³⁴Ланга А. П. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных. ... 24 с.

²³⁵Психологические проблемы ВИЧ-инфицированных // Студенту на заметку. URL: <http://student.zoomru.ru/med/psihologicheskie-problemy-vichinficirovannyh-osobennosti-sestrinsk/76502.626084.s1.html> (дата обращения 10.02.2017).

²³⁶Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: «София», 2001. 110 с.

²³⁷HIV Counselling and Testing in Nova Scotia: Implications for Policy and Practice. A research report prepared for the Nova Scotia Advisory Commission on AIDS by members of the HIV Counselling and Testing Community Advisory Committee. Dalhousie University, 2010. 27 p.

²³⁸HIV Voluntary Counselling and testing (VCT). Guidelines for Pakistan / National Guidelines. 2005. 90 p.

²³⁹Барлетт Дж., Редфилд Р., Фам П., Мазус А. И. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. ... 696 с.

- при внезапном сообщении о неизлечимом заболевании;
- испытывающих интенсивную потребность в контроле;
- если человек разочарован в обещанных перспективах выздоровления;
- у человека, переживающего одиночество.

Мысли и попытки суицида посещают человека, когда он выходит из полного отчаяния, из глубокой депрессии и сталкивается с ужасным напряжением из-за того, что необходимо коренным образом менять жизнь. В этот момент он может решить, что проще убить себя, чем прилагать невозможные усилия, пытаясь перестроить жизнь. Это происходит в том случае, когда человек приходит к заключению, что его проблемы неразрешимы, и единственным их решением является самоубийство.

Однако, не смотря на силу убеждения, такое решение, все же, является субъективным. Самоубийство не только лишает человека возможности развиваться и приобретать опыт в результате собственных страданий, но и не позволяет искупить страдания, которые он сам причинил другим. Упорное нежелание пациента в это время говорить на темы о вере и Боге, может быть следствием его подсознательной обиды на жизнь, а значит, и на Бога как на источник жизни и даже подсознательной «борьбы» с Богом. Но без «вечных», непреходящих ценностей, имеющих смысл всегда и для каждого, не обойтись. Поэтому вопрос о вере в Бога неизбежно должен возникнуть²⁴⁰.

1.3.2 Комплексный динамический портрет ВИЧ-инфицированного человека

Основываясь на изученных и вышеизложенных в предыдущих разделах положениях о физиологических, психологических и некоторых духовных проблемах людей со смертельным диагнозом вообще и ВИЧ-инфицированных людей в частности, попытаемся создать обобщенный динамический портрет чело-

²⁴⁰Пастырская и сестринская помощь ВИЧ-инфицированным людям ... 240 с.

века, пораженного ВИЧ, выделив те моменты, во время которых ВИЧ-инфицированные особенно уязвимы: момент получения диагноза; время появления первых болезненных проявлений; приход времени постоянного приема лекарства; серьезное ухудшение состояния здоровья; смерть человека с тем же диагнозом, которого больной знал; наступление терминальной стадии болезни.

Получение диагноза. В первый момент при получении диагноза «ВИЧ-инфекция» большинство людей испытывает сильнейший *шок*. Затем перед ними встает вопрос, как сложится их дальнейшая жизнь, сколько она продлится и как это все отразится на близких им людях. Одних охватывает *гнев, подавленность, отчаяние, страх* за себя и близких. Другие в первый момент могут подумать о *самоубийстве*. Третьи, возможно, будут абсолютно *спокойны* (отложенная реакция). Нередко человек вначале *не верит* своему диагнозу. Большинство людей, узнавших о ВИЧ-статусе, вынуждены пересматривать свои представления о собственной жизни.

Появление первых болезненных симптомов. Чаще всего первые проявления не имеют отношения к ВИЧ-инфекции, но человек, уже зная о своем диагнозе, может воспринять их как симптомы развития заболевания. До этого момента человек только знал о наличии вируса, теперь для него ВИЧ становится видимым, а симптомы - доказательством диагноза. Начинаются *лихорадки, воспаления горла и полости рта*, появляются чуть заметные припухлости лимфоузлов, появляются первые, пока незначительные, *проблемы с пищеварением* (диареи) или *кожными покровами* (сыпь, герпетические и грибковые поражения кожи). Иногда человек находит это все у себя не потому, что эти симптомы проявились, а потому, что он их ждет. Это время *ипохондриии страхов*.

Необходимость регулярно принимать лекарства. Неизбежно приходит время, когда нужно начинать принимать ежедневно лекарственные препараты. Большинство людей с ВИЧ-инфекцией – это молодые люди, которые не имели ранее этого опыта. Некоторых из них пугает мысль о неспособности иммунной системы самостоятельно бороться с вирусом, других - сложность приема препа-

ратов и возможность появления побочных эффектов. Осознание того, что это будет продолжаться всю оставшуюся жизнь (возможно, очень короткую), приводит человека в *отчаяние, гнев, ярость, злость* или *подавленность и страх* предстоящих *изменениях в своем облике и неизбежном конце*. Добавляется *беспокойство*, вызванное риском заражения близких. Далее, когда состояние иммунной системы стабилизируется и болезнь переходит в субклиническую стадию, человек входит в определенный ритм. В течении нескольких месяцев, пока количество вируса в организме растет и создаются условия для перехода болезни на другой уровень развития, человек может пережить разнообразные эмоциональные состояния: пересмотреть свою прежнюю жизнь; испытать чувство *горя* и *утраты* надежды; он может испытать *чувство вины* перед родными и Богом. Если предыдущие фазы *гнева* и *отрицания* забрали слишком много сил, человек может подойти к фазе *переговоров* (с Богом, судьбой, врачами), мотивированной страстным желанием жить любой ценой. Жизнь может восприниматься совсем иначе, чем до болезни. На этом этапе опять может появиться *надежда*, что болезнь, может быть, отступит, которая вскоре сменится новым приступом *отчаяния и безысходности*.

Однако серьезные болезненные симптомы нарастают. Они сами по себе являются тяжелым испытанием для человека, и многие ВИЧ-инфицированные не могут свыкнуться с тем, что их жизнь будет связана с болью и лекарствами, а постоянное обращение за медицинской помощью вынудит сменить либо бросить работу, учебу, привычный образ жизни.

Между тем с нарастанием иммунодефицита болезнь рано или поздно переходит в стадию вторичных заболеваний (преСПИД). ВИЧ, почти не получая сопротивления иммунной системы, делает человека практически беззащитным перед любыми инфекциями. Человек очень быстро *теряет в весе*, буквально «высыхая на глазах»; частые и продолжительные *диареи* (поносы) из-за прямого поражения вирусом кишечника; *гнойники, фурункулы, опоясывающий лишай*, как результат нарушения местного иммунитета; изнуряющие *фарингиты* и си-

нуситы, как следствие поражения слизистых ротовой полости и носа; частое *повышение температуры тела* до 38-38,5⁰С. *Лейкоплакия*(поражение слизистой рта), появление которой является плохим признаком для прогноза заболевания, создает проблемы для дикции. Лечение болезней очень длительное, а симптомы возвращаются снова и снова. Человек испытывает *боли, зуд, жжение* от кожных болезней; постоянные проблемы с пищеварением – *тошнота, рвота, поносы, боли при глотании и т.п.*

Помимо «обычных», человек подвергается нашествию болезней, которые могут возникнуть только при иммунодефиците, так называемые *оппортунистические заболевания: пневмоцитной пневмонии, саркомой Капоши* (пока еще имеющей нераспространенный характер).

По мере развития болезни и вхождения человека в стадию злокачественных новообразований негативные эмоции уже доминируют. Человек пребывает в *депрессии* большую часть времени. Чувство *изоляции, горя, снижение самооценки*, которые могут опять сменяться *отчаянием и гневом* на судьбу, теряя последнюю надежду на выздоровление. Физические страдания усиливаются: *саркома Капоши* начинает приобретать уже распространенный характер, покрывая язвами огромные участки тела; *микобактерии* поражают кожу, внутренние органы и центральную нервную систему; *легочный и внелегочный туберкулез, злокачественные новообразования* любой локализации, *поражения сердца, почек, системы пищеварения*. Сочетание любых двух – трех из перечисленных симптомов крайним истощением все это приводит к тому, что человек проводит в постели по месяцу к ряду из-за физической слабости. Кроме того, поражение центральной нервной системы способствует заторможенности реакций человека, *нарушению координации движений, проблемам с памятью*.

Если же больной становится свидетелем тяжелой *болезни* или смерти *знакового или родного человека*, пораженного, как и он сам ВИЧ-инфекцией, то это будет особенно тяжелым ударом. Мысли о возможности приближения собственной смерти приводят к серьезным *эмоциональным кризисам*.

Помимо этого, у каждого могут быть свои кризисы в зависимости от ценностей, которые оказались под угрозой в связи с ВИЧ-инфекцией: учеба, карьера, личные отношения, создание или сохранение семьи, любимое занятие. Все эти кризисные ситуации связаны с *эмоциональными потерями* и глубокими *негативными переживаниями*. Человек испытывает *гнев, отчаяние, чувство вины, тревогу, горечь утраты*. Многие ВИЧ-инфицированные со всей остротой осознают собственную смерть и боятся окончательно утратить физическую привлекательность, здоровье, самостоятельность либо потерять друзей и близких и остаться в одиночестве. При том, что даже эта стадия развития заболевания может быть обратима спонтанно или вследствие проводимой АРТ (антиретровирусная терапия), у человека почти не остается надежды на выздоровление.

С вхождением болезни в *терминальную стадию* страдания человека усиливаются многократно. К уже известным страданиям добавляются мучительные *боли от пролежней*, т.к. человек уже неспособен самостоятельно даже поменять положение собственного тела. Лечение *вторичных заболеваний* не эффективно, и человек умирает в течение нескольких недель.

1.4 Резюме

1. Появление новой, пока неизлечимой, болезни – ВИЧ/СПИДа –заставляет православных христиан принять это скорбное попустительство Божие со смирением и благодарностью, как еще один повод для исполнения Его заповеди о любви к ближнему, оказывая всевозможное деятельное милосердие в борьбе с эпидемией. А Церковь должна выполнять свое важнейшее «терапевтическое» служение, лечить людей в духовном и нравственном отношении, что она всегда и делала во все времена своего существования. Трудности пастырской работы священников, духовно окормляющих ВИЧ-инфицированных больных, обусловлены необходимостью принимать и учитывать многочисленные особенности образа жизни и жизненных установок этих больных, которые могут очень

сильно отличаться от привычным нам. Эта задача усложняется при работе священника в условиях стационара инфекционной больницы, где сосредоточено все многообразие индивидуальных характеров, судеб, пороков и трагдий пациентов.

2. Интегральный динамический портрет ВИЧ-инфицированного человека показывает, как с нарастанием физиологических проблем у больных ухудшается их эмоциональное и духовное состояние, которые, в свою очередь, оказывают негативное влияние на физическое состояние. У больных происходит переоценка их жизни, утрата ориентиров, возникают мысли о несправедливости судьбы, неотступен страх смерти, страх неизвестности. Эта боль духовного характера приводит к не меньшим страданиям, чем боль физического характера.

Но если не всякую болезнь можно вылечить, то исцелить человека можно. По своему характеру это, прежде всего, духовное исцеление: принятие человеком диагноза и примирение с Богом. Во все времена Церковь занимается этой проблемой и помогает человеку справиться с ней через жизнь во Христе, исполняя роль лечебницы человеческих душ.

2 ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В РАБОТЕ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

2.1 Источники информации, использованные в практической части работы

В работе использовались: архивные материалы и статистические данные ИКБ; протоколы патронажной службы Сестричества милосердия во имя благоверного царевича Димитрия по учету просьб пациентов о совершении церковных треб/Таинств; данные опроса лечащего и обслуживающего персонала ИКБ (экспертный опрос); данные опроса персонала, состоящего в штате больницы об их отношении к труду священника и службы милосердия, работающих в ВИЧ-отделении; данные опроса пациентов лечебных ВИЧ-отделений.

1. Архивные материалы и статистические данные ИКБ содержали сведения о количестве пролеченных пациентах в трех лечебных отделений в 2014 и 2015 годах, общее число мужчин и женщин, их возраст, приверженность наркотикам и алкоголю, пути возможного заражения, трудовая деятельность, информация о проживании (москвич, иногородний, БОМЖ).

2. Материалы патронажной службы Сестричества милосердия во имя благоверного царевича Димитрия по учету просьб пациентов ВИЧ-отделений о совершении церковных треб/Таинств за 2014-2015 годы (протоколы), позволившие проследить динамику отношения пациентов к духовному попечению за время пребывания их в стационаре. Протоколы содержали дату заполнения его (год, месяц, день); Ф.И.О. пациента; номер комнаты его проживания на момент заказа требы/Таинство (номер лечебного отделения); год рождения и пол пациента; вид церковных треб/Таинств, о совершении которых больной обратился с просьбой в Сестричество.

3. Материалы опросов лечащего и обслуживающего персонала ВИЧ-отделений (экспертный опрос), медперсонала и администрации ИКБ, а также пациентов лечебных ВИЧ-отделений, позволившие провести социологические исследования широкого спектра проблем социального, эмоционального и духовного плана ВИЧ-инфицированных пациентов стационара, а также изучить мнение врачей и самих пациентов о необходимости духовного попечения ВИЧ-инфицированных. Эмпирические материалы опросов после их статистико-математической обработки сводились в таблицы, в которых указывалось число респондентов в процентах, выбравших тот или иной ответ на очередной вопрос анкеты. На основании полученных таблиц строились соответствующие графики.

2.2 Характер объекта исследования (данные ИКБ и метод включенного наблюдения)

Опросы пациентов проводились в лечебных отделениях 2-5, 2-6, 2-7 и среди пациентов, стоящих на амбулаторном учете, но регулярно проходящих курс восстановительной терапии в одном из ВИЧ-отделений ИКБ. Пациенты терминального ВИЧ-отделения опросу не подвергались.

По информации ИКБ, пациенты всех трех лечебных отделений и больные, состоящие на амбулаторном лечении, находятся в субклинической (третья) стадии заболевания и в стадии вторичных заболеваний (4А, 4Б, 4В). По семейному положению – холостые/незамужние, женаты/замужем, разведены, вдовы.

Большая часть контингента отделений 2-5 и 2-6 – официально неработающие; есть бомжи, уголовники и бывшие уголовники; инвалиды 2-й и 3-й группы. Тип заражения, преимущественно, внутривенный, охотно делятся этой информацией; наркотики употребляют до настоящего времени, в основном, героин. Поступают в алкогольном или наркотическом состоянии; при разговоре быстро истощаются. Открыты в общении со священником.

У пациентов отделения 2-6 проявлений вторичных заболеваний нет; для них характерны тромбофлебиты, отеки, боли в конечностях. Страдают абстинентным синдромом. Пациенты этого отделения ведут себя непристойно, блуждают по отделению в нижнем белье, на замечания не реагируют. Часто имеют бытовые травмы. Их часто выписывают под подписку за нарушение режима.

Для пациентов отделения 2-5 характерны проявления вторичных заболеваний: хронические гепатиты смешанной этиологии, полиневропатии конечностей токсикометаболического генезиса, лихорадки, опоясывающий лишай, полисегментарные пневмонии, лимфаденопатия, саркома Капоши.

Состояние у пациентов обоих отделений (2-6 и 2-5) средней тяжести, они пребывают в сознании, но вялые и заторможенные. Наблюдаются нарушение координации, сонливость, при разговоре они быстро истощаются. Пациенты обоих отделений (2-6 и 2-5) находятся в условиях закрытого содержания.

Для пациентов отделения 2-7 и амбулаторных пациентов характерными заболеваниями являются себорейный дерматит, менингоэнцефалит смешанной этиологии, постишемические очаги полушарий головного мозга, токсоплазмоз головного мозга; страдают головокружением, выраженная слабость, но без галлюцинаций на момент осмотра. Для них характерны опоясывающий лишай, жидкий стул, снижение аппетита, кахексия. Состояние средней тяжести. У пациентов отделения 2-7 к этому часто встречается туберкулез легких и двухсторонняя пневмония. Пациенты этого отделения контакты, адекватны, социально правильно ориентированы. Большинство пациентов работающие. Тип заражения – половой, но встречается и внутривенный. Этот тип характерен для пациентов, заражение у которых произошло до 2010-2000 гг. На настоящий период времени не имеется данных об их наркотической или алкогольной зависимости. Пациенты делятся этой информацией не охотно. Большинство пациентов находятся в стадии стойкой ремиссии от 2-х до 10 лет (отделение 2-7) или от 10 и более лет (амбулаторные). Обе группы ведут более трезвый образ жизни, чем пациенты отделений 2-5 и 2-6. Они замкнутые при общении со священником во

время опроса. Условия содержания пациентов отделения 2-7 в стационаре открытые.

2.3 Метод независимых характеристик (экспертный опрос)

Два опроса, проведенных в рамках данного метода, имели разные цели:

Первый – преследовал цель получить информацию от людей, встроенных в систему медицинского обслуживания и жизнеобеспечения стационара, о предпочтениях пациентов ВИЧ-отделений, об их жизненных и ценностных установках, о том, как откликаются пациенты на духовное попечение РПЦ и т.п.;

Второй – анкетирование врачей, обслуживающего персонала и администрации ИКБ на предмет выяснения их мнения о необходимости труда священников и службы милосердия/добровольных помощников в больнице, результаты которого будут представлены в последней главе работы.

В состав экспертов вошли как врачи различных специальностей, работающие в лечебных отделениях, так и сестры милосердия, священники, социальные работники и добровольные помощники, взаимодействующие с медицинским персоналом и оказывающие помощь по уходу за больными или социальную и духовную поддержку:

- Врачи: восемь инфекционистов; два психиатра/нарколога; один нарколог; медицинский психолог (мед. психолог); психиатр; гинеколог.

- Представители административного управления: заместитель Главного врача (зам. Гл. врача); четыре заведующих лечебными отделениями (зав. отделением), все инфекционисты.

- Средний медицинский состав: четыре старшие медицинские сестры (ст. медсестра).

- Социальные службы: два социальных работника (соц. работник).

- Священники: первый священник из церкви, расположенной на территории ИКБ (церковь св. великомученика и целителя Пантелеимона);

второй священник, имеющий многолетний опыт работы с ВИЧ-инфицированными пациентами, но не принадлежащий к клиру больничного храма.

- Сестринская служба: тробная сестра милосердия и четыре рядовые.

- Добровольцы: три человека.

Условия заранее заданной неоднородности экспертов определили функции данного метода как *оценку состояния объекта*.

Для экспертного опроса была разработана анкета, вопросы которой охватывали, по возможности, все интересующие автора данного исследования стороны пребывания пациентов ИКБ в стационаре (Приложение А). Опрос был разовый, все участники опроса были уведомлены о его целях и задачах.

Уровень компетентности группы экспертов врачей, старших медсестер, сестер милосердия и волонтеров нами оценивается как высокий, так как каждый из них в отдельности в своем сегменте компетенции был или единственным специалистом, или специалистом с большим стажем работы в ИКБ. По этой причине их суждения считаются обоснованными и достоверными, в связи с чем было решено не приводить коэффициент самооценки экспертов. Т.е. *фактор валидности* – доверие, которое заслуживает суждение экспертов, зависящее от их компетентности, был достаточен (высокий) для решения поставленных исследователем задач.

Опыт работы в отделениях больницы священников ограничен одним годом по объективным причинам срока существования церкви на территории больницы и сестрической службы. Это обстоятельство позволяет отнести их к типу «необычных экспертов».

Социальные работники были опрошенных в том составе и в том качестве, в котором они были представлены в больнице на момент опроса.

Для оценки характера ответов экспертного опроса использовался индекс сходства Жаккара²⁴¹, позволивший определить взаимную упорядоченность ответов относительно друг друга и оценить степень их совпадения.

Исследования показали, что значения среднего коэффициента Жаккара (коэффициента сходства K_j) лежат в пределах от 0,388844 до 0,175806 (Рисунок 1).



Рисунок 1

Т.е. эксперты в массе своей дали одинаковые ответы меньше, чем в половине случаев, их ответы отличались большим разнообразием, что объясняется заранее обусловленной неоднородностью экспертов в плане их профессиональной принадлежности, необходимую для получения разносторонней оценки состояния объекта исследования.

Наивысшие значения коэффициента Жаккара соответствуют ответам зав. отделения 2-3 ($K_j= 0,388844$), зав. отделения 2-5 ($K_j= 0,375672$) и одного из врачей-инфекционистов ($K_j= 0,371640$), что свидетельствует о наибольшем совпадении их ответов. Совпадение в ответах заведующих двух разных отделений может объясняться тем, что социальный статус пациентов в обоих отделениях сходен, а различие - различием в стадиях болезни пациентов отделений: в от-

²⁴¹Розенберг Г. С. Поль Жаккар и сходство экологических объектов // Самарская Лука: проблемы региональной и глобальной экологии. 2012. №1. С. 190–202.

делении 2-5 - субклиническая стадия с вторичными заболеваниями, а в отделении 2-3 - терминальная с прогрессирующими заболеваниями.

Близость характера ответов зав.отделений 2-3 и 2-5 и ответов одного из врачей-инфекционистов может объясняться большей врачебной согласованностью и взаимодействием друг с другом, в результате чего все три эксперта могут иметь больше точек совпадений во мнениях об объекте исследования, чем другие эксперты.

Кроме этой, есть другая группа экспертов, ответы которых выбиваются из общего ряда, с наименьшими значениями коэффициента Жаккара, находящиеся на нижнем конце графика. Прежде всего, это ответ священника из другого прихода ($K_j = 0,175806$); одной из ст.медсестер отделения ($K_j = 0,190995$); психолога ($K_j = 0,193414$).

Объяснение следующее:

- священник, при всем своем опыте работы с ВИЧ-инфицированными, не знает некоторых особенностей больных стационара ИКБ;
- старшая медсестра работает в одном из самых многочисленных лечебных отделений, отличающегося среди прочих особо «трудным контингентом»; не исключено, что на характер ответов могла повлиять крайняя усталость, если опрос проводился в конце рабочего дня;
- психолог уже долгое время выполняет в больнице работу, не связанную со своей прямой специальностью, и в отделениях появляется редко.

Следом за этими экспертами идет группа, состоящая из двух добровольцев ($K_j = 0,276479$ и $K_j = 0,276882$), одной сестры милосердия ($K_j = 0,289516$) и гинеколога ($K_j = 0,291667$). Как следует из графика и значений коэффициента, степень совпадения ответов этих респондентов с другими тоже не слишком велико.

Объяснение следующее:

- добровольцы – обычно мужчины и контактируют они, в основном, с мужской частью отделения (подстричь, побрить и т.п.), и суждения их распространяются, в основном, на эту группу пациентов;

- к гинекологу обращаются исключительно по личной инициативе, и только те женщины, которые больше других заботятся о своем здоровье и которых можно отнести к категории социально более благополучных, чем большинство других;

- а сестра милосердия, ответившая на вопросы не типично, одна из самых опытных, наиболее вдумчивая и внимательная, что следовало из ее комментариев к ответам. Один из ее комментариев оказался обобщающим ответом на весь вопрос.

Остальные значения коэффициента лежат в пределах от 0,36922 до 0,295968, и характер ответов остальных 21 экспертов подчиняется общему тренду в распределении ответов.

2.3.1 Анализ экспертного опроса

Данные опроса экспертного сообщества были проанализированы по четырем позициям:

- Анализ на основании профессиональной или административной деятельности экспертов в ИКБ (врачи, заведующие отделениями, медсестры, сестры милосердия, священники и т.д.);

- Анализ на основании принадлежности экспертов к соответствующему лечебному отделению (отд.) в ИКБ (отд. 2-3, отд. 2-5, отд. 2-6, отд. 2-7, все отделения);

- Анализ на основании принадлежности экспертов к обусловленной группеспециалистов: 1-я группа – медицинскоперсонал (позиционирующиеся, как лечащий персонал больницы, согласно государственных нормативов и в соответствии со штатным расписанием больницы); 2-я группа – все социальные работники, священники, сестры милосердия и

добровольцы (все, кто либо сам предложил свои услуги больнице по своему милосердию, либо включен в состав персонала больницы по договоренности с ее администрацией или распоряжению Минздрава).

- Анализ ответов всех экспертов без разделения по категориям и группам.

Результаты анализа опроса экспертов представлены в ПриложенииБ, на рисункахБ.1.а – Б.11.в, относящихся к вопросам 3-13 анкеты экспертного опроса. Остановимся на наиболее значимых из них.

Ответы на **вопрос 3** «Что наиболее важно для больных кроме результатов лечения?», показали, что большинство из экспертов (61,3% из всех) выбрали ответ «Бытовые условия пребывания». Его выбрали 65% из группы медиков (1-я группа) и 50% из группы не медиков (2-я группа).

На втором месте ответ «Общение» (16% из всех). В основном, его предпочли те, кто не связан с материальным жизнеобеспечением больных в стационаре, и в обязанность которых входит общение с больными - 50% группы не медиков (2-я группа): сестры милосердия, священники, соц.работники, волонтеры.

Вопрос 4 – «Что наиболее важно из бытовых условий для больных?» – позволил установить, что при расширенном толковании понятия «общение», этот термин набирает гораздо больше приверженцев. Ответы Г: «ТВ, кино, наличие средств коммуникаций с внешним миром» (22,6% всех) и Д: «Свобода перемещения в больничном пространстве» (6,5% всех), представляя суммарный аналог ответа «Общение» на предыдущий вопрос, набрал 29,1% голосов всех экспертов.

Ответ Г получил голоса экспертов отделений 2-6 и 2-7 (по 50% в каждом). А те эксперты, кто не привязан к конкретному отделению, отдали ему предпочтение в 66,7% случаях («другие»).

Ответ Д выбрали по 50% экспертов отделений 2-5 и 2-6. При этом для отделения 2-6 оба эти ответа – Г и Д – оказались главными и единственными.

Вопрос 5 - «Кого больные предпочитают в качестве собеседника, чтобы поговорить по душам?» - дал равномерное распределение ответов по всей шкале. Врачи ответили - врачей, старшиемедсестры – старшихмедсестер, священники – священников, добровольцы – добровольцев и т.д. Только эксперты отделения 2-6 выбрали единодушно: «Общество таких же больных». Но обобщающим и не противоречащим ни одному из утверждений всех экспертов стал комментарий одной из сестер милосердия: «Любое новое лицо, готовое их выслушать».

Никто не выбрал ответы К, Л и Н: «Предпочтение одиночества», «Чтобы собеседник держал за руку» и «Разговорчивого собеседника». Это подтверждает мнение о большей потребности больных высказаться самим, нежели услышать что-то от других, а также то, что за пределами стационара у них нет такой возможности.

На **вопрос 6** анкеты о приоритете тем для разговоров эксперты отдали предпочтение ответу «О болезни, самочувствии, процессе лечения, о больничном быте» (в 41% всех экспертов).

Мнения экспертов лечебных отделений и «других», распределились почти равномерно по всей шкале ответов. Эксперты 1-й группы (медики) выбрали ответ «О здоровье» (60%), а 2-й (не медики) – «О футболе; о фильмах; «рыбацкие истории»; сплетни и пр.» (50%). Объяснение такого выбора вполне естественное: в больничной среде больные, прежде всего, разговаривают о состоянии своего здоровья, о лечебном процесс и т.п., а в остальное время – на темы, способные вызвать интерес у собеседника, и в этом отношении ВИЧ-инфицированные пациенты не отличаются от других людей. При этом каждый эксперт услышит то, что ему самому знакомо: медики – о медицине и здоровье, а эксперты, входящие в группу специалистов, выполняющую гуманитарную миссию в больнице – разговоры на различные бытовые темы. Именно поэтому никто, кроме священника больничного храма, не выбрал ответ В: «О Боге и Церкви».

На **вопрос 9** «Какая целевая жизненная установка у пациентов?» на первом месте (47% все) оказался ответ Г: «Они ждут, когда их обнадежат сообщением о полном их выздоровлении»: от 40% заведующие отделений до 80% инфекционистов, а также заместитель главного врача. В лечебных отделениях этот ответ выбрали в 52,3% случаях (отд. 2-3 – 100%, 2-7 – 50%).

На втором месте (22,6% все) ответ Е: «Озабочены предстоящими трудностями после выписки» (от 20% у заведующих отделениями до 50% у социальных работников и психиатров/наркологов). В лечебных отделениях его предпочли в 23,8% случаях (отд. 2-5% - 50%).

Эксперты, не принадлежащие к лечебным отделениям – «другие» - распределили свои голоса поровну (по 33,3%) среди ответов А: «Интересуются вопросами жизни и смерти», Г: «Ждут, когда их обнадежат сообщением о полном выздоровлении», Е: «Озабочены предстоящими трудностями после выписки».

Эксперты-медики (1-я группа) выбрали ответ Г: «Ждут, когда их обнадежат сообщением о полном их выздоровлении» в 55%. У не медиков (2-я группа) приоритетным оказалось два ответа: Г: «Ждут, когда их обнадежат сообщением о полном их выздоровлении» и Е: «Озабочены предстоящими трудностями...» (по 27,3%), а вторым - А: «Интересуются вопросами жизни» (18,2%). Различие в ответах объясняется тем, что эксперты не медики (2-я группа) в общении с больными сами чаще касаются тем бытия, в то время как деятельность и темы бесед у экспертов 1-й группы с больными лежат в области медицины.

Никто из экспертов не выбрал ответ Б: «Интересуются вопросами смерти». Это подтверждает, что выбор ответа Г - «Ждут, когда их обнадежат сообщением о полном выздоровлении» - не случаен.

На **вопрос 10**-«Если пациенты не разговаривают на темы жизни и смерти, то есть ли какие-то признаки, что эти вопросы их интересуют?» - 45% всех экспертов выбрали ответ Б: «Скорее интересуется, но они боятся таких разговоров». Его выбрал один доброволец (33%), 2 заведующих отделения, 1 социальный ра-

ботник и 2 инфекциониста (по 50%), гинеколог (100%), старшие медсестры (80%).

Второй по значимости ответ был А: «Их это интересует, т.к.они охотно слушают говорящего на эти темы, не перебивают и всем своим видом показывают интерес» (35.5% всех экспертов). Этот ответ выбрали оба священника и зам.главного врача (по 100%), сестры милосердия (75%), добровольцы (67%), соц.работники (50%) и один заведующийотделения (25%).

Голоса экспертов, работающих в лечебных отделениях (Приложение Б, рисунокБ.6.б), разделились в своих предпочтениях поровну между этим же двумя ответами по 42,3%. За ответ А - «Их это интересует...» - высказались экспеты отд. 2-7 (50%) и «другие» (66,7%). А за ответ Б - «Скорее интересует, но боятся...» - эксперты отд. 2-5, 2-6, 2-7 (по 50%) и отд. 2-3 (100%).

При анализе ответов на этот вопрос по группам (Приложение Б, рисунокБ.6.в) результаты оказались различными у медиков (1-я группа) и не медиков (2-я группа). Приоритетный у «всех» ответ Б: «Скорее интересуют, но они боятся таких разговоров» (48,4% всех). Его поддержали эксперты 1-й группы - 55%, тогда как из 2-й группы - только в 36,4%.

А второй по приоритету у «всех» ответА: «Их это интересует...» оказался на первом месте для 2-й группы (80%) и лишь на третьем для 1-й (15%).

На втором месте у 1-й группы ответ В: «Скорее не интересует, но не перебивают» (12,9% все). Они отдали ему предпочтение в 20% случаев. 2-я группа экспертов не голосовала за этот ответ.

Такие результаты обусловлены тем, что все эксперты, чья деятельность в стационаре связана с лечебным обеспечением, редко разговаривают на темы бытия и смерти с больными, в отличие от тех, чья деятельность не связанные напрямую с лечебным процессом. Именно поэтому вторые более осведомлены об отношении больных к этим вопросам.

Единодушие экспертов проявилось в ответе на **вопрос 11** - «Кто (мужчины или женщины) в большей степени проявляют интерес к теме жизни и смер-

ти?». От 84% до 90% экспертов, при анализе по всем трем позициям, ответили, что «Нет четкого разделения».

На последний **вопрос 13** (Приложение Б, Рисунки Б.8.а²⁴², Б.8.б, Б.8.в) – «Наблюдаются ли у больных какие-либо изменения эмоционального или физического состояния после беседы со священником или посещения церковных служб?» - ответы распределились следующим образом: ответ А - «Да, они становятся спокойней, общительнее, веселее, у них спокойнее сон и пр.» - выбрали 61,3% всех экспертов и 57,1% всех экспертов, представляющие лечебные отделения; все зав. отделений (100%) и 50% врачей-специалистов; зам. главного врача и гинеколог (100%); инфекционисты (60%); 75% сестер милосердия; 60% ст. медсестер; по 50% священников (священник больничного храма) и соц. работников.

В лечебных отделениях этот ответ выбрали отделения 2-3 и 2-7 (по 100%), отделения 2-5 и 2-6 (по 50%), «другие» - 66,7%.

Второй по частоте встречаемости был ответ «Пропущен» (19,4% всех экспертов и 23,8% всех экспертов, представляющих лечебные отделения). Его выбрали 50% психиатров/наркологов, а также 66,7% добровольцев, 50% соц. работников и священник не из больничного храма. Всего же его выбрали 33,3% экспертов, не принадлежащих по своему статусу к персоналу отделений («другие»). В сумме с ответом «Не знаю» число экспертов, выбравших эти варианты, - 25,5% всех экспертов и 33,3% всех по отделениям. В целом за оба ответа высказались те, кто считал себя не достаточно компетентным, чтобы давать заключение по данному вопросу.

Ответ «Нет изменений, но им нравится посещать церковные службы» выбрал один врач-инфекционист (20%).

Две старшие медсестры распределили ответы между «Нет отличий от тех, кто не ходит в церковь или общается со священником» (20%, отд. 2-6) и «Нет

²⁴² *Антоний (Кадышев), игум.* Проблемы духовного попечения ВИЧ- инфицированных больных в условиях стационара // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XII международной научно-практической конференции (Россия, г. Новосибирск, 19–20.06.2015 г.). Новосибирск: Международный Научный Институт «Educatio», 2015. №5 (12). С. 32–35.

связи. У некоторых есть положительные изменения, но есть и такие, у которых были ухудшения» (20%, отд. 2-5).

При анализе по группам подтвердилось, что в обеих группах – и медиков, и не медиков – ответ был общий: «Да, они становятся спокойнее...». 1-я группа дала 65% голосов, 2-я – 54,5%. А 45,5% экспертов из 2-й группы выбрали ответ «Не знаю» или «Пропущено», т.е. отказались от ответа, в силу своей некомпетентности в этом вопросе. В 1-й группе по сумме двух последних ответов 15%.

Остальные ответы 1-й группы распределились среди «Нет связи. У некоторых улучшение, но есть те, у которых наблюдалось ухудшение» (10%), «Нет изменений, но им нравится ходить на службу» (5%) и «Нет отличий от тех, кто службы не посещает» (5%).

Ни отдельно, ни в группах никто из экспертов не выбрал ответ «Да, они лучше реагируют на лекарства...», так как медицинских наблюдений в стационаре по этому направлению не проводилось. Но ни один из экспертов не выбрал и ответы «Нет никаких изменений» и «Изменения в худшую сторону. Они становятся более замкнутыми (раздражительны и пр.)».

Таким образом, на уровне экспертного сообщества стационара зафиксировано положительное влияние на пациентов лечебных отделений духовного попечения священниками Русской Православной Церкви. Такое мнение в различной форме высказали более 60% всех опрошенных экспертов

2.4 Индивидуальное глубинное интервью

Задачей индивидуального глубокого (глубинного) интервью является получение «личной», охватывающей широкий спектр вопросов, информации от больного о нем самом, о проблемах волнующих его, о предметах и явлениях, оказывающих влияние на его жизнь^{243,244,245}.

²⁴³Белановский С. А. Глубокое интервью: учебное пособие. М.: Никколо-Медиа, 2001. 320 с.

²⁴⁴Добреньков В. И., Кравченко А. И. Методы социологического исследования: Учебник. М.: ИНФРА-М, 2004. 768 с.

Осуществляемое нами глубокое интервью было *направленным*, с набором строго обязательных вопросов для каждого участника, что позволило получить однотипную информацию и обеспечило возможность последующего сравнения и анализа данных.

Одновременно предусматривалась возможность задавать дополнительные вопросы, что определило интервью как *неформализованное*. Это объясняется спецификой объекта исследования: больные стационара находятся под медикаментозным воздействием, что объясняет их быструю утомляемость и некоторую заторможенность. Это обстоятельство предопределило использование в анкете простых формулировок, а также возможность уточнения их во время интервью, что позволяло опрашиваемому спокойно и осознано отвечать на вопросы анкеты.

Интервью потребовало разработки специального опросника, т.к. ни один из известных^{246,247,248} не охватывал весь набор интересующих вопросов. Кроме того, они были составлены для решения других задач (например, в области психиатрии) и предполагают принципы интерпретации, несовпадающие с нашим подходом. Первоочередные необходимости следующие:

- исследовать условия жизни больных вне стационара и источники заражения, а также взаимосвязь различных причин и факторов, способствовавших обстоятельствам заражения людей. Это обусловлено тем, что при поступлении в стационар на некоторые вопросы больные дают или формальную, или ложную информацию;

²⁴⁵ *Страус А., Корбин Дж.* Основы качественного исследования: обоснованная теория, процедуры и техники / пер. с англ. и послесл. Т. С. Васильевой. М.: Эдиториал УРСС, 2001. 256 с.

²⁴⁶ Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса / Таблица стандартных баллов // Psylab.info — энциклопедия психодиагностики. URL: http://psylab.info/Опросник_«Способы_совладающего_поведения»_Лазаруса/Таблица_стандартных_баллов (дата обращения 10.01.2017).

²⁴⁷ *Куликов Л. В.* Методика определения доминирующего состояния. СПб.: СПбГУ, 2003. URL: <http://www.acme-ai.com/?p=1261> (дата обращения 10.01.2017).

²⁴⁸ Шкала (тест-опросник) депрессии Бека // Психология счастливой жизни. URL: <http://psycabi.net/testy/592-shkala-test-oprosnik-depressii-beka-kognitivnaya-terapiya-beka-ili-kak-vyjti-iz-depressii> (дата обращения 10.01.2017).

- изучить, в какой степени пациенты подвержены страстям (гнева, уныния, осуждения и т.п.) и в какой степени присутствует в них смирение;

- исследовать проблемы духовного мира ВИЧ-пациентов, их отношение к Церкви; установить, сказывается ли воцерковленность пациентов на их эмоциональное и физическое состояние при лечении в стационаре;

В разработанном автором исследования опроснике удалось сформулировать вопросы по интересующим нас проблемам ВИЧ-инфицированных больных (Приложение В). В основу его был положен принцип, предложенный профессором В. Ф. Войно-Ясенецким (святитель Лука архиепископ Симферопольский и Крымский) для описания человека, как единства и гармонии тела, души и духа²⁴⁹:

-Вопросы, касающиеся текущих жизненных обстоятельств и условий; источники заражения (ВИЧ-инфицированные во внешнем мире; «тело»); вопросы 4 – 35, 55 – 62.

В этом блоке вопросов, наряду с вопросами социально-демографического плана, респондентам предлагалось высказаться о своих друзьях, коллегах, детях и о том, знают ли они о диагнозе респондента; о характере и отношении к работе; с кем проживают респонденты и какие у них с ними взаимоотношения и т.п. Ряд вопросов касался пристрастий респондентов к наркотикам и путей заражения.

-Эмоциональная картина внутреннего мира ВИЧ-инфицированного человека (душевный мир; «душа»); вопросы 31-39, 41-50, 52, 67, 69.

В этот блок вошли некоторые типичные вопросы для определения степени депрессии у человека, чтобы выяснить реакцию респондента на окружающих людей, на обиды, отношение к своей внешности, здоровью, самочувствию и т.д. Необходимо отметить, что в нашу задачу входило определение уровня депрессии, но лишь установление факта предрасполо-

²⁴⁹Лука (Войно-Ясенецкий), свт. Дух, душа и тело. Минск: Белорусская Православная Церковь, 2014. 191 с.

женности респондента к ней. Поэтому ответы на вопросы основной анкеты были переформулированы таким образом, чтобы кроме «депрессивного» ответа (последний), один из ответов (первый) имел оптимистическую окраску, а между «оптимистическим» и «депрессивным» были еще два варианта ответов, переходного характера.

-Духовные проблемы и переживания ВИЧ-инфицированного человека; (вопросы о смысле жизни, о счастье, о Боге и т.п.; «дух»); вопросы 63-66, 68, 70-73.

Эта категория вопросов основывается на качестве ведущих паттернов переживаний, характерных для духовных кризисов: обращение к Богу; размышление о смысле жизни; изменение системы ценностей; чувство одиночества и ощущение несправедливости жизни.

Для удобства изучения состояния духа респондентов, из перечисленных трех блоков вопросов нами были выделены еще две группы:

-планы ВИЧ-инфицированных больных (ближайшие и отдаленные); вопросы 74 – 75;

-отношение пациентов к вере и Церкви; вопросы 76 – 88.

При формулировке вопросов автор старался придерживаться нескольких принципов:

- Учитывая специфику заболевания и во избежание какого-либо раскрытия личной информации больного, почти все вопросы анкеты были *закрытого типа*, респонденту предлагалась возможность выбрать один (или больше) из вариантов готовых ответов (вопросы-меню);

- Если респондент не находил подходящего ответа, то он мог воспользоваться ответом «другое», с соответствующим комментарием;

- Чтобы не создавать дискомфорта и напряжения у больных при опросе, а также учитывая болезненность их состояния, вопросы анкеты располагались последовательно, не предполагая перескакивания через вопросы, в связи с определенными условиями. Например, если респондент на-

ходил, что вопрос не адресован ему, то он мог выбрать ответ «пропущен» (например, безработный на вопрос о взаимоотношениях с коллегами и т.п.);

- Учитывая то, что при поступлении в стационар больные часто дают о себе ложную информацию на некоторые *прямые вопросы*, часть вопросов анкеты формулировались таким образом, чтобы *косвенно* получить максимально правдивую информацию о них (например, о степени вовлеченности респондента в трудовую деятельность);

- Использование вопросов-фильтров позволили на этапе обработки опроса выделить ответы воцерковленных православных больных, а затем из них – ответы причащающихся.

- Проведение экспертного опроса среди лечащего и ухаживающего персонала ВИЧ-отделения и личное участие автора в работе с пациентами данного отделения (методом включенного наблюдения) позволили определить, какой допустимой продолжительности может быть опрос больного и определить количество вопросов анкеты. Предположение о том, что в опросе согласятся принять участие только те, кто сам хочет высказаться, подтвердилось. Продолжительность опроса, с охотного согласия респондентов, было время горения свечки перед иконой (40-50 минут).

2.4.1 Обоснование надежности выборки объекта исследований

В качестве эмпирического объекта исследования принимались все пациенты ВИЧ-отделения ИКБ во всех лечебных отделениях, включая группу амбулаторных пациентов стационара. Генеральной совокупностью считались все пациенты, пролеченные в ВИЧ-отделение ИКБ за 2014 год, в течение которого происходил опрос больных (3530 человек; исключая терминальное отделение, в котором опрос не проводился). Исследование было выборочное и случайное. Опрос – неповторный, индивидуальный, с согласия пациентов.

Количество опрошенных пациентов в каждом отделении колебалось от 30 человек (на амбулаторном учете) до 74 человек (отделение 2-6). Суммарно по всем лечебным отделениям было опрошено 220 человек (выборка). Соотношение мужчин и женщин среди опрошенных - 99 (45%) женщин и 121 (55%) мужчин (Приложение А, вопрос 1). Это близко к таковому в генеральной совокупности (40% - женщин, 60% - мужчин в генеральной совокупности). Это же относится и к распределению респондентов по возрасту: 19-29-летних - 25 человек (11,4%), 30-39-летних - 118 человек (53,6%), 40-49-летних - 64 человека (29,1%), 50-59-летних - 13 (5,5%) (Приложение А, вопрос 2).

Качество выборочного социологического исследования, каким является данное, определяется репрезентативностью и обоснованностью выборки, обоснованность или надежность которой определяется гарантией ошибки выборки.

Мера неточности оценки, возникающей вследствие ошибки выборочного исследования - e (ошибка репрезентативности, доверительный интервал, разброс ошибки) - вычислялась по формуле²⁵⁰:

$$e = Z * [p(1-p)]^{0,5} * (1 - n/N)^{0,5} / (n-1)^{0,5} \quad (1),$$

где Z – коэффициент достоверности (1,96 для +/-95%);

p – ожидаемая частота результата; для расчета необходимой случайной выборочной совокупности использовалась максимальная величина (чтобы исключить недооценку объема выборки) $p=0,5$;

N – численность генеральной совокупности; $N=3641$ (количество пролеченных пациентов трех лечебных отделений, в которых проводился опрос, по архивным данным ИКБ);

n – объем выборки при бесповторной, случайной опросе.

Из формулы (1) следует, что на точность измерений (e) влияет объем выборки (n). Численность генеральной совокупности (N) влияет в гораздо меньшей степени (в разумных рамках). Для обеспечения статистически достоверных

²⁵⁰ Bland M. An Introduction to Medical Statistics, 3rd.ed / Oxford University Press. Oxford: 2000; Расчет размера выборки // Курс: Краткое введение в биостатистику. URL: <http://www.pubhealth.spb.ru/COPC/STATSH/ssize.htm> (дата обращения 10.01.2017).

результатов необходима её однородность^{251,252,253,254}. В расчетах значения e вычислялись для двух объемов выборки: $n_1=120$ и $n_2=220$ человек. В первом случае при $n_1=120$ $e_1 = +/-8,7\%$. Чтобы уменьшить значение ошибки, объем выборки решено было увеличить. Во втором случае, при достижении объема выборки $n_2=220$, $e_2= +/- 6,4\%$. При этом результаты, полученные с выборкой 220 человек, очень мало отличались от тех, которые были получены с выборкой 120 человек, что указывает на однородность генеральной совокупности. Поэтому решено было не продолжать опрос, увеличивая объем выборки, для достижения более высоких значений точности. Для характера исследований, какими являются наши, полученная точность $e_2= +/- 6,4\%$ допустима²⁵⁵.

2.5 Математико-статистический метод исследования

Этот метод использовался для обработки данных индивидуального глубокого интервью, экспертного опроса и анкетирования врачей и администрации ИКБ. Обработка была проведена профессионально, на языке программирования АWK - предназначенном для обработки структурированных текстовых документов, какими являются анкеты и опросники. Исползованный пакет программирования состоял из нескольких программ, каждая из которых - отдельный модуль, рассчитывающий отдельную задачу. На входе (сводные таблицы данных анкетирования) и на выходе (таблицы и графики) использовался Excel.

Язык АWK использовался для валидации (проверки) данных, предварительной обработки и кодировки, а затем обработка проводилась профессионально статистическим пакетом R²⁵⁶.

²⁵¹Добреньков В. И., Кравченко А. И. Методы социологического исследования. ... 768 с.

²⁵²Ядов В. А. Стратегия социологического исследования: учебное пособие. Изд. 3-е, испр. Москва: Омега-Л, 2007. 322 с.

²⁵³Девятко И. Ф. Методы социологического исследования. Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 1998. 208 с.

²⁵⁴Батыгин Г. С. Лекции по методологии социологических исследований: учебник для студентов гуманитарных вузов и аспирантов. М.: АО «Аспект Пресс», 1995. 277 с.

²⁵⁵Генеральная совокупность и выборочный метод // Энциклопедия Экономиста. URL: <http://www.grandars.ru/student/statistika/generalnaya-sovokupnost.html> (датаобращения 10.01.2017).

²⁵⁶Волкова П. А., Шипунов А. Б. Статистическая обработка в учебно-исследовательских работах. М.: Изд-во. Экспресс, 2008. 60 с.

Основной модуль программного пакета на языке AWK - run.sh, главная программа, делающая перекодировку данных Excel и запускающая другие модули:

basic.awk - валидация данных и грубая статистика; все модули работают со всеми форматами наших исходных таблиц;

frequencies.awk - основной подсчет частот по альтернативам, и специальные группировки;

freq_agg.awk - создание сокращенной таблицы только с процентами для Excel графиков;

r_export.awk - кодировка для экспорта матрицы в статистический пакет R;

correlations.awk - подсчет корреляций между альтернативами (как число респондентов, выбравших две заданные альтернативы);

jaccard.awk - вычисление коэффициентов Жаккара (метрика близости двух респондентов, как число одинаковых альтернатив).

2.6 Резюме

1. В первую очередь пациенты озабочены вопросами, связанными с их жизнеобеспечением, и только после этого возникает потребность в общении (признание 61,3% всех экспертов и 50% экспертов-медиков). Для больных важно не ощущать себя в изоляции от внешнего мира. Это проявляется не только в потребности в беседах, но и в получении информации из внешнего мира и о внешнем мире. Большинство пациентов испытывают потребность рассказать о себе, они готовы делиться своими жизненными историями с кем угодно, кто готов их слушать. Это дает основание предполагать, что вне стационара больные ограничены в такой возможности.

2. Большинство пациентов настроены на лечение и выздоровление, поэтому основная тема бесед связана с лечением. Тем не менее, вопросы смысла бытия интересуют пациентов, в независимости от их пола. Однако сами боль-

ные не инициируют подобные разговоры, т.к. часто им бывает страшно касаться таких тем. Чаще всего, они подключаются к таким разговорам в качестве слушателей, выражая своим вниманием интерес к теме. Уверено об этом заявляют эксперты, в чьи обязанности входит гуманитарная составляющая работы в стационаре. В более осторожной форме это же высказано экспертами-медиками, в чьи обязанности не входит проведение таких бесед.

3. Большинство голосов экспертное сообщество стационара заявило о пользе духовного окормления ВИЧ-инфицированных пациентов. Эксперты отметили, что общение со священников и посещение церковных служб положительно сказывается на самочувствии пациентов: они становятся спокойнее, общительнее, веселее, у них спокойней сон, что улучшает их общее состояние. Ни один из экспертов не выбрал ответы «Нет никаких изменений» и «Изменения в худшую сторону...».

4. Опрос экспертов подтвердил необходимость углубленного исследования влияния духовного попечения на физическое и эмоциональное состояние больных стационара.

Задачи нашего исследования потребовали проведения опроса пациентов, с целью

- изучить условия жизни больных вне стационара и источники заражения, а также взаимосвязь различных причин и факторов, способствовавших обстоятельствам заражения людей;

- изучить вопросы, касающиеся проблем духовного мира ВИЧ-пациентов ИКБ, их отношения к Церкви, в какой степени они подвержены страстям (страсть гнева, уныния, осуждения и т.п.) и в какой степени присутствует в них смирения;

- исследовать, сказывается ли воцерковленность пациентов стационара на их эмоциональное и физическое состояние при лечении.

На основе разработанного автором специального опросника был проведен опрос пациентов в трех лечебных ВИЧ-отделениях стационара. Расчет выборки

(220 респондентов) показал, что при однородной генеральной совокупности, каким является контингент этого отделения ИКБ, и для характера данных исследований, полученная точность $e_2 = \pm 6,4\%$ вполне допустима.

ЭМПРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

3.1 Изучение данных опроса пациентов

(анализа результатов индивидуального глубокого интервью)

3.1.1 Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающимся текущих жизненных обстоятельств и условий; источники заражения (ВИЧ-инфицированные во внешнем мире; «тело»)

1 Место жительства и условия проживания

(Приложение Г, вопросы 3, 4, 17; Приложение Д, рисунки Д.4.а – Д.4.в, Д.10.а - Д.10.в)

Вопрос 3. Большинство участников опроса проживает в Москве (85,9%), что обусловлено статусом ИКБ, как Московской городской больницы. Кроме москвичей, есть незначительное число иногородних, а также людей без определенного места жительства (бомжей): 6,8% (9,1% мужчин и 4% женщин). Больше всего бомжей среди 19-29-летних (12%) и 50-59-летних (25%), а среди воцерковленных в 1,5 меньше, чем среди крещеных (4,8% против 7,1%).

Вопрос 4. Большинство респондентов обеспечено отдельной (60,0%) или коммунальной (20,5%) квартирой. Обеспеченность жильем женщин выше (81,8%), чем у мужчин (79,4%). У крещенных и воцерковленных почти нет отличий по этому показателю: 80,7% - 80,9%.

Опрос показал, что число мужчин, выбравших ответ «у меня нет жилья», больше, чем число бомжей среди них: 10,7% против 9,1%. У женщин эти цифры одинаковые - 4%.

Не имеющих жилья среди воцерковленных в 2,3 раза меньше чем среди крещеных (3,6% против 8,2%; 7,7% среди всех).

Вопрос 17. Большинство больных проживает совместно с родственниками первой очереди: с родителями, и/или мужем/женой, и/или детьми (58,6% - женщины и 47,1% - мужчин). Чем моложе респонденты, тем больше среди них проживающих с родителями (от 8,3% до 44%). Меньше всего проживающих с мужем/женой среди самых молодых. Это происходит из-за большого числа незамужних/неженатых в этой возрастной группе. В остальных возрастных группах число проживающих с мужем/женой падает с возрастом респондентов (от 20,3% до 16,7%).

Опрос показал, что одиноких женщин среди пациентов вдвое меньше, чем одиноких мужчин: 15,2% - женщин, 31,4% - мужчин. Кроме того, чем старше респонденты, тем больше среди них одиноких (от 16% до 33,3%). Среди воцерковленных и крещеных этот показатель почти одинаков: 25,1% и 25,3%.

С родственниками второй очереди проживает всего 10,1% женщин и 4,1% мужчин. Больше всего таких среди 50-59-летних респондентов: 16,7% против 4%-7,6% у других возрастных групп. Комментарии свидетельствуют, что речь идет о семьях сестер, племянников и т.п., но никогда о семьях своих взрослых детей.

Ответы о проживании «в неполных семьях с детьми» и «с родителями и детьми» выбрали только женщины (4,0% и 5,1% по каждому ответу), а также возрастные группы 30-39- и 40-49-летних (в каждой от 0,8% до 3,4%).

Опрос показал, что число воцерковленных, проживающих совместно с другими родственниками, на 1,3%-4% больше таковых у крещенных и всех респондентов в целом. Только проживающих с родителями среди воцерковленных оказалось на 8% меньше, чем у крещеных или всех (14,5%, против 22,4% и 22,3%).

Ответы «проживаю с друзьями» и «пропущен» набрали 12,2% у женщин и 16,5% у мужчин. У 50-59-летних эти ответы получили 8,3% и 16,7% соответст-

венно и полностью соотносятся с количеством бомжей в группе: 25%. В остальных возрастных группах нет очевидных связей. Кроме двух 40-49-летних мужчин, живущих в общежитии, и одной женщины из группы 30-39 лет, живущей в монастырской общине, остальные уклонились от комментариев в этих ответах.

2 Материальное положение

(Приложение Г, вопрос 5)

Вопрос 5. По сумме трех первых ответов на вопрос о материальном положении респондентов - «могу позволить себе всё, что захочу», «ни в чем не нуждаюсь» и «иногда денег не хватает» - выяснилось, что женщины лучше обеспечены, чем мужчины (87,8%, против 84,3%). В возрастных группах лучшее материальное положение оказалось у 30-39-летних (78,8%) и 40-49-летних (80,3%), которые являются наиболее трудоактивной группой. У самой молодой (19-29-летних) и самой пожилой (50-59-летних) возрастных групп результаты по сумме трех ответов близкие: 68,0% и 66,7%, соответственно. Последнее объясняется наличием в группе 50-59-летних неработающих женщин пенсионного возраста, а также тем, что в обеих возрастных группах оказалось сравнительно большое количества бомжей.

Материальное обеспечение у крещеных и воцерковленных почти одинаковое (79,2% и 80,7% соответственно), и оно хуже, чем в группах у мужчин и женщин.

Женщины почти вдвое чаще мужчин выбрали ответ «еле-еле хватает на еду» (11,1% против 5,8% у мужчин), однако у мужчин чаще, чем у женщин, «бывает, что иногда не на что купить хлеба» (15,7% против 12,1%). Такие ответы в большей степени свойственны возрастным группам 19-29-летних (24%) и 50-59-летних (25%), среди которых большие группы бомжей.

Воцерковленных, выбравших этот ответ, в 1,5 раза меньше, чем крещеных: 10,8%, против 15,3% (среди воцерковленных меньше бомжей).

3 Образование, сфера деятельности

(Приложение Г, вопросы 7, 8, 9; Приложение Д, рисунки Д.6.а - Д.8.в)

Вопрос 7. Опрос показал, что по сумме трех ответов на вопрос об образовании у пациентов - «среднее специальное», «неоконченное высшее» и «высшее» - женщины более образованы (57,5%), чем мужчины (51,3%). Образованных больше и среди воцерковленных (60,2%) по сравнению с крещеными (51,9%). В возрастных группах лучшее образование зафиксировано у 50-59-летних (58,4%), постепенно снижаясь к группе 19-29-летних (48%).

Одновременно с этим, женщин, не получивших общее среднее образование (ответ «среднее неполное») тоже больше: 13,1% против 9,9% у мужчин. Не оказалось ни одного пациента, кто выбрал бы этот ответ, в самой старшей возрастной группе, (остатки советской системы с ее законом о всеобщем среднем образовании). В других возрастных группах цифры колеблются от 8% (19-29-летние) до 13,6% (30-39-летние).

Вопрос 9. Самые популярные ответы на вопрос о сфере деятельности пациентов «квалифицированный специалист» (женщины - 24,2%, мужчины - 18,2%) и «разнорабочий» (женщины – 18,2%, мужчины – 24,0%), с явным качественным перевесом в сторону женщин. По возрастным группам ответ «квалифицированный специалист» распределен довольно равномерно от 20% до 22,9% в каждой. Исключение наблюдается у 50-59-летних: только 8,3%. А число разнорабочих в возрастных группах увеличивается с увеличением возраста респондентов: от 12% у самых молодых до 33,3% у самых старших.

Ответ «квалифицированный специалист» чаще выбирают воцерковленные (27,7%, против 20,2%), а «разнорабочий» - крещеные (23,0%, против 20,5%).

Женщин больше, чем мужчин занято в науке, образовании, культуре, медицине (от 1,0% до 7,1%, против 0,8% до 3,3% у мужчин). Результаты занятости коррелируются с ответами на вопрос об образовании: у женщин оно несколько выше, чем у мужчин.

Хотя ответ «учусь» в **вопросе 8** выбрало заметное число респондентов, но в **вопросе 9** никто не выбрал ответ «студент». Скорее всего, это обусловлено тем, что понятие «студент» привычно ассоциирует у большинства с понятием

«студент ВУЗа», в то время как обучающиеся на каких-нибудь курсах не воспринимают себя студентами в классическом понимании этого термина.

Лучшее образование, заявленное ранее в группе 50-59-летних, нашло очень малое отражение в ответах о сфере деятельности пациентов этой группы. Возможно, из-за того, что оно присуще в большей степени женщинам-пенсионеркам. Вторая особенность этой возрастной группы в том, что 25% ее состава, объявивших себя бомжами, не проявили себя в ответах, как безработные: безработных в этой группе всего 8,3%.

Неработающих женщин-пенсионеров среди опрошенных больше, чем неработающих мужчин, что подтверждает вывод о лучшей материальной обеспеченности женщин-респондентов, позволяющей им не работать.

4Работа

(Приложение Г, вопросы 8, 9, 10, 11, 12, 16; Приложение Д, рисунки Д.7.а – Д.9.в)

Статистика ИКБ говорит о том, что во всех возрастных группах число безработных среди пациентов от 76,2% до 79,9% (у самых молодых) от общего числа пациентов (87,7% у тех, кто старше 60-ти лет). Объясняется это тем, что пациенты, не имеющие никаких доходов, будут получать АРТ (антиретровирусная терапия) бесплатно после постановки их на амбулаторное лечение. Поэтому при поступлении в стационар пациенты с низкими доходами объявляют себя безработными. Несколько вопросов нашей анкеты, в разной степени затрагивающие трудовую и профессиональную деятельность пациентов (**вопросы 8-12, 16**), были призваны установить реальное соотношение работающих и не работающих пациентов.

Вопрос 9.В ответах на вопрос о сфере деятельности цифры говорят, что среди женщин и мужчин безработных, примерно, поровну: 12,1% и 12,4%. С учетом неработающих пенсионеров максимальное число нигде не работающих не превышает 20,2% у женщин и 18,2% у мужчин.

Безработица тесно связана с возрастным фактором: чем моложе респонденты, тем больше среди них безработных (20% у 19-29-летних с уменьшением до 8,3% у 50-59-летних). С учетом неработающих пенсионеров картина меняется: наибольшее число неработающих среди 19-29-летних и 50-59-летних (36% и 33,3%), а в самых трудоактивных возрастных группах – 17,3%-17,2%.

Меньше всего безработных в группе воцерковленных: 7,2% против 11,5% у крещеных (12,3% у всех в целом).

Значительное число респондентов выбрало ответ «другое» (12,3% у всех в целом). В комментариях указывается, что это профессии водителя, повара, кукольника, психолога, программиста, офисного работника, курьера, продавца, а также сидящие с маленькими детьми женщины др. Все эти пациенты сочли, что среди предложенного выбора ответов для них нет подходящего. Одновременно с этим, ответ «другое» выбирали люди с уголовным настоящим и работающие в неофициальной или нелегальной области приложения труда.

Часть респондентов не пожелала сообщить о роде своей трудовой деятельности. Среди них женщин оказалось в 2,5 раза больше, чем мужчин (6,1% против 2,5%). В возрастных группах этот ответ получил от 0% среди молодых до 8,3% у самых старших.

На **вопрос 8** «Вы работаете или учитесь?» более половины респондентов выбрали ответы «работаю» или «совмещаю работу и учебу». Мужчин среди них оказалось более 70%, а женщин - менее 60%. В возрастных группах этот показатель колеблется от 56% в группе 19-29-летних до 71,9% (трудоактивная группа 40-49-летних). Показатель резко уменьшается в группе 50-59-летних (25%) по естественным причинам: в группе есть неработающие женщины пенсионного возраста и их количество зафиксировано в ответе «пропущен» - 25%. Воцерковленные выбрали эти ответы в 71,1% случаев, что является высоким показателем. У крещеных только 63,4% (65,0% у всех в целом).

Среди пациентов есть заметный процент учащихся (9,1% у женщин и 7,5% у мужчин) а также ничем не занимающихся (около 25% мужчин и около

40% женщин). Группа бомжей старшей возрастной группы (25%) обозначилась в ответе «ничем не занимаюсь». Среди воцерковленных ничем не занимающихся меньше (26,5%), чем среди крещеных (33,3%).

Однако даже полученные ответы не говорят об истинном положении дел в области трудоустройства. Еще четыре вопроса о трудовой деятельности, обращенные к работающим пациентам (**вопросы 10-12, 16**), способствовали несколько прояснить этот вопрос: «У Вас работа постоянная?», «Вы работаете по профессии?», «Вам нравится Ваша работа?» и «Собираетесь ли поменять место работы?».

Среди мужчин постоянно работающих больше (41,3%), чем среди женщин (34,3%), а занятых на постоянной и временной работе (в сумме), примерно, по 75% женщин и мужчин. Самой трудоактивной возрастной группой (80,5%) оказалась группа 30-39-летних. У других этот показатель составляет от 66,7% (50-59-летние) до 68% (19-29-летние). Постоянно и временно работающих (в сумме) среди воцерковленных заметно больше (80,7%), чем среди крещеных (73,8%), и даже превышает показатель самой трудоактивной возрастной группы. При этом работающих постоянно среди воцерковленных больше, чем среди крещеных и среди всех респондентов (48,2%, против 37,2% у крещеных и 38,2% у всех в целом).

Для респондентов обоего пола характерен высокий процент работы не по профессии (53% у всех), хотя из предыдущих ответов видно, что профессией могут обладать от 50% до 60% всех опрошенных, имеющих образование от среднего специального до высшего. У воцерковленных число работающих не по профессии наименьшее среди всех групп (42,2%). У крещенных таких гораздо больше (55,7%).

Много было респондентов указавших в **вопросе 12**, что им нравится работа: 51,2% у мужчин и 44,4% у женщин. А меньше всего любящих работу оказалось среди 19-29-летних (36%) и самых пожилых (16,7%). Больше всего тех, ко-

му нравится их работа среди воцерковленных (56,6%, против 45,4% у крещенных и 48,2% у всех).

Выбор ответа «другое» в **вопросе 10**, мог оказаться за теми респондентами, кто занят в «подработке» и в нелегальном или незаконном бизнесе, а также временно не работающие, в том числе сидящие с детьми женщины или неработающие пенсионеры. Всего пациентов, выбравших ответ «другое», от 9,1% у женщин до 18,2% у мужчин. В возрастных группах наибольшее число выбравших этот ответ у 40-49-летних: 26,6%. Довольно много выбравших этот ответ у самых молодых (16%), тогда как у 30-39-летних и самых пожилых - 7,6% и 8,3%. Работающих в нелегальной и/или незаконной хозяйственной сфере воцерковленных респондентов 9,6% и около 19% у крещенных.

Ответ «пропущено» в этом же вопросе вполне могли выбрать нигде не работающие: 7,4% мужчин и 16,2% женщин. В возрастных группах чаще всего его выбирали 50-59-летние (25%), а меньше всего 40-49-летние (6,3%).

Эти рассуждения, нам кажется, будут справедливыми и в отношении ответов «другое» и «пропущен» в **вопросах 11 и 12**, в которых спрашивается, работает ли человек по профессии и нравится ли она ему.

Обобщая результаты по всем ответам, затрагивающие вопросы трудовой и профессиональной деятельности респондентов, можно сказать, что абсолютно нигде неработающих, скорее всего, 5,8% у мужчин и около 12,1% у женщин. А по возрастным группам – от 4,7% у 40-49-летних до 12% у самых молодых, у 50-59-летних – 25%. У воцерковленных и крещенных эти цифры 7,2% и 8,2%, соответственно (8,6% у всех в целом).

5 Семейное положение, дети

(Приложение Г, вопросы 6, 21, 22; Приложение Д, рисунки Д.5.а – Д.5.в, Д.12.а – Д.12.в)

Вопрос 6. Результаты опроса показали, что на вопрос о семейном положении процент состоящих в браке мужчин и женщин почти одинаков (14,0%-14,1%). Близкие показатели в ответах у крещенных и воцерковленных (14,8%,

против 15,7% у крещеных и 14,1% у всех). Женатые/замужние в возрастных группах распределены от 12,7% (у 30-39-летних) до 17,2% (у 40-49-летних). Еще меньше их среди 50-59-летних (8,3%), что частично объясняется большим количеством в этой группе вдовых (25%). По данным Росстата²⁵⁷ женатые и замужние в России составляют большинство (52%-69%) во всех возрастных группах, за исключением самой молодой: среди 18-24-летних женаты/замужем 19%. Из этого следует, что среди ВИЧ-инфицированных показатель женатых/замужних в 3,7 – 4,7 раз ниже, чем общероссийский.

По сумме ответов «живем порознь...», «разведен(а)» и «вдовец/вдова» результаты у женщин и мужчин почти одинаковы: 41,4% и 42,1%. У воцерковленных и крещеных значительно меньше одиноких подобного рода: 31,3% и 34,4% соответственно.

В общем случае, живущих вне брака и сожительства более половины всех опрошенных пациентов. При этом холостых/незамужних, вдовых, разведенных или живущих врозь без официального развода среди мужчин гораздо больше: 71,0%, против 57,6% среди женщин (50,6% среди воцерковленных и 56,3% среди крещеных).

Среди живущих в браке и сожительстве (по сумме двух ответов) женщин существенно больше, чем мужчин (42,4%, против 25,6%). В возрастных группах значения колеблются от 28,1% до 40,0%. Наибольшее число таких в группе 19-29-летних: 40%. Среди 50-59-летних никого не оказалось проживающих в сожительстве вне брака. У воцерковленных и крещеных по сумме двух ответов показатели 41% и 34,5%, соответственно.

Анализ результатов опроса показал, что количество не состоящих в браке и/или постоянном сожительстве от 60% до 74,4% в разных группах, что является очень высоким показателем, по сравнению с общероссийским.

Вопросы 21, 22. Опрос показал, что больше половины респондентов имеют детей. Женщины свидетельствуют об этом чаще (53,6%), чем мужчины

²⁵⁷ Демография // Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/ (дата обращения 10.01.2017).

(50,4%). Это соотносится с тем, что неженатых/не состоящих в постоянном сожительстве мужчин среди опрошенных было больше, чем среди женщин. Имеющих детей воцерковленных пациентов 55,4%, крещеных – 52,5%.

Относительно малое число респондентов проживают со своими детьми: только 25,3% опрошенных женщин (около 50% из имеющих детей) и 16,5% мужчин (около 30% из имеющих детей) проживают с ними в одной семье. Среди воцерковленных с детьми проживают 27,7% (около 50% из имеющих детей), среди крещеных – 21,9% (около 40% из имеющих детей). Частично это обстоятельство объясняется совершеннолетием детей, уже живущих отдельно от родителей. Но остальные случаи – это добровольная или принудительная изоляция больного от детей.

Все женщины и мужчины, проживающие совместно с детьми, ответили, что они активно участвуют в их воспитании. Мужчин, не принимающих участие в воспитании детей (из не проживающих совместно с ними), вдвое больше, чем женщин. Результаты почти полностью соотносятся с ответом, о совершеннолетии детей (**вопрос 21**): 5,1% имеющих совершеннолетних детей и 4,0% не принимающих участия в их воспитании – у женщин, и 10,7% имеющих совершеннолетних детей и 9,9% не принимающих участие в их воспитании – у мужчин, соответственно. Больше всего не принимающих участия в воспитании детей оказалось среди 50-59-летних (58,3% имеют совершеннолетних детей). Эти цифры отличаются у воцерковленных и крещеных. Не принимающих участие в воспитании детей среди воцерковленных только 1,2%, а имеют совершеннолетних детей – 9,6%. У крещеных эти цифры 6,0% и 7,1%, соответственно.

Совсем не общаются со своими детьми только 2,0% женщин и 4,1% мужчин (4% 19-29-летних и 9,4% 40-49-летних). У воцерковленных и крещеных 2,4% и 3,3%, соответственно.

6 Половые контакты²⁵⁸

²⁵⁸ Антоний (Кадьшев), игум. Исследование путей заражения ВИЧ-инфекцией у пациентов стационара и выявление среди них групп наибольшего риска // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XVI международной научно-практической конференции (Россия, г.

(Приложение Г, вопросы 58, 59, 60)

Вопрос 58. Большой процент холостых/незамужних среди ВИЧ-инфицированных объясняет большое число половых партнеров у них. За последние два-три года до опроса 10 и более половых партнеров было у 24,8% мужчин и почти вдвое меньше у женщин: 14,2%. В возрастных группах цифры колеблются от 18,6% до 24,0%. Только у 50-59-летних цифры меньше (8,3%). Среди них больше всех тех, кто выбрал ответ «было 1-3 партнера»: 50%.

Воцерковленные респонденты почти на 30% реже выбирали ответы «более 10» и «в пределах 10», чем крещеные: 13,2%, против 21,3%.

При почти равных значениях в ответе «более 10 партнеров» (6,1% у женщин и 5,8% у мужчин), мужчины в два и более раз чаще, чем женщины выбирали ответ «в пределах 10»: 19,0% против 8,1%.

В общем случае, у женщин меньше половых партнеров: один партнер был у 52,5% женщин и только у 33,9% мужчин. В возрастных группах на наличие только одного полового партнера указали от 32% до 46,6% респондентов, с наибольшим показателем в группе 30-39-летних: в этой группе большое количество респондентов-женщин. Но больше всего респондентов, имеющих только одного полового партнера, оказалось среди воцерковленных: 55,4% (среди крещеных 44,8%).

Вопрос 59. Среди пациентов достаточно многочисленны случайные половые связи. Ответы «нет» и «случайных связей не было» чаще выбирали женщины: 58,6%. У мужчин этот показатель 42,1%. В возрастных группах этот показатель менее 50%. Исключение у 30-39-летних: 51,6%. Больше всего голосов в пользу ответов «нет» и «случайных связей не было» получено от воцерковленных: 62,7% (у крещеных 50,8%).

Вопрос 60. На вопрос, была ли у респондента половая связь с наркомагом/наркоманкой, мужчины выбирали ответ «нет» вдвое чаще: в 33,6% случаях мужчины, в 16,2% - женщины. У крещеных и воцерковленных респондентов ре-

зультаты близкие: 25,7% и 28,9% соответственно. Ответ «да» (были связи) выбрали 66,7% женщин и 34,7% мужчин. Из этого следует, что вероятность заражения через половые контакты у женщин почти вдвое выше, чем у мужчин. Рост числа зараженных женщин отмечается не только среди пациентов ИКБ, но и на уровне всей страны²⁵⁹, и разница между числом новых заражений мужчин и женщин сокращается с каждым годом.

Из той же таблицы следует, что связи с наркоманом/наркоманкой характерны для пациентов всех возрастных групп. Чем моложе респонденты, тем чаще ответ был «да» (от 16,7% до 56%) или «возможно» (от 6,3% до 16%). Ответ «нет» в 50% случаях был заявлен самой старшей группой. У остальных возрастных групп выбор лежал от 18,6% до 35,9%. Это указывает на большую возможность заражения половым путем у группы молодых респондентов. Чем старше пациенты, тем эта возможность всё более снижается, но по-прежнему остается высокая вероятность внутривенного заражения.

7 Отношение к наркотикам и пути заражения²⁶⁰

(Приложение Г, вопросы 55, 61, 62; Приложение Д, рисунки Д.13.а – Д.14.в).

Вопрос 61. На вопрос об употреблении наркотиков пациентами только 24,3% женщин и 18,2% мужчин дали отрицательный ответ «нет» и «никогда не употреблял(а) наркотики ни в каком виде» (суммарно). Почти такие же цифры и соотношение в ответах воцерковленных и крещеных пациентов: 25,3% и 19,7%, соответственно.

Подтвердили употребление наркотиков всех видов от 72,0% до 81,0% респонденты всех возрастных групп. Употребляли наркотики внутривенно или пробовали колоться от 48% (19-29-летние) до 66,6% (50-59-летние).

²⁵⁹ Демография // Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/ (дата обращения 10.01.2017).

²⁶⁰ Антоний (Кадышев), игум. Исследование путей заражения ВИЧ-инфекцией у пациентов стационара и выявление среди них групп наибольшего риска // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XVI международной научно-практической конференции (Россия, г. Новосибирск, 16–17.10.2015 г.). Новосибирск: Международный Научный Институт «Educatio», 2015. №9 (16). С. 56–60.

Об употреблении наркотиков заявили 41,5% женщин и 44,6% мужчин. Такого же порядка цифры употребления наркотиков у воцерковленных (40,9%) и крещеных (45,9%).

Важным явился вопрос об источнике заражения (**вопрос 62**; респондент мог выбирать более одного ответа). На первом месте «употребление наркотиков через иглу» (46,8% всех): у женщин 44,4%, у мужчин – 48,8%. Идентичные результаты у воцерковленным (44,6%) и крещеным (48,1%). В возрастных группах такой ответ выбрали от 41,7% (50-59-летние) до 48,3% (30-39-летние) респондентов.

Однако по сумме ответов об источнике заражения «постоянный половой партнер» и «случайный половой партнер» (44,5% всех в целом) видно, что половой путь заражения по значимости почти не уступает внутривенному, а у женщин (50,5%) он даже превышает. Из таблицы видно, что у женщин заражение от постоянного партнера случается в 5 раз чаще, чем у мужчин: 33,3%, против 6,6%. А у мужчин заражение от случайных половых связей происходит в 2 раза чаще, чем у женщин: 33,1%, против 17,2% у женщин. У крещеных и воцерковленных эти цифры слишком различаются: у крещеных «постоянный половой партнер»- 18,0%, а «случайный...» - 25,1%; у воцерковленных – 22,9% и 25,3%, соответственно. Здесь, как и в случае внутривенного заражения, зависимость определяется возрастом и полом респондентов.

Несмотря на то, что половых контактов (с постоянными/случайными партнерами) у мужчин гораздо больше, чем у женщин, основной путь заражения у них происходит через иглу (48,8%). У женщин же чаще заражение происходит через половые контакты с наркоманами (50,5%), которые часто встречаются среди их постоянных половых партнеров. Это, конечно, не исключает и заражение мужчин через половые контакты (39,7%).

Вопрос 55. На вопрос, знают ли пациенты источник своего заражения, лишь 5,9% всех опрошенных ответили, что у них нет никаких предположений. Остальные или знают, или уверенно предполагают источник заражения. Осо-

бенно уверены в источнике своего заражения женщины. Только 2,0% из них ответили, что не уверены в источнике заражения. Среди мужчин таких 9,1%.

8 Половая ориентация респондентов

(Приложение Г, вопрос 56)

На вопрос о своей половой ориентации 85,5% всех респондентов выбрали ответ «натурал». У крещенных этот показатель выше: 88%. А у воцерковленных показатель ниже: 84,3%. Ответ о нетрадиционной половой ориентации (сексуальная девиация) - «бисексуал», «гомосексуал» - заявили 10,9% всех респондентов и 3,7% уклонились от ответа (пропустили ответ или выбрали варианты «не хочу отвечать на этот вопрос», «другое», без комментариев). Число респондентов традиционной сексуальной ориентации тем больше, чем старше пациенты. Среди самых молодых их 76%, а у самых пожилых – 100%. Женщины чаще выбирали ответ «натурал» (87,9%), чем мужчины (83,5%).

Ответы «не хочу отвечать на этот вопрос», «другое» и «пропущено» определены нами, как «необъявленная» сексуальная девиация, и присуща только мужчинам. Открыто заявили о своих сексуальных отклонениях 12,1% женщин (необъявленных нет) и 9,9% мужчины, 9,3% крещенных и 12% воцерковленных. По возрастным группам открыто о своих сексуальных отклонениях заявили 20% 19-29-летних, 11,0% 30-39-летних и 9,4% 40-49-летних.

Скрытые сексуальные отклонения отмечены у 6,6% мужчин, а в возрастных группах 4% у 19-29-летних, 3,3% у 30-39-летних, и 4,7% у 40-49-летних.

Существование «необъявленных» сексуальных отклонений у респондентов объясняется боязнью агрессивной реакции со стороны представителей уголовного мира в ВИЧ-отделениях, и пациенты, по возможности, избегают говорить об этом открыто.

В общем случае, о сексуальных отклонениях (в том числе «необъявленных») заявили 12,1% женщин и 16,5% мужчин, а также 12,0% крещеных и 15,6% у воцерковленные (больше, чем у крещеных!). У всех респондентов в целом 14,5%.

Чем моложе возрастная группа, тем больший процент в ней людей с нетрадиционной сексуальной ориентацией. В группе 50-59-летних – 0%, в то время как среди 19-29-летних их 24%, среди 30-39-летних – 14,3%, среди 40-49-летних – 14,1%. Это следствие многолетней откровенной и скрытой пропаганды свободного самовыражения, в том числе в интимной сфере жизни; снятие запретов на любое поведение под видом свободы; отсутствие профилактики здорового и нравственного образа жизни и поведения.

9 Степень доверительности ВИЧ-инфицированных пациентов

(Приложение Г, вопросы 13, 19, 23, 26, 27, 29)

Группа **вопросов (13, 19, 23, 27)**, в какой степени окружающие осведомлены о диагнозе пациентов, выявила половые и возрастные различия в менталитете. Оказалось, что женщины более скрытны с коллегами и друзьями в этом вопросе, чем мужчины. Женщины почти втрое реже мужчин свидетельствовали о том, что все коллеги знают об их диагнозе (5,1%, против 13,2% у мужчин), и более половины заявили, что никто не знает (52,5%, против 48,8% у мужчин). Даже с друзьями женщины менее откровенны, чем мужчины: ответ «да» у женщин набрал 41,4%, у мужчин – 47,1%. Ответ «нет» у женщин набрал 22,2%, а у мужчин – 18,2%.

В возрастных группах большая скрытность с коллегами свойственна молодым. Ответ «да» (т.е., знают) выбрали от 8% самых молодых до 16,7% самых старших. И наоборот, ответ «никто не знает» выбрали самые молодые в 60% случаях, а самые старшие – в 41,7%.

Все возрастные группы достаточно откровенны с друзьями, и чем старше, тем откровеннее: от 40,0% у самых молодых до 66,7% у самых пожилых.

Женщины более чем мужчины откровенны с родными: 45,5% женщин и 44,6% мужчин сообщили, что близкие знают о диагнозе, а 10,1% женщин и 14,0% мужчин ответили, что не знают. Женщины чаще выбирали ответ «не все знают»: 42,4%, против 34,7% у мужчин.

В возрастных группах чем старше респондент, тем более откровенен он с близкими: 50% 50-59-летних свидетельствовали об информированности родных о диагнозе, и только 8,3% о том, что никто из них не знает.

Реже всего информируют о ВИЧ-диагнозе детей. Женщин, информирующих детей о диагнозе (11,1%), больше, чем мужчин (5,0%). Среди собирающихся это сделать женщин также больше (14,1%, против 9,9% мужчин). Но, в основном, обе группы не хотели бы, чтобы их дети знали о диагнозе (30,3% женщин и 37,2% мужчин).

В возрастных группах доверительность пациентов с детьми нарастает с возрастом (от 4,0% у самых молодых до 9,4% у 40-49-летних и 8,3% у самых пожилых), но, в целом, она существенно меньше, чем с коллегами и друзьями. Только самые пожилые в 2-3 раза чаще, чем другие, выбирали ответ о том, что собираются рассказать детям о диагнозе: 25%. Это обусловлено тем, что их дети достаточно взрослые.

Характер ответов воцерковленных и крещеных показал, что степень откровенности почти не зависит от воцерковленности (разница в ответах не превышала 2,0%), кроме несколько большей скрытности воцерковленных со всеми, по сравнению с крещеными. Только ответ «не хочу, чтобы дети знали о моем диагнозе» воцерковленные выбрали заметно чаще других.

3.1.2. Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающихся эмоциональная картина внутреннего мира ВИЧ-инфицированного человека (душевный мир; «душа»)

1 Чувство одиночества и способы преодоления его

(Приложение Е, вопросы 33-35; Приложение Ж, рисунки Ж.2.а – Ж.3.в)

Вопрос 33, испытывают ли респонденты чувство одиночества, показал, что число женщин, испытывающих его постоянно и часто, заметно больше, чем мужчин: 33,4% против 24%. В возрастных группах таких оказалось больше всего среди самых молодых (36%) и самых пожилых (33,4%), а меньше всего среди трудоспособных: у 30-39-летних (28,8%) и у 40-49-летних (23,6%). При этом ответ «часто испытываю» - от 32% до 16,7% - выбирается тем реже, чем старше респонденты. Крещенные и воцерковленные почти в равной степени подвержены чувству одиночества: 25,7% и 25,3% (28,2% все).

Исследования показали, что основной выбор у респондентов - это ответы «редко» и «никогда». Выбор этих ответов еще раз подтвердил меньшую подверженность чувству одиночеству мужчин (в сумме за оба ответа дали 73,6% мужчин и 63,6% женщин) и пациенты наиболее трудоспособных возрастных групп (40-49-летние - 75% и 30-39-летние - 69,5%). У 50-59-летним средний результат по выбору этих ответов - 66,6%. Но чаще всего страдают от одиночества 19-29-летние, у которых ответы «редко» и «никогда» выбрали 52%.

Воцерковленные (73,5%) и крещенные (71,6%) пациенты почти не отличаются по характеру ответа на этот вопрос, но превышают по числу голосов, отданных за ответы «редко» и «никогда», всех респондентов в целом (69,1%). Связано с тем, что в обеих группах больше работающих, чем в группе «все».

При всем разнообразии ответов на **вопрос 34** о том, что позволяет респондентам не чувствовать одиночество (можно было выбрать более одного ответа), голоса, в основном, распределились между тремя следующими ответами:

Первый наиболее избираемый ответ - «со мной живет любящий меня человек (люди)». Женщины, выбрав его 52,5% голосами (39,7% у мужчин), подтвердили большую склонность к «семейности». В возрастных группах ответ набрал от 41% до 49%. Меньше всего выбравших его среди 50-59-летних: 33,3% (много вдовых и бессемейных). У воцерковленные (53,0%) наибольшая склон-

ность к «семейности», чем у кого-либо (у крещенных 44,3%, у всех в целом 45,5%);

Второй ответ - «я привык быть один и ни от кого не зависеть», который выбрали 38,0% мужчин и 29,3% женщин – еще раз подтвердил, что мужчины меньше озабочены чувством одиночества. В возрастных группах ответ набрал 32%-34% голосов, а у самых старших - 50%. Воцерковленные (более коммуникабельные) выбирали этот ответ реже (28,9%), чем крещенные (36,6%) и все респонденты в целом (34,1%);

Третий ответ – «вера в Бога, которая помогает не чувствовать себя одиноким», - и женщины (34,3%), и мужчины (32,2%) предпочли его почти в равной мере. Зато в возрастных группах разброс голосов гораздо больше: от 30% до 44%. А 50-59-летние, мировоззрение которых сформировано в другую эпоху, выбрали его 16,7% голосов. У воцерковленных пациентов этот ответ доминирует: у 51,8%, против 35% у крещенных и 33,2% у всех в целом.

Вопрос 35 о том, как человек борется с чувством одиночества (можно было выбирать более одного ответа), детализирует, какие виды коммуникации предпочитают или вынуждены предпринимать больные.

Чаще всего это «телефонные контакты» (63,6% у женщин и 55,4% у мужчин). Другие варианты, указывающие на активное общение, также чаще выбирались женщинами: «социальные сети» (47,5%), «разговоры со случайными собеседниками» (35,4%). У мужчин подобных контактов случается в 1,4 – 2 раза меньше. В возрастных группах выбор опосредованных видов общения (от 33% до 64%) и прямых контактов («гуляю по улице в людных местах или разговариваю со случайными людьми на лавочке» – от 16,7% до 48%) зависит от возраста респондентов: чем моложе респондент, тем чаще вероятность выбора одного из подобных вариантов ответов.

Ответы воцерковленных и крещенных пациентов почти не отличаются, но показывают большую коммуникабельность первых: «звоню друзьям/знакомым» - 62,7%, против 60,7% у крещенных (59,1% у всех в целом); «общаюсь в социаль-

ных сетях..» - 42,2%, против 41,0% у крещеных (39,1% у всех в целом); «...общаюсь на улице» - 37,3% против 31,7% у крещеных (30,0% у всех в целом).

Анализ показал, что выбор ответов зависят от половой и возрастной принадлежности пациентов. Коммуникативные средства борьбы с одиночеством выбираются женщинами и молодыми респондентами. Мужчины несколько чаще, чем женщины, выбирают некоммуникативные средства борьбы с одиночеством: «Читаю, слушаю музыку, смотрю ТВ, хожу в кино, на футбол и т.п.». Здесь у мужчин 28,1% голосов, а у женщин – 20,2%. В возрастных группах выбор этого ответа лежит в пределах 23%-28% (без 50-59-летних). У самых старших он получил 8,3% голосов. У воцерковленных этот ответ не самый популярный: 19,3%, против 23,5% у крещеных и 24,5% у всех.

«Любовь к уединению» испытывают и женщины (36,4%), и мужчины (33,1%) почти в равной мере, так же, как и почти все возрастные группы (от 34% до 36%). Такие же цифры у воцерковленных (33,7%), крещеных (36,6%) и у всех респондентов в целом (34,5%). Только самые старшие респонденты привержены к уединению в большей степени, чем остальные пациенты: 41,7%.

Почти одинаковое число мужчин и женщин «ходят в церковь/общаются со священником»: 19,2% - женщин, 18,2% - мужчин. Это составило, примерно, 55%-57% от того числа пациентов, кто указал, что «вера в Бога помогает им не чувствовать себя одинокими». Анализ по возрастным группам показал, что среди 50-59-летних «ходят в церковь/общаются со священником» в 2 раза больше (33,3%), чем тех, кто указывал, что «вера в Бога помогает им не чувствовать себя одиноким». А все остальные возрастные группы, наоборот, выбрали этот ответ почти в 2 раза реже - от 15,2% до 23,4%. Воцерковленные почти в 1,7 раза чаще, чем крещеные и в 1,6 раза чаще, чем все в целом выбрали этот ответ (30,1%, против 17,5% крещеных и 18,6% у всех), но в 1,7 раз реже, чем указывали, что «вера в Бога помогает им не чувствовать себя одиноким».

Очень малое число респондентов выбрало ответ о предпочтении посещения психолога – 3,1%-4% (у 50-59-летних 8,3%) - и общения с сестрами милосердия.

сердия из патронажной службы назвали - от 1,6% до 4% (в основном, результаты за пределами точности наших измерений).

«Гнетет одиночество» 11,6% мужчин и 9,1% женщин. Пациенты, выбравшие этот ответ, потенциально подвержены депрессии (унынию, отчаянию, тоске). Наибольшее число респондентов, выбравших этот вариант ответа, в группе 40-49-летних – 14,1%. В остальных возрастных группах он набрал 8%-9,3%. Одиночество гнетет почти в равной степени и воцерковленных (9,6%), и крещеных (9,3%). У всех респондентов в целом этот показатель несколько выше: 10,5% (но тех, кто ощущает одиночество, но при этом не испытывают его гнет, 28,2%).

Несмотря на то, что самые лучшие отношения у больных с друзьями (из анализа вопросов раздела 3.2.1), прямое общение с ними происходит, примерно, в 10% из всего разнообразия контактов. В основном, общение происходит по телефону и в социальных сетях. Даже со случайными людьми прямое общение происходит чаще, чем с друзьями.

Редкое общение с сестрами милосердия из патронажных служб объясняется тем, что эта служба не получила еще достаточно широкого распространения, а существующие Сестричества заняты самыми тяжелыми больными.

Редкое обращение к психологам обусловлено тем, что эта услуга, прежде всего, не бесплатная, а также тем, что больным не всегда требуется специалист именно такого профиля, если проблема в духовном кризисе больного.

Обращение к священнику и к Церкви имеет то неоспоримое преимущество, что в основе оказания духовной помощи – участие самого Бога, Ему (при посредничестве священника) больные (даже неверующие) доверяют гораздо больше, чем психологу или психиатру, о которых знают, что, как любой человек, они могут и ошибиться. Справедливость этих рассуждений подтверждается в цифрах нашего опроса: к священнику и в Церковь идет в 5-12 раз больше, чем к психологу.

2 Реакция на грубость и обиды

(Приложение Е, вопросы 31, 32; Приложение Ж, рисунок Ж.1.а –Ж.1.в)

Из ответов на **вопрос 31**, как реагируют больные на проявление грубости по отношению к ним, следует, что у мужчин реакция гораздо острее и продолжительнее, чем у женщин. Лишь ответ «могу заплакать» получил явное преобладание женских голосов – 36,4% против 5,0% у мужчин, – остальные ответы указывают на более сильные переживания у мужчин: в каждом из вариантов ответов мужчины доминируют в своей нетерпимости. По сумме баллов в ответах «обижаюсь, но держу себя в руках», «злюсь, хочется отомстить обидчику» и «немедленно вступаю в конфликт с обидчиком» мужчины опережают женщин: 88,4% против 68,7%. А ответ «прощаю» чаще выбирают женщины: 16,2% против 12,4% у мужчин.

Из анализа результатов опроса видно, что чем моложе человек, тем чаще он плачет от обиды (24% с убыванием до 8,3% у пожилых), злится на обидчика и хочет отомстить (24% с убыванием до 16,7% у пожилых). Сдерживаться чаще удается тем, кто старше: от 20% у 19-29-летних до 50% у 50-59-летних. Но и «вступают немедленно в конфликт с обидчиком» чаще 50-59-летние (33,2% против 16% у молодых), и они же реже «немедленно прощают» (8,3% против 12%).

Характер ответов воцерковленных и крещеных респондентов почти не отличается друг от друга, но воцерковленные проявляют большую нетерпимость к другим (разница в ответах в 2-4%). Только крайнюю степень негодования и раздражения - «немедленно вступаю в конфликт с обидчиком» - воцерковленные выбирают реже (19,3%), чем крещеные (22,4%) и все респонденты в целом (20,9%). В равной степени с другими они способны прощать обидчику (14,5%, против 13,7% у крещеных, 14,1% у всех в целом).

Вопрос 32 о способности прощать обиды показал, что женщины в 2,5 раза чаще мужчин «сразу забывают» их: 26,3%, против 10,7%. Мужчинам в большей степени свойственно «помнить некоторое время» и «долго помнить» обиды (76,0%, против 58,6%), но «никогда не забывают обид» чаще женщины, хотя для

обеих групп этот показатель незначителен: 6,1% и 4,1% (за пределами точности измерений).

Анализ по возрастным группам показал, что чаще других «сразу же забывают обиды» 19-29-летние (32%, с убыванием до 8,3% у 50-59-летних) или «помнят не долго» (36%, с нарастанием до 66,7% у 50-59-летних). А «долго помнят» или «никогда не забывают обид» чем старше, тем чаще: самых молодых – 16%, самых пожилых – 25% (по сумме двух ответов).

У групп воцерковленных, крещеных и всех пациентов в целом разница по сумме трех ответов «помню некоторое время», «долго помню» и «я никогда не забываю обид» незначительна: 73,5%, 74,3% и 73,2%. При этом воцерковленные реже, чем многие другие, «сразу забываю» обиды: 13,3% против 16,9% у крещеных и 17,7% у всех в целом.

Вывод: мужчины и пожилые люди острее реагируют на обиды, дольше помнят и переживают их. Женщины легче плачут от обид, но быстрее забывают их и быстрее прощают обидчику. Реакция воцерковленных и крещеных почти не отличается от той, что свойственна всем респондентам в целом, хотя воцерковленные острее реагируют на всё (во всех ответах превышение на 2-4%).

3 Страхи

(Приложение Е, вопросы 36-38; приложение Ж, рисунки Ж.3.а – Ж.5.в)

Выбор ответов на **вопросы 36-38**, касающиеся страхов, испытываемых больными (можно было выбирать более одного ответа), показал, в основном, зависимость от половой принадлежности респондентов.

Среди *биологических* страхов (**вопрос 36**) только два из них имеют для гендерных групп относительно сопоставимый рейтинг: «страх ухудшения здоровья» (68,7% у женщин и 60,3% у мужчин) и «страх за здоровье близких» (54,5% у женщин и 49,6% у мужчин). В возрастных группах «страх за здоровье близких» больше всего испытывают две самые «семейные» группы – 30-39- и 40-49-летние – 53,4% и 54,7%. Самые молодые (44%) и самые старшие (33,3%) меньше всего подвержены такому страху: среди первых много холостых/неза-

мужних, а среди последних - вдовых; в обеих группах много бомжей. «Страх ухудшения здоровья» испытывают до 64%-67% во всех возрастных группах, кроме 40-49-летних (57,8%).

Другие разновидности страха встречаются у женщин в несколько раз чаще, чем у мужчин: «страх смерти» женщины называют в 1,6 чаще, чем мужчины (27,3%), «страх боли» – почти в 2 раза (24,2%), «страх за свою жизнь» – в 3,1 раза (36,4%). В возрастных группах «страх смерти» в меньшей степени испытывают самые молодые и самые пожилые: 16%-16,7%, а тридцати- сорокалетние – 22,9%-23,4%. «Страх боли» испытывают все возрастные группы - от 14,1% до 22,9%, кроме самых старших – 0%. «Страх за свою жизнь» особенно остро испытывают самые молодые – 40%. У других возрастных групп он от 16,7% до 22,9% (независимо от возраста).

Выбор ответа «ничего не боюсь» подтвердил меньшую подверженность мужчин биологическим страхам (9,9% против 4,0% у женщин). В возрастных группах «ничего не боятся» от 4% среди молодых пациентов до 16,7% среди пожилых (некоторое притупление страхов с возрастом). Крещенные выбрали ответ «ничего не боюсь» в 1,4 раза чаще (8,2%), чем воцерковленные (6%).

Воцерковленные испытывают все виды биологических страхов в большей степени, чем крещенные и все респонденты в целом, и превышают показатели по ответам от 5% («страх ухудшения здоровья») до 20% («страх за здоровье близких»). Только «страх смерти» испытывают почти так же, как все и/или крещенные: 21,7%.

Среди *социальных* страхов (**вопрос 37**) приоритетным ответом в гендерных группах является страх «быть в тягость близким»: 54,5% у женщин и 49,6% у мужчин. В возрастных группах выбор этого ответа прямо зависел от возраста респондентов: чем старше – тем чаще выбор его (от 48% до 58,3%).

А ответ «быть изгоем в обществе» выбрало уже в 1,5 раза больше женщин, чем мужчин: 30,3% и 20,7%. Остальные социальные страхи тяготеют над мужчинами в большей степени, нежели над женщинами, и характер этих стра-

ховсвязан с материальной стороной бытия: 38,8% мужчин боятся потерять работу (в 1,5 раза чаще женщин); 23,1% - не найти работу (в 1,3 раза чаще женщин); 10,7% - боятся, что лечение будет очень дорогим (в 1,2 раза чаще, чем женщины). Уменьшилось соотношение «ничего не боящихся» мужчин и женщин (1,3 раза), по сравнению с аналогичным вопросом о биологических страхах: 9,1% у мужчин и 7,1% у женщин (боязнь потерять самостоятельность и дееспособность).

В возрастных группах боятся «быть изгоями» 25%-28% процентов респондентов, но меньше всех этого боятся сорокалетние (17,2%). Эта самая трудоактивная группа больше всего боится, что «лечение будет очень дорогим» (14,1%). Остальные группы выражают такое опасение в 8,3-9,3% случаях (самые молодые в 4%).

Страх потерять работу (28%-39,1%) и не найти работу (20%-26,6%) прямо зависит от возраста респондентов и приближения его к пенсионному. У 50-59-летних эти варианты ответов получили одинаковое число голосов: 16,7% (в этой группе уже есть пенсионеры).

Воцерковленные пациенты больше всего боятся «быть в тягость близким» (56,6% против 51,4% у крещеных и 51,8% у всех) и «потерять работу» (42,2% против 32,2% у крещеных и 33,2% у всех). А вот ответ «не найти работу» получил только 14,5% (в 1,4 – 1,5 раз меньше, чем все пациенты в целом и крещеные). Это самый низкий показатель по всем изученным группам. Учитывая сравнительно большое число выбравших ответ «потерять работу», еще раз убедимся, что в группе воцерковленных пациентов меньше всего неработающих или озабоченных поиском средства к существованию, по сравнению с другими группами.

Процент воцерковленных, боящихся, что «лечение будет дорогим» (9,6% против 8,2% у крещеных), близок к среднему значению по всем респондентам (10,0%). Несколько больше среди воцерковленных число «ничего не боящихся»: 9,6% против 8,7% у крещеных и 8,2% у всех в целом.

Среди *экзистенциальных* страхов (**вопрос 38**) самым распространенным является «страх неизвестности». Его чаще испытывают мужчины (30,6%), чем женщины (28,3). В возрастных группах наиболее подвержены ему самые молодые 19-29-летние: 40%; во всех остальных возрастных группах – от 23,7% до 34,4%. У воцерковленных пациентов этот вид страха получил почти максимальное число голосов: 39,8% (30,6% у крещеных, 29,5% у всех).

Все другие экзистенциальные страхи в гораздо большей степени присущи женщинам. Из них наиболее часто встречающийся «страх без видимой причины». Ему подвержены 32,3% женщин и 15,7% мужчин. В возрастных группах, чем моложе респондент, тем вероятнее подверженность его этому виду страха: от 16,7% до 32,0%. У воцерковленных он встречается у 25,3% пациентов (25,1% у крещеных, 23,2% у всех в целом).

Очень многие женщины боятся «плохих примет»: 25,3% против 5,0% у мужчин; а также чем моложе респонденты, тем чаще среди них встречается этот вид страха: от 4,7% до 20%. Среди воцерковленных боятся «плохих примет» 16,9% (15,3% среди крещеных и 14,1% среди всех в целом). А «страшных снов» боятся 19,2% женщин и только 5,8% мужчин. При этом чем моложе респонденты, тем чаще боятся «плохих примет»: от 7,8% до 12%. Боязнь «плохих примет» - единственный вид экзистенциальных страхов, которому воцерковленные подвержены немного меньше, чем крещеные и все пациенты в целом: 10,8%, против 12,0% у крещеных и 11,8% у всех в целом.

Значительное число респондентов сообщило, что «появились страхи, которых раньше не было»: 20,2% женщин и 9,9% мужчин. В возрастных группах, чем моложе респонденты, тем чаще встречается этот вид страха: от 8,3% до 20%. Этот же вид страха воцерковленным присущ в большей степени, чем крещеным: 14,5%, против 13,1% (14,5% у всех).

Однако общее число тех, кто не испытывает экзистенциальных страхов, среди пациентов оказалось достаточно большим: 28,9% мужчин и 14,1% женщин, и от 12,0% среди самых молодых до 25,4% среди тридцатилетних. Не ис-

пытаются экзистенциальных страхов 21,7% воцерковленных, что несколько меньше, чем у крещеных (23,0%) и у всех пациентов в целом (22,3%).

В общем случае, биологические и экзистенциальные страхи присущи в большей степени женщинам, а социальные – мужчинам. У воцерковленных, крещеных и всех респондентов в целом больших различий в доминировании каких-либо страхов не наблюдается.

4 Неудовлетворенность жизнью

(Приложение Е, вопросы 41, 42)

Ответы на **вопрос 41**, считают ли респонденты, что у них в жизни было много неудач, показал, что большинство из них не ассоциируют свою болезнь с этим понятием. По сумме трех ответов – «нет», «я везучий человек» и «не чувствую, что неудач в моей жизни было много, но они были, как и у любого человека» - мужчины лидируют: 61,9%. У женщин - 55,6%. В возрастных группах только 19-29-летние отдали за них менее 50% голосов (44%), остальные предпочли эти ответы от 56,3% (50-59-летние) до 64,4% (30-39-летние).

Воцерковленные не отличаются от других по этому показателю (59,0%, против 60,1% у крещеных и 59,2% у всех).

Признавая, что неудач у них в жизни было больше, чем у других, 30,3% женщин и 17,4% мужчин не причисляют себя к «неудачникам». Только 15,7% мужчин и 12,1% женщин выбрали ответы «да» и «я полный неудачник». Почти у всех возрастных групп близкий рейтинг по сумме баллов за эти ответы: от 16,0% до 17,1%. Исключением являются 30-39-летние: 11,8%. По сумме этих ответов самыми позитивными оказались воцерковленные пациенты (минимальный показатель): 10,8% против 14,2% у крещеных и 14,1% у всех. В общем случае, от 10,8% до 17,1% всех опрошенных потенциально подвержены унынию, отчаянию и озлоблению.

Ответы на **вопрос 42** о степени удовлетворенности своей жизни подтвердил более позитивное отношение к жизни мужчин: 57,6% женщин и 66,1% мужчин «удовлетворены»/«в основном удовлетворены жизнью». Позитивность настроения нарастает почти прямопропорционально возрасту респондентов от 52% (19-29-летние) до 64,0% (40-49-летние). Ответы воцерковленных, крещеных и всех респондентов в целом почти не отличаются друг от друга: 62,7% воцерковленных, 63,4% крещеных и 62,2% всех.

Ответ «скорее неудовлетворен» выявил бОльший пессимизм женщин (18,2% женщины и 13,2% мужчины) и воцерковленных(19,3%, против 15,3% крещеных и 15,5% всех). По возрастным группам значения лежат в пределах от 15,3% до 16,7%, вне зависимости от тенденций изменения возраста пациентов.

«Полностью не удовлетворенных жизнью, которым всё надоело» пациентов больше всего оказалось в самой старшей возрастной группе (16,7%) и несколько меньше у женщин: 12,1%(то же самое число, что и считающих себя неудачниками). Мужчин, причисливших себя к этой категории, гораздо меньше: 5,8% (несмотря на то, что считают себя неудачниками в 2,7 раз большее их число). В возрастных группах выбор ответа лежал в пределах значений от 4,0% (19-29-летние) до 9,3% (30-39-летние), что в большинстве случаев выходит за пределы точности наших наблюдений.

Неудовлетворенных жизнью среди воцерковленных (6%) оказалось в 1,5 раза меньше, чем среди крещеных (8,7%) и среди всех пациентов в целом (8,6%).

Вывод по **вопросам 41-42**: большинство респондентов (от 50% до 64%) не ассоциирует свою болезнь с неудачей и вполне удовлетворены жизнью. Полными неудачниками считают себя 10%-17% опрошенных. По всей возрастной шкале полностью неудовлетворенных жизнью пациентов от 4% до 9,3% (самых пожилых - 16,7%). Воцерковленные и мужчины – самые позитивные группы (только 5,8%-6% из них неудовлетворены жизнью). Скорее всего, к группе под-

верженных высокой степени уныния, отчаяния и злости относятся большинство 50-59-летних респондентов-женщин.

50 заслуженности счастья

(Приложение Е, вопросы 67, 69)

На **вопрос 67**, кажется ли респондентам, что другим повезло в жизни больше, чем им, приоритетный ответ был «у всех есть неприятности». Выбор женщин (43,4%) почти не отличался от мужчин (44,6%). В возрастных группах он лежит в интервале от 40,6% (40-49-летние) до 47,5% (30-29-летние). Меньше всего ответивших так среди 50-59-летних – 33,3%. А по сумме первых трех ответов – «нет», «не больше» и «у всех есть неприятности» (63,6% у женщин и 61,9% у мужчин) – можно заключить, что большинство респондентов не думают о себе, как об изгоях судьбы и не склонны к унынию. Только у 50-59-летних эти ответы выбрали менее 50% респондентов (49,9%). У остальных возрастных групп выбор лежит в пределах 60% - 67%. У воцерковленных - 61,4% - он тоже в тех же пределах, как и у крещеных - 64%, и всех пациентов в целом - 63,7%.

Нельзя отнести к пребывающим в унынии, и тех, кто не определился с ответом: 14,1% женщин и мужчин остановили свой выбор на ответах «не знаю», «другое» и пропустили ответ. В возрастных группах неопределившихся с ответом от 7,8% (40-49-летних) до 12% (19-29-летних), а также 12% воцерковленных, 12,5% крещеных и 14,1% всех респондентов в целом.

Даже выбор ответа «повезло меньше, чем большинству людей» еще не свидетельствует об унынии человека, а скорее всего, это только констатация факта. Таких оказалось 11,1% женщин и 18,2% мужчин, а также 16,9% воцерковленных и 15,8% крещеных (в возрастных группах ответ лежит в диапазоне от 8,0% до 16,7% в прямой зависимости от возраста).

Об унынии свидетельствуют ответы 10,1% женщин и 4,1% мужчин (6,8% все в целом), выбравших вариант ответа «я вообще неудачник». Таких меньше всего среди 30-39-летних (1,7%), а в остальных возрастных группах их от 10,9% до 16,7%, без связи с возрастом, что говорит, скорее, о гендерном факторе влия-

ния на выбор ответа: женщины, которые чаще подвержены унынию, распределены не равномерно по возрастным группам. На этот же фактор указывают одинаковые результаты по ответам на этот вопрос увоцерковленных и крещеных (по 6,0%): в обеих группах женщин и мужчин в равной пропорции.

Несовпадение результатов по ответу «да», «я – полный неудачник» в **вопросах 67 и 41** объясняется тем, что в **вопросе 67** респондент оценивает себя, сравнивая себя с другими, в то время как в **вопросе 41** – только по количеству собственных неудач. В первом случае на результат сказывается зависть, которой женщины оказались подвержены в 2,5 раза больше, чем мужчины.

Вопрос 69 о том, кажется ли респондентам, что другие получают счастье заслуженно, является развитием предыдущего вопроса, где предлагается указать причину своей неуспешности.

Большинство из респондентов склонны искать причины вне себя. Это почти в равной степени свойственно всем группам. Чаще всего говорят о «невезении»: другим повезло, а мне – нет. Так считают 36,4% женщин и 33,1% мужчин. В возрастных группах этот ответ выбрали от 32,8% до 36% респондентов, а 50-59-летние – 50%. Среди увоцерковленных таких оказалось довольно много, особенно по сравнению с другими группами: 41,0% (37,2% крещеных и 34,5% всех).

Вдвое реже (18,2% женщин и 17,4% мужчин) пациенты связывают свои неудачи с тем, что родились «не у тех родителей» (18,6%-20% по возрастным группам, кроме 50-59-летних, пропустивших этот ответ). «Неправильных» родителей, как причину неудач, чаще всего называют 19-29-летние (наихудшие отношения с родителями среди всех исследуемых групп). Воцерковленные выбрали этот ответ чаще (18,1%), чем крещеные (16,4%) и все в целом (17,7%).

Втрое реже пациенты связывают свои неудачи с тем, что не встретили в жизни «влиятельных людей» (11,1% женщин и 11,6% мужчин), которые помогли бы им в жизни (в возрастных группах от 8,3% до 12%, в прямой зависимости

от возраста. А самые старшие - 25%). У воцерковленных и крещеных результаты выбора этого ответа близкие: 10,8% и 11,5% (11,4% все).

Удачную женитьбу/замужество, как причину удач у других, назвали 4,0% женщин и только 0,8% мужчин, а по возрастным группам от 1,6% до 3,4%; у воцерковленных, крещеных и у всех в целом почти одинаковый результат: 2,4%-2,2% (все значения за пределами точности измерений).

Результаты выбора ответа «Бог помогает им, а мне – нет», как и в предыдущем ответе, в основном лежат за пределами точности измерений: у женщин и мужчин - 5,1% и 4,1%; у 30-39-летних и 40-49-летних 5,1% и 1,7%; у воцерковленных и крещеных - 6,0% и 4,9% (4,5% все). Только у 19-29-летних и 50-59-летних значения превышают точность измерения: 8,0% и 8,3%.

Очень немногие из пациентов выбрали единственный ответ, который указывает на то, что, возможно, причины неуспеха надо искать в себе: «Наверное, другие лучше работали». Только 9,1% женщин и 18,1% мужчин выбрали этот ответ. В возрастных группах его назвали 13,6% 30-39-летних, 21,9% 40-49-летних и 8,3% 50-59-летних. 19-29-летние пропустили этот ответ, посчитав его не актуальным для себя. Этот ответ выбрали только 14,5% воцерковленных и 16,4% крещеных (14,1% все в целом).

Вывод: У пациентов прослеживается нежелание нести ответственность за сложившуюся судьбу, поиск вины вне себя, обида и злость на обстоятельства и других людей. В большей степени признают ответственность за неудачи самые трудоактивные (21,9%), мужчины (18,1) и крещеные (16,4%).

Наблюдается большое число пациентов, которые не определились или не захотели предположить причину несложившейся жизни. Ответы «не знаю», «другое» (без комментариев) и пропуск ответа в сумме набрали одинаковый процент у женщин и мужчин (28,2%-28,9%). Близкие показатели в возрастных группах (25%-30,5%). Меньше всего неопределившихся у воцерковленных: 22,9%. У крещеных и всех в целом - 26,2% и 28,6%, соответственно.

6 Отношение пациентов к себе; осуждение себя

(Приложение Е, вопросы 45, 46)

На **вопрос 45** «Вы себе нравитесь?» ответ «доволен собой» дали 20,2% женщин и 15,7% мужчин. В большей степени довольны собой самые молодые (36,0%). В других возрастных группах число довольных собой существенно меньше: от 10,9% (40-49-летние) до 17,8% (30-39-летние). Еще меньше их среди воцерковленных: 10,8%, против 18,0% у крещеных и 17,7% у всех в целом.

Такой же порядок голосов в суммарном ответе «нет», «мне не за что себя критиковать» и «я всё делаю правильно» на **вопрос 46** «Вы часто критикуете себя?». Некритикующих себя женщин и мужчин, оказалось по 18,2%. Не критикуют себя 28,0% самых молодых, а меньше всего не критикующих среди самых пожилых: 8,3%. Среди воцерковленных не критикующих себя 14,4% (у крещеных 18,5%, у всех в целом 18,1%).

Вторая группа ответов на те же вопросы - «иногда/часто недоволен собой», «нет/недоволен собой» (**вопрос 45**; 73,8% женщины и 77,6% мужчины) и «иногда/да, часто критикую себя» (**вопрос 46**; 68,7% женщины и 86,9% мужчины) - показывает, что женщины подвергают себя критике (анализу и осуждению своих поступков) не только реже, чем мужчины, но даже реже, чем бывают безотчетно недовольны собой (недовольных женщин 73,8%, а критикующих себя 68,7%). Мужчинам свойственно критиковать или осуждать себя чаще, чем ощущать необъяснимое, безотчетное недовольство собой.

Самые молодые участники опроса реже всех бывают недовольны собой (56%) и реже критикуют себя (60%). Однако критикуют они себя относительно чаще, чем бывают недовольны собой. Старшие группы пациентов выражают недовольство собой и подвергают себя критике гораздо чаще (77,0%/76,3% - 30-39-летние, и 79,8% /70,3% - 40-49-летние). Самые пожилые пациенты в равной степени недовольны собой и критикуют себя: 83,3%. Воцерковленные пациенты, имея высокий уровень недовольства собой (86,7%), критикуют или осуждают себя в меньшей степени (74,6%). У крещенных и у всех респондентов в це-

лом оба показателя не слишком отличаются между собой: 76,5%/ 73,3% у крещеных и 75,9%/75,2% у всех в целом.

Вывод: самая многочисленная группа пациентов, выбравшая вторую группу ответов на вопросы 45 и 46 (70-90%), ощущает безотчетное недовольство собой и в разной степени анализирует свои поступки, подвергая их критике или осуждению. В меньшей степени осуждение своих поступков свойственно женщинам, сорокалетним и воцерковленным. В большей степени – мужчинам и самым молодым. Самый высокий уровень недовольства и осуждения своих поступков, свойственен самым пожилым пациентам.

Третья, самая малочисленная группа респондентов – это те, кто «ненавидят себя» (**вопрос 45**) и «во всем винят себя» (**вопрос 46**). Хотя показатели выбора таких ответов иногда лежат за пределами точности наших измерений, мы рассмотрим их, т.к. подобные фразы часто встречаются в предсмертных записках.

Большинство респондентов в минимальной степени выражает ненависть к себе. Чаще всего они встречаются среди женщин (2%) и молодых людей (4%). Воцерковленные и самые старшие пациенты совсем не испытывают ненависти к себе: 0%. А вот «постоянное чувство вины» и «самоедство» свойственно многим. В первую очередь, это самые молодые респонденты (12%) и женщины (10,1%). Вторая группа – это воцерковленные (7,2%) и самые пожилые пациенты (8,3%). Однако последняя группа не испытывает ненависти к себе, что снижает вероятность включения ее в группу риска суицида, так же, как и другие группы, у которых уровень чувства вины не превышает 6%, а уровень ненависти - 0,8-2% (оба за пределами точности).

Наиболее подвержена риску суицида, по нашему мнению, группа самых молодых, так как общий уровень критики и осуждения себя в ней гораздо выше, чем уровень необъяснимого, безотчетного недовольства собой (60%+12%, против 56%). У женщин он существенно ниже (68,7% +10,1%, против 73,8%).

7 Признание вины и справедливости наказания

(Приложение Е, вопросы 43, 44)

Сравнение ответов пациентов на **вопрос 43**: «Вас иногда посещает чувство вины?» и параллельных ответов на **вопрос 44**: «У Вас есть ощущение, что Вы наказаны за что-то?», который ставит под другим углом предыдущий вопрос, выявило степень ощущения вины и степень признания справедливости наказания у респондентов.

Ответы на **вопрос 43** показали, что большинству респондентов (от 92% до 98%) присуще чувство вины. Ответ «никогда» выбрали только 6,1% женщин и 1,7% мужчин: в основном, это «женский» ответ. В возрастных группах ответ «никогда» выбрали только самые молодые (8,0%) и тридцатилетние (5,1%). Другие возрастные группы респондентов его пропустили. У крещеных и воцерковленных пациентов (одинаковое соотношение мужчин и женщин) результат почти идентичный: 2,2% и 2,4%.

А на **вопрос 44**, об ощущении наказанности за что-то, ответы «нет», «чего нет, того нет» и «редко» выбрали 38,4% женщин и 23,9% мужчин. В возрастных группах различия в голосовании незначительны: от 36% (самые молодые) до 31,0%-31,3% (тридцати-сорокалетние). Среди воцерковленных число выбравших этот ответ (24,1%) одно из самых маленьких (за исключением самых пожилых - 8,3%). Выбор крещеных - 28,4%, а у всех респондентов в целом - 30,4%.

Вывод: У значительной группы респондентов существует отрицание в совершении проступка, за который возможно понести наказание. В большей степени это свойственно женщинам и самым молодым респондентам. В меньшей степени – мужчинам и воцерковленным пациентам.

На **вопрос 43** ответы (в сумме) «иногда чувствую себя виноватым» и «довольно часто чувствую себя виноватым» выбрали 78,8% женщин и 89,3% мужчин, а в возрастных группах – 83%-84,4% тридцати- и сорокалетние, 88% самые молодые и 91,6% самые пожилые. Выбор воцерковленных, крещеных и всех пациентов в целом лежит в пределах средних значений (85,5%, 84,7% и 84,5%).

А на **вопрос 44** сумма ответивших «иногда мне кажется, что кое за что меня следует наказать» и «меня следовало бы здорово наказать за многое» уже не выявила различий между ответами мужчин и женщин (33,3% женщины и 33,9% мужчины). Зато в возрастных группах, при диапазоне значений от 24% (19-29-летние) до 50% (50-59-летние), прослеживается зависимость от возраста. Также воцерковленные гораздо чаще осознают справедливость наказания: 44,4%, против 37,1% у крещеных и 33,3% у всех.

Вывод: ответы говорят, что чувство вины больше присуще мужчинам, самым молодым, а также самым пожилым респондентам. В то же время, среди осознающих вину почти в 3 раза меньше тех, кто согласен лично нести ответственность за проступок. Меньше всего их среди самых молодых.

На **вопрос 43** ответ «постоянно испытываю чувство вины» выбрали 14,0% женщин и 4,1% мужчин. В возрастных группах разница в результатах выбора не так заметна – 8,3%-9,4%. Только у самых молодых этот ответ набрал 4,0%. Воцерковленные выбрали этот ответ в 9,6% случаях (крещенные в 9,8%, все в целом в 8,6% случаях).

Ощущение свершившегося наказания (ответы «да» и «я чувствую себя уже наказанным» на **вопрос 44**) зависит от пола пациента и присуще в большей степени мужчинам (37,2%). У женщин показатель существенно ниже (25,3%). По возрастным группам дифференциация в результатах не так велика: от 33,3% до 36,0%. Несколько ниже показатель у самых молодых респондентов: 29,6%. У воцерковленных это чувство встречается заметно чаще (32,2%), чем у крещеных (27,8%), и почти совпадает с результатами для всех респондентов в целом (31,8%).

Вывод: сопоставление этих групп ответов в **вопросах 43 и 44** показал, что более 30% всех пациентов испытывают чувство чрезмерного, не по заслугам наказания. Таких в 3-4 раза больше, чем тех, кто испытывает чувство вины. Это состояние отчаяния, злости, уныния и бессильного протеста против наказания

не по заслугам. У воцерковленных это чувство встречается даже чаще (32,2%), чем у крещеных (27,8%) и в равной степени со средними значениями (31,8%).

8 Печаль, раздражительность, склонность к слезам

(Приложение Е, вопросы 39, 48, 49; Приложение Ж, рисунки Ж.7.а - Ж.7.в)

Ответы на **вопрос 39** «Вы чувствуете себя расстроенным или печальным?» обнаружили, что всего лишь 1% женщин и 1,7% мужчин выбрали ответ «настолько расстроен и печален, что с трудом переношу это» (за пределами точности измерений). В возрастных группах ответ лежит в интервале от 0% до 1,6%, а у крещеных и воцерковленных – 1,1% и 1,2% (1,4% все). Больше всего респондентов, склонных к крайней степени уныния среди двадцатилетних: 4,0%. Это соотносится со статистикой самоубийств у молодых. Несмотря на то, что среди 50-59-летних пациентов много людей с низким социальным статусом (например, бомжей), никто из них не выбрал этот ответ.

В основном респонденты выбирали ответы «редко расстраиваюсь, я веселый человек» и «случается, что расстраиваюсь, но не более, чем все». В сумме эти ответы выбрали 80,1% мужчин и 55,5% женщин (69,1% все). В возрастных группах пациентов чем старше респонденты, тем увереннее был выбор этих ответов (64% - 72,1%). Только 50-59-летние выбрали его в 50% случаях (характерно для ответов неработающих респондентов). У крещеных оказался более позитивный взгляд на жизнь (71,6%), чем у воцерковленных (63,8%).

37,4% женщин «часто расстраиваются, и многое приводит их в уныние». У мужчин это происходит в 3 раза реже (11,6%). А больше всего пребывающих в состоянии уныния (но не в крайней ее степени) среди 50-59-летних (50%): среди них много неработающих. Много выбравших этот ответ среди воцерковленных (30%). Во всех остальных группах выбор в пределах от 21,2% до 24% (23,2% у всех в целом).

На **вопрос 48** о склонности к слезам около 89,3% мужчин и 79,8% женщин ответили, что сейчас они «плачут не чаще, чем раньше», или «немного чаще, чем раньше, но не слишком». В возрастных группах так ответили от 68% до

100% респондентов, с нарастанием числа голосов прямо пропорционально возрасту. У воцерковленных (89,1%) этот показатель почти наивысший среди всех изучаемых групп. У крещеных (85,3%) и всех респондентов в целом (85%) он ниже.

«Плачущих гораздо чаще» или «постоянно плачущих» больше всего среди женщин и 19-29-летних (19,2% и 24%). 50-59-летние отклонили эти ответы (0%). В остальных группах выбор лежит от 5,8% (мужчины) до 12% (крещеные). У воцерковленных 8,4% (11,8% все).

Крайнюю степень уныния – ответ: «Раньше мог плакать, а теперь нет, даже если хочется» - выбрали от 0% до 1,6% (у 40-49-летних) респондентов. Все значения лежат за пределами точности наших измерений.

На **вопрос 49** о раздражительности, 37,2% мужчин и 54,6% женщин ответили, что «стали более раздражительными», чем раньше, или «постоянно раздражительными». В возрастных группах эти ответы набрали 42,4%-44,4% (у 50-59-летних 53%). Повышение раздражительности указали воцерковленные: 53%. У крещеных (44,9%) цифры близкие к ним, а также к тем, которые получены для всех респондентов (45%).

Наступление апатии (одной из крайних степеней уныния) отмечают от 1,6% (40-49-летние) до 6,1% (женщины). Отвергли этот ответ только 50-59-летние (0%). Больше, чем все респонденты в среднем (4,1%) - кроме женщин – особенно подвержены апатии воцерковленные (6%), 30-39-летние (5,9%) и крещеные (4,9%). Мужчины подвержены этому только в 2,5% случаях (все значения за пределами точности измерений).

9 Погруженность в себя, склонность к суициду

(Приложение Е, вопросы 47, 50; Приложение Ж, рисунки Ж.6.а – Ж.6.в, Ж.8.а – Ж.8.в)

Вопрос 50. Меньше стали интересоваться другими людьми или их проблемами и отметили погруженность только в свои проблемы 21,5% мужчин и вдвое больше женщин - 45,5%. Среди самых молодых и самых пожилых ре-

спондентов таких оказалось 40%-42%. У 30-39-летних их оказалось менее 34%, а у 40-49-летних – только 25% (наиболее трудоактивные группы), несмотря на то, что в этой группе 75% женщин, у которых интерес к другим сильно снижен. Только 28,9% воцерковленных (одни из наиболее трудоактивных) ответили, что погружены в свои проблемы (30,6% у крещеных и 32,3% у всех).

Полностью утратили интерес к другим людям и чужим проблемам только 0,5% всех респондентов: 0,8% мужчин, 1,6% сорокалетних и 0,5% крещенных. Остальные пропустили этот ответ. Все значения за пределами точности наших измерений.

На **вопрос 47** о суицидальных помыслах показал, что так или иначе такие мысли посещают 73,7% женщин и 57,1% мужчин и от 58,3% 50-59-летних до 68,7% 19-29-летних. Среди крещеных и воцерковленных таких респондентов 66,7%-67,6% (64,6% среди всех в целом).

Ответ «мне в жизни несколько раз приходила такая мысль, но я отгонял ее» выбрали 42,4% женщин и 27,3% мужчин, а в возрастных группах пациентов выбор лежит от 28,1% (40-49-летние) до 41,7% (50-59-летние). Воцерковленным (39,8%) чаще, чем крещеным (35,0%) и всеми респондентам в целом (34,1%) приходят такие мысли.

Вариант ответа, указывающий, что эти мысли постепенно превращаются в идею, которую больной пока еще старается не принимать - «такие мысли приходят, но я не буду их осуществлять» - показывает, что разрыв между мужчинами и женщинами постепенно сокращается: ответ выбрали 23,2% женщин и 17,4% мужчин. Сокращается разрыв и в возрастных группах: от 16,7% (50-59-летние) до 20%-22% (19-29- и 30-39-летние). Чем моложе респонденты, тем чаще возникают мысли о суициде. При этом разница между значениями во всех группах сократилась до величины меньшей точности измерений. У крещеных (20,8%), воцерковленных (19,3%) и всех респондентах в целом (20,0%) по результатам этого ответа не большие различия.

Ответы «да» и «такие мысли часто посещают меня» показывают, что мужчин, которые констатируют ответ как идею, но не отвергают ее (9,9%) на треть больше, чем женщин (7,0%). В возрастных группах только 50-59-летние не выбрали этот ответ (0%), хотя в группе наличествует много бомжей и неработающих. Выбор остальных возрастных групп лежит в пределах от 8,0% (19-29-летние) до 12,5% (40-49-летние). Достаточно много ответивших таким образом и среди крещеных (9,3%), и среди воцерковленных (8,2%), и в целом по всем респондентам (8,7%).

Вывод: эмоциональность женщин часто не обуславливает серьезность намерений к суициду. Хотя навязчивость суицидальных мыслей возникает большему числу из них и сохраняется на более длительном протяжении времени, чем у мужчин. Мужчин суицидальные мысли посещают реже, но именно идеи о реальном намерении совершить его, возникают чаще, чем у женщин.

По данным Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ)²⁶¹ от 4 сентября 2014, мужчины совершают самоубийства почти в 2 раза чаще, чем женщины. В России в 2014 году на 100 тысяч жителей приходилось 19,5 случаев самоубийств, что меньше, чем было в 2013 году (21,4 на 100 тыс.). Однако в России, в отличие от других развитых стран, это распространено среди людей активного трудового возраста.

3.1.3. Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающихся внутренних проблем и переживаний ВИЧ-инфицированного человека (вопросы о смысле жизни, о счастье, о Боге и т.п.; «дух»)

1 Мнение больных о способности человека управлять своей судьбой и жизнью

(Приложение И, вопрос 63; Приложение К, рисунок К.1.а – К.1.в)

²⁶¹ ВОЗ опубликовала статистику самоубийств в мире // Интерфакс. URL: <http://www.interfax.ru/world/395021> (дата обращения 10.01.2017).

На **вопрос 63**, может ли человек управлять своей жизнью и судьбой (можно было выбрать более одного ответа), ответ «да» и «иногда может» выбрали более половины респондентов во всех изучаемых группах (самые старшие респонденты -66,3%). То есть, более 50% респондентов из всех групп исследования согласились, что человек обладает волей определять свои поступки и судьбу.

Второй по приоритету ответ «Бог управляет» получил 36,4% голосов женщин и 30,6% мужчин. В возрастных группах выбор лежит в диапазоне от 26,3% (30-39-летние) до 41,7% (50-59-летние). Больше всего проголосовавших за него среди воцерковленных: 44,6% (34,4% крещеных, 33,2% всех в целом).

Третий ответ – «какой-то Высший Разум управляет человеком» - признающий участие Бога, но называющий иным именем – набрал от 20,2% (женщины) до 30,0% (воцерковленные). Только у 50-59-летних ответ получил 8,3%.

В целом, почти 60% респондентов заявили о том, что они или верят в существование Бога, или не отвергают этой идеей, называя Его Высшим Разумом, управляющим человеком.

Приверженность идее о предопределенности судьбы – «у человека всё на роду написано» - выразили 11,1% женщин и 6,6% мужчин. В возрастных группах - от 5,9% до 9,4%. Резко выделяются только самые молодые, выбравшие этот ответ 20% голосов. Мало отличаются результаты у крещеных (9,3%) и воцерковленных (8,4%) от выбора у всех респондентов в целом (8,6%) .

Выбор ответов показывает, что пациенты всех исследуемых групп размышляют о вопросах бытия и, в основном, приходят к согласованному мнению. Ответы на следующие вопросы подтвердили этот вывод.

2Смысл жизни

(Приложение И, вопросы 64-66, 70; Приложение К, рисунки К.2.а – К.4.в, К.6.а – К.6.в)

На прямой **вопрос 64** о желании пациентов поговорить с кем-либо о смысле жизни, утвердительный ответ в разных вариантах – «да», «меня это интере-

сует, но боюсь таких разговоров» и «хотелось бы, но не знаю, кому задать такой вопрос» - дали в сумме 69,7% женщин и 70,2% мужчин. Чем моложе респонденты, тем больше они проявляют интерес к этим вопросам: от 58,3% у самых пожилых до 72% у самых молодых. Воцерковленные (73,5%), крещенные (70%) и все в целом (70%) проявляют почти одинаковый интерес. Цифры согласуются с мнением экспертного сообщества, заявившего, что темы бытия или интересуют пациентов, или скорее интересуют, но они боятся таких разговоров (раздел 2.3 данного исследования). Подтвердили этой ответы на **вопрос 64**: 70% всех респондентов интересуются вопросами бытия и смысла жизни.

На **вопрос 66** о том, с кем, по мнению респондентов, надо говорить о смысле жизни и кто может лучше всего объяснить, в чем ее смысл (можно было выбирать более одного ответа), доминирующий ответ был: «Священник». Он набрал 64,6% голосов у женщин и 60,3% у мужчин. В возрастных группах этот ответ поддержали от 50% (50-59-летние) до 64,4% (30-39-летние). У воцерковленных он набрал 77,1%, у крещенных – 63,9% (у всех в целом - 62,3%).

В комментариях к ответу часто добавлялось уточнение: «православный священник»; в двух-трех ответах указывался «мулла». Потребность в православном священнике высказали более чем 60% респондентов.

Выбор ответа «пожилой опытный человек», в качестве наилучшего специалиста для объяснения смысла жизни, характерен у молодых респондентов (20,0% - 22,9% у 19-39-летних). У старших возрастных категорий этот ответ не нашел большой поддержки, и чем старше респондент, тем она меньше, а наименьшая - у 50-59-летних: 8,3%. Мужчины выбирали этот вариант ответа реже (15,7%), чем женщины (20%), а крещенные и воцерковленные почти в равной мере: 19,7% и 19,3% (17,7% все).

Идею «философа» или «психолога» поддержали от 12,0% до 16,7% в возрастных группах, а также 14,1% женщин и 13,2% мужчин. Крещенные (12,6%) и воцерковленные (13,3%) мало отличаются в своем выборе от всех в целом (13,6%). Скорее всего, этот выбор обусловлен недостаточным знанием этих спе-

циальностей. Именно поэтому врача на роль эксперта по вопросам о смысле жизни (каждодневные контакты) поддержали менее 2,5% во всех группах (чем старше респонденты, тем меньше поддержка). Только воцерковленные выбрали врачей 4,8% голосами.

Заметное число респондентов выбрали ответ «каждый должен объяснить это себе сам». Женщины в меньшей степени полагаются на себя (13,1%), чем мужчины (18,2%). Чем старше респонденты, тем чаще определен выбор этого варианта ответа: от 20% у самых молодых до 33,3% у самых старших. Крещеные (16,4%) в меньшей степени проявляют уверенность в своих силах, чем воцерковленные (18,1%). Все пациенты в целом выбрали ответ 15,9% голосами.

Довольно многие респонденты уклонились от ответа, выбрав «не знаю», «другое» без пояснений или пропустив ответ: от 16,7% (50-59-летние) до 23% (40-49-летние). У женщин и мужчин близкие значения по этим ответам: 22,2% у женщин и 23,2% у мужчин. Среди крещеных и воцерковленных ответы распределились не равномерно: 8,4% у воцерковленных, 19,7% у крещеных и 20,9% у всех. Такое распределение говорит в пользу более твердых жизненных позиций у воцерковленных.

На **вопрос 65**, что сами больные считают смыслом жизни (можно было выбирать более одного ответа), ответы распределились очень неравномерно и по полу, и по возрасту, и по воцерковленности.

Большинство (61,6% женщин и 52,9% мужчин) видят смысл жизни в семье. У мужчин такой выбор был реже в 1,2 раза, чем у женщин. Меньшая приверженность традиционным семейным ценностям у мужчин проявилась в более частом их заражении ВИЧ-инфекцией от случайных партнеров и последующего заражения ею постоянного полового партнера-женщины. По возрастным группам выбор этого ответа лежит в пределах от 41% у 50-59-летних (много бессемейных, дети уже совершеннолетние) до 65,6% у 40-49-летних (есть семьи и не-

совершеннолетние дети). Воцерковленные пациенты выбрали этот ответ чаще (60,2%), чем крещенные (57,4%) и у все респонденты в целом (56,8%).

На втором месте ответ «смысл жизни в Боге». Его выбрали почти равное количество женщин (42,4%) и мужчин (42,1%). У самых молодых он набрал 52% голосов (наибольшее в возрастных группах), а у самых пожилых только 41%. У воцерковленных наибольший результат по выбору этого ответ (57,8%), и превышает выбор крещенных (43,7%) и всех в целом (42,3%) почти 1,35 раза.

На третьем месте ответ, что смысл жизни «в работе и творчестве»: 31,3% женщин и 33,1% мужчин. Близкий результат у тридцатилетних и сорокалетних пациентов: 33,9% и 37,5% (наиболее трудоактивные возрастные группы). Самые молодые и самые пожилые пациенты выбрали его вдвое меньшим числом голосов: 16,0% и 16,7%. У воцерковленных этот ответ имеет наивысший рейтинг (41%), по сравнению с крещеными (31,1%) и всеми респондентами в целом (32,3%).

Ответ «пожить в свое удовольствие» в 1,4 раза чаще выбирали мужчины (13,1% женщины и 18,2% мужчины). В возрастных группах выбор абсолютно подчиняется возрасту респондента: чем моложе респондент – тем чаще выбор этого ответа (24% у двадцатилетних, с постепенным снижением до 0% у пятидесятилетних). У крещенных (16,4%) за этот ответ подано в 1,4 раза больше голосов, чем у воцерковленных: 12% (15,9% у всех в целом).

Уклонились от ответа 22,2% женщин и 18,1% мужчин; в возрастных группах этот показатель от 14,1% до 33,3% (у самых пожилых). Крещенные значительно чаще уклонялись от ответа (20,2%), чем воцерковленные 15,6% (19,9% все в целом).

Вопрос 70, ради чего стоит жить, является почти повторением **вопроса 65** (можно было выбрать более одного ответа). Ответы женщин на него характеризуют большую их жертвенность ради других: в двух доминирующих ответах явное преобладание женщин: «семья и дети» (78,8%, против 64,5% у мужчин) и «любовь» (44,4%, против 28,9% у мужчин). Две самые молодые возраст-

ные группы выбрали ответ «семья и дети» большим числом голосов (72,9% и 76%), по сравнению с двумя самыми старшими группами (65,6% и 66,7%), у которых дети часто уже совершеннолетние и живут самостоятельно. Интересно, что ответ «любовь» (33,1% - 50%) чаще выбирали респонденты старших возрастных групп (жизненная мудрость).

В выборе ответов «семья, дети» (у воцерковленных 73,5%, против 71,6% у крещенных и 70,9% у всех) и «любовь» (у воцерковленных 42,2%, против 37,2% у крещенных и 35,9% у всех) наблюдается явное лидерство воцерковленных.

Ответ «спасение души» набрал почти одинаковое количество голосов у женщин (36,4%) и у мужчин (35,5%). В возрастных группах этот вариант набрал 35,6%-58%: чем старше респондент, тем чаще был выбор этого ответа. У сорокалетних он получил несколько меньше голосов: 31,3%. А у воцерковленных этот вариант ответа имеет почти наивысший рейтинг: 53,0%, против 36,1% у крещенных и 35,9% у все. (Результаты выбора этого ответа близки к результатам, которые получены при выборе ответа «смысл жизни в Боге» на вопрос 65.)

В ответе «пожить в свое удовольствие» видно преобладание мужских голосов: 17,4% против 13,1% у женщин. За исключением самых пожилых, которые пропустили этот ответ, остальные возрастные группы выбрали его голосами от 10,9% до 28%: чем моложе – тем выше значения. Воцерковленные выбрали его 12% голосов, в то время как крещенные - 15,3% и все в целом - 15,5%.

Не определились с ответом почти одинаковое количество женщин и мужчин: 12,1% и 11,9%. В возрастных группах эти цифры колеблются от 8,3% до 12%. Среди воцерковленных меньше всего неопределившихся по этому вопросу: 5%, против 10,8% у крещенных и у всех.

Вывод: ответы женщин и воцерковленных респондентов характеризуют их большую жертвенность в своих заботах о других, а ответы воцерковленных, при этом, большую уверенность своего выбора.

3Счастье

(Приложение И, вопрос 68; Приложение К, рисунки К.5.а – К.5.в)

В вопросе 68, как больные понимают, что такое счастье и в чем оно заключается (можно было выбирать более одного ответа), ответы выявили отличия между мнением женщин и мужчинами, которые не были так заметны в этой группе вопросов до сих пор.

Ответ «крепкая семья» (69,7% у женщин, против 61,2% у мужчин) еще раз подтвердил вывод о том, что женщины в большей степени обращены к семье, в отличие от мужчин. Среди 19-49-летних («семейные» группы) этот ответ набрал больше половины всех голосов (от 62,7% у 30-39-летних до 72,0% у 20-29-летних). У самых пожилых он набрал только 41%. Частично это объясняется большим числом бомжей и вдовых в этой группе, и убежденностью, что семья – это уже в прошлом. Т.е. ответ дан о себе сиюминутном: ради чего респондент собирается дальше жить.

Ответ «здоровье» (63,6% у женщин, против 53,7% у мужчин) набрал от 50% до 64% по всем возрастным группам. Чем моложе респонденты, тем больше волнует их эта проблема. Несмотря на то, что в возрастных группах у самых пожилых этот ответ имеет самый низкий процент голосов (50%), тем не менее, для них самих он приоритетный и имеет более высокий процент голосов, чем ответ «крепкая семья» (41%). Это еще раз подтверждает наблюдение о том, что для многих бессемейных респондентов наиболее важное – забота о своем здоровье (страх остаться беспомощным).

Преобладание мужских голосов в выборе ответа «материальный достаток» (41,3%, против 31,3% у женщин) полностью соотносится с ответами в других вопросах о большей, чем женщины, озабоченностью потерять или не найти работу и больше заработать. Выбор материального благополучия, как мерило счастья, не выявил определенной возрастной зависимости. Этот ответ от 31,3% (40-49-летние) до 43,2% (30-39-летние) характерен для самых трудоактивных возрастных групп. 50-59-летние же респонденты не отдали в пользу него ни одного голоса.

Преобладание мужских голосов в выборе ответа «хорошее образование» (24,0% против 17,2% у женщин) коррелируется с ответами об озабоченности мужчин не потерять или не найти работу. Оно связано, также, с возрастом респондентов: чем моложе пациент, тем вероятней для него выбор этого ответа (от 8,3% у самых пожилых до 28% у самых молодых), и объясняется пониманием, что хорошее образование может способствовать улучшению качества жизни и ощущения благополучия.

Одинаково со всеми расставляются приоритеты в ответах на этот вопрос у крещеных и воцерковленных. Примечательно, что число голосов за каждый ответ у воцерковленных всегда на 4%-7% больше, чем у крещеных и у всех в целом: «крепкая семья» (69,9%, 65,6% и 65,0% у всех), «здоровье» (63,9%, 57,9% и 58,2% у всех) и «хорошее образование» (27,7%, 20,8% и 20,9% у всех). Исключением является только ответ «материальный достаток» (38,6%, против 39,3% у крещеных, 36,8% у всех).

Не определились с ответом 18,2% женщин и 18,1% мужчин. В возрастных группах ушли от ответов от 4% (20-29-летние) до 25% (50-59-летние). Воцерковленные (14,5%) оказались более уверенными в своих ответах, чем крещеные (18,1%) и все респонденты в целом (18,2%).

4 Жизненные приоритеты до и после постановки диагноза

(Приложение И, вопросы 71-72; Приложение К, рисунки К.7.а – К.8.в)

Ответы на **вопрос 71**, что было важным для респондентов до болезни, показывают различие в приоритетах у *женщин и мужчин*, среди которых совпадает только ответ «семья и дети» (можно было выбирать более одного ответа).

1) У *женщин* (по убыванию приоритета): «семья и дети», «здоровье», «работа, бизнес», «пожить в свое удовольствие», «материальный достаток», «хорошее образование, «половые взаимоотношения».

У *мужчин* (по убыванию приоритета): «семья и дети», «работа, бизнес», «материальный достаток», «здоровье», «пожить в свое удовольствие», «половые взаимоотношения», «хорошее образование».

При этом у женщин количество голосов за ответ «семья» существенно больше, чем у мужчин (51,5%, против 44,6%).

2) Изучении ответов на этот вопрос (можно было выбирать более одного ответа) в *возрастных группах* позволило установить, что только один из них (он у всех на первом месте) не вызвал разногласий: «семья и дети». Ответ получил от 43,2% голосов (30-39-летние) до 66,7% (50-59-летние). При этом прямой зависимости от возраста не наблюдается.

На втором месте ответ «здоровье» (от 29,7% до 36,0%), с преобладанием голосов старших возрастных групп.

Выбор еще двух ответов – «работа, бизнес» и «материальное благополучие» - напрямую зависел от возраста. Чем старше респонденты, тем чаще они выбирали означенные ответы: от 28% до 50% и от 20% до 50%.

А ответы «половые взаимоотношения» (от 25% до 40%), «пожить в свое удовольствие» (от 6,3% до 12%) и «хорошее образование» (от 4,7% до 9,3%) показали рост числа голосов от пожилых в сторону самых молодых. Ни за один из этих ответов не голосовали самые пожилые. Выбор ответа о хорошем образовании занимает последнее место среди приоритетов до постановки диагноза о ВИЧ-инфицировании у респондентов.

3) Ответы показали почти полное совпадение приоритетов у *крещеных, воцерковленных* и *всех* респондентов в целом. Разница только в соотношении голосов, отданных за одни и те же ответы. За каждый ответ воцерковленные отдавали на 10-15 процентов больше голосов, чем крещеные или все респонденты в целом. Исключением являются только ответы «пожить в свое удовольствие» и «половые взаимоотношения». Здесь у каждой из трех групп почти одно и то же количество голосов.

Приоритеты выстроены в следующем порядке (по убыванию приоритета): «семья, дети», «работа, бизнес», «здоровье», «материальный достаток» (воцерковленные)/«пожить в свое удовольствие» (крещеные и все

в целом), «пожить в свое удовольствие» (воцерковленные), «половые взаимоотношения» (крещеные, все в целом), «хорошее образование».

Самое большое отличие в количестве голосов в ответе «семья, дети» у воцерковленных(54,2%)и у крещеных (49,2%).

Не определились с ответами от 4,8% до 12% по всем изучаемым группам.

Ответы на **вопрос 72** о том, что является самым важным у больных в настоящее время, говорят о серьезных изменениях жизненных приоритетов после постановки диагноза.

1) Ответы *женщин и мужчин* почти дублируют друг друга(по убыванию приоритета): «вылечиться», «семья и дети и их здоровье», «не потерять силы», «не потерять работу», «найти средства к существованию», «найти работу» (женщины)/«ничего не осталось, кроме Бога» (мужчины), «ничего не осталось, кроме Бога» (женщины)/«найти работу» (мужчины).

Несмотря на то, что женщины озабочены своим здоровьем в большей степени (**вопросы 36 и 54**), чем мужчины, ответ «вылечиться» набрал у них относительно меньше баллов, чем аналогичный у мужчин (63,6%, против 67,8%), а ответ о здоровье семьи и детях – относительно больше (38,4%, против 28,1%).

Также и в ответе «не потерять силы» (не аналог ответа «вылечиться», а желание сохранить минимум): у женщин – 35,4%, у мужчин – 28,1%.

У мужчин обеспокоенность не потерять работу (19,8%) выше, чем у женщин (16,2%), что эквивалентно обеспокоенности не потерять статус сильного и самостоятельного, возможно, кормильца.

А вот ответ «ничего не осталось, кроме Бога» в 2,3 раза чаще выбирался мужчинами (9,1% против 4,0% у женщин). Такой ответ не означает, что только это число респондентов помнит о Боге. Ближе всего этот результат соотносится с ответом «не способен выполнять никакую работу» в

серии вопросов о «душе». Там соотношение голосов у мужчин и женщин 7,5% к 3% (2,5 раза). Два других ответа в «мужских» вопросах (**вопрос 47** о самоубийстве и **вопрос 50** о потере интереса к окружающему миру) имеют похожее соотношение «мужских» и «женских» ответов: о самоубийстве (9,9% к 7%) – в 1,4 раза, о потере интереса к окружающему миру (4,9% к 2%) – в 2,5 раза.

2) Ответы *по возрастным группам* тоже почти дублируют друг друга. Некоторое исключение представляют 50-59-летние (в основном, из-за малочисленности группы).

Для трех основных возрастных приоритеты следующие (по убыванию приоритета): 19-29/30-39/40-49: «вылечиться», «не потерять силы» (19-29) – «семья и дети и их здоровье» (30-39/40-49), «семья и дети и их здоровье» (19-29) – «не потерять силы» (30-39/40-49), «не потерять работу», «найти средства к существованию», «найти работу» (19-29/30-39) – «ничего, кроме Бога не осталось» (40-49), «ничего, кроме Бога не осталось» (19-29/30-39), «найти работу» (40-49).

За ответ «ничего, кроме Бога не осталось» больше всего получено голосов от 40-49-летних – 9,4%. Объяснение может быть не в возрастной, а в половой принадлежности: группа 40-49-летних в нашем исследовании оказалась самой «мужской». А у мужчин этот ответ лучше всего соотносится с ответом «не способен выполнять никакую работу» в серии вопросов о «душе», результаты на который типичны для мужчин.

Для 50-59-летних распределение приоритетов следующее (по убыванию приоритета): «вылечиться», «семья и дети и их здоровье», «не потерять силы», «найти средства к существованию», «не потерять работу», «найти работу», «ничего, кроме Бога не осталось». Более высокий приоритет, по сравнению с другими возрастными группами, имеет ответ «найти средства к существованию», т.к. в группе много бомжей.

3) Ответы *крещеных, воцерковленных и всехреспондентов в целом* только на половину дублируют друг друга (по убыванию приоритета) поэтим трем группам: «вылечиться», «семья и дети и их здоровье», «не потерять силы», «не потерять работу», «найти средства к существованию» (крещеные, все)/«ничего, кроме Бога не осталось» (воцерковленные), «найти работу» (крещеные, все)/«найти средства к существованию» (воцерковленные), «ничего, кроме Бога не осталось» (крещеные; все)/«найти работу» (воцерковленные).

Отличие группы крещеных и всех в целом от воцерковленных только в том, что по тем ответам, по которым есть приоритетное совпадение, число голосов у группы воцерковленных превышает таковые у двух других.

А по ответам «найти работу» (8,7% у крещеных и 8,2% у всех, против 4,8% у воцерковленных) или «найти средства к существованию» (13,7% у крещеных и 14,1% у всех, против 6,0% у воцерковленных) *превышение* голосов крещеных и всех в целом над голосами *воцерковленных* в 1,7 - 2 и более раз. Этим еще раз подтверждается вывод о лучшем материальном положении у воцерковленных. При этом выбор ответа «ничего, кроме Бога не осталось» воцерковленные выбирали в 1,8-2 раза чаще всех остальных опрошенных групп: 12%.

5В чем опора в жизни

(Приложение И, вопрос 73; Приложение К, рисунки К.9.а – К.9.в)

В ответах *женщин и мужчин* на **вопрос 73**, в чем может быть опора в жизни, опять выявились расхождения (можно было выбирать более одного ответа):

1) Доминирующий ответ у женщин и мужчин – «в надежных отношениях в семье». Он заслужил почти 59,6% голосов женщин, в то время как у мужчин 52,1% (на 14% меньше).

На втором месте у женщин сразу 2 ответа: «в стабильном заработке» и «в друзьях» по 42,4%. А у мужчин на втором месте «в стабильном заработке», но с существенно большим количеством голосов: 47,1%. Зато ответ «в друзьях» набрал у них гораздо меньше, чем у женщин (34,7%) и занял четвертое место в рейтинге: как и в предыдущих ответах, у мужчин проявляется индивидуализм и забота о материальном благополучии.

На третьем месте у женщин, с некоторым превышением числа голосов над мужскими, ответ «опора в вере в Бога; в Боге»: 40,4%, против 38,0% у мужчин (близкий с ответом «смысл жизни в Боге»: у женщин - 42,4%, у мужчин - 42,1%).

Почти одинаковое количество женщин и мужчин выбрало ответы «нет никакой опоры; хочу от всего отключиться»: 10,1% и 11,6%. Причины лежат в возрастных особенностях респондентов.

2) В ответах по возрастным группам приоритетный ответ «в надежных отношениях в семье» получил во всех группах от 50% до 57% (чем моложе группа, тем чаще выбирался ответ).

Второй ответ (с меньшим разбросом значений по группам) – «в стабильном заработке»: от 25% до 48% (чем моложе группа, тем чаще выбирался ответ).

Третий ответ – «в друзьях»: от 16,7% до 56% (чем моложе группа, тем чаще выбирался ответ).

А ответ «нет никакой опоры; хочу отключиться от всего» выбирался тем чаще, чем старше респонденты (8,5% тридцатилетних до 25% пятидесятилетних). Отдельно стоит выбор самых молодых: 20%, высокий показатель у которых обусловлен проблемами молодого возраста в сочетании с реакцией на диагноз; многие пребывают в стадии шока и отрицания. У пятидесятилетних результат связан с наличием в группе большого числа бомжей, а также с отсутствием перспектив найти работу в их возрасте с

ВИЧ-диагнозом. При этом трудоспособность, как видно из ответов, у этой группы (**вопросы 51, 53**) не ниже, чем у более молодых.

Довольно большое число респондентов выбрало ответ «опора в вере в Бога; в Боге». Нарастание числа голосов идет от самых молодых (32%) до 40-49-летних (42,2%). У 50-59-летних - 25%. Объяснения те же, что и в случае ответа «нет никакой опоры; хочу отключиться от всего». Но ответившие «опора в вере в Бога; в Боге» не попадают в депрессивную группу в отличие от тех, кто выбрал «нет никакой опоры». Чаще всего это те пациенты, кто пришел в Церковь уже после постановки ВИЧ-диагноза.

Не определились с ответом от 3% до 8%.

3) В ответах *воцерковленных, крещеных* и *всех* респондентов есть некоторые различия в приоритетах.

У *всех* и *крещеных* (по убыванию приоритета): «в надежных отношениях в семье», «в стабильном заработке», «в друзьях», «опора в вере в Бога; в Боге», «нет никакой опоры; хочу отключиться от всего».

У *воцерковленных* (по убыванию приоритета): «в надежных отношениях в семье», «опора в вере в Бога; в Боге», «в друзьях», «стабильном заработке», «нет никакой опоры; хочу отключиться от всего».

Даже совпадая в ответе «в надежных отношениях в семье», *воцерковленные* опережают других в рейтинге голосования: 63,9%, против 55,2% у *крещеных* и 55,5% у *всех*. А ответ «опора в вере в Бога; в Боге» у *воцерковленных* на втором месте (55,4%), в то время как у двух других групп только на четвертом (39,3% *крещенные*, 39,1% *все*). Ответы «в стабильном заработке» и «в друзьях» у *воцерковленных* получили одинаковое число голосов: 43,4%, а у двух других групп «стабильный заработок» получил больше (48,1% у *крещеных* и 45,0% у *всех*), чем «друзья» (41,0% *крещеные* и 38,2% *все*).

Ответ «нет никакой опоры; хочу отключиться от всего» у воцерковленных получил немного меньше голосов (9,6%), по сравнению со всеми (10,9%) и крещеными (11,4%).

Неопределившихся с ответом среди всех (4,6%) и крещенных (3,8%) очень мало. Среди воцерковленных неопределившихся нет, что свидетельствует об уверенности выбора ответов.

Ответы показали, что потребность в пастырском кормлении очень высока. Это, как минимум, все, кто выбрал ответ «опора в вере в Бога; в Боге» (от 40% до 55% в разных группах исследования) и от 8,5% до 25% тех, кто ответил «нет никакой опоры; хочу отключиться от всего».

3.1.4 Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающимся жизненных планов («планы») ВИЧ-инфицированного человека

1 Планы

(Приложение Л, вопросы 74, 75; Приложение М, рисунки М.1.а – М.2.в)

При анализе ответов на вопросы о ближайших и отдаленных планах пациентов стационара, было установлено, что только в этих вопросах имеет смысл сравнивать его результаты по лечебным отделениям, в которых больные содержатся в соответствии с болезненными проявлениями и приверженности пациентов к лечению. Планы пациентов существенно зависят от того, находятся ли пациенты в стадии ремиссии или нет.

На **вопрос 74** о ближайших планах, в своем большинстве пациенты выбрали ответ «поправить здоровье, насколько возможно» (74,5% все) (можно было выбирать более одного ответа). Женщины в большей степени озабочены проблемой здоровья (77,8%), чем мужчины (71,9%). В возрастных группах только у сорокалетних число выбравших этот вариант меньше, чем по всем опрошенным: 68,8%. Выбор остальных лежит от 75,0% до 77,1%. Больше всех нацелены на лечение и оздоровление воцерковленные: 81,9%, против 76,5% у крещенных и 74,5% у всех в целом.

Второй по популярности ответ был «съездить куда-либо». Женщины выбирали его вдвое чаще, чем мужчины (33,4% против 17,4%). В возрастных группах его предпочитали группы молодых пациентов – 19-39-летние (28,0%). У остальных возрастных групп он получил 16,7%-17,2%. Его выбрали и многие воцерковленные пациенты: 30,1%, против 24,6% крещеных и 24,5% всех.

Другие три ответа – «найти работу», «провести время с родными», «заработать денег» - набрали от 11,8% до 17,3% голосов по всем группам. Здесь голоса мужчин и женщин снова разошлись: мужчины вдвое чаще женщин выбирали ответ «заработать денег» (22,2%, против 11,1%) и чаще, чем женщины были озабочены проблемами поиска работы (14,0% против 9,1%). Проблема заработка, как задача ближайшего времени, особенно беспокоит людей активного и молодого возраста от 19-29 до 30-39 лет. А проблема найти работу равномерно нарастает с возрастом: от 8,0% у 19-29-летних до 16,7% у 50-59-летних. У воцерковленных все три ответа нашли поддержку в меньшей степени (9,6%, 12,0%, 12,0%), чем у крещеных (11,5%, 15,3%, 14,8%), еще раз подтвердив утверждение о лучшей материальной обеспеченности их. Поэтому, как и женщины, они в меньшей степени планируют поиск работы (9,6% против 11,5% среди крещеных и 11,8% среди всех) или заработать денег (12,0% против 14,8% среди крещеных и 17,3% среди всех), но чаще планируют съездить куда-либо.

В основном, все исследованные группы пациентов, в первую очередь озабочены проблемами здоровья. И решение этих проблем является в короткой перспективе самой важной задачей.

По мере решения проблем здоровья, ближайшие планы пациентов могут сильно меняться, что наблюдается при сравнении результатов ответов на **вопрос 74** по лечебным отделениям.

Во всех трех лечебных отделениях число респондентов, приоритетно выбравших ответ «поправить здоровье, насколько возможно», растет от отделений 2-5 (76,5%) и 2-6 (79,7%) до отделения 2-7 (87,7%). Последние - самые ответственные пациенты, находящиеся в состоянии устойчивой ремиссии. Резко

уменьшается число голосов у амбулаторных больных (30,0%), для которых состояние устойчивой ремиссии длится долгие годы, и образ жизни которых мало отличается от жизни здоровых. Для амбулаторных больных на первом месте в ближайшей перспективе стоит проблема «съездить куда-либо» (63,3%). В лечебных отделениях за этот ответ проголосовали от 7,8% (отд.2-5) до 32,3% (отд.2-7). Амбулаторные больные в 2-3 раза чаще, чем пациенты лечебных отделений, планируют «заработать денег» (36,7%), и в 2,5-8 раз чаще «провести время с родными» (43,3%). А задача «найти работу» (10%) не стоит так остро, как для отделений 2-5 (13,7%) и 2-6 (18,9%): подавляющее большинство амбулаторных пациентов работает.

На **вопрос 75** об отдаленных планах – «Что Вы планируете сделать в будущем, вообще в жизни?» -30,3% женщин и 33,9% мужчин выбрали ответ «найти работу и средства к существованию». В предыдущем вопросе на похожий ответ (суммарный ответ «заработать денег» и «найти работу») у женщин результаты голосования дали цифру 20,1%, и 36,3% у мужчин. То есть, женщины осознают, что относительное материальное благополучие настоящего времени может измениться в будущем на худшее. При этом мужчины остаются устойчивы в своем выборе и планах.

Выбор этого ответа также напрямую зависит от возраста пациентов. Чем моложе респонденты, тем больше их озабоченность проблемой поиска работы: от 40,0% (19-29 лет) до 16,7% (50-59 лет). У пятидесятилетних пациентов результаты объясняются скорой перспективой наступления пенсионного возраста.

Для воцерковленных пациентов эта проблема актуальна в меньшей степени (22,9%), чем для крещеных (33,3%) и для всех пациентов вообще (32,3%).

Достаточно малое число больных выбрали ответы «приобрести подходящую профессию» и «поступить учиться». Особенно мало их среди 19-29-летних (4,0% и 0,0%) и 50-59-летних (0,0% и 0,0%). Но если для старшего поколения это объясняется возрастом, то для молодого – это уже результат образовательной политики девяностых–двухтысячных годов. Еще одна причина – пессимис-

тический взгляд на жизненные перспективы из-за болезни. Это подтверждается даже при сравнении аналогичных показателей по этим ответам для 30-39-летних (10,2% и 5,9%) и 40-49-летних (6,3% и 3,1%), у которых они заметно выше. При этом результаты не слишком зависят от пола: 8,1% и 4,0% у женщин и 7,4% и 4,1% у мужчин. У крещеных и воцерковленных показатели близки средним результатам, но с несколько меньшими значениями для воцерковленных: 7,7% и 4,1% - все, 7,7% и 4,4% - крещеные, 6,0% и 3,6% - во-церковленные. Однако для воцерковленных объяснение может лежать в более высоком уровне образования в этой группе.

Ответ «поменять работу» выбрали 13,2% всех респондентов. Меньше всего ответивших таким образом среди 19-29-летних (8,0%), в группе которых много тех, у которых нет достаточного образования или квалификации. Остальные группы выбрали этот ответ в пределах от 10,7% (мужчины) до 16,7% (50-59-летние).

Не очень много пациентов выбрало ответ, «какие у меня могут быть план? Их нет». При среднем значении 5,5% (за пределами точности измерений) наибольшими «пессимистами» оказались пациенты самой молодой (19-29-летние – 8,0%) и самой старшей (50-59-летние – 8,3%) возрастных групп. Крещеные (6,0%) и воцерковленные (7,2%) превысили средний показатель.

Много пациентов выбрало ответ «другое» (20,9%). По сравнению с аналогичным ответом в вопросе 74, количество выбравший его здесь больше в несколько раз или на порядок: в 74-ом вопросе от 0,0% до 11,8% (3,2% все), а в 75-ом – от 8,1% до 50,0% (20,9% все). Комментарии дали 10% респондентов:

- 5 – жениться, завести семью, найти спутницу жизни;
- 4 – завести или воспитывать детей (сына, ребенка); вернуть ребенка;
- 3 – встать на ноги; работать; найти работу с большой зарплатой;
- 2 – помочь семье; заботиться о близких;
- 2 – примириться с Богом; молиться;

- по одному комментарию: вылечиться; продолжать жить; мне всего хватает; очень многое хочу; хотел бы открыть реабилитационный центр для ВИЧ-инфицированных людей.

Почти такое же соотношение значений в этих вопросах для ответа «не знаю»: в 74-ом вопросе - за пределами точности наших измерений - от 0,0% до 4,1% (2,7% все), а в 75-ом – от 14,1% до 33,3% (21,4% все). Это указывает на неуверенность пациентов в своем отдаленном будущем, в том, как будет развиваться болезнь, и поэтому живут только в пределах обозримого отрезка времени.

Сравнение ответов на **вопрос 75** полеченым отделениям не выявило в них особой закономерности в зависимости от состояния здоровья, в котором находится пациент. Некоторые особенности заметны только в характере ответов амбулаторных больных:

- во-первых, в выборе ответа «поступить учиться». Амбулаторные пациенты выбирали этот ответ многократно чаще (13,3%), чем пациенты лечебных отделений: от 3,5 раз чаще в сравнении с отделением 2-5 и до 9,5 раз в сравнении с отделением 2-6;

- во-вторых, в выборе ответа «найти средства к существованию», показавшем, что эта проблема далеко не самая актуальная для амбулаторных больных даже в отдаленной перспективе (6,7%). Этот ответ выбирался ими многократно реже, чем пациентами лечебных отделений: в 3,4 раз (отд.2-7) до 8,3 раза (отд.2-6).

Это указывает на лучшую материальную обеспеченность амбулаторных больных. Однако ответ «не знаю», «другое» и пропуск ответа в этом вопросе, получившие в сумме в 5-10 раз больше голосов, чем аналогичные в вопросе 74, говорит об осторожности и неуверенности в долгосрочном планировании своей жизни пациентами всех отделений, включая амбулаторных.

В целом, ответы на **вопрос 75** показывают, что главное для большинства пациентов в отдаленной перспективе - найти средства к существованию. Но ко-

гда эта проблема уже решена (или может быть решена), остальные планы не выходят за рамки обыденной повседневной жизни. А до той поры, пока болезнь является неизлечимой, актуальность ответа «поправить здоровье насколько можно» (в **вопросе 74**) не исчезнет.

3.1.5. Анализ данных опроса пациентов по вопросам отношения их к вере и Церкви

1 Степень воцерковленности пациентов

(Приложение Н, вопросы 76-84; Приложение П, рисунки П.1.а – П.1.в)

Вопрос 76. Опрос показал, что 83,2% опрошенных пациентов крещены в Православии, 5,9% - не в Православии и 10,9% - или не христиане, или не принадлежат ни к какой религии. Воцерковленных среди всех крещеных 85,5%.

Православных женщин несколько больше, чем мужчин: 85,9% против 81,0%. Наименьшее число крещенных в православии в возрастной группе 50-59.

Вопрос 77. Половина всех опрошенных (50,5%) была крещена в детстве. По причине трудностей жизненных обстоятельств крестились от 4,1% опрошенных (мужчины) до 8,4% (воцерковленные). Остальные, крещенные не в детстве, крестились независимо от обстоятельств.

Вопрос 78. Незначительное количество опрошенных ответили утвердительно, на вопрос, хотели бы они окреститься в настоящее время. Общий процент таких ответов 1,8%, на фоне 10,9% не крещеных.

Вопрос 79. Большинство опрошиваемые (72,3%) знают какие-либо молитвы. Больше всего ответивших утвердительно на этот вопрос среди воцерковленных (86,7%) и в группе 50-59-летних (83,3%). Меньше всего - среди самых молодых (64,0%). В общем случае, существует прямая связь между суммарным по-

казателем крещеных (в Православии и не в Православии) и положительным ответом на этот вопрос.

Вопрос 80. На вопрос, хотели ли бы респонденты научиться молиться, в большинстве своем утвердительно ответили те группы, где больше крещеных в Православии. Больше всего утвердительно ответивших на него среди воцерковленных (86,7%), а меньше всего в возрастных группах 50-59-летних (66,7%) и 40-49-летних (67,2%). В общем случае, женщины чаще выбирали ответ «да» (76,8%), чем мужчины (71,1%). В возрастных группах ответ напрямую связан с возрастом пациентов: чем старше пациенты, тем реже они выбирали этот ответ. Тем не менее, необходимость духовного попечения в различных опрошенных группах выразили от 66,7% до 86,7%.

Вопрос 81. «Молятся дома» чаще женщины, чем мужчины (58,6%, против 49,6% у мужчин и 53,6% у всех). В возрастных группах утвердительный ответ, в основном, прямо зависел от возраста пациента: чем старше пациент, тем вероятнее, что он молится дома: среди 19-29-летних – 40,0%, среди 50-59-летних – 75,0%. У крещеных и воцерковленных выбор ответа – 55,2% и 77,1%, соответственно.

Вопрос 82. А вот на вопрос, ходят ли респонденты в церковь, отрицательный ответ выбрали не так много: 8,3% всех опрошенных (с учетом ответов «никогда не пойду» и «пропущено»). Это меньше, чем число пациентов, которые заявили о себе, что не принадлежат ни к одной из известных конфессий. Т.е. часть больных ходит в какую-либо церковь, даже без официальной принадлежности к ней. Это свидетельствует о большой потребности больных в духовном попечении.

Объяснений своего нехождения в церковь почти нет. Среди комментариев:

- не знаю молитв; молиться не умею;
- верю в Бога, что Он – высшее, а вот в нашу Церковь – не верю;
- нет ответа: Бог всегда с нами;

- денег нет на свечки и записки;
- десять лет не знаю, почему: необъяснимое чувство, не могу порог церкви переступить; не знаю почему;
- еще не очистился для этого.

Чаще всего ответы «нет» и «никогда не пойду» выбирали 40-49-летние (9,4%). Не выбрали эти ответы пациенты возрастной группы 50-59-летних: 0,0%. Этим ответам отдали предпочтение 4,3% из группы крещеных и 1,2% - воцерковленных. В общем случае, женщины выбирали их почти в 3 раза реже, чем мужчины: 3,0% - женщины, 8,2% - мужчины.

На **вопрос 83**, давно ли опрашиваемые стали ходить в церковь (любого религиозного направления), ответы распределились почти равномерно между ответами «с детства» (29,5%), «до болезни» (30,0%), «после того, как заболел(а)» (26,8%). Чаще всего ответ «после того, как заболел(а)» выбирали женщины (28,3%, против 25,6% у мужчин), воцерковленные (34,9%, против 28,4% у крещеных) и пациенты 30-39 (30,5%) и 50-59 (33,3%) лет. Т.е. более четверти всех опрошенных пришли в Церковь в связи с постановкой ВИЧ-диагноза, что подтверждает тезис о появлении ВИЧ-инфекции для вразумления грешников Богом, и о том, что люди идут в Церковь, как в лечебницу для исцеления души.

На **вопрос 84**, о степени воцерковленности респондентов, большинство из них выбрали ответ «знаю 1-2 молитвы и их читаю» (54,1%). На втором месте (26,4%) – «исповедуюсь и причащаюсь». Ответ «читаю утреннее и вечернее правило» выбрали 15,5% всех респондентов. Но поскольку исповедующиеся и причащающиеся пациенты нередко выбирали и этот ответ в дополнение к главному, то общее число читающих только утреннее и вечернее правило, и ничего кроме этого, скорее всего несколько меньше, чем получено в ответе о нем.

Анализ показал, что женщины чаще выбирают все ответы, кроме ответов «у меня есть духовник» и «беседую со священником, но не причащаюсь». Это часто обусловлено тем, что женщинам часто непросто дается общение по очень личным вопросам с мужчиной, будь он врач или священник. Особенно с более

молодым, чем сама женщина. Для мужчины – наоборот: во враче-мужчине или священнике он вполне может видеть нужного собеседника и слушателя. Поэтому беседующих, но не стремящихся к причащению мужчин среди опрошенных пациентов в 2 раза больше, чем женщин, и почти в 2 раза больше, чем женщин, у которых есть духовник: 9,4% против 4,0% и 7,4% против 4,0%. Это обстоятельство следует учитывать священникам в работе с ВИЧ-инфицированными женщинами.

Женщины чаще исповедуются и причащаются, чем мужчины (29,3%, против 24,0% у мужчин) и читают утреннее и вечернее правило (18,2%, против 13,2% у мужчин). По возрастным интервалам процент выбравших ответ «исповедуюсь и причащаюсь» растет от 19-29 лет до 50-59 лет (от 16,0% до 33,3%). То же самое и с чтением утреннего и вечернего правила: первые три возрастных интервала - 19-49 -ответили почти одинаково (14,1%-16,0%), а у респондентов возраста 50-59 лет количество голосов за этот ответ резко выросло: 25,0%. Чем старше больные, тем глубже они воцерковлены.

Самый маленький процент ответа «знаю 1-2 молитвы и их читаю» у воцерковленных (31,3%), но при этом больше всего исповедующихся и причащающихся (69,9%), и читающих утреннее и вечернее правило (41,0%). И остальные ответы на этот вопрос также набрали у воцерковленных почти в 2,5 раза больше голосов, чем у всех опрошенных в целом. А у крещенных ответы примерно соответствуют тем результатам, которые получены для всех опрошенных в целом.

2 Ощущение изменений в себе и окружающем мире под влиянием духовного попечения Церкви

(Приложение Н, вопросы 85-88; Приложение П, рисунки П.2.а - П.5.в)²⁶²

²⁶² *Антоний (Кадышев), игум.* Влияние духовного попечения на физическое и эмоциональное состояние ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ №2 / *Успехи современной науки и образования.* 2016. № 6. Т. 4. Белгород: «Эпицентр», 2016. С. 131–134.

Для наших исследований очень важны были ответы на **вопрос 85**: «Вы заметили какие-либо изменения в себе, с тех пор как стали молиться/ходить в храм (любой конфессии)?».

Приоритетным стал ответ «да, стал чувствовать себя лучше (спокойней, уравновешенней, уверенней и пр.)»: 70,9% все респонденты. Его выбрали 73,7% женщин и 68,6% мужчин. Ответ «стал(а) чувствовать себя хуже...» дали 1,0% женщин и 0,8% мужчин (за пределами точности измерений). А суммарный ответ «нет» и «никаких изменений в себе не заметил(а)» (который не свидетельствует об отрицательном воздействии духовного окормления на пациента) дали 17,1% женщин и 12,4% мужчин.

В возрастных группах больше всего респондентов, выбравших ответ, свидетельствующий о положительном влиянии молитвы/посещения церковных служб, было среди 30-39-летних (74,6%), а меньше всего среди 50-59-летних (58,3%). Одновременно с этим, в самой старшей возрастной группе оказалось больше всего выбравших ответ «стал чувствовать себя хуже...» (8,3%). В остальных возрастных группах этот ответ набрал от 0,0% до 0,8%. Никаких изменений в своем состоянии не заметили от 12,7% (30-39-летние) до 24,0% (19-29-летние).

Среди воцерковленных пациентов ответ о положительном влиянии молитвы/посещении церковных служб выбрали 88,0% пациентов (у крещеных 73,2%) и никто не выбрал ответ «нет» (у крещеных 0,5%). Самый маленький процент голосов по сумме ответов «нет» и «никаких изменений в себе не заметил» у опрошенных был у воцерковленных: 8,4%, против 15,8% у крещеных и 14,5 у всех опрошенных.

Таким образом, признание больных, подтвержденное экспертным сообществом ИКБ, о благоприятном влиянии молитвы и/или посещения церкви на физическое состояние больных, полностью подтвердилось по результатам ответов на этот вопрос²⁶³.

²⁶³ Антоний (Кадышев), игумен. Проблемы духовного попечения ВИЧ-инфицированных больных в условиях стационара // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки:

Ответы на **вопрос 86**, «Вы заметили какие-либо изменения в других людях по отношению к себе, после того, как стали молиться и/или посещать церковные службы?» должны были показать, меняется ли восприятие больными окружающего мира и насколько позитивно они оценивают отношение людей к себе под влиянием духовного окормления.

Главным выбором у всех стал ответ «мне кажется, что ко мне стали лучше относиться окружающие...», который выбрали 45,5% всех ответивших на вопрос. Но здесь число мужчин, выбравших этот ответ, превышает число женщин и число всех респондентов в целом: 47,9%, против 42,4% у женщин и 45,5% у всех, что еще раз показывает большую требовательность женщин, по сравнению с мужчинами, к другим людям и внешнему миру вообще. Это же выявилось и по числу голосов в ответе «мне кажется, что ко мне стали хуже относиться окружающие...». Мужчины поддержали этот ответ 0,8%, а женщины 3,0% голосов. Женщины доминируют и в ответе «не заметил(а) никаких изменений в отношении ко мне других людей»: 39,4%, против 30,6% у мужчин.

В возрастных группах результаты выбора приоритетного ответа «мне кажется, что ко мне стали лучше относиться окружающие...» колеблются не значительно, и находятся в прямой зависимости от возраста пациентов (от 44,0% до 48,4%). Резкое уменьшение значений у самой старшей группы (33,3%), что соответствует числу исповедующихся и причащающихся в ней. А больше всего выбравших этот ответ у воцерковленных: 62,7% против 47,5% у крещеных, 45,5% у всех в целом.

Неприязнь к себе со стороны других склонны замечать в большей степени молодые люди. С годами эти ощущения сглаживаются: от 4,0% у 19-29-летних до 0,0% у 50-59-летних. Воцерковленные пациенты несколько чаще замечают неприязненное отношение к себе (2,4%), чем крещеные (2,2%) и все в целом (1,8%). Однако все значения лежат за пределами точности наших измерений.

Выбор ответа «не заметил(а) никаких изменений в отношении ко мне других» (который не свидетельствует об отрицательном воздействии духовного окормления), чаще других делали 50-59-летние (50,0%) и женщины (39,4%). Реже других этот ответ выбирали воцерковленные, что еще раз свидетельствует о самом позитивном отношении их среди всех изучаемых групп к окружающему миру: 28,9% (у крещеных 36,6%).

Два следующих вопроса проясняют влияние Святого Причастия на физическое и эмоциональное состояние больных, и обращены только к исповедующимся и причащающимся православным респондентам. (Приложение 12, вопрос 87,88; приложение 13, рис. 4, 5).

На **вопрос 87**, «Вы заметили какие-либо изменения в себе, с тех пор как стали принимать Святое Причастие?»²⁶⁴, приоритетным во всех изучаемых группах стал ответ «да, стал(а) чувствовать себя лучше...». У женщин и мужчин ему отдали предпочтение более 50%: 61,4% женщин и 57,3% мужчин. В возрастных группах увеличение числа голосов идет от самых молодых (45,4%) до самых пожилых (85,7%). А воцерковленные по числу голосов опережают крещеных в 1,1 раз: 70,6% против 63,7% (62,7% у всех в целом).

Вторым в рейтинге стал ответ «нет, никаких изменений в себе не заметил(а)». В гендерных группах с очень незначительным перевесом его выбрали женщины (35,1% против 33,0% у мужчин). В возрастных группах процент голосовавших за него уменьшается с увеличением возраста респондентов от 36,4% у 19-29-летних до 0,0% у 50-59-летних. Воцерковленные гораздо реже выбирали этот ответ, чем крещеные: 24,5%, против 31,8% у крещеных (29,8% у всех в целом).

Выбор ответа «другое» (комментарии отсутствуют) лежит, в основном, в пределах от 2,4% (40-49-летние) до 9,7% (мужчины). Исключением являются 19-29-летние – 18,2% и 50-59-летние – 14,3%.

²⁶⁴ *Антоний (Кадышев), игум.* Проблемы духовного попечения ВИЧ-инфицированных больных в условиях стационара // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XII международной научно-практической конференции (Россия, г. Новосибирск, 19–20.06.2015 г.). Новосибирск: Международный Научный Институт «Educatio», 2015. №5 (12). С. 32–35.

Ни один из причащающихся респондентов не выбрал ответ «стал(а) чувствовать себя хуже (появились нервозность, подавленность, страх и пр.)».

Таким образом, ответы показали, что большинство пациентов признали положительное воздействие на них Святого Причастия (62,7% для всех пациентов в целом). По отдельным группам исследования значения выбора лежат в пределах 45,4%-85,7%. При этом, есть основание предполагать, что некоторые не причащающиеся респонденты во время опроса присоединили свои голоса к ответу «другое», а это означает, что соотношение голосов, отданных за первый и второй ответ, будет в пользу первого: «да, стал(а) чувствовать себя лучше...».

На **вопрос 88**, «Вы заметили какие-либо изменения в других людях по отношению к себе с тех пор, как стали принимать Святое Причастие?», приоритетным ответом для причащающихся стал «нет, не заметил(а) никаких изменений...». Он набрал вдвое больше голосов, чем ответ «да, мне кажется, что ко мне стали относиться лучше...»: 64,2%, против 30,6% всех причащающихся респондентов. В этом вопросе мужчины в 1,6 раз чаще, чем женщины, замечали положительное отношение к себе окружающих – 37,0% у мужчин, против 22,5% у женщин - и в 1,2 реже не замечали никаких изменений к себе – 58,1% у мужчин, против 71,9% у женщин. Т.е. восприятие окружающего мира у мужчин гораздо позитивнее, чем у женщин.

С увеличением возраста пациентов увеличивается процент выбравших ответ о том, что к ним стали лучше относиться после того, как пациенты стали причащаться – от 10,0% у 19-29-летних до 37,5%-41,1% у двух самых старших возрастных групп (40-59-летних).

Одновременно процент, не нашедших никаких изменений к себя, уменьшается от молодых к пожилым: от 70,0% у самых молодых до 50,0% у самых старших.

В группе воцерковленных положительный ответ на этот вопрос дали 33,8% и 29,3% крещеных, а не заметили никаких изменений 59,4% воцерковленных и 66,8% крещеных.

Ответ «другое» чаще был у женщин (5,6%), молодых (20,0%) и самых пожилых (12,5%), а у крещеных (3,9%) и воцерковленных (6,8%), при общем числе 5,2% для всех ответивших.

Ни один из респондентов не заметил ухудшения отношения к себе, с тех пор как стал причащаться. Восприятие окружающего мира у причащающихся мужчин гораздо позитивнее, чем у женщин. Позитивность восприятия растет и с возрастом пациентов.

3.2 Обобщение полученных результатов

На этапе сравнительного анализа данных опроса были выделены 8 групп пациентов: две - обусловленные половыми различиями (женщины и мужчины); четыре группы – возрастными (19-29-летние, 30-39-летние, 40-49-летние и 50-59-летние); а также группа воцерковленных пациентов (знающих хотя бы 1-2 молитвы), выделенная из общего числа крещеных в Православии пациентов. Кроме этого обозначены общие черты для всех ВИЧ-инфицированных пациентов стационара, характерные для любой из исследуемых групп - «все».

3.2.1 Общие характеристики ВИЧ-инфицированных пациентов по данным опроса («все»)

Большинство пациентов в достаточной мере обеспечены жильем. Не имеющих никакого жилья, а также бомжей не более 8%. Более 80% пациентов имеют достаточное материальное обеспечение, свидетельствующее о трудовой занятости большинство из них: только около 9% пациентов нигде не работают (без учета неработающих пенсионеров). Это противоречит официальным данным по ИКБ, в соответствии с которыми подавляющее число больных безработные. Объяснение лежит в том, что пациенты, не имеющие дохода, после постановки

их на амбулаторное лечение обязаны оплачивать АРТ, что заставляет пациентов с не высокими доходами объявлять себя безработными.

Три четверти опрошенных имеют образование от среднего специального до высшего. Неоконченное среднее наблюдается только у 11%. Однако, квалифицированной работой заняты не более 35%. Около 10% заняты незаконной, нелегальной или полуправильной деятельностью.

Среди пациентов очень мало состоящих в официальном браке (14%). Даже с учетом тех пациентов, кто проживает в устойчивом сожительстве (около 35%-40%) эти показатели меньше средних по России по показателям проживающих в браке (50%-62% по возрастным группам)²⁶⁵. Социальное неблагополучие подтверждается и тем, что только около 45% из опрошенных имеют детей, но почти половина из них не проживает совместно с ними.

Около 15% опрошенных имеют сексуальную девиантность, а наибольшее их число встречается среди молодежи, (от 0% у старших до 24% у самых молодых).

Для всех ВИЧ-инфицированных пациентов характерно наличие многочисленных половых партнеров, а одного партнера в последние 2-3 года имели только около 45% опрошенных. Почти у 75% пациентов была связь с наркоманом/наркоманкой. Около 80% всех пациентов употребляли наркотики в различных видах, а внутривенно около 60%. Основным путем заражения ВИЧ-инфекцией – внутривенный (около 48%), но половой путь лишь немного уступает ему: около 44%.

Скрытны и насторожены по отношению к окружающим людям, в том числе к коллегам по работе, хотя проявления враждебности со стороны тех почти не фиксируют. Свой диагноз часто скрывают и от коллег, и от своих детей (особенно маленьких). Однако с друзьями и родственниками они откровенны в равной мере.

²⁶⁵ Демография // Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/ (дата обращения 10.01.2017).

Родственники ВИЧ-инфицированных воспринимают диагноз близкого человека болезненно, иногда с раздражением и опасением - за свое здоровье и здоровье близких. В целом, взаимоотношения с родственниками не выходят за пределы гендерных и возрастных проблем и не зависят от религиозности респондентов. Друзья, контакты с которыми не окрашены оттенками быта, лучше и терпимее относятся к ВИЧ-диагностированным. У коллег, контакты с которыми носят, в основном, деловой характер, отношение к больным, в связи с ВИЧ-диагнозом последних, почти не изменились.

Чувство одиночества испытывают около 30% пациентов, а гнетущим оно оказывается у 10%. Спасает от чувства одиночества присутствие рядом близкого человека (людей), привычка быть одним и ни от кого не зависеть, и/или вера в Бога. Основные контакты и опора в жизни у больных - близкие люди, проживающие совместно с ними. Контакты с друзьями происходят редко, в основном, по телефону или в социальных сетях. Чаще происходит общение со случайными людьми во время прогулок. Очень редко обращаются за помощью к психологам. Обусловлено платностью услуги и тем, что не всегда требуется специалист такого профиля. К священнику и в церковь обращаются в 4-6 раз чаще, чем к психологу. Все виды страхов связаны с тревогой о своем здоровье и о здоровье близких, и/или обусловлены ВИЧ-диагнозом (страх смерти, страх быть обузой для близких, страх неизвестности).

Большинство больных (более 60%) не считают себя неудачниками и высказывают удовлетворенность жизнью. Но, даже признавая иногда, что неудач было больше, чем у других, полностью неудовлетворенных жизнью только около 9%. При этом пациенты разделяют понятия «неудачи в жизни» и «неуспешность», последнее из которых имеет оттенок фатальности. Причины своих жизненных неудач часто ищут вне себя, проявляя инфантилизм и иждивенчество. Только 14% всех пациентов предполагают, что, возможно, они сами виноваты в своих неудачах. Осознание своей неуспешности приводит больных в

уныние разной степени. Полными неудачниками считают себя около 14% всех пациентов.

Около 76% пациентов в разной степени безотчетно недовольны собой, и почти столько же критикующих и осуждающих свои поступки. При этом степень осуждения несколько выше степени безотчетного недовольства собой. Среди пациентов есть маленькая группа тех, кто «ненавидит себя», «во всем винит только себя». Это состояние уныния и отчаяния, преувеличение вины и чрезмерного осуждение себя.

Почти всем пациентам в той или иной степени присуще чувство вины (93%), но только около 40% из них, оценивая свои поступки, выражают мысль, что они заслуживают наказание, а у почти 30% пациентов присутствует ощущение свершившегося наказания (осознание греха, готовность понести наказание или смирившиеся с наказанием; редко – выражение злобы). Около 30% тех, кто не ощущает себя наказанными или не чувствует никакой вины.

Повышенная склонность к слезам, раздражительности, печали или апатии характерна почти для половины всех пациентов (печаль, уныние). Более 70% респондентам в той или иной степени приходили мысли о самоубийстве. Склонность к суициду проявляется у 9% пациентов (глубокое уныние).

Пациенты размышляют над вопросами смысла жизни, признают, что человек обладает волей определять свои поступки и судьбу и в равной мере принимают идею существования Бога или Высшего Разума, управляющего человеком. Большинство видит смысл жизни в семье/детях и в Боге и признают, что жить стоит ради спасения души. Понятие смысла жизни у пациентов частично совпадает с понятием счастья. Большинство связывают счастье с крепкой семьей, здоровьем, материальным достатком, хорошим образованием.

Постановка ВИЧ-диагноза для большинства пациентов явилась причиной радикальной смены жизненных установок, одни из которых исчезли, а другие поменяли приоритетное положение. Вместо списка, состоящего из «семьи/детей», «работы/бизнеса», «материального достатка», «здоровья», «половых взаи-

моотношений»/«пожить в свое удовольствие», «хорошее образование», появился другой, включающий такие понятия, как «вылечиться», «семья и дети и их здоровье», «не потерять силы», «не потерять работу», «найти средства к существованию», «найти работу», «ничего, кроме Бога не осталось».

Половина всех пациентов открыто выражают тревогу о своем будущем, считая, что их ждут неприятности или вообще не ждет ничего хорошего. Поправить здоровье, насколько это возможно – главная задача пациентов, и от ее реализации зависят все остальные планы в короткой перспективе. Другие планы не отличаются разнообразием, высказываются осторожно и не имеют единодушной поддержки (например, съездить куда-либо или заработать денег/найти работу). По мере решения проблем, связанных со здоровьем, ближай-шие планы пациентов могут сильно меняться, что наблюдается у пациентов в состоянии устойчивой ремиссии: вместо планов «заработать денег» или «найти работу», возникают такие, как «провести время с родными» или «съездить куда-либо».

Долгосрочных планов, самый существенный из которых «найти средства к существованию», у пациентов, включая находящихся в устойчивой ремиссии, нет. О полной неуверенности в отдаленном будущем свидетельствуют частое уклонение от ответа на этот вопрос или ответы «не знаю» и «другое».

Подавляющее большинство пациентов (83,2%) крещены в Православие, и половина из них крестились в детстве. Для одной трети пациентов приход в Церковь был обусловлен ВИЧ-диагнозом. Более половины всех опрошенных знают какие-либо молитвы, а исповедуются и причащаются более четверти. Большинство пациентов отмечено улучшение их физического и эмоционального состояния в результате духовного их окормления: почувствовали себя спокойней, уравновешенней, уверенней в себе и пр. Почти у половины пациентов улучшилось отношение к окружающему миру, выразившееся в том, что на их взгляд, другие люди стали к ним лучше относиться, после того, как сами пациенты пришли в Церковь. Это совпадает с утверждением экспертного сообщества

ИКБ о благоприятном влиянии духовного попечения Церкви на физическое и эмоциональное состояние больных, и подтвердило рабочую гипотезу нашего исследования.

3.2.2 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы пациентов-женщин

Женщины имеют лучшую базу жизнеобеспечения (лучше условия проживания, выше материальный достаток и образование); около 12% среди них нигде не работают. Женщин больше, чем мужчин, живущих в браке и с детьми, и среди них в меньшей степени распространена сексуальная девиантность. Они реже, чем мужчины, меняют половых партнеров и вступают в случайные половые связи. Однако они вдвое чаще, чем мужчины, вступают в связь с наркоманами, которые зачастую являются их постоянными половыми партнерами. Число заражений от постоянных половых партнеров у женщин в 5 раз больше, чем у мужчин.

Женщины чаще испытывают равнодушие или страх перед коллегами, хотя редко замечают эти проявления в тех. В своей доверительности они тяготеют к семьям и в меньшей степени к друзьям и коллегам. Степень ухудшения отношений после постановки диагноза с друзьями и родственниками у женщин выше, чем у мужчин.

Женщины чаще, чем мужчины, подвержены чувству одиночества, а страдают от него 10% (у мужчин 7,4%). Коммуникабельность женщин проявляется в выборе средств борьбы с одиночеством: они чаще прибегают к контактам (прямо или опосредствовано) с близкими, друзьями и даже с незнакомыми во время прогулок, и реже обращаются к пассивным формам (ТВ, кино, зрелища и т.д.). Веру в Бога, как средство, помогающее в борьбе с одиночеством, назвали около 1/3 женщин.

Женская реакция на обиду и грубость - слезы (в 7 раз чаще, чем у мужчин). Другие проявления чувств – злость, мстительность – у большинства из них

проходят быстрее, чем у мужчин. Однако и злопамятных среди женщин больше, чем в других группах.

Основные женские страхи имеют биологический характер (о здоровье, страх боли) и экзистенциальные (суеверия) и в меньшей степени социальные, главные из которых – страх быть в тягость другим и стать изгоем общества.

Женщинам в меньшей степени свойственно чувство удовлетворенности жизнью, чем мужчинам. Среди них вдвое больше, чем среди мужчин, полностью неудовлетворенных жизнью и ощущающих себя неудачниками. Жизненные неудачи объясняют сложившимися обстоятельствами или обвиняют в них других людей. Причины неуспеха в самих себе видят только 9% (в 2 раза меньше, чем у мужчин). Их повышенная эмоциональность проявляется в частых жалобах на трудности (в 5 раз чаще, чем у мужчин) и колебаниях в принятии решений. Однако крайняя степень неспособности к трудовой деятельности проявляется у женщин в 2,5 раза реже, чем у мужчин.

Женщины критичны к себе, своей внешности и поступкам. Но при достаточно малом числе «ненавидящих себя» (2%) и считающих, что «выглядит безобразно» (3%), «во всем винит себя» каждая десятая. Именно женщинам присуще отрицание совершения ими таких поступков, за которые следовало бы понести наказание. Это создает у них ощущение несправедливости наказания и озлобление.

Женщины в большей степени, чем мужчины, озабочены своим здоровьем, а крайняя степень беспокойства, «когда трудно думать о чем-то другом», встречается у них в 3,6 раз чаще, чем у мужчин. Женщины в 3 раза чаще, чем мужчины, предаются печали, унынию и слезам. Только им свойственна крайняя степень уныния, «когда нет сил плакать». Эмоциональность проявляется в повышенной раздражительности и апатии, в погруженности в свои проблемы. Но полностью утративших интерес к другим людям и их проблемам среди женщин почти нет.

Несмотря на повышенную эмоциональность у женщин, она не часто является причиной действий серьезного характера, таких как суицид. Хотя навязчивость мыслей о нем чаще встречается именно у женщин и сохраняется более длительное время, но идея ее реального воплощения возникает у них гораздо реже, чем у мужчин.

Приоритет семьи и детей, как понятия счастья, смысла жизни и ее опоры женщины выбирают в 1,2 раза чаще, чем мужчины, а «пожить в свое удовольствие» и озабоченность материальной стороной жизни - реже. Если до постановки ВИЧ-диагноза жизненные приоритеты у них охватывали широкий диапазон желаний и не всегда совпадали с таковыми у мужчин, то после постановки они почти дублируют друг друга и ограничиваются жизненным минимумом, среди которых «не потерять силы» у женщин имеет самый высокий рейтинг.

Наличие ВИЧ-диагноза оказалось причиной, по которой треть опрошенных женщин пришла в Церковь. Среди причащающихся, читающих Правило, знающих молитвы респондентов женщины преобладают. Женщин мало среди имеющих духовников и беседующих со священником на духовные темы. Это обусловлено скрытностью в сфере личных проблем, которая сдерживает их при общении с мужчиной, будь он врач или священник, особенно если тот одного с ней возраста или моложе.

Благоприятное влияние молитвы/посещения церковных служб на свое физическое состояние и эмоциональное состояние женщины отмечают чаще, чем мужчины, а на свое восприятие окружающего мира – в меньшей степени.

3.2.3 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы пациентов-мужчин

У мужчин худшие, чем у женщин, условия жизнеобеспечения. Среди них вдвое больше бомжей, много уголовников. Неработающих мужчин вдвое меньше, чем женщин (6%). Мужчин, живущих в браке или сожительстве, в 1,7 раз

меньше, чем женщин; а живущих в одной семье со своими детьми только 30% от тех, кто имеет их. Для них характерна более частая смена половых партнеров и большее число случайных половых связей, чем у женщин. Среди мужчин чаще распространена сексуальная девиантность, чем среди женщин. Основное заражение у мужчин происходит внутривенно (более 50%). Половой путь заражения обусловлен случайными половыми контактами (у женщин чаще от постоянных), хотя связей с наркоманом/наркоманкой у них вдвое меньше, чем у женщин.

В своей доверительности мужчины экстравертивны, и более откровенны с друзьями и коллегами, чем со своими близкими и семьей. Хотя мужчины не испытывают страха перед другими людьми, но замечают его по отношению к себе при общении с другими в каждом десятом. У них лучше, чем у женщин, отношения с родственниками.

Мужчины реже испытывают чувство одиночества или страдают от него, чем женщины. Среди них больше приверженцев независимости. Этим определяется их выбор средств борьбы с одиночеством. Они реже выбирают прямые контакты или опосредованные формы общения, а чаще средства, которые не связанные с общением (кино, ТВ, спортивные зрелища и т.п.). Общение с друзьями или родными у них еще реже, чем это происходит у женщин, но основные контакты, как и у женщин, с совместно проживающими с ними близкими. Веру в Бога, как средство, помогающее от одиночества, назвали 1/3 мужчин.

У мужчин острее и продолжительнее, чем у женщин, реакция на проявление грубости. Им в большей степени свойственны чувства обиды, злости и желания отомстить, а также способность немедленно вступить в конфликт с обидчиком. Они реже прощают обидчику и дольше помнят обиды. Но среди мужчин меньше злопамятных (4,1%), чем среди женщин.

Все страхи у мужчин, как и у женщин, обусловлены наличием ВИЧ-диагноза. Главные «мужские» страхи - социальные: страх не найти или потерять работу; страх, что лечение будет дорогим; страх быть в тягость близким. Среди

биологических страхов выделяются два (но в меньшей степени, чем у женщин): страх ухудшения здоровья и страх о здоровье близких. Главные экзистенциальные страхи – страх неизвестности и без видимых причин. В то же время, 30% мужчин не испытывают экзистенциальных страхов.

Мужчины в меньшей степени, чем женщины, считают себя неудачниками или выражают неудовлетворенность жизнью. Среди них вдвое больше, чем среди женщин, находящих причины своей неуспешности в себе (18%). Они чаще, чем женщины, полагаются на свои силы и в большей степени способны к мобилизации при необходимости действовать; стараются выполнять принятые решения, реже откладывают их выполнение и реже жалуются на трудности, но утрата воли к принятию решений им присуща в равной степени с женщинами (около 7%). Для пациентов-мужчин характерна неизменность или незначительная потеря трудоспособности. Они реже выражают озабоченность своим здоровьем, но именно им в большей степени свойственна крайняя степень неспособности к трудовой деятельности (7,5% против 3% у женщин).

Мужчины не сосредоточены на своей внешности, и среди них мало тех, кто «ненавидит себя» (менее 2%) и «во всем винит себя» (не более 2,5%). Они способны подвергать анализу и критике свои поступки. Однако признающих справедливость наказания и готовых понести его, среди них в 2,6 раза меньше, чем испытывающих чувство вины. Ощущение незаслуженности или несоразмерности наказания за совершенный проступок чаще всего свойственно уголовникам или бывшим уголовникам, которых достаточно много среди пациентов лечебных отделений (протест против наказания). Зато среди мужчин почти в 10 раз больше, чем среди женщин тех, кто считает, что они уже наказаны (покорность).

Большая часть опрошенных мужчин не склонна предаваться печали и унынию. У них реже, чем у женщин, проявляется раздражительность или возникает апатия. Вдвое реже наблюдается погруженность исключительно в свои

проблемы, и среди них почти нет полностью утративших интерес к другим людям и их проблемам.

Почти 43% мужчинам никогда не приходила и не приходит мысль о суициде. Среди них в 1,5 раза меньше, чем среди женщин, тех, кому приходила такая мысль, но кому удалось отогнать ее на этапе оформления ее в идею совершить действие. Однако на этапе, когда эта мысль констатируется как идея, но уже не отвергается, мужчин в 1,4 раза больше, чем женщин. Это свидетельствует о том, что именно у мужчин чаще возникают идеи о реальном намерении совершить суицид.

У мужчин, как и у женщин, семья и дети являются критерием счастья, смысла и опоры в жизни, но по объему голосов, отданных за них, они уступают женщинам. А также проявляется больший, чем у женщин, интерес к материальному благополучию и «пожить в свое удовольствие».

Обнаруживая совпадение с женщинами в жизненных приоритетах после постановки ВИЧ-диагноза, мужчины делают упор на озабоченность не потерять работу (сохранить статус сильного). А в ближайших и отдаленных планах проблема заработка, поиска и сохранения работы ставится у них сразу после задачи поправить здоровье.

Число воцерковленных и пришедших в церковь пациентов-мужчин, получивших ВИЧ-диагноз, меньше, чем женщин (около 26%), но они в 2 раза чаще, чем женщины, формулируют мысль, что ничего кроме Бога у них не осталось. Это свидетельствует о большем уровне уныния и отчаяния среди них.

Благотворное влияние молитвы/посещения церковных служб на свое физическое и эмоциональное состояние мужчины замечают несколько реже, чем женщины. Зато чаще замечали благотворное их воздействие на характер своего восприятия других людей и окружающего мира.

3.2.4 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы 19-29-летних пациентов

Возрастная группа 19-29-летних имеет наихудшие жилищные условия, в ней один из самых больших процент бомжей, самый низкий уровень образования и материального обеспечения. Среди них много неработающих (без учета пенсионеров). Почти 44% из них живут с родителями.

У 19-29-летних пациентов максимальный уровень состоящих в официальном браке и/или постоянном сожительстве (40%). Среди них наиболее число людей с девиантным сексуальным поведением (24%), наибольшее число постоянных и случайных половых связей за последние 2-3 года. Один сексуальный партнер был только у 32%. Половина всех половых контактов относились к ряду случайных.

В группе самый высокий уровень связи с наркоманом/наркоманкой и употребления наркотиков всех видов (3/4 по обеим позициям), но самый низкий уровень употребления наркотиков в виде инъекций - 48%. Основной путь заражения – половые контакты (52%). У них в 1,6 раз чаще происходит заражение от случайного полового партнера, чем от постоянного.

19-29-летние пациенты самые скрытные со всеми слоями социума. Отношение коллег к ним характеризуют как уважительное или равнодушное, но сами они проявляют к коллегам подозрительность и настороженность, считают, что их многие ненавидят или недолюбливают. Однако страх перед коллегами испытывают очень редко.

У них самые плохие взаимоотношения с родственниками, а самые лучшие с друзьями. Среди них много страдающих от одиночества. Спасает от него близость совместно проживающих с ними людей и вера в Бога. Однако среди них число посещающих церковные службы вдвое меньше, чем число тех, кто называет веру в Бога средством борьбы с одиночеством.

Самые молодые острее других реагируют на грубость и обиду, чаще других готовы заплакать, злятся на обидчика и испытывают желание отомстить. Но и забывают обиды сразу тоже чаще других.

Биологические страхи у этой группы – это страх ухудшения своего здоровья и о здоровье близких, страх за свою жизнь. В меньшей степени – боли и смерти. Среди социальных страхов – быть в тягость близким. Гораздо меньше их беспокоит страх потерять или не найти работу и стать изгоем. Очень мало кто боится, что лечение будет дорогим. Они больше других подвержены экзистенциальным страхам – неизвестности и без видимой причины. Многие суеверны.

Представители этой категории опрошенных больше других считают себя везучими или что у них неудач было не больше, чем у других. Но и ощущающих себя неудачниками среди них тоже больше всего (как и самые пожилые), хотя «полностью не удовлетворенных жизнью», которым «всё надоело», только 4%. Причины своей неуспешности ищут исключительно вне себя. Чаще чем другие обвиняют своих родителей. Они в наименьшей степени способны к мобилизации и полагаться на свои силы. Им свойственно состояние нарастающей пассивности и апатии; инфантильность; многие зависят от жизненного ресурса других людей. Среди них наибольшее число указавших крайнюю степень неспособности к трудовой деятельности; они чаще других высказывают тревогу о состоянии своего здоровья (многие находятся в фазе отрицания).

Эта группа пациентов реже других находит причины для осуждения себя. Но и крайняя степень ненависти к себе и свехосуждение встречается именно среди них. Из 92%, ощущающих себя виноватыми, только четверть осознают, что вина предполагает наказание и соглашаются понести его (осознание греха). Постоянное чувство вины испытывают 4,0%, а чувствуют себя уже наказанными около 30% (чувство отчаяния и уныния).

Из всех возрастных групп среди 19-29-летних наблюдается наибольшее число пребывающих в постоянной печали и унынии – 4,0%. Мысли о самоубийстве посещают в том или ином виде 68,7% из них, а тех, кто констатирует идею суицида, но не отвергает ее, среди них 8,0%.

Как и многие, самые молодые смысл и опору в жизни видят в семье и детях. Из всех возрастных групп, в этой больше всего тех, кто видит «смысл жизни в Боге» (52%). Однако и тех, кто считает приоритетом «пожить в свое удовольствие», тоже больше всего в ней. Утверждение, что в жизни «нет никакой опоры; хочу отключиться от всего» эта группа выбирала в 2,5-3 чаще, чем другие. Озабоченность поиском работы и средств существования является доминирующей(40%), по сравнению с другими группами, после задачи оздоровления.

Из всех групп, среди 19-29-летних наименьшее число крещенных в Православии (76%), так же, как число знающих какие-либо молитвы (64,0%). Почти четверть из них пришла в Церковь после постановки ВИЧ-диагноза. Среди них меньше, чем в других группах исповедующихся и причащающихся (16,0%).

Положительное влияние молитвы/посещения церковных служб на свое физическое и эмоциональное состояние указали 64% молящихся 19-29-летних, а Причастия – 45,4% причащающихся (наименьшее по возрастным группам).

Улучшение своего восприятия окружающего мира под влиянием молитв/посещения церковных служб засвидетельствовали 44% всех молящихся этой группы (средний показатель по возрастным группам), а под влиянием Причастия – 10% причащающихся (наименьший показатель по возрастным группам).

3.2.5 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы 30-39-летних пациентов

30-39-летние – самая многочисленная и в наибольшей степени занятая в общественном труде группа пациентов (трудоактивная группа), имеющая один из лучших уровней материального обеспечения, среди них наименьшее число бомжей (2,5%), высокий уровень образования и самый низкий уровень безработицы (менее 10%).

Состоящих в официальном браке и/или устойчивом сожительстве среди них только 37,3%, около 50% имеют детей, а проживают с ними в одной семье только 40%. 14,3% из них с девиантным сексуальным поведением (средний показатель). У пациентов этой группы меньше случайных половых партнеров, чем в других. Однако среди них больше всего имеющих связь с наркоманом, употребляющих наркотики всех видов (81,4%) и употребляющих их внутривенно (50%), который является главным источником их заражения. В этой группе больше случаев заражения от постоянных партнеров (22,9%), чем от случайных (19,5%).

В общении 30-39-летние более откровенны, чем самые молодые, но более половины из них скрывают от коллег свой диагноз, взаимоотношения с которыми, в основном, уважительные. Равнодушие со стороны коллег замечают реже, чем испытывают сами его, а ненависть замечают чаще, чем испытывают ее сами. Взаимоотношения с родственниками и друзьями у них одни из самых лучших, по сравнению с другими группами.

Чувство одиночества присуще тридцатилетним пациентам в малой степени. Спасает от него присутствие близкого человека, приверженность к независимости и вера в Бога. В борьбе с одиночеством предпочтение отдается телефонным контактам. Страдают от одиночества около 9% (один из самых низких показателей).

30-39-летние достаточно сдержанно реагирует на грубость и обиду, хотя иногда и вступают в конфликт. Среди них больше, чем в других возрастных группах тех, кто сразу прощает обиды.

Трудоактивность и «семейность» группы, наряду с ВИЧ-диагнозом, определяет виды испытываемых страхов: биологические – страх ухудшения своего здоровья и близких; социальные – страх быть в тягость близким и потерять работу и, в меньшей степени, быть изгоем общества. Менее 10% боятся, что лечение будет очень дорогим. Меньше всего они подвержены экзистенциальным

страхам: менее четверти из них боится неизвестности и испытывает страх без видимой причины.

Среди них самое большое число тех, кто считает себя везучим или не считает, что неудач было больше, чем у других. «Полными неудачниками» считают себя только 2,5%, хотя «полностью неудовлетворенных жизнью» в 4 раз больше (10%). Основной причиной своей неуспешности считают невезение. Однако много тех, кто в своей неуспешности видит свою роль (14%, один из самых высоких показателей).

30-39-летние меньше подвержены унынию и апатии, чем 19-29-летние; они стараются выполнять обязательства, а неспособных принимать решения и мобилизоваться около 7%. Среди них умеренное число очень обеспокоенных своим здоровьем (16%), но больше, чем в других группах, подверженных ипохондрии (почти 6%).

В группе менее 20% полностью довольных собой и неосуждающих себя. Но мало и выражающих ненависть к себе (1,6%), а также «обвиняющих себя во всем» (5,9%). 95% пациентов этой группы в разной степени испытывают чувство вины, но только треть соглашается нести за нее наказание (осознание греха). Большинству присуще неприятие наказания за содеянное (чувство отчаяния или озлобленности). Постоянное чувство вины испытывают 9,3% из них, а почти 30% считают себя уже наказанными. 20% пациентов заявило о том, что «их многое приводит в уныние». Хотя в этой группе меньше, чем в группе молодых, плачущих, но крайняя степень уныния, выражаемая состоянием, «раньше мог плакать, а теперь нет, даже если хочется» - всё же присутствует (0,8%). 50% группы отмечает повышенную раздражительность, но апатия, как крайняя степень уныния, только у 5,9% из них (часто у неработающих).

Мысли о самоубийстве посещают 70% пациентов этой группы (больше, чем у самых молодых). А тех, кто констатирует идею суицида, но не отвергают - 7,6%, почти столько же, как у самых молодых.

Кроме семьи и детей, 40% находят смысл жизни еще и «в Боге», а почти 36% считает, что жить стоит «ради спасения души», и только после этого – ради работы и бизнеса/материального достатка.

Счастье и опору в жизни видят в крепкой семье и здоровье, и только после этого – в материальном достатке.

ВИЧ-диагноз поменял жизненные приоритеты о семье, работе, здоровье, материальных благах и жизненных удовольствиях на озабоченность поправить свое здоровье и о здоровье близких, не потерять силы, не потерять работу или найти средства к существованию. Появились те, у которых «ничего, кроме Бога не осталось» (6%), и те, кто констатировал, что в жизни «никакой опоры нет» (уныние). Последних в этой группе в 2,5 раза больше, чем бомжей.

С реализацией программы поправить здоровье связаны все краткосрочные планы, главные из которых съездить куда-нибудь или найти средства к существованию. В отдаленной перспективе – полная неуверенность.

В группе 30-39-летних больше всего крещеных в Православии. Среди них больше всего (91%) посещающих церковные службы, а приход в Церковь 30% из них обусловлен болезнью. У большинства из них (55%) воцерковленность заключается в знании и чтении 1-2 молитв. Исповедуются и причащаются 25,4% (достаточно высокий уровень). Положительное влияние молитвы/посещения церковных служб на свое физическое и эмоциональное состояние указали 74,6% молящихся (наибольшее по возрастным группам), а положительное влияние Причастия – 59% причащающихся.

Улучшение своего восприятия окружающего мира под влиянием молитв/посещения церковных служб засвидетельствовали 45% тридцатилетних, и только 1,7% о его ухудшении. Улучшение его под влиянием Причастия сообщили 27% причащающихся этой группы, и никто не засвидетельствовал о его ухудшении.

3.2.6 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы 40-49-летних пациентов

40-49-летние пациенты – вторая самая трудоактивная возрастная группа. В ней достаточно высокий материальный уровень, образование и обеспеченность жильем. Однако в группе много неработающих (14%-18%) и бомжей (9%).

Менее 1/3 состоят в браке и в устойчивом сожительстве. Почти 2/3 пациентов имеют детей, но проживают в одной семье с ними менее 35% из них. 14,1% сорокалетних имеют девиантное сексуальное поведение (средний показатель). Характерны частая смена половых партнеров, многочисленные случайные половые связи (более 50% от всех), связи с наркоманом/наркоманкой (64%). Высок процент употребления наркотиков всех видов (72%), половина из них – внутривенные, который является главной причиной заражения (48%). Причинами полового пути заражения (44,4%) на 2/3 являются случайные половые связи.

У 40-49-летних наилучшие (в возрастных группах) отношения с родственниками и друзьями, и более доверительные отношения (чем у 19-29-летних) с коллегами. Свой диагноз внаибольшей степени скрывают от своих детей.

Не чувствовать себя одиноким помогает трудоактивность, вера в Бога (это единственная группа, у которой такой вариант ответа стоит на первом месте), присутствие рядом близкого человека, а также привычка ни от кого не зависеть (1/4 всех сорокалетних). Прямое общение с друзьями и родственниками происходят реже, чем со случайными людьми: в 10% всех контактов (по телефону или в социальных сетях). В основном, общаются с совместно проживающими людьми.

Хотя сорокалетние, как и другие, в своем большинстве не страдают от одиночества, но число страдающих от него в этой группе самое большое среди всех: 14%. В борьбе с ним в равной степени предпочитают некоммуникативные средства (ТВ, книги, музыка, спортивные зрелища) и Церковь. К психологу обращаются в 7,5 раз реже, чем к священнику.

40-летние пациенты самые сдержанные из всех при столкновении с грубостью или обидой, и даже злясь, они редко вступают в конфликт. Прощают обиды часто и быстро их забывают.

Самые сильные из биологических страхов у 40-49-летних – страх ухудшения своего здоровья и страх за здоровье близких, а боящихся смерти – вдвое меньше. Среди социальных страхов доминируют «быть в тягость близким», «потерять/не найти работу». Самые распространенные экзистенциальные страхи – неизвестности и без видимых причин. Но почти треть не подвержена никаким страхам этого типа.

У большинства 40-49-летних нет ощущения, что им в жизни повезло меньше, чем другим, что не препятствует сравнительно многим из них пребывать в разной степени уныния («я вообще неудачник» – около 17%). Однако то, что в группе вдвое меньше «полностью неудовлетворенных жизнью» (около 9%), позволяет предположить, что сорокалетние не более пессимистичны, чем тридцатилетние. Причины своих жизненных неудач, как и прочие, они ищут вне себя, считая, что другим просто повезло, но именно сорокалетние в большей степени поддержали мысль, что «наверное, другие лучше работали» (21,9%). Им свойственна высокая способность к мобилизации и самый низкий уровень апатии (4,7%). Характерна высокая самооценка своей трудоактивности (87% способны выполнять работу, действуя как и прежде).

40-49-летним пациентам в еще большей степени, чем более молодым, присуще чувство недовольства собой, критика и осуждение себя. В той или иной степени все из них испытывают чувство вины, но соглашаются понести за нее наказание в 3 раза меньше признающих ее. А чувствующих себя уже наказанными втрое больше (около 30%), чем тех, кто постоянно испытывает чувство вины (уныние, отчаяние).

Крайняя степень уныния, выражаемая фразами «ненавижу себя», «кругом виноват», «не жду ничего хорошего», «никакой опоры нет», свойственна этой группе больше, чем другим (от 2% до 9%). Хотя в этой группе мысли о суициде

менее часты, чем в других (около 59%), констатирующих эту мысль как идею, но не отвергающих ее среди них наибольший процент: 12,5%.

Главный смысл жизни видят в семье и детях, на втором месте - «смысл жизни в Боге» (42%), а на третьем – работа и творчество (37,5%). Опору в жизни видят в «надежных отношениях в семье», «в стабильном заработке»/«вере в Бога; в Боге» и «в друзьях».

До постановки диагноза, «работа» и «материальный достаток» (вместе) значительно превосходили по значимости в жизненных приоритетах «семью» и «здоровье». ВИЧ-диагноз изменил приоритеты людей на другие: «вылечиться», «семья и дети и их здоровье», «не потерять силы», «не потерять работу», «найти средства к существованию», «найти работу», «ничего, кроме Бога не осталось». При этом приоритет Бога имеет у этой группы самый высокий рейтинг (9,4%), по сравнению с другими группами по этому варианту ответа.

Отдаленные планы эти пациенты увязывают с актуальной задачей «поправить здоровье насколько это возможно» и «поиском средств существованию». Относительно других планов в будущем полная неопределенность (более 50% ответов).

В этой группе больше всего крещеных в Православии (84,4%), крестившихся, будучи взрослыми (34,4%) и знающих какие-то молитвы (73,4%). Среди 40-49-летних один из самых высоких процентов причащающихся: 31,3%. Это подтверждает мысль о том, что люди, крестившиеся, будучи взрослыми, более активные христиане. Почти треть стала ходить в церковь до болезни, а после болезни пришли еще 20%,

Положительное влияние молитвы/посещения церковных служб на свое физическое и эмоциональное состояние указали 68,8% сорокалетних, а положительное влияние Причастия – 76,1% причащающихся.

Улучшение своего восприятия окружающего мира под влиянием молитв/посещения церковных служб засвидетельствовали 48,4%, а под влиянием

При-частия - 41,1% причащающихся этой возрастной группы (оба показателя макси-мальные по возрастным группам).

3.2.7 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы 50-59-летних пациентов

Группа 50-59-летних, состоящая из работающих, неработающих и пенсионеров, лучше других обеспечена отдельным жильем (66,7%) и имеет лучшее образование. Но в профессиональном отношении образование никак не проявилось, возможно, по той причине того, что оно характерно для женщин, большинство из которых достигли пенсионного возраста на момент опроса. Материальное обеспечение группы является одним из худших. В группе 25% бомжей, что не эквивалентно числу неработающих, которых в группе от 8,3% до 16,7%.

Среди пятидесятилетних пациентов только 8,3% состоит в браке (большое число вдовых) и нет проживающих в сожительстве. Это самая многодетная группа (75%), но почти у 60% дети совершеннолетние и живут отдельно. В группе нет никого с девиантным сексуальным поведением.

Для пациентов характерны многочисленные половые партнеры, в основном, из категории случайных (58,3%). У половины пациентов была связь с наркоманом, а сами употребляли наркотики 67%. Все, кто употреблял наркотики внутривенно, указали этот путь заражения, как вероятный (41,7%). Еще у 41,7% заражение произошло от случайного полового партнера.

Эта группа самая экстравертивная. Отношение коллег к себе определяют как хорошее или равнодушное, очень часто замечают их неприязнь к себе, но сами ее не испытывают. Наиболее откровенны с родственниками и друзьями, с которыми у них наилучшие отношения. Своих детей о диагнозе информируют в последнюю очередь.

50-59-летним реже всех присуще чувство одиночества. Только 8,3% страдают от него. Среди них самое большое число любящих уединение и независимость (50%). Это единственная группа, которая не полагается на визиты дру-

зей и родственников, в борьбе с одиночеством. Чаще всего общаются по телефону, реже обращаются к помощи социальных сетей, Церкви и священнику. Очень редко контактируют со случайными людьми, а еще реже прибегают к психологам или к некомуникационным средствам (чтение, музыка, зрелища).

Пятидесятилетние, в основном, сдержаны в ситуации проявления к ним грубости. Однако именно им свойственно чаще других вступать в конфликт с обидчиком. Они реже прощают обиды чаще других долго помнят их.

Самые сильные из биологических страхов у них страх «ухудшения здоровья». Вдвое реже – «страх о здоровье близких» (много бессмейных). Среди социальных страхов самый сильный страх «быть в тягость близким» и «потерять работу». Меньше боятся «быть изгоями общества». Группа почти не подвержена экзистенциальным страхам (у 40% отсутствует), самый распространенный среди них – «страх неизвестности».

Большинство из них не считают, что в их жизни неудач было больше, чем у других людей. Полными неудачниками и, одновременно, полностью неудовлетворенными жизнью, в группе равное число: 16,7%. Причину неудач видят в невезении и в том, что не встретили в жизни влиятельных людей. Они больше всех склонны считать, что Бог помогал другим, а не им, и столько же предположили свою ответственность за неуспешность (8,3%). У них высокая самооценка своей трудоспособности, а также способности к мобилизации и выполнению работы и способности действовать при этом, как и прежде. Только 8,3% пожаловались на апатию и неспособность к принятию решений. Объясняется наличием в группе пенсионеров, которые не занимают активную жизненную позицию. Крайняя степень беспокойства о своем здоровье (ипохондриа) у пациентов из этой группы отсутствует.

Пожилые пациенты в равной степени выражают недовольство собой и осуждение себя. В группе больше всего тех (50%), кто соглашается с идеей, что за вину следует получить наказание. Треть пожилых чувствует себя уже наказанными (в 5 раз больше, чем испытывающих постоянное чувство вины). Но

среди них нет тех, кто ненавидит себя, благодаря чему группа не попадает в зону риска суицида.

У 50% пожилых пациентов фиксируется склонность к печали, что характерно для неработающих пенсионеров, но нет тех, кто постоянно пребывает в этом состоянии. В этой группе меньше, чем в других, склонных к слезам и нет постоянно плачущих. Присутствует раздражительность и снижение интереса к другим людям и их проблемам, но не отмечена апатия. Группа 50-59-летних в меньшей степени из всех возрастных групп склонна к суициду.

50-59-летние в равной степени признают способность человека определять свою судьбу и верят в то, что человеком управляет Бог или Высший Разум. Наряду с авторитетом священника в разъяснении вопросов о смысле жизни, многие считают, что каждый сам должен определить это для себя. Это единственная группа, которая видит смысл жизни в равной степени в семье и детях и в Боге (по 42%). Лишь эти пациенты в понятии счастья на первое место ставят здоровье, и только после этого крепкую семью. Материальный достаток, как критерий счастья, не рассматривается ими совсем. Самым главным ради чего стоит жить названы семья и дети, спасение души и любовь (каждый с рейтингом не менее 50%).

До постановки диагноза приоритеты выстраивались в соответствии с советской системой жизненных ценностей: «семья и дети», «работа», «хорошее образование». С постановкой ВИЧ-диагноза – «вылечиться», «семья, дети и их здоровье» и «не потерять силы». Проблема «найти средства к существованию» имеет у них низкий рейтинг, несмотря на невысокий материальный уровень группы. Опору в жизни 50-59-летние видят в «надежных отношениях в семье», «в стабильном заработке», «друзьях» и в «вере в Бога; в Боге». Однако мнение, что «нет никакой опоры», связанный с отсутствием перспектив в жизни в их возрасте, имеет самый высокий рейтинг по сравнению с другими группами исследования.

Главная задача в жизни – «поправить здоровье, насколько возможно». От ее реализации зависят все остальные планы в короткой и отдаленной перспективе. Другие планы не отличаются разнообразием и высказываются осторожно. В планах отдаленной перспективы – полная неуверенность, но при этом проблема заработка и поиск работы почти не рассматриваются.

В группе 50-59-летних меньше всего православных (66,7%), но есть христиане других деноминаций (16,7%). Среди самых пожилых больше всего знающих какие-либо молитвы (83,3%) и молящихся дома (75%). 33% пришли в Церковь после постановки ВИЧ-диагноза, и столько же исповедуется и причащается (больше всех в возрастных группах). Это единственная возрастная группа, в которой есть те, кто ходят в храм, не будучи крещеными.

Положительное влияние молитвы и/или посещения церковных служб на их физическое и эмоциональное состояние указали 58,3% пациентов этой группы (наименьшее число по возрастным группам), а Причастия – 85,7% причащающихся (максимальное по всем изучаемым группам).

Улучшение своего восприятия окружающего мира под влиянием молитв/посещения церковных служб засвидетельствовали 33,3% этой группы (мини-мальный показатель по возрастным группам), но никто не отметил его ухудшения; а улучшение под влиянием Причастия – 37,5% причащающихся этой возрастной группы (средний показатель).

3.2.8 Характеристика физического, эмоционального и духовного состояния группы воцерковленных пациентов

Воцерковленные пациенты благополучнее в бытовом отношении, чем пациенты других групп исследования. Среди них в 1,4 раза меньше бомжей и в 2 раза меньше необеспеченных жильем, чем у всех респондентов в целом. Они лучше образованы и материально обеспечены. Среди них 8,2% неработающих (средний показатель исследования), но больше всего работающих (80,7%).

Как и у других, у воцерковленных мало состоящих в официальном браке и в устойчивом сожительстве (41%). Характерна неустойчивость союзов и частая смена партнеров. Однако среди них меньше распространены случайные половые связи, а также ниже, чем в любой другой изучаемой группе, показатель употребления наркотиков (74,7%)

Исследования показали, что пути заражения ВИЧ-инфекцией пациентов ИКБ и распространение сексуальных отклонений не связано с воцерковленностью больного, а зависят от их возраста и/или половой принадлежностью. Сексуальная девиантность среди воцерковленных пациентов распространена даже больше (15,6%), чем у крещенных (12,0%) и у всех 14,5%. Основной путь заражения у воцерковленных пациентов половой (48,2%). На втором месте - внутривенный (44,6%).

Воцерковленные пациенты ничем не отличаются от прочих пациентов во взаимоотношениях с коллегами, друзьями, родственниками, кроме несколько большей скрытности в вопросах информирования их о своем заболевании.

Большинство воцерковленных пациентов не страдают от одиночества, не отличаясь этим от крещенных и всех в целом. В равной степени в этом им помогает присутствие рядом близких людей и вера в Бога. Это наиболее коммуникабельная группа, среди них меньше любителей одиночества и уединения. Методы борьбы с одиночеством у воцерковленных такие же, как и у других, за исключением более частого обращения за утешением к вере и Церкви (в 30,1% случаях, против 17,5% у крещенных и 18,6% у всех в целом). За помощью к психологу обращаются в 5-12 раз реже, чем к Церкви.

Воцерковленные пациенты остро реагируют на обиды и почти не отличаются в своих чувствах от других в своей реакции на них и в способности прощать. Но уровень конфликтности у них ниже (19,3%; 22,4% у крещенных и 20,9% у всех).

Интенсивность каждого страх у воцерковленных пациентов почти всегда выше, чем у других. Они сильнее беспокоятся о своем здоровье и здоровье близ-

ких (биологические); боятся быть в тягость близким, потерять работу и стать изгоем общества (социальные). Больше, чем у других, у них страх неизвестности (экзистенциальный). Однако среди них меньше всего суеверных, а так же треть из них не испытывает никаких экзистенциальных страхов.

Воцерковленные пациенты – это одна из самых позитивно настроенных групп: в ней меньше всего тех, кто считает себя «полным неудачником» и кто «полностью неудовлетворен жизнью». Как и другие, большинство воцерковленных удовлетворены жизнью и не думают о себе, как об изгоях судьбы, но также как и другие пациенты причины своих жизненных неудач ищут вне себя. Только 14% из них предполагают, что источник неудач в них самих. Способность принимать и выполнять принятые решения, а также работоспособность воцерковленных пациентов практически не отличается от всех в целом или от крещеных, также как и степень беспокойства о своем здоровье. В то же время крайняя степень беспокойства о нем им свойственна в большей степени, чем крещеным или всем пациентам в целом.

Воцерковленные пациенты больше других недовольны собой (86,7%), но это одна из немногих групп, которая не высказывает ненависти к себе. Среди них в 1,2-1,5 раза больше тех, кто выражая недовольство собой, способен анализировать свои поступки и строго осуждать их (более 30%). Они подвергают себя самой суровой критике и осуждению во всем (7,2%) чаще, чем крещенные и все в целом.

Воцерковленным пациентам присуще чувство вины в большей степени, чем другим. Но среди них гораздо больше тех, кто соглашается, что за вину следует понести наказание (43,3% против 36,1% у крещеных, 33,6% у всех), обнаруживая большее смирение. Около 28% ощущают, что они уже наказаны (смирение и покорность).

Среди них наименьше число плачущих, что показывает меньшую склонность предаваться унынию. Зато им больше, чем другим, свойственна повышенная раздражительность, а также апатия. Однако воцерковленные в меньшей сте-

пени отстраняются от проблем и нужд других людей. Им в наименьшей степени присуща навязчивость суицидальных мыслей: 8,2% (у крещеных 9,3%, у всех 8,7%).

Воцерковленные пациенты, признавая, что человек обладает волей определять свои поступки и судьбу, в большей степени, чем любая другая группа, признают приоритет Бога и Высшего разума над волей человека (75%; крещеные - 58%, все в целом - 55%). Среди них больше всех (75%) интересующихся вопросами смысла бытия. Приоритеты, ради чего стоит жить, независимо от принадлежности к той или иной изучаемой группе, выстраиваются в следующем порядке: «семья», «смысл жизни в Боге», «спасение души». Если осознание ценности семьи зависит от пола пациентов, то осознание важности двух следующих увеличивается с возрастом и воцерковленностью пациентов. Счастье воцерковленные пациенты видят в семье, здоровье и лишь потом – в материальном достатке.

Вследствие болезни, жизненные приоритеты у воцерковленных, из которых главные «семья и дети», «работа», «материальный достаток», поменялись на такие, как «вылечиться», «семья и дети и их здоровье», «не потерять силы». На самых последних местах - «не потерять работу» и «найти средства к существованию», что свидетельствует об их лучшей материальной обеспеченности.

Главной опорой в жизни эта группа признает «надежные отношения в семье» (64% против 55% у крещенных и у всех). На втором месте с рейтингом более 55% – Бог (у других групп Он на третьем-четвертом месте, после стабильного заработка и друзей).

В планах на ближайшую перспективу у воцерковленных пациентов стоит задача поправить здоровье (82% против 77% у крещеных и 75% у всех). В долгосрочных планах у них, как и у всех других, на первое место ставятся «найти средства к существованию». Другие планы неопределенны и зависят от решения главной краткосрочной задачи: «Поправить здоровье насколько это возможно».

Среди воцерковленных насчитывается 85,5% крещеных в Православии. Почти 87% из них знают какие-либо молитвы и почти все из них хотят научиться молиться. Среди них в 1,45 больше, чем среди всех пациентов в целом, молящихся дома и больше всех тех (почти 35%), кто стал ходить в церковь после получения ими ВИЧ-диагноза. 70% из них исповедуются и причащаются (в 2,5 раз больше, чем среди всех) и 41% читает утреннее и вечернее Правило (в 2,6 раз больше, чем среди всех).

Воцерковленные пациенты своим подавляющим большинством засвидетельствовали положительное влияние молитвы/посещения церковных служб на их физическое и эмоциональное состояние (88%, против 73% у крещеных и 71% у всех), и никто не обнаружил его отрицательного воздействия. Кроме того, большинство из них отметило позитивное влияние Святого Причастия (71%, против 64% у крещенных и 63% у всех). При этом ни кем не отмечено негативного воздействия.

Улучшение восприятия окружающего мира под влиянием молитвы/посещения церковных служб констатировали 63% воцерковленных (против 48% у крещенных и 46% у всех), а под влиянием Святого Причастия - 34% (против 29% у крещенные и 31% у всех), выразившееся в утверждении, что окружающие люди стали лучше к ним относиться. Негативное воздействие молитвы/церковных служб отметили 2,4% воцерковленных, 2,2% крещеных и 1,8% всех в целом (за пределами точности измерений). Никто не нашел негативного воздействия Святого Причастия.

3.3 Резюме

1. В результате анализа и обобщения результатов индивидуального глубинного интервью ВИЧ-пациентов ИКБ было выделено 8 групп пациентов, каждая из которых характеризуется специфическими условиями жизни вне стационара, обстоятельствами и источниками заражения ВИЧ-инфекцией, проблемами

эмоционального характера, степенью подверженности страстям, отношением к вере и Церкви. Это две группы, обусловленные половыми различиями (женщины и мужчины); четыре группы - возрастными (19-29-летние, 30-39-летние, 40-49-летние и 50-59-летние), группа воцерковленных пациентов и группа «все в целом».

2. ВИЧ-инфицированные пациенты ИКБ принадлежат к социально неблагополучной части российского социума, с низкими доходами, не позволяющими оплачивать АРТ. Большинство больных (более 80%) принадлежат к наиболее трудоактивным возрастным группам тридцатилетних и сорокалетних, заражение которых произошло в последние десятилетия. В течение двух последних десятилетий этому способствовала скрытая и явная непрекращающаяся пропаганда вседозволенности, под видом свободы, в том числе и в интимной сфере; коррупция, приведшая к ослаблению контроля за движением наркотиков и сделавшая их легкодоступными для всех; недостаточное финансирование медицины и отсутствие медицинской профилактики среди населения; а также удаление из школы воспитательной функции и отсутствие контроля над детьми вне школы, о чем свидетельствует рост числа ВИЧ-инфицированных среди молодежи.

3. На социальное неблагополучие больных указывает низкий процент, состоящих в официальном браке пациентов – 14%, что более чем в 4 раза меньше показателей по России; а также то, что только около 50% пациентов ВИЧ-отделений имеют детей, а проживают с ними в одной семье 30-50% из них. Для больных характерна неустойчивость связей и частая смена половых партнеров, половые связи с наркоманами, случайные половые связи, девиантное сексуальное поведение. Половой путь является одним из главных путей заражения ВИЧ, и в настоящее время у женщин он является основным (более 50%). При этом заражение от постоянных половых партнеров у них происходит вдвое чаще, чем от случайных. У мужчин половым путем заражаются 40% (в основном от случайных партнеров).

4. От 72% до 82% пациентов употребляют наркотики всех видов, а внутривенно от 42% до 67% (по группам исследования). Внутривенный путь заражения является главным у мужчин: почти 47%. У женщин внутривенное заражение происходит немного реже: 44%. Внутривенный путь характерен для самой трудоактивной группы тридцатилетних: почти 49%. Исследования показали, что жизненные условия, обстоятельства и источники заражения ВИЧ-пациентов почти не зависят от их воцерковленности, а обусловлены полом и возрастом пациентов ВИЧ-отделений.

5. В каждой из исследованных групп находятся до 20% пациентов в сильном эмоциональном напряжении, проявление которого соответствуют страстям уныния, отчаяния, гнева, злобы, зависти и др. Эти эмоциональные проявления описываются пациентами такими состояниями, как «я полный неудачник», «мне всё надоело», «ненавижу себя», «раньше плакал, а теперь нет сил для этого», «во всем виню только себя», «кроме Бога ничего не осталось» и др. Проявление страстей в каждой из изученных групп больными описывается комбинацией различных состояний, характерными для каждой исследуемой группы.

Наибольшая эмоциональность характерна для женщин и воцерковленных пациентов, но им почти не свойственны проявления крайних эмоциональных состояний (уныния, отчаяния), в том числе и суицидальных идей. В противоположность им, мужчины и трудоактивная возрастная группа 40-49-летних в наибольшей степени подвержены риску суицида.

Церковь и священник пользуются большим доверием, чем психолог у всех изученных групп пациентов. К помощи Церкви и священника, согласно опросу, обращаются в 5-12 раз больше респондентов, чем к психологу.

6. Почти всем пациентам в той или иной степени присуще чувство вины (93%), но только около 40%, оценивая свои поступки, выражают мысль, что они заслуживают наказание. Около 30% выражают мысль о его несправедливости и чрезмерности. Почти у 30% пациентов есть ощущение свершившегося над ними наказания (у пациентов, осознающих грех или смилившихся с наказанием).

Больше всего таких пациентов среди воцерковленных и 50-59-летних. Меньше всего – среди женщин и 19-29-летних пациентов.

7. Все страхи, испытываемые больными, обусловлены наличием ВИЧ-инфекции и зависят от пола и возраста пациентов. Биологические и экзистенциальные страхи, в основном, присущи женщинам, а социальные – мужчинам и трудоактивным возрастным группам, самые сильные из которых потерять/не найти работу и страх, что лечение будет очень дорогим. Среди экзистенциальных страхов больше всего распространен страх неизвестности. С увеличением возраста пациентов все страхи притупляются, и остается главный – страх быть в тягость близким. Воцерковленные не отличаются от всех, кроме преобладания страха неизвестности и отсутствия суеверных страхов.

8. Более 60% больных верят в Бога или не отвергают этой идеи, называя Бога Высшим Разумом, управляющим человеком, интересуются вопросами смысла жизни и считают, что разъяснения по этим вопросам может дать православный священник. Смысл жизни видят в семье (около 55%-65%), «смысл жизни в Боге» (около 41%-58%), в «спасение души» (около 35%-58%).

9. До постановки диагноза одни жизненные приоритеты больных - «семья и дети» (около 43,2%-66,6%), «здоровье» (около 30%-36%), «работа/бизнес» (около 28%-50%), «материальный достаток» (около 20%-50%), «половые взаимоотношения» (около 25%-40%), «пожить в свое удовольствие» (около 6%-12%), «хорошее образование» (около 4,7%-9,3%) – сменились на другие: «вылечиться» (около 64%-68%), «семья и дети и их здоровье» (около 28%-38%), «не потерять силы» (около 28%-35%), «не потерять работу» (около 16%-20%), «найти средства к существованию» (около 6%-14%), «ничего не осталось, кроме Бога» (около 4%-12%), «найти работу» (около 5%-9%).

10. Главной опорой в жизни назвали «надежные отношения в семье» (около 52%-64%). Остальные ответы распределились среди ответов «в стабильном заработке»/«друзьях» (около 25%-48%), «опора в вере в Бога; в Боге» (около 32%-55%), «нет никакой опоры; хочу отключиться от всего» (около 8%-20%).

11. Все краткосрочные планы больных замыкаются на задаче «поправить здоровье, насколько это возможно» (75%). Остальные планы не выходят за рамки повседневности и зависят от реализации краткосрочных планов. О долгосрочных планах высказываются очень осторожно, главный из них – «найти средства к существованию» (от 23,1% до 55,5%). В остальных планах наблюдается полная неуверенность. Больше всего не уверены больные, находящиеся в устойчивой ремиссии.

12. Подавляющее большинство пациентов (83,2%) крещены в Православии, при этом 50% из них крещены в детстве. От 20% до 35% всех, кто пришел в Церковь, сделали это после постановки им ВИЧ-диагноза. Больше всего таких пациентов в группе воцерковленных, а меньше всего в группе сорокалетних, которые в наибольшей степени подвержены риску суицида. Среди больных есть пациенты, которые посещают церковные службы, не будучи крещенными. Вероятно, всё это - свидетельство о ВИЧ, как о попущении Божиим для вразумления грешников, а Православная Церковь – лечебница человеческих душ.

13. Почти 3/4 всех опрошенных знают какие-либо молитвы (86,7% у воцерковленных). Молятся дома от 40% до 77% (воцерковленные). Среди крещенных этот показатель 55%, а среди всех пациентов ВИЧ-отделения – 53,6%. Воцерковленность большинства пациентов сводится к знанию и чтению 1-2 молитв (54,1% среди всех больных). Исповедующихся и причащающихся среди всех больных 26,4%, но распределение их в изученных группах неравномерно и, в основном, зависит от возраста больного: чем старше возрастной интервал группы, тем больше в ней исповедующихся и причащающихся (от 16% до 33%). Но больше всего их среди воцерковленных: 70%.

14. Большинство пациентов (70,1% всех) отметили улучшение своего состояния, с тех пор, как стали молиться/ходить в храм (любой конфессии): стали спокойней, уравновешенней, уверенней в себе и пр. Несмотря на то, что в разных группах исследования эти цифры колеблются, в зависимости от пола и воз-

раста больных, нигде цифры не опустились ниже 58%. У воцерковленных – 88%.

Почти у половины пациентов улучшилось отношение к окружающим людям, после того, как стали молиться/ходить в церковь: 45,5% все пациентов признали, что, по их мнению, к ним стали лучше относиться окружающие, после того, как сами они стали молиться/ходить в церковь. Ни в одной из групп этот показатель не опускался ниже 33%, а у воцерковленных он почти 63%.

15. Большинство причащающихся пациентов указали положительное влияние на них Святого Причастия. 61,4% женщин и 57,3% мужчин признали улучшение своего состояния, с тех пор, как стали причащаться: стали спокойней, уравновешенней, уверенней в себе и пр. В возрастных группах такое же мнение высказали от 45,4% 19-29-летних до 85,7% 50-59-летних. А воцерковленные заявили об этом 70,6% голосами, против 63,7% у крещеных.

Более позитивный взгляд причащающихся пациентов на окружающих людей наблюдается в большей степени у мужчин: 37% мужчин и 22,5% женщин сказали, что им кажется, что люди стали к ним добрее и участливее с тех пор, как сами они стали принимать Святое Причастие. Чем старше респонденты, тем чаще отмечается это обстоятельство: от 10% у 19-29-летних до 41,1% у 40-49-летних. У воцерковленных 33,8%, против 29,3% у крещеных

16. Полученные выводы подкрепляют утверждение мысли о Церкви, как о лечебнице человеческих душ, и совпадает с мнением экспертного сообщества ИКБ, о положительном влиянии церковных служб и/или бесед со священниками на физическое и эмоциональное состояние больных.

Таким образом, подтвердилась рабочая гипотеза исследования о том, что пастырское окормление ВИЧ-инфицированных пациентов священниками Русской Православной Церкви пополняет внутренние и психоэмоциональные ресурсы человека, оказывает положительное влияние на его физическое состояние, благодаря мобилизации защитных сил организма в противостоянии инфек-

ции, приводит к улучшению качества жизни и способствует развитию мотивации к созданию оптимистической жизненной установки.

4 ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМ ПАСТЫРСКОГО ПОПЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ СВЯЩЕННИКАМИ РПЦ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Полученные в предыдущих разделах выводы по результатам экспериментальных исследований в изучении влияния духовного окормления на ВИЧ-инфицированных больных в условиях стационара, были использованы автором в практической пастырской работе с пациентами ИКБ №2 в 2014-2015 гг. Духовное окормление пациентов ВИЧ-отделений проводилось с опорой на деятельность церкви во имя святого великомученика и целителя Пантелеимона, расположенной на территории ИКБ, и в сотрудничестве с работающей в стенах больницы патронажной службой Сестричества милосердия во имя святого Благоверного царевича Димитрия, добровольных помощников, а также с согласия и при активном содействии администрации ИКБ, лечащего и обслуживающего

персонала. Исследовательская работа автора диссертации по времени совпала с началом работы церкви на территории ИКБ, что позволило проследить динамику изменения отношения пациентов к деятельности священников и Церкви за период с момента начала ее деятельности по настоящее время.

4.1 Принципы организации практической пастырской работы священника в лечебных ВИЧ-отделениях ИКБ №2²⁶⁶

4.1.1 Общие принципы и последовательность пастырской работы в стационаре

Пастырская работа в стационаре имеет значительные отличия от таковой на приходе. Главное отличие в том, что здесь больные находятся полностью во власти медперсонала и лечебного процесса, требующего неукоснительности выполнения лечебных предписаний. В этой структуре пастырская служба, труд сестричества милосердия и помощь добровольных помощников может занимать только подчиненное и встроеное положение.

Основные проводники и посредники при исполнении пастырской работы священника в стационаре – это патронажная служба Сестер милосердия. В практике государственной системы здравоохранения России при осуществлении сестринской деятельности используется модель, предложенная Вирджинией Хендерсон (1966), в соответствии с рекомендациями Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Суть модели состоит в том, чтобы помочь человеку в удовлетворении его фундаментальных биологических,

²⁶⁶ Антоний (Кадышев), игум. Организация практической работы по духовному окормлению пациентов ВИЧ-отделения Клинической инфекционной больницы №2 г. Москвы // *Успехи современной науки*. 2016. № 6. Т. 1. Белгород: «Эпицентр», 2016. С. 130–134.

психологических и социальных потребностей при его непосредственном участии в планировании и осуществлении ухода²⁶⁷.

Однако в этой модели, как и во многих других, не перечислены духовные потребности больного. В некоторых они только намечены и определяются, как потребности иметь жизненные ценности и отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой (В.Хендерсон). Православные сестры милосердия, при осуществлении ухода за больным, особенно за больными с пожизненными и пока еще неизлечимыми заболеваниями, опираются на учение врача-хирурга святителя Луки (Войно-Ясенецкого)²⁶⁸, который рассматривал человека как единство тела, души и духа. Поэтому, принимая методику ведения сестринского процесса В. Хендерсон за основу своей модели ухода, российское православное Сестричество стоит на принципах деятельного милосердия, в основе которого находится любовь к страждущему, а основную цель ухода за пациентом видит в заботе не только о его физиологических и социальных потребностях, но и в попечении о его душе.

Главная задача при реализации сестринского ухода за ВИЧ-инфицированными людьми заключается в формировании приверженности пациента к принятию лечения, назначенного врачом²⁶⁹. Это многоступенчатый процесс, требующий от ВИЧ-инфицированного больного изменения своего образа жизни и привычек, принятия другой шкалы ценностей, отказаться от многого, что составляло смысл его жизни. Он проходит через несколько стадий, главные среди которых:

- формирование приверженности к принятию медицинской помощи;
- формирование приверженности к лечению;
- формирование приверженности к принятию АРТ.

²⁶⁷ Паллиативная помощь уход: Медицинские, психологические и духовные аспекты при ВИЧ/СПИДе и прогрессирующих хронических заболеваниях. Опыт Русской Православной Церкви. М.: 2008. URL: http://old.diaconia.ru/metod_rekom/palliativ_pom_i_uhod_SPID.pdf(дата обращения 10.02.2017).

²⁶⁸ Лука (Войно-Ясенецкий), свт. Дух, душа и тело. Минск: Белорусская Православная Церковь, 2014. 191 с.

²⁶⁹ Паллиативная помощь уход: Медицинские, психологические и духовные аспекты при ВИЧ/СПИДе и прогрессирующих хронических заболеваниях. Опыт Русской Православной Церкви. М.: 2008. URL: http://old.diaconia.ru/metod_rekom/palliativ_pom_i_uhod_SPID.pdf(дата обращения 10.02.2017).

В стационаре проходит стадия формирования у пациентов мотивации к принятию АРТ, которая в неменьшей степени, чем на других, зависит от «терапии присутствием» (сострадание больному, общение с ним, моральная и духовная поддержка). Именно здесь сотрудничество священника, сестер милосердия и добровольных помощников дает наилучшие результаты.

4.1.2 Характер работы в лечебных ВИЧ-отделениях сестер милосердия и добровольных помощников

Исследования автора данной работы показали, что у пациентов стационара есть потребность в общении, в котором они, по разным причинам, часто бывают ограничены или лишены дома и среди коллег, потребность быть услышанными и увидеть сочувствие (Разделы 2.6 и 3.3). По словам епископа Каменского и Алапаевского Мефодия (Кондратьева), это не должно приводить к мысли о развертывании широкой «пропаганды» Православия среди них. Такие действия вызовут или сопротивление у больных, или лицемерное отношение к проповеднику, для использования его доброты в своих корыстных целях. Нужно помнить, что с приближением человека к смерти корысть и расчет уступит место сердечному рассудку, а через него придет евангельская весть²⁷⁰. Только добрые дела одного человека способны заставить другого человека поверить его добрым словам. Задача Сестричества – деятельным милосердием, любовью, искренним участием к больному создать у того устойчивое ощущение того, что он теперь знает, к кому можно обратиться в случае крайней беды: они укажут верный путь и помогут. Поэтому работа Сестричества и добровольных помощников среди пациентов стационара, несмотря на свою обыденность, но исполняемую ради Бога – подготовить больного, желающего причаститься, к исповеди; обработать пролежни; умело перевернуть больного на бок; переменить постель-

²⁷⁰ *Мефодий (Кондратьев), игумен.* Духовные аспекты паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным / Круглый стол по религиозному образованию и диаконии. URL: http://www.rondtb.msk.ru/info/ru/AIDS_12_ru.htm (дата обращения 12.01.2017).

ное белье у больного; восстановить утраченные документы; похлопотать перед социальными службами; откликнуться на просьбу пациента о предметах личной гигиены; умыться, причесать, помочь помыть голову, подстричь или побрить; подобрать среди благотворительных вещей подходящие тапочки или белье; достать нательный крестик для попросившей его пациентки, которая уже лет двадцать его не надевала; не забыть поинтересоваться о самочувствии оставшейся дома с бабушкой ее дочери или просто угостить конфеткой – вся эта деятельность подготавливает условия и прокладывает ту самую тропинку, чтобы, когда наступит время, больной человек сделал по ней шаг навстречу к Богу. Очень важно, чтобы инициатива такого шага исходила именно от больного.

Индикатором качества труда священников, сестер милосердия и добровольцев служат протоколы Сестричества по учету треб/Таинств, с просьбами о которых больные обращаются к требной сестре. Заявки на посещение ближайшей службы в больничной церкви и/или на совершение церковных треб/Таинств (соборование, исповедь, причащение, крещение) требная сестра собирает по всем комнатам всех лечебных ВИЧ-отделений один-два раза в неделю.

Списки всех пациентов, изъявивших желание посетить ближайшую церковную службу, утверждают заведующие ВИЧ-отделениями. Пациентов, изъявивших желание принять церковные Таинства, подготавливают соответствующим образом сестры милосердия. Тех больных, которые не могут посетить церковную службу по причине своей немощи, священник посетит в лечебном отделении.

4.1.3 Особенности пастырской работы священника среди пациентов стационара

Исследования показали, что больные в своем большинстве интересуются вопросами смысла бытия, но сами не являются инициаторами открытых вопросов на эту тему, т.к. им страшно касаться ее (Раздел 2.6, п.2). Интерес подтвер-

ждается тем, что большое число пациентов во всех группах исследования выбрали ответ о наличии у них страха неизвестности (Раздел 3.3, п.7). Однако больные охотно включаются в подобные беседы в качестве слушателей. Кроме того, большинство пациентов (более 60%) уверены, что именно православный священник способен наилучшим образом разъяснить эти вопросы (Раздел 3.3, п. 8). Существенно и то, что среди пациентов ВИЧ-отделений от 25% до 35% (по разным группам исследования) приняли крещение в Православии уже после постановки диагноза (Раздел 3.3, пп. 12 и 13).

Начиная свою пастырскую деятельность в стационаре, священник сталкивается с множества проблем, отличающихся от привычных приходских, среди которых выделяются две основные: найти подходящее место, где можно было бы проводить беседы с пациентами, и создать у пациентов предпосылки для таких бесед.

Первая проблема полностью зависит от наличия свободного помещения в стационаре и от желания администрации сотрудничать со священником. Если она решена (как в ИКБ №2), то больные должны знать расписание посещения священником лечебного отделения. Открытая настежь дверь этого помещения показывает, что любой может войти в нее. В помещении обязательно должны быть икона (иконы), подсвечник, пучок свечей, листочки для поминальных записок, карандаши, два стула и стол. Продолжительная работа автора по интервьюированию пациентов ВИЧ-отделений позволила выбрать и опробовать несколько несложных приемов общения, чтобы привлечь внимание пациентов и вызвать у них желание задать вопрос священнику. Первый вопрос пациента, заданный священнику, является началом решения второй главной проблемы в работе по духовному окормлению больных.

Создание предпосылок к началу беседы (анкетирования или духовной беседы) начинается с появления священника в отделение и его приветствия любого встретившегося ему человека (пациента, медработника, технического работника): люди должны услышать тепло в голосе священника, увидеть его глаза и

улыбку. Дальнейшие поступки священника должны быть естественными, без тени фальши или притворства – люди чувствуют это, особенно такие недоверчивые, как ВИЧ-пациенты.

Следующий шаг – известить больных, желательно в тот момент, когда их будет несколько человек возле открытой двери кабинета, о том, что если у кого-то есть потребность написать поминальную записку или зажечь свечку перед иконой, то это можно сделать в любое время, хоть сейчас. Оказывается, множество людей не знает, что такое поминальная записка и зачем ставят свечи перед иконой. Это и будут первые вопросы к священнику, а больные, задавшие их – его первыми прихожанами. В дальнейшем, больные увидят, как просят благословения у священника врачи или медсестры, и тоже попросят его, а священник объяснит им его смысл. При каждом своем новом появлении в отделении священник поздравит своих «старых» знакомых, если те попадутся ему на глаза, с очередным праздником, назовет имя святого этого дня, подарит конфетку (и не только «старому» знакомому). Это повод для больного человека поинтересоваться, а кто этот святой. Хорошо, если и другие больные услышат этот рассказ. В дальнейшем, когда «старых» знакомых станет много, количество обязательно перейдет в качество: появятся те, кто захочет побеседовать с батюшкой наедине. Исследования показали, что священник и Церковь пользуются у пациентов большим доверием, чем психолог (Раздел 3.3, п. 5). Кроме того около 60% пациентов верят в Бога или не отвергают этой идеи, называя Бога Высшим Разумом (Раздел 3.3, п. 8).

Опыт автора исследований показывает, что обычно поводом для разговора со священником являются жалобы человека на жизненные обстоятельства, неустроенность, плохие взаимоотношения в семье, история его болезни. У человека острая потребность выговориться. Всё это нужно выслушивать терпеливо и спокойно, пытаясь войти в сердечный контакт с пациентом. Перед беседой можно предложить больному поставить свечку перед иконой, кратко помолиться вместе с ним, и сказать, что самая лучшая беседа у них получится в те-

чение того времени, пока горит свечка (около 50 минут). Если будет нужно – можно поставить и новую свечку. При достаточно продолжительном разговоре темы переместятся в другую область: о смысле жизни и смысле страданий; о загробном мире (о «том свете»); о Боге (не забудем, что сами больные не часто являются инициаторами таких разговоров); возможно, о сновидениях, которые тревожат больного. В разговоре желательно понять не только заданный вопрос и уметь разбираться в теме, но понять и причину, по которой эта тема волнует человека. А для этого нужно заранее иметь достаточно знаний о том, что собой представляют ВИЧ-больные стационара и какие их группы требуют особого подхода или отношения к ним. Только тогда можно надеяться на успех в работе по духовному исцелению больного, которое есть принятие ими диагноза и примирение с Богом²⁷¹.

4.1.4 Характеристики ВИЧ-пациентов, требующих особого отношения в пастырской работе священника (на основании результатов опроса)

Большинство пациентов стационара, с которым священнику предстоит работать, – это люди с низким социальным статусом, нередко без определенного места жительства, иногда безработные или люди с низкими доходами, не позволяющими оплачивать АРТ. Это люди, редко состоящие в официальном браке или устойчивом сожительстве, от 72% до 82% из которых употребляют наркотики всех видов, а внутривенно – от 42% до 67% (по различным группам). Часто встречаются больные с девиантным сексуальным поведением, в основном скрывающие это обстоятельство (мужчины), чтобы не столкнуться с агрессивным отношением со стороны других. Среди пациентов есть люди с уголовным прошлым и настоящим. Многие пациенты еще не вполне уверены, насколько необходимо лечение (если нет вторичных заболеваний) и пока не собираются менять свои привычки и образ жизни, даже находясь в стенах больницы (Раздел 3.3, пп.2-4).

²⁷¹ Frankl VE. Man's Search for Meaning. – NY: Simon and Schuster, 1984.224 p.

Как показали проведенные исследования, большая группа пациентов стационара находятся в сильном эмоциональном напряжении, что описывается ими как «я полный неудачник», «ненавижу себя», «мне всё надоело», «во всём виню только себя», «нет никакой опоры; хочу отключиться от всего» и т.п. (Раздел 3.3, п. 5). Подобные эмоции соответствуют таким страстям, как уныние, отчаяние, злоба, гнев и др. Именно среди них могут быть те, кто подвержен риску суицида. Священнику необходимо особенно внимательно относиться к этим заявлениям пациентов, но помнить, что, несмотря на свою эмоциональность, женщины и воцерковленные пациенты (знающие и относительно регулярно читающие хотя бы 1-2 молитвы) меньше подвержены риску суицида, а вот мужчины (особенно трудоактивных возрастов) – напротив, подвержены в наибольшей степени. Особенно 40-49-летние (среди них меньше всего воцерковленных). Поэтому в беседах с пациентами, принадлежащих к таким группам, следует уделять место рассуждениям о смертных и непрощаемых грехах²⁷².

Несмотря на то, что почти у всех пациентов присутствует чувство вины, только 40% из них соглашаются, что они заслуживают наказания и 30% считают, что наказание уже свершилось. Однако треть пациентов считает себя несправедливо наказанными, и это свидетельствует об отсутствии мира в их душах. Особенно много таких среди женщин и самых молодых пациентов (Раздел 3.3, п. б). Это необходимо учитывать в беседах с такими группами пациентов, чтобы попытаться помочь страдальцу увидеть смысл своих мучений.

Большинство пациентов испытывают страхи различного происхождения: биологические, социальные и экзистенциальные. Священнику надо понимать, что наличие тех или иных из них зависит и от возраста, и от пола пациента (Раз-

²⁷²Примечание - Редко, но встречаются пациенты, пребывающие в состоянии затаенной злобы и ярости. Они считают повинными в своей болезни всех и при удобной возможности пытаются или угрожать, или оказывать физическое насилие. Могут угрожать и священнику. Эти люди могут намеренно заражать других: из опроса видно, что такие случаи есть (Прил. 4, вопрос 62). Священнику нужно быть готовыми к появлению такого пациента в своем кабинете и быть на шаг впереди при общении. Поэтому при разговоре с любым пациентом дверь должна быть всегда открытой, беседа доброжелательной, жесты скупой, необходимо смотреть в глаза пациента, сидеть необходимо на расстоянии вытянутой руки от собеседника. Если пациент неожиданно будет угрожать – не терять самообладания, не менять интонации, быть доброжелательным и участливым. Нужно попытаться отвлечь больного вопросом, который вызовет жалость больного к себе, чтобы он переключился на себя: «Вас, наверное, в жизни много обижали? В детстве?». Даже если он не будет об этом рассказывать, он вспомнит свои обиды и агрессия наружу уменьшится.

дел 3.3, п. 7). Во всех случаях нужно иметь ответ и уметь утешить человека; возможно, посоветовать (если известен точный ответ) способ решения его социальных проблем, опираясь на возможности социального работника Сестричества. Иногда биологические и экзистенциальные страхи, различные по названию, совпадают по своей сущности, особенно такие, как страх за свою жизнь, страх смерти и страх неизвестности. Если из разговора будет очевидно наличие таких страхов у больного, то священнику можно подвести беседу к теме о смысле жизни (о смысле его жизни), о спасении души (его души). Такая беседа будет вполне актуальна и найдет отклик у больного, так как по опросу около 41%-58% больных видят «смысл жизни в Боге», а в «спасение души» - около 35%-58% (Раздел 3.3, п. 8) и около 32%-55% видят опору в жизни в Боге (Раздел 3.3, п. 10).

Учитывая то, что у большинства пациентов присутствует полная неуверенность в отношении своего будущего и почти полное отсутствие жизненных планов, кроме краткосрочного поправить здоровье, насколько это возможно (Раздел 3.3, п. 11), можно было бы сосредоточиться в разговоре на том, что Бог дал свободу воли и не спасает нас насильно. Мы все действуем и пытаемся планировать свою жизнь, проявляя свою волю, но не следует забывать, что у Бога о каждом из нас Свои планы, которые и есть воля Божия. Если бы все и во всем исполняли волю Божию, то наступило бы идеальное состояние мира: не было бы согрешающих и духовно погибающих. Мы не знаем волю Божию о себе. Также можно привести пример из рассказа патриарха Кирилла (в бытность митрополитом Смоленским и Волоколамским) об одном из ВИЧ-инфицированных, который сказал, что если бы не ВИЧ, то он давно бы уже умер²⁷³. А теперь он живет другой жизнью и счастлив! Наверняка у того человека до болезни были какие-то планы. Вот только исполнение их не привело бы его к спасению. Может быть Господь приводит человека к себе таким образом,

²⁷³ Кирилл (Гундяев), митр. Выступление председателя Отдела внешних церковных связей Московского Патриархата митрополита Смоленского и Калининградского Кирилла на конференции «Взаимодействие религиозных конфессий России в области ВИЧ/СПИДа» (Москва, 18–19 ноября 2008 года). Москва : 2009. С. 18.

чтобы он не отвлекался на постороннее. Нужно обратить внимание больного на то, что раньше тот смысл жизни видел в одних вещах (Раздел 3.3, пп. 9-10), а теперь у него совсем другие приоритеты (сказать ему, какие это); оказалось, что прежние – ничего не стоят, на них не построишь жизни! Значит, Господь не считает этого человека потерянным, значит, любит, раз заставил свернуть с прежнего пути. Только теперь ему самому надо стараться идти навстречу. Поэтому Господь и убрал всякие желания и планы, чтобы оставить место для главного. Все идет по воле Божией, за всё надо благодарить Его.

Если у больного проблемы с работой – заранее выяснить у социального работника Сестричества, какие возможности можно использовать, и что можно посоветовать предпринять человеку. Обязательно нужно сказать, что человек должен сам стараться изменить свою жизнь, а начало к этому он уже положил: решил лечиться и обратился к Богу

Постоянно следует помнить, что Ваш собеседник не обременен многими знаниями в области богословия, у него уже могут быть некоторые болезненные изменения мозговой деятельности, и, уж точно, он находится под воздействием сильнодействующих лекарств. А пришел он поговорить со священником не «за жизнь вообще», а именно о своей исковерканной жизни, и этим оказав доверие священнику. Поэтому говорить с больным следует на простом и доступном его пониманию языке, без философствования и специфических терминов, постаравшись понять, что является смыслом жизни именно у этого конкретного человека и чем он живет сейчас. И тогда сердечная чуткость подскажет, как утешить его.

Еще одна существенная особенность отличает пастырскую работу священника в стационаре от работы на приходе: **те пациенты, которые принимают церковные Таинства, посещают церковные службы или беседуют со священником, также оказываются в роли соратников в пастырской службе священника и проводников евангельской вести.** По признанию большинства врачей, медсестер, сестер милосердия, а также и самих больных, пастырское попечение оказывает на пациентов благоприятное воздействие (Раздел

2.6, п. 3; Раздел 3.3, пп. 14-16), что проявляется в изменении их эмоционального состояния и настроения в лучшую сторону, а также в изменении отношения к окружающим. Такие – пусть даже маленькие и не очень продолжительные – изменения, происходящие с соседом по комнате, окажутся живой проповедью слова Божия.

4.1.5 Особенности работы священника в каждом из лечебных отделений

Хотя изначально не предполагалось разделять пациентов стационара по каким-либо категориям, но традиционно сложилось так, что в лечебном отделении 2-6 число больных, без проявления вторичных заболеваний, преобладает над всеми другими. В отделении 2-5 – явное преобладание больных с вторичными заболеваниями, а в 2-7 – находящихся в стадии устойчивой ремиссии. Однако при необходимости больных перемещают из отделения в отделение, а при приеме новых пациентов главный критерий помещения больного в какое-либо отделение является наличие в нем свободного места. Единственное лечебное отделение, отличающееся от прочих, отделение интенсивной терапии (отделение 2-3), с самого начала было учреждено для больных, находящихся в терминальной стадии, доступ в которое имеет только медицинский персонал, а из службы милосердия – только требная сестра, а также священник, если из отделения поступила заявка с просьбой причастить или соборовать больного. Подробнее о пациентах отделений 2-5, 2-6 и 2-7 изложено в разделе 2.2 настоящей работы.

Существуют некоторые особенности работы священника и службы милосердия в лечебных отделениях стационара. Они обусловлены как раз тем, в какой стадии заболевания находятся пациенты отделения.

Пациенты, впервые попавшие в стационар – чаще всего пациенты отделения 2-6 – еще не в полной мере осознают свое положение. Многие болеют уже несколько лет без видимых проявлений болезни; первые, самые сильные эмоции пережиты (кто-то в этот момент принял Православие или обратился к другой какой-либо религии); с теми привычками, которые способствовали за-

ражению, мало кому удалось расстаться и человек зачастую не видит необходимости обратиться к Богу. Поэтому у пациентов отделения 2-6 не очень часто возникала потребность в духовном попечении во время своего первого пребывания в стационаре, особенно в первый год существования церкви и служб в ней (2014 год). Чаще всего этим были озабочены больные с вторичными заболеваниями, которые тоже присутствуют в этом отделении. Именно эти пациенты отделения 2-6 в большинстве своем являлись прихожанами больничной церкви или выказывали потребность в беседе со священником за время пребывания в отделении.

Пациенты с признаками вторичных заболеваний, которые уже осознали серьезность своего положения (пациенты отделения 2-5), сумевшие 2-3 года назад отказаться от пагубных привычек (но шанс вернуться к ним еще очень велик) и приступили к систематическому лечению, посещают церковные службы, а некоторые из них исповедуются и причащаются. У пациентов появляются вопросы к священнику и желание побеседовать с ним.

Пациенты, которые находятся в состоянии устойчивой ремиссии (более 10 лет) и время от времени проходят курс восстановления в отделение 2-7, практически не отличаются от здоровых людей; многие пришли в Церковь и являются активными прихожанами. И если такие пациенты не ходят в больничную церковь в течение тех двух недель пребывания в стационаре, то лишь потому, что многие из них ходят в «свои» церкви вне его.

У пациентов терминального отделения священник больничного храма - их духовник, который сопровождает их всю оставшуюся их жизнь, но работа его ограничена тем, что пациенты отделения находятся в состоянии крайней немоги, не способны к какому-либо действию и даже к разговору. Работа священника сводится к тому, чтобы задать вопрос исповедуемому больному, кается ли он в грехах, и получить или едва слышное «да», или утвердительное движение век.

4.2 Анализ статистических данных Сестричества во имя святого

благоверного царевича Димитрия^{274,275}

В настоящей работе использовались протоколы Сестричества по учету заявок пациентов ВИЧ-отделения ИКБ с просьбами о совершении церковных треб/Таинств за 2014-2015 годы. В протоколах фиксировались такие данные, как дата (год, месяц, день), Ф.И.О., год рождения и пол пациента, номер комнаты проживания (номер отделения), вид церковных треб/Таинств, с просьбой о совершении которых больной обратился в Сестричество.

Ценностью сестринских материалов является то, что это первые подобные данные, полученные в стационаре. Материалы Сестричества позволили определить, в какой степени пациенты лечебных отделений откликаются на православное духовное попечение: сколько и какого возраста пациентов обратилось за 2014-2015 годы с просьбами о совершении церковных треб/Таинств; в каких лечебных отделениях подобных просьб было наибольшее и наименьшее число; были ли эти просьбы разовые или носили повторяющийся характер и т.д. Кроме того материалы Сестричества оказались единственным источником информации о духовных потребностях пациентов отделения 2-3 (терминального), где опросы автором не проводились.

Статистика показывает, что за время существования Православного храма на территории ИКБ и работы сестер милосердия Патронажной службы (за 2014-15 гг.), за духовным попечением обратились десятки ВИЧ-пациентов. А общее число таких пациентов за период с 2014 по 2015 год выросло с 164 до 419 человек, т.е. более чем в 2.5 раз (Таблица 1).

Таблица 1

²⁷⁴ Антоний (Кадышев), игум. Связь психофизического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ и их воцерковленности (по лечебным отделениям) // Тезисы Пятой Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии (Москва, 23-25 марта 2016 г.). М.: ЕЕСААС, 2016. С. 68–69.

²⁷⁵ Антоний (Кадышев), игум. Опыт работы священников и патронажной службы сестричества милосердия в ВИЧ-отделении Клинической инфекционной больницы № 2 г. Москвы // Успехи современной науки». 2016. № 7. Т. 1. Белгород: «Эпицентр», 2016. С. 34–37.

Лечебные отделения	Пролеченные в 2014 г.	Пролеченные в 2015 г.	Число пациентов, заказавших требы/Таинства в 2014 г.	Число пациентов, заказавших требы/Таинства в 2015 г.
отд.2-3	461	532	54	118
отд.2-5	1382	1137	61	117
отд.2-6	1828	1618	27	95
отд.2-7	641	756	27	85
итого:	4312	4043	169	415

Возрастное распределение пациентов, просивших о церковных требах или Таинствах за оба года соответствует возрастному распределению пациентов по ВИЧ-отделению ИКБ в целом, а пик лежит в пределах 30-39 лет (Рисунок 2).

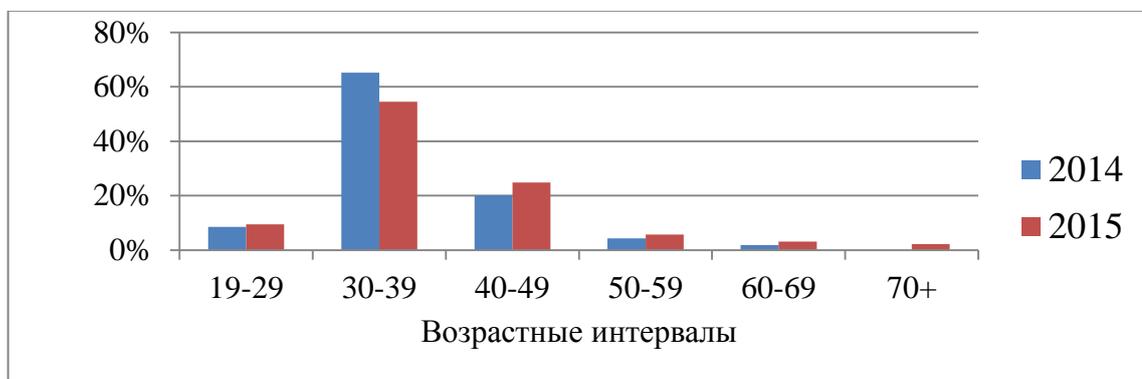


Рисунок 2 - Распределение по возрасту пациентов, обратившихся с просьбой о совершении церковных треб/Таинств в 2014-2015 гг.

В этот диапазон в 2014 году попали 65% пациентов (107 человек) от общего числа, обратившихся с просьбами о требах/Таинствах, и 55% (219 человек) в 2015 году. Однако, благодаря проведенной работе, в 2015 году удалось несколько изменить общую картину распределения: как видно из рисунка 2, за церковными требами/Таинствами стало больше обращаться пациентов и других возрастных групп, при относительном снижении процента обратившихся за ними из основной группы 30-39-летних, но при общем увеличении их численности.

Духовная работа священников РПЦ в ВИЧ-отделениях привела также к изменению соотношения мужчин и женщин, из числа тех, кто заказывает цер-

ковные требы/Таинства. При том, что численность мужчин в ВИЧ-отделении ИКБ, согласно архивным данным, вдвое превышает численность женщин, число женщин в 2014 году, заказавших требы/Таинства, почти в 1.5 раза превышало число мужчин (Рисунок 3). В 2015 году, благодаря проведенной работе, число мужчин и женщин почти сравнялось (Рисунок 4), при общем увеличении числа прихожан больничной церкви.



Рисунок 3

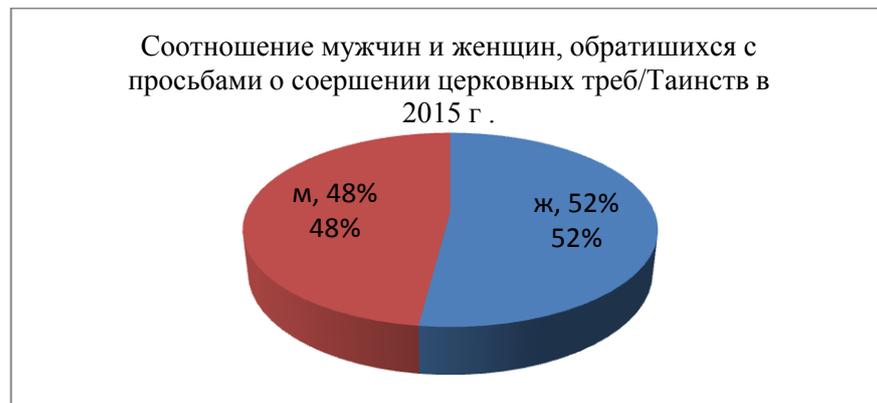


Рисунок 4

При анализе данных по количеству *пациентов*, просивших о церковных требах/Таинствах, и данных по количеству *обращений* от пациентов с такими просьбами за 2014 год по месяцам (Рисунки 5 и 6), видно, что если за первый

месяц работы церкви и Сестричества было всего 5 пациентов и 5 обращений (1 человек – 1 просьба), то уже начиная с февраля число обращений превышает число пациентов, заказавших требы или Таинства. А также появились пациенты, у которых возникла необходимость в церковных требах/Таинствах, как минимум, во второй раз. Это прослеживается на графиках: характер их повторяет друг друга. Однако если прямая на рисунке 4 (среднее ежемесячное количество пациентов), практически, параллельна оси X, совпадая с данными реальной кривой за ноябрь и декабрь (14 человек ежемесячно), то прямая на рисунке 6 (среднее ежемесячное



Рисунок 5

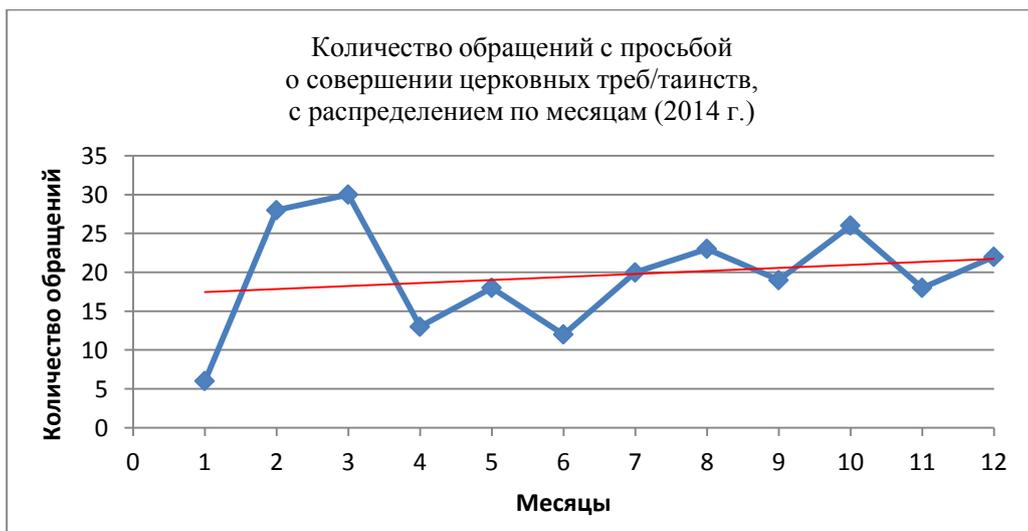


Рисунок 6

количеством треб/Таинств), непрерывно растет (от 17 до 22). Это свидетельствует об увеличении числа больных, заказывающих вторые и кратные требы и церковные Таинства. В 2015 году, в результате работы священников и Службы милосердия в стационаре, число ежемесячных обращений в церковь выросло в среднем от 23 до 65 человек (Рисунок 7). Изменился и характер запросов: в 2015 году чаще всего просьбы были об исповеди и причащении, а не только о



Рисунок 7

посещении церковных служб; а также почти втрое выросло количество кратных запросов на совершение церковных треб/Таинств, доходя в отдельные месяцы до 70-120 просьб (Рисунок 8).



Рисунок 8

Это указывает на то, что за время пребывания в стационаре пациенты неоднократно обращались за духовной поддержкой к Церкви, а число таких пациентов увеличилось многократно. Тем не менее, во всех лечебных ВИЧ-отделениях количество разовых обращений у пациентов существенно больше, чем обращений любой другой кратности (Рисунки 9 и 10), что объясняется ограниченным сроком пребывания пациентов в условиях стационара, во время которого можно было бы обратиться с просьбой о церковных требах/Таинствах.



Рисунок 9



Рисунок 10.

Поэтому, как видно из рисунков 9 и 10, наибольшее количество кратных обращений было в отделение 2-3 (терминальном), в котором сроки пребывания больных более 2-х недель. Здесь в числе кратных обращений есть и шести- и девятикратные обращения, а в 2015 году даже двадцати- и тридцатикратные.

В общем случае, пациентов, обратившихся с просьбами (любой кратности) о совершении церковных треб/Таинств, больше всего в отделении 2-5, чем в каком-либо другом: 61 человек (36%) в 2014 году и 117 (28%) в 2015 (Рисунки 11 и 12).

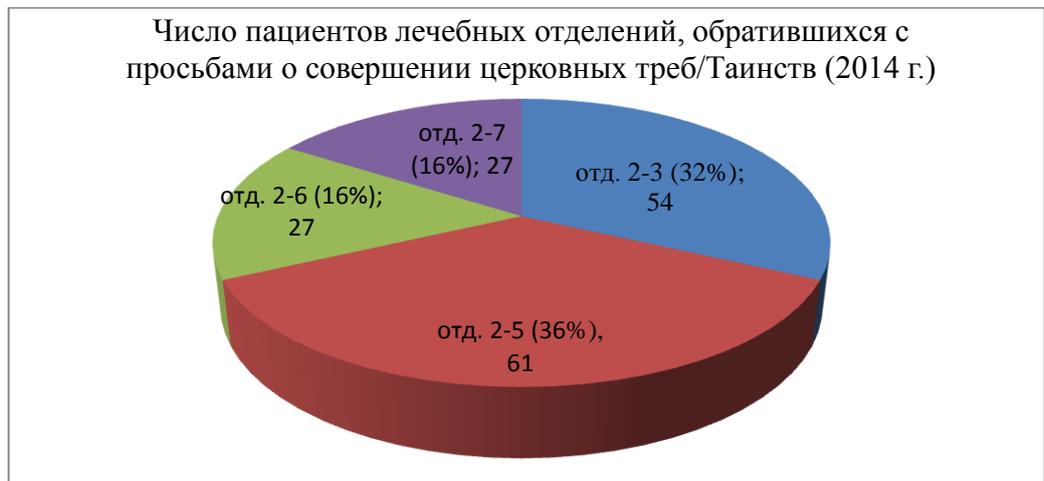


Рисунок 11

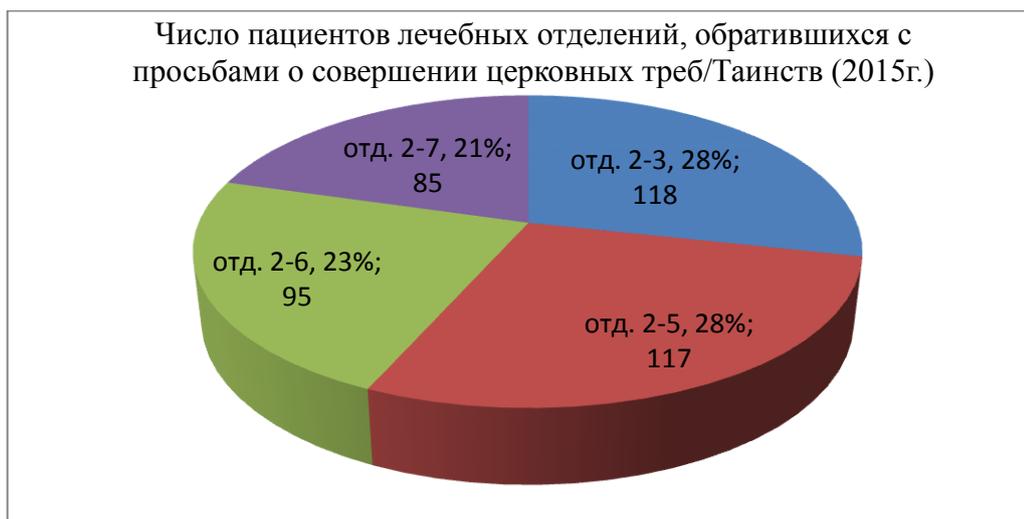


Рисунок 12

Это связано как с его многочисленностью, так и с тем, что некоторым его пациентам удалось, в какой-то мере, осознать свое состояние (наличие у больных оппортунистических болезней) и изменить привычки и принципы своей жизни.

На втором месте по числу пациентов, заказывавших церковные требы/Таинства, отделение 2-3: 54 человека (32%) в 2014 и 118 человек (28%) в 2015 году (Рисунки 11 и 12). Но учитывая то, что это отделение самое малочисленное, можно говорить о значительности его «веса» по этому показателю среди прочих. То обстоятельство, что его пациенты могут пребывать в нем гораздо дольше, чем в любом другом, объясняет высокую частоту обращений с просьбами о совершении треб/Таинств. За весь 2014 год их было совершено даже больше, чем в отделении 2-5: 93 (40%) в отделении 2-3, и 78 (33%) в отделении 2-5 (Рисунок 13), а в 2015 году в отделении 2-3 их было в 3 раза больше, чем в отделении 2-5 (Рисунок 14). При этом в отделении 2-3 речь шла о Таинствах: о Соборовании и Причастии. Пациенты отделения находятся в терминальной стадии болезни, и сравнительно многие из них ищут не только врачебного участия в облегчении своих физических страданий, но и участия Церкви и священника в облегчении духовных страданий.

В отделении 2-5 в 2014 году просьбы о совершении церковных Таинств были существенно реже, чем просьб о требах (освящении нательного крестика и проч.), пожеланий о посещении церковных служб и просьб о беседе со священником. А в 2015 году заявки уже были, в основном, на совершение церковных Таинств.

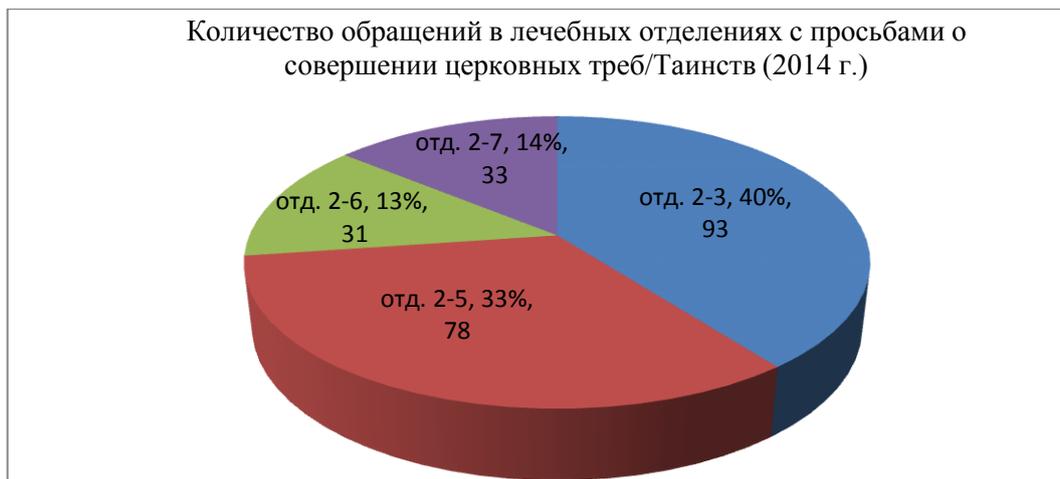


Рисунок 13



Рисунок 14

В отделении 2-5 в 2014 году просьбы о совершении церковных Таинств (исповеди, причастия и соборования) были существенно реже, чем просьб о требах (освящении крестика), пожеланий о посещении церковных служб и просьб о беседе со священником. А в 2015 году заявки уже были, в основном, на совершение церковных Таинств – исповеди, причастия и соборования.

Сравнительно мало обращений с просьбами о совершении церковных треб/Таинств в 2014 году было в отделениях 2-6 и 2-7 (Рисунок 11). В обоих отделениях обратилось одинаковое количество пациентов - по 27 человек (по 16%

от общего числа обратившихся в 2014 году). Примерно равным оказалось в них и количество заказанных треб/Таинств (Рисунок 12): в отделение 2-6 – 31 обращение (13%), в отделение 2-7 – 33 обращения (14%). При этом отделение 2-7 является одним из самых малочисленных (Таблица 1), а отделение 2-6, наоборот, самое многочисленное, превышающее отделение 2-7 втрое. Кроме того, если в отделении 2-7 речь идет о Таинствах Причастия или Соборования, то в отделении 2-6 Таинства были совершены в единичных случаях (четыре Причастения и одно Соборование). Остальные запросы были на посещение служб в больничном храме и беседы со священником. В 2015 году число пациентов отделений 2-6 и 2-7, попросивших о совершении треб/Таинств, выросло в 3 – 3.5 раз, по сравнению с 2014, также как и число заказанных церковных Таинств (Рисунки 12 и 14).

При сравнении числа больных по отделениям, обратившихся с просьбой о совершении церковных треб/Таинств, в процентах от общего количества по тем же отделениям за 2014 году (Рисунок 15) оказалось, что если в отделении 2-3

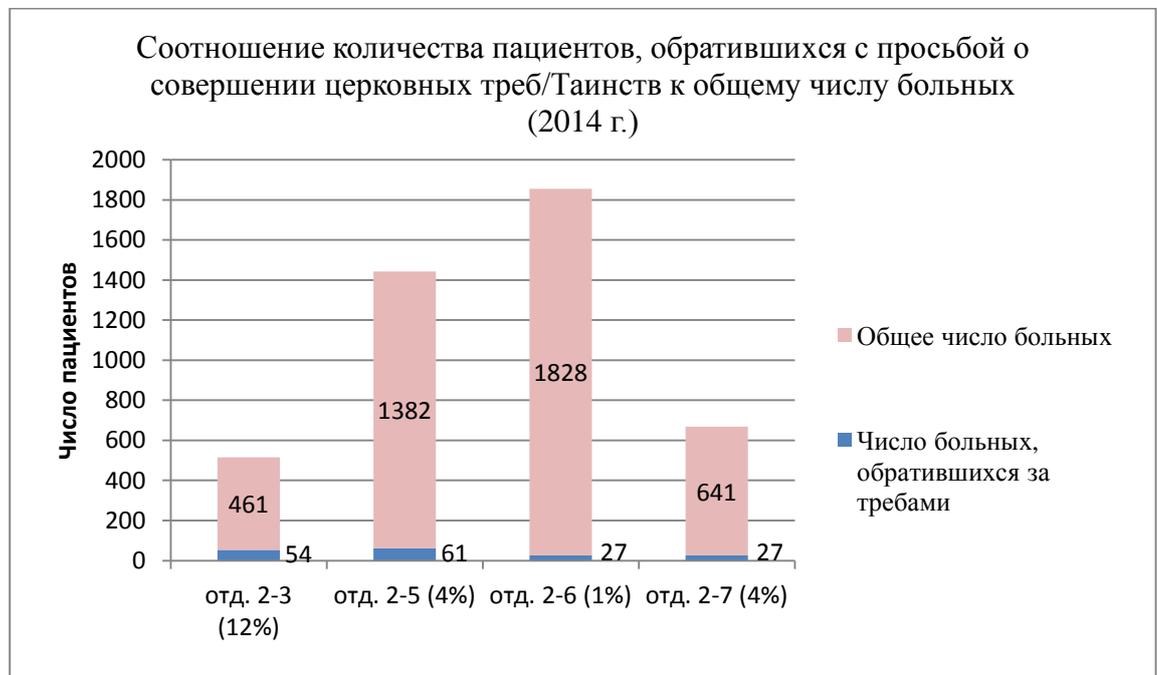


Рисунок 15

этот показатель составлял 12%, а просьбы от пациентов или их родственников (для больных) шли об Исповеди, Причастии или Соборовании, то в отделении 2-6 он составляет всего 1% от общего числа пациентов, и разговор шел почти всегда (за исключением единичных случаев) о церковных требах. В отделениях 2-5 и 2-7 эти значения совпадают: по 4% от общего числа пациентов в каждом из этих отделений. Если в отделении 2-7 в основном заказываются церковные Таинства, то в отделении 2-5 количество церковных треб превышает количество Таинств. При этом процент обратившихся за требами/Таинствами в любом из отделений гораздо больше, чем процент обратившихся в отделении 2-6.

В 2015 году во всех отделениях процент больных, обратившихся к Церкви за духовной поддержкой, существенно вырос, по сравнению с 2014 (Рисунок 16).



Рисунок 16

Особенно заметный рост (шестикратный) произошел в отделении 2-6 среди пациентов, попавших впервые в стационар.

Из вышесказанного можно заключить, что чем более прогрессирует болезнь у пациентов (появление вторичных заболеваний, постепенное ухудшение состояния и переход в терминальную стадию), тем чаще больные обращаются за помощью к Церкви и священнику. То же самое происходит, когда после длительного лечения наступает состояние устойчивой ремиссии. Больные стараются поддерживать и продлевать его, ведут здоровый образ жизни и часто не прерывают связи с Церковью, если она возникла в период прежних тяжелых испытаний.

Пациенты же отделения 2-6 – это, в большой степени, люди, впервые попавшие в больницу, без проявления вторичных заболеваний и еще далекие от понимания, что их ждет, как долго может продлиться лечение и чем может закончиться болезнь лично для них. Это люди, в большинстве своем еще не осознавшие, что это их, возможно, последний шанс изменить свою жизнь. Такая категория больных, скорее всего, близка по своим характеристикам к тем ВИЧ-инфицированным, которые пока еще находятся за пределами и стационара, и Церкви.

Результаты работы показывают, что духовное попечение Русской Православной Церкви постепенно находит путь во все группы пациентов лечебных ВИЧ-отделений ИКБ. Это видно по сокращению разрыва в показателях процентов больных, обратившихся за духовной поддержкой к Церкви, между лечебными отделениями по всей шкале исследования (Рисунок 16).

4.3 Возможность проведения программы реабилитации пациентов ВИЧ-отделений ИКБ

Для оказания необходимой духовной поддержки для такой категории больных, как ВИЧ-пациенты стационара, присутствие священника в лечебных отделениях, по мнению автора исследований, должно быть круглосуточно и в такой же степени обязательным, как наличие медперсонала. Духовная поддерж-

ка в первую очередь необходима пациентам, находящимся в терминальном состоянии, для того, чтобы иметь своевременную возможность исповедаться, причаститься и собороваться. Но она нужна и другим больным, как средство, оказывающее благотворное действие на их физическое и эмоциональное состояние. Оптимально, это можно было бы осуществить в рамках создания как полноценного хосписного отделения (хосписной палаты) для терминальных больных, так и реабилитационного центра на территории ИКБ и под ее патронажем.

По вопросу целесообразности создания такого центра при больнице был проведен **экспресс-опрос** пациентов ВИЧ-отделения ИКБ²⁷⁶. Опрос проводился автором данных исследований дважды, с интервалом в полтора месяца для того, чтобы произошла смена пациентов в лечебных отделениях. В общей сложности, в опросе приняло участие 296 человек. При опросе задавалось 2 вопроса: «Хотите ли Вы пройти курс восстановления в реабилитационном Центре после выписки из стационара?» и «Нужен ли такой Центр на территории больницы?».

Опрос производился по всем комнатам во всех лечебных ВИЧ-отделениях. Результаты опроса следующие:

- второй вопрос не вызвал, практически, никаких сомнений: из 296 человек положительно ответили 292 человек, отрицательный ответ дали только 4 человека;

- на первый вопрос ответ был не так однозначен: в отделениях 2-5, 2-6 и 2-7 было опрошено соответственно 98, 118 и 80 больных. Ответ «да» дали соответственно 58, 73 и 12 человек, ответ «нет» - 40, 45 и 68 больных.

Желание пройти реабилитацию высказали 48,3% всех опрошенных. В основном (более 60%), это пациенты отделений 2-5 и 2-6, среди которых большое количество безработных или эпизодически работающих с плохими условиями проживания (часто бездомные, бомжи, бывшие уголовники). Именно такие

²⁷⁶ Антоний (Кадьшев), игум. Связь психофизического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ и их воцерковленности (по лечебным отделениям) // Тезисы Пятой Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии (Москва, 23-25 марта 2016 г.). М.: ЕЕСААС, 2016. С. 68-69.

больные, в основном, нуждаются в особой социальной и духовной поддержке и заботе.

Отделение 2-7, пациенты которого имеют лучшие условия существования, часто имеют постоянную работу или иные возможности финансовой поддержки, отнеслись к идее пройти реабилитацию в Центре без энтузиазма (15%). При этом необходимость такого Центра не вызывает сомнения у пациентов и этого отделения.

Функции Центра могли бы заключаться не только в медицинских и социальных предложениях, Центр мог бы держать в поле зрения всех пролечившихся когда-то больных, следить за их перемещением и, по возможности, контролировать пребывание их вне стационара, а при необходимости оказывать помощь. При создании Центра необходимо учесть возможность духовной поддержки его пациентов в любое время суток.

В центре могли бы проходить реабилитацию ВИЧ-больные, находящиеся в таком состоянии, когда человек отказывается от лечения, пищи, от медицинского обслуживания: нет воли к сопротивлению обстоятельствам (эмоциональное выгорание больных). В этом случае, единственный, кто может помочь, - это священник.

4.4 Оценка труда священника и Службы милосердия сотрудниками ВИЧ-отделения и администрацией ИКБ

Два года совместных усилий врачей, медсестер, священников, сестер милосердия и волонтеров показал, что подобное сотрудничество открывает новые возможности при уходе за ВИЧ-инфицированными пациентами, включая пациентов, находящихся в терминальной стадии заболевания.

Для объективной оценки значения труда священников, сестер милосердия и добровольцев при уходе за ВИЧ-инфицированными пациентами стационара был проведен опрос среди медицинского, обслуживающего персонала и адми-

нистрации ИКБ и ВИЧ-отделения, чтобы узнать мнение персонала ВИЧ-отделения ИКБ, который непосредственно взаимодействует в своей работе с упомянутыми помощниками. Среди респондентов были главный врач ИКБ и 4 его заместителя, 4 врача-инфекциониста, 6 эпидемиологов и 1 помощник эпидемиолога, 3 заведующие отделениями, врачи: психиатр и медицинский психолог, нарколог, 2 психиатра/нарколога, стоматолог, инженер по обслуживанию медицинской техники, сестра-хозяйка ВИЧ-отделения, медсестра. В список респондентов были также включены две сестры милосердия, требная сестра милосердия и один доброволец. Общее число респондентов – 32 человека.

Специально составленный опросник включал в себя несколько вопросов, касающихся как условий работы респондентов, ее оплаты, так и отношения их к труду тех, кто отдает свое время и труд по долгу милосердия. После обработки данных, на основании полученных результатов опроса были построены соответствующие графики для каждого вопроса²⁷⁷. В данной работе интересны ответы на вопросы, касающиеся отношения респондентов к труду священников, сестер милосердия и добровольцев в стационаре²⁷⁸.

На вопрос, считают ли респонденты труд сестер милосердия, добровольцев и священников необходимым в стационаре (Рисунок 17), подавляющее большинство опрошенных ответило утвердительно.

²⁷⁷ Волкова П. А., Шипунов А. Б. Статистическая обработка в учебно-исследовательских работах. М.: Изд-во. Экспресс, 2008. 60 с.

²⁷⁸ Антоний (Кадьшев), игум. Значение труда службы милосердия, священников и добровольных помощников в уходе за ВИЧ-инфицированными больными в условиях стационара // Проблемы современной медицины: актуальные вопросы. Вып. II. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (10 ноября 2015 г.). Красноярск, 2015. С. 119–123.

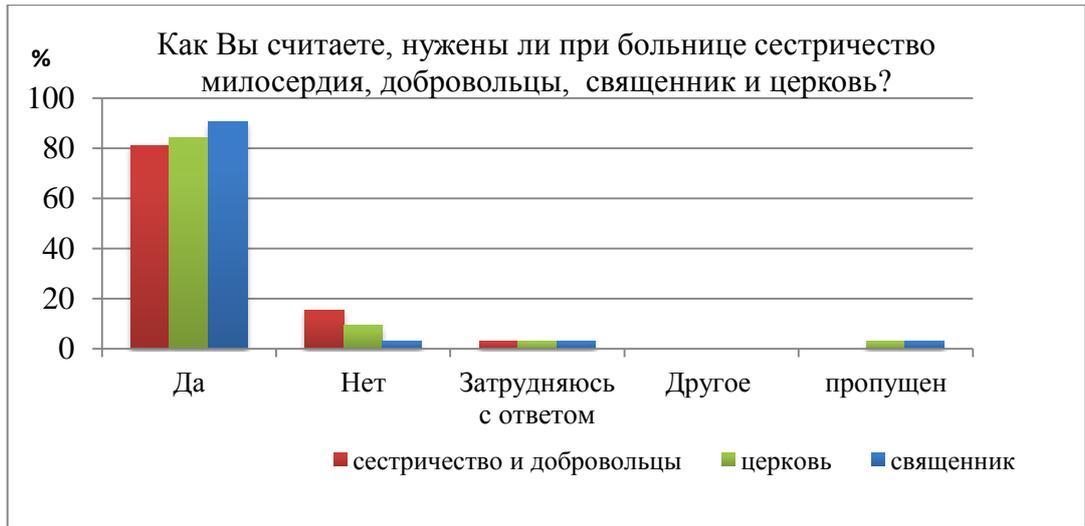


Рисунок 17

Более 80% выразили одобрение работы службы милосердия (Сестричества и добровольцев) и более 84% - священника. А более 90% одобрили существование и работу церкви на территории ИКБ²⁷⁹.

Несколько отличаются ответы на вопрос: «Считаете ли Вы, что государству нужно включить в штат больниц сестер милосердия, добровольцев и священников с выплатой им зарплаты?» (Рисунок 18).

²⁷⁹ Антоний (Кадышев), игум. Значение труда службы милосердия, священников и добровольных помощников в уходе за ВИЧ-инфицированными больными в условиях стационара // Проблемы современной медицины: актуальные вопросы. Вып. II. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (10 ноября 2015 г.). Красноярск, 2015. С. 119–123.

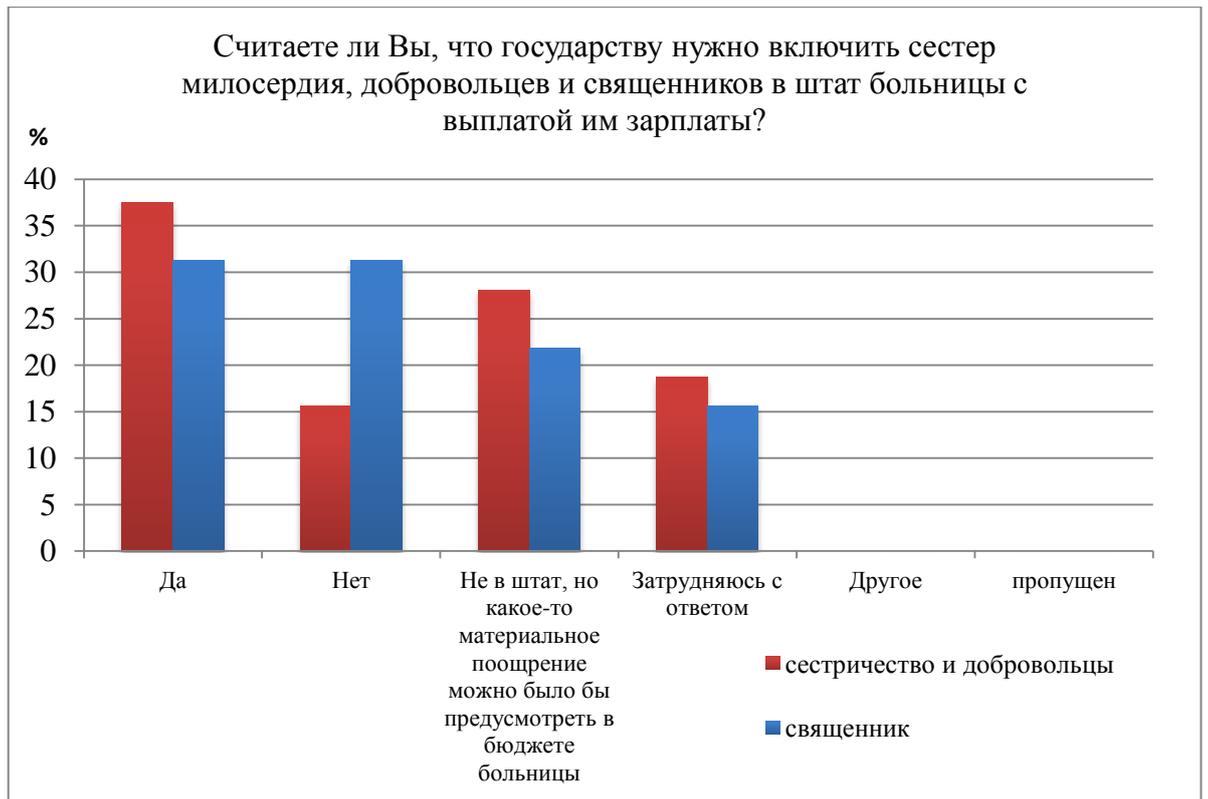


Рисунок 18

Как видно из рисунка 18, ответ «да», при всём его доминировании среди прочих, не набирает абсолютного большинства в процентном отношении: только за оплату труда Сестричества и добровольцев 37.5% голосов. А в отношении оплаты труда священника процентная поддержка составляет 31% голосов. Однако к положительным голосам добавляет ответ «Не в штат, но какое-то материальное поощрение можно было бы предусмотреть в бюджете больницы»: 28% в пользу Сестричества и добровольцам и 22% - священнику. В итоге, более 65% респондентов положительно высказались за возможность вознаграждения труда службы Сестричества и добровольцев, и 53% за то же самое в отношении священника.

Анализ опроса показал, что почти все сотрудники, кто при опросе высказал мнение, что основная сложность работы с ВИЧ-инфицированными пациентами состоит в психологическом (эмоциональном) аспекте ухода за ними, одновременно считают, что нужна и церковь, и священники, и служба Сестричества. Это верно также и для тех, кто считает, что сложность состоит одновременно и

в лечебном процессе, и в оказании психологической помощи больным (около 80% из всех).

Те сотрудники, которые не считают психологический аспект определяющим в работе с ВИЧ-инфицированными, одновременно не считают важным наличие церкви и священника. Таких оказалось только 3 человека из общего числа опрошенных, т.е. 9%.

В целом, полученная информация позволила установить, что большинство опрошенных сотрудников и администрации ИКБ выразили одобрение работы сестер милосердия и добровольческих служб, и признали необходимость как духовного попечения ВИЧ-пациентов, так и присутствие священника и наличие церкви в больнице.

4.5 Резюме

1. Благодаря использованию полученных результатов в пастырской работе с ВИЧ-пациентами ИКБ, пастырское попечение в 2015 году было оказано в 2.5 раза большему числу больных, чем в 2014. При этом удалось увеличить как общее число окормляемых пациентов, так и увеличить число пациентов тех возрастных групп, которые в 2014 году оставались почти полностью за пределами духовного попечения Церкви.

2. Пастырская работа священников РПЦ в ВИЧ-отделениях привела в 2015 году к изменению соотношения мужчин и женщин, просящих о совершении церковных треб/Таинств. При том, что численность мужчин в ВИЧ-отделении ИКБ, согласно архивным данным, вдвое превышает численность женщин, число женщин в 2014 году, просивших о требах/Таинствах, почти в 1.5 раза превышало число мужчин. В 2015 году, благодаря проведенной работе, число мужчин и женщин почти сравнялось, при общем увеличении числа прихожан больницы.

3. Чем более прогрессирует болезнь у пациентов, тем чаще больные обращаются за помощью к Церкви и священнику. То же самое происходит, когда после длительного лечения у пациентов наступает состояние устойчивой ремиссии. Люди стараются поддерживать и продлевать его, ведут здоровый образ жизни и часто не прерывают связи с Церковью, если она возникла в период прежних тяжелых испытаний.

Пациенты, впервые попавшие в больницу, без проявления вторичных заболеваний и непонимающие перспектив своего недуга, по своему отношению к Церкви близки к тем, которые пока еще находятся за пределами и ВИЧ-отделения стационара, и Церкви. Однако результаты работы показывают, что духовное попечение Русской Православной Церкви постепенно находит путь во все группы пациентов лечебных ВИЧ-отделений ИКБ(Рисунок 16).

4. Результаты исследования показали, что пастырская поддержка, в первую очередь, востребована пациентами терминального отделения. Однако она нужна и пациентам лечебных отделений, как средство, оказывающее благотворное действие на их физическое и эмоциональное состояние в процессе лечения. О необходимости пастырской поддержки свидетельствует как увеличение за два года количества окормляемых пациентов, так и увеличение числа многократных просьб о таинствах/Таинствах, что говорит о неслучайном характере обращения таких пациентов к Церкви за духовной помощью.

5. Большинство опрошенных сотрудников и администрации ИКБ выразили одобрение работе сестер милосердия и добровольческих служб, и признали необходимым как духовную поддержку ВИЧ-пациентов, так и пастырский труд священника, и наличие церкви в больнице. Особенно поддерживают это те сотрудники, которые называют главной трудностью в работе с ВИЧ-инфицированными пациентами психологический фактор, а также те, кто сам устает эмоционально. В совокупности таких сотрудников оказалось более 80%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Неизбежно возникающие проблемы пастырского окормления, в работе с ВИЧ-инфицированными больными обусловлены необходимостью принимать и учитывать многочисленные особенности характеров, образа жизни и жизненных установок больных, которые могут очень сильно отличаться от привычных нам. Эта задача еще больше усложняется при работе священника в условиях стационара, где сосредоточено все многообразие индивидуальных характеров, судеб, пороков и трагедий пациентов. Однако, как показал обзор

литературы по изучаемой проблеме, для успешной работы с ВИЧ-пациентами, мы располагаем недостаточным объемом данных, касающихся влияния духовного окормления на физическое и эмоциональное состояние такой специфической категории больных, какими являются ВИЧ-инфицированные.

2. В представленной работе была предпринята попытка изучить основные социальные, эмоциональных и духовные состояния ВИЧ-инфицированных пациентов в условиях стационара, для обоснования необходимости оказания им духовной помощи; изучить особенности их жизненных установок; выделить группы больных, нуждающихся в особой духовной поддержке; а также исследовать влияние воцерковленности на эмоциональное и физическое состояние ВИЧ-инфицированных при лечении их в условиях стационара.

3. Решение задачи потребовало от автора разработки и проведения комплексной программы исследований, теоретико-методологическую основу которой составляют библейско-богословский и социологический подходы.

4. Результаты работы позволяют утверждать, что несмотря на многообразие социальных, эмоциональных и духовных проблем каждого индивидуума, всех пациентов лечебных ВИЧ-отделений можно объединить в 8 групп. Каждая из них характеризуется специфическими условиями жизни пациентов вне стационара, обстоятельствами и источниками заражения ВИЧ-инфекцией, проблемами эмоционального характера, степенью подверженности страстям, отношением к вере и Церкви. Очевидность и естественность признаков, заложенных в основу выделения специфических групп больных (половые, возрастные различия и воцерковленность), позволяет легко применять полученные результаты и выводы исследований в пастырской работе с конкретными пациентами стационара.

4. Как показали результаты исследования, все ВИЧ-инфицированные пациенты ИКБ принадлежат к социально-неблагополучной части российского общества, с низкими доходами, не позволяющими оплачивать АРТ. При этом большинство пациентов (более 80%) относятся к наиболее трудоактивным воз-

растным группам. От 72% до 82% пациентов употребляют наркотики всех видов, а внутривенно - от 42% до 67% (по группам исследования).

ВИЧ-пациентам свойственна неуверенность в своих жизненных перспективах. Все краткосрочные планы замыкаются на задаче поправить здоровье, насколько это возможно (75%), а отдаленные - найти средства к существованию (от 23,1% до 55,5%).

Почти 20% пациентов стационара испытывают сильное эмоциональное напряжение, в том числе наличием многочисленных страхов. Самые сильные из них – страх ухудшения здоровья своего и близких, страх быть изгоем общества и страх неизвестности. Около одной трети пациентов страдают от чувства одиночества. Большинство остро реагирует на обиды (часто слезами или желанием отомстить обидчику).

Почти всем (93%) пациентам присуще чувство вины, а 30% из них испытывают чувство несправедливости и чрезмерности наказания жизнью, что вызывает у них *отчаяние, гнев, злобу, зависть* и др. Большинство (60%) считает себя неудачниками, но при этом в своих несчастьях склонны винить сложившиеся обстоятельства или других людей. 76% пациентов недовольны собой и почти столько же осуждают и критикуют себя (за поступки и пр.).

Большинство (76%) пациентов имеет склонность к слезам. Почти для половины пациентов характерна раздражительность или печаль и апатия (*глубокое уныние*). Более 70% пациентам в той или иной степени приходили суицидальные идеи (8%-20% по группам). Исследования показали, что проявления крайних эмоциональных состояний (*уныния, отчаяния*), в том числе и мысли о самоубийстве, в наибольшей степени, свойственны **мужчинам** и трудоактивной возрастной группе **40-49-летних**. Эти группы пациентов требуют особого внимания и пастырского участия. Реже всего такие мысли приходят к **воцерковленным** и у **50-59-летним**.

5. Исследования показали, что более 60% пациентов стационара верят в Бога. При этом воспринимают Бога, как одну из главной *опор в жизни* от 32% до

55% (опору в семье видят 52%-64%). Подавляющее большинство ВИЧ-пациентов (83%) крещены в Православии. Характерной особенностью является то, что от 20% до 35% их (в различных группах) пришли в Православие после постановки им ВИЧ-диагноза. Меньше всего таких среди **40-49-летних** пациентов, которые подвержены идеям суицида в *наибольшей степени*. При этом больше всего тех, кто крестился в Православии после постановки ВИЧ-диагноза - в группе **воцерковленных** (*наименьшая степень подверженности риску суицида*).

Поводом для обращения за помощью к Церкви и священнику является не только постановка ВИЧ-диагноза, но также и прогрессирующее развитие болезни у пациентов. При этом пациенты, установившие связь с Церковью в период тяжелых испытаний, стараются в дальнейшем вести здоровый образ жизни и не прерывают связь с нею в период устойчивой ремиссии.

Как показали результаты исследования, группа воцерковленных пациентов сохраняет в себе основные качества, присущие ВИЧ-инфицированным, такие, как раздражительность, обидчивость, раздражительность (даже в большей степени, чем пациенты других изучаемых нами групп), инфантильность и др. Однако некоторые эмоциональные состояния проявляются у них в ослабленном виде. Они реже считают себя изгоями общества, меньше подвержены апатии, не так мстительны. Среди них больше, чем в других группах тех, кто признает справедливость постигшего их наказания (*осознание греха и смирение*).

Несмотря на то, что исповедующихся и причащающихся среди пациентов стационара только 26%, а воцерковленность других часто сводится к чтению известных им 1-2 молитв (54% среди всех больных), но и она свидетельствует о ее положительном влиянии на эмоциональное состояние ВИЧ-больных. Именно в группе *воцерковленных* и *самых пожилых* пациентов (некоторые из них посещают церковные службы, даже не будучи крещеными) **проявление суицидальных идей встречается в реже всего.**

6. Положительное влияние окормления ВИЧ-инфицированных пациентов священниками Русской Православной Церкви подтвердило **большинство экспертного сообщества стационара ИКБ №2** (более 60%), в состав которого входили врачи, представители Службы милосердия и священники. Экспертами констатировалось улучшение физического и эмоционального самочувствия регулярно посещающих церковные службы и/или общающихся со священником пациентов. Улучшение проявлялось в более спокойном поведении пациентов, в некотором улучшении сна и уменьшении нервозности в поведении.

Об улучшении самочувствия под влиянием духовного попечения засвидетельствовали 70% всех пациентов в целом и 88% воцерковленных. Ими также засвидетельствовано положительное влияние на их самочувствие Святого Причастия (от 45% до 86% мнений).

Кроме того, значительная часть посещающих церковные службы и причащающихся пациентов (в среднем 45,5%, а у воцерковленных - 63%) поменяло свое негативное и настороженное отношение к окружающим людям на позитивное. Всё это свидетельствуют об ослаблении эмоционального напряжения у окормляемых пациентов, уменьшении настороженности и снижении агрессивности, уменьшении чувства *злости, уныния, отчаяния*.

7. Таким образом, подтвердилась рабочая гипотеза исследования о том, что пастырское окормление ВИЧ-инфицированных пациентов священниками Русской Православной Церкви пополняет духовные и психоэмоциональные ресурсы человека, оказывает положительное влияние на его физическое состояние, благодаря мобилизации защитных сил организма в противостоянии инфекции, приводит к улучшению качества их жизни и способствует развитию мотивации к созданию оптимистической жизненной установки.

Согласно исследованиям, с вопросами эмоционального или духовного свойства, а также в борьбе с чувством одиночества, к помощи Церкви и священника ВИЧ-пациенты обращаются в 5-12 раз чаще, чем к психологу.

Полученные результаты подтверждают тезис о Церкви, как о лечебнице человеческих душ, что в значительной степени поддерживается и экспертным сообществом ИКБ №2. Большинство сотрудников признали окормление ВИЧ-пациентов священниками Русской Православной Церкви, а также наличие православного храма в больнице необходимостью для стационара. Особое одобрение этому выражают сотрудники, задачей которых является оказание психологической помощи пациентам, а также те, кто сам устает эмоционально. Таких сотрудников в ИКБ №2 оказалось более 80%.

8. Полученные результаты исследований позволили выделить наиболее важные особенности социальных, эмоциональных и духовных характеристик ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ, и показали, что знание и правильное отношение к ним священника в пастырской работе с такими пациентами формирует у них правильное отношение к болезни, формирует позитивное настроение и мобилизует адаптивные варианты поведения.

Полученные результаты дополняют имеющиеся представления о влиянии окормления ВИЧ-пациентов священниками Русской Православной Церкви на их физическое, эмоциональное и духовное состояние. Однако требуется проведение дальнейших эмпирических исследований для более глубокого изучения этой проблемы.

9. Основываясь на полученных результатах данных исследований, автором предлагаются следующие **Практические рекомендации**:

- Пастырская поддержка, в первую очередь, необходима пациентам стационара, находящимся в терминальном состоянии, для того, чтобы иметь своевременную возможность приступить к таинствам Исповеди, Евхаристии и Елеосвящения. Эта поддержка нужна и другим больным, как средство, оказывающее благотворное действие на их физическое и эмоциональное состояние в процессе лечения. Оптимально было бы создание на базе ИКБ №2 полноценного хосписного и реабилитационного отделений, в которых предусматривалось бы постоянное присутствие свя-

щенника для оказания пастырской поддержки больным и сотрудникам. О необходимости Центра реабилитации высказалось подавляющее большинство пациентов ВИЧ-отделений. Функции Центра могли бы заключаться не только в медицинских и социальных предложениях. Центр мог бы держать в поле зрения всех пролечившихся когда-то больных, следить за их перемещением и, по возможности, контролировать пребывание их вне стационара, а при необходимости оказывать помощь.

- В центре могли бы проходить реабилитацию ВИЧ-больные, находящиеся в таком состоянии, когда человек отказывается от лечения, пищи, от медицинского обслуживания: нет воли к сопротивлению обстоятельствам (эмоциональное выгорание больных). В этом случае, единственно кто может помочь – это священник.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Ам. – Книга Пророка Амоса (Библия)

АРТ -Антиретровирусная терапия — метод терапииВИЧ-инфекции, состоящий в приёме трёх или четырёх препаратов. Благодаря АРТ большинство ВИЧ-инфицированных могут в настоящее время вести нормальный образ жизни.

Быт. – Бытие (Библия)

БОМЖ (бомж) – человек, не имеющий постоянного местожительства или без
определенного места жительства

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения, специальное учреждение
Организации Объединенных Наций

ВИЧ - Вирус иммунодефицита человека

Гал. - Послание к Галатам (Библия)

Гл. врач – главный врач

Евр. - Послание к Евреям (Библия)

Греч. - греческий

Еп. –епископ

Зав. отделения – заведующий отделения

Зах. – Книга Пророка Захарии

И. – иерей (священник)

Иак. - Послание Иакова (Библия)

Иез. - Книга пророка Иезекииля (Библия)

Иг. - игумен

ИКБ №2 - Клиническая инфекционная больница №2 г. Москвы

Ин. – Евангелие от Иоанна (Библия)

Иов – Книга Иова (Библия)

I Кор. – Первое послание к Коринфянам (Библия)

II Кор. –Второе послание к Коринфянам (Библия)

Мед. психолог – медицинский психолог

Митр. - митрополит

МП - Московский Патриархат

Мф. – Евангелие от Матфея (Библия)

Пс. – Псалтирь (Библия)

Преп. – преподобный

Рим. - Послание к Римлянам (Библия)

РПЦ - Русская Православная Церковь

Св. - святой

Свт. - святитель

Сир. – Книга Премудрости Иисуса, сына Сирахова

Соц. работник – социальный работник

Ст. медсестра – старшая медсестра

СПИД - Синдром приобретенного иммунного дефицита

Отд. – отделение; лечебное ВИЧ-отделение в ИКБ

Откр. – Откровение апостола Иоанна Богослова (Библия)

I Фес. – Первое послание к Фессалоникийцам

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

абстинентный синдром: Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема психоактивного вещества, либо снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления.

антитела: Антитела - это особые белки, которые производятся клетками нашей иммунной системы. Антитела в крови вырабатываются в ответ на вторжение в организм чужеродных веществ.

герпетические поражения: Группа заболеваний, обусловленных вирусом простого герпеса, которые характеризуются поражением кожи, слизистых оболочек, центральной нервной системы, а иногда и других органов. Передается воздушно-капельным путем, а также при контакте через слизистую.

девиантный: - *прилаг.* имеющий отклонение от нормы;

сексуальная девиация: - это сексуальные отклонения в поведении человека. То, что выходит за рамки общепринятого поведения.

депрессия: Психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость, нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.), двигательной заторможенностью.

иммунная система: Сложная система организма, включающая лимфоидные ткани: костный мозг, тимус, селезенку, миндалины, аденоиды, аппендикс, лимфатические узлы, кровеносные и лимфатические сосуды.

иммунодефицит: Состояние, при котором иммунная система человека не способна защищать организм, что приводит к повышению восприимчивости к различным инфекциям и опухолям.

ипохондрия: Состояние человека, проявляющееся в постоянном беспокойстве по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями, жалобах или озабоченности своим физическим здоровьем, восприятию своих обычных ощущений как ненормальных и неприятных, предположениях, что кроме основного заболевания есть какое-то дополнительное. При этом человек может считать, что знает, какое у него «на самом деле» заболевание, но степень его убежденности, обычно, раз от раза меняется, и он считает более вероятным то одно заболевание, то другое.

кахексия: Крайнее истощение организма, которое характеризуется общей слабостью, резким снижением веса, активности физиологических процессов, а также изменением психического состояния больного.

клетки CD4: Клетки, которые поражает ВИЧ. Показатель клеток CD4 дает представление о состоянии иммунной системы: если их количество снижается, значит, иммунная система повреждена.

лейкоплакия: Заболевание, характеризующееся поражением слизистых оболочек, ороговением покровного эпителия разной степени выраженности.

лимфаденопатия: Состояние, проявляющееся увеличением лимфатических узлов лимфатической системы. Этот термин является либо рабочим предварительным диагнозом, требующим уточнения при дальнейшем клиническом обследовании, либо ведущим симптомом заболевания.

менингоэнцефалит смешанной этиологии: Воспаление оболочек и вещества головного мозга, характеризующиеся расстройством функций коры, подкорковых и вегетативных центров. Непосредственными причинами менингоэнцефалита могут являться вирусы бешенства, чумы плотоядных, гепатита, гриппа и других вирусных заболеваний. Возможно проникновение в оболочки мозга и его вещество листерий, менингококков, стафилококков, стрептококков, микобактерий туберкулеза, риккетсий, токсоплазм.

опоясывающий лишай (син. — опоясывающий герпес): Заболевание, представляющее собой реактивацию дремлющей вирусной инфекции, которое поражает нервную систему и кожу. О. л. часто возникает у лиц с ослабленным иммунитетом. Проявляется специфическими, как правило, односторонними высыпаниями на кожных покровах с выраженным болевым синдромом.

оппортунистические заболевания: Заболевания, вызываемые патогенами (бактерии, вирусы, грибы, простейшие), которые обычно не приводят к болезни у здоровых людей (с нормальной иммунной системой), но вызы-

вают болезни разной тяжести у людей с иммунодефицитными состояниями (в частности, у ВИЧ-инфицированных).

полисегментарные пневмонии: Воспалительный процесс в легочной ткани, затрагивающий несколько функциональных сегментов. Заболевание протекает тяжело и требует комбинированной терапии. Это связано с тем, что массивная инфильтрация альвеол быстро прогрессирует и приводит к дыхательной недостаточности.

пневмоцитная пневмония: Пневмония, возбудителем которой является дрожжеподобный гриб-паразит, специфичный для человека, *Pneumocystis jirovecii*. Проявляется лихорадкой, непродуктивным кашлем (в связи с высокой вязкостью мокроты), одышкой (особенно при физической нагрузке), снижением массы тела и ночной потливостью.

полиневропатии конечностей токсикометаболического генезиса: Гетерогенная группа заболеваний, характеризующаяся системным поражением периферических нервов. В патологический процесс могут вовлекаться спинномозговые и черепные нервы. Основные симптомы полиневропатий обусловлены нарушением проводимости по двигательным, чувствительным и вегетативным волокнам различных нервов. Чаше полиневропатии начинаются с ощущения похолодания кистей и стоп, чувства ползания мурашек, онемения или жжения. Мышечная слабость вначале проявляется неловкостью при выполнении тонких движений пальцами кисти, в дальнейшем могут развиваться парезы или параличи со снижением или выпадением сухожильных рефлексов и атрофией мышц.

приверженность лечению: Осознанное и ответственное отношение к сотрудничеству с медицинскими работниками по осуществлению терапевтического процесса (в том числе, принятие препаратов точно в соответствии с назначением врача).

режим лечения: Комбинация лекарств и способ их применения.

саркома Капоши: Вид множественных злокачественных новообразований на коже. Впервые заболевание было описано в трудах венгерского дерматолога Морица Капоши, от имени которого и получило свое название. Локализация опухолей не ограничивается кожным покровом, часто затрагивая внутренние органы, слизистые оболочки и лимфатические узлы. С большой долей вероятности предполагают, что заболевание может развиваться на фоне вируса герпеса человека. Для возникновения патологии необходимо значительное понижение иммунитета человека вследствие разных причин.

себорейный дерматит: Хроническое воспалительное заболевание, поражающее те участки кожи головы и туловища, на которых развиты сальные железы, возбудителем дерматита является дрожжеподобные липофильные грибы *Malassezia furfur*.

синергия: Сотрудничество, соработничество; (греч. συνεργία - сотрудничество, соработничество; от греч. σύν — вместе, греч. ἔργον — дело, труд, работа, (воз)действие).

терминальная стадия: Состояние, пограничные между жизнью и смертью.

токсоплазмоз головного мозга: Паразитарное заболевание, вызываемое токсоплазмами *Toxoplasma gondii*. Источник инвазии — различные виды (свыше 180) домашних и диких млекопитающих (кошки, собаки, кролики; хищники, травоядные, грызуны).

требы: Священнодействия и молитвословия, совершаемые священником по нужде отдельных лиц.

таинства: Видимые действия, посредством которых невидимо нисходит на человека благодать Святаго Духа - спасающая сила Божия; семь Таинств Православной Церкви: Крещение, Миропомазание, Покаяние, Евхаристия (Причастие), Венчание (Брак), Священство, Соборование.

требная сестра: Помогающая священнику в больницесестра милосердия, собирающая заявки от больных с просьбой о совершении Таинств и оказывающая духовную поддержку больным.

факор валидности: Доверие, которое заслуживает суждение экспертов, зависящее от их компетентности.

АWK: Название языка программирования, предназначенного для обработки структурных текстовых документов, какими являются анкеты и опросники.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

I. Источники.

1. *Антоний Великий, прп.* Наставления о доброй нравственности и святости жизни, в 170-ти главах // Добротолюбие. Т. 1, изд. 3. М. : Типография И. Ефимова, 1882. С. 64.
2. *Афанасий Великий, свт.* Слово о воплощении Бога - Слова, и о пришествии Его к нам во плоти / Творения иже во святых отца нашего Афанасия Великого архиепископа Александрийского. Т. 1, изд. Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1902. С. 208.
3. *Блаженный Августин.* Энхиридион к Лаврентию, или о вере ,надежде и любви. М. : Сибирская Благовонница, 2017. С. 95.
4. *Григорий Богослов, свт.* Творения. В 2 т / Творения иже во святых отца нашего Григорий Богослов, архиепископа Константинопольского. СПб, Изд. П. П. Сойкина, 1912.
5. *Григорий Богослов, свт.* Творения : В 2 т. Т. 1. Слова. Прил.: Свящ. Н. Виноградов. Догматическое учение св. Григория Богослова. М. : Сибирская Благовонница, 2007. С. 76.
6. *Дорофей, прп.* Душеполезные поучения. М. : Изд. Сретенского монастыря, 2010. 432 с.
7. *Ефрем Сирин.* Творения иже во святых отца нашего Ефрема Сирина. Ч. 5, изд. 5. Сергиев Посад : 1912. 520 с.
8. *Иоанн Дамаскин, прп.* Точное изложение православной веры. Ростов н/Д : Братство свт. Алексия : Приазовский край, 1992. С. 151.

9. *Иоанн Златоуст, свт.* Беседа 5 на Пс. 7.7 // Творения святого отца нашего Иоанна Златоуста, архиепископа Константинопольского, в русском переводе. СПб.: Санкт-Петербургская Духовная Академия, 1899. Т. 5. Кн. 1–2. Беседы на Псалмы. М. : Златоуст, 1995. С. 73.

10. *Лука (Войно-Ясенецкий), свт.* Дух, душа и тело. Минск : Белорусская Православная Церковь, 2014. 191 с.

11. *Макарий Египетский, прп.* Новые духовные беседы. Беседа 4 / Пер. с греческого А. И. Сидорова. М. : Издательство СП "Интербук", 1990. 172 с.

12. *Макарий Оптинский, прп.* Собрание писем блаженной памяти Оптинского старца иеросхимонаха Макария. Репринтное издание. СПб. : Изд. Л. С. Яковлевой, 1993. С. 679.

13. *Максим Исповедник, преп.* Творения. Книги 1, 2 / Пер. А. И. Сидорова. М. : 1993 – 1994. 705 с.

14. *Марк Подвижник, прп.* Слово первое. О законе духовном, 200 глав. URL: <http://lib.pravmir.ru/library/readbook/621> (дата обращения 11.12.2016).

15. Преподобных отцов Варсонофия и Иоанна руководство к духовной жизни в ответах на вопросы учеников. М. : Сибирская Благовонница, 2013. С. 194 – 195, 229.

16. *Филарет Московский, свт.* Творения. Слова и речи. Т. 5. Репринтное издание 1882 г. М. : Новоспасский монастырь, 2007. С. 539.

II. Нормативные документы:

17. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом / принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 27 июня 2001 года. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml (дата обращения 28.12.2016).

18. Концепция Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми живущими с ВИЧ/СПИДом : пособие по уходу за людьми живущими с ВИЧ/СПИДом. 2-е издание, перераб. / Под

ред. В. В. Беляевой, А. В. Кравченко, Т. Н. Ермак. М. : Российский Круглый стол, 2005. 164с.

19. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. М.: Изд-во Московской Патриархии, 2000. 158 с.

20. Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека / Архиерейский собор Русской Православной Церкви 26 июня 2008 года. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/428616.html> (дата обращения 28.12.2016).

III. Литература.

21. *Антоний (Кадышев), игум.* Русская Православная Церковь как лечебница человеческих душ в обстановке эпидемии ВИЧ/СПИДа / Круглый стол по религиозному образованию и диаконии // Информационный бюллетень ОВЦС МП. М. : 2014, январь-февраль. С. 1–4.

22. *Антоний (Кадышев), игум.* Значение труда службы милосердия, священников и добровольных помощников в уходе за ВИЧ-инфицированными больными в условиях стационара // Проблемы современной медицины: актуальные вопросы. Вып. II. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (10 ноября 2015 г.). Красноярск : 2015. С. 119–123.

23. *Антоний (Кадышев), игум.* Исследование путей заражения ВИЧ-инфекцией у пациентов стационара и выявление среди них групп наибольшего риска // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XVI международной научно-практической конференции (Россия, г. Новосибирск, 16–17.10.2015 г.). Новосибирск: Международный Научный Институт «Educatio», 2015. №9 (16). С. 56–60.

24. *Антоний (Кадышев), игум.* Организация практической работы по духовному окормлению пациентов ВИЧ-отделения Клинической инфекционной больницы №2 г. Москвы // Успехи современной науки. 2016. № 6. Т. 1. Белгород : «Эпицентр», 2016. С. 130–134.

25. *Антоний (Кадышев), игум.* Связь психофизического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ и их воцерковленности (по лечебным отделениям) // Тезисы Пятой Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии (Москва, 23-25 марта 2016 г.). М.: ЕЕСААС, 2016. С. 68–69.

26. *Антоний (Кадышев), игум.* Влияние духовного попечения на физическое и эмоциональное состояние ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ №2 / Успехи современной науки и образования. 2016. № 6. Т. 4. Белгород: «Эпицентр», 2016. С. 131–134.

27. *Антоний (Кадышев), игум.* Проблемы духовного попечения ВИЧ-инфицированных больных в условиях стационара // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XII международной научно-практической конференции (Россия, г. Новосибирск, 19–20.06. 2015 г.). Новосибирск: Международный Научный Институт «Educatio», 2015. №5 (12). С. 32–35.

28. *Антоний (Кадышев), игум.* Опыт работы священников и патронажной службы сестричества милосердия в ВИЧ-отделении Клинической инфекционной больницы № 2 г. Москвы // Успехи современной науки». 2016. № 7. Т. 1. Белгород: «Эпицентр», 2016. С. 34–37.

29. *Бартлетт Дж., Редфилд Р., Фам П., Мазус А. И.* Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М. : ГРАНАТ, 2013. 696 с.

30. *Батыгин Г. С.* Лекции по методологии социологических исследований: учебник для студентов гуманитарных вузов и аспирантов. М. : АО «Аспект Пресс», 1995. 277 с.

31. *Белановский С. А.* Глубокое интервью: учебное пособие. М. : Никколо-Медиа, 2001. 320 с.

32. ВОЗ опубликовала статистику самоубийств в мире // Интерфакс. URL: <http://www.interfax.ru/world/395021> (дата обращения 10.01.2017).

33. *Волкова П. А., Шипунов А. Б.* Статистическая обработка в учебно-исследовательских работах. М. : Изд-во. Экопресс, 2008. 60 с.

34. Вопрос «Сколько в России ВИЧ-инфицированных?» // «Алло, Столица». URL: <http://www.allorus.ru/cat/question/159> (дата обращения 10.01.2017).

35. *Воронов Л., прот.* Догматическое богословие : Учебник для духовных учебных заведений. М.: Издательский дом Московского Патриархата «Хроника», 1994. С.94.

36. Всё о раковых заболеваниях на cancer.ru. URL: <http://www.cancers.ru/index.php?name=Pages&hits=1> (дата обращения 10.01.2017).

37. Генеральная совокупность и выборочный метод // Энциклопедия Экономиста. URL: <http://www.grandars.ru/student/statistika/generalnaya-sovokupnost.html> (дата обращения 10.01.2017).

38. *Девятко И. Ф.* Методы социологического исследования. Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 1998. 208 с.

39. Демография // Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/ (дата обращения 10.01.2017).

40. Десять неизлечимых болезней. 7 окт. 2011 г. // Новости InfoNIAC.ru. URL: <http://www.infoniac.ru/news/10-neizlechimyh-boleznei.html> (дата обращения 10.01.2017).

41. ВИЧ-инфекция. Симптомы, способы инфицирования, диагностика и лечение. URL: <http://www.polismed.com/articles-vich-infekcija-simptomu-sposoby-inficirovaniya.html> (дата обращения 10.02.2017).

42. *Джекобсон Дж. Л., Джекобсон А. М.* Секреты психиатрии / пер. с англ., под общей ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. Изд. 2-е. М. : МЕДпресс-информ, 2007. 576 с.

43. *Добреньков В. И., Кравченко А. И.* Методы социологического исследования: Учебник. М. : ИНФРА-М, 2004. 768 с.

44. *Егорова О. Ю.* Организация служб паллиативной помощи / Серия «Библиотека сестры милосердия». М. : Свято-Димитриевское сестричество, 2007. 142 с.

45. *Зинченко А. И.* Влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять заболеванию. Автореферат дисс. на соиск. уч. ст. канд. психологических наук: 19.00.04. СПб : 2009. 24 с.

46. *Иерофей (Влахос), митр.* Рай и ад / пер. с греческого В. Клименко. Изд-во «Сардоникс», 2005. URL: <http://orthodoxvera.ru/wp-content/uploads/2014/12/влахос.-ад-и-рай.pdf> (дата обращения 11.12.2016).

47. *Иларион (Алфеев), архиеп.* Православие. Т. 1. – М. : Издательство Сретенского монастыря, 2009. 863 с.

48. Итоговый документ конференции «Взаимодействие религиозных общин России в области ВИЧ/СПИДа» (Москва, 20.11.2008). URL: <https://mospat.ru/archive/2008/11/43320/> (дата обращения 11.12.2016).

49. *Кирилл (Гундяев), митр.* Выступление председателя Отдела внешних церковных связей Московского Патриархата митрополита Смоленского и Калининградского Кирилла на конференции «Взаимодействие религиозных конфессий России в области ВИЧ/СПИДа» (Москва, 18–19 ноября 2008 года). Москва : 2009. С. 12-18.

50. *Константин (Горянов), еп.* Медицина в Библии. 2011. URL: <http://www.wmos.ru/blog/bible/1538.php> (дата обращения 11.12.2016).

51. *Куликов Л. В.* Методика определения доминирующего состояния. СПб.: СПбГУ, 2003. URL: <http://www.acme-alr.com/?p=1261> (дата обращения 10.01.2017).

52. *Кюблер-Росс Э.* О смерти и умирании. М. : «София», 2001. 110 с.

53. *Ланга А. П.* Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных: автореферат на соискание уч. степени кандидата психологических наук: 19.00.04. Ростов-на-Дону : 2006. 24 с.

54. *Макарий (Маркиш), иером.* Псевдоправославие: Вопросы и ответы. М. : Никея, 2010. 184 с.

55. *Мефодий (Кондратьев), игум.* Духовные аспекты паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным / Круглый стол по религиозному образованию и диа-

конии. URL: http://www.rondtb.msk.ru/info/ru/AIDS_12_ru.htm (дата обращения 12.01.2017).

56. *Методий (Кондратьев), игум.* Духовные аспекты паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным / Паллиативная/хосписная помощь. URL: <http://www.pallcare.ru/ru/?p=1213243236> (дата обращения 10.02.2017).

57. *Методий (Кондратьев), игум.* Некоторые вопросы духовного окормления ВИЧ-инфицированных // [Диакония.ru](http://diaconia.ru). Официальный сайт Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви. URL: <http://old.diaconia.ru/articles/materials/pomoshh-vich-infitsirovannym/nekotorye-voprosy-dukhovnogo-okormlenija-vich-infitsirovannykh/> (дата обращения 12.01.2017).

58. *Неизлечимые заболевания // Здоров-Инфо.* Медицинский портал Украины. URL: <http://zdorov-info.com.ua/stati/raznoe/10668-neizlechimy-zabolevaniya.html> (дата обращения 10.01.2017).

59. *Онкология: справочник практического врача / под ред. член-корр. РАМН В. И. Поддубной.* М. : «МЕДпресс-информ», 2009. 30 с.

60. *Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса / Таблица стандартных баллов // Psylab.info — энциклопедия психодиагностики.* URL:http://psylab.info/Опросник_«Способы_совладающего_поведения»_Лазаруса/Таблица_стандартных_баллов (дата обращения 10.01.2017).

61. *Особенности организации паллиативной помощи силами сестер милосердия.* М.: Свято-Димитриевское сестричество, 2012. 69 с.

62. *Паллиативная помощь и уход: Медицинские, психологические и духовные аспекты при ВИЧ/СПИДе и прогрессирующих хронических заболеваниях. Опыт Русской Православной Церкви.* М.: 2008. URL: http://old.diaconia.ru/metod_rekom/palliativ_pom_i_uhod_SPID.pdf(датаобращения 10.02.2017).

63. *Пастырская и сестринская помощь ВИЧ-инфицированным людям: Пособие для священников, сестер милосердия и добровольцев / под ред. И. В. Карпова.* М. : Лепта Книга, 2011. 240 с.

64. Пособие для людей, живущих с ВИЧ. URL: http://www.chitamed.ru/pacientam/posobie_dlya_lyudey_zhivushih_s_vich (дата обращения 03.03.2014).

65. Психологические проблемы ВИЧ-инфицированных // Студенту на заметку. URL: <http://student.zoomru.ru/med/psihologicheskie-problemy-vichinficirovannyh-osobennosti-sestrinsk/76502.626084.s1.html> (дата обращения 10.02.2017).

66. Расчет размера выборки // Курс: Краткое введение в биостатистику. URL: <http://www.pubhealth.spb.ru/COPC/STATSH/ssize.htm> (дата обращения 10.01.2017).

67. Розенберг Г. С. Поль Жаккар и сходство экологических объектов // Самарская Лука: проблемы региональной и глобальной экологии. 2012. №1. С. 190–202.

68. Симонова Г. М., Антоний (Кадышев) игум. Влияние духовных факторов на физиологическое и эмоциональное состояние больных // Сборник материалов V Международной научно-практической конференции «Отечественная наука в эпоху изменений: постулаты прошлого и теории нового времени». Екатеринбург, 2014. № 5. С. 60–64.

69. Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 1 ноября 2015 г. / *Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора*. URL: <http://spid-yar.ru/spidyar/images/spravkavich.pdf> (дата обращения 10.01.2017).

70. Страус А., Корбин Дж. Основы качественного исследования: обоснованная теория, процедуры и техники / пер. с англ. и послесл. Т. С. Васильевой. М. : Эдиториал УРСС, 2001. 256 с.

71. Трубецкой Е. Н. Смысл жизни. Берлин: «Слово», 1922. – 282 с. URL: http://www.odinblago.ru/trubeckoi_smisl/ (дата обращения 20.12.2016).

72. *Филоненко Н. Г.* Научное обоснование основных направлений повышения качества жизни ВИЧ-инфицированных: автореферат дисс. на соискание уч. степени кандидата мед. наук: 14.00.33. Москва, 2009. 24 с.

73. *Черняк Л.* Большие Данные — новая теория и практика // Открытые системы. СУБД. М.: Открытые системы, 2011. № 10. С. 5–8.

74. Что происходит с человеком, когда он заражается ВИЧ. URL: <http://spidnso.ru/index.php/infos/33-info1> (датаобращения 03.03.2014).

75. *Шевченко Ю. Л., Новик А. А., Ионова Т. И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Изд. 2-е. М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.

76. Шкала (тест-опросник) депрессии Бека // Психология счастливой жизни. URL: <http://psycabi.net/testy/592-shkala-test-oprosnik-depressii-beka-kognitivnaya-terapiya-beka-ili-kak-vyjti-iz-depressii> (дата обращения 10.01.2017).

77. *Шмалый В., свящ.* Доктринальные основания и практический опыт работы в области ВИЧ/СПИДа и взгляд христианских конфессий на проблемы ВИЧ/СПИДа (пленарный доклад) // Взаимодействие религиозных общин России в области ВИЧ/ СПИДа: материалы межрелигиозной конференции 18–19 ноября 2008 г., Москва. М., 2009. С. 43–50.

78. *Щербатых Ю. В.* Психология страха. М. : Эксмо, 2005. 205 с.

79. *Ядов В. А.* Стратегия социологического исследования: учебное пособие. Изд. 3-е, испр. Москва: Омега-Л, 2007. 322 с.

80. APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality / Editor-in-Chief: Kenneth I. Pargament, PhD. 2013. V.1–2. P.14–49.

81. *Balboni T.A., Paulk M.E., Balboni M.J., et al.* Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death // Journal of Clinical Oncology. 2010. V. 28. No 3. January 20. P. 445–452.

82. *Bland M.* An Introduction to Medical Statistics, 3rd.ed / Oxford University Press. Oxford: 2000; Расчет размера выборки // Курс : Краткое введение в био-

статистику. URL:<http://www.pubhealth.spb.ru/COPC/STATSH/ssize.htm> (дата обращения 10.01.2017).

83. *Brady M.J., Peterman A.H., Fitchett G., Mo M., Cella D.* A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology // *Psychooncology*. 1999. V.8. P.417–428.

84. *Brody J.E.* Guide to the Great Beyond: A practical primer to help you and your loved ones prepare medically, legally, and emotionally for the end of life. NY.: Random House, 2009. 287 p.

85. A Clinical Guide to Supportive & Palliative Care for HIV/AIDS / The Health Resources and Services Administration (HRSA) of the United States Department of Health and Human Services. 2014. 643 p.

86. *Cohen J.* New report card on global HIV/AIDS epidemic. 14 jul. 2015 // *Science*. AAAS. URL: <http://www.sciencemag.org/news/2015/07/new-report-card-global-hiv-aids-epidemic> (дата обращения 10.01.2015).

87. *Cohen S. R., Mount B. M., Strobel M. G., Bui F.* The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability // *Palliative Medicine*. 1995. V. 9. Iss. 3. P. 207–219.

88. *Cook J.A., Wimberly D.W.* If I Should Die Before I Wake: Religious Commitment and Adjustment to Death of a Child // *Journal of the Scientific Study of Religion*. 1983. V.22. P. 222–238.

89. Counselling for HIV/AIDS: The National Guidelines / National AIDS Control Programme, Government of Pakistan and UNAIDS. 2001. 90 p.

90. *Ehman J.W., Ott B.B., Shortt T.H., Ciampa R.C., Hansen-Flaschen J.* Do Patients Want Physicians to Inquire About Their Spiritual or Religious Beliefs If They Become Gravely Ill? // *Archives of Internal Medicine*. 1999. V. 159. P. 1803–1806.

91. Faith Responds to AIDS. AIDS Foundation of Chicago. A Source of Hope A Force of Change. 2011. URL: <http://www.aidschicago.org/prevention-home/faith-responds-to-aids> (дата обращения 03.03.2014).

92. *Fessenden M.* Better Preparation Could Improve the Quality of Death and Life for Terminal Patients. 2012. URL: <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=better-preparation-quality-life-death> (датаобращения 10.02.2017).

93. *Frankl V. E.* Man's Search for Meaning. NY: Simon and Schuster, 1984. 224 p.

94. *George H.* Spiritual Beliefs and the Dying Process: A Report on a National Survey / conducted by Gallup International Institute for the Nathan Cummings Foundation and the Fetzer Institute. 1997.

95. Guide to HIV/AIDS Pastoral counselling / AIDS working group World council of churches, resp. ed. Jorge E. Maldonado. Geneva, 1990. 92 p.

96. Guidelines for HIV counselling and testing. Ontario: March 2008. 40 p. URL: http://www.ohsutp.ca/uploads/Ontario_HIV_Testing_guidelines.pdf (датаобращения 10.02.2017).

97. *Harris R. C., Dew M. A., Lee A., Amaya M., Buches L., Reetz D., Coleman C.* The Role of Religion in Heart-Transplant Recipients' Long-Term Health and Well-Being // Journal of Religion and Health. 1995. V. 34(1). P. 17–32.

98. HIV Counselling // Patient. URL: <http://www.patient.co.uk/doctor/HIV-Counselling.htm> (датаобращения 10.02.2017).

99. HIV Voluntary Counselling and testing (VCT). Guidelines for Pakistan / National Guidelines. 2005. – 90 p. URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_pro_tect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_117442.pdf(датаобращения 10.02.2017).

100. HIV Counselling and Testing in Nova Scotia: Implications for Policy and Practice. A research report prepared for the Nova Scotia Advisory Commission on AIDS by members of the HIV Counselling and Testing Community Advisory Committee. Dalhousie University, 2010. – 27 p. URL: <http://novascotia.ca/aids/documents/HIV-Counselling-Testing.pdf> (датаобращения 10.02.2017).

101. *Kaldjian L. C., Jekel J. F., Friedland G.* End-of-life decisions in HIV-positive patients: the role of spiritual beliefs // *AIDS*. 1998. V. 12. P. 103–107.

102. *Koenig H. G., Cohen H. J., George L. K., Hays J. C., Larson D. B., Blazer D. G.* Attendance at religious services, interleucine-6, and other biological parameters of immune function in older adults // *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1997. V. 27. P. 233–250.

103. *Lubaale N.* Pastoral Action on HIV and AIDS / Ed. by Glen Williams. Oxford: Parchment, 2008. 48 p.

104. *McCullough D.* My mother, your mother. Embracing “Slow Medicine”, the Compassionate Approach to Caring for your Aging Loved Ones. NY.: Harper Collins Publishers, 2008. 263 p.

105. *McNeill J. A., Sherwood G. D., Starck P. L., Thompson C. J.* Assessing Clinical Outcomes: Patient Satisfaction With Pain Management // *Journal of Pain and Symptom Management*. 1998. V. 16. P. 29–40.

106. *McNichol T.* The new faith in medicine // *USA Today Weekend*. April 5–7, 1996. P. 4–5.

107. *Mulenga K. C.* Pastoral care of people living with HIV in Zambia // *INERELA. Positive Faith In Action*. Sept. 10, 2010. URL: <http://inerela.org/2010/09/pastoral-care-of-people-living-with-hiv-in-zambia-by-rev-kennedy-chola-mulenga/> (датаобращения 10. 02.2017).

108. *Pargament K. I., Smith B. W., Koenig H. G., Perez L.* Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors // *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1998. V. 37. P. 710–724.

109. *Payne S. A., Langley-Evans A., Hillier R.* Perceptions of a “good” death: a comparative study of the views of hospice staff and patients // *Palliative Medicine*. 1996. V.10 (4). P. 307–312.

110. *Phelps A. C., Maciejewski P. K., Nilsson M., et al.* Religious Coping and Use of Intensive Life-Prolonging Care Near Death in Patients With Advanced Can-

cer // The Journal of the American Medical Association. 2009. V. 301 (11). P. 1140–1147.

111. Professional Spiritual and Pastoral Care: A Practical Clergy and Chaplain's Handbook / Ed. by Rabbi Stephen B. Roberts. Woodstock, 2011. 528 p.

112. *Puchalski C. M.* The role of spirituality in health care // Baylor University Medical Center Proceedings. Dallas, 2001. V. 14. No 4. P. 352–357.

113. *Remen R. N.* Kitchen Table Wisdom: Stories That Heal. NY: Riverhead Books, 1997. 368 p.

114. *Roberts J. A., Brown D., Elkins T., Larson D. B.* Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1997. V. 176. Iss. 1. Part 1. P. 166–172.

115. *Sendor V. F., O'Connor P. M.* Hospice and Palliative Care: Questions and Answers. Lanham: Scarecrow Press, 1997. 272 p.

116. *Steben M., MD (chair) et al.* Counselling Guidelines for HIV Testing / Prepared by the Expert Working Group on HIV Testing. Ottawa: Canadian Medical Association, 1995.

117. *Vig E. K., Pearlman R. A.* Good and bad dying from the perspective of terminally ill men // Archives of Internal Medicine. 2004. V. 164 (9). P. 977–981.

118. When the Focus is on Care. Palliative Care and Cancer / Ed. Kathleen M. Foley. The American Cancer Society, 2005. 338 p.

119. *Yates J. W., Chalmer B. J., James P. St., Follansbee M., McKegney F. P.* Religion in patients with advanced cancer // Medical and Pediatric Oncology. 1981. V. 9. Iss. 2. P. 121–128.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

(обязательное)

Анкета экспертного опроса

номер вопроса	вопрос	номер ответа	ответ
0	дата опроса		дополнительная информация
0	номер протокола		дополнительная информация
0	тип респондента		дополнительная информация
0	комментарии интервьюера		дополнительная информация
0	комментарии респондента		дополнительная информация
1	Ваша профессион.принадлежность?	А	Врач,заведующий отделения
1		Б	Врач терапевт
1		В	Врач специалист (указать)
1		Г	Психолог, психиатр
1		Д	Старшая медсестра
1		Е	Медсестра
1		Ж	Сестра милосердия
1		З	Санитарка
1		И	Священник
1		К	Другое
1		Л	Соц работник
1		М	Волонтер
1			пропущен
1			дополнительная информация
2	Номер отделения	А	отд.2-3
2		Б	отд.2-5
2		В	отд.2-6
2		Г	отд.2-7
2		Д	Другое
2			пропущен
2			дополнительная информация
3	Что наиболее важно для пациентов?	А	Бытовые условия пребывания в больнице
3		Б	Общение
3		В	Безразличны ко всему
3		Г	Другое
3			пропущен

3			дополнительная информация
---	--	--	---------------------------

Продолжение приложения А

4	Что для больных наиболее важно из бытовых условий?	А	Частая смена белья, регулярные водные процедуры, средства личной гигиены, чистота в палате
4		Б	Вкусная еда
4		В	Тишина в палате, возможность уединения
4		Г	Наличие средств коммуникаций с внешним миром, ТВ, кино
4		Д	Свобода перемещения в больничном пространстве
4		Е	Другое
4			пропущен
4			дополнительная информация
5	Кого больные предпочитают в качестве собеседника, чтобы поговорить "по душам"?(расставить по приоритету)	А	Медсестру
5		Б	Сестру милосердия
5		В	Врача
5		Г	Волонтера
5		Д	Родственника
5		Е	Друга
5		Ж	Священника
5		З	Общество таких же больных
5		И	Общество здоровых
5		К	Предпочитают одиночество
5		Л	Чтобы "собеседник" молча держал его(ее) за руку
5		М	Разговорчивого собеседника
5		Н	Случайного собеседника (как в поезде), чтобы выговориться и распрощаться
5		О	Другое
5			пропущен
5			дополнительная информация

Продолжение приложения А

6	О чем чаще всего разговаривают между собой больные (расставить по приоритету)	А	О своей болезни, самочувствии, о процессе лечения; о больничном быте
6		Б	О семье, детях, работе
6		В	О Боге, церкви, о бытии, о смерти
6		Г	О гороскопах; о своих мечтах, планах на будущее
6		Д	О футболе (хоккее и пр.); о фильмах; "рыбацкие истории"; случаях из жизни; сплетни, в т.ч. Друг о друге; о женщинах (мужчинах); о прошлом; о тюремной или армейской жизни
6		Е	Нет предпочтительных тем
6		Ж	О другом (указать)
6		З	Не знаю
6			пропущен
6			дополнительная информация
7	Кто чаще всего является пациентами Вашего отделения? (расставить по преобладанию)	А	Постоянно работающие
7		Б	Временно или эпизодически работающие
7		В	Безработные
7		Г	Учащиеся
7		Д	Представители коммерческих секс.услуг
7		Е	Другое (указать)
7		Ж	Не знаю
7			пропущен
7			дополнительная информация
8	Отношение пациентов Вашего отделения к спиртному и наркотикам (расставить по частоте встречаемости)	А	Алкоголизм

8		Б	Наркомания
---	--	---	------------

Продолжение Приложения А

8		Б1	Марихуана
8		Б2	Тяжелые наркотики
8		Б3	Синтетические наркотики
8		В	Нет никаких пристрастий
8		Г	Другое (указать)
8		Д	Не знаю
8			пропущен
8			дополнительная информация
9	Какая целевая жизненная установка у пациентов? (выстроить по приоритету)	А	Интересуются вопросами жизни
9		Б	Интересуются вопросами смерти
9		В	Никогда не слышали от них рассуждений на темы бытия и смерти
9		Г	Ждут, когда их обнадежат сообщением о полном их выздоровлении
9		Д	Полное безучастие ко всему
9		Е	Озабочены предстоящими трудностями после выписки
9		Ж	Другое (указать)
9		З	не знаю
9			пропущен
9			дополнительная информация
10	Если пациенты не разговаривают на темы жизни и смерти, то есть ли какие-то признаки, что их это все-таки интересует?(выбрать)	А	Их это интересует, т.к.они охотно слушают говорящего на эти темы, не перебивают его и всем своим видом проявляют интерес к теме
10		Б	Скорее интересует, но они боятся таких разговоров
10		В	Скорее не интересует, но не перебивают
10		Г	Не интересует
10		Д	Другое (указать)

10		Е	Не знаю
----	--	---	---------

Продолжение приложения А

10			пропущен
10			дополнительная информация
11	Кто из пациентов Вашего отделения чаще проявляет интерес к вопросам жизни и смерти?	А	Женщины
11		Б	Мужчины
11		В	Нет четкого разделения
11		Г	Другое (указать)
11		Д	Не знаю
11			пропущен
11			дополнительная информация
12	Если пациенты просят встречи со священником, то кто чаще это делает?	А	Женщины
12		Б	Мужчины
12		В	Нет четкого разделения
12		Г	Не сами больные, а их родственники для них
12		Д	Другое (указать)
12		Е	Не знаю
12			пропущен
12			дополнительная информация
13	Какое количество больных посещают церковные службы в больничном храме?	А	Менее 10
13		Б	от 11 до 15
13		В	от 16 до 20
13		Г	от 21 до 25
13		Д	от 26 до 30
13		Е	от 31 до 35
13		Ж	от 36 до 40
13		З	более 40
13		и	Не знаю
13			пропущен
13			дополнительная информация

Продолжение приложения А

14	Кого из пациентов чаще можно видеть на церковных службах?	А	Женщины
14		Б	Мужчины
14		В	Нет четкого разделения
14		Г	Не знаю
14			пропущен
14			дополнительная информация
15	Есть ли среди пациентов постоянные прихожане?	А	Да
15		Б	Нет
15		В	Другое (указать)
15		Г	Не знаю
15			пропущен
15			дополнительная информация
16	Сколько из посещающих церковные службы больных постоянных прихожан?	А	Большая часть
16		Б	Приблизительно половина
16		В	Меньшая часть
16		Г	Единицы
16		Д	Другое (указать)
16		Е	Не знаю
16			пропущен
16			дополнительная информация
17	Наблюдаются ли у больных какие-либо изменения их психофизического состояния после разговора со священником или посещения церкви?	А	Да, они становятся спокойнее, общительнее, веселее, спокойней сон и пр. положительные признаки (указать)
17		Б	Да, они лучше реагируют на лекарства, которые принимают
17		В	Нет связи. У некоторых есть положительные изменения, но есть и такие, у которых были отрицательные изменения
17		Г	Нет изменений, но им нравится посещать службы

Продолжение приложения А

17		Д	Нет никаких изменений
17		Е	Нет отличий от тех, кто не ходит в церковь или общается со священником
17		Ж	Изменения в худшую сторону. Ону становятся более замкнутые (раздражительные, плохо спят и пр.)
17		З	другое (указать)
17		И	Не знаю
17			пропущен
17			дополнительная информация

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

(обязательное)

Рисунки к вопросам таблиц Приложения А (экспертный опрос)

Вопрос 3. Что наиболее важно для пациентов кроме результатов лечения?

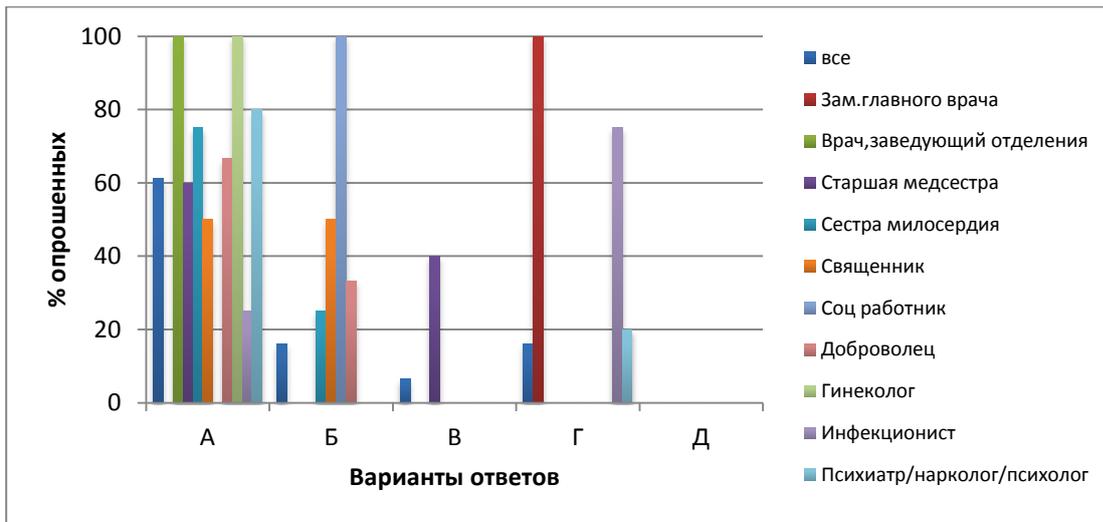


Рисунок Б.1.а

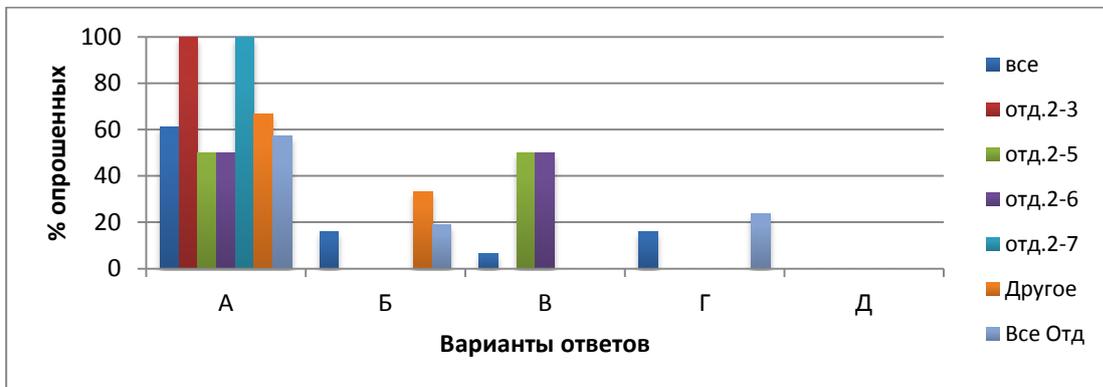


Рисунок Б.1.б

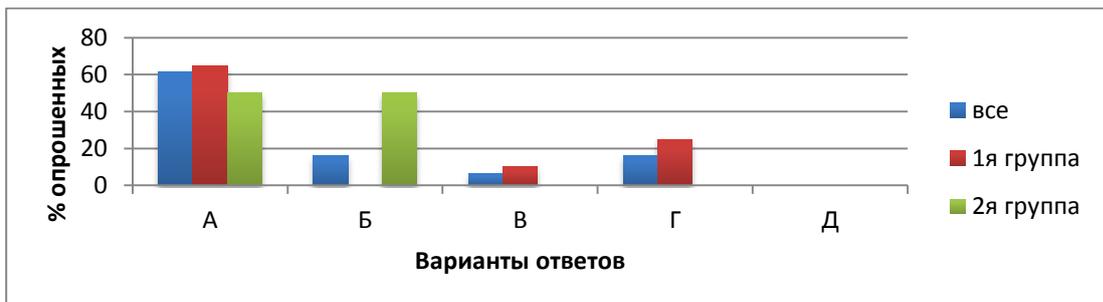


Рисунок Б.1.в

А - бытовые условия пребывания в больнице; Б - общение; В - безразличны ко всему; Г- другое; Д - ответ пропущен.

Продолжение приложенияБ

Вопрос 4. Что для больных важно из бытовых условий?

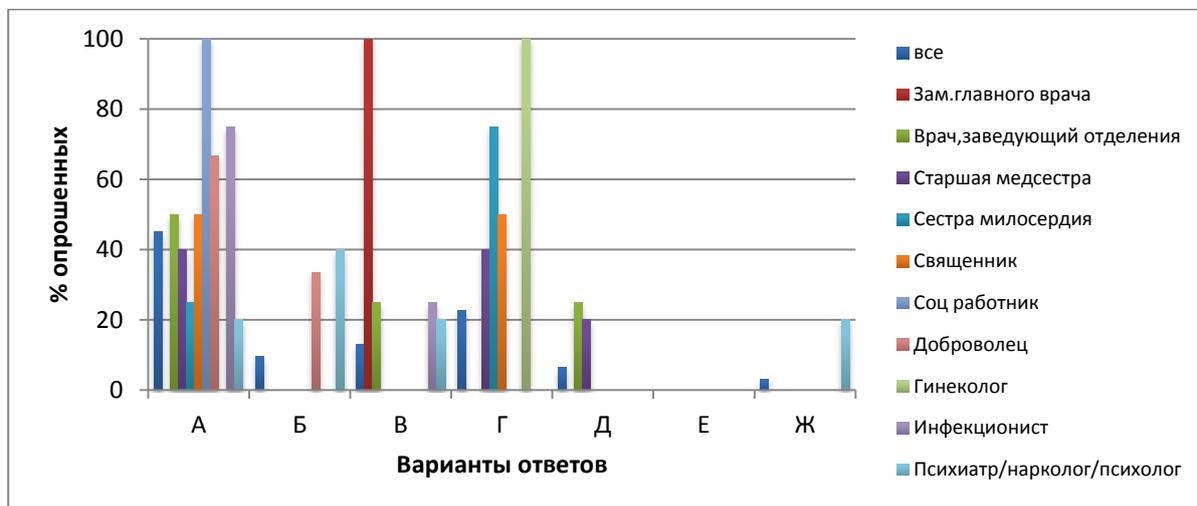


Рисунок Б.2.а

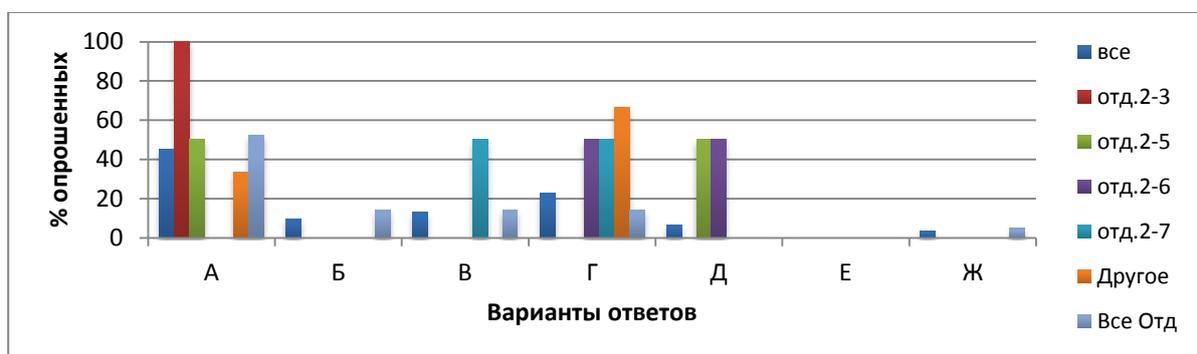
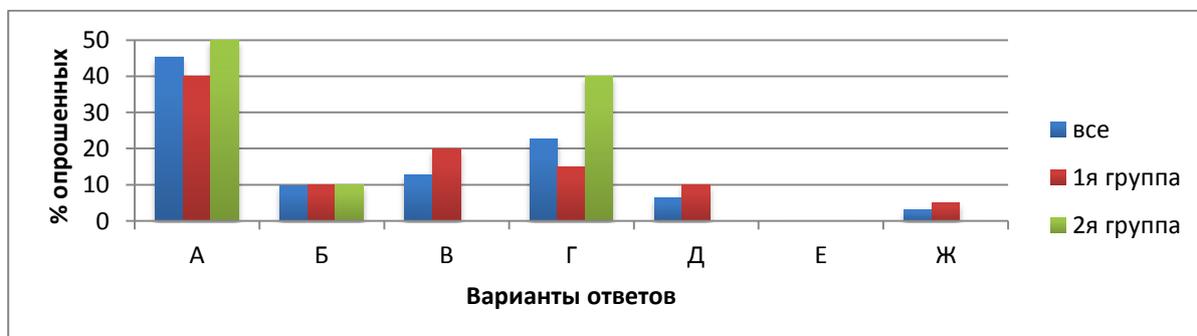


Рисунок Б.2.б



РисунокБ.2.в

А - частая смена белья, водные процедуры, средства личной гигиены, чистота в палате; Б - вкусная еда; В - тишина в палате; Г - ТВ, кино, наличие средств коммуникации с внешним миром; Д - свобода перемещения в больничном пространстве; Е - другое; Ж - ответ пропущен.

Продолжение приложения Б

Вопрос 5. Кого больные предпочитают в качестве собеседника, чтобы поговорить «по душам»?

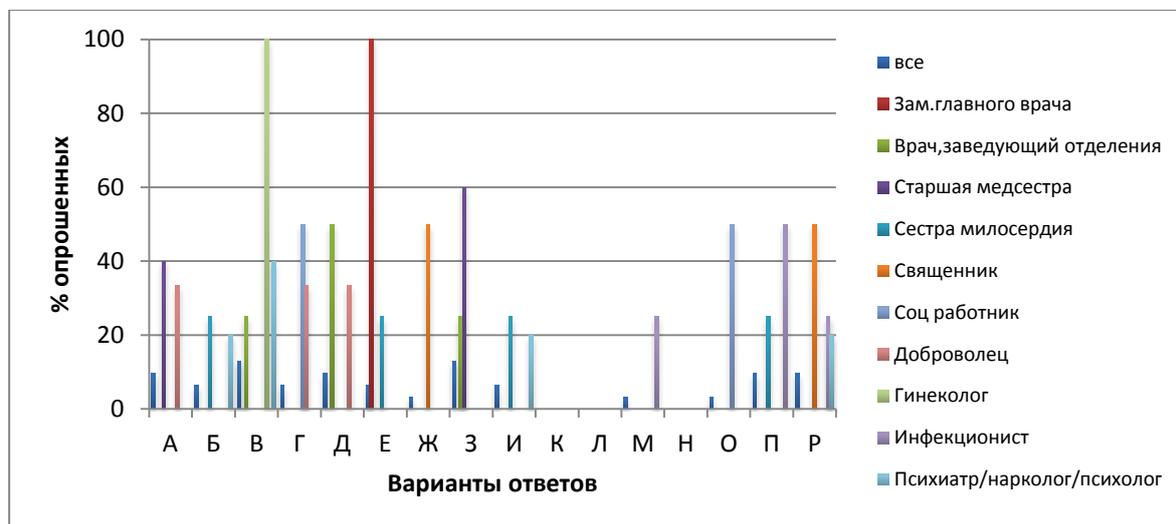


Рисунок Б.3.а

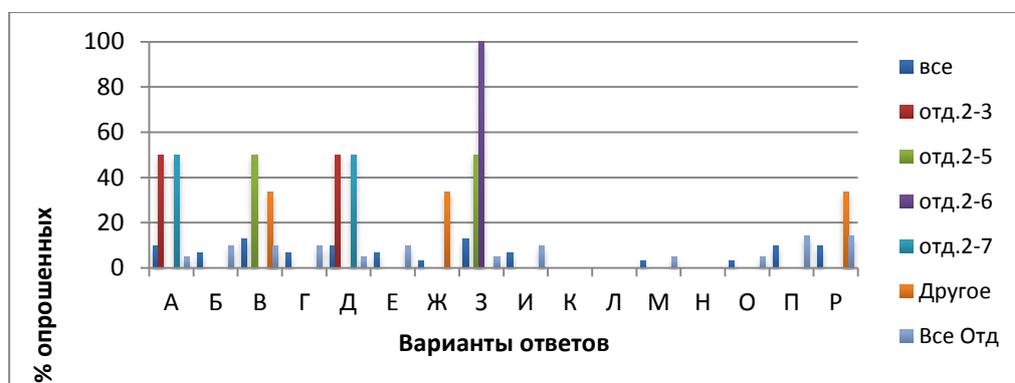


Рисунок Б.3.б

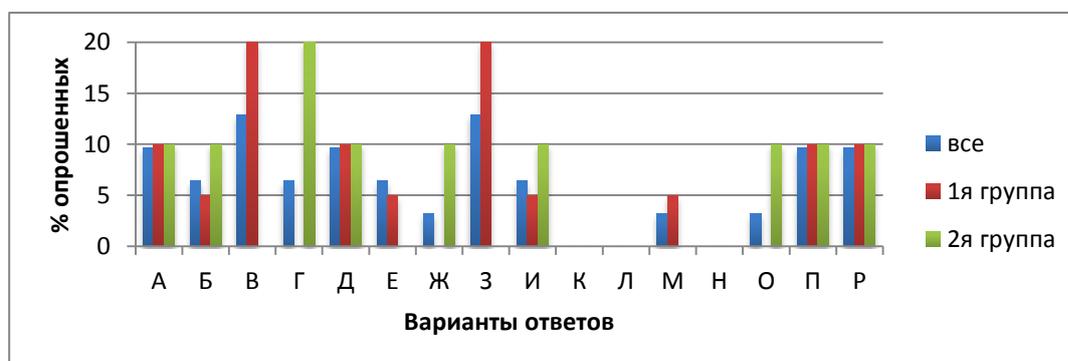


Рисунок Б.3.в

А - медсестру; Б - сестру милосердия; В - врача; Г - волонтера; Д - родственника Е - друга; Ж - священника; З - общество таких же больных; И - общество здоровых; К - одиночество; Л - чтобы держал за руку; М - молчаливого; Н - разговорчивого; О - случайного; П - другое; Р - ответ пропущен.

Продолжение приложения Б

Вопрос 6. О чем чаще всего разговаривают больные между собой?

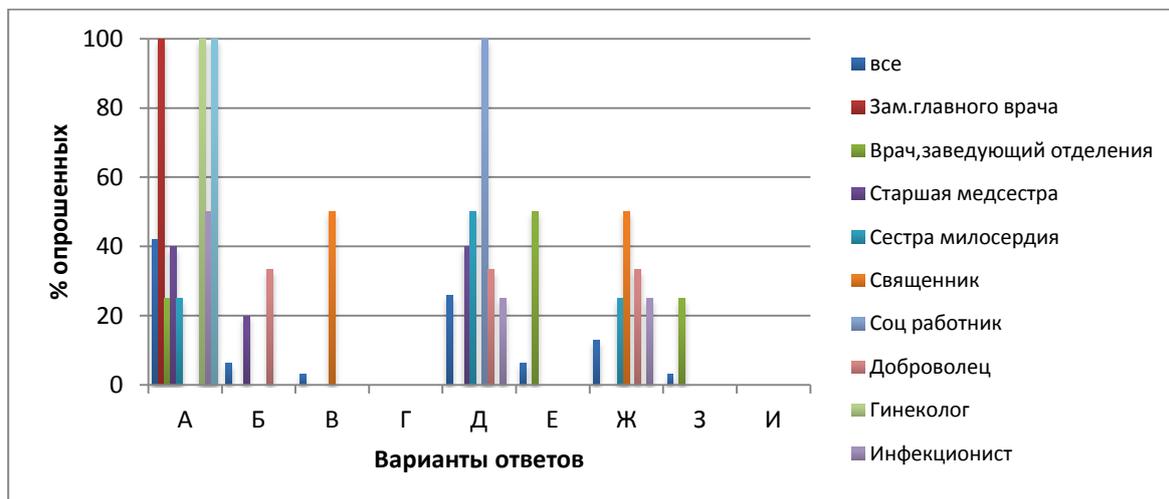


Рисунок Б.4.а

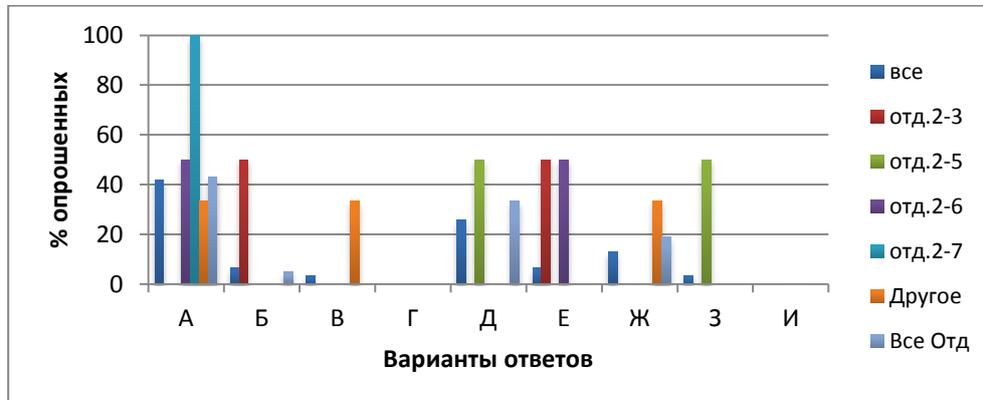


Рисунок Б.4.б

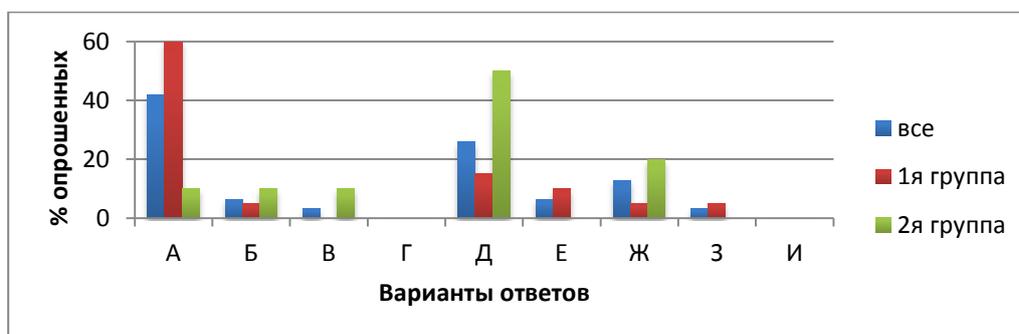


Рисунок Б.4.в

А - о своей болезни; Б - о семье, детях; В - о Боге, церкви; Г - о гороскопах, о своих мечтах, планах на будущее; Д - о футболе, кино, рыбацкие истории, сплетни, о женщинах (мужчинах); Е - нет предпочтений; Ж - другое; З - не знаю; И - ответ пропущен.

Продолжение приложения Б

Вопрос 9. Какая жизненная установка у пациентов?

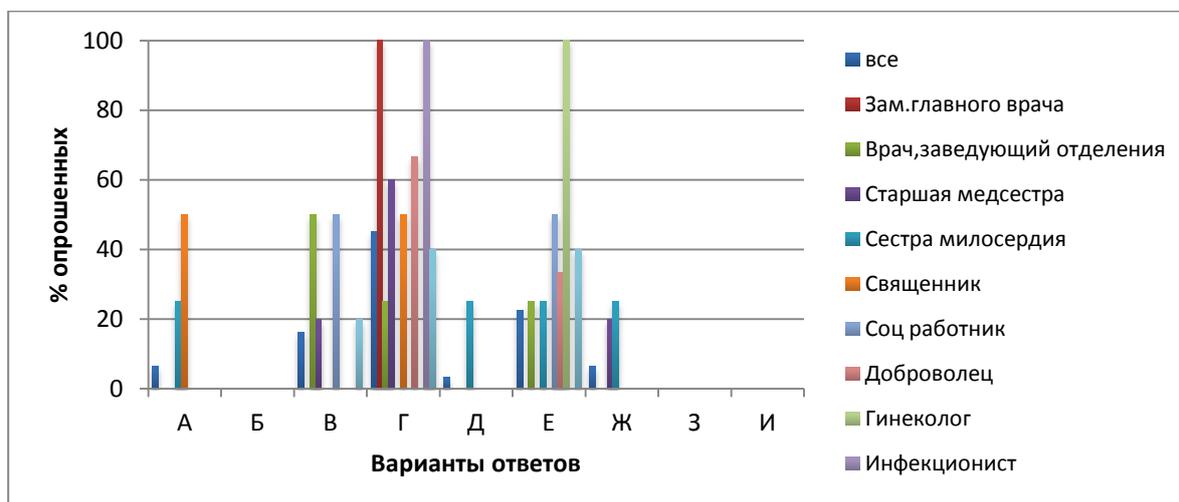


Рисунок Б.5.а

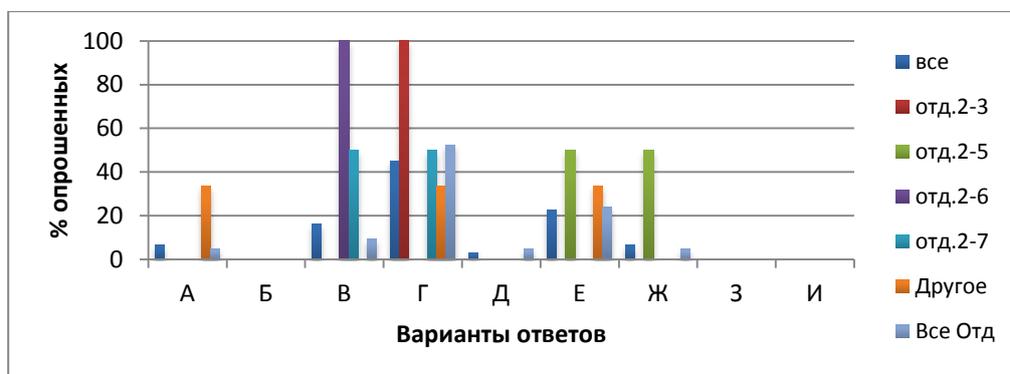


Рисунок Б.5.б

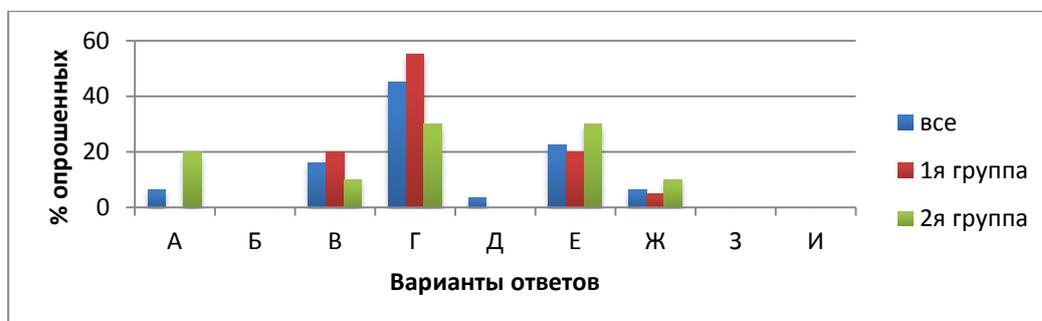


Рисунок Б.5.б, Б.5.в

А – интересуются вопросами жизни; Б – интересуются вопросами смерти;

В – никогда не слышали от них рассуждений на темы бытия и смерти; Г – ждут, когда их обнадежат сообщением о полном их выздоровлении; Д – полное безучастие ко всему; Е – озабочены предстоящими трудностями после выписки; Ж – другое; З – не знаю; И – ответ пропущен.

Продолжение приложения Б

Вопрос 10. Если пациенты не разговаривают на темы жизни и смерти, есть ли какие-то признаки, что их это, всё-таки, интересует?

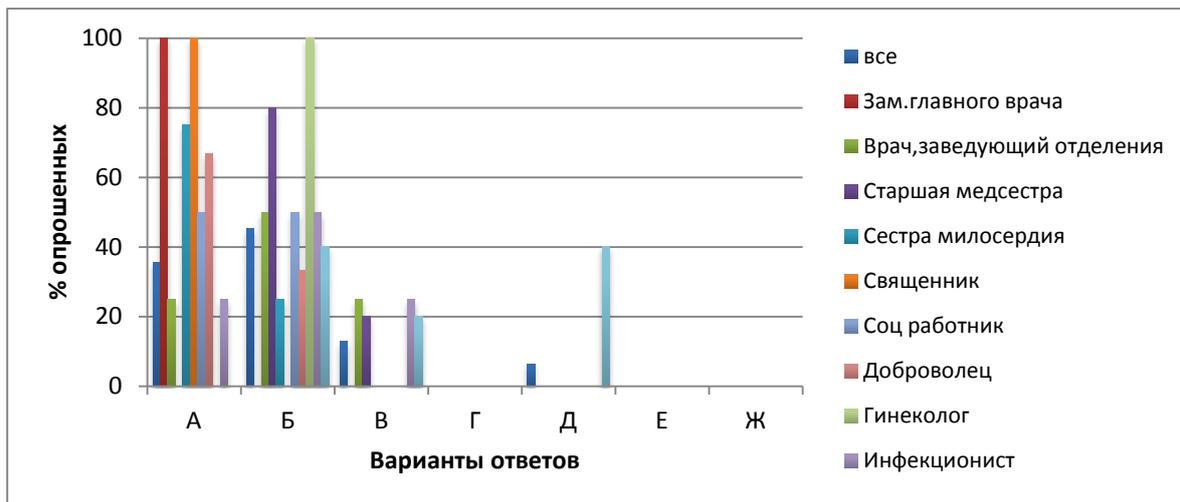


Рисунок Б.6.а

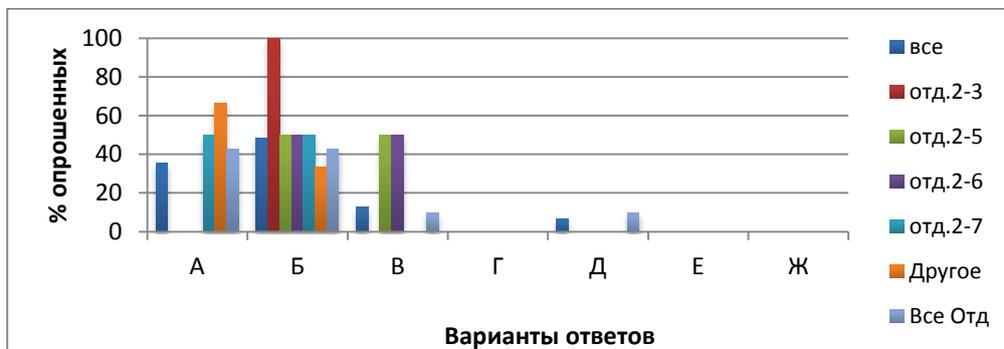


Рисунок Б.6.б

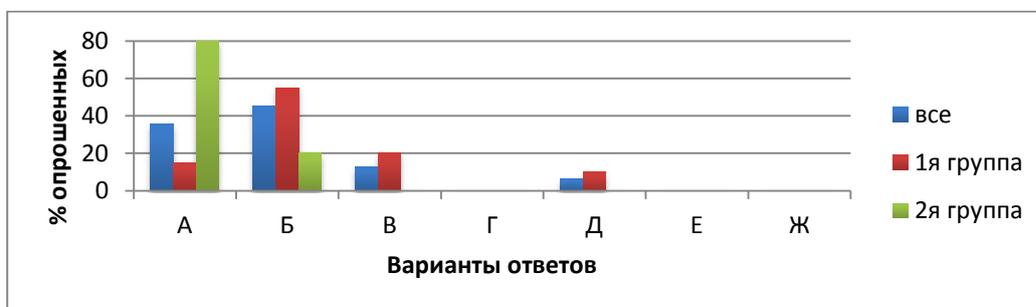


Рисунок Б.6.в

А – их это интересует, они охотно слушают говорящего на эти темы, не перебивают и всем видом выказывают интерес; Б – скорее, интересуется, но боятся таких разговоров; В – скорее, не интересуется, но не перебивают; Г – не интересуется; Д – другое; Е – не знаю; Ж – ответ пропущен.

Продолжение приложения Б

Вопрос 11. Кто из пациентов Вашего отделения чаще проявляет интерес к вопросам жизни и смерти?

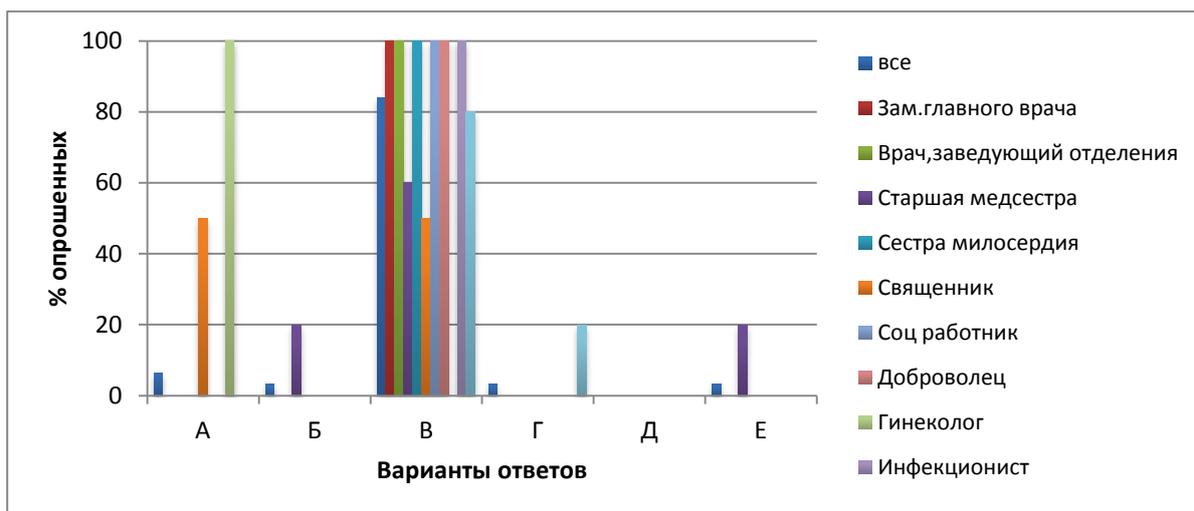


Рисунок Б.7.а

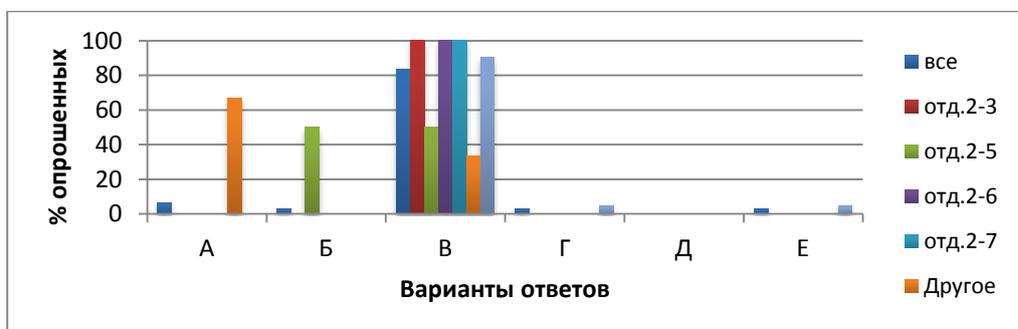


Рисунок Б.7.б

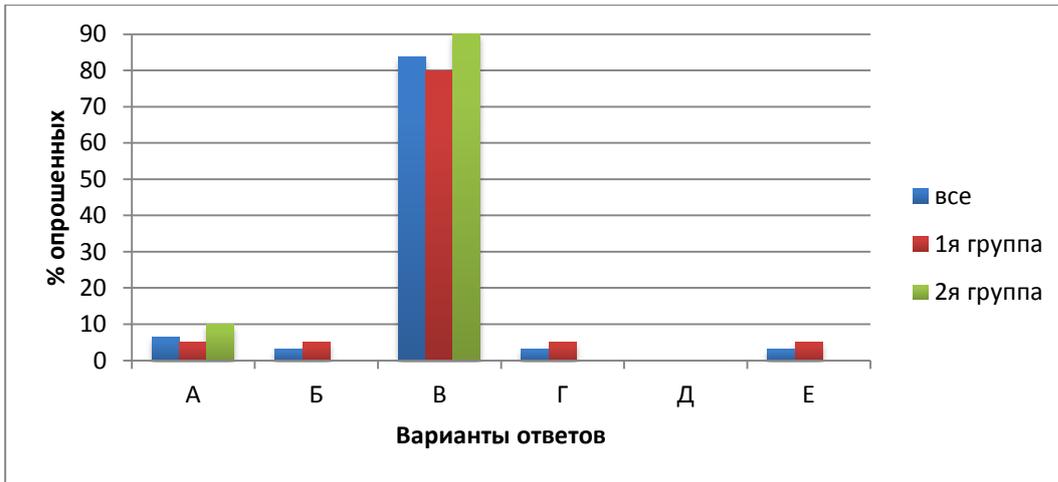


Рисунок Б.7.в

А – женщины; Б – мужчины; В – нет четкого разделения; Г – другое; Д – не знаю; Е – ответ пропущен.
Продолжение приложения Б

Вопрос 13. Наблюдаются ли у больных какие-либо изменения их психо-физического состояния после посещения церкви или бесед со священником?

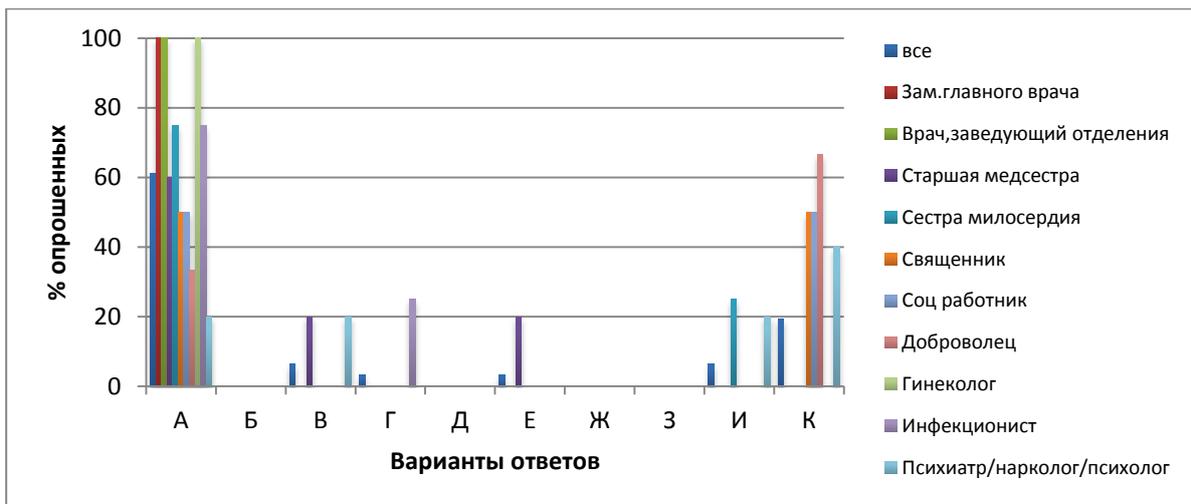


Рисунок Б.8.а

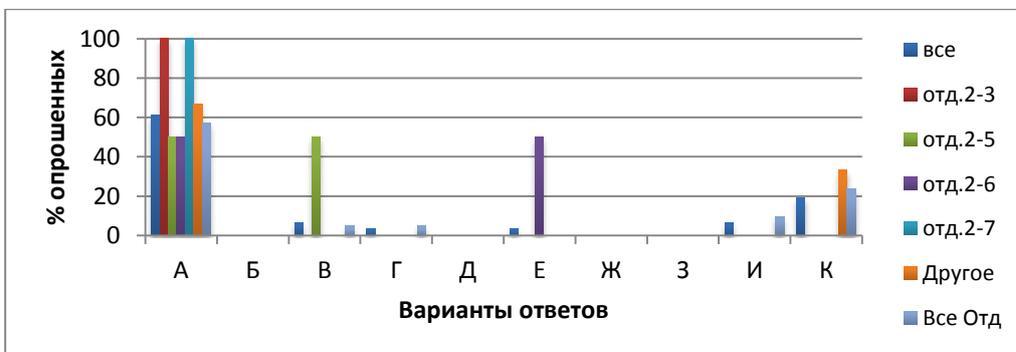


Рисунок Б.8.б

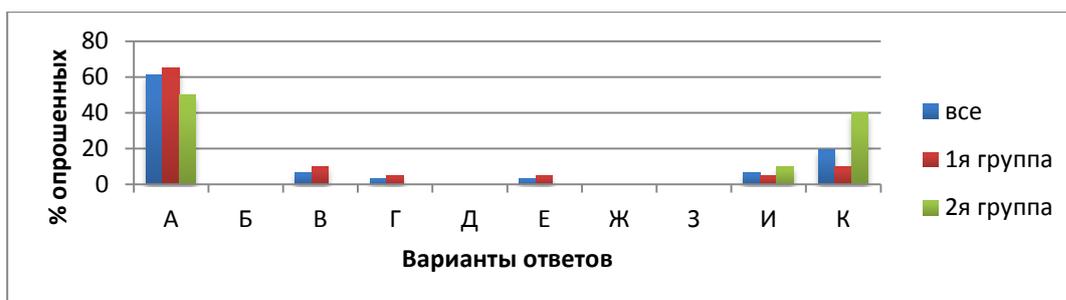


Рисунок 8.8.в

А – да; они становятся спокойнее, общительнее, веселее, спокойнее сон т.п.;

Б – да; они лучше реагируют на лекарства, которые принимают; В – нет связи; у некоторых есть положительные изменения, но есть и те, у кого были отрицательные; Г – нет изменений, но им нравится посещать службы; Д – нет никаких изменений; Е – нет отличий от тех, кто не ходит в церковь и не беседует со священником; Ж – изменения в худшую сторону: они становятся замкнутые, раздражительные, плохо спят и т.д.; З – другое; И – не знаю; К – ответ пропущен.

ПРИЛОЖЕНИЕ В (обязательное)

Опросник для индивидуального глубинного интервью
пациентов лечебных ВИЧ-отделений стационара

№№	раздел	вопрос	номер ответа	ответ
0	Анкета	дата опроса		дополнительная информация
0		номер протокола		дополнительная информация
0		тип респондента		дополнительная информация
0		комментарии интервьюера		дополнительная информация
0		комментарии респондента		дополнительная информация
1	Общие сведения	пол	А	женский
1			Б	мужской
1				пропущен
1				дополнительная информация
2		возраст	А	19-29
2			Б	30-39
2			В	40-49
2			Г	50-59
2			Д	60-69
2			Е	70 и более
2				пропущен

2				дополнительная информация
3		место жительства	А	город
3			Б	поселок городского типа
3			В	село/деревня
3			Г	нет постоянного места жительства
3			Д	другое
3				пропущен
3				дополнительная информация
4		жилищные условия	А	отдельная квартира
4			Б	коммунальная квартира
4			В	дачный дом
4			Г	деревенский дом
4			Д	коттедж
4			Е	общежитие
4			Ж	у меня нет жилья

Продолжение приложения В

4			З	другое
4				пропущен
4				дополнительная информация
5		материальное положение	А	могу себе позволить все, что захочу
5			Б	ни в чем не нуждаюсь
5			В	иногда денег не хватает
5			Г	еле-еле зватает на еду
5			Д	бывает, что не на что купить хлеба
5				пропущен
5				дополнительная информация
6		семейное положение	А	холост/не замужем
6			Б	женат/замужем
6			В	живем вместе, но официально не состоим в браке
6			Г	живем порознь, но не разведены
6			Д	разведен(а)
6			Е	вдовец/вдова
6				пропущен

6				дополнительная информация
7		образование	А	среднее неполное
7			Б	среднее общее
7			В	среднее специальное
7			Г	неоконченное высшее
7			Д	высшее
7			Е	другое
7				пропущен
7				дополнительная информация
8	Социум.Работа(учеба)	1. Работает или учится	А	работаю
8			Б	учусь

Продолжение приложения В

8			В	совмещаю работу и учебу
8			Г	ничем не занимаюсь
8				пропущен
8				дополнительная информация
9		2. Сфера деятельности	А	Наука
9			Б	Медицина
9			В	Образование
9			Г	Культура
9			Д	Военнослужащий
9			Е	Квалифицированный специалист
9			Ж	Разнорабочий
9			З	Студент
9			И	Предприниматель
9			К	Неработающий пенсионер
9			Л	Работающий пенсионер
9			М	Безработный
9			Н	Другое
9				пропущен
9				дополнительная информация
10		3. У Вас работа постоянная?	А	постоянная

10			Б	временная
10			В	другое
10				пропущен
10				дополнительная информация
11		4. Вы работаете по профессии	А	да
11			Б	нет
11			В	другое
11				пропущен
11				дополнительная информация
12		5. Вам нравится ваша работа	А	да
12			Б	нет
12			В	не знаю

Продолжение приложения В

12			Г	другое
12				пропущен
12				дополнительная информация
13		6. Ваши коллеги знают о вашем диагнозе	А	все знают
13			Б	некоторые знают
13			В	никто не знает
13			Г	другое
13				пропущен
13				дополнительная информация
14		7. Как ваши коллеги относятся к вам	А	любят
14			Б	уважают
14			В	недолюбливают
14			Г	ненавидят
14			Д	жалеют
14			Е	боятся
14			Ж	равнодушно
14			З	другое
14				пропущен

14				дополнительная информация
15		8. как вы относитесь к своим коллегам	А	люблю
15			Б	уважаю
15			В	недолюбливаю
15			Г	ненавижу
15			Д	жалею
15			Е	боюсь
15			Ж	равнодушно
15			З	другое
15				пропущен
15				дополнительная информация
16		9. собираетесь ли поменять место работы	А	да
16			Б	возможно
16			В	нет

Продолжение приложения В

16			Г	не знаю
16			Д	другое
16				пропущен
16				дополнительная информация
17	Семья	1. С кем из родственников проживаете	А	другое
17			Б	ни с кем
17			В	с родителями
17			Г	с мужем/женой
17			Д	два поколения
17			Е	в семье родственников
17			Ж	бабушка
17			З	с родителями и детьми
17			И	с детьми (своя семья, неполная)
17			К	с друзьями
17				пропущен
17				дополнительная информация

18		2. какие у вас отношения с ними	А	идеальные
18			Б	хорошие
18			В	плохие
18			Г	ужасные
18			Д	другое
18				пропущен
18				дополнительная информация
19		3. Родные знают о Вашем диагнозе?	А	да
19			Б	не все
19			В	нет
19			Г	другое
19				пропущен
19				дополнительная информация

Продолжение приложения В

20		4. Как изменились Ваши отношения с родными после постановки диагноза?	А	изменились в лучшую сторону
20			Б	остались прежние
20			В	изменились в худшую сторону
20			Г	другое
20				пропущен
20				дополнительная информация
21		5. У Вас есть несовершеннолетние дети?	А	да, проживают со мной
21			Б	да, но мы не проживаем совместно
21			В	мои дети уже совершеннолетние
21			Г	у меня нет детей
21			Д	другое
21				пропущен
21				дополнительная информация

22		6. Вы активно участвуете в воспитании детей?	А	да, я активно участвую в воспитании детей (гуляю с ними; бываю на родительских собраниях в школе/забираю детей из сада; читаю им книжки и хожу в кино и т.д.)
22			Б	не всегда активно участвую в их воспитании
22			В	нет, я не принимаю активного участия в воспитании
22			Г	я не общаюсь со своими детьми
22			Д	Другое
22			Е	Нет детей
22				пропущен
22				дополнительная информация
23		7. Ваши дети знают о Вашей болезни?	А	да, знают
23			Б	нет, но я собираюсь рассказать
23			В	нет, я не хочу, чтобы они знали
23			Г	Другое
23			Д	Нет детей

Продолжение приложения В

23				пропущен
23				дополнительная информация
24		8. С кем из родственников у Вас сейчас наилучшие отношения? Назовите	А	они всегда были такие
24			Б	они стали такие после постановки мне диагноза
24			В	Другое
24				пропущен
24				дополнительная информация
25		9. С кем из родственников у Вас сейчас наихудшие отношения? Назовите	А	они всегда были такие
25			Б	они стали такие после постановки мне диагноза
25			В	другое
25			Г	таких нет

25				пропущен
25				дополнительная информация
26	Друзья	1. Есть ли у Вас друзья?	А	да
26			Б	нет
26			В	не знаю
26			Г	другое
26				пропущен
26				дополнительная информация
27		2. Ваши друзья знают о Вашей болезни?	А	да
27			Б	не все
27			В	нет
27			Г	другое
27				пропущен
27				дополнительная информация

Продолжение приложения В

28			В	изменились в худшую сторону
28			Г	другое
28				пропущен
28				дополнительная информация
29		4. Где Вы обычно встречаетесь с друзьями?	А	у меня дома
29			Б	у кого-то из них дома
29			В	в ресторане, кафе и т.п.
29			Г	на улице
29			Д	общаемся по телефону
29			Е	другое
29				пропущен
29				дополнительная информация

30		5.Изменилось ли Ваше обычное времяпрепро- вождение?	А	нет, все осталось по- прежнему
30			Б	скорее нет
30			В	скорее да
30			Г	да, изменилось
30			Д	не знаю
30			Е	другое
30				пропущен
30				дополнительная информация
31	Эмоциональная сфера	1. Как Вы реагируете на грубость по отноше- нию к себе?	А	очень остро, могу заплакать
31			Б	обижаюсь, но держу се- бя в руках
28			В	изменились в худшую сторону
28			Г	другое
28				пропущен
28				дополнительная инфор- мация

Продолжение приложения В

29		4.Где Вы обычно встречаетесь с друзья- ми?	А	у меня дома
29			Б	у кого-то из них дома
29			В	в ресторане, кафе и т.п.
29			Г	на улице
29			Д	общаемся по телефону
29			Е	другое
29				пропущен
29				дополнительная информация
30		5.Изменилось ли Ваше обычное времяпрепро- вождение?	А	нет, все осталось по- прежнему
30			Б	скорее нет
30			В	скорее да
30			Г	да, изменилось

30			Д	не знаю
30			Е	другое
30				пропущен
30				дополнительная информация
31	Эмоциональная сфера	1. Как Вы реагируете на грубость по отношению к себе?	А	очень остро, могу заплакать
31			Б	обижаюсь, но держу себя в руках
31			В	злюсь, хочется отомстить обидчику
31			Г	немедленно вступаю в конфликт с обидчиком
31			Д	прощаю
31			Е	другое
31				пропущен
31				дополнительная информация

Продолжение приложения В

32		2.Как долго Вы помните нанесенные обиды?	А	сразу забываю
32			Б	помню некоторое время
32			В	помню долго
32			Г	я не забываю обид
32			Д	другое
32				пропущен
32				дополнительная информация
33		3.Вам бывает одиноко?	А	постоянно
33			Б	часто
33			В	редко
33			Г	никогда
33			Д	другое
33				пропущено
33				дополнительная информация

34		4.Что помогает Вам не чувствовать себя одиноким(ой)?	А	со мной живут любящие меня люди (человек)
34			Б	меня регулярно навещают родственники и/или друзья
34			В	я привык быть один и ни от кого не зависеть
34			Г	вера в Бога
34			Д	другое
34				пропущен
34				дополнительная информация
35		5.Как Вы боретесь с чувством одиночества?	А	я общаюсь с сестрами милосердия из патронажной службы
35			Б	читаю, слушаю музыку, смотрю ТВ, хожу в кино, на футбол и т.п.
35			В	хожу в церковь/общаюсь со священником
35			Г	посещаю психолога
35			Д	гуляю по улице в людных местах или разговариваю со случайными людьми на лавочке
35			Е	звоню друзьям/родным

Продолжение приложения В

35			Ж	общаюсь в соц.сетях, ЖЖ, чатах
35			З	не борюсь, т.к. люблю уединение
35			И	не знаю, как бороться, но одиночество меня гнетет
35			К	Другое
35				пропущен
35				дополнительная информация
36		6. Ваши страхи - биологические	А	Ухудшение здоровья
36			Б	Страх за жизнь
36			В	За здоровье близких
36			Г	Боли
36			Д	Смерти

36			Е	Ничего
36			Ж	Другое
36				пропущен
36				дополнительная информация
37		6. Ваши страхи - социальные	А	Быть в тягость своим близким
37			Б	Потерять работу
37			В	Не найти работу
37			Г	Кто-то узнает о моей болезни и я стану изгоем
37			Д	Лечение будет очень дорогим для меня
37			Е	Ничего не боюсь
37			Ж	Другое
37				пропущен
37				дополнительная информация
38		6. Ваши страхи - экзистенциальн.	А	Страшных снов
38			Б	Плохих примет
38			В	Неизвестности
38			Г	Появились страхи которых раньше не было

Продолжение приложения В

38			Д	Бывает страшно без видимой причины
38			Е	Ничего
38			Ж	Другое
38				пропущен
38				дополнительная информация
39		7. Вы чувствуете себя расстроенным или печальным	А	Редко расстраиваюсь, я веселый человек
39			Б	Случается, что я расстраиваюсь, но не больше, чем все
39			В	Часто расстраиваюсь, и многое приводит меня в уныние
39			Г	Настолько расстроен и несчастлив, что с трудом переношу это

39			Е	Другое
39				пропущен
39				дополнительная информация
40		8.Вас тревожат мысли о будущем?	А	нет
40			Б	вполне уверен в своем будущем
40			В	такие вопросы возникают, но они не пугают меня
40			Г	да
40			Д	чувствую, что в будущем скорее всего могут возникнуть неприятные обстоятельства
40			Е	уже не жду ничего хорошего
40			Ж	другое
40				пропущен
40				дополнительная информация
41		9.Вы считаете, что у Вас в жизни было много неудач?	А	нет
41			Б	я везучий человек

Продолжение приложения В

41			В	не чувствую, что неудач в моей жизни было много, но они были, как и у любого человека
41			Г	не причисляю себя к неудачникам, но неудач у меня было больше, чем у других
41			Д	да
41			Е	я - полный неудачник
41			Ж	другое
41				пропущен
41				дополнительная информация
42		10.Вы удовлетворены своей жизнью?	А	да
42			Б	я удовлетворен жизнью
42			В	в основном все сложилось хорошо кроме некоторых моментов

42			Г	нет
42			Д	скорее не удовлетворен
42			Е	полностью не удовлетворен жизнью и мне всё надоело
42			Ж	другое
42				пропущен
42				дополнительная информация
43		11. Вас иногда посещает чувство вины?	А	никогда
43			Б	иногда чувствую себя виноватым
43			В	довольно часто ощущаю себя виноватым
43			Г	постоянно испытываю чувство вины
43			Д	другое
43				пропущен
43				дополнительная информация
44		12. У Вас есть ощущение, что Вы наказаны за что-то?	А	нет
44			Б	чего нет-того нет
44			В	редко

Продолжение приложения В

44			Г	иногда мне кажется, что кое за что меня следует наказать
44			Д	да
44			Е	меня следовало бы здорово наказать за многие вещи
44			Ж	я чувствую себя уже наказанным
44			З	другое
44				пропущен
44				дополнительная информация
45		13. Как Вы относитесь к себе? Вы себе нравитесь?	А	доволен собой
45			Б	иногда я недоволен собой
45			В	недоволен собой

45			Г	нет
45			Д	ненавижу себя
45			Е	другое
45				пропущен
45				дополнительная информация
46		14.Вы часто себя критикуете и осуждаете?	А	нет
46			Б	мне не за что себя критиковать
46			В	всё я делаю правильно
46			Г	иногда критикую себя
46			Д	да
46			Е	часто критикую себя
46			Ж	во всём виню одного себя
46			З	кругом виноват
46			И	другое
46				пропущен
46				дополнительная информация
47		15.Вам приходили мысли о самоубийстве?	А	нет
47			Б	такие мысли мне никогда не приходили и не приходят в голову

Продолжение приложения В

47			В	мне в жизни несколько раз приходила такая мысль, но я отгонял ее
47			Г	такие мысли приходят, но я не буду их осуществлять
47			Д	да
47			Е	такие мысли часто посещают меня
47			Ж	другое
47				пропущен
47				дополнительная информация
48		16.Вы сейчас плачете чаще, чем обычно?	А	нет
48			Б	не чаще

48			В	немного чаще, чем раньше, но не слишком
48			Г	да
48			Д	гораздо чаще
48			Е	всё время плачу
48			Ж	раньше мог(ла) плакать, а сейчас не могу, даже если хочется
48			З	другое
48				пропущен
48				дополнительная информация
49		17.Вы стали более раздражительным, чем раньше?	А	нет
49			Б	не более, чем обычно
49			В	сейчас легче раздражаюсь, чем раньше
49			Г	да
49			Д	постоянно чувствую, что раздражен
49			Е	стал(а) равнодушен(шна) к вещам, которые меня раньше раздражали

Продолжение приложения В

49			Ж	другое
49				пропущен
49				дополнительная информация
50		18.Вас интересуют другие люди и/или их заботы?	А	да
50			Б	не отмахиваюсь от других людей и/или их забот
50			В	меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше
50			Г	почти потерял(а) интерес к другим людям
50			Д	нет
50			Е	полностью утратил(а) интерес к другим людям

50			Ж	другое
50				пропущен
50				дополнительная информация
51		19.Вы всегда выполняете принятые Вами решения?	А	да
51			Б	всегда стараюсь выполнять принятые решения
51			В	часто откладываю принятие решений
51			Г	сейчас мне гораздо труднее принимать решения, чем раньше
51			Д	нет
51			Е	больше не могу принимать решения. Всё идет, как идет.
51			Ж	другое
51				пропущен
51				дополнительная информация

Продолжение приложения В

52		20.Вам кажется, что сейчас Вы выглядите как и прежде или изменились?	А	несмотря ни на что, практически не изменился
52			Б	во мне произошли перемены, но не большие
52			В	в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным
52			Г	выгляжу безобразно
52			Д	другое
52				пропущен
52				дополнительная информация

53		21. Можете ли Вы выполнять какую-либо работу, действуя так же, как раньше?	А	да
53			Б	могу работать так же, как и раньше
53			В	мне необходимо совершить некоторое усилие, чтобы начать делать что-нибудь
53			Г	с трудом заставляю себя делать что-либо
53			Д	нет
53			Е	совсем не могу выполнять никаких действий
53			Ж	другое
53				пропущен
53				дополнительная информация
54		22. Вы можете описать, в какой степени Вас беспокоит состояние Вашего здоровья?	А	беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно
54			Б	меня тревожат проблемы моего физического здоровья

Продолжение приложения В

54			В	очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом
54			Г	настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать
54			Д	другое
54				пропущен
54				дополнительная информация

55	Источник заражения.	1.Что бы Вы могли сказать о предполагаемом источнике заражения?	А	знаю наверняка от кого/чего заразился(ась)
55			Б	могу предположить от кого/чего заразился(ась)
55			В	у меня нет никаких подозрений
55			Г	знаю, но не хочу говорить
55			Д	предполагаю, но не хочу говорить
55			Е	не хочу отвечать на этот вопрос
55			Ж	другое
55				пропущен
55				дополнительная информация
56		2.Ваша половая ориентация.	А	натурал
56			Б	бисексуал
56			В	гомосексуалист
56			Г	не хочу отвечать на этот вопрос
56			Д	другое
56				пропущен
56				дополнительная информация

Продолжение приложения В

57		3.Состоите ли Вы в браке?	А	да
57			Б	в венчаном
57			В	в официальном
57			Г	в гражданском(сожительство)
57			Д	нет
57			Е	не состою
57			Ж	не хочу отвечать на этот вопрос
57			З	Другое
57				пропущен
57				дополнительная информация

58		4.Как много половых партнеров было у Вас за последние 2-3 года?	А	более 10
58			Б	в пределах 10
58			В	1 - 3
58			Г	один
58			Д	не имел(а) половой связи в указанный период времени
58			Е	не хочу отвечать на этот вопрос
58			Ж	другое
58				пропущен
58				дополнительная информация
59		5.Были ли у Вас случайные сексуальные связи в последние 2-3 года?	А	да
59			Б	часто
59			В	редко
59			Г	одна-две
59			Д	нет
59			Е	случайных сексуальных связей не было
59			Ж	не хочу отвечать на этот вопрос
59			З	другое
59				пропущен
59				дополнительная информация

Продолжение приложения В

60		6.Была ли у Вас связь с наркоманом/наркоманкой?	А	да
60			Б	нет
60			В	возможно
60			Г	не знаю
60			Д	не хочу отвечать на этот вопрос
60			Е	другое
60				пропущен
60				дополнительная информация

61		7.Вы сами когда-либо употребляли наркотики?	А	да
61			Б	кололся(ась) систематически
61			В	пробовал(а) колоться
61			Г	наркотики пробовал(а),но не кололся(ась)
61			Д	нет
61			Е	никогда не употреблял(а) наркотики ни в каком виде
61			Ж	не хочу отвечать на этот вопрос
61			З	другое
61				пропущен
61				дополнительная информация
62		8.Кто/что, по Вашему мнению, является источником Вашего заражения?	А	постоянный половой партнер
62			Б	случайный половой партнер
62			В	употребление наркотиков через иглу
62			Г	врачебная халатность
62			Д	фатальная случайность
62			Е	меня преднамеренно заразил ВИЧ-инфицированный(уколот)

Продолжение приложения В

62			Ж	еще внутриутробное инфицирование
62			З	другое
62			И	знаю, но не хочу говорить
62			К	предполагаю, но не хочу говорить
62			Л	не знаю
62			М	не хочу отвечать на этот вопрос
62			Н	другое
62				пропущен

62				дополнительная информация
63	О смысле жизни.	1. Как Вы думаете, может ли человек управлять своей жизнью и судьбой?	А	да
63			Б	нет
63			В	другие люди управляют человеком
63			Г	иногда может
63			Д	у человека всё на роду написано, что с ним будет
63			Е	что-то Высшее управляет жизнью человека, какой-то Высший Разум
63			Ж	Бог управляет
63			З	не думал(а) об этом
63			И	не знаю
63			К	другое
63				пропущен
63				дополнительная информация
64		2. Вам хотелось бы поговорить с кем-либо о смысле жизни?	А	да
64			Б	нет
64			В	меня это интересует, но боюсь таких разговоров

Продолжение приложения В

64			Г	хотелось бы, но не знаю, кому задать такой вопрос
64			Д	не думал(а) об этом никогда
64			Е	не знаю
64			Ж	другое
64				пропущен
64				дополнительная информация
65		3. А в чем по-Вашему смысл жизни?	А	в семье
65			Б	в работе, творчестве

65			В	в Боге
65			Г	пожить в свое удовольствие
65			Д	не знаю
65			Е	другое
65				пропущен
65				дополнительная информация
66		4.С кем, Вы считаете, надо говорить о смысле жизни?Кто может лучше объяснить его лучше всего?	А	какой-нибудь пожилой и опытный человек
66			Б	может быть философ или психолог
66			В	каждый должен объяснить это себе сам
66			Г	священник(какой конфессии?)
66			Д	может быть кто-то из врачей
66			Е	не знаю
66			Ж	другое
66				пропущен
66				дополнительная информация
67		5.Как Вам кажется, другим повезло в жизни больше, чем Вам?	А	нет
67			Б	не больше
67			В	у всех есть неприятности

Продолжение приложения В

67			Г	повезло меньше, чем большинству людей
67			Д	я вообще неудачник
67			Е	не знаю
67			Ж	другое
67			З	да
67				пропущен
67				дополнительная информация
68		6.Что такое счастье?	А	материальный достаток

68			Б	хорошее образование и работа
68			В	крепкая семья
68			Г	здоровье
68			Д	не знаю
68			Е	другое
68				пропущен
68				дополнительная информация
69		7. Как Вам кажется, другие получают счастье по заслугам?	А	они не лучше меня, но им просто больше повезло, в отличие от меня
69			Б	они просто родились у других родителей и в других семьях, им не пришлось очень стараться для получения счастья
69			В	они встретили в жизни влиятельных людей, которые их поддержали
69			Г	они удачно женились (вышли замуж)
69			Д	наверное, они работали лучше
69			Е	Бог им помогает, а мне - нет
69			Ж	не знаю
69			З	другое
69				пропущен
69				дополнительная информация
70		8. Что, Вы считаете, самым главным в жизни, ради чего стоит жить?	А	семья и дети
70			Б	любовь

Продолжение приложения В

70			В	спасение души
70			Г	пожить в свое удовольствие
70			Д	не знаю
70			Е	другое
70				пропущен
70				дополнительная информация
71		9. Что для Вас было самым главным до болезни?	А	семья и дети

71			Б	здоровье
71			В	работа, бизнес
71			Г	материальный достаток
71			Д	хорошее образование
71			Е	половые взаимоотношения
71			Ж	пожить в свое удовольствие
71			З	не знаю
71			И	другое
71				пропущен
71				дополнительная информация
72		10.Что для Вас самое главное сейчас?	А	вылечиться
72			Б	семья и дети и их здоровье
72			В	не потерять силы
72			Г	не потерять работу
72			Д	найти работу
72			Е	найти средства к существованию
72			Ж	кроме Бога ничего не осталось
72			З	не знаю
72			И	другое
72				пропущен
72				дополнительная информация
73		11.В чем, по Вашему, может быть опора в жизни?	А	в стабильном заработке
73			Б	в надежных отношениях в семье

Продолжение приложения В

73			В	в друзьях
73			Г	нет никакой опоры
73			Д	хочу оклЮчитьcя от всего
73			Е	опора в вере в Бога; в Боге
73			Ж	не знаю
73			З	другое
73				пропущен
73				дополнительная информация

74	Планы	1.Что Вы планируете сделать в ближайшее время?	А	поправить здоровье насколько возможно
74			Б	сделать ремонт дома
74			В	заработать денег
74			Г	съездить куда-нибудь
74			Д	провести время с родными
74			Е	найти работу
74			Ж	ничего не планирую
74			З	не знаю
74			И	другое
74				пропущен
74				дополнительная информация
75		2.Что Вы планируете сделать в будущем, вообще в жизни?	А	приобрести подходящую профессию
75			Б	поступить учиться
75			В	поменять работу
75			Г	найти работу и средства к существованию
75			Д	какие у меня могут быть планы? Их нет
75			Е	не знаю
75			Ж	другое
75				пропущен
75				дополнительная информация

Продолжение приложения В

76	О вере и религии	1.Вы крещены?	А	да, крещен в Православии
76			Б	крещен, но не в Православии
76			В	я не христианин
76			Г	нет
76			Д	не знаю
76			Е	другое
76				пропущен
76				дополнительная информация

77		2.Как давно Вы крещены?	А	в детстве
77			Б	во взрослом возрасте
77			В	сам крестился во взрослом возрасте, когда стало тяжело в жизни
77			Г	во взрослом возрасте, это было осознанным, осмысленным шагом
77			Д	не знаю
77			Е	другое
77				пропущен
77				дополнительная информация
78		3.Хотели бы окреститься в настоящее время?	А	да
78			Б	нет
78			В	не знаю
78			Г	другое
78			Д	уже крещен в Православие
78				пропущен
78				дополнительная информация
79		4.Вы знаете какие-нибудь молитвы?	А	да
79			Б	нет
79			В	другое
79				пропущен
79				дополнительная информация

Продолжение приложения В

80		5.Вы хотите научиться молиться?	А	да
80			Б	нет
80			В	другое
80				пропущен
80				дополнительная информация
81		6.Вы молитесь дома?	А	да
81			Б	нет

81			В	другое
81				пропущен
81				дополнительная информация
82		7.Ходите ли Вы в церковь (любой конфессии)?	А	да
82			Б	часто
82			В	редко
82			Г	нет
82			Д	никогда не пойду
82			Е	другое
82				пропущен
82				дополнительная информация
83		8.Давно ли Вы ходите в церковь (любой конфессии)?	А	с детства
83			Б	стал(а) ходить еще до болезни
83			В	стал(а) ходить после того, как заболел(а)
83			Г	другое
83				пропущен
83				дополнительная информация
84		9.В какой степени Вы воцерковлены?	А	знаю 1 - 2 молитвы и их читаю
84			Б	читаю утреннее и вечернее правило
84			В	читаю каноны и акафисты
84			Г	беседую со священником, но не причащаюсь

Продолжение приложения В

84			Д	у меня есть духовник
84			Е	исповедуюсь и причащаюсь
84			Ж	другое
84				пропущен
84				дополнительная информация

85		10.Вы заметили какие-либо изменения в себе, с тех пор как стали молиться и/или ходить в церковь (любой конфессии)?	А	стал(а) чувствовать себя лучше (спокойней, уравновешеннее, увереннее и т.д.)
85			Б	стал(а) чувствовать себя хуже (нервознее, более подавленно, появился страх и пр.)
85			В	нет
85			Г	никаких изменений в себе не заметил(а)
85			Д	другое
85				пропущен
85				дополнительная информация
86		11.Вы заметили какие-либо изменения в других по отношению к себе с тех пор, как стали молиться и/или ходить в церковь (любой конфессии)?	А	мне кажется, что ко мне стали лучше относиться окружающие (более участливо, ласково, с симпатией)
86			Б	мне кажется, что ко мне стали хуже относиться окружающие (усилилась враждебность, неприязнь, отторжение)
86			В	не заметил(а) никаких изменений в отношении ко мне других людей
86			Г	другое
86				пропущен
86				дополнительная информация

Продолжение приложения В

87		12.Вы заметили какие-либо изменения в себе с тех пор, как стали принимать Святое Причастие?	А	Да,стал(а) чувствовать себя лучше.
----	--	---	---	------------------------------------

87			Б	Нет, никаких изменений в себе не заметил(а)
87			В	Стал(а) чувствовать себя хуже (нервознее, более подавленно, проявился страх и пр.)
87			Г	другое
88		13.Вы заметили какие-либо изменения в других людях по отношению к себе с тех пор, как стали принимать Святое Причастие?	А	Да, мне кажется, что ко мне стали лучше относиться окружающие (более участливо, ласково, с симпатией)
88			Б	Нет, не заметил(а) никаких изменений в отношении ко мне других людей
88			В	мне кажется, что ко мне стали хуже относиться окружающие (усилилась враждебность, неприязнь, отторжение)
88			Г	другое

ПРИЛОЖЕНИЕ Г
(обязательное)

Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающихся их текущих жизненных обстоятельств и условий; источники заражения (ВИЧ-инфицированные во внешнем мире; «тело»)²⁸⁰.

²⁸⁰Примечание - Вопросы, помеченные *, имеют рисунки с соответствующим номером в Приложении Д.

Вопросы 1-30, 55-62.

Вопросы и варианты ответов	Распределение ответов по полу, возрасту (в возрастных группах) и воцерковленности пациентов								
	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	креще- ные	воцер- ковлн- ные
Вопрос 1*. Пол									
женский (жен.)	45.0	100.0	0.0	60.0	55.9	25.0	16.7	46.4	48.2
мужской (муж.)	55.0	0.0	100.0	40.0	44.1	75.0	83.3	53.6	51.8
пропущен	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 2*. Возраст									
19-29	11.4	15.2	8.3	100.0	0.0	0.0	0.0	10.4	10.8
30-39	53.6	66.7	43.0	0.0	100.0	0.0	0.0	55.7	50.6
40-49	29.1	16.2	39.7	0.0	0.0	100.0	0.0	29.5	31.3
50-59	5.5	2.0	8.3	0.0	0.0	0.0	100.0	4.4	7.2
60-69	0.5	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
70 и более	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
пропущен	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 3. Место жительства									
город	85.9	87.9	84.3	80.0	91.5	79.7	75.0	85.8	89.2
поселок городского типа	4.5	6.1	3.3	4.0	4.2	6.3	0.0	3.8	3.6
село/деревня	1.4	1.0	1.7	0.0	0.8	3.1	0.0	1.6	1.2
нет постоянного места жительства	6.8	4.0	9.1	12.0	2.5	9.4	25.0	7.1	4.8
другое	1.4	1.0	1.7	4.0	0.8	1.6	0.0	1.6	1.2
пропущен	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 4*. Жилищные условия									
отдельная квартира	60.0	58.6	61.2	56.0	59.3	60.9	66.7	60.7	60.2
коммунальная квартира	20.5	23.2	18.2	24.0	23.7	15.6	8.3	20.2	20.5
дачный дом	1.8	4.0	0.0	4.0	2.5	0.0	0.0	2.2	2.4
деревенский дом	2.3	1.0	3.3	0.0	1.7	4.7	0.0	2.7	2.4
коттедж	1.4	2.0	0.8	4.0	0.0	3.1	0.0	0.0	2.4
общежитие	2.3	3.0	1.7	0.0	4.2	0.0	0.0	2.2	3.6
у меня нет жилья	7.7	4.0	10.7	8.0	5.1	9.4	25.0	8.2	3.6
другое	4.1	4.0	4.1	4.0	3.4	6.3	0.0	3.8	4.8
пропущен	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Продолжение приложения Г

Вопрос 5*. Материальное положение	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	креще- ные	воцер- ковл- ленные
могу себе позволить все, что захочу	3.2	0.0	5.8	4.0	2.5	1.6	8.3	2.2	3.6
ни в чем не нуждаюсь	32.7	34.3	31.4	24.0	32.2	40.6	16.7	34.4	43.4

иногда денег не хватает	41.8	42.4	41.3	40.0	44.1	39.1	41.7	42.6	33.7
еле-еле хватает на еду	8.2	11.1	5.8	8.0	10.2	4.7	8.3	5.5	8.4
бывает, что не на что купить хлеба	14.1	12.1	15.7	24.0	11.0	14.1	25.0	15.3	10.8
пропущен	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 6*. Семейное положение	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
холост/не замужем	23.2	16.2	28.9	32.0	20.3	25.0	25.0	21.9	19.3
женат/замужем	14.1	14.1	14.0	16.0	12.7	17.2	8.3	14.8	15.7
живем вместе, но официально не состоим в браке	19.1	28.3	11.6	24.0	24.6	10.9	0.0	19.7	25.3
живем порознь, но не разведены	7.7	9.1	6.6	0.0	10.2	6.3	8.3	7.1	6.0
разведен(а)	26.8	24.2	28.9	16.0	27.1	31.3	25.0	27.3	25.3
вдовец/вдова	7.3	8.1	6.6	4.0	5.1	7.8	25.0	7.7	7.2
пропущен	1.8	0.0	3.3	8.0	0.0	1.6	8.3	1.6	1.2
Вопрос 7*. Образование	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
среднее неполное	11.4	13.1	9.9	8.0	13.6	10.9	0.0	11.5	13.3
среднее общее	31.8	28.3	34.7	36.0	32.2	29.7	33.3	34.4	24.1
среднее специальное	33.6	34.3	33.1	28.0	32.2	35.9	41.7	33.9	36.1
неоконченное высшее	8.2	10.1	6.6	8.0	5.1	12.5	16.7	8.2	9.6
высшее	12.3	13.1	11.6	12.0	15.3	9.4	0.0	9.8	14.5
другое	0.9	0.0	1.7	4.0	0.8	0.0	0.0	1.1	0.0
пропущен	1.8	1.0	2.5	4.0	0.8	1.6	8.3	1.1	2.4
Вопрос 8*. Работаете или учитесь?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
работаю	57.7	49.5	64.5	56.0	55.1	68.8	25.0	55.2	62.7
учусь	0.9	0.0	1.7	0.0	0.8	0.0	8.3	0.5	0.0
совмещаю работу и учебу	7.3	9.1	5.8	0.0	11.9	3.1	0.0	8.2	8.4
ничем не занимаюсь	31.4	39.4	24.8	40.0	31.4	26.6	41.7	33.3	26.5
пропущен	2.7	2.0	3.3	4.0	0.8	1.6	25.0	2.7	2.4

Продолжение приложения Г

Вопрос 9*. Сфера деятельности	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
Наука	0.9	1.0	0.8	0.0	1.7	0.0	0.0	1.1	2.4
Медицина	3.6	4.0	3.3	4.0	4.2	3.1	0.0	2.7	3.6
Образование	3.6	5.1	2.5	8.0	3.4	3.1	0.0	3.3	2.4

Культура	5.0	7.1	3.3	8.0	3.4	6.3	8.3	5.5	6.0
Военнослужащий	0.5	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0	0.5	1.2
Квалифицирован- ный специалист	20.9	24.2	18.2	20.0	22.9	20.3	8.3	20.2	27.7
Разнорабочий	21.4	18.2	24.0	12.0	22.0	20.3	33.3	23.0	20.5
Студент	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Предприниматель	6.4	3.0	9.1	4.0	7.6	6.3	0.0	6.0	7.2
Неработающий пенсионер	6.8	8.1	5.8	16.0	5.1	3.1	25.0	7.1	9.6
Работающий пенсионер	1.8	2.0	1.7	0.0	1.7	3.1	0.0	1.1	2.4
Безработный	12.3	12.1	12.4	20.0	10.2	14.1	8.3	11.5	7.2
Другое	12.7	9.1	15.7	8.0	13.6	14.1	8.3	13.7	8.4
пропущен	4.1	6.1	2.5	0.0	3.4	6.3	8.3	4.4	1.2
Вопрос 10*. У Вас работа постоянная?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	креще-ные	воцер-ков-ленные
постоянная	38.2	34.3	41.3	32.0	40.7	39.1	16.7	37.2	48.2
временная	36.4	40.4	33.1	36.0	39.8	28.1	50.0	36.6	32.5
другое	14.1	9.1	18.2	16.0	7.6	26.6	8.3	15.3	9.6
пропущен	11.4	16.2	7.4	16.0	11.9	6.3	25.0	10.9	9.6
Вопрос 11. Вы работаете по профессии?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	креще-ные	воцер-ков-ленные
да	26.8	23.2	29.8	36.0	25.4	31.3	0.0	24.6	42.2
нет	53.2	55.6	51.2	36.0	58.5	48.4	58.3	55.7	42.2
другое	9.5	5.1	13.2	12.0	5.1	15.6	16.7	10.4	7.2
пропущен	10.5	16.2	5.8	16.0	11.0	4.7	25.0	9.3	8.4
Вопрос 13. Ваши коллеги знают о Вашем диагнозе?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	креще-ные	воцер-ков-ленные
все знают	9.5	5.1	13.2	8.0	6.8	14.1	16.7	8.7	7.2
некоторые знают	31.4	32.3	30.6	16.0	33.1	34.4	25.0	29.5	32.5
никто не знает	50.5	52.5	48.8	60.0	53.4	43.8	41.7	51.9	51.8
другое	4.1	3.0	5.0	8.0	3.4	4.7	0.0	4.9	2.4
пропущен	4.5	7.1	2.5	8.0	3.4	3.1	16.7	4.9	6.0
Вопрос 16. Собираетесь ли поменять место работы?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	креще-ные	воцер-ков-ленные
да	22.3	25.3	19.8	28.0	22.9	20.3	16.7	22.4	19.3
возможно	25.9	25.3	26.4	16.0	29.7	21.9	33.3	24.6	30.1
нет	27.3	26.3	28.1	32.0	23.7	32.8	16.7	25.7	30.1

Продолжение приложения Г

не знаю	9.1	10.1	8.3	4.0	11.0	9.4	0.0	10.4	8.4
другое	7.7	3.0	11.6	12.0	4.2	12.5	8.3	8.7	7.2
пропущен	7.7	10.1	5.8	8.0	8.5	3.1	25.0	8.2	4.8
Вопрос 17*. С кем из родственников проживаете?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	креще-ные	воцер-ков-ленные
другое	0.9	2.0	0.0	0.0	0.8	1.6	0.0	1.1	0.0

ни с кем	24.1	15.2	31.4	16.0	22.9	28.1	33.3	25.1	25.3
с родителями	22.3	21.2	23.1	44.0	22.9	15.6	8.3	22.4	14.5
с мужем/женой	18.6	23.2	14.9	12.0	20.3	17.2	16.7	18.6	21.7
два поколения	7.3	5.1	9.1	8.0	9.3	4.7	0.0	8.2	12.0
в семье родственников	6.8	10.1	4.1	4.0	7.6	4.7	16.7	7.1	10.8
бабушка	1.4	2.0	0.8	0.0	0.8	3.1	0.0	1.1	0.0
с родителями и детьми	2.3	5.1	0.0	0.0	3.4	1.6	0.0	2.2	3.6
с детьми (своя семья, неполная)	1.8	4.0	0.0	0.0	1.7	3.1	0.0	1.6	3.6
с друзьями	4.1	5.1	3.3	4.0	4.2	3.1	8.3	2.7	1.2
пропущен	10.5	7.1	13.2	12.0	5.9	17.2	16.7	9.8	7.2
Вопрос 19. Родные знают о Вашем диагнозе?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
да	45.0	45.5	44.6	40.0	45.8	43.8	50.0	44.8	44.6
не все	38.2	42.4	34.7	48.0	37.3	37.5	33.3	39.9	44.6
нет	12.3	10.1	14.0	8.0	13.6	12.5	8.3	10.4	9.6
другое	1.4	0.0	2.5	4.0	0.8	1.6	0.0	1.6	1.2
пропущен	3.2	2.0	4.1	0.0	2.5	4.7	8.3	3.3	0.0
Вопрос 21*. У Вас есть несовершеннолетние дети?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
да, проживают со мной	20.5	25.3	16.5	16.0	20.3	25.0	8.3	21.9	27.7
да, но мы не проживаем совместно	23.2	23.2	23.1	16.0	23.7	28.1	8.3	23.5	18.1
мои дети уже совершеннолетние	8.2	5.1	10.7	0.0	1.7	12.5	58.3	7.1	9.6
у меня нет детей	45.9	44.4	47.1	60.0	52.5	32.8	25.0	44.8	42.2
другое	1.4	1.0	1.7	8.0	0.0	1.6	0.0	1.6	1.2
пропущен	0.9	1.0	0.8	0.0	1.7	0.0	0.0	1.1	1.2
Вопрос 22. Вы активно участвуете в воспитании детей?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
да, я активно участвую в воспитании детей (гуляю с ними; бываю на родительских собраниях в школе/забираю детей из сада; читаю им книжки и хожу в кино и т.д.)	21.8	26.3	18.2	16.0	20.3	26.6	16.7	23.0	30.1

Продолжение приложения Г

не всегда активно участвую в их воспитании	20.9	22.2	19.8	4.0	20.3	26.6	33.3	20.8	21.7
нет, я не принимаю активного участия в воспитании	7.3	4.0	9.9	8.0	6.8	4.7	25.0	6.0	1.2
я не общаюсь со своими детьми	3.2	2.0	4.1	4.0	0.0	9.4	0.0	3.3	2.4
Другое	2.3	2.0	2.5	8.0	1.7	1.6	0.0	2.7	2.4
Нет детей	43.6	42.4	44.6	60.	49.2	31.3	25.0	43.2	42.2

				0					
пропущен	0.9	1.0	0.8	0.0	1.7	0.0	0.0	1.1	0.0
Вопрос 23. Ваши дети знают о Вашей болезни?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
да, знают	7.7	11.1	5.0	4.0	6.8	9.4	8.3	7.1	6.0
нет, но я собираюсь рассказать	11.8	14.1	9.9	8.0	11.0	12.5	25.0	13.1	13.3
нет, я не хочу, чтобы они знали	34.1	30.3	37.2	20.0	31.4	45.3	33.3	33.3	36.1
Другое	1.8	2.0	1.7	8.0	0.8	1.6	0.0	2.2	1.2
Нет детей	43.6	42.4	44.6	60.0	49.2	31.3	25.0	43.2	42.2
пропущен	0.9	0.0	1.7	0.0	0.8	0.0	8.3	1.1	1.2
Вопрос 26. Есть ли у Вас друзья?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	Крещеные	воцерковленные
да	88.2	88.9	87.6	96.0	84.7	90.6	91.7	87.4	89.2
нет	5.5	8.1	3.3	0.0	7.6	4.7	0.0	5.5	4.8
не знаю	3.6	2.0	5.0	0.0	5.9	1.6	0.0	4.4	1.2
другое	2.3	1.0	3.3	4.0	0.8	3.1	8.3	2.7	3.6
пропущен	0.5	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	1.2
Вопрос 27. Ваши друзья знают о Вашей болезни?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
да	44.5	41.4	47.1	40.0	44.1	42.2	66.7	45.4	39.8
не все	33.6	34.3	33.1	44.0	33.1	34.4	16.7	32.2	39.8
нет	20.0	22.2	18.2	12.0	20.3	23.4	16.7	20.2	19.3
другое	0.9	0.0	1.7	4.0	0.8	0.0	0.0	1.1	0.0
пропущен	0.9	2.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	1.1	1.2
Вопрос 29. Где Вы обычно встречаетесь с друзьями?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
у меня дома	37.7	37.4	38.0	12.0	39.0	40.6	58.3	37.2	44.6
у кого-то из них дома	66.4	70.7	62.8	76.0	67.8	59.4	66.7	67.2	69.9
в ресторане, кафе и т.п.	24.5	27.3	22.3	24.0	25.4	26.6	8.3	23.0	30.1
на улице	48.6	50.5	47.1	72.0	45.8	45.3	41.7	48.1	51.8
общаемся по телефону	51.4	59.6	44.6	60.0	52.5	46.9	41.7	52.5	62.7

Продолжение приложения Г

другое	10.9	7.1	14.0	4.0	10.2	17.2	0.0	12.0	7.2
пропущен	1.8	3.0	0.8	0.0	2.5	1.6	0.0	1.6	1.2
Вопрос 30. Изменилось ли Ваше обычное времяпрепровождение?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
нет, все осталось прежним	24.1	19.2	28.1	8.0	25.4	29.7	8.3	25.7	21.7

скорее нет	19.5	20.2	19.0	20.0	19.5	17.2	33.3	19.1	21.7
скорее да	13.2	13.1	13.2	12.0	14.4	9.4	25.0	12.0	15.7
да, изменилось	35.0	39.4	31.4	44.0	34.7	32.8	33.3	36.1	36.1
не знаю	4.5	6.1	3.3	8.0	3.4	6.3	0.0	4.9	3.6
другое	1.4	1.0	1.7	4.0	0.8	1.6	0.0	1.6	0.0
пропущен	2.3	1.0	3.3	4.0	1.7	3.1	0.0	0.5	1.2
Вопрос 55.Что бы Вы могли сказать о предполагаемом источнике заражения?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
знаю наверняка от кого/чего заразился(ась)	49.5	53.5	46.3	44.0	47.5	56.3	41.7	51.9	50.6
могу предположить от кого/чего заразился(ась)	35.0	33.3	36.4	40.0	38.1	25.0	50.0	35.5	39.8
у меня нет никаких подозрений	5.9	2.0	9.1	4.0	3.4	10.9	8.3	6.0	6.0
знаю, но не хочу говорить	1.8	4.0	0.0	4.0	1.7	1.6	0.0	0.0	1.2
предполагаю, но не хочу говорить	3.2	4.0	2.5	0.0	3.4	4.7	0.0	3.3	1.2
не хочу отвечать на этот вопрос	2.7	2.0	3.3	4.0	3.4	1.6	0.0	1.6	0.0
другое	1.4	1.0	1.7	4.0	1.7	0.0	0.0	1.6	1.2
пропущен	0.5	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 56.Ваша половая ориентация?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
натурал	85.5	87.9	83.5	76.0	85.6	85.9	100.0	88.0	84.3
бисексуал	7.3	11.1	4.1	12.0	8.5	4.7	0.0	6.6	9.6
гомосексуалист	3.6	1.0	5.8	8.0	2.5	4.7	0.0	2.7	2.4
не хочу отвечать на этот вопрос	2.3	0.0	4.1	0.0	1.7	4.7	0.0	1.6	3.6
другое	0.9	0.0	1.7	4.0	0.8	0.0	0.0	1.1	0.0
пропущен	0.5	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0

Продолжение приложения Г

Вопрос 58.Как много половых партнеров было у Вас за последние 2-3 года?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
более 10	5.9	6.1	5.8	8.0	4.2	9.4	0.0	6.0	3.6
в пределах 10	14.1	8.1	19.0	16.0	14.4	14.1	8.3	15.3	9.6
1 - 3	29.1	28.3	29.8	32.0	29.7	23.4	50.0	27.9	26.5

один	42.3	52.5	33.9	32.0	46.6	39.1	33.3	44.8	55.4
не имел(а) половой связи в указанный период времени	2.3	1.0	3.3	0.0	1.7	3.1	8.3	1.6	2.4
не хочу отвечать на этот вопрос	5.0	4.0	5.8	8.0	2.5	9.4	0.0	3.3	2.4
другое	0.5	0.0	0.8	4.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0
пропущен	0.9	0.0	1.7	0.0	0.8	1.6	0.0	0.5	0.0
Вопрос 59. Были ли у Вас случайные сексуальные связи в последние 2-3 года?									
	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
да	10.9	8.1	13.2	12.0	9.3	10.9	25.0	12.0	8.4
часто	3.6	1.0	5.8	4.0	1.7	7.8	0.0	3.8	2.4
редко	10.9	8.1	13.2	4.0	13.6	9.4	8.3	10.9	7.2
одна-две	17.3	17.2	17.4	24.0	16.1	15.6	25.0	17.5	14.5
нет	49.1	57.6	42.1	48.0	50.8	48.4	33.3	50.8	62.7
случайных сексуальных связей не было	0.5	1.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	1.2
не хочу отвечать на этот вопрос	3.6	4.0	3.3	4.0	2.5	4.7	8.3	1.6	2.4
другое	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
пропущен	4.1	3.0	5.0	4.0	5.1	3.1	0.0	3.3	1.2
Вопрос 60. Была ли у Вас связь с наркоманом/ наркоманкой?									
	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
да	49.1	66.7	34.7	56.0	56.8	39.1	16.7	50.8	48.2
нет	25.9	16.2	33.9	20.0	18.6	35.9	50.0	25.7	28.9
возможно	9.5	8.1	10.7	16.0	9.3	6.3	16.7	7.1	9.6
не знаю	12.7	6.1	18.2	8.0	11.0	17.2	16.7	14.2	13.3
не хочу отвечать на этот вопрос	1.4	2.0	0.8	0.0	1.7	1.6	0.0	1.1	0.0
другое	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
пропущен	1.4	1.0	1.7	0.0	2.5	0.0	0.0	1.1	0.0

Продолжение приложения Г

Вопрос 61*. Вы сами когда-либо употребляли наркотики?									
	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
да	16.4	13.1	19.0	12.0	12.7	23.4	25.0	15.3	14.5

кололся(ась) систематически	35.5	35.4	35.5	36.0	39.8	28.1	33.3	37.7	32.5
пробовал(а) колоться	7.7	6.1	9.1	0.0	10.2	6.3	8.3	8.2	8.4
наркотики пробовал(а),но не колотья(ась)	17.7	20.2	15.7	20.0	16.9	18.8	8.3	18.0	19.3
нет	17.3	19.2	15.7	24.0	16.1	18.8	8.3	15.3	19.3
никогда не употреблял(а) наркотики ни в каком виде	3.6	5.1	2.5	4.0	2.5	3.1	16.7	4.4	6.0
не хочу отвечать на этот вопрос	1.4	1.0	1.7	4.0	0.8	1.6	0.0	1.1	0.0
другое	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
пропущен	0.5	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 62*.Кто/что, по Вашему мнению, является источником Вашего заражения?									
	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
постоянный половой партнер	18.6	33.3	6.6	20.0	22.9	14.1	0.0	18.0	22.9
случайный половой партнер	25.9	17.2	33.1	32.0	19.5	31.3	41.7	25.1	25.3
употребление наркотиков через иглу	46.8	44.4	48.8	48.0	48.3	45.3	41.7	48.1	44.6
врачебная халатность	1.8	1.0	2.5	0.0	1.7	1.6	8.3	1.6	3.6
фатальная случайность	2.3	3.0	1.7	4.0	2.5	0.0	8.3	2.2	3.6
меня преднамерено заразил ВИЧ-инфицированный (укол)	1.4	0.0	2.5	0.0	1.7	1.6	0.0	1.1	0.0
внутриутробное инфицирование	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
другое	0.9	0.0	1.7	4.0	0.8	0.0	0.0	1.1	0.0
знаю, но не хочу говорить	0.9	1.0	0.8	0.0	0.8	1.6	0.0	0.5	1.2
предполагаю, но не хочу говорить	1.4	3.0	0.0	0.0	2.5	0.0	0.0	1.6	1.2
не знаю	5.5	4.0	6.6	0.0	5.9	7.8	0.0	6.0	7.2
не хочу отвечать на этот вопрос	2.3	2.0	2.5	8.0	1.7	1.6	0.0	2.2	1.2
другое	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
пропущен	0.9	1.0	0.8	0.0	1.7	0.0	0.0	0.5	0.0

ПРИЛОЖЕНИЕ Д
(обязательное)

Рисунки к вопросам таблицы Приложения Г («тело»)

Вопрос 1. Пол.

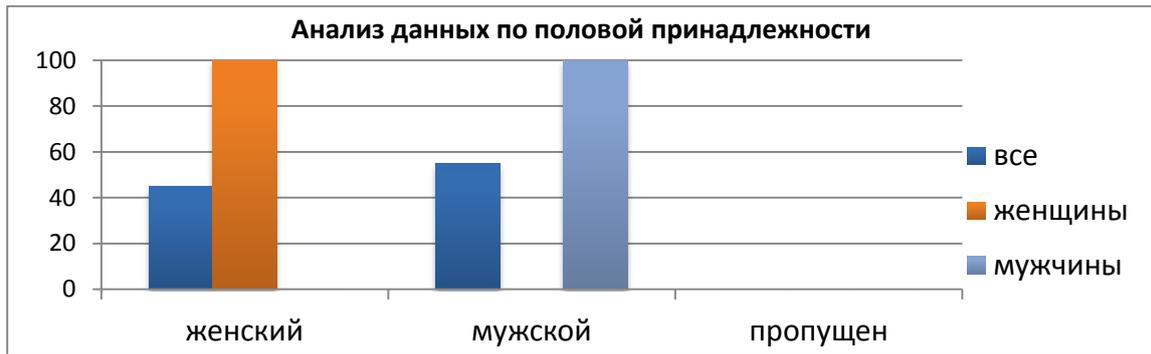


Рисунок Д.1.а

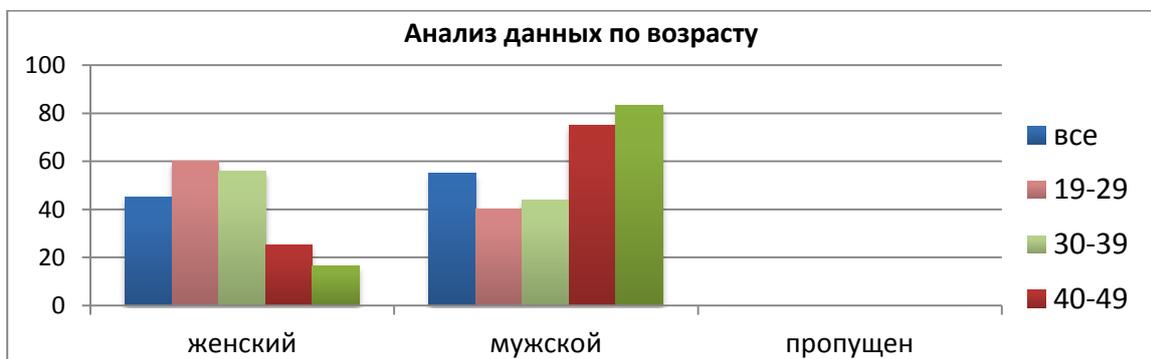


Рисунок Д.1.б

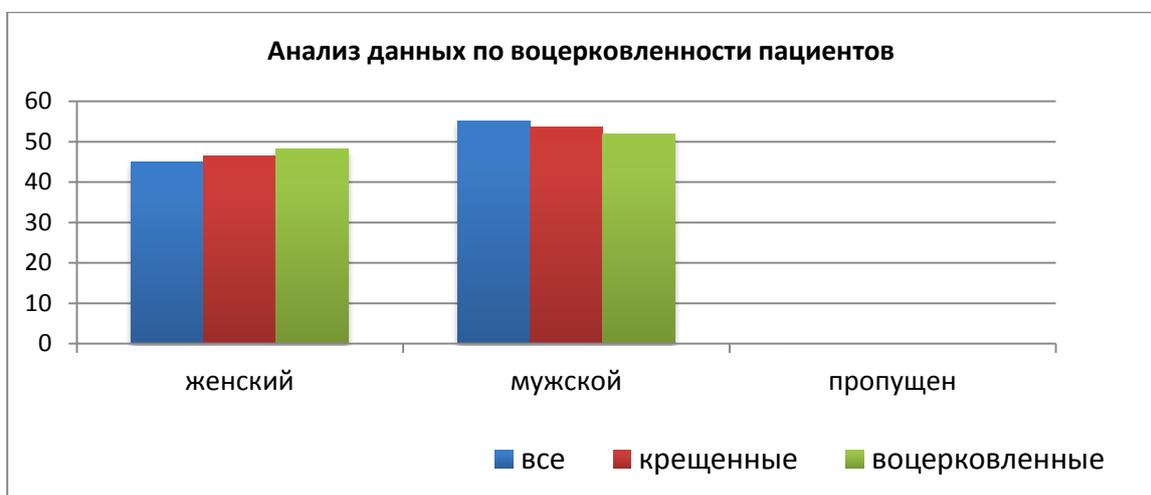


Рисунок Д.1.в

Продолжение приложения Д

Вопрос 2. Возраст.

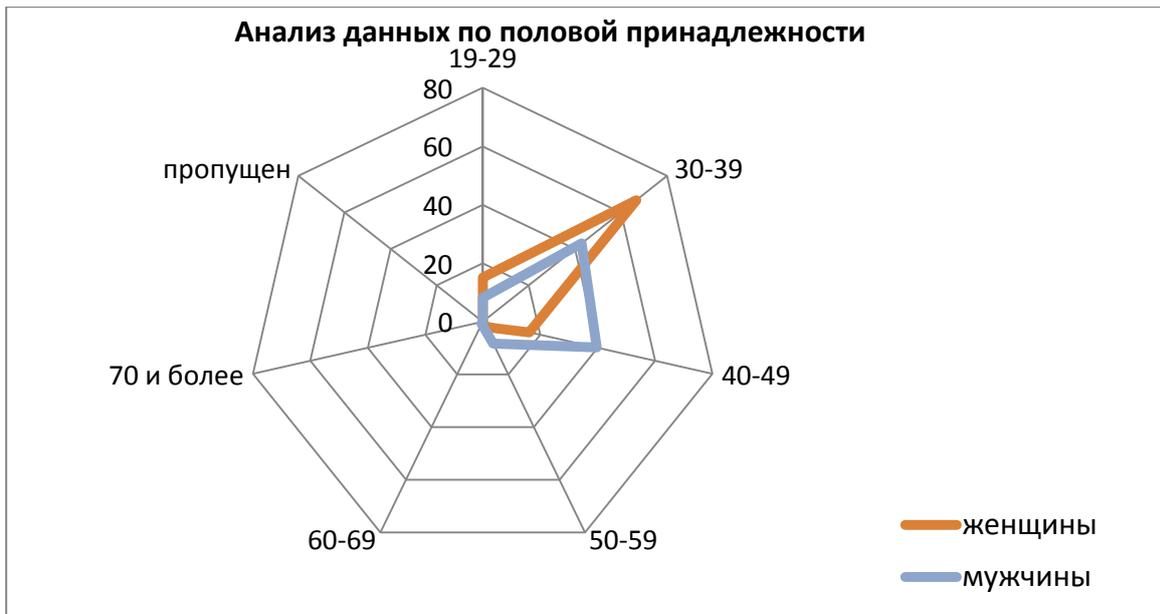


Рисунок Д.2.а

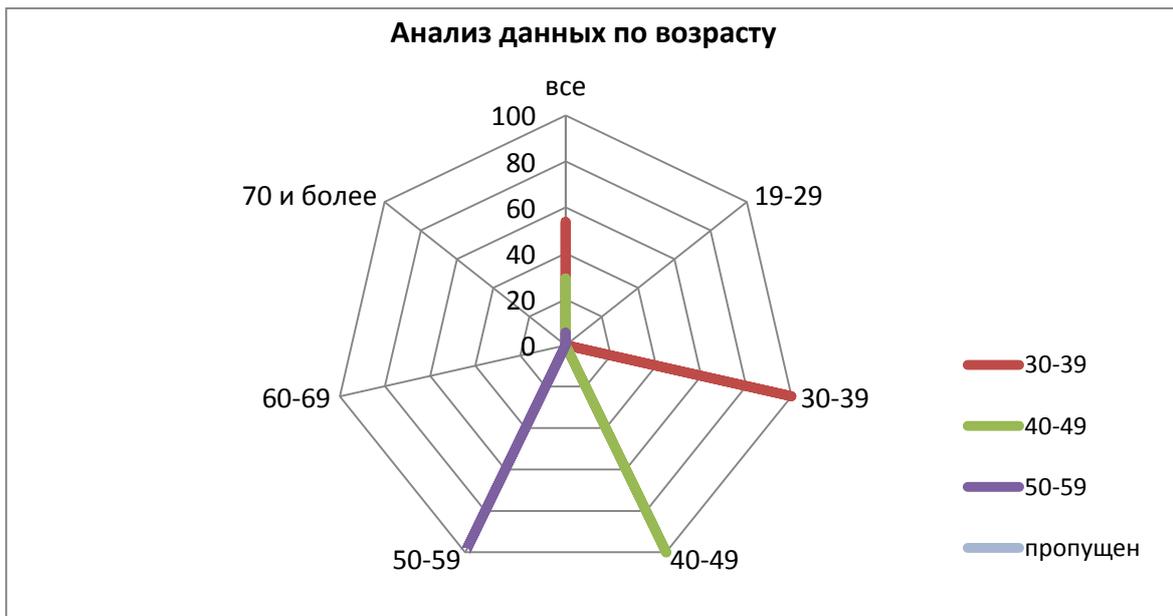


Рисунок Д.2.б

Продолжение приложения Д

Вопрос 2. Возраст.

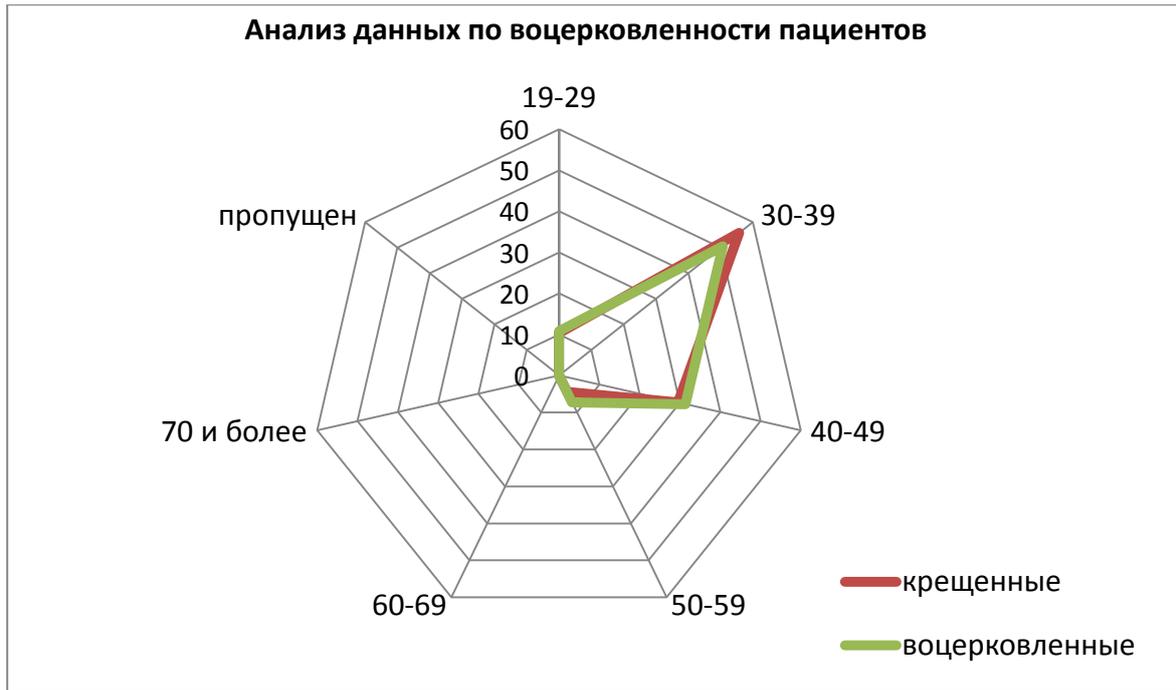


Рисунок Д.2.в

Продолжение приложения Д

Вопрос 4. Жилищные условия.



Рисунок Д.3.а

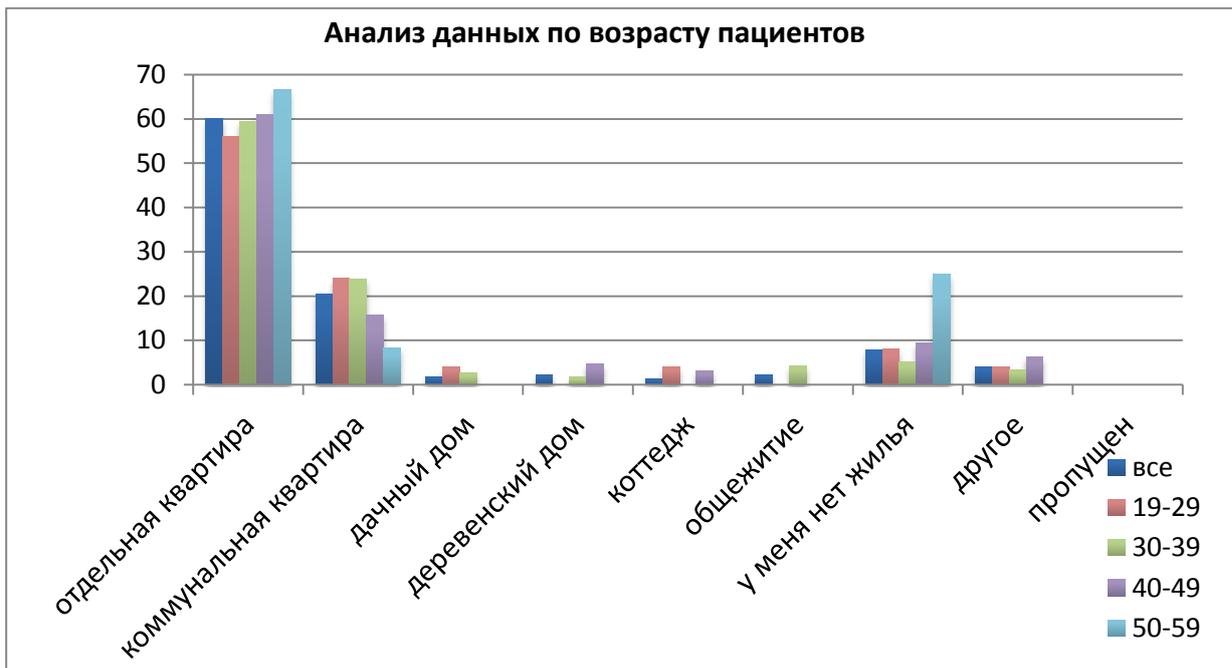


Рисунок Д.3.б

Продолжение приложения Д

Вопрос 4. Жилищные условия.

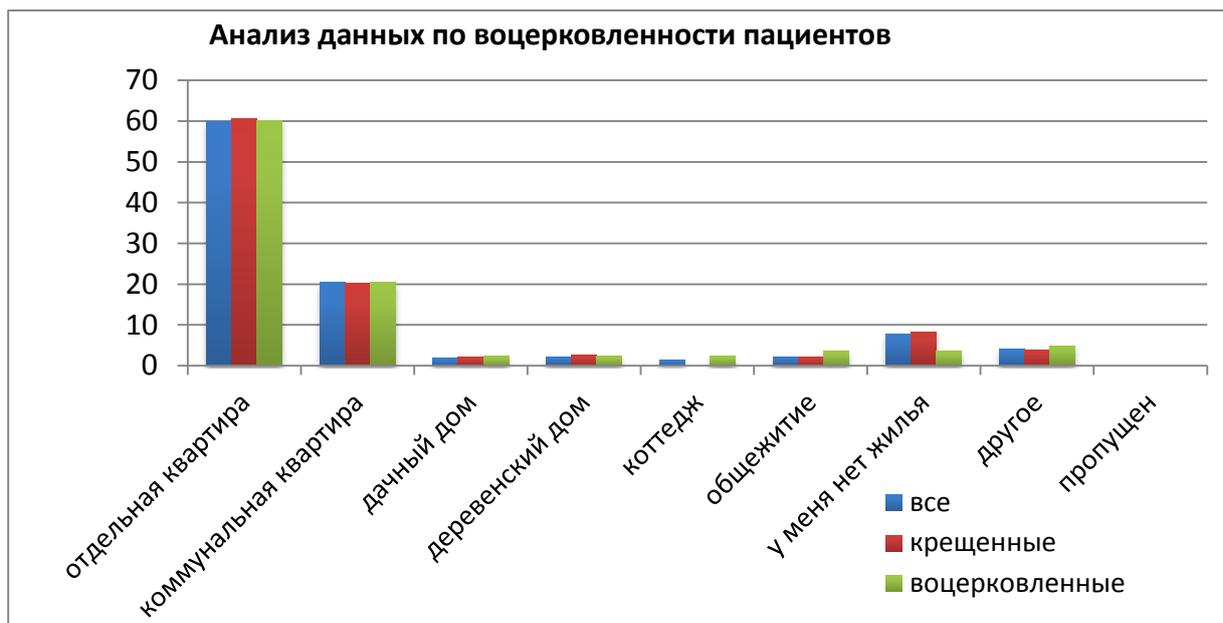


Рисунок Д.3.в

Вопрос 5. Материальное положение пациентов.

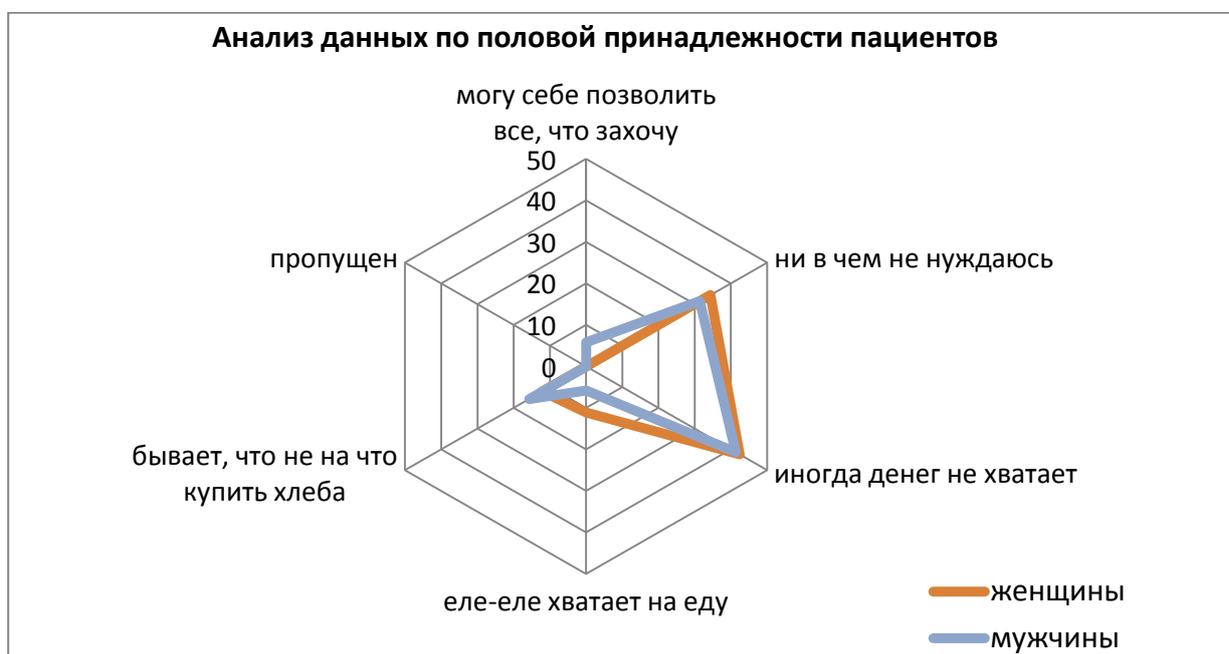


Рисунок Д.4.а

Продолжение приложения Д

Вопрос 5. Материальное положение пациентов.

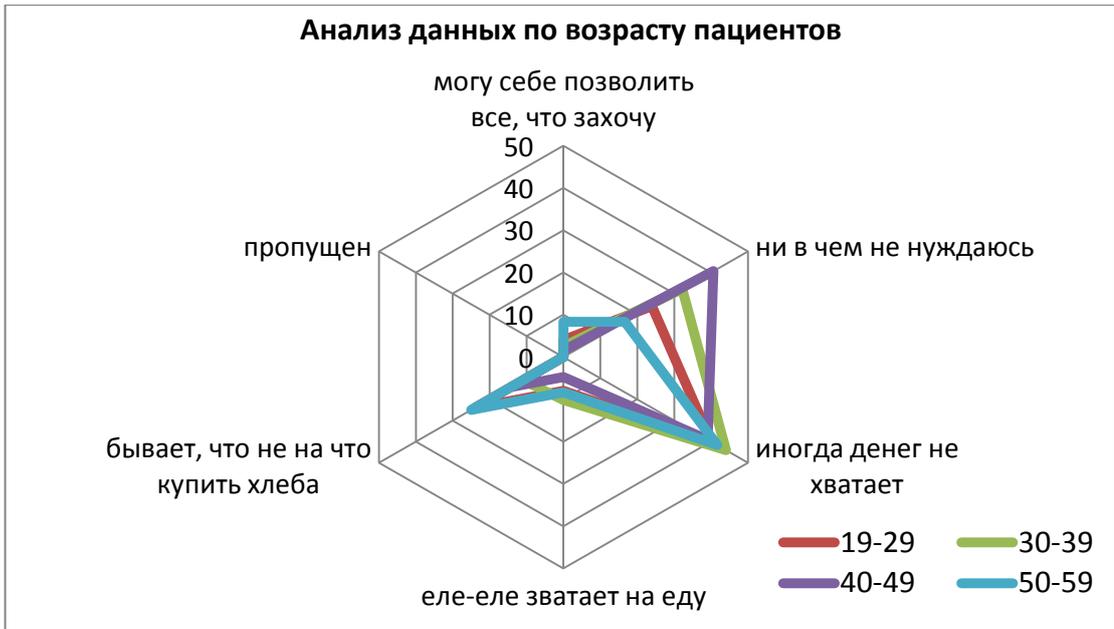


Рисунок Д.4.б

Вопрос 5. Материальное положение пациентов.

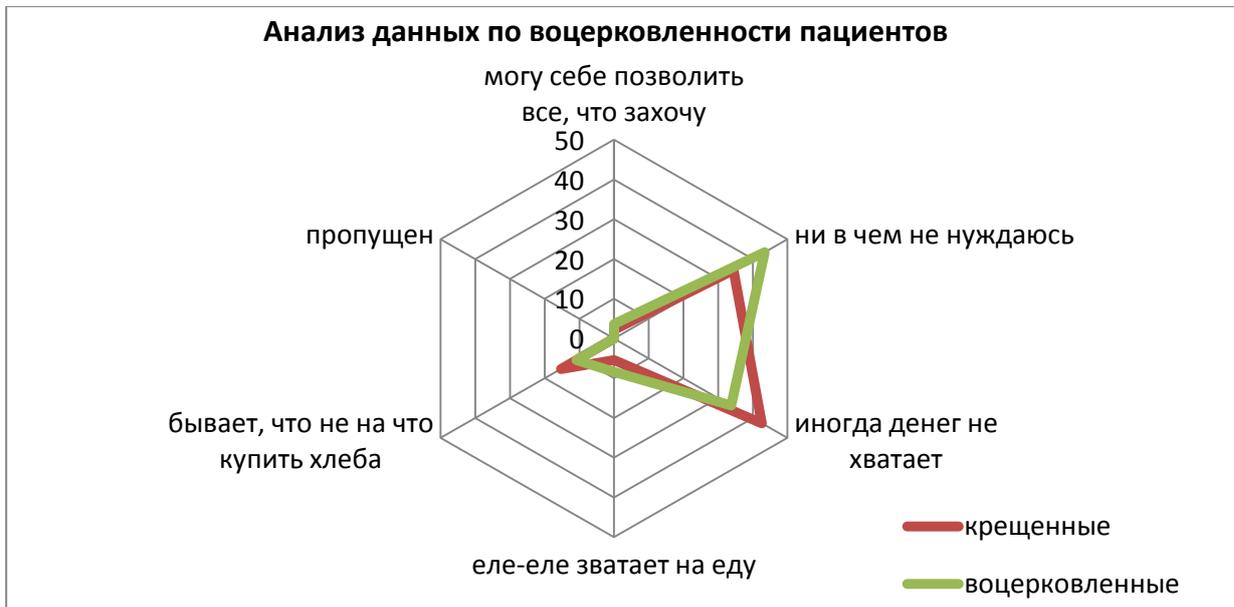


Рисунок Д.4.в

Продолжение приложения Д

Вопрос 6. Семейное положение.

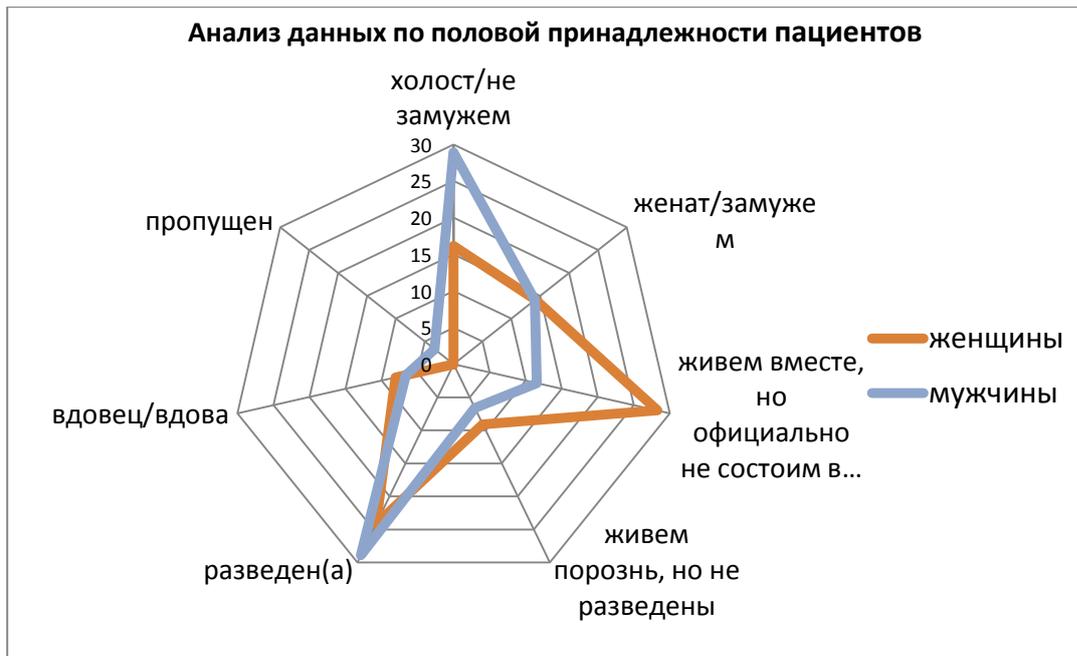
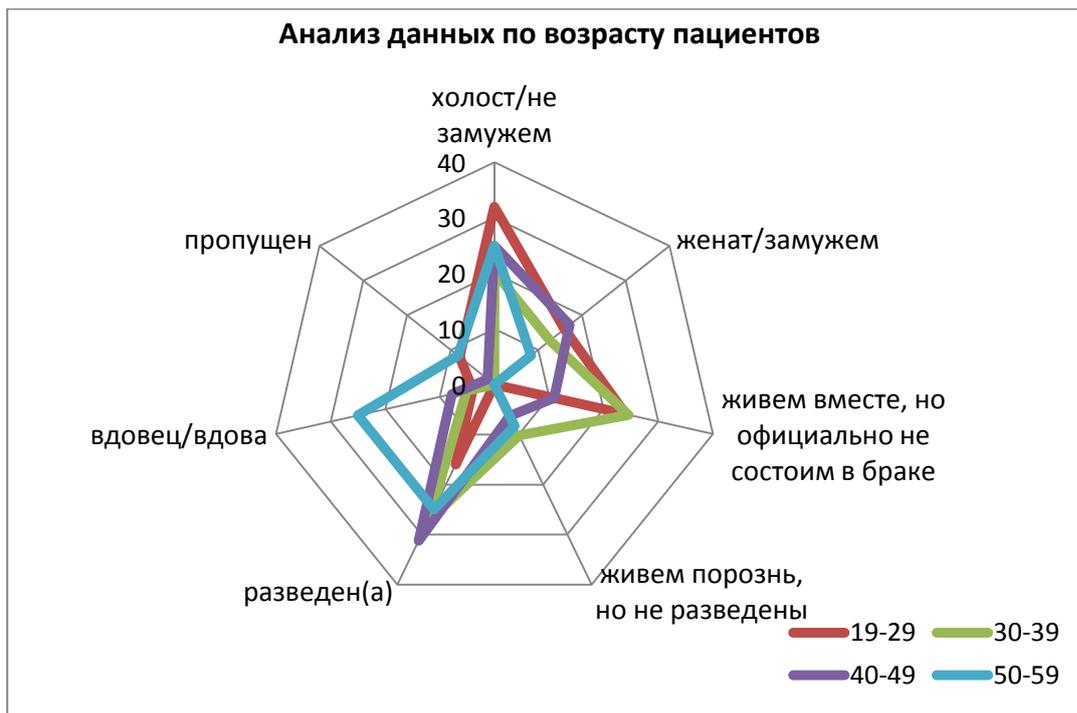


Рисунок Д.5.а



Рисунки Д.5.б

Продолжение приложения Д

Вопрос 6. Семейное положение.

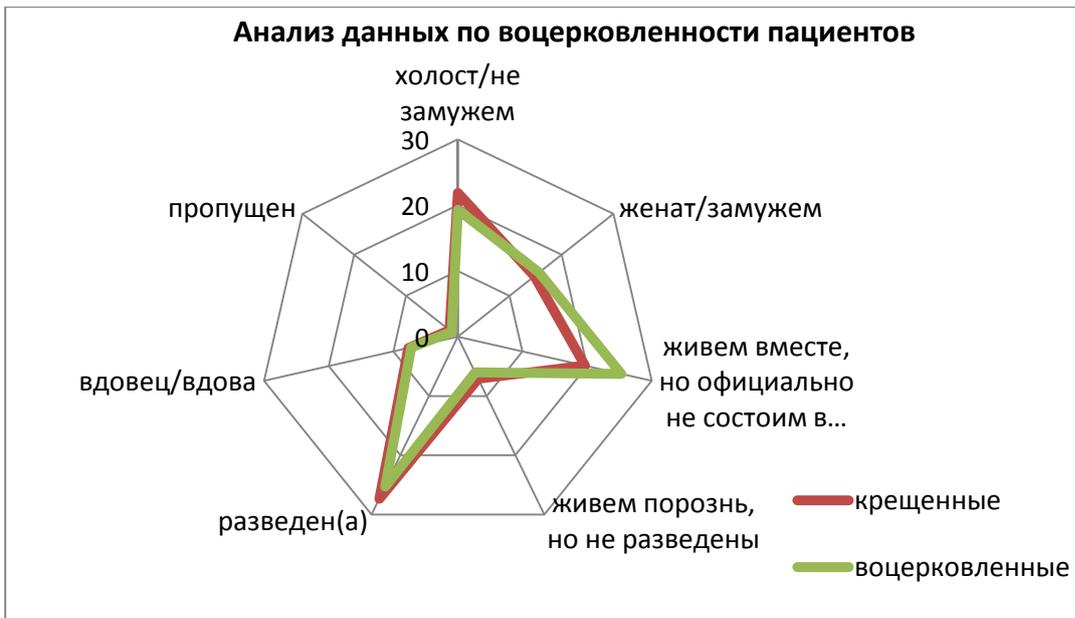


Рисунок Д.5.в

Вопрос 7. Образование.

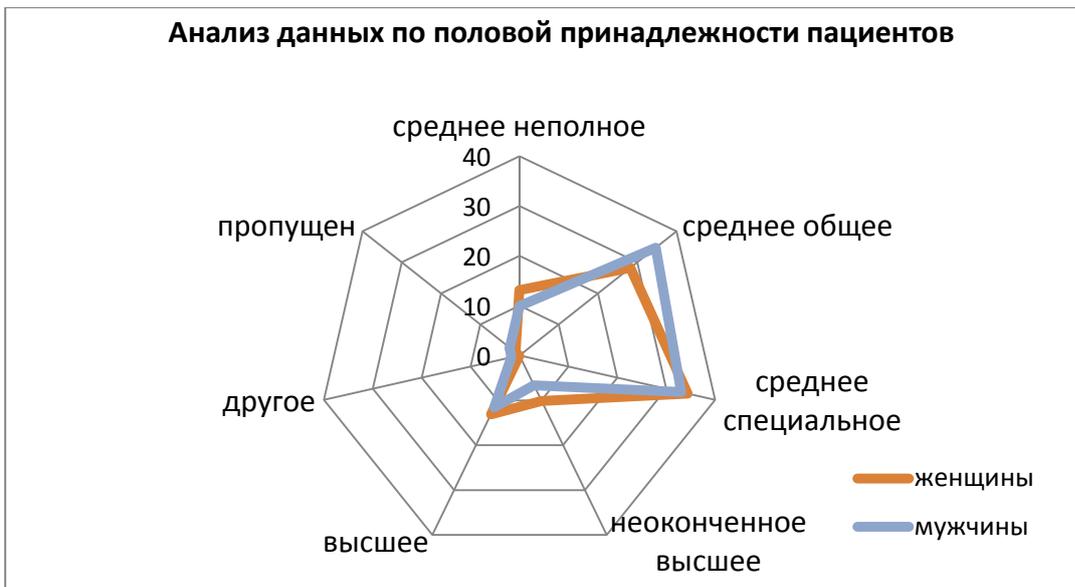


Рисунок Д.6.а

Продолжение приложения Д

Вопрос 7. Образование

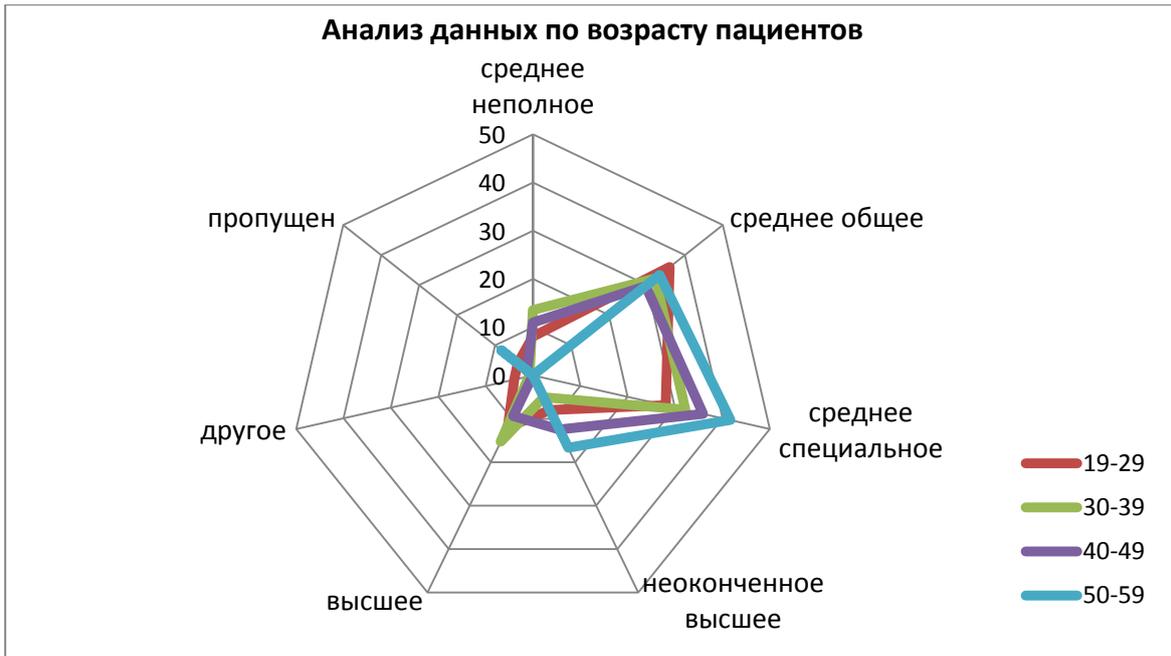


Рисунок Д.6.б

Вопрос 7. Образование

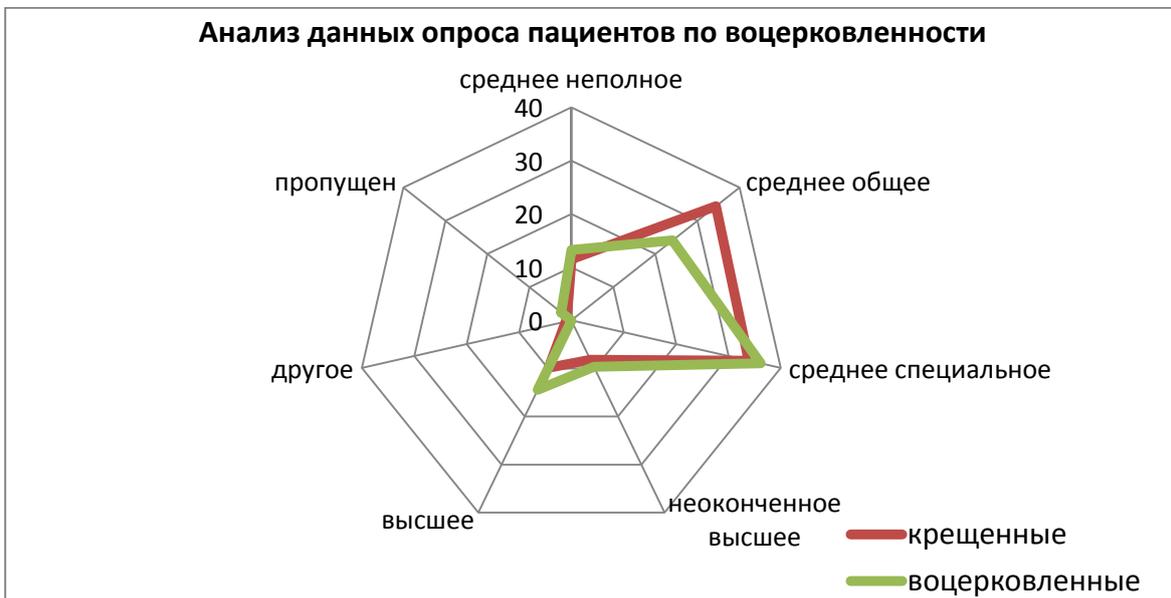


Рисунок Д.6.в

Продолжение приложения Д

Вопрос 8. Работа

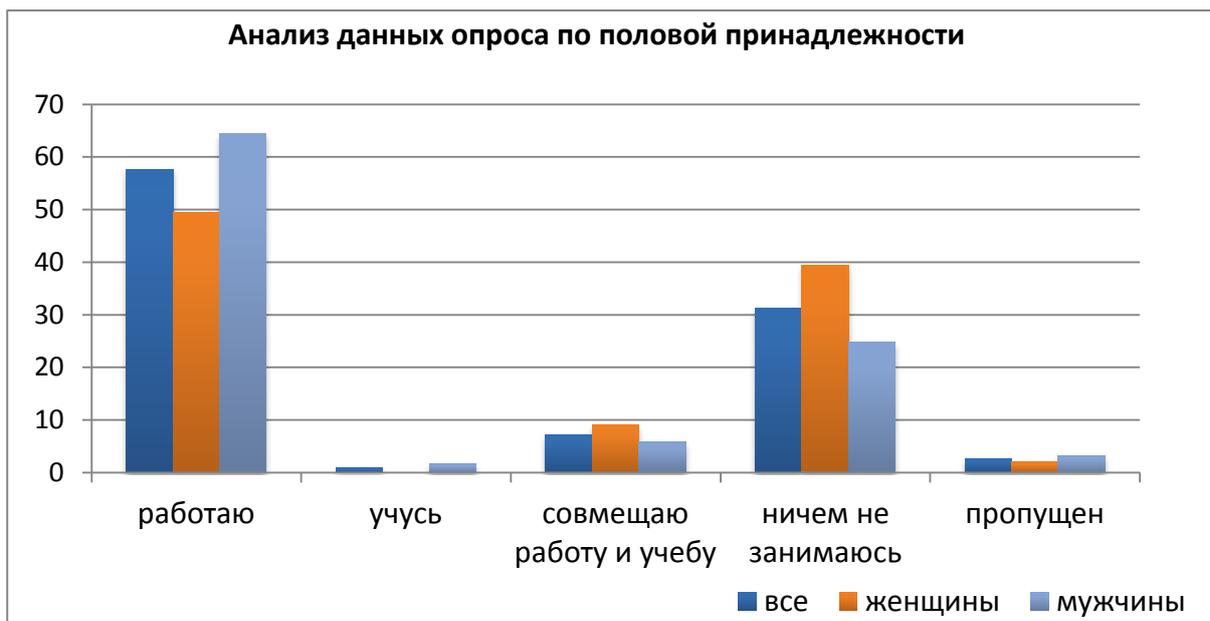


Рисунок Д.7.а



Рисунок Д.7.б

Продолжение приложения Д

Вопрос 8. Работа

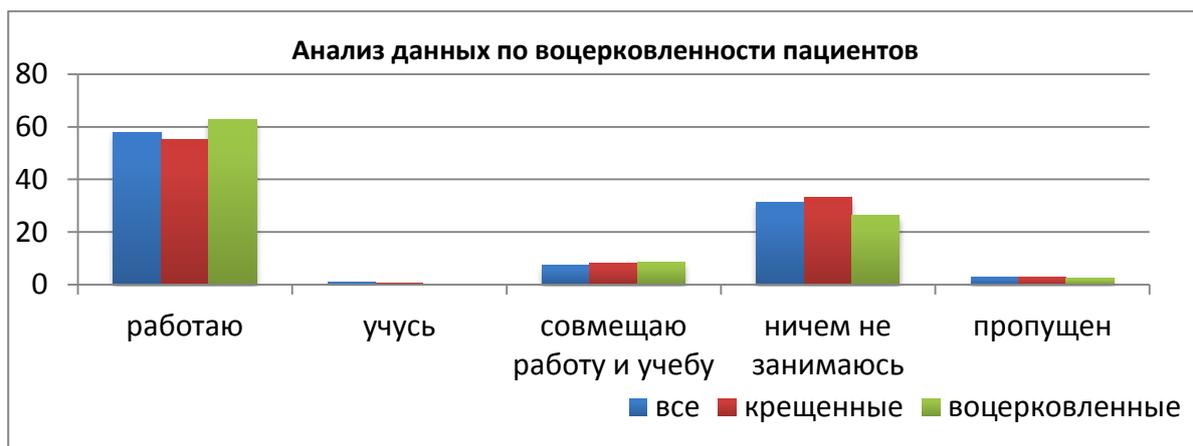


Рисунок Д.7.в

Вопрос 9. Сфера деятельности

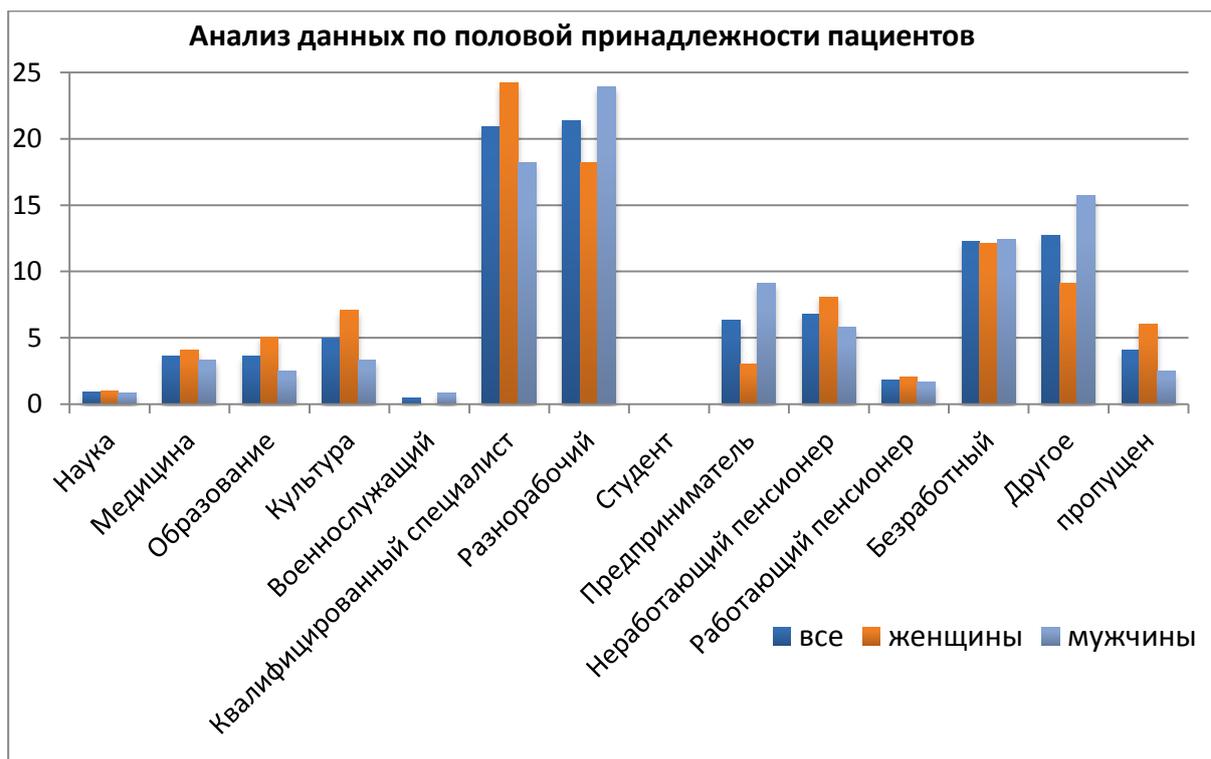


Рисунок Д.8.а

Продолжение приложения Д

Вопрос 9. Сфера деятельности



Рисунок Д.8 .б



Рисунок Д.8.в

Продолжение приложения Д

Вопрос 10. У Вас работа постоянная?

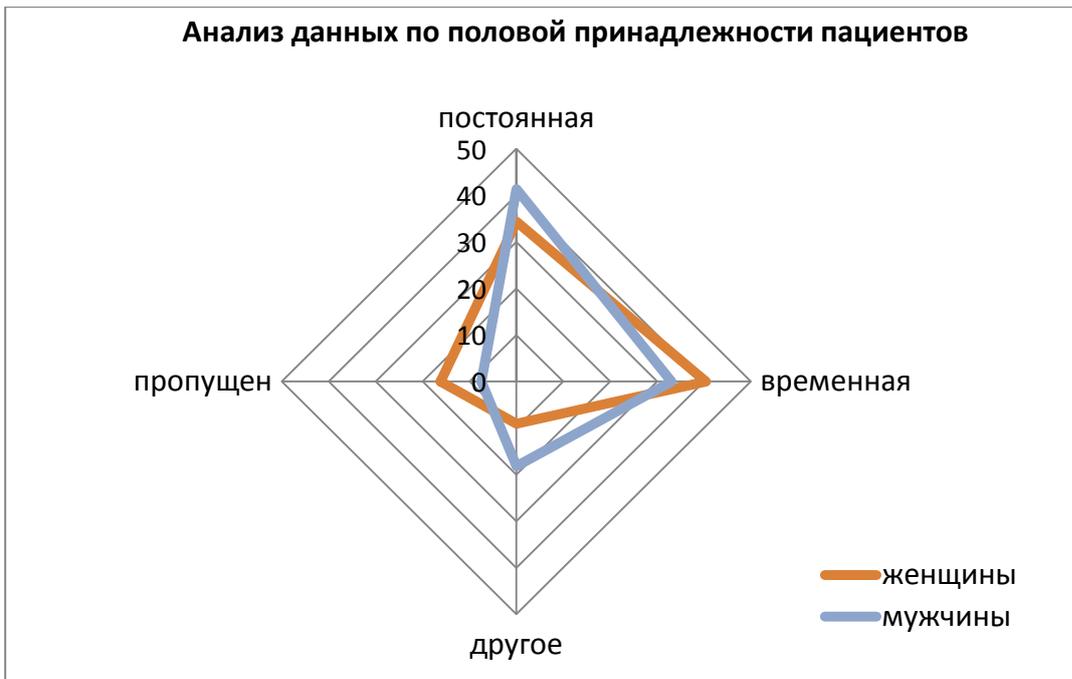


Рисунок Д.9.а



Рисунок Д.9.б

Продолжение приложения Д

Вопрос 10. У Вас работа постоянная?

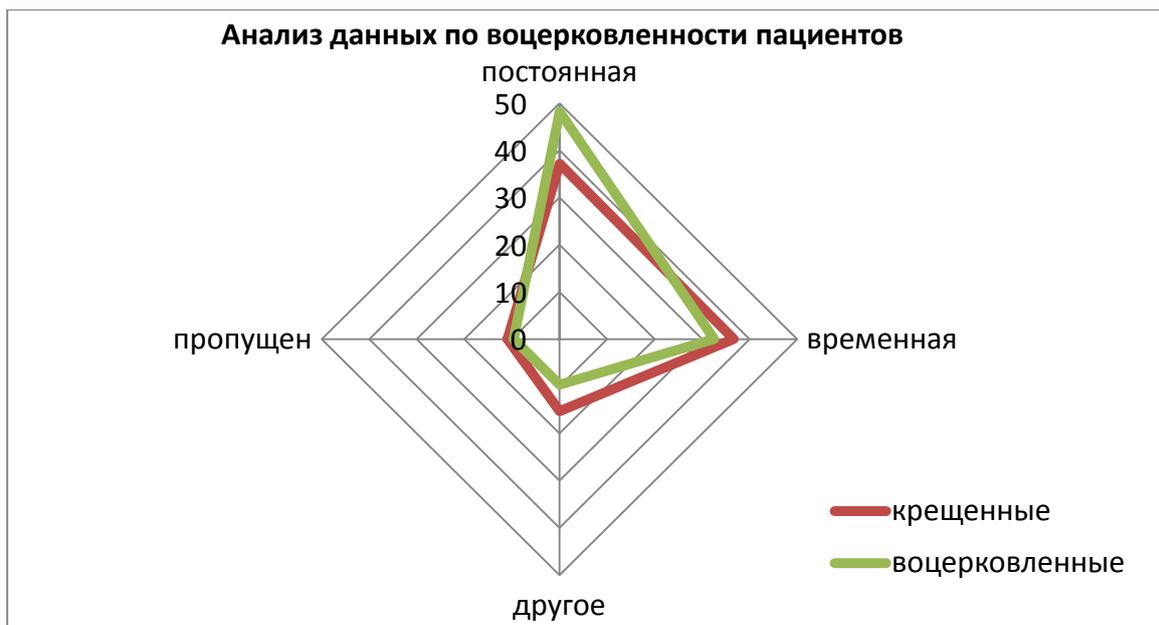


Рисунок Д.9.в

Вопрос 17. С кем из родственников проживаете?

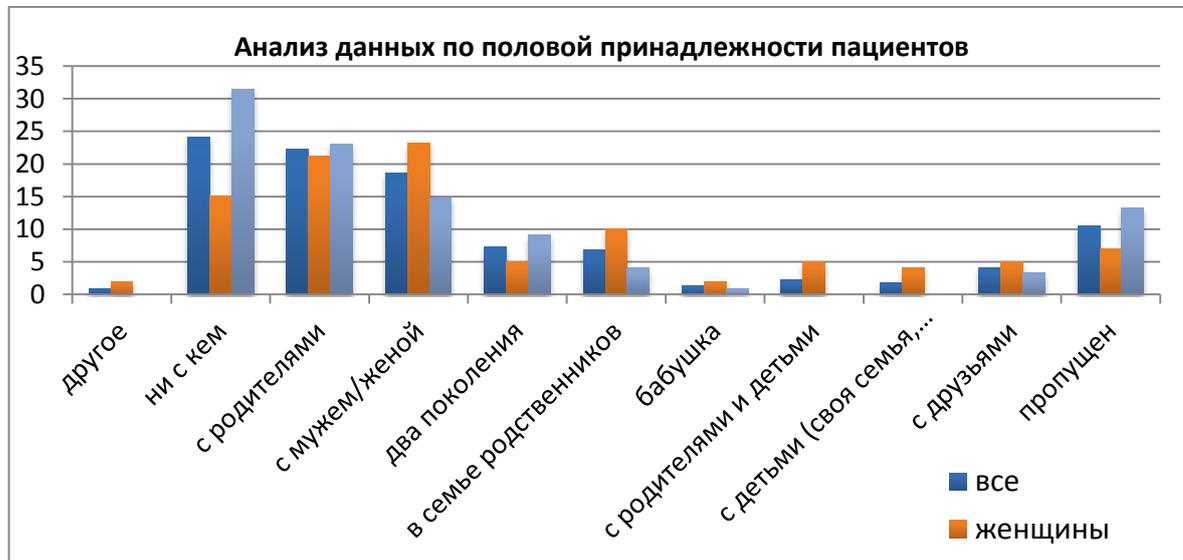


Рисунок Д.10.а

Продолжение приложения Д

Вопрос 17. С кем из родственников проживаете?

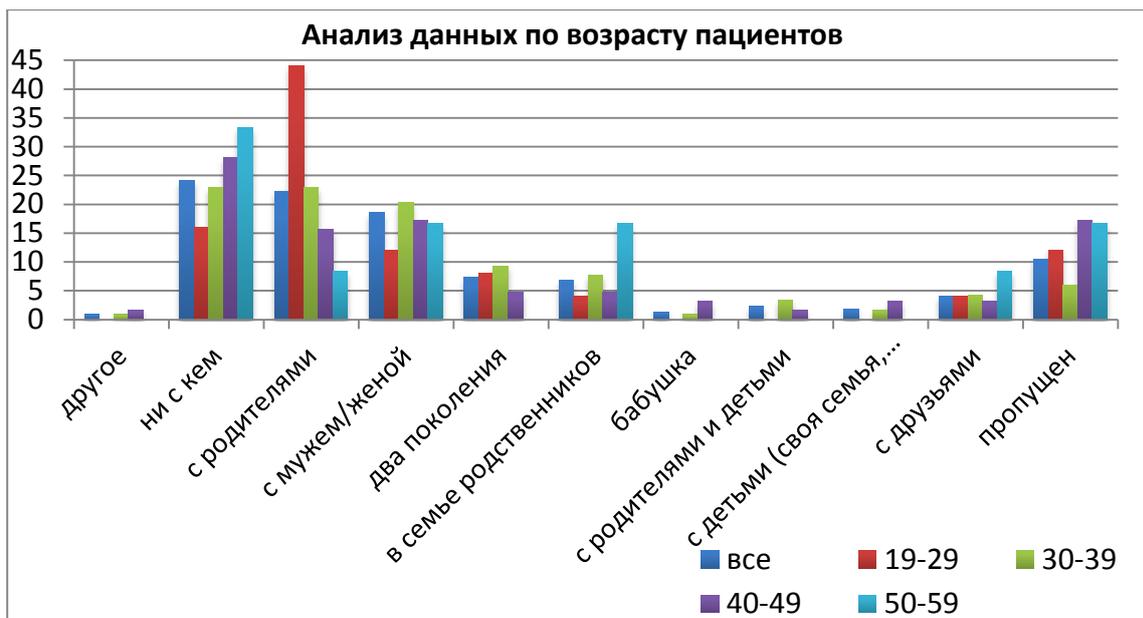


Рисунок Д.10.б

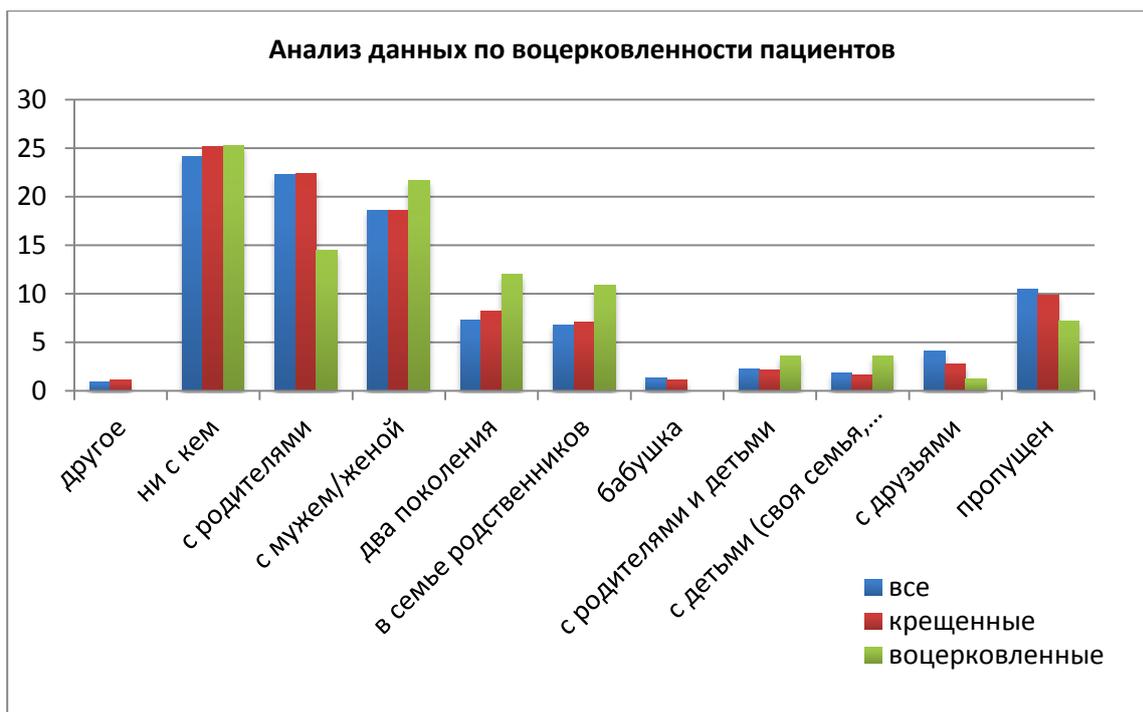


Рисунок Д.10.в

Продолжение приложения Д

Вопрос 21. У Вас есть несовершеннолетние дети?

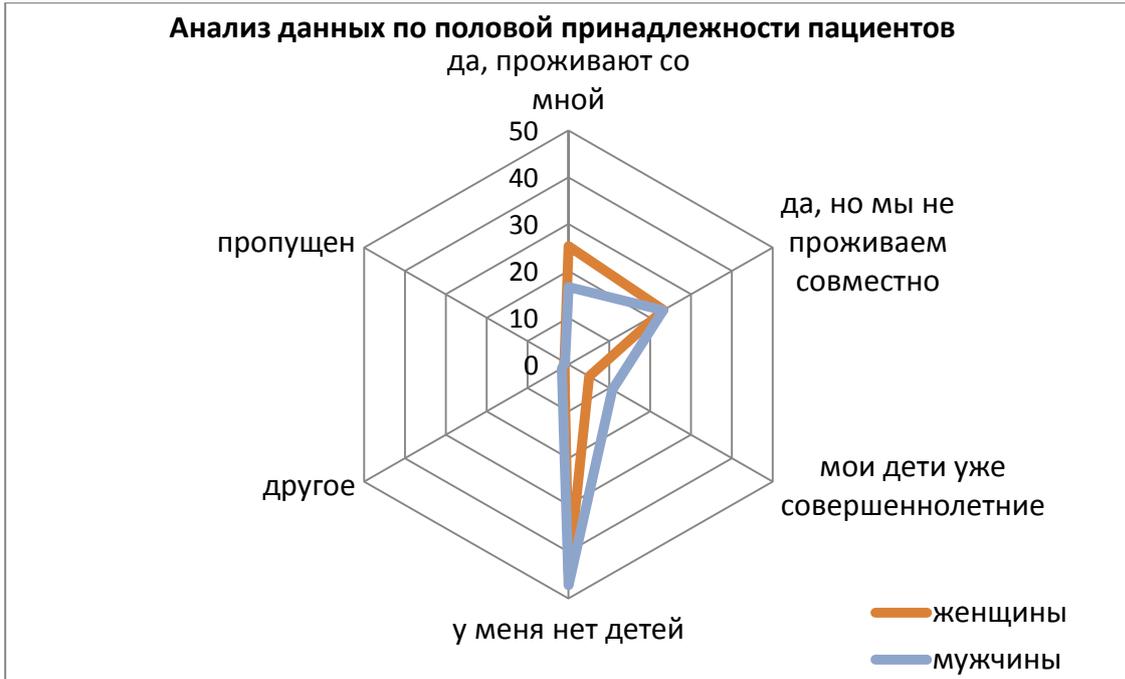


Рисунок Д.12.а

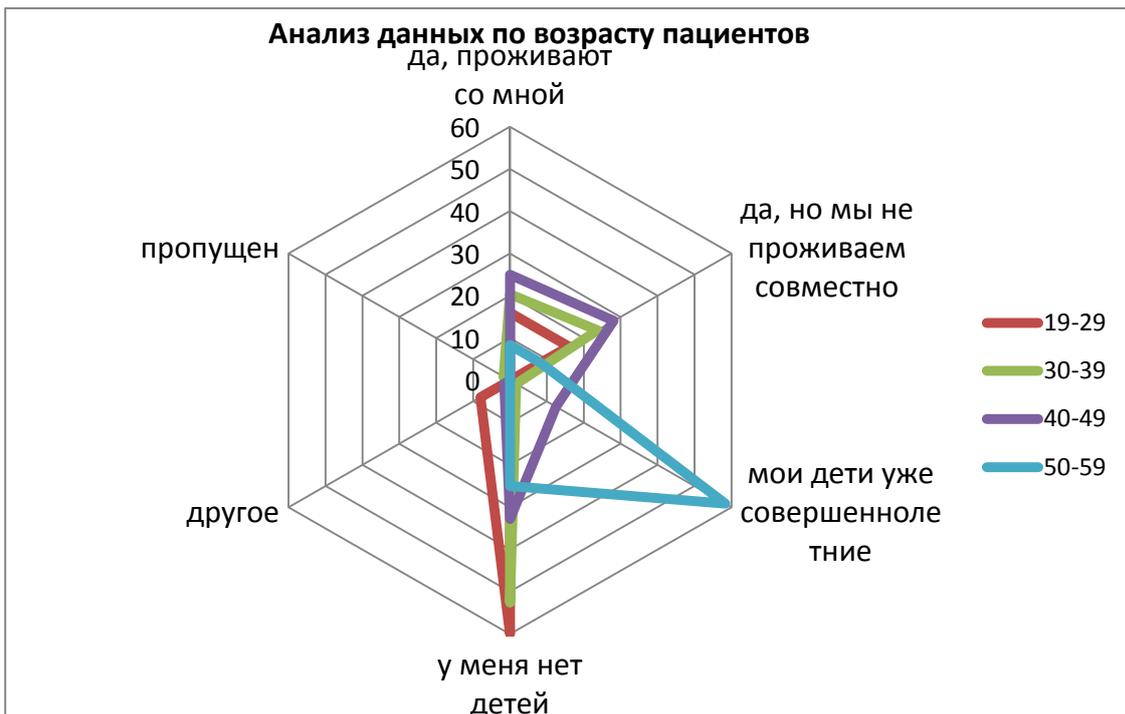


Рисунок Д.12.б

Продолжение приложения Д

Вопрос 21. У Вас есть несовершеннолетние дети?

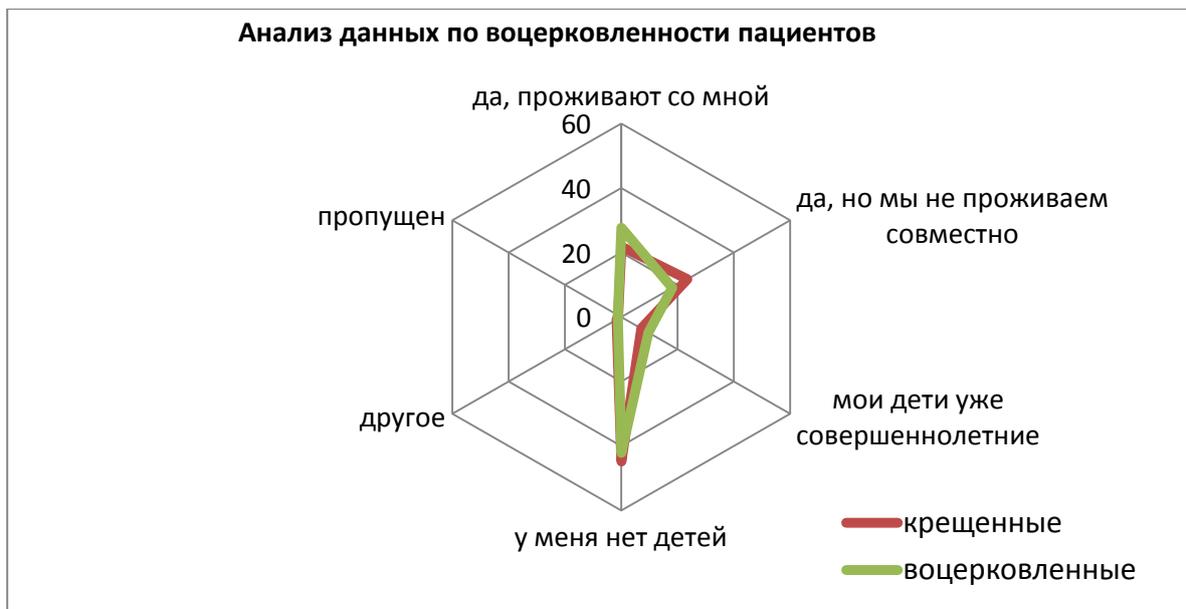


Рисунок Д.12.в

Вопрос 61. Вы сами когда-либо употребляли наркотики?



Рисунок Д.13.а

Продолжение приложения Д

Вопрос 61. Вы сами когда-либо употребляли наркотики?

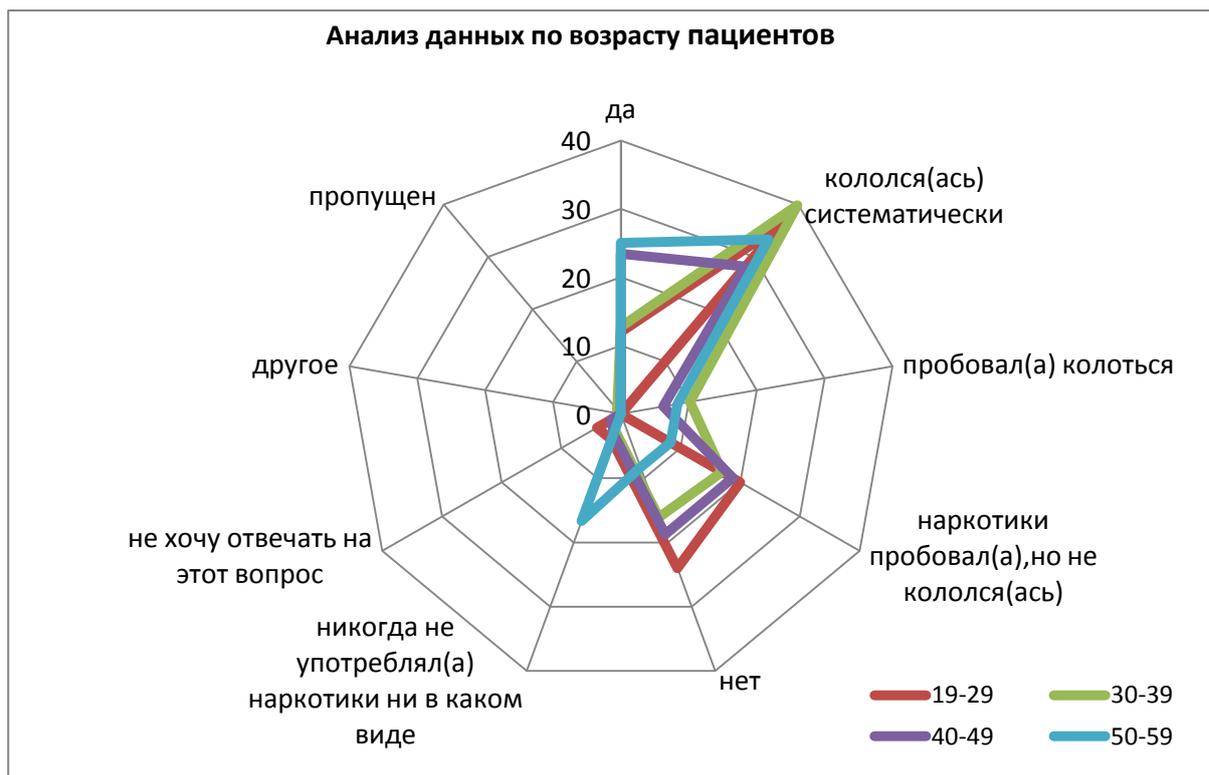


Рисунок Д.13.б

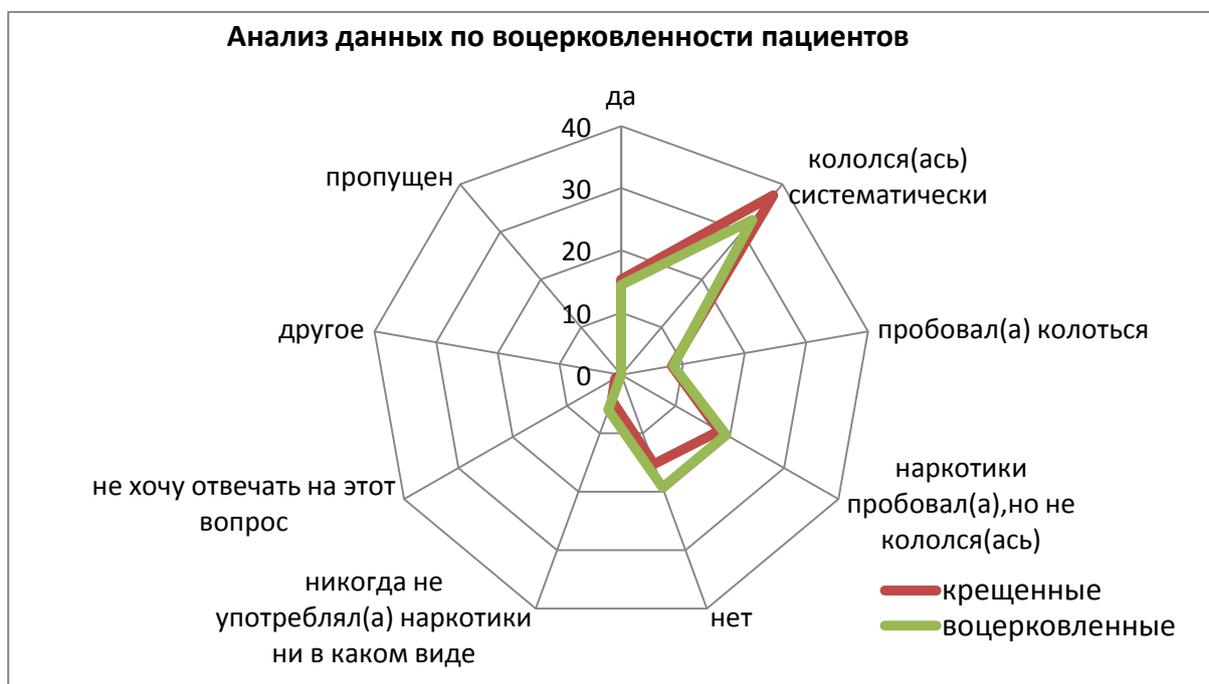


Рисунок Д.13.в

Продолжение приложения Д

Вопрос 62. Кто/что является источником Вашего заражения?



Рисунок Д.14.а

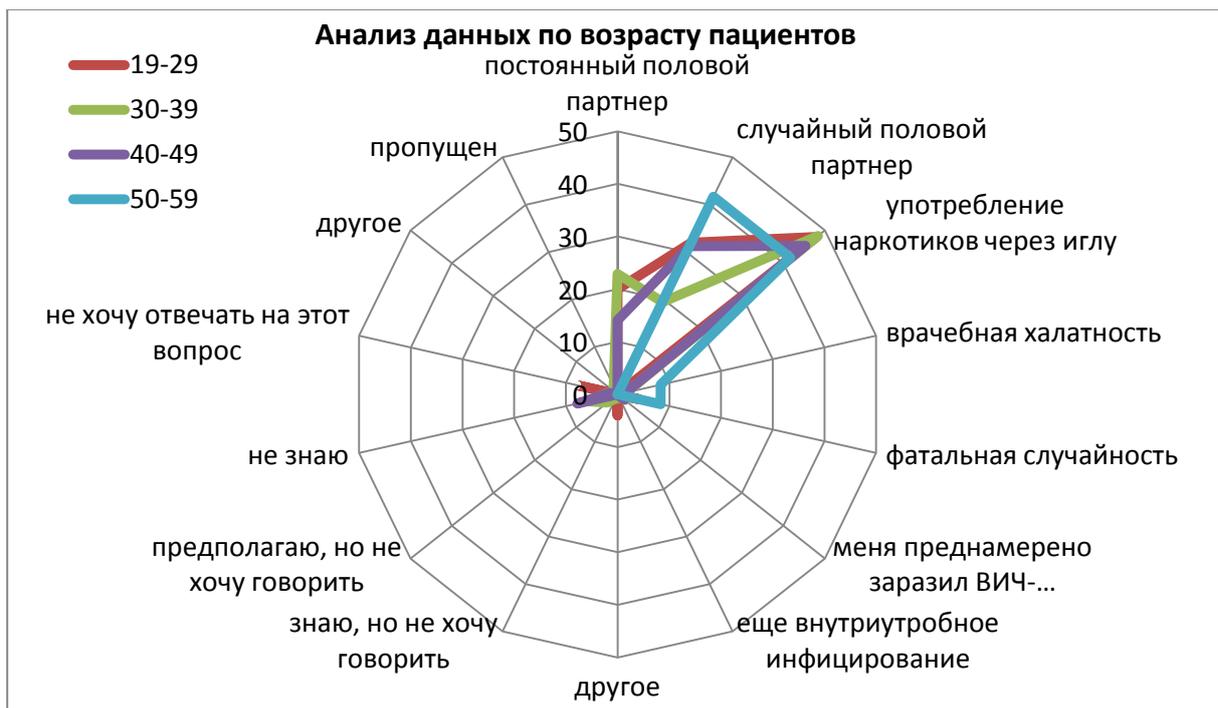


Рисунок Д.14.б

Продолжение приложения Д

Вопрос 62. Кто/что, по Вашему мнению, является источником Вашего заражения?

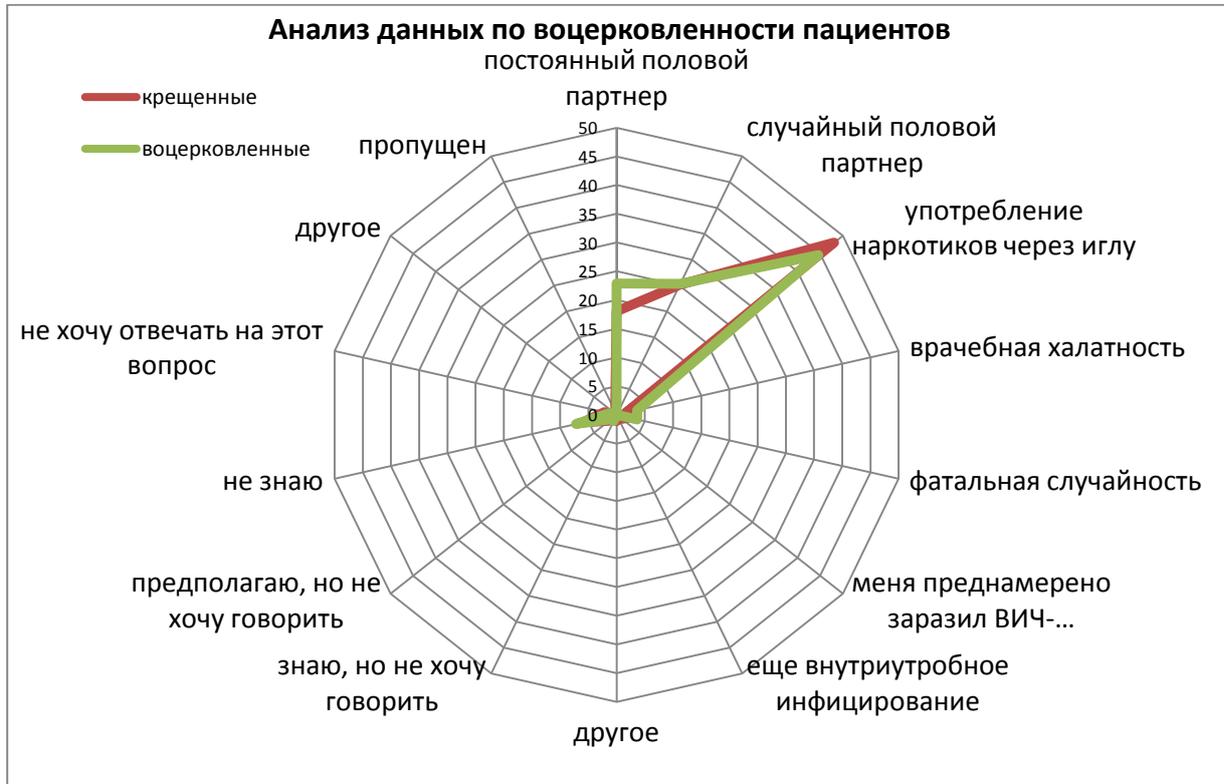


Рисунок Д.14.в

ПРИЛОЖЕНИЕ Е
(обязательное)

Анализ данных опроса пациентов по вопросам,
 касающихся эмоциональной картины внутреннего мира
 ВИЧ-инфицированного человека (душевный мир; «душа») ²⁸¹
 Вопросы 12, 14, 15, 18, 20, 28, 31-54, 67, 69.

Вопросы и варианты ответов	Распределение ответов по полу, возрасту (в возрастных группах) и воцерковленности пациентов								
	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
Вопрос 12. Вам нравится ваша работа?									
да	48.2	44.4	51.2	40.0	51.7	50.0	16.7	45.4	56.6
нет	27.7	32.3	24.0	36.0	28.8	23.4	25.0	30.6	25.3
не знаю	4.1	2.0	5.8	0.0	4.2	3.1	16.7	2.7	2.4
другое	11.4	9.1	13.2	12.0	6.8	18.8	16.7	13.1	8.4
пропущен	8.6	12.1	5.8	12.0	8.5	4.7	25.0	8.2	7.2
Вопрос 14. Как ваши коллеги относятся к вам?									
любят	13.2	15.2	11.6	4.0	15.3	12.5	16.7	12.6	12.0
уважают	40.9	38.4	43.0	32.0	39.8	48.4	25.0	39.9	50.6
недолюбливают	16.8	24.2	10.7	20.0	16.9	14.1	25.0	18.0	20.5
ненавидят	0.5	0.0	0.8	0.0	0.0	1.6	0.0	0.5	1.2
жалеют	6.4	7.1	5.8	12.0	8.5	1.6	0.0	7.1	4.8
боятся	6.4	2.0	9.9	0.0	8.5	4.7	8.3	7.7	6.0
равнодушно	14.1	17.2	11.6	16.0	17.8	4.7	25.0	13.7	12.0
другое	10.5	4.0	15.7	12.0	9.3	12.5	8.3	10.4	4.8
пропущен	6.8	9.1	5.0	12.0	5.9	6.3	8.3	7.1	3.6
Вопрос 15. Как Вы относитесь к своим коллегам?									
люблю	12.7	11.1	14.0	8.0	14.4	10.9	16.7	11.5	10.8
уважаю	45.9	41.4	49.6	32.0	44.9	56.3	25.0	44.8	51.8
недолюбливаю	4.5	7.1	2.5	8.0	5.9	1.6	0.0	3.8	2.4
ненавижу	0.9	2.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	1.1	1.2
жалею	2.3	3.0	1.7	0.0	1.7	4.7	0.0	2.2	2.4
боюсь	2.3	5.1	0.0	0.0	3.4	1.6	0.0	2.2	2.4
равнодушно	31.8	36.4	28.1	40.0	34.7	20.3	50.0	33.3	34.9
другое	7.3	4.0	9.9	8.0	6.8	7.8	8.3	7.7	6.0
пропущен	5.5	8.1	3.3	12.0	5.1	3.1	8.3	6.0	3.6
Вопрос 18. Какие у Вас отношения с ними ? С проживающими с Вами родственниками?									
идеальные	9.1	10.1	8.3	0.0	10.2	10.9	8.3	8.7	9.6
хорошие	57.7	55.6	59.5	48.0	56.8	62.5	58.3	56.3	59.0
плохие	14.1	19.2	9.9	40.0	13.6	6.3	8.3	14.8	15.7
ужасные	0.5	0.0	0.8	0.0	0.0	1.6	0.0	0.5	0.0
другое	6.4	5.1	7.4	8.0	6.8	4.7	8.3	6.6	7.2
пропущен	12.3	10.1	14.0	4.0	12.7	14.1	16.7	13.1	8.4

Продолжение приложения Е

²⁸¹Примечание - Вопросы в таблице, помеченные *, имеют рисунки с соответствующим номером в Приложении Ж.

Вопрос 20.Как изменились Ваши отношения с родными после постановки диагноза?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
изменились в лучшую сторону	10.0	12.1	8.3	8.0	9.3	12.5	8.3	9.3	14.5
остались прежние	48.2	47.5	48.8	24.0	53.4	51.6	25.0	48.1	42.2
изменились в худшую сторону	28.2	34.3	23.1	48.0	24.6	25.0	41.7	28.4	31.3
другое	6.8	0.0	12.4	16.0	5.9	4.7	8.3	6.0	7.2
пропущен	6.8	6.1	7.4	4.0	6.8	6.3	16.7	8.2	4.8
Вопрос 28.Как изменились Ваши отношения с друзьями, после того, как Вы узнали о болезни?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
изменились в лучшую сторону	5.9	7.1	5.0	12.0	4.2	6.3	8.3	6.0	6.0
остались прежние	79.5	77.8	81.0	72.0	82.2	76.6	83.3	81.4	79.5
изменились в худшую сторону	4.1	4.0	4.1	8.0	1.7	6.3	8.3	3.3	7.2
другое	7.7	7.1	8.3	8.0	8.5	7.8	0.0	7.1	4.8
пропущен	2.7	4.0	1.7	0.0	3.4	3.1	0.0	2.2	2.4
Вопрос 31*. Как Вы реагируете на грубость по отношению к себе?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
очень остро, могу заплакать	19.1	36.4	5.0	24.0	22.0	14.1	8.3	20.2	22.9
обижаюсь, но держу себя в руках	39.5	34.3	43.8	20.0	37.3	50.0	50.0	39.9	43.4
злюсь, хочется отомстить обидчику	19.1	16.2	21.5	24.0	18.6	17.2	16.7	17.5	21.7
немедленно вступаю в конфликт с обидчиком	20.9	18.2	23.1	16.0	27.1	9.4	33.3	22.4	19.3
прощаю	14.1	16.2	12.4	12.0	16.1	12.5	8.3	13.7	14.5
другое	5.5	6.1	5.0	8.0	5.1	6.3	0.0	4.9	2.4
пропущен	0.9	1.0	0.8	4.0	0.0	1.6	0.0	0.5	0.0
Вопрос: 32 .Как долго Вы помните нанесенные обиды?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
сразу забываю	17.7	26.3	10.7	32.0	18.6	12.5	8.3	16.9	13.3
помню некоторое время	50.9	43.4	57.0	36.0	51.7	51.6	66.7	52.5	49.4
помню долго	17.3	15.2	19.0	12.0	20.3	14.1	16.7	15.8	18.1
я не забываю обид	5.0	6.1	4.1	4.0	5.1	4.7	8.3	6.0	6.0
другое	7.3	7.1	7.4	16.0	4.2	10.9	0.0	7.7	10.8
пропущен	1.8	2.0	1.7	0.0	0.0	6.3	0.0	1.1	2.4
Вопрос 33*.Вам бывает одиноко?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
постоянно	5.5	6.1	5.0	4.0	4.2	6.3	16.7	5.5	3.6
часто	22.7	27.3	19.0	32.0	24.6	17.2	16.7	20.2	21.7
редко	55.5	54.5	56.2	40.0	58.5	59.4	33.3	57.9	55.4

Продолжение приложения Е

никогда	13.6	9.1	17.4	12.0	11.0	15.6	33.3	13.7	18.1
другое	1.8	2.0	1.7	8.0	1.7	0.0	0.0	1.6	1.2

пропущено	0.9	1.0	0.8	4.0	0.0	1.6	0.0	1.1	0.0
Вопрос 34.Что помогает Вам не чувствовать себя одиноким(ой)?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
со мной живут любящие меня люди (человек)	45.5	52.5	39.7	44.0	49.2	40.6	33.3	44.3	53.0
меня регулярно навещают родственники и/или друзья	8.6	10.1	7.4	8.0	8.5	10.9	0.0	7.1	9.6
я привык быть один и ни от кого не зависеть	34.1	29.3	38.0	32.0	33.9	32.8	50.0	36.6	28.9
вера в Бога	33.2	34.3	32.2	32.0	29.7	43.8	16.7	35.0	51.8
другое	9.1	7.1	10.7	12.0	10.2	7.8	0.0	8.7	4.8
пропущен	2.7	1.0	4.1	0.0	1.7	4.7	8.3	2.7	1.2
Вопрос 35.Как Вы боретесь с чувством одиночества?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
я общаюсь с сестрами милосердия из патронажной службы	2.3	3.0	1.7	4.0	2.5	1.6	0.0	2.7	0.0
читаю, слушаю музыку, смотрю ТВ, хожу в кино, на футбол и т.п.	24.5	20.2	28.1	28.0	26.3	23.4	8.3	23.5	19.3
хожу в церковь/общаюсь со священником	18.6	19.2	18.2	16.0	15.3	23.4	33.3	17.5	30.1
посещаю психолога	3.6	3.0	4.1	4.0	3.4	3.1	8.3	3.3	3.6
гуляю по улице в людных местах или разговариваю со случайными людьми на лавочке	30.0	35.4	25.6	48.0	33.1	18.8	16.7	31.7	37.3
звоню друзьям/родным	59.1	63.6	55.4	64.0	64.4	51.6	33.3	60.7	62.7
общаюсь в соц.сетях, ЖЖ, чатах	39.1	47.5	32.2	60.0	37.3	35.9	33.3	41.0	42.2
не борюсь, т.к. люблю уединение	34.5	36.4	33.1	36.0	33.9	34.4	41.7	36.6	33.7
не знаю, как бороться, но одиночество меня гнетет	10.5	9.1	11.6	8.0	9.3	14.1	8.3	9.3	9.6
Другое	5.5	4.0	6.6	12.0	4.2	6.3	0.0	5.5	3.6
пропущен	5.0	4.0	5.8	0.0	5.9	4.7	8.3	5.5	8.4
Вопрос 36*. Ваши страхи (биологические)?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
Ухудшение здоровья	64.1	68.7	60.3	64.0	66.9	57.8	66.7	63.9	67.5
Страх за жизнь	22.7	36.4	11.6	40.0	22.9	17.2	16.7	24.0	26.5
За здоровье близких	51.8	54.5	49.6	44.0	53.4	54.7	33.3	55.2	66.3
Боли	18.6	24.2	14.0	20.0	22.9	14.1	0.0	19.1	21.7
Смерти	21.8	27.3	17.4	16.0	22.9	23.4	16.7	21.3	21.7
Ничего	7.3	4.0	9.9	4.0	5.1	10.9	16.7	8.2	6.0
Другое	4.1		3.3	4.0	4.2	3.1	8.3	2.7	4.8

Продолжение приложения Е

Вопрос 37*. Ваши страхи (социальные)?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
Быть в тягость своим близким	51.8	54.5	49.6	48.0	50.8	53.1	58.3	51.4	56.6
Потерять работу	33.2	26.3	38.8	28.0	32.2	39.1	16.7	32.2	42.2
Не найти работу	20.9	18.2	23.1	20.0	18.6	26.6	16.7	21.9	14.5
Кто-то узнает о моей болезни и я стану изгоем	25.0	30.3	20.7	28.0	28.8	17.2	25.0	25.7	27.7
Лечение будет очень дорогим для меня	10.0	9.1	10.7	4.0	9.3	14.1	8.3	8.2	9.6
Ничего не боюсь	8.2	7.1	9.1	8.0	11.0	4.7	0.0	8.7	9.6
Другое	5.0	7.1	3.3	12.0	5.9	0.0	8.3	6.0	4.8
пропущен	3.6	4.0	3.3	0.0	3.4	4.7	8.3	3.3	4.8
Вопрос 38*. Ваши страхи (экзистенциальные)?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
Страшных снов	11.8	19.2	5.8	12.0	14.4	7.8	8.3	12.0	10.8
Плохих примет	14.1	25.3	5.0	20.0	19.5	4.7	0.0	15.3	16.9
Неизвестности	29.5	28.3	30.6	40.0	23.7	34.4	33.3	30.6	39.8
Появились страхи которых раньше не было	14.5	20.2	9.9	20.0	12.7	17.2	8.3	13.1	14.5
Бывает страшно без видимой причины	23.2	32.3	15.7	32.0	23.7	20.3	16.7	25.1	25.3
Ничего	22.3	14.1	28.9	12.0	25.4	21.9	16.7	23.0	21.7
Другое	5.5	4.0	6.6	8.0	6.8	0.0	16.7	4.9	3.6
пропущен	6.4	6.1	6.6	0.0	6.8	7.8	8.3	6.0	3.6
Вопрос 39. Вы чувствуете себя расстроенным или печальным?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
Редко расстраиваюсь, я веселый человек	31.8	23.2	38.8	24.0	29.7	39.1	25.0	32.8	26.5
Случается, что я расстраиваюсь, но не больше, чем все	37.3	32.3	41.3	40.0	42.4	29.7	25.0	38.8	37.3
Часто расстраиваюсь, и многое приводит меня в уныние	23.2	37.4	11.6	24.0	21.2	21.9	50.0	22.4	30.1
Настолько расстроен и несчастлив, что с трудом переношу это	1.4	1.0	1.7	4.0	0.8	1.6	0.0	1.1	1.2
Другое	5.0	5.1	5.0	8.0	5.1	4.7	0.0	4.4	3.6
пропущен	1.4	1.0	1.7	0.0	0.8	3.1	0.0	0.5	1.2
Вопрос 41. Вы считаете, что у Вас в жизни было много неудач?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
нет	6.4	9.1	4.1	8.0	5.1	4.7	25.0	6.0	3.6
я везучий человек	17.3	11.1	22.3	16.0	18.6	18.8	0.0	17.5	19.3
не чувствую, что неудач в моей жизни было много, но они были, как и у любого человека	35.5	35.4	35.5	20.0	40.7	32.8	33.3	36.6	36.1

Продолжение приложения Е

не причисляю себя к неудачникам, но неудач у меня было больше, чем у других	23.2	30.3	17.4	36.0	20.3	21.9	25.0	22.4	26.5
да	10.0	8.1	11.6	4.0	9.3	14.1	8.3	10.9	8.4
я - полный неудачник	4.1	4.0	4.1	12.0	2.5	3.1	8.3	3.3	2.4
другое	3.2	2.0	4.1	4.0	2.5	4.7	0.0	3.3	3.6
пропущен	0.5	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 42. Вы удовлетворены своей жизнью?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
да	10.9	11.1	10.7	8.0	10.2	15.6	0.0	10.9	13.3
я удовлетворен жизнью	11.8	8.1	14.9	24.0	11.0	10.9	0.0	11.5	14.5
в основном все сложилось хорошо кроме некоторых моментов	39.5	38.4	40.5	20.0	42.4	37.5	58.3	41.0	34.9
нет	9.1	8.1	9.9	16.0	6.8	10.9	8.3	9.3	8.4
скорее не удовлетворен	15.5	18.2	13.2	16.0	15.3	15.6	16.7	15.3	19.3
полностью не удовлетворен жизнью и мне всё надоело	8.6	12.1	5.8	4.0	9.3	7.8	16.7	8.7	6.0
другое	3.2	2.0	4.1	8.0	3.4	1.6	0.0	2.7	2.4
пропущен	1.4	2.0	0.8	4.0	1.7	0.0	0.0	0.5	1.2
Вопрос 43. Вас иногда посещает чувство вины?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
никогда	3.6	6.1	1.7	8.0	5.1	0.0	0.0	2.2	2.4
иногда чувствую себя виноватым	60.9	56.6	64.5	56.0	64.4	62.5	33.3	62.8	59.0
довольно часто ощущаю себя виноватым	23.6	22.2	24.8	32.0	18.6	21.9	58.3	21.9	26.5
постоянно испытываю чувство вины	8.6	14.1	4.1	4.0	9.3	9.4	8.3	9.8	9.6
другое	2.7	2.0	3.3	4.0	1.7	4.7	0.0	3.3	1.2
пропущен	0.9	0.0	1.7	0.0	0.8	1.6	0.0	0.5	1.2
Вопрос 44. У Вас есть ощущение, что Вы наказаны за что-то?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
нет	20.9	23.2	19.0	28.0	18.6	26.6	0.0	20.2	18.1
чего нет-того нет	0.9	1.0	0.8	0.0	0.8	0.0	8.3	0.5	0.0
редко	8.6	14.1	4.1	8.0	11.9	4.7	0.0	7.7	6.0
иногда мне кажется, что кое за что меня следует наказать	26.8	24.2	28.9	16.0	29.7	23.4	41.7	29.0	36.1
да	12.3	8.1	15.7	16.0	11.0	14.1	8.3	12.0	14.5
меня следовало бы здорово наказать за многие вещи	6.8	9.1	5.0	8.0	6.8	4.7	8.3	7.1	7.2
я чувствую себя уже наказанным	19.5	17.2	21.5	20.0	18.6	20.3	25.0	20.2	13.3

Продолжение приложения Е

другое	1.8	2.0	1.7	0.0	0.8	4.7	0.0	1.6	2.4
пропущен	2.3	1.0	3.3	4.0	1.7	1.6	8.3	1.6	2.4
Вопрос 45.Как Вы относитесь к себе? Вы себе нравитесь?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
доволен собой	17.7	20.2	15.7	36.0	17.8	10.9	16.7	18.0	10.8
иногда я недоволен собой	56.4	55.6	57.0	24.0	59.3	64.1	50.0	58.5	57.8
недоволен собой	18.6	17.2	19.8	32.0	16.9	14.1	33.3	17.5	27.7
нет	0.9	1.0	0.8	0.0	0.8	1.6	0.0	0.5	1.2
ненавижу себя	1.4	2.0	0.8	4.0	0.8	1.6	0.0	1.1	0.0
другое	2.7	2.0	3.3	4.0	1.7	4.7	0.0	2.2	1.2
пропущен	2.3	2.0	2.5	0.0	2.5	3.1	0.0	2.2	1.2
Вопрос 46.Вы часто себя критикуете и осуждаете?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
нет	9.1	10.1	8.3	20.0	5.9	10.9	8.3	9.8	4.8
мне не за что себя критиковать	6.8	8.1	5.8	8.0	6.8	7.8	0.0	6.0	7.2
всё я делаю правильно	2.3	0.0	4.1	0.0	2.5	3.1	0.0	2.7	2.4
иногда критикую себя	42.3	38.4	45.5	36.0	44.1	40.6	50.0	42.1	36.1
да	7.3	6.1	8.3	0.0	7.6	9.4	8.3	6.6	4.8
часто критикую себя	23.6	24.2	23.1	24.0	24.6	20.3	25.0	24.6	33.7
во всём виню одного себя	4.5	8.1	1.7	8.0	4.2	3.1	8.3	4.9	6.0
кругом виноват	1.4	2.0	0.8	4.0	1.7	0.0	0.0	1.1	1.2
другое	1.4	2.0	0.8	0.0	0.8	3.1	0.0	1.1	1.2
пропущен	1.4	1.0	1.7	0.0	1.7	1.6	0.0	1.1	2.4
Вопрос 47*.Вам приходили мысли о самоубийстве?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
нет	23.6	17.2	28.9	24.0	23.7	23.4	25.0	21.3	15.7
такие мысли мне никогда не приходили и не приходят в голову	11.8	9.1	14.0	12.0	7.6	17.2	16.7	12.0	16.9
мне в жизни несколько раз приходила такая мысль, но я отгонял ее	34.1	42.4	27.3	32.0	37.3	28.1	41.7	35.0	39.8
такие мысли приходят, но я не буду их осуществлять	20.0	23.2	17.4	20.0	22.0	17.2	16.7	20.8	19.3
да	5.5	3.0	7.4	0.0	4.2	10.9	0.0	5.5	4.8
такие мысли часто посещают меня	3.2	4.0	2.5	8.0	3.4	1.6	0.0	3.8	2.4
другое	0.9	1.0	0.8	4.0	0.8	0.0	0.0	1.1	0.0
пропущен	0.9	0.0	1.7	0.0	0.8	1.6	0.0	0.5	1.2
Вопрос 48.Вы сейчас плачете чаще, чем обычно?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
нет	53.2	27.3	74.4	24.0	51.7	64.1	66.7	53.0	50.6
не чаще	10.9	14.1	8.3	20.0	11.0	6.3	16.7	9.3	6.0
немного чаще, чем раньше, но не слишком	20.9	38.4	6.6	24.0	23.7	15.6	16.7	23.0	32.5

Продолжение приложения Е

да	5.0	5.1	5.0	4.0	5.1	6.3	0.0	4.9	2.4
гораздо чаще	5.9	13.1	0.0	20.0	5.9	1.6	0.0	6.0	6.0
всё время плачу	0.9	1.0	0.8	0.0	0.8	1.6	0.0	1.1	0.0
раньше мог(ла) плакать, а сейчас не могу, даже если хочется	0.9	1.0	0.8	0.0	0.8	1.6	0.0	1.1	1.2
другое	1.8	0.0	3.3	8.0	0.0	3.1	0.0	1.6	1.2
пропущен	0.5	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 49*.Вы стали более раздражитель- ным, чем раньше?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	кре- ще- ные	воцер- ковл- енные
нет	15.5	7.1	22.3	16.0	13.6	18.8	16.7	14.8	14.5
не более, чем обычно	33.6	30.3	36.4	28.0	37.3	31.3	25.0	34.4	25.3
сейчас легче раздража- юсь, чем раньше	27.7	36.4	20.7	32.0	25.4	28.1	33.3	27.9	38.6
да	10.0	6.1	13.2	4.0	10.2	10.9	16.7	10.4	4.8
постоянно чувствую, что раздражен	7.3	12.1	3.3	8.0	6.8	7.8	8.3	6.6	9.6
стал(а) равнодушен(шна) к вещам, которые меня раньше раздражали	4.1	6.1	2.5	4.0	5.9	1.6	0.0	4.9	6.0
другое	0.5	1.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0
пропущен	1.4	1.0	1.7	4.0	0.8	1.6	0.0	0.5	1.2
Вопрос 50*.Вас инте- ресуют другие люди и/или их заботы?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	кре- ще- ные	воцер- ковл- енные
да	19.5	12.1	25.6	16.0	14.4	29.7	25.0	18.0	20.5
не отмахиваюсь от других людей и/или их забот	48.2	42.4	52.9	44.0	51.7	45.3	33.3	49.7	50.6
меньше интересуюсь дру- гими людьми, чем раньше	18.6	30.3	9.1	24.0	22.0	9.4	25.0	19.7	19.3
почти потерял(а) интерес к другим людям	7.3	10.1	5.0	4.0	9.3	4.7	8.3	7.1	6.0
нет	3.2	2.0	4.1	8.0	0.8	6.3	0.0	2.7	2.4
полностью утратил(а) ин- терес к другим людям	0.5	0.0	0.8	0.0	0.0	1.6	0.0	0.5	0.0
другое	1.4	2.0	0.8	4.0	0.8	1.6	0.0	1.6	1.2
пропущен	1.4	1.0	1.7	0.0	0.8	1.6	8.3	0.5	0.0
Вопрос 51.Вы всегда выполняете принятые Вами решения?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	кре- щен- ные	воцер- ковл- енные
да	7.3	7.1	7.4	0.0	8.5	9.4	0.0	6.0	6.0
всегда стараюсь выпол- нить принятые решения	53.2	37.4	66.1	40.0	49.2	59.4	83.3	54.6	51.8
часто откладываю принятие решений	20.0	29.3	12.4	20.0	20.3	21.9	8.3	20.2	26.5

Продолжение приложения Е

сейчас мне гораздо труднее принимать решения, чем раньше	10.9	17.2	5.8	24.0	13.6	3.1	0.0	11.5	8.4
нет	5.0	4.0	5.8	8.0	5.1	3.1	8.3	3.8	3.6
больше не могу принимать решения. Всё идет, как идет.	1.8	3.0	0.8	4.0	1.7	1.6	0.0	2.2	3.6
другое	1.4	2.0	0.8	4.0	0.8	1.6	0.0	1.6	0.0
пропущен	0.5	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 52. Вам кажется, что сейчас Вы выглядите как и прежде или изменились?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
несмотря ни на что, практически не изменился	26.4	22.2	29.8	16.0	26.3	29.7	25.0	23.5	20.5
во мне произошли перемены, но не большие	45.0	49.5	41.3	48.0	51.7	35.9	25.0	47.5	49.4
в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным	18.6	19.2	18.2	24.0	13.6	20.3	50.0	19.1	20.5
выгляжу безобразно	2.3	3.0	1.7	4.0	1.7	3.1	0.0	2.2	0.0
другое	5.5	5.1	5.8	4.0	5.9	6.3	0.0	6.0	6.0
пропущен	2.3	1.0	3.3	4.0	0.8	4.7	0.0	1.6	3.6
Вопрос 53*. Можете ли Вы выполнять какую-либо работу, действуя так же, как раньше?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
да	15.9	13.1	18.2	8.0	13.6	21.9	16.7	14.2	8.4
могу работать так же, как и раньше	36.8	27.3	44.6	36.0	37.3	40.6	16.7	39.3	43.4
мне необходимо совершить некоторое усилие, чтобы начать делать что-нибудь	26.4	32.3	21.5	20.0	27.1	21.9	58.3	25.1	27.7
с трудом заставляю себя делать что-либо	11.8	21.2	4.1	20.0	12.7	7.8	8.3	12.0	14.5
нет	3.6	2.0	5.0	8.0	2.5	4.7	0.0	3.8	2.4
совсем не могу выполнять никаких действий	1.8	1.0	2.5	0.0	3.4	0.0	0.0	1.6	0.0
другое	1.8	2.0	1.7	4.0	2.5	0.0	0.0	2.2	2.4
пропущен	1.8	1.0	2.5	4.0	0.8	3.1	0.0	1.6	1.2
Вопрос 54. Вы можете описать, в какой степени Вас беспокоит состояние Вашего здоровья?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно	26.4	20.2	31.4	16.0	22.9	35.9	25.0	26.8	24.1

Продолжение приложения Е

меня тревожат проблемы моего физического здоровья	47.3	47.5	47.1	44.0	53.4	37.5	50.0	47.0	49.4
очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом	18.6	23.2	14.9	32.0	16.1	17.2	25.0	19.1	16.9
настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать	3.6	6.1	1.7	0.0	5.9	1.6	0.0	3.8	6.0
другое	3.2	3.0	3.3	8.0	0.8	6.3	0.0	2.7	3.6
пропущен	0.9	0.0	1.7	0.0	0.8	1.6	0.0	0.5	0.0
Вопрос 67. Как Вам кажется, другим повезло в жизни больше, чем Вам?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
нет	9.5	8.1	10.7	12.0	9.3	9.4	8.3	10.4	8.4
не больше	9.1	12.1	6.6	4.0	10.2	9.4	8.3	9.3	8.4
у всех есть неприятности	44.1	43.4	44.6	44.0	47.5	40.6	33.3	44.3	44.6
повезло меньше, чем большинству людей	15.0	11.1	18.2	8.0	15.3	17.2	16.7	15.8	16.9
я вообще неудачник	6.8	10.1	4.1	16.0	1.7	10.9	16.7	6.0	6.0
не знаю	10.5	12.1	9.1	12.0	11.0	7.8	8.3	8.7	7.2
другое	2.7	2.0	3.3	4.0	1.7	3.1	8.3	3.3	3.6
да	1.4	1.0	1.7	0.0	2.5	0.0	0.0	1.6	3.6
пропущен	0.9	0.0	1.7	0.0	0.8	1.6	0.0	0.5	1.2
Вопрос 69. Как Вам кажется, другие получают счастье по заслугам?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	воцерковленные
они не лучше меня, им больше повезло, чем мне	34.5	36.4	33.1	36.0	33.1	32.8	50.0	37.2	41.0
они просто родились у других родителей и в других семьях, им не пришлось очень стараться для получения счастья	17.7	18.2	17.4	20.0	18.6	18.8	0.0	16.4	18.1
они встретили в жизни влиятельных людей, которые их поддержали	11.4	11.1	11.6	12.0	11.9	7.8	25.0	11.5	10.8
они удачно женились (вышли замуж)	2.3	4.0	0.8	0.0	3.4	1.6	0.0	2.2	2.4
наверное, они работали лучше	14.1	9.1	18.2	0.0	13.6	21.9	8.3	16.4	14.5
Бог им помогает, а мне - нет	4.5	5.1	4.1	8.0	5.1	1.6	8.3	4.9	6.0
не знаю	15.9	13.1	18.2	16.0	16.1	17.2	8.3	14.2	13.3
другое	10.0	14.1	6.6	8.0	13.6	6.3	0.0	9.8	9.6
пропущен	2.7	1.0	4.1	4.0	0.8	3.1	16.7	2.2	0.0

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж
(обязательное)

Рисунки к вопросам таблицам Приложения Е («душа»)

Вопрос 31. Как Вы реагируете на грубость по отношению к себе?

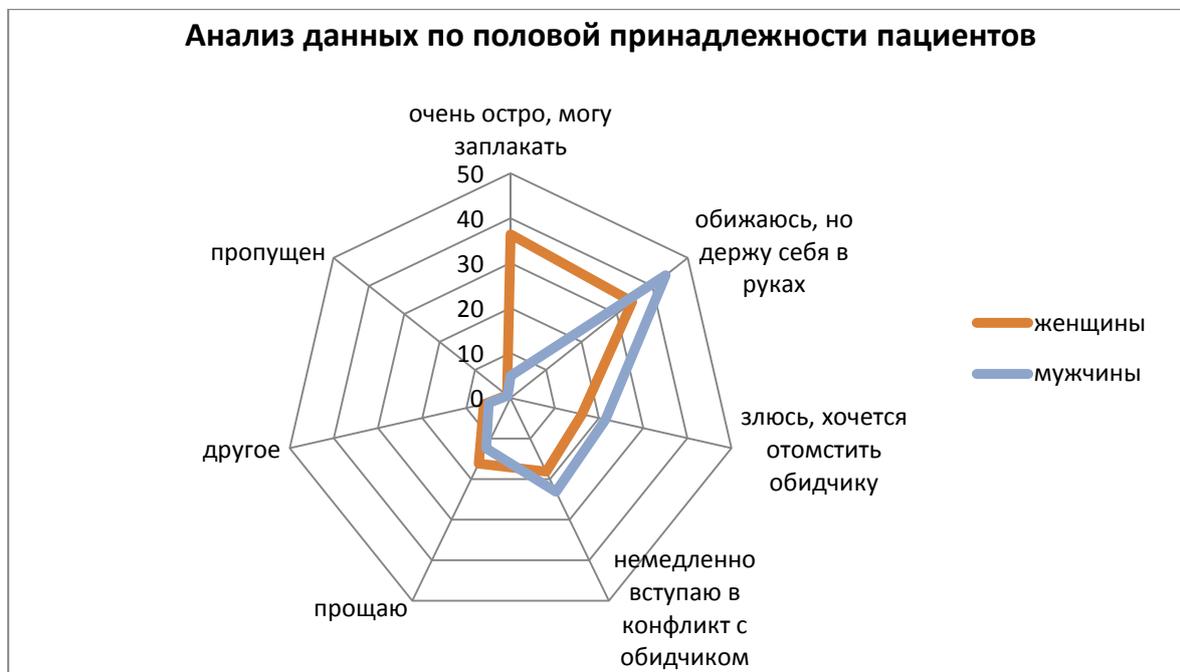


Рисунок Ж.1.а

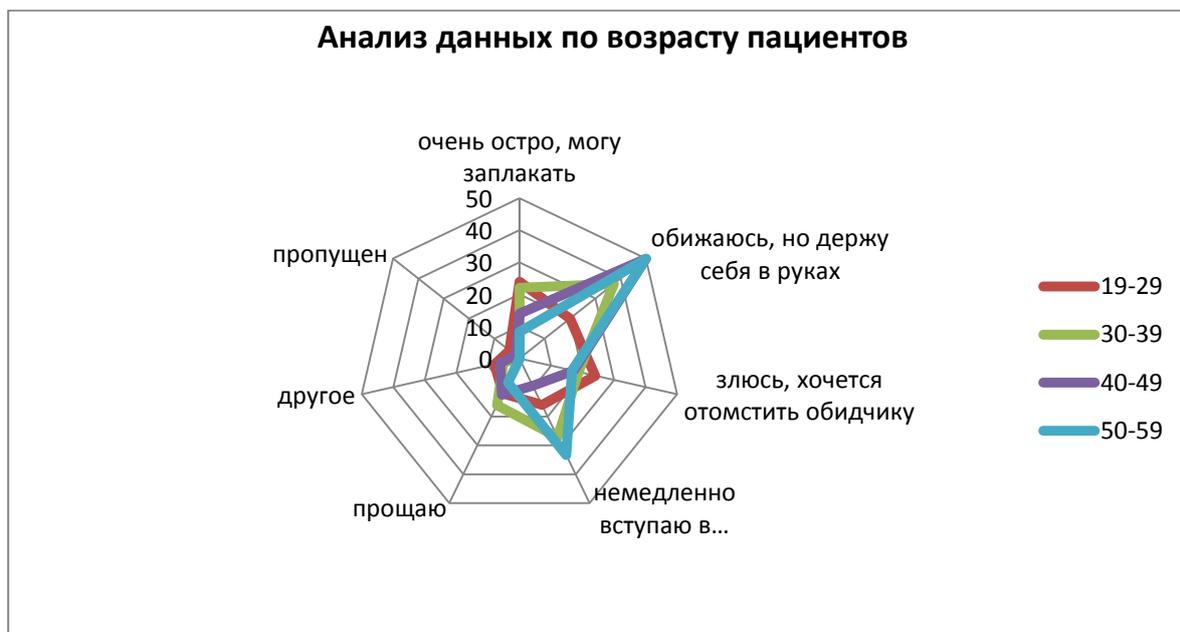


Рисунок Ж.1.б

Продолжение приложения Ж

Вопрос 31. Как Вы реагируете на грубость по отношению к себе?

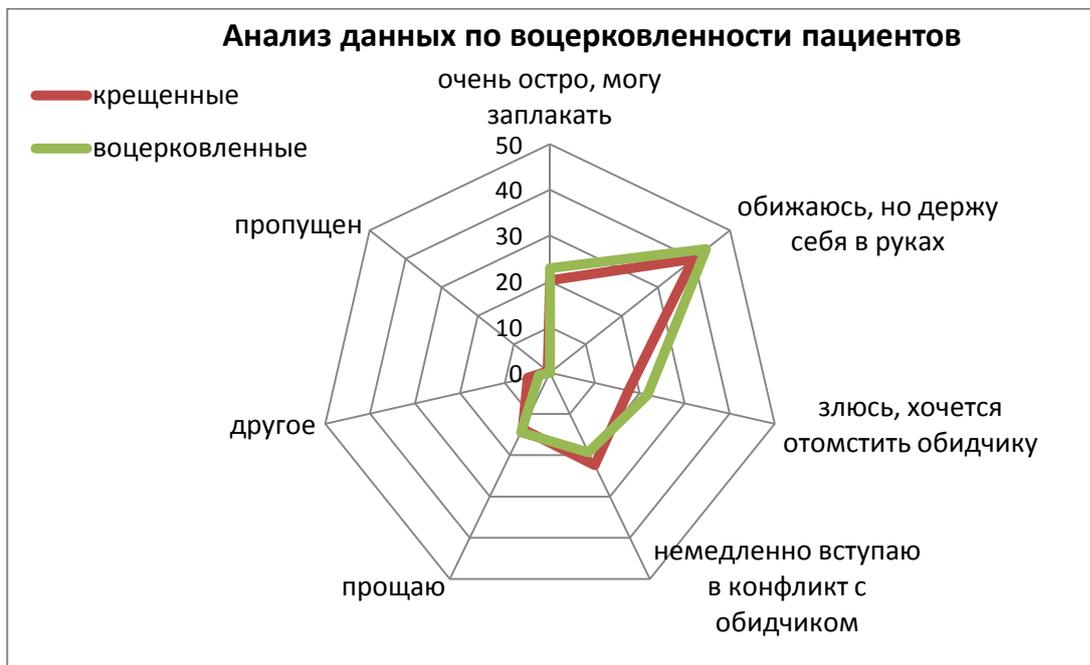


Рисунок Ж.1.в

Вопрос 33. Вам бывает одиноко?

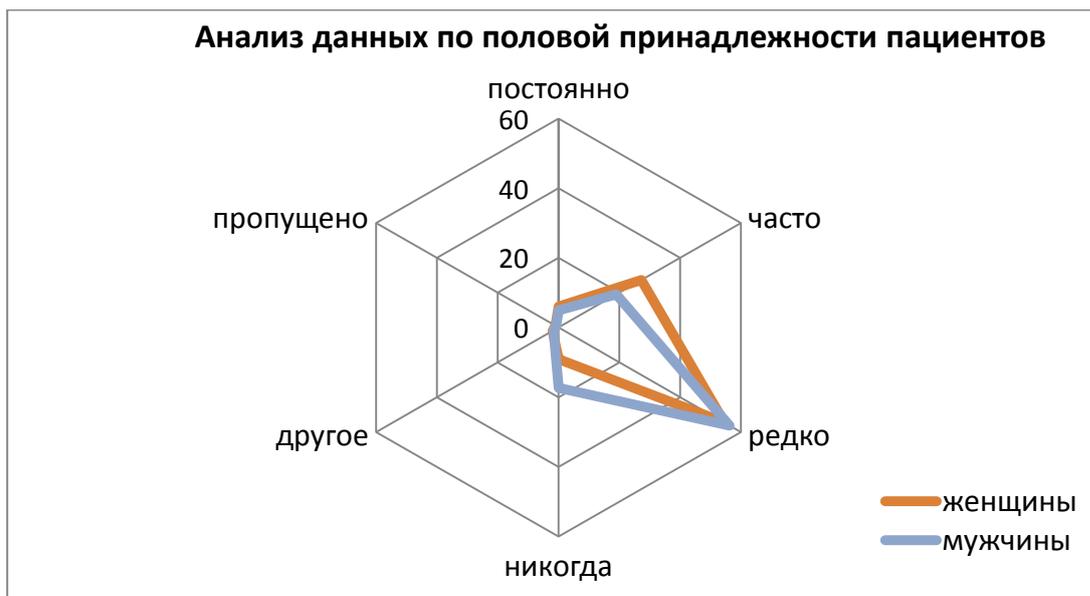


Рисунок Ж.2.а

Продолжение приложения Ж

Вопрос 33. Вам бывает одиноко?

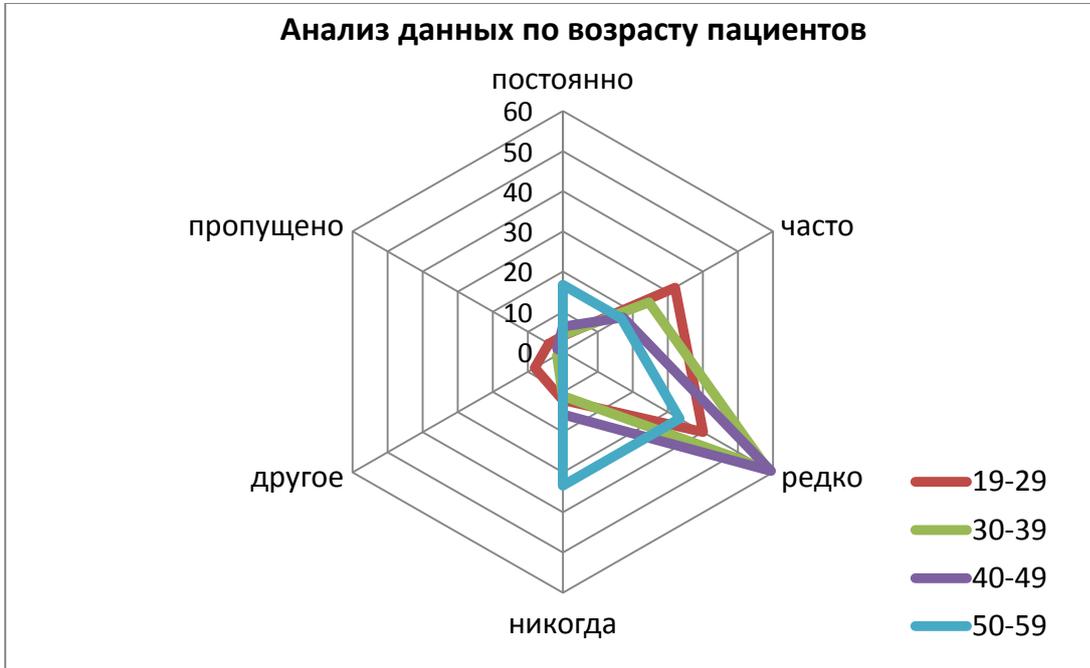


Рисунок Ж.2.б

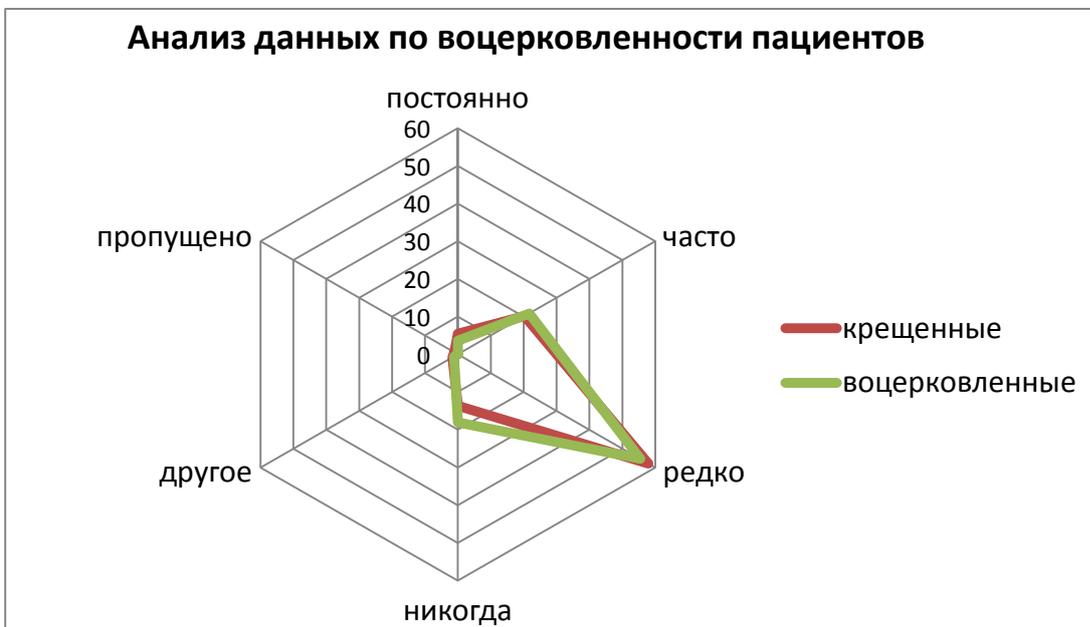


Рисунок Ж.2.в

Продолжение приложения Ж

Вопрос 36. Ваши страхи (биологические).

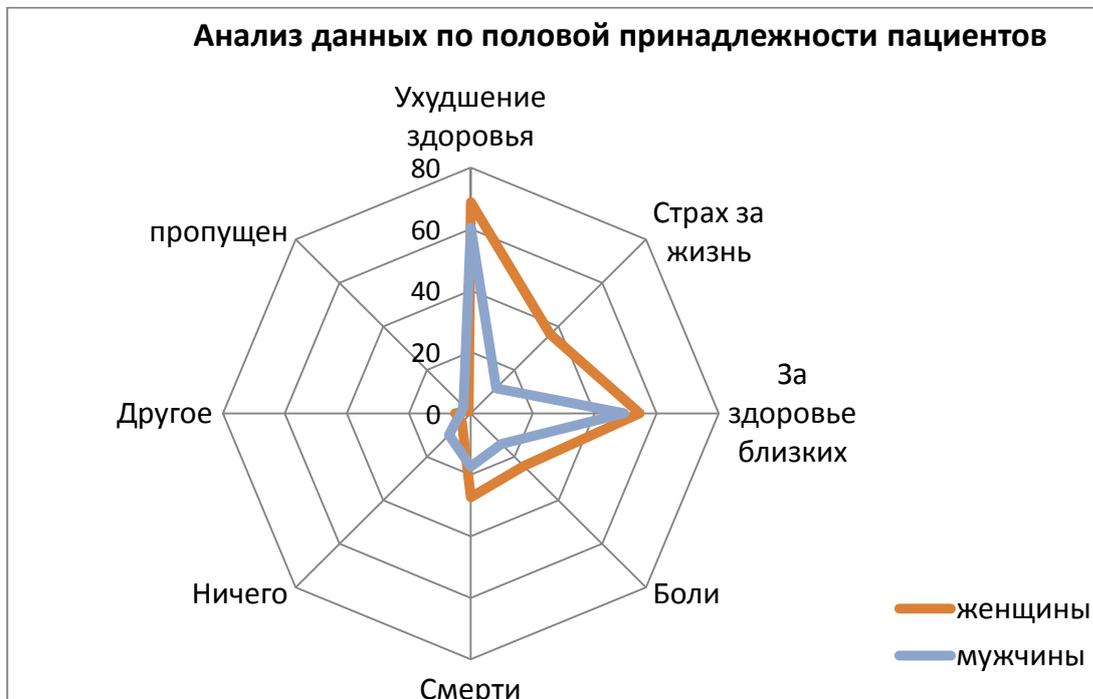
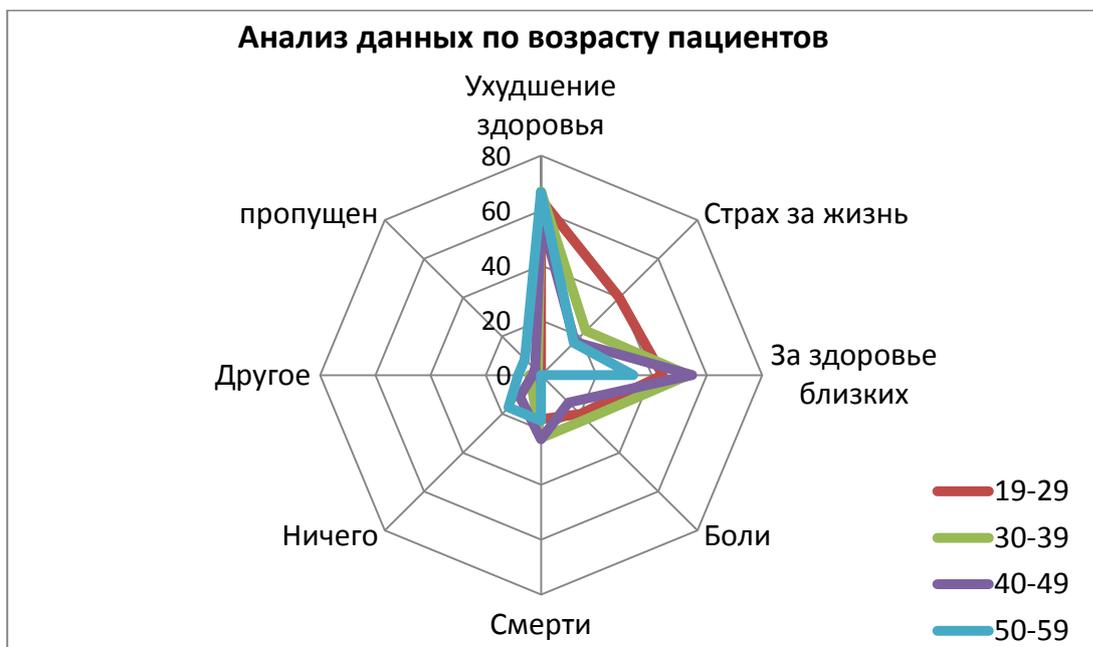


Рисунок Ж.3.а



Рисунки Ж.3.б

Вопрос 36. Ваши страхи (биологические)

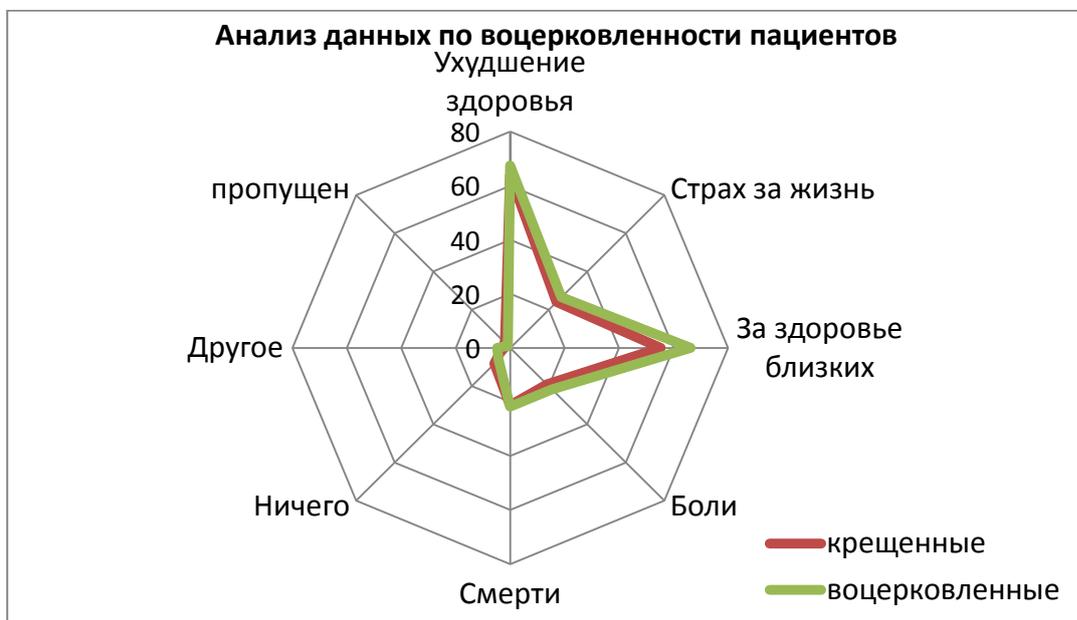


Рисунок Ж.3.в

Вопрос 37. Ваши страхи (социальные)

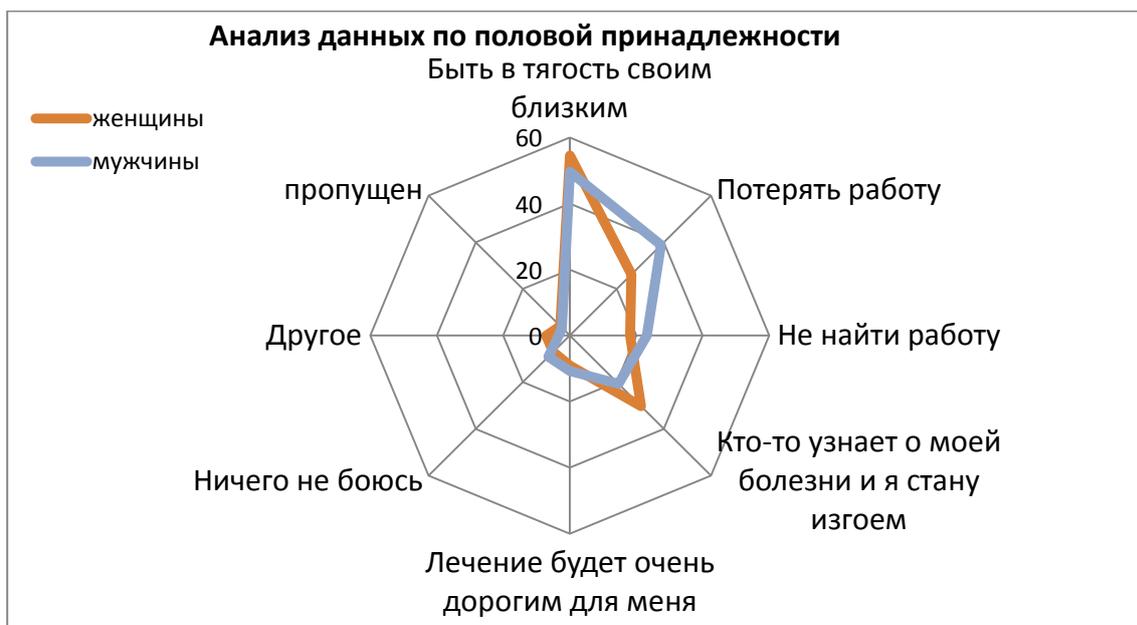


Рисунок Ж.4.а

Продолжение приложения Ж

Вопрос 37. Ваши страхи (социальные)

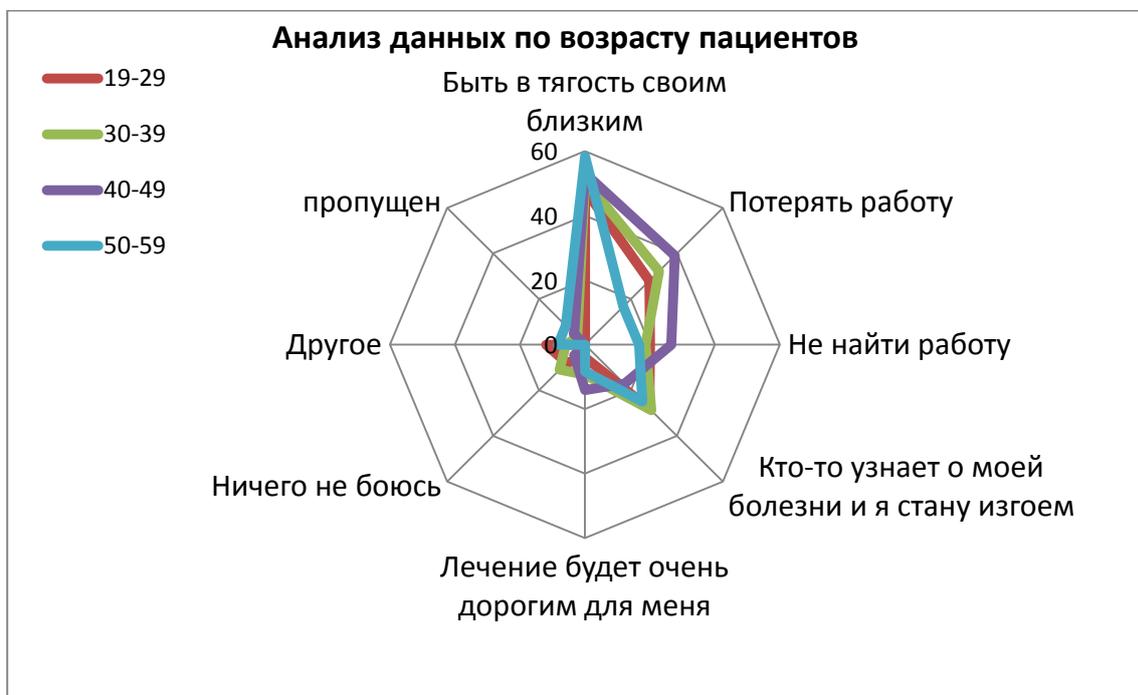


Рисунок Ж.4.б

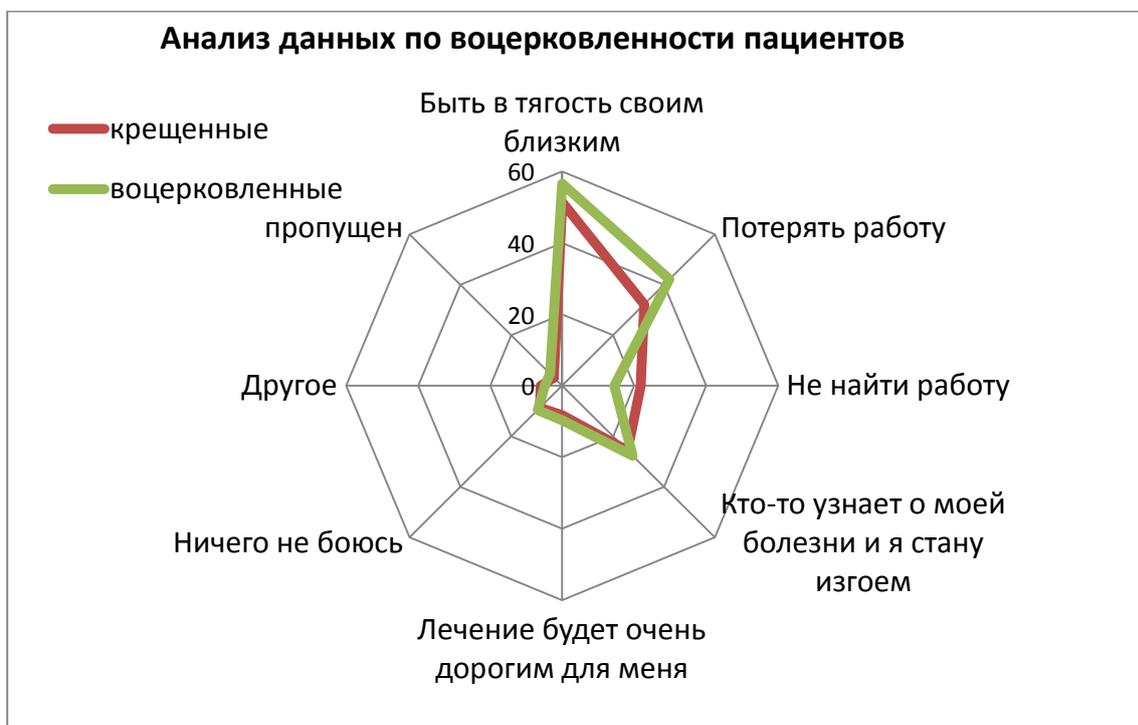


Рисунок Ж.4.в

Продолжение приложения Ж

Вопрос 38. Ваши страхи (экзистенциальные)

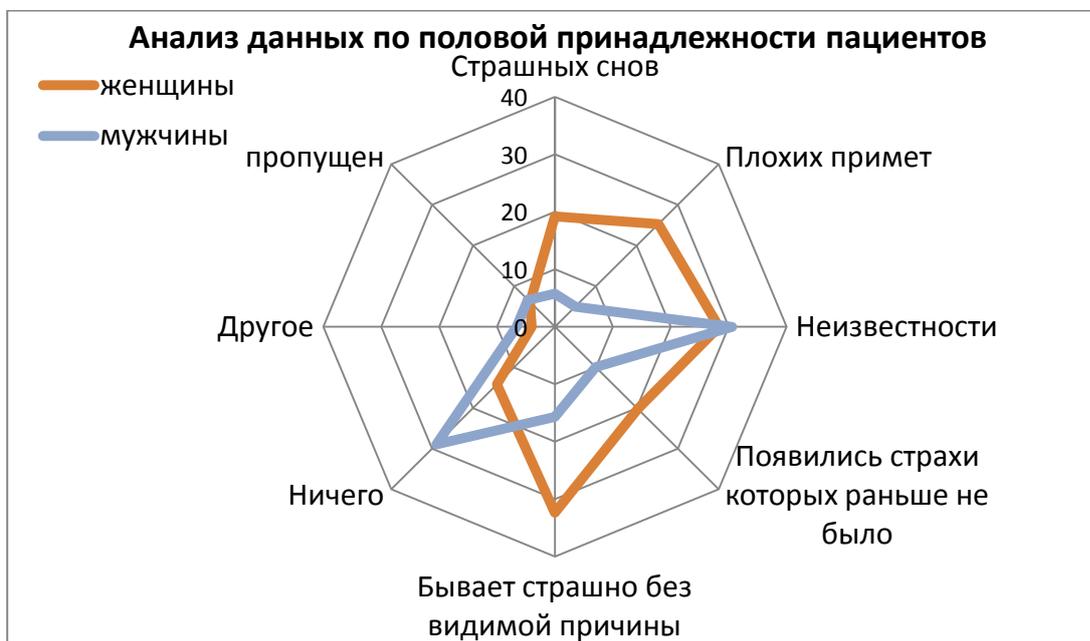


Рисунок Ж.5.а

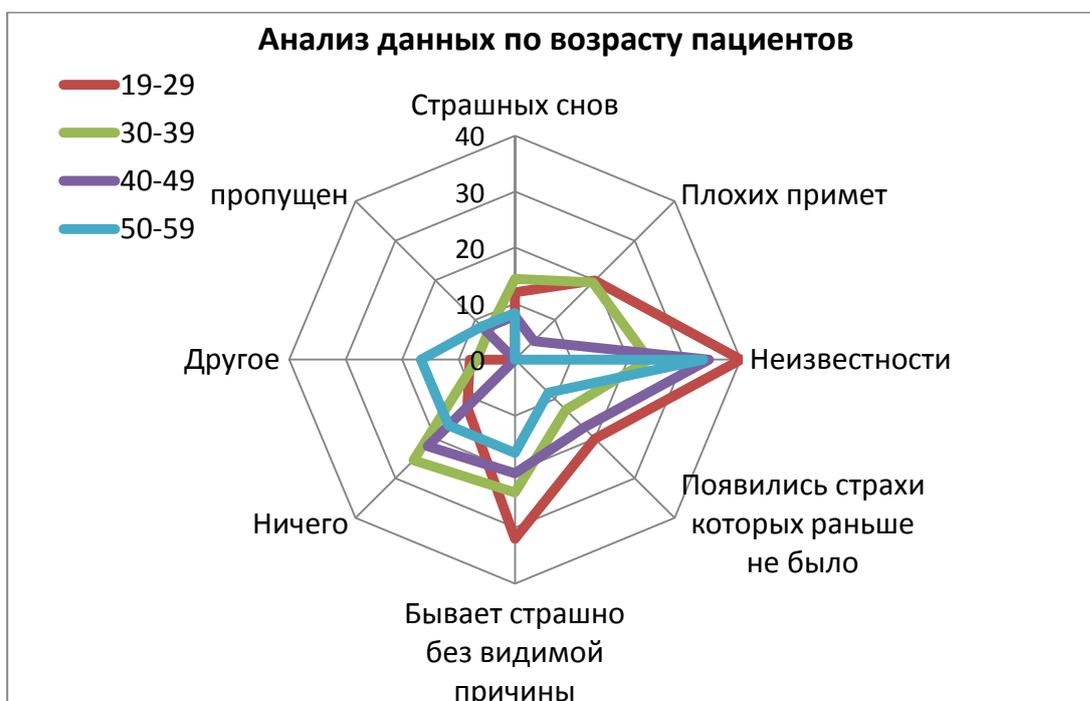


Рисунок Ж.5.б

Продолжение приложения Ж

Вопрос 38. Ваши страхи (экзистенциальные)

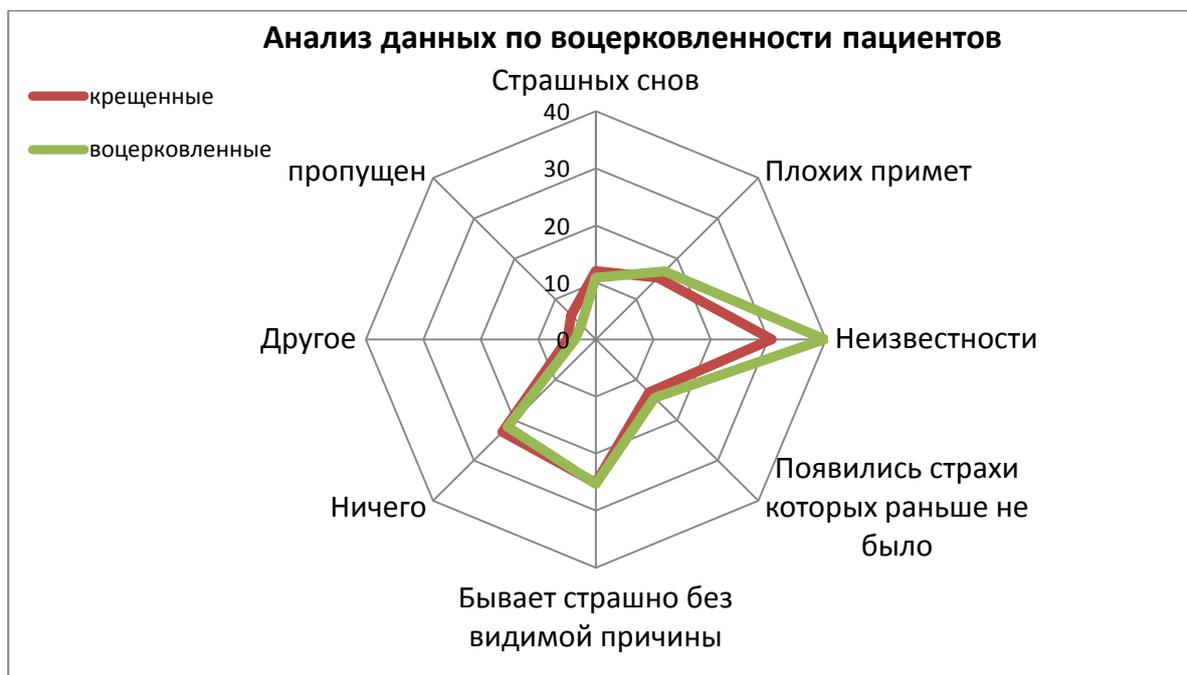


Рисунок Ж.5.в

Вопрос 47. Вам приходила мысль о самоубийстве?



Рисунок Ж.6.а

Вопрос 47. Вам приходила мысль о самоубийстве?

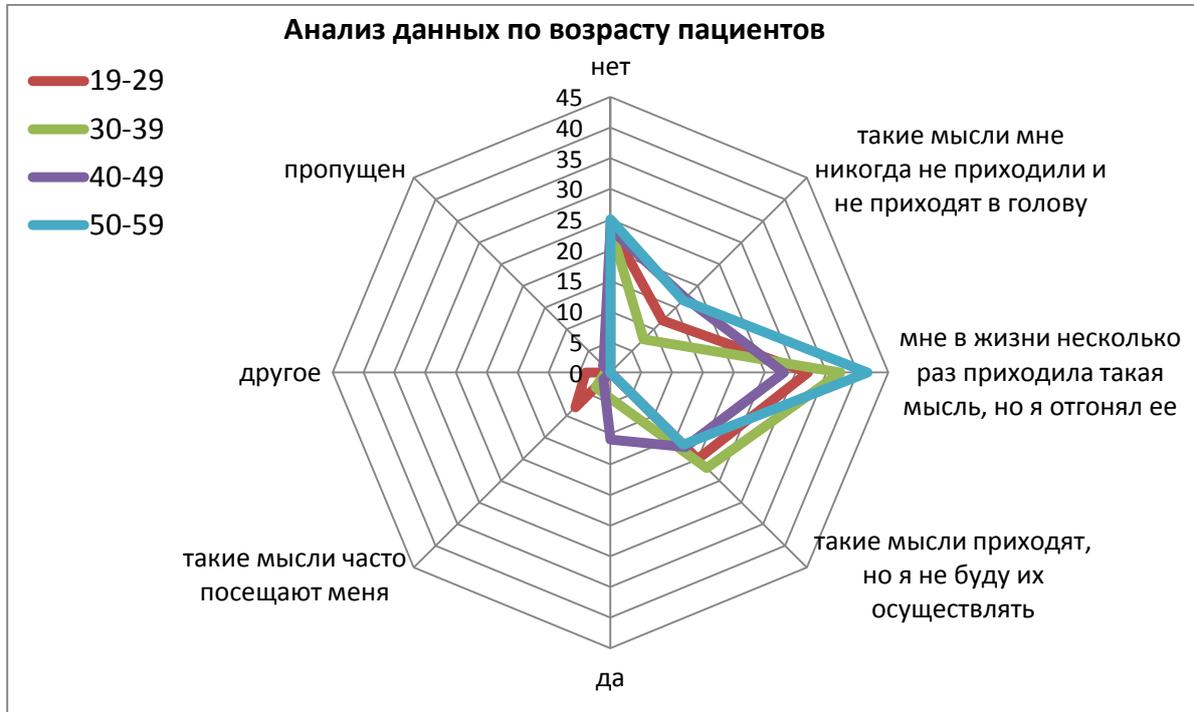


Рисунок Ж.6.б

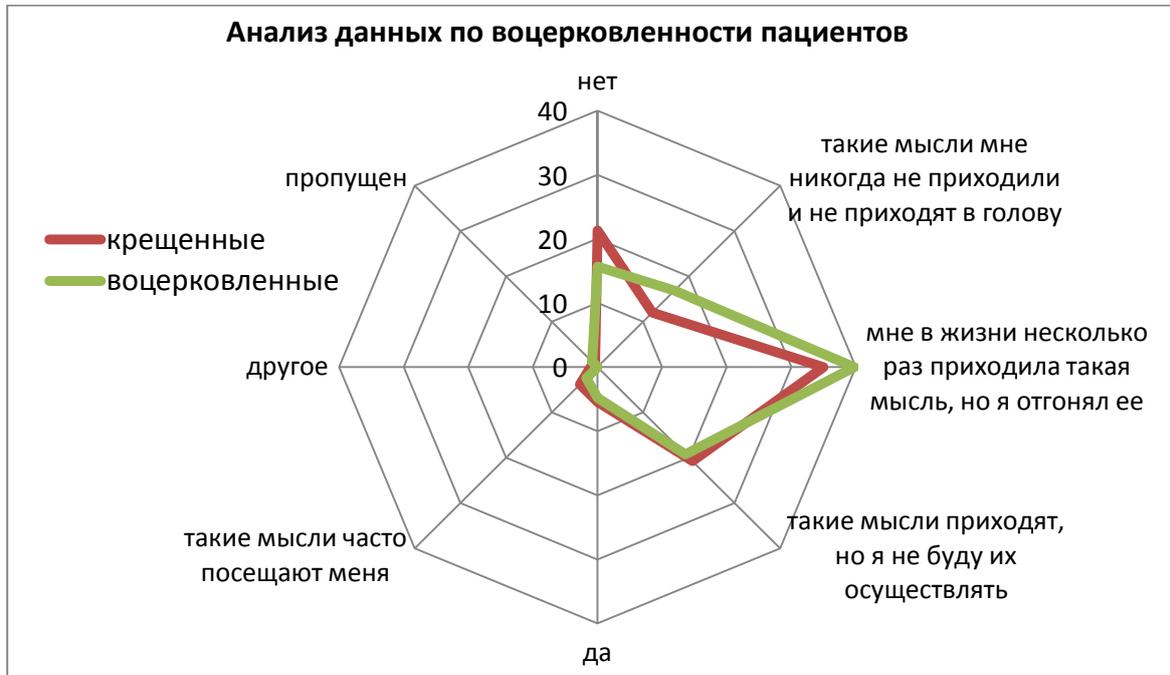


Рисунок Ж.6.в

Продолжение приложения Ж

Вопрос 49. Вы стали более раздражительны, чем раньше?

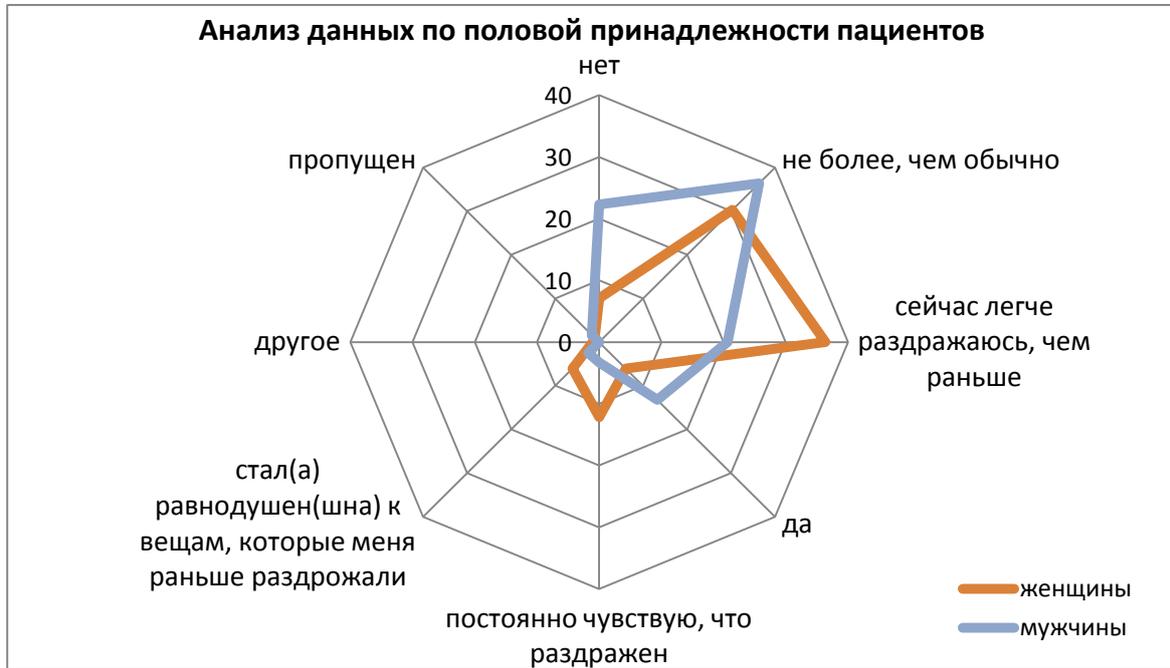


Рисунок Ж.7.а

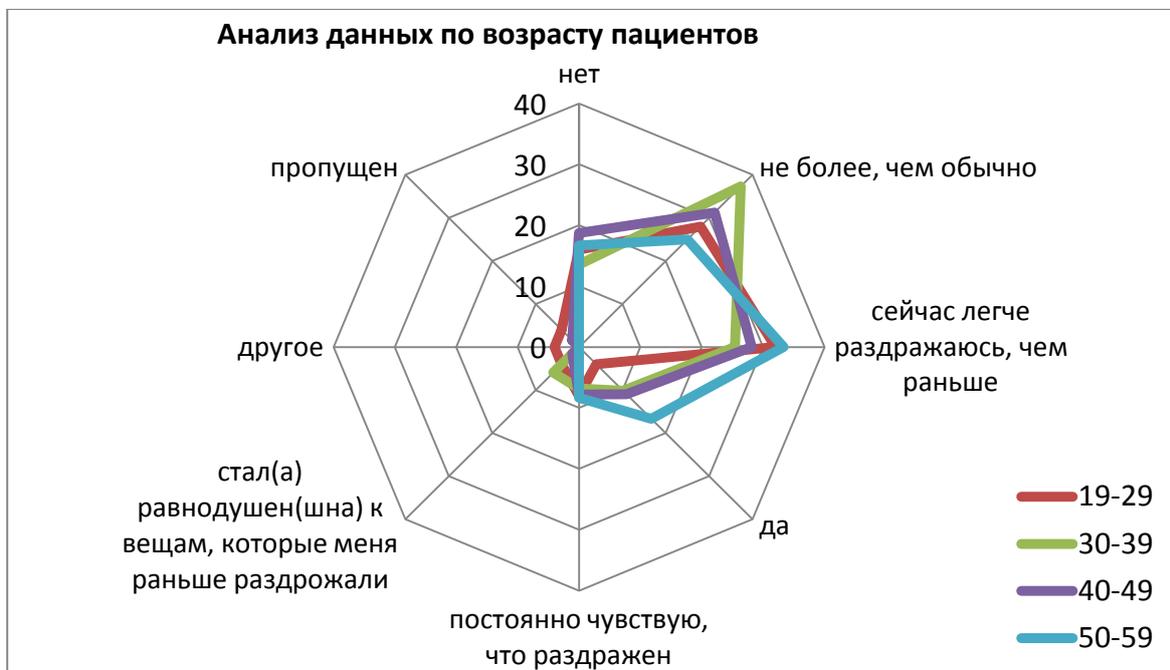


Рисунок Ж.7.б

Продолжение приложения Ж

Вопрос 49. Вы стали более раздражительны, чем раньше?

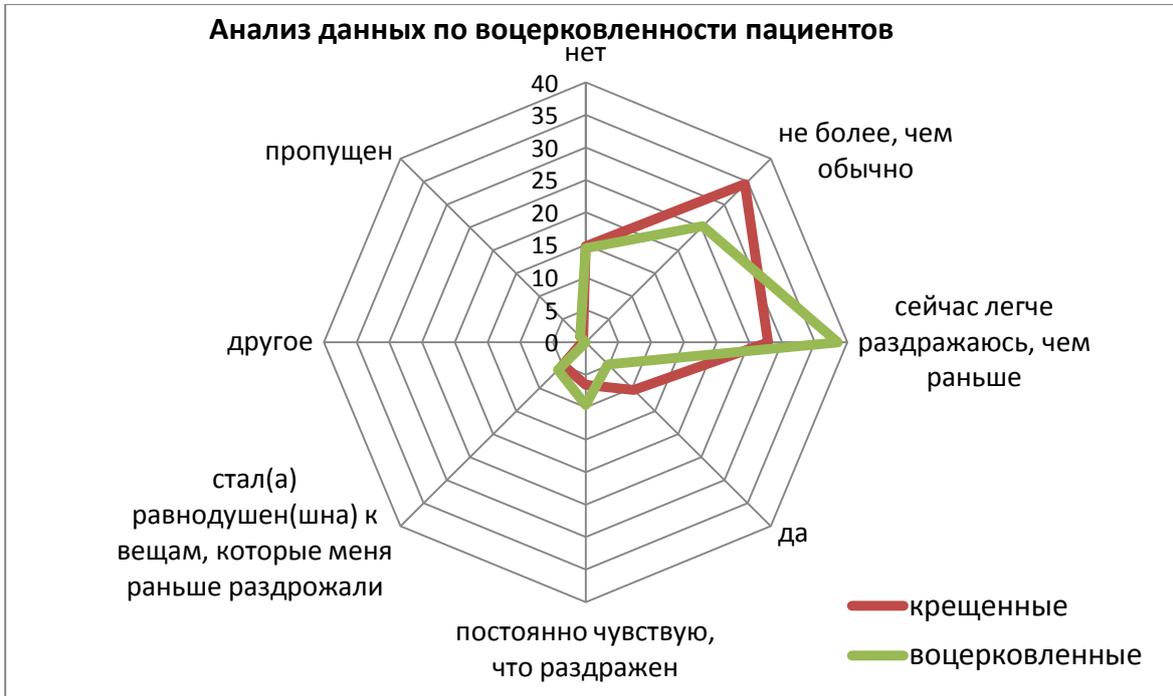


Рисунок Ж.7.в

Вопрос 50. Вас интересуют другие люди и/или их заботы?

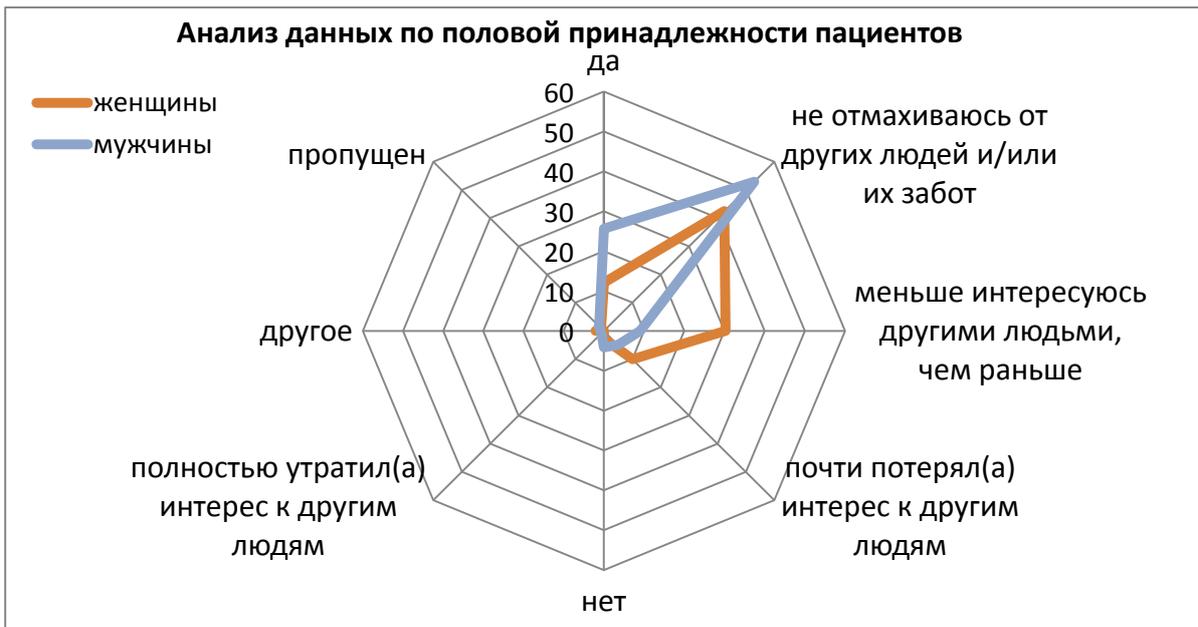


Рисунок Ж.8.а

Вопрос 50. Вас интересуют другие люди и/или их заботы?

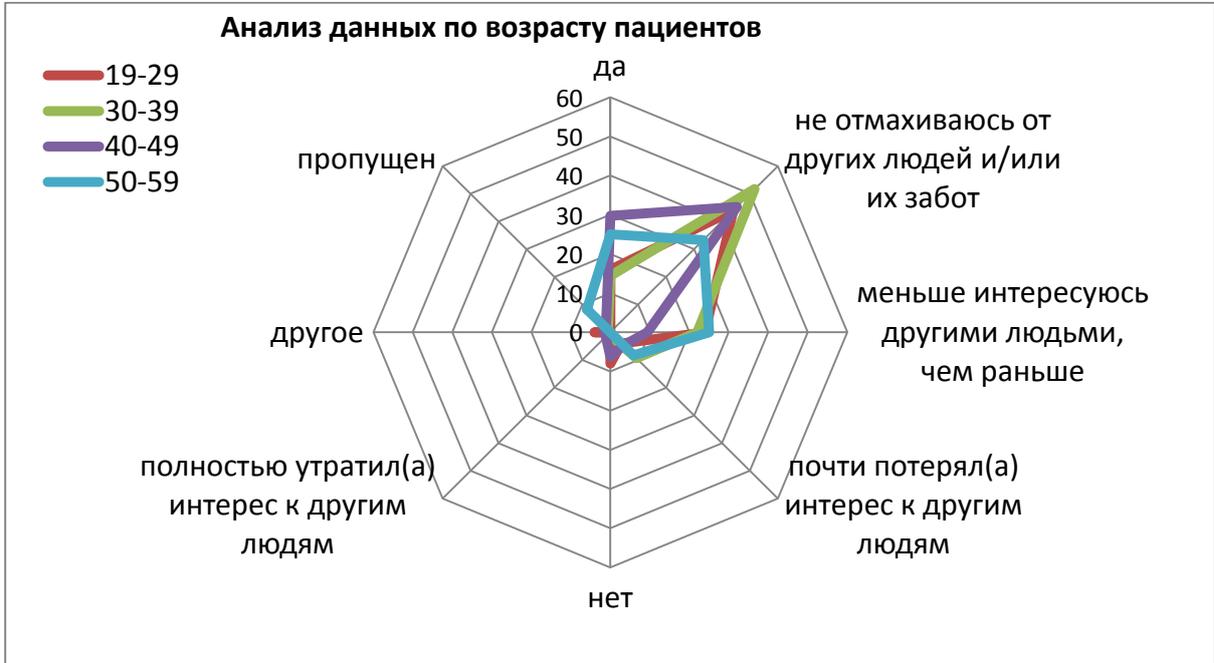


Рисунок Ж.8.б

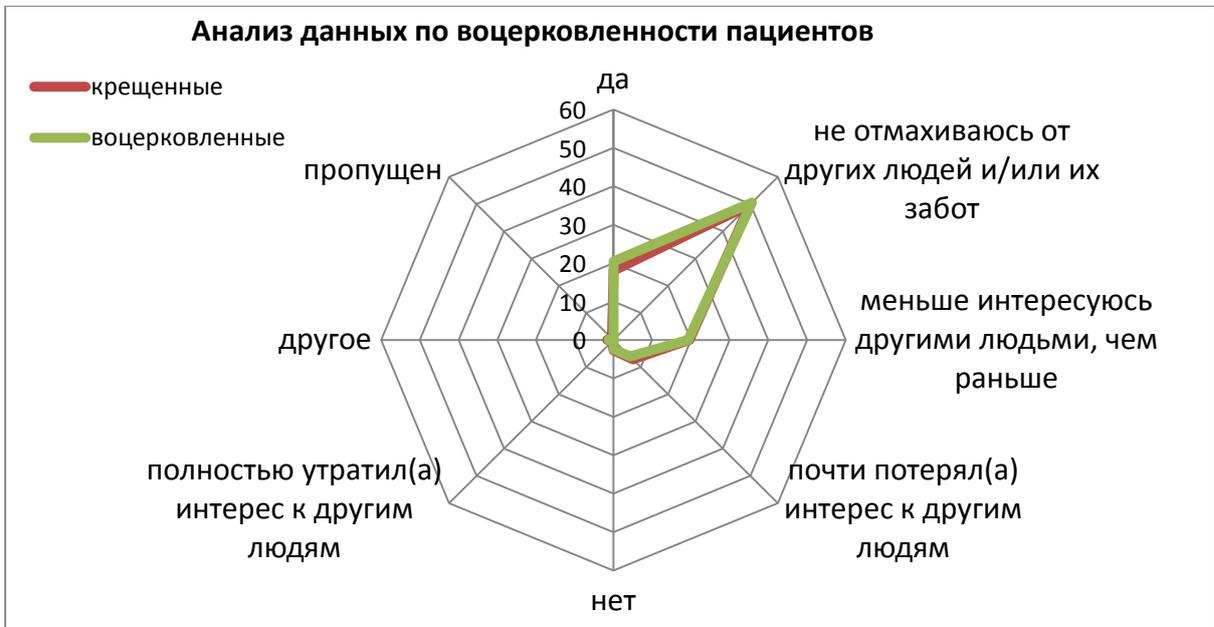


Рисунок Ж.8.в

Продолжение приложения Ж

Вопрос 53. Можете ли Вы выполнять какую-либо работу, действуя так же, как раньше?



Рисунок Ж.8.а



Рисунок Ж.8.б

Продолжение приложения Ж

Вопрос 53. Можете ли Вы выполнять какую-либо работу, действуя так же, как раньше?

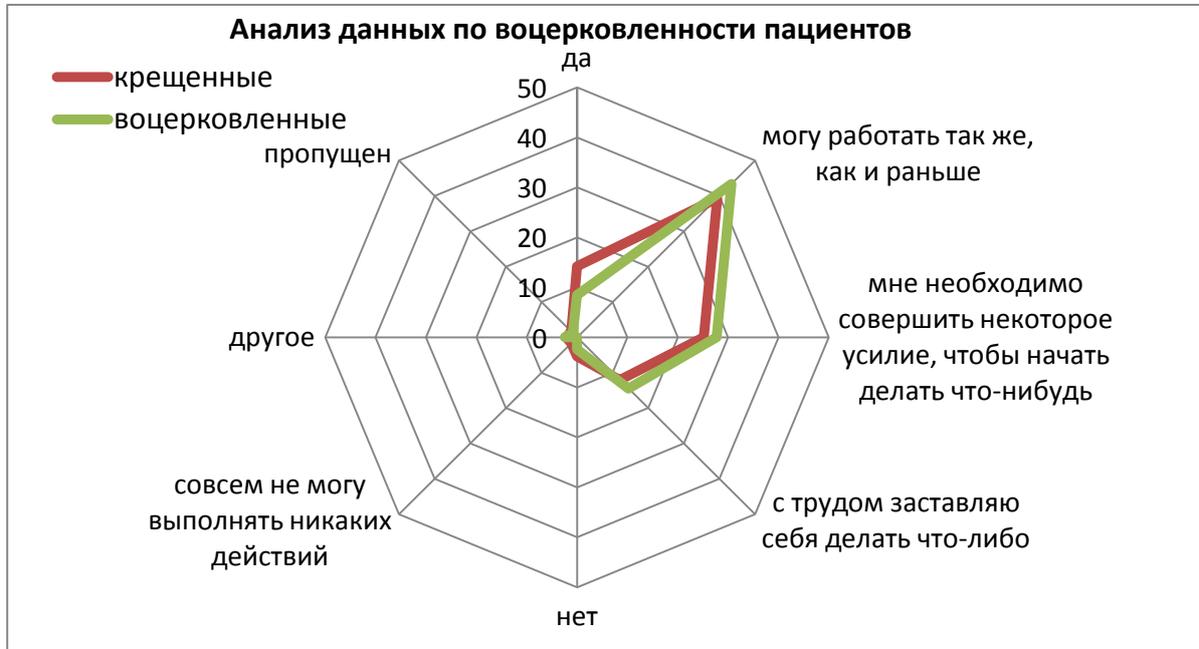


Рисунок Ж.8.в

ПРИЛОЖЕНИЕ И
(обязательное)

Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающимся их духовных проблем и переживаний (вопросы о смысле жизни, о счастье, о Боге; «дух») ²⁸². Вопросы 63-66, 68, 70-73.

Вопросы и варианты ответов	Распределение ответов по полу, возрасту (в возрастных группах) и воцерковленности пациентов								
	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	Крещенные	воцерковленные
Вопрос 63*. Как Вы думаете, может ли человек управлять своей жизнью и судьбой?									
да	45.5	48.5	43.0	40.0	46.6	45.3	50.0	46.4	44.6
нет	4.1	3.0	5.0	8.0	5.1	0.0	8.3	3.3	2.4
другие люди управляют человеком	3.2	4.0	2.5	4.0	4.2	1.6	0.0	2.7	2.4
иногда может	11.8	12.1	11.6	8.0	13.6	9.4	16.7	11.5	9.6
у человека всё на роду написано	8.6	11.1	6.6	20.0	5.9	9.4	8.3	9.3	8.4
какой-то Высший Разум управляет человеком	22.3	20.2	24.0	24.0	23.7	21.9	8.3	24.0	30.1
Бог управляет	33.2	36.4	30.6	32.0	26.3	43.8	41.7	34.4	44.6
не думал(а) об этом	1.4	1.0	1.7	4.0	1.7	0.0	0.0	1.6	0.0
не знаю	2.7	2.0	3.3	0.0	3.4	3.1	0.0	2.7	1.2
другое	1.8	1.0	2.5	4.0	0.8	3.1	0.0	1.6	2.4
пропущен	0.9	0.0	1.7	0.0	0.8	1.6	0.0	0.0	0.0
Вопрос 64*. Вам хотелось бы поговорить с кем-либо о смысле жизни?									
да	53.6	49.5	57.0	48.0	54.2	54.7	50.0	53.6	63.9
нет	16.4	14.1	18.2	16.0	12.7	21.9	25.0	15.8	9.6
меня это интересует, но боюсь таких разговоров	5.5	8.1	3.3	12.0	4.2	4.7	8.3	5.5	4.8
хотелось бы, но не знаю, кому задать такой вопрос	10.9	12.1	9.9	12.0	12.7	9.4	0.0	10.9	4.8
не думал(а) об этом никогда	9.5	12.1	7.4	12.0	11.9	6.3	0.0	10.9	10.8
не знаю	2.3	2.0	2.5	4.0	1.7	1.6	8.3	2.2	3.6
другое	1.8	2.0	1.7	0.0	1.7	3.1	0.0	1.6	4.8
пропущен	1.4	1.0	1.7	0.0	1.7	0.0	8.3	1.1	1.2

²⁸²Примечание -Вопросы в таблице, помеченные *, имеют рисунки с соответствующим номером в Приложении К.

Продолжение приложения И

Вопрос 65*. А в чем по-Вашему смысл жизни?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
в семье	56.8	61.6	52.9	52.0	54.2	65.6	41.7	57.4	60.2
в работе, творчестве	32.3	31.3	33.1	16.0	33.9	37.5	16.7	31.1	41.0
в Боге	42.3	42.4	42.1	52.0	39.8	42.2	41.7	43.7	57.8
пожить в свое удовольствие	15.9	13.1	18.2	24.0	18.6	10.9	0.0	16.4	12.0
не знаю	9.5	9.1	9.9	8.0	11.0	6.3	16.7	9.8	4.8
другое	6.8	10.1	4.1	8.0	8.5	3.1	8.3	7.7	6.0
пропущен	3.6	3.0	4.1	4.0	2.5	4.7	8.3	2.7	4.8
Вопрос 66*. С кем, Вы считаете, надо говорить о смысле жизни? Кто может лучше объяснить его лучше всего?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
какой-нибудь пожилой и опытный человек	17.7	20.2	15.7	20.0	22.9	9.4	8.3	19.7	19.3
может быть философ или психолог	13.6	14.1	13.2	12.0	15.3	10.9	16.7	12.6	13.3
каждый должен объяснить это себе сам	15.9	13.1	18.2	20.0	12.7	17.2	33.3	16.4	18.1
священник(какой конфессии?)	62.3	64.6	60.3	56.0	64.4	62.5	50.0	63.9	77.1
может быть кто-то из врачей	1.8	2.0	1.7	0.0	2.5	1.6	0.0	1.6	4.8
не знаю	13.2	14.1	12.4	16.0	13.6	10.9	16.7	13.7	2.4
другое	4.5	5.1	4.1	4.0	5.1	4.7	0.0	4.4	2.4
пропущен	3.2	1.0	5.0	0.0	1.7	7.8	0.0	1.6	3.6
Вопрос 68*. Что такое счастье?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
материальный достаток	36.8	31.3	41.3	36.0	43.2	31.3	0.0	39.3	38.6
хорошее образование и работа	20.9	17.2	24.0	28.0	21.2	18.8	8.3	20.8	27.7
крепкая семья	65.0	69.7	61.2	72.0	62.7	70.3	41.7	65.6	69.9
здоровье	58.2	63.6	53.7	64.0	60.2	53.1	50.0	57.9	63.9
не знаю	5.0	6.1	4.1	0.0	7.6	3.1	0.0	5.5	0.0
другое	11.4	12.1	10.7	4.0	11.9	14.1	8.3	11.5	13.3
пропущен	1.8	0.0	3.3	0.0	0.8	1.6	16.7	1.1	1.2

Продолжение приложения И

Вопрос 70*. Что, Вы считаете, самым главным в жизни, ради чего стоит жить?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
семья и дети	70.9	78.8	64.5	76.0	72.9	65.6	66.7	71.6	73.5
любовь	35.9	44.4	28.9	40.0	33.1	35.9	50.0	37.2	42.2
спасение души	35.9	36.4	35.5	40.0	35.6	31.3	58.3	36.1	53.0
пожить в свое удовольствие	15.5	13.1	17.4	28.0	16.9	10.9	0.0	15.3	12.0
не знаю	4.5	5.1	4.1	0.0	5.1	6.3	0.0	4.4	2.4
другое	2.7	3.0	2.5	8.0	2.5	0.0	8.3	1.6	1.2
пропущен	3.6	4.0	3.3	4.0	3.4	4.7	0.0	3.3	2.4
Вопрос 71*. Что для Вас было самым главным до болезни?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
семья и дети	47.7	51.5	44.6	48.0	43.2	51.6	66.7	49.2	54.2
здоровье	31.4	36.4	27.3	36.0	30.5	29.7	33.3	31.1	34.9
работа, бизнес	38.6	35.4	41.3	28.0	36.4	43.8	50.0	38.8	43.4
материальный достаток	24.5	18.2	29.8	20.0	25.4	18.8	50.0	23.5	26.5
хорошее образование	7.7	8.1	7.4	8.0	9.3	4.7	0.0	6.6	8.4
половые взаимоотношения	10.0	7.1	12.4	12.0	12.7	6.3	0.0	9.3	9.6
пожить в свое удовольствие	25.5	27.3	24.0	40.0	25.4	25.0	0.0	25.1	25.3
не знаю	5.0	2.0	7.4	8.0	5.1	4.7	0.0	4.9	2.4
другое	3.2	5.1	1.7	0.0	3.4	4.7	0.0	3.3	2.4
пропущен	1.4	1.0	1.7	4.0	0.8	1.6	0.0	1.1	0.0
Вопрос 72*. Что для Вас самое главное сейчас?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
вылечиться	65.9	63.6	67.8	68.0	68.6	59.4	66.7	67.2	65.1
семья и дети и их здоровье	32.7	38.4	28.1	28.0	30.5	37.5	33.3	34.4	44.6
не потерять силы	31.4	35.4	28.1	32.0	30.5	31.3	33.3	30.1	36.1
не потерять работу	18.2	16.2	19.8	12.0	19.5	18.8	8.3	19.1	22.9
найти работу	8.2	9.1	7.4	4.0	10.2	6.3	8.3	8.7	4.8
найти средства к существованию	14.1	14.1	14.0	12.0	17.8	7.8	16.7	13.7	6.0
кроме Бога ничего не осталось	6.8	4.0	9.1	4.0	5.9	9.4	8.3	6.0	12.0
не знаю	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
другое	5.5	6.1	5.0	4.0	4.2	9.4	0.0	4.9	7.2
пропущен	0.9	1.0	0.8	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0

Продолжение приложения И

Вопрос 73. В чем, по Вашему, может быть опора в жизни?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
в стабильном заработке	45.0	42.4	47.1	48.0	48.3	42.2	25.0	48.1	43.4
в надежных отношениях в семье	55.5	59.6	52.1	56.0	57.6	51.6	50.0	55.2	63.9
в друзьях	38.2	42.4	34.7	56.0	36.4	37.5	16.7	41.0	43.4
нет никакой опоры	1.4	0.0	2.5	0.0	0.0	3.1	8.3	1.6	2.4
хочу оклЮчитьсЯ от всего	9.5	10.1	9.1	20.0	8.5	6.3	16.7	9.8	7.2
опора в вере в Бога; в Боге	39.1	40.4	38.0	32.0	39.8	42.2	25.0	39.3	55.4
не знаю	1.4	2.0	0.8	4.0	1.7	0.0	0.0	1.1	0.0
другое	2.3	3.0	1.7	4.0	1.7	3.1	0.0	2.7	0.0
пропущен	0.9	1.0	0.8	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0

ПРИЛОЖЕНИЕ К
(обязательное)

Рисунки к вопросам таблицы Приложения И («дух»)

Вопрос 63. Может ли человек управлять своей жизнью и судьбой?



Рисунок К.1.а

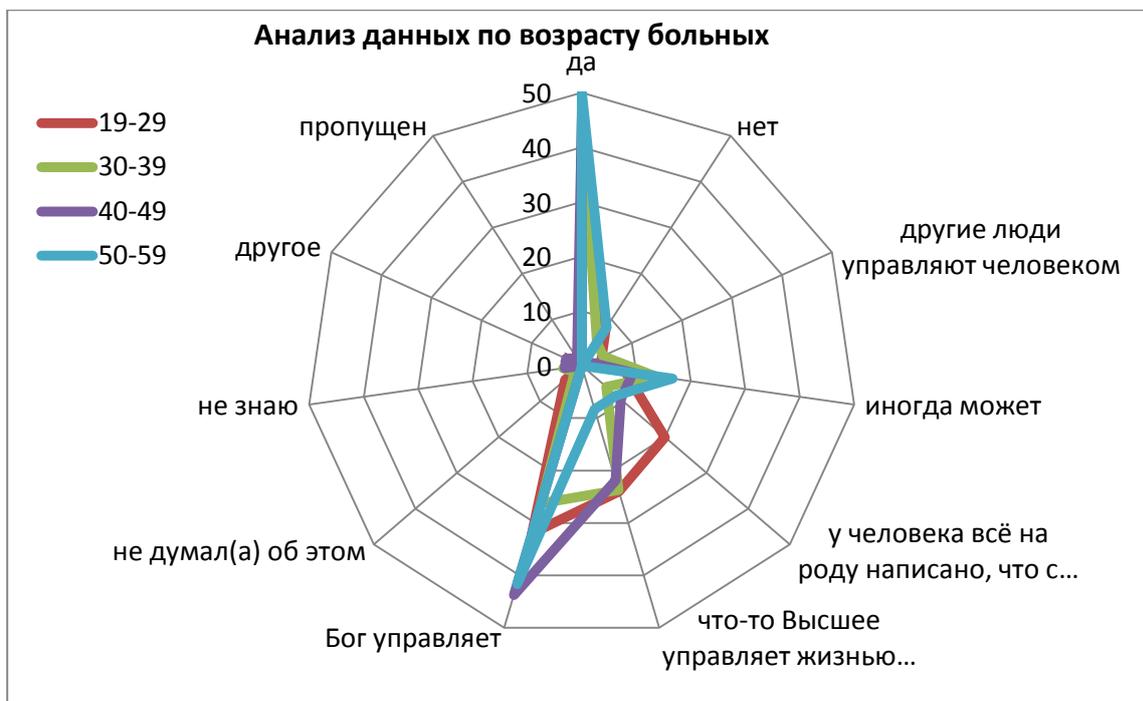


Рисунок К.1.б

Продолжение приложения К

Вопрос 63. Может ли человек управлять своей жизнью и судьбой?

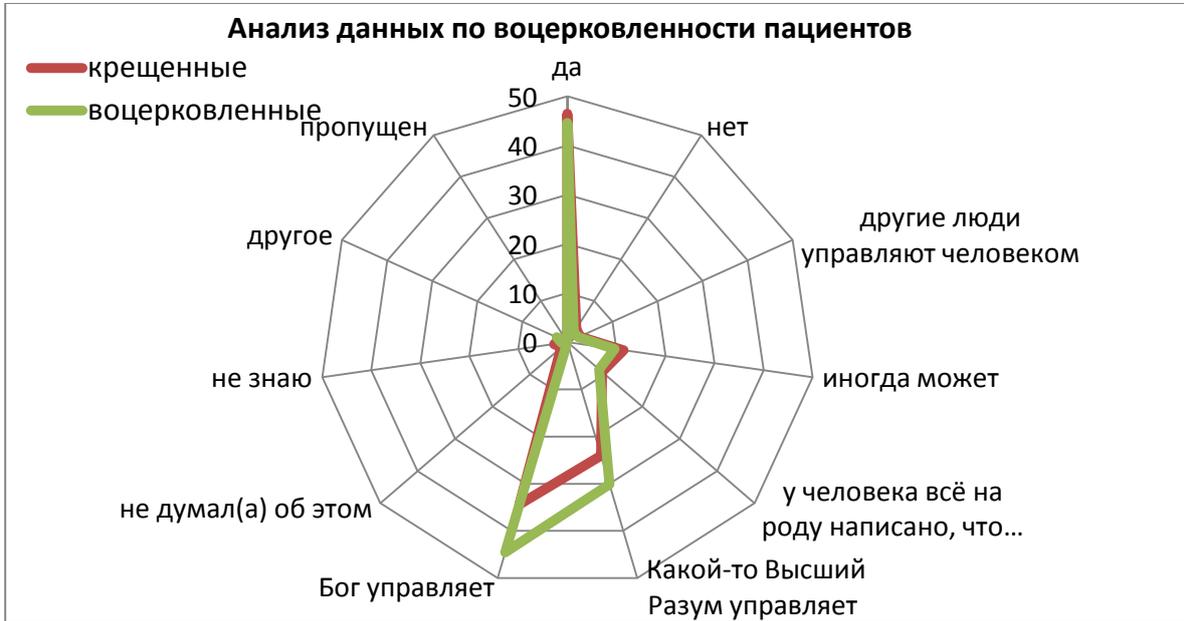


Рисунок К.1.в

Вопрос 64. Вам хотелось бы поговорить с кем-либо о смысле жизни?



Рисунок К.2.а

Продолжение приложения К

Вопрос 64. Вам хотелось бы поговорить с кем-либо о смысле жизни?



Рисунок К.2.б

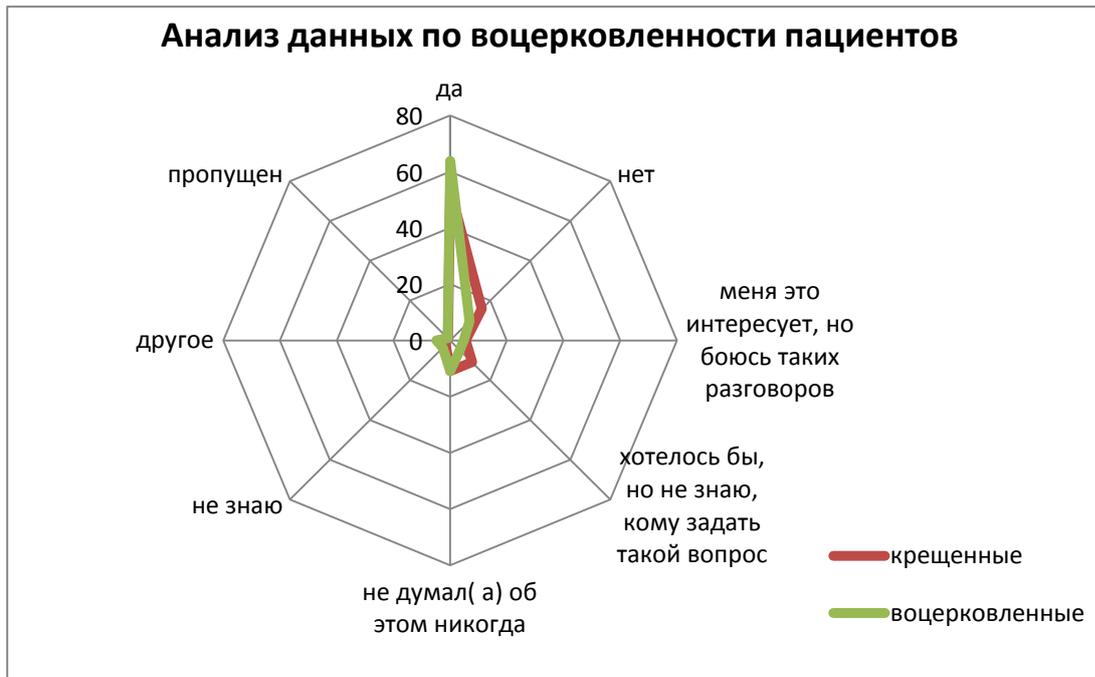


Рисунок К.2.в

Продолжение приложения К

Вопрос 65. В чем, по-Вашему, смысл жизни?

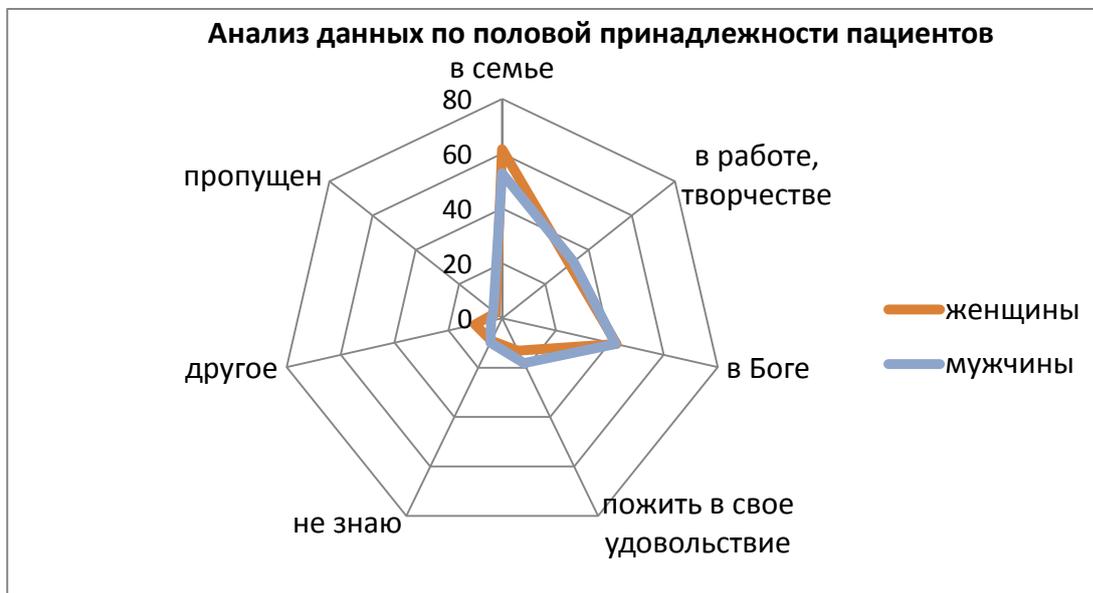


Рисунок К.3.а

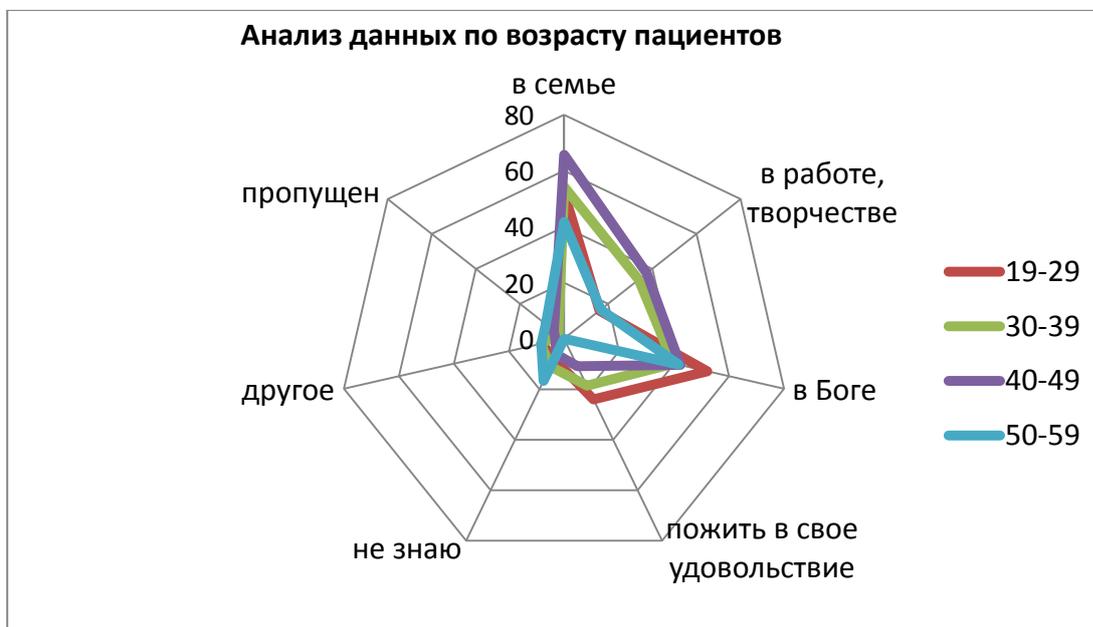


Рисунок К.3.б

Продолжение приложения К

Вопрос 65. В чем, по-Вашему, смысл жизни?

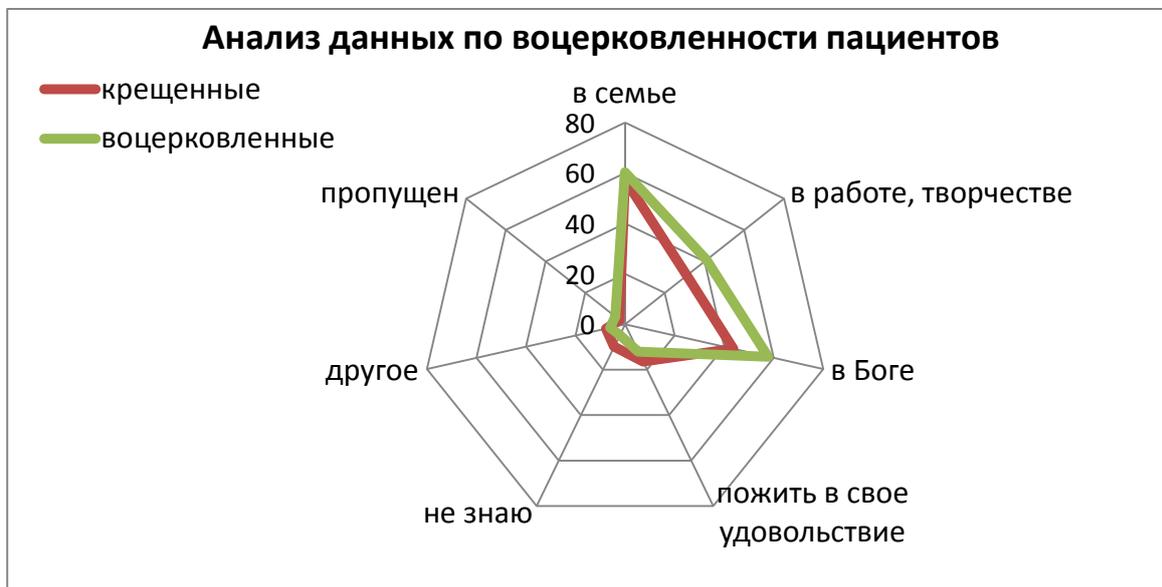


Рисунок К.3.в

Вопрос 66. С кем, Вы считаете, надо говорить о смысле жизни?

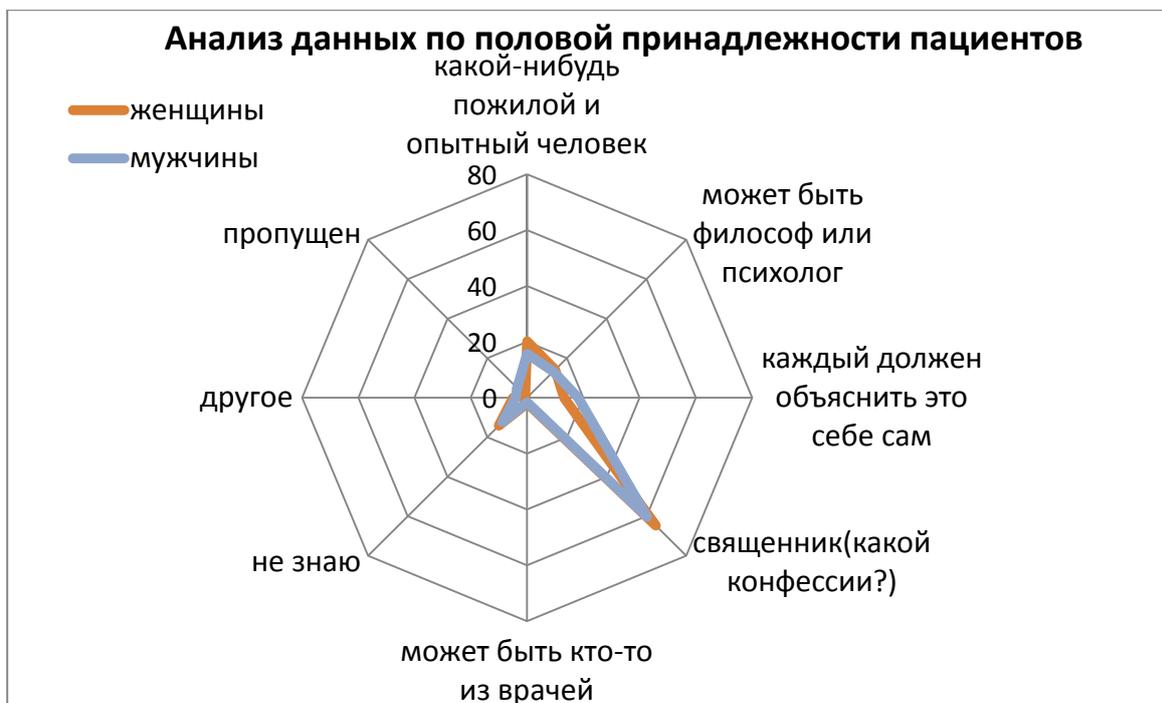


Рисунок К.4.а

Продолжение приложения К

Вопрос 66. С кем, Вы считаете, надо говорить о смысле жизни?

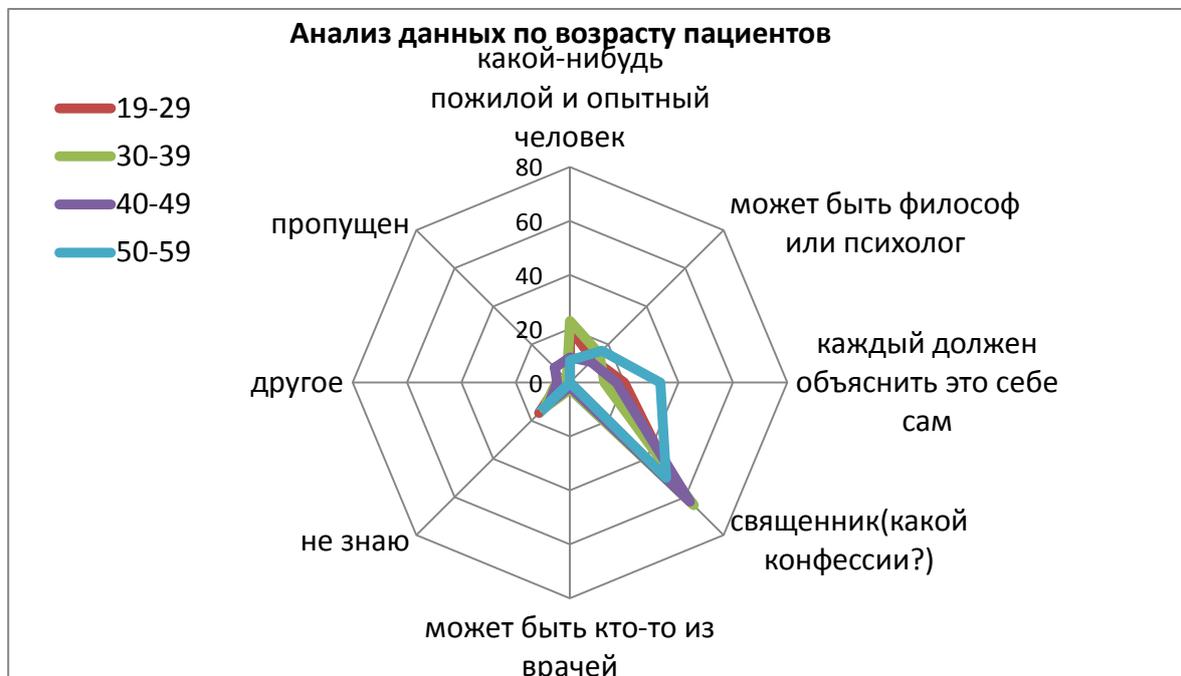


Рисунок К.4.б

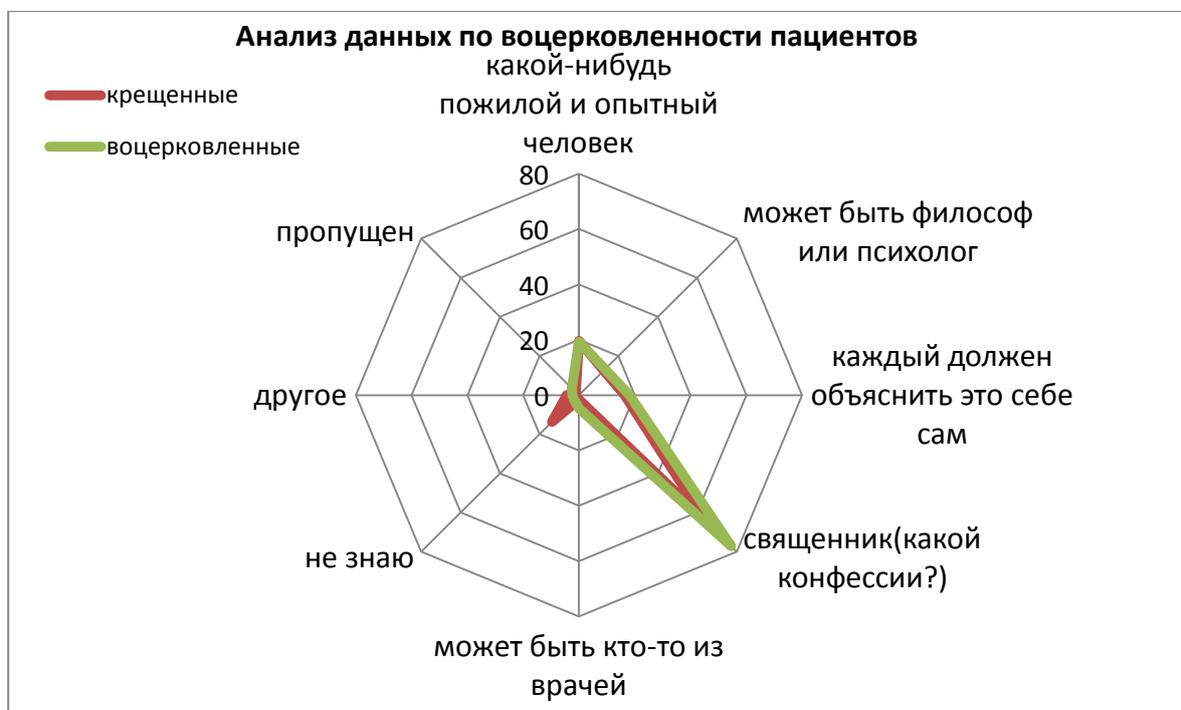


Рисунок К.4.в

Продолжение приложения К

Вопрос 68. Что такое счастье?

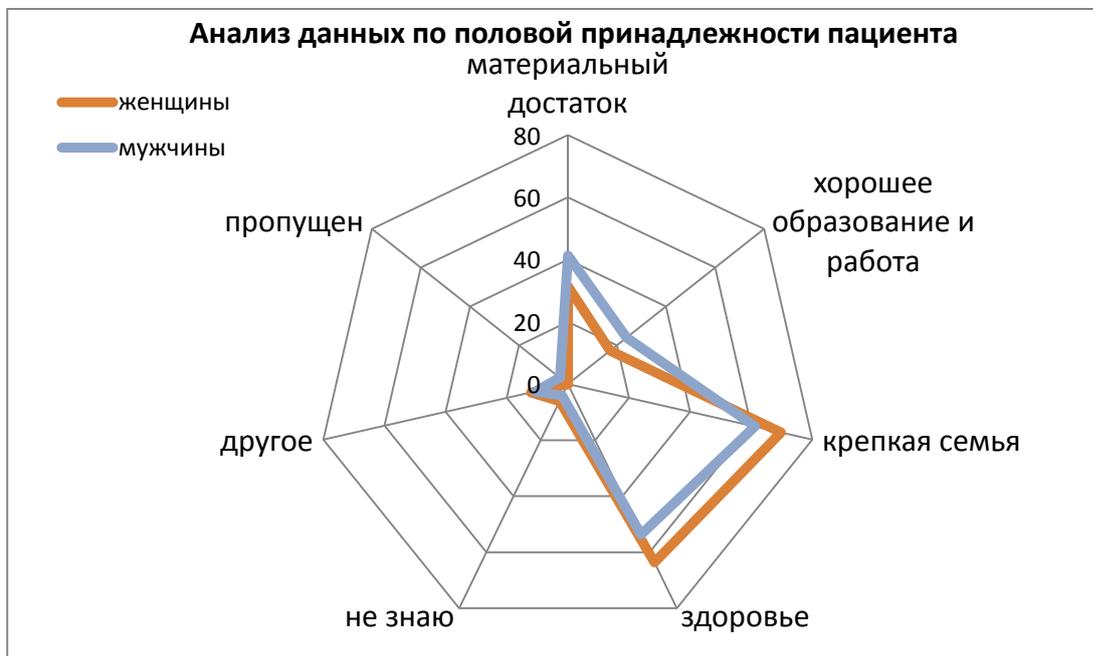


Рисунок К.5.а

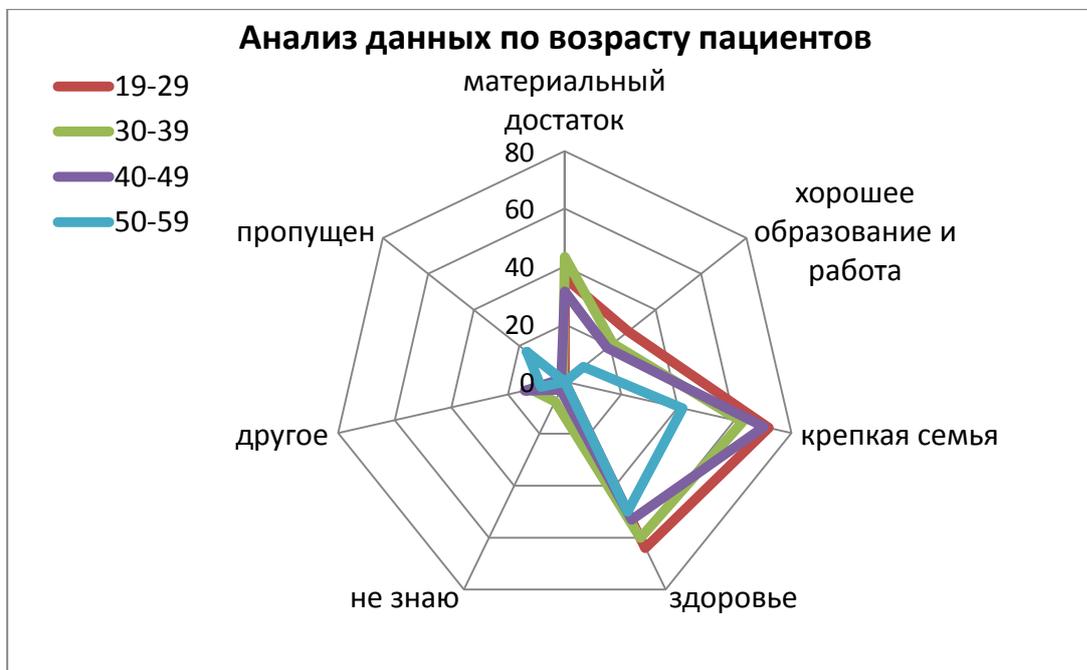


Рисунок К.5.б

Продолжение приложения К

Вопрос 68. Что такое счастье?

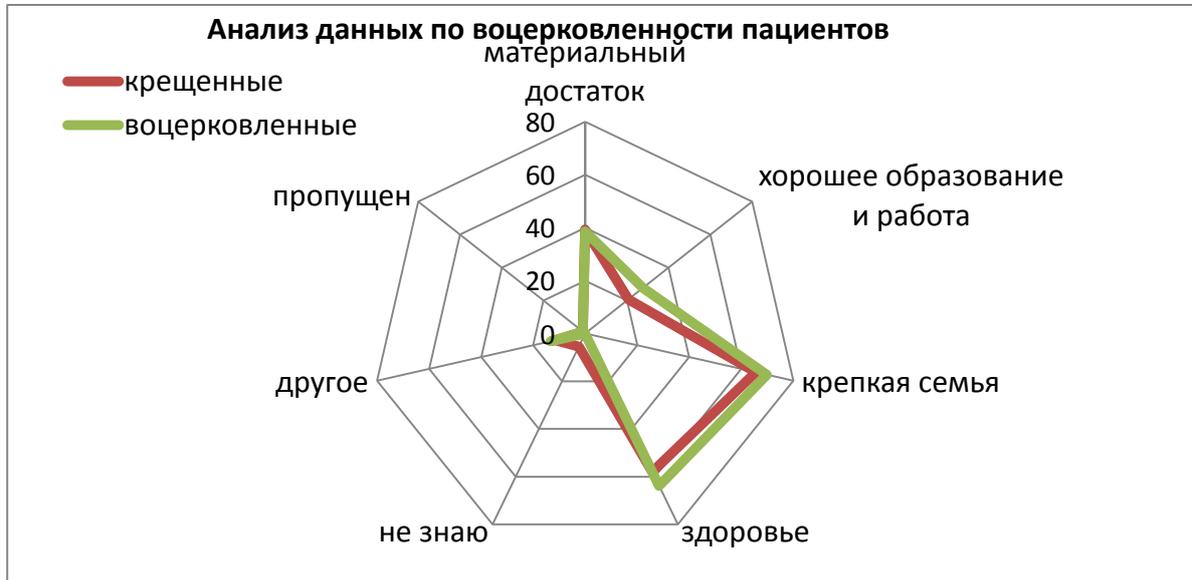


Рисунок К.5.в

Вопрос 70. Что, Вы считаете самым главным в жизни, ради чего стоит жить?

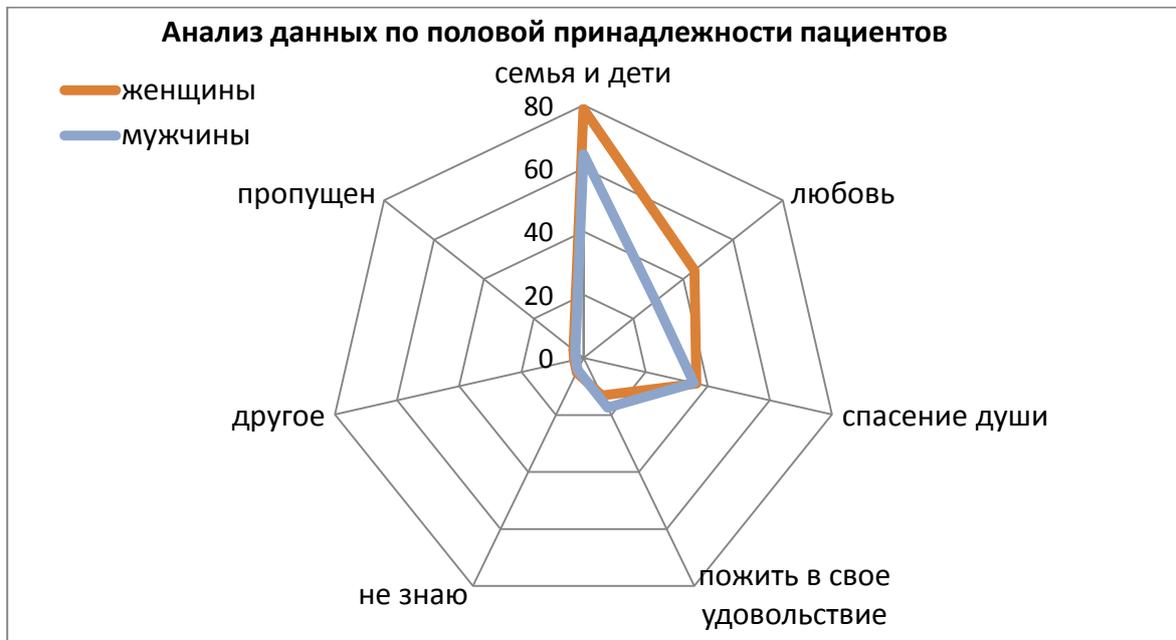


Рисунок К.6.а

Продолжение приложения К

Вопрос 70. Что, Вы считаете самым главным в жизни, ради чего стоит жить?

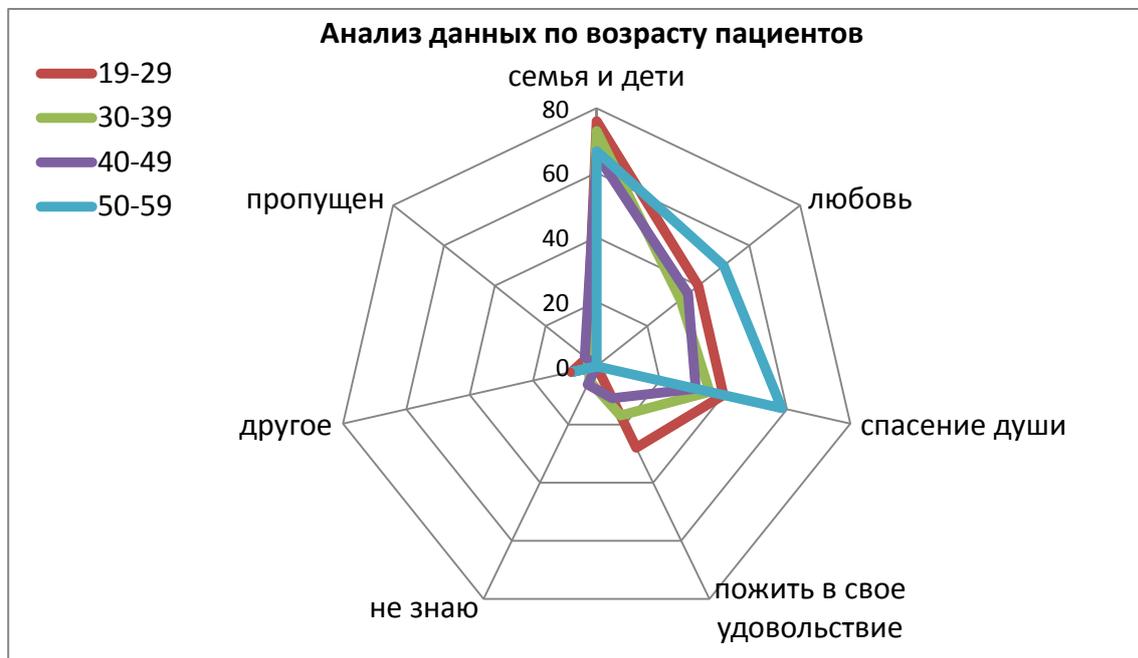


Рисунок К.6.б

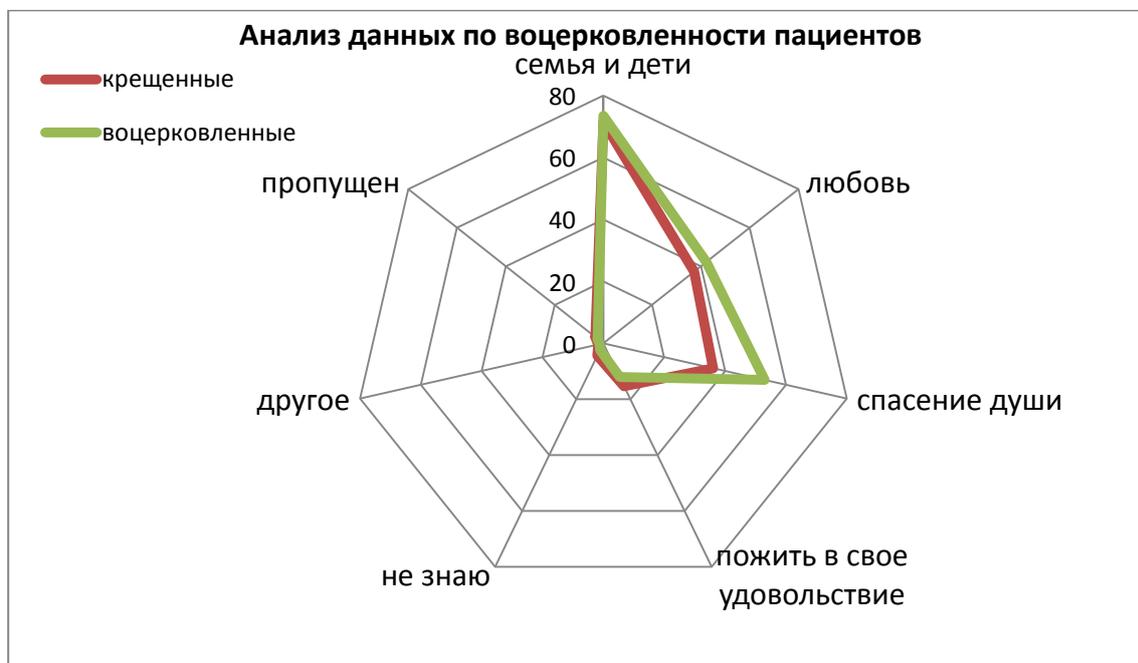


Рисунок К.6.в

Продолжение приложения К

Вопрос 71. Что было важным для Вас до болезни?



Рисунок К.7.а



Рисунок К.7.б

Продолжение приложения К

Вопрос 71. Что было важным для Вас до болезни?



Рисунок К.7.в

Вопрос 72. Что для Вас самое главное сейчас?



Рисунок К.8.а

Вопрос 72. Что для Вас самое главное сейчас?



Рисунок К.8.б

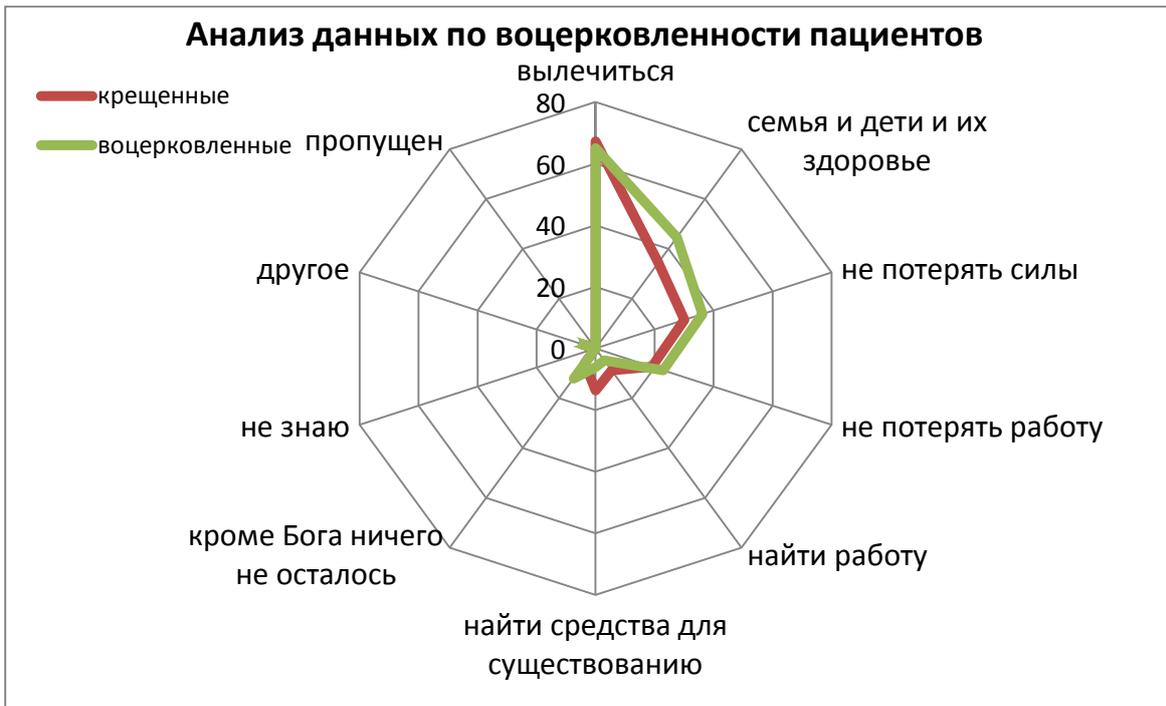


Рисунок К.8.в

Продолжение приложения К

Вопрос 73. В чем, по-Вашему, может быть опора в жизни?

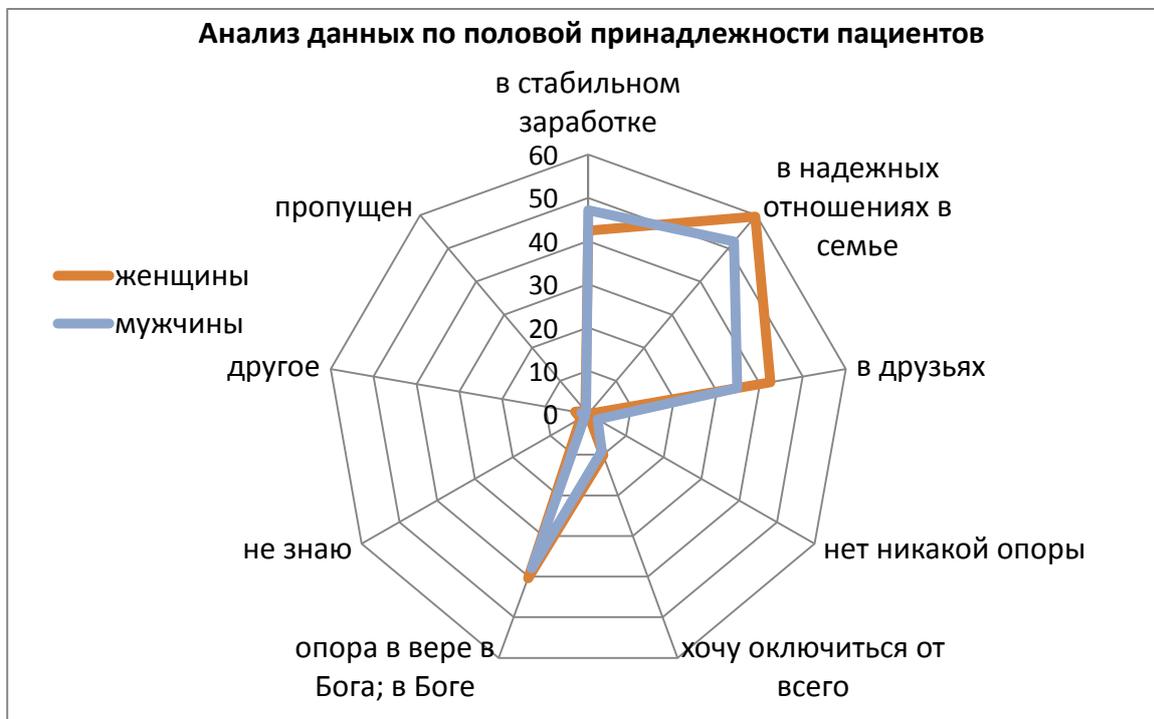


Рисунок К.9.а

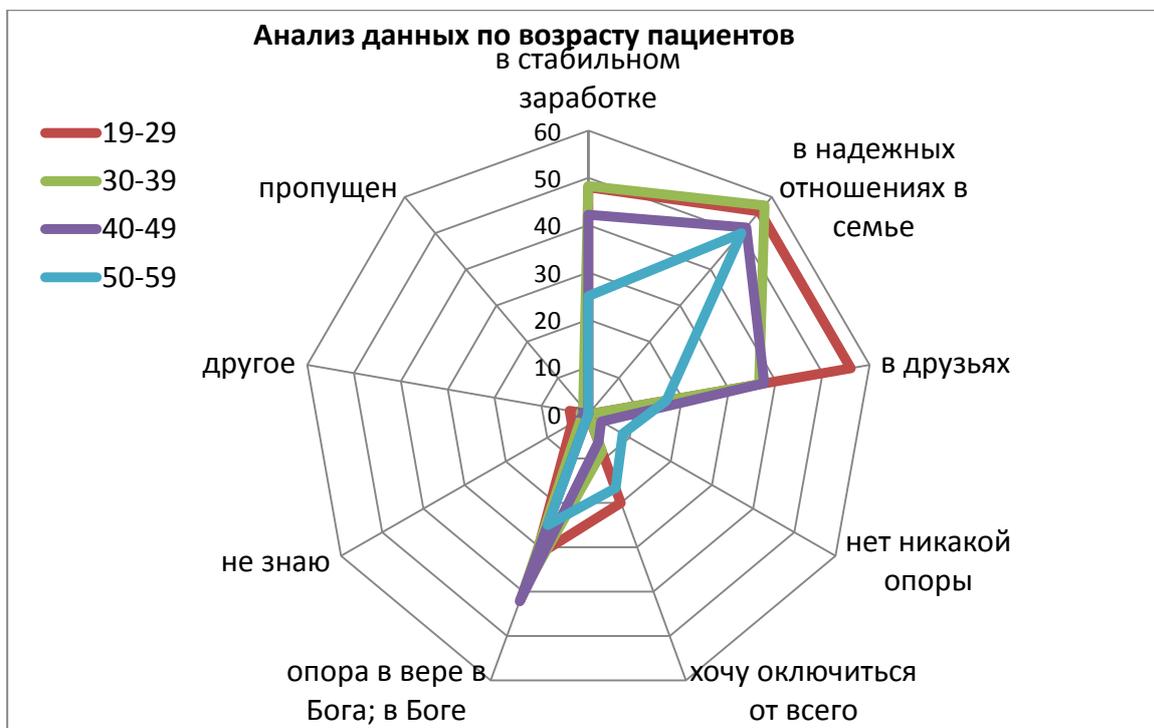


Рисунок К.9.б

Продолжение приложения К

Вопрос 73. В чем, по-Вашему, может быть опора в жизни?

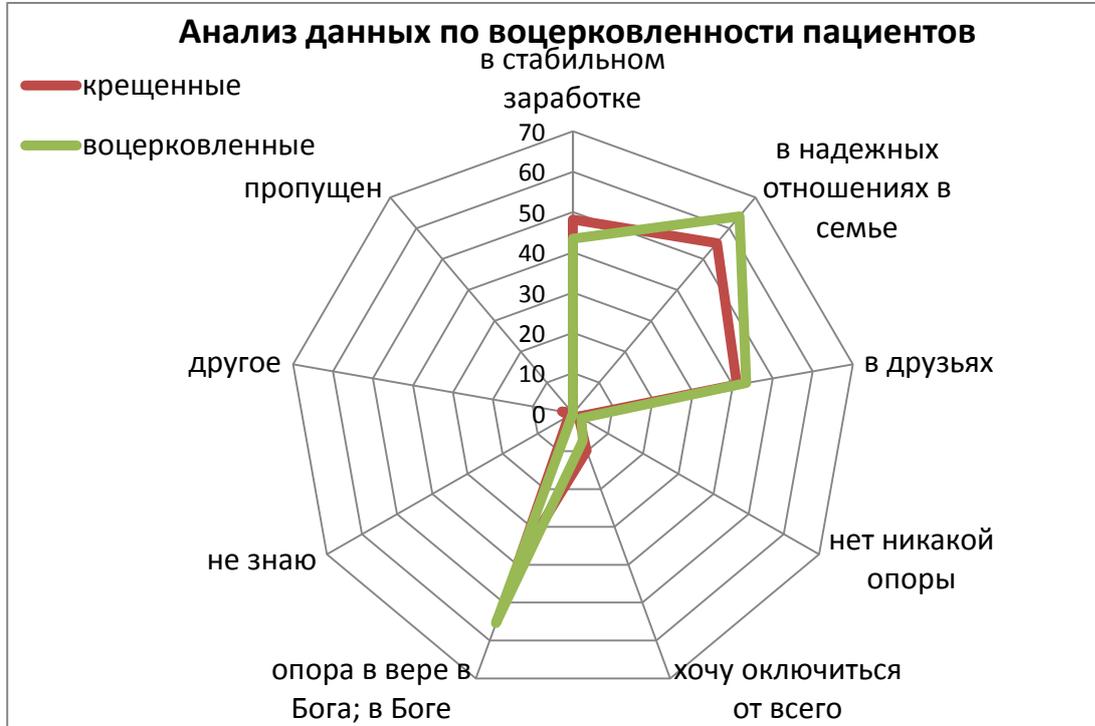


Рисунок К.9.в

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

(обязательное)

Анализ данных опроса пациентов по вопросам, касающихся планов ВИЧ-инфицированного человека («планы»)²⁸³. Вопросы 74 – 75.

Вопросы и варианты ответов	Распределение ответов по лечебным отделениям, по половой принадлежности, возрасту (в диапазоне возрастов) и воцерковленности пациентов (в %%)												
	все	отд. 2-5	отд. 2-6	отд. 2-7	амбулаторные	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
Вопрос 74*. Что Вы планируете сделать в ближайшее время?													
поправить здоровье насколько возможно	74.5	76.5	79.7	87.7	30.0	77.8	71.9	76.0	77.1	68.8	75.0	76.5	81.9
сделать ремонт дома	5.9	5.9	5.4	7.7	3.3	6.1	5.8	8.0	5.9	6.3	0.0	4.9	4.8
заработать денег	17.3	15.7	12.2	15.4	36.7	11.1	22.3	20.0	19.5	14.1	0.0	14.8	12.0
съездить куда-нибудь	24.5	7.8	13.5	32.3	63.3	33.3	17.4	28.0	28.0	17.2	16.7	24.6	30.1
провести время с родными	16.4	17.6	5.4	15.4	43.3	18.2	14.9	20.0	16.1	17.2	8.3	15.3	12.0
найти работу	11.8	13.7	18.9	3.1	10.0	9.1	14.0	8.0	11.0	14.1	16.7	11.5	9.6
ничего не планирую	3.2	0.0	2.7	4.6	6.7	2.0	4.1	0.0	2.5	4.7	8.3	2.7	2.4
не знаю	2.7	2.0	4.1	1.5	3.3	3.0	2.5	12.0	1.7	1.6	0.0	2.2	2.4
другое	3.2	11.8	0.0	0.0	3.3	2.0	4.1	0.0	3.4	4.7	0.0	3.3	7.2
пропущен	0.5	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Вопрос 75*. Что Вы планируете сделать в будущем, вообще в жизни?													
приобрести подходящую профессию	7.7	11.8	2.7	10.8	6.7	8.1	7.4	4.0	10.2	6.3	0.0	7.7	6.0
поступить учиться	4.1	3.9	1.4	3.1	13.3	4.0	4.1	0.0	5.9	3.1	0.0	4.4	3.6
поменять работу	13.2	3.9	8.1	24.6	16.7	16.2	10.7	8.0	13.6	12.5	16.7	13.1	15.7
найти работу и средства к существованию	32.3	25.5	55.4	23.1	6.7	30.3	33.9	40.0	34.7	28.1	16.7	33.3	22.9
какие у меня могут быть планы? Их нет	5.5	9.8	6.8	1.5	3.3	6.1	5.0	8.0	3.4	7.8	8.3	6.0	7.2
не знаю	21.4	17.6	18.9	29.2	16.7	23.2	19.8	32.0	22.0	14.1	33.3	21.3	31.3
другое	20.9	31.4	8.1	13.8	50.0	19.2	22.3	12.0	20.3	25.0	25.0	19.7	20.5
пропущен	3.6	3.9	2.7	4.6	3.3	1.0	5.8	0.0	2.5	7.8	0.0	2.7	2.4

²⁸³Примечание - Вопросы в таблице, помеченные *, имеют рисунки с соответствующим номером в Приложении М.

ПРИЛОЖЕНИЕ М
(обязательное)

Рисунки к вопросам в таблицах Приложения Л («планы»)

Вопрос 74. Что Вы планируете сделать в ближайшее время?

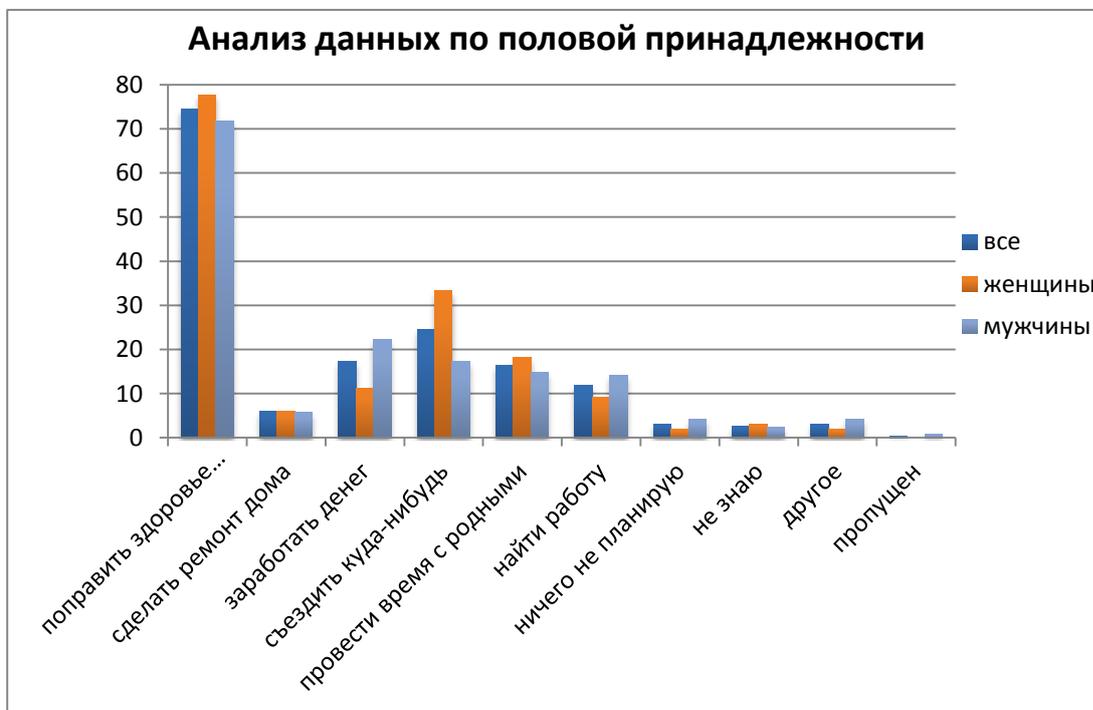


Рисунок М.1.а

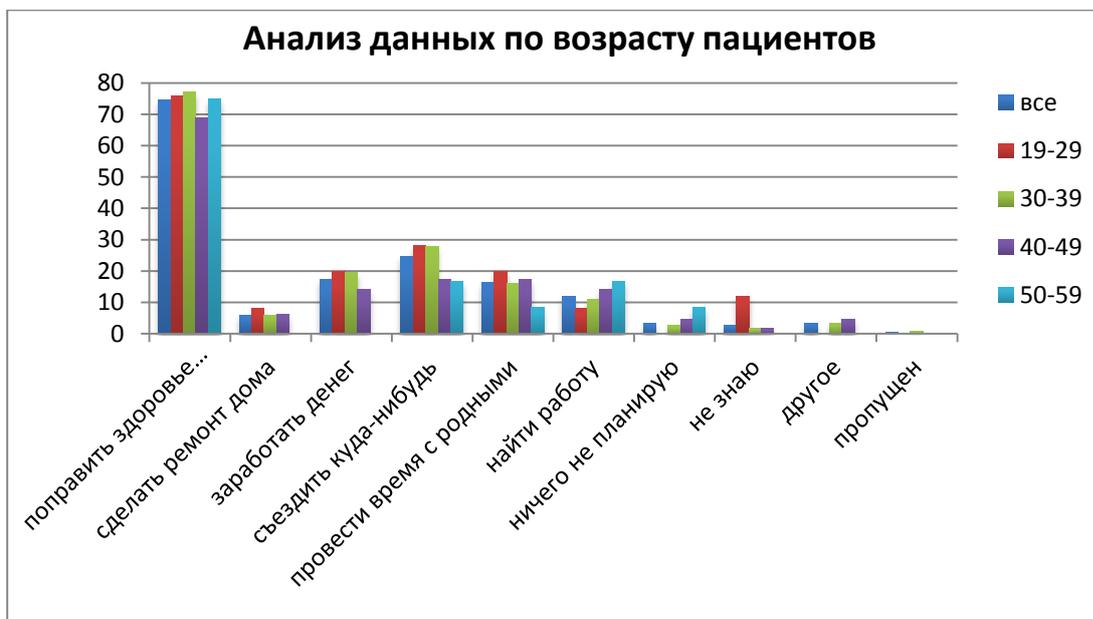


Рисунок М.1.б

Продолжение приложения М

Вопрос 74. Что Вы планируете сделать в ближайшее время?

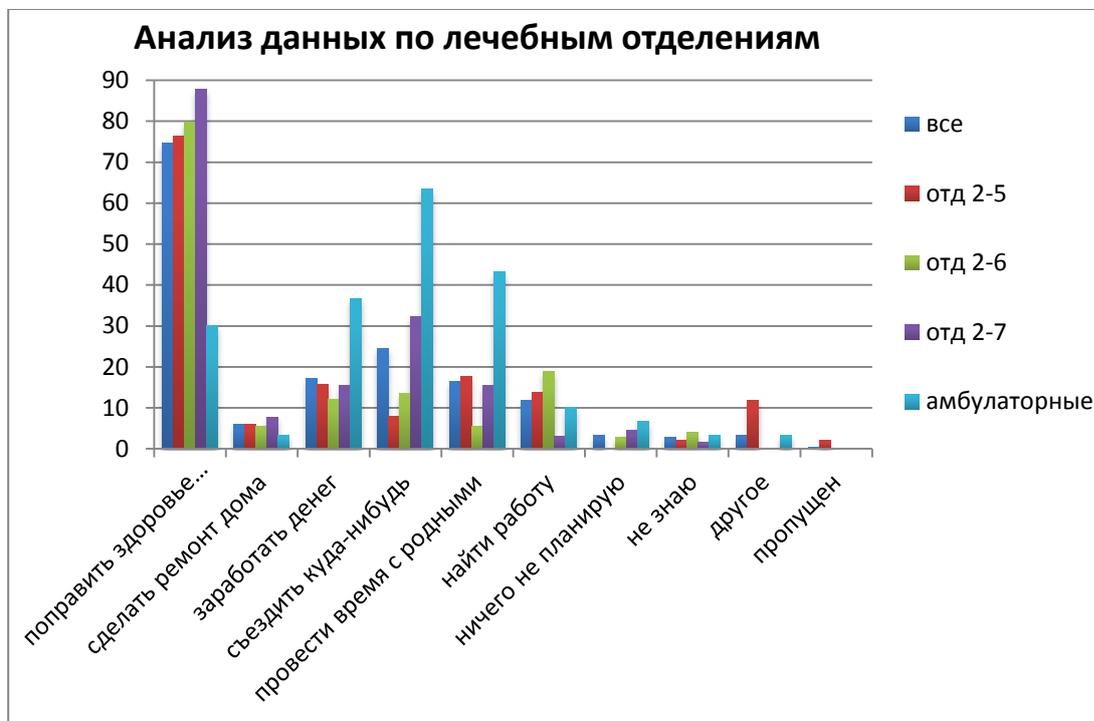


Рисунок М.1.в



Рисунок М.1.г

Продолжение приложения М

Вопрос 75. Что Вы планируете сделать в будущем; вообще в жизни?



Рисунок М.2.а



Рисунок М.2.б

Продолжение приложения М

Вопрос 75. Что Вы планируете сделать в будущем; вообще в жизни?



Рисунок М.2.в

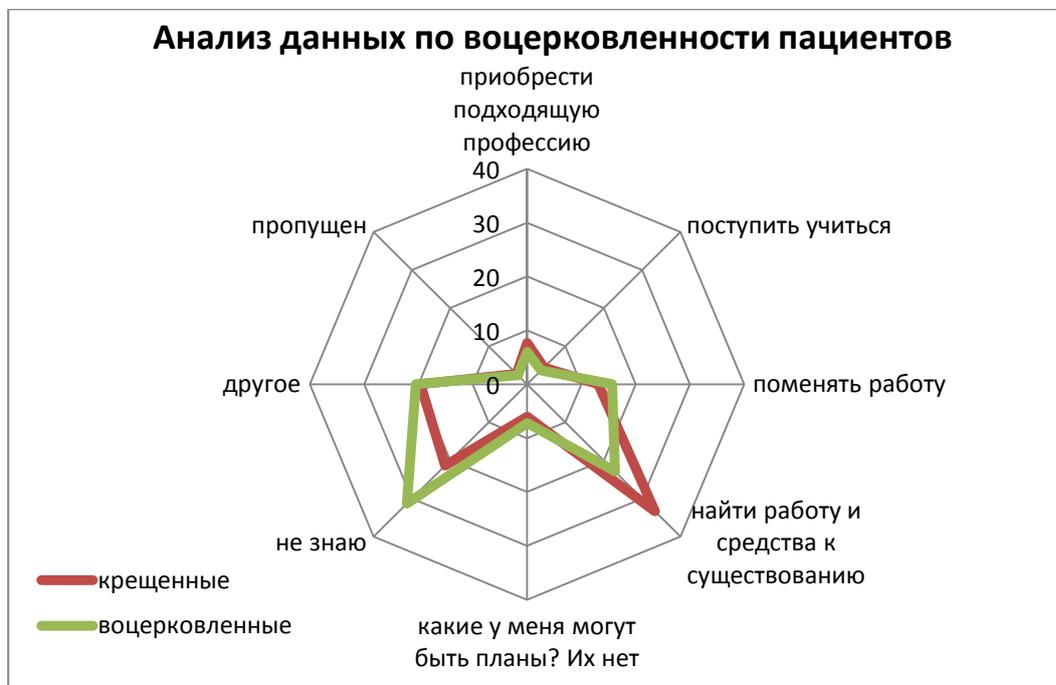


Рисунок М.2.г

ПРИЛОЖЕНИЕ Н
(обязательное)

Анализ данных опроса пациентов по вопросам,
касающихся их отношения к вере и Церкви. Вопросы 76 – 89

Вопросы и варианты ответов	Распределение ответов по полу, возрасту (в возрастных группах) и воцерковленности пациентов								
	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
Вопрос 76. Вы крещены?									
да, крещен в Православии	83.2	85.9	81.0	76.0	86.4	84.4	66.7	100.0	85.5
крещен, но не в Православии	5.9	6.1	5.8	8.0	5.1	4.7	16.7	0.0	8.4
я не христианин	4.5	3.0	5.8	8.0	3.4	4.7	0.0	0.0	2.4
нет	2.7	3.0	2.5	8.0	2.5	1.6	0.0	0.0	1.2
не знаю	0.9	1.0	0.8	0.0	0.8	1.6	0.0	0.0	0.0
другое	1.4	1.0	1.7	0.0	0.8	1.6	8.3	0.0	1.2
пропущен	1.4	0.0	2.5	0.0	0.8	1.6	8.3	0.0	1.2
Вопрос 77. Как давно Вы крещены?									
в детстве	50.5	55.6	46.3	56.0	52.5	45.3	50.0	55.7	54.2
во взрослом возрасте	29.1	25.3	32.2	20.0	29.7	34.4	16.7	34.4	28.9
сам крестился во взрослом возрасте, когда стало тяжело в жизни	5.9	8.1	4.1	4.0	5.1	7.8	8.3	6.0	8.4
во взрослом возрасте, это было осознанным, осмысленным шагом	3.6	3.0	4.1	0.0	4.2	1.6	16.7	3.8	3.6
не знаю	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
другое	2.3	1.0	3.3	0.0	0.8	3.1	8.3	0.0	1.2
пропущен	8.6	7.1	9.9	20.0	7.6	7.8	0.0	0.0	3.6
Вопрос 78. Хотели бы окреститься в настоящее время?									
да	1.8	3.0	0.8	0.0	2.5	1.6	0.0	0.0	1.2
нет	5.5	5.1	5.8	8.0	5.1	6.3	0.0	0.5	6.0
не знаю	1.4	1.0	1.7	4.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0
другое	1.4	1.0	1.7	0.0	1.7	1.6	0.0	0.0	2.4
уже крещен в Православие	82.3	85.9	79.3	76.0	85.6	81.3	75.0	97.8	85.5
пропущен	7.7	4.0	10.7	12.0	3.4	9.4	25.0	1.6	4.8
Вопрос 79. Вы знаете какие-нибудь молитвы?									
да	72.3	75.8	69.4	64.0	72.0	73.4	83.3	74.9	86.7
нет	24.1	19.2	28.1	32.0	24.6	21.9	16.7	21.9	9.6
другое	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
пропущен	3.6	5.1	2.5	4.0	3.4	4.7	0.0	3.3	3.6

Продолжение приложения Н

Вопрос 80. Вы хотите научиться молиться?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
да	73.6	76.8	71.1	72.0	78.0	67.2	66.7	76.5	86.7
нет	8.6	3.0	13.2	16.0	5.1	14.1	0.0	7.1	2.4
другое	8.6	11.1	6.6	4.0	9.3	9.4	8.3	8.2	4.8
пропущен	9.1	9.1	9.1	8.0	7.6	9.4	25.0	8.2	6.0
Вопрос 81. Вы молитесь дома?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
да	53.6	58.6	49.6	40.0	55.1	51.6	75.0	55.2	77.1
нет	35.5	33.3	37.2	48.0	36.4	34.4	8.3	35.5	18.1
другое	5.5	5.1	5.8	8.0	4.2	6.3	8.3	5.5	4.8
пропущен	5.5	3.0	7.4	4.0	4.2	7.8	8.3	3.8	0.0
Вопрос 82. Ходите ли Вы в церковь (как вариант мечеть/синагогу и т.п.)?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
да	20.5	22.2	19.0	16.0	18.6	23.4	33.3	20.2	30.1
часто	15.5	16.2	14.9	4.0	11.9	23.4	25.0	16.9	24.1
редко	55.9	57.6	54.5	72.0	61.9	42.2	41.7	56.8	44.6
нет	5.5	3.0	7.4	8.0	4.2	7.8	0.0	3.8	1.2
никогда не пойду	0.5	0.0	0.8	0.0	0.0	1.6	0.0	0.5	0.0
другое	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
пропущен	2.3	1.0	3.3	0.0	3.4	1.6	0.0	1.6	0.0
Вопрос 83. Давно ли Вы ходите в церковь (мечеть/синагогу и др.)?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
с детства	29.5	33.3	26.4	40.0	32.2	21.9	16.7	30.1	26.5
стал(а) ходить еще до болезни	30.0	29.3	30.6	28.0	27.1	34.4	41.7	31.1	32.5
стал(а) ходить после того, как заболел(а)	26.8	28.3	25.6	24.0	30.5	20.3	33.3	28.4	34.9
другое	9.1	7.1	10.7	8.0	5.1	17.2	8.3	7.7	6.0
пропущен	4.5	2.0	6.6	0.0	5.1	6.3	0.0	2.7	0.0
Вопрос 84. В какой степени Вы воцерковлены?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
знаю 1 - 2 молитвы и их читаю	54.1	58.6	50.4	56.0	55.1	51.6	50.0	59.6	31.3
читаю утреннее и вечернее правило	15.5	18.2	13.2	16.0	15.3	14.1	25.0	15.8	41.0
читаю каноны и акафисты	4.1	8.1	0.8	8.0	5.1	1.6	0.0	4.4	10.8
беседую со священником, но не причащаюсь	6.8	4.0	9.1	12.0	5.9	4.7	16.7	6.0	18.1
у меня есть духовник	5.9	4.0	7.4	0.0	4.2	10.9	8.3	4.9	15.7
исповедуюсь и причащаюсь	26.4	29.3	24.0	16.0	25.4	31.3	33.3	29.0	69.9

Продолжение приложения Н

другое	15.5	13.1	17.4	20.0	17.8	10.9	8.3	12.6	2.4
пропущен	5.5	2.0	8.3	4.0	3.4	10.9	0.0	3.3	0.0
Вопрос 85. Вы заметили какие-либо изменения в себе, с тех пор как стали молиться и/или ходить в церковь (мечеть/синагогу и т.п.)?			муж .						воцерковленные
	все	жен.	.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	
стал(а) чувствовать себя лучше (спокойней, уравновешеннее, увереннее и т.д.)	70.9	73.7	68.6	64.0	74.6	68.8	58.3	73.2	88.0
стал(а) чувствовать себя хуже (нервознее, более подавленно, присутствует страх и т.д.)	0.9	1.0	0.8	0.0	0.8	0.0	8.3	0.5	0.0
нет	3.6	3.0	4.1	8.0	1.7	4.7	8.3	3.8	2.4
никаких изменений в себе не заметил(а)	10.9	14.1	8.3	16.0	11.0	9.4	8.3	12.0	6.0
другое	7.7	6.1	9.1	8.0	7.6	7.8	8.3	6.6	3.6
пропущен	5.9	2.0	9.1	4.0	4.2	9.4	8.3	3.8	0.0
Вопрос 86. Вы заметили какие-либо изменения в других по отношению к себе с тех пор, как стали молиться и/или ходить в церковь (мечеть/синагогу и др.)?			муж .						воцерковленные
	все	жен.	.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	
мне кажется, что ко мне стали лучше относиться окружающие (более участливо, ласково, с симпатией)	45.5	42.4	47.9	44.0	44.9	48.4	33.3	47.5	62.7
мне кажется, что ко мне стали хуже относиться окружающие (усилилась враждебность, неприязнь, отторжение)	1.8	3.0	0.8	4.0	1.7	1.6	0.0	2.2	2.4
не заметил(а) никаких изменений в отношении ко мне других людей	34.5	39.4	30.6	28.0	36.4	31.3	50.0	36.6	28.9
другое	7.3	5.1	9.1	12.0	6.8	6.3	8.3	6.0	4.8
пропущен	10.9	10.1	11.6	12.0	10.2	12.5	8.3	7.7	1.2
Вопрос 87. Вы заметили какие-либо изменения в себе с тех пор, как стали принимать Святое Причастие?			муж .						воцерковленные
	все	жен.	.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещеные	
Да, стал(а) чувствовать себя лучше.	62.7	61.4	57.3	45.4	59.1	76.1	85.7	63.7	70.6

Продолжение приложения Н

Нет, никаких изменений в себе не заметил(а)	29.8	35.1	33	36.4	33.6	21.5	0	31.8	24.5
стал(а) чувствовать себя хуже (нервознее, более подавленно, присутствует страх и т.д.)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
другое	7.5	3.5	9.7	18.2	7.3	2.4	14.3	4.5	4.9
Вопрос 88. Вы заметили какие-либо изменения в других людях по отношению к себе с тех пор, как стали принимать Святое Причастие?	все	жен.	муж.	19-29	30-39	40-49	50-59	крещенные	воцерковленные
Да, мне кажется, что ко мне стали лучше относиться окружающие (более участливо, ласково, с симпатией)	30.6	22.5	37.0	10.0	27.0	41.1	37.5	29.3	33.8
Нет, не заметил(а) никаких изменений в отношении ко мне других людей	64.2	71.9	58.1	70.0	69.8	55.9	50.0	66.8	59.4
мне кажется, что ко мне стали хуже относиться окружающие	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
другое	5.2	5.6	4.9	20.0	3.9	3.0	12.5	3.9	6.8

ПРИЛОЖЕНИЕ П
(обязательное)

Рисунки к вопросам таблиц Приложения Н («вера и Церковь»)

Вопрос 84. В какой степени Вы воцерковлены?

Анализ данных по половой принадлежности пациентов

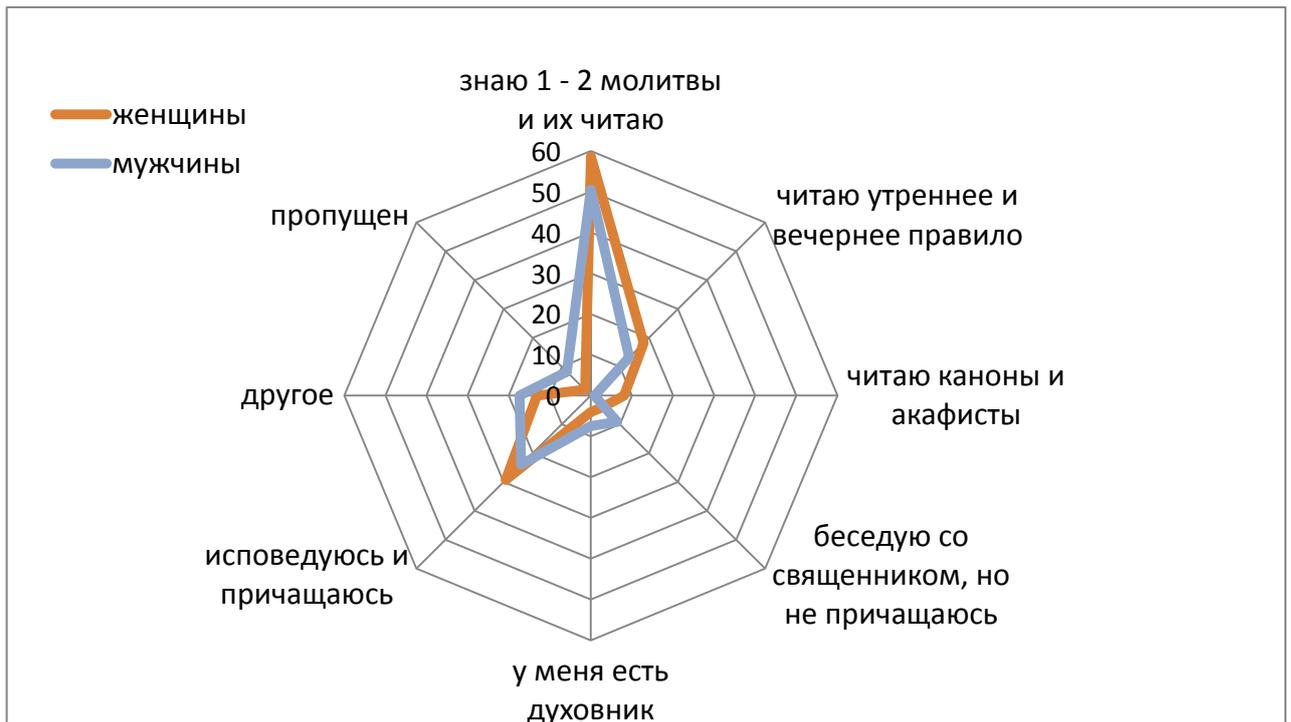


Рисунок П.1.а

Продолжение приложения II

Вопрос 84. В какой степени Вы воцерковлены?

Анализ данных по возрасту пациентов

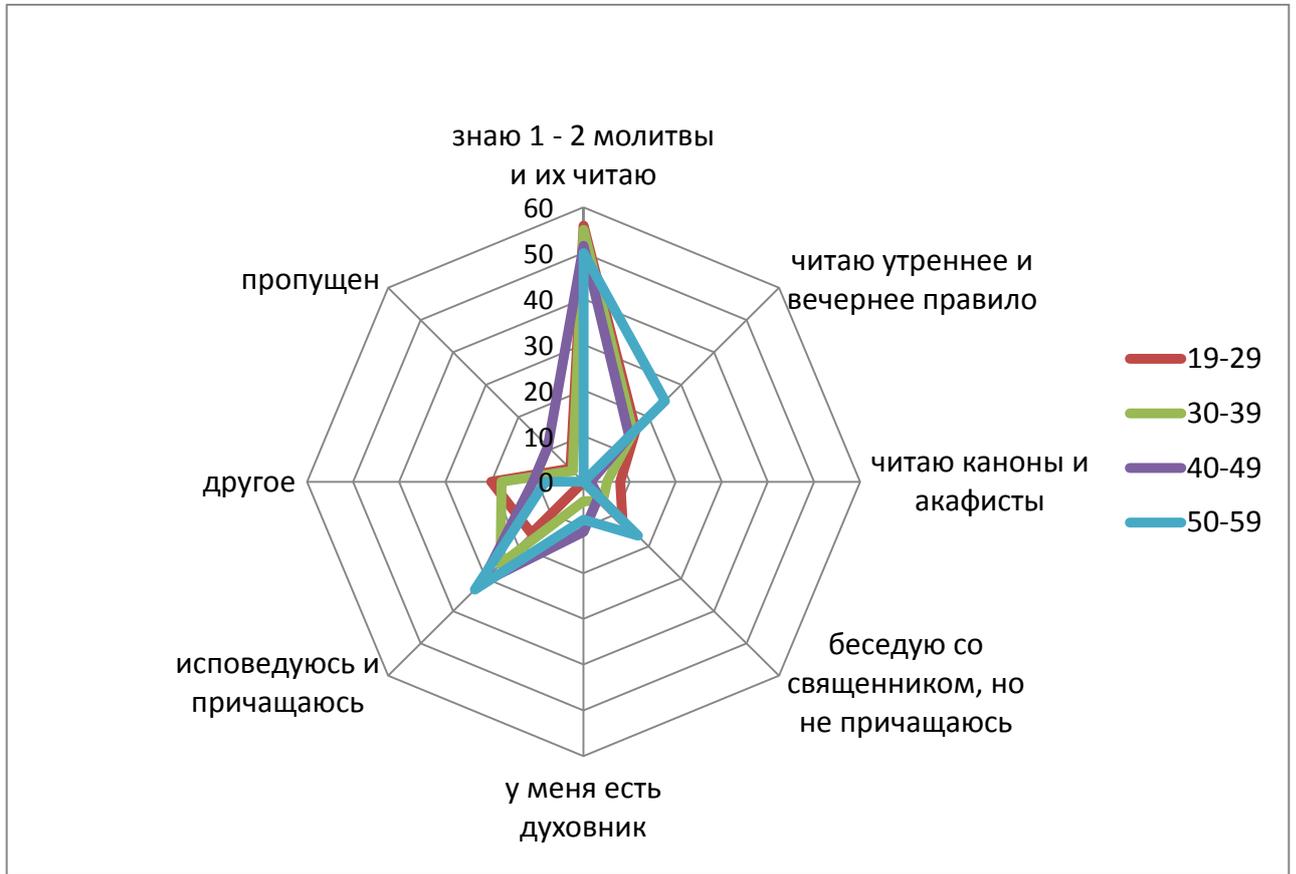


Рисунок П.1.б

Продолжение приложения II

Вопрос 84. В какой степени Вы воцерковлены?

Анализ данных по воцерковленности пациентов

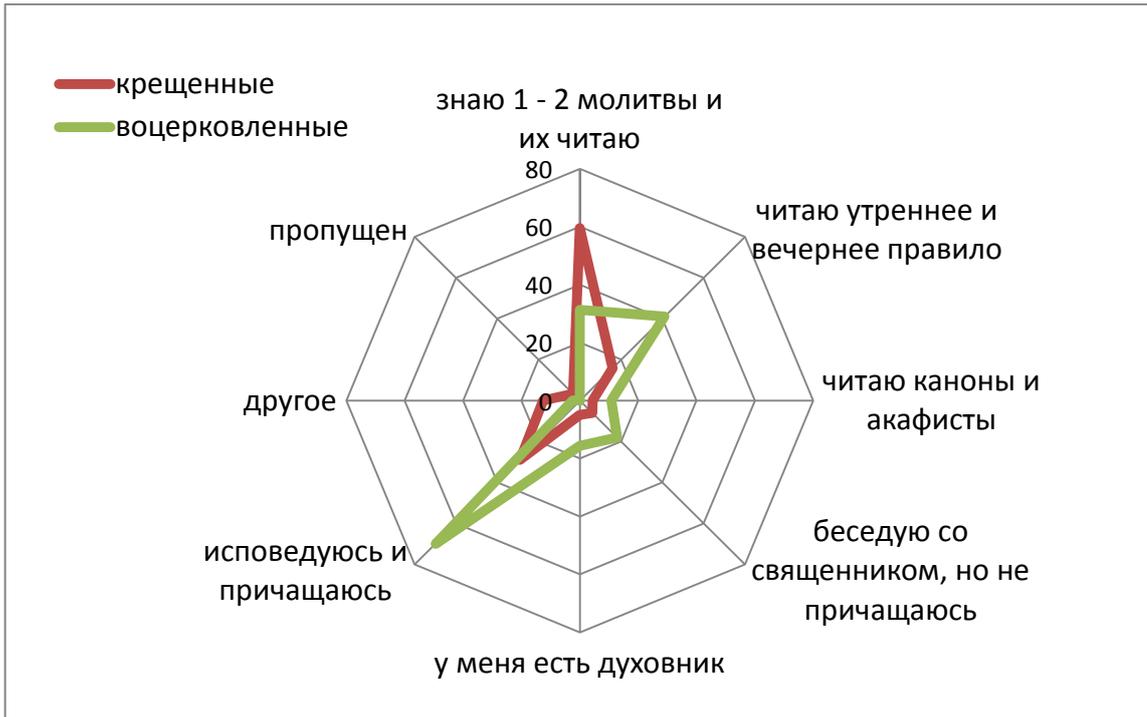


Рисунок П.1.в

Продолжение приложения II

Вопрос 85. Вы заметили какие-либо изменения в себе, с тех пор, как стали ходить в церковь?

Анализ данных по половой принадлежности пациентов

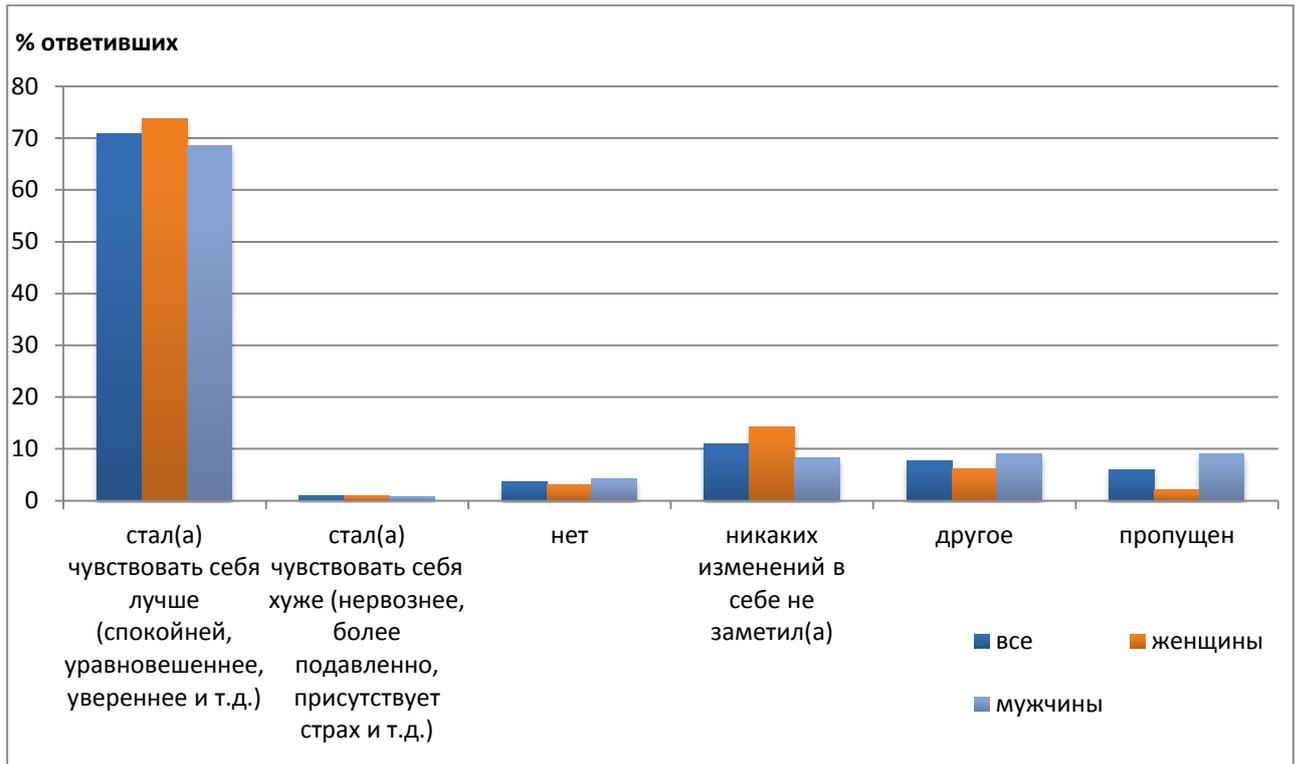


Рисунок П.2.а

Продолжение приложения II

Вопрос 85. Вы заметили какие-либо изменения в себе, с тех пор, как стали ходить в церковь?

Анализ данных по возрасту пациентов

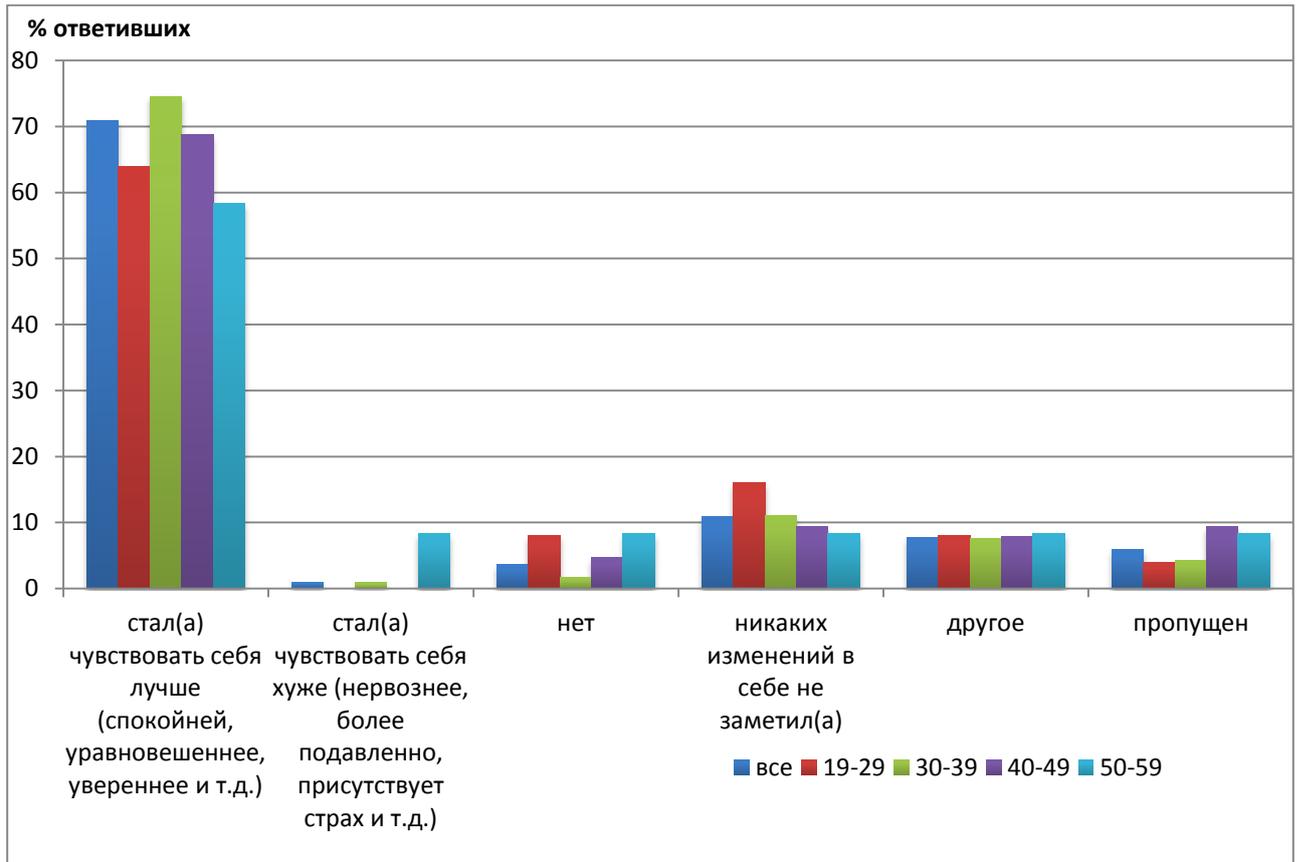


Рисунок П.2.б

Продолжение приложения П

Вопрос 85. Вы заметили какие-либо изменения в себе, с тех пор, как стали ходить в церковь?²⁸⁴

Анализ данных по воцерковленности пациентов

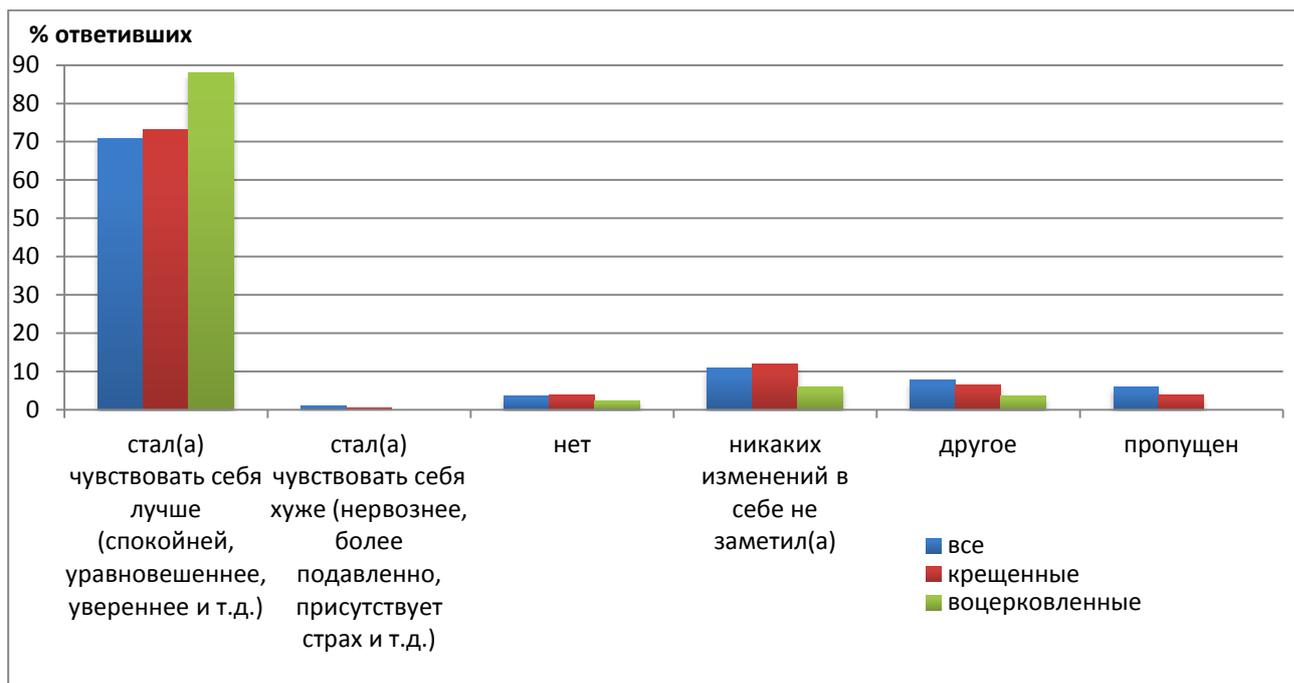


Рисунок П.2.в

Продолжение приложения П

²⁸⁴ Антоний (Кадышев), игум. Проблемы духовного попечения ВИЧ-инфицированных больных в условиях стационара // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XII международной научно-практической конференции (Россия, г. Новосибирск, 19–20.06.2015 г.). Новосибирск: Международный Научный Институт «Educatio», 2015. №5 (12). С. 32–35.

Вопрос 86. Вы заметили изменение отношения к себе других людей, с тех пор, как стали ходить в церковь?

Анализ данных по половой принадлежности

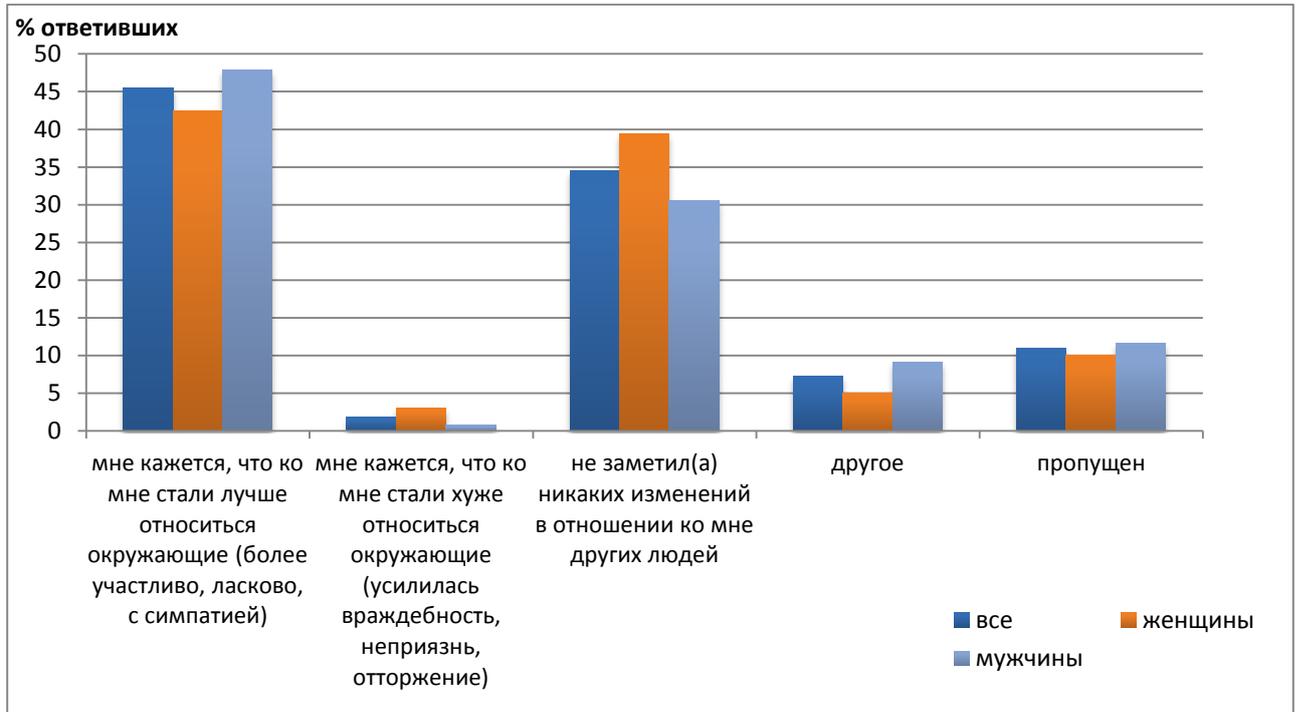


Рисунок П.3.а

Вопрос 86. Вы заметили изменение отношения к себе других людей, с тех пор, как стали ходить в церковь?

Анализ данных по возрасту пациентов

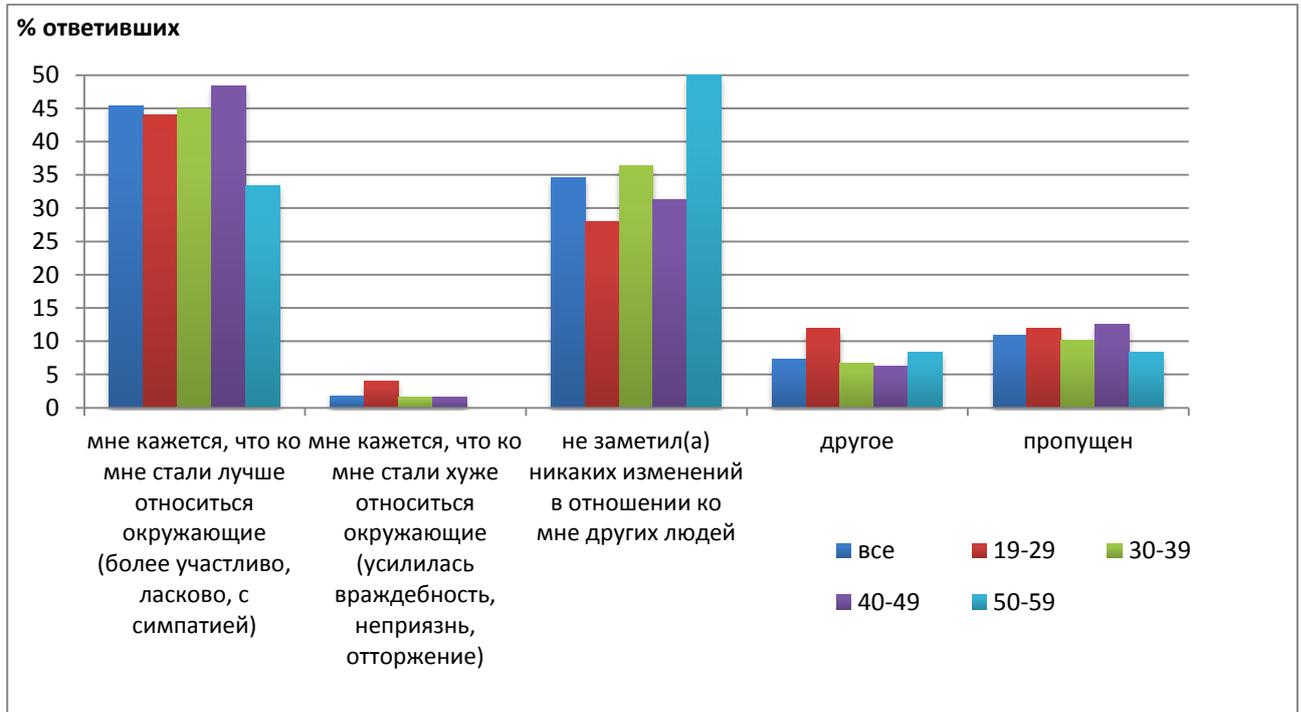


Рисунок П.3.б

Вопрос 86. Вы заметили изменение отношения к себе других людей, с тех пор, как стали ходить в церковь?

Анализ данных по воцерковленности пациентов

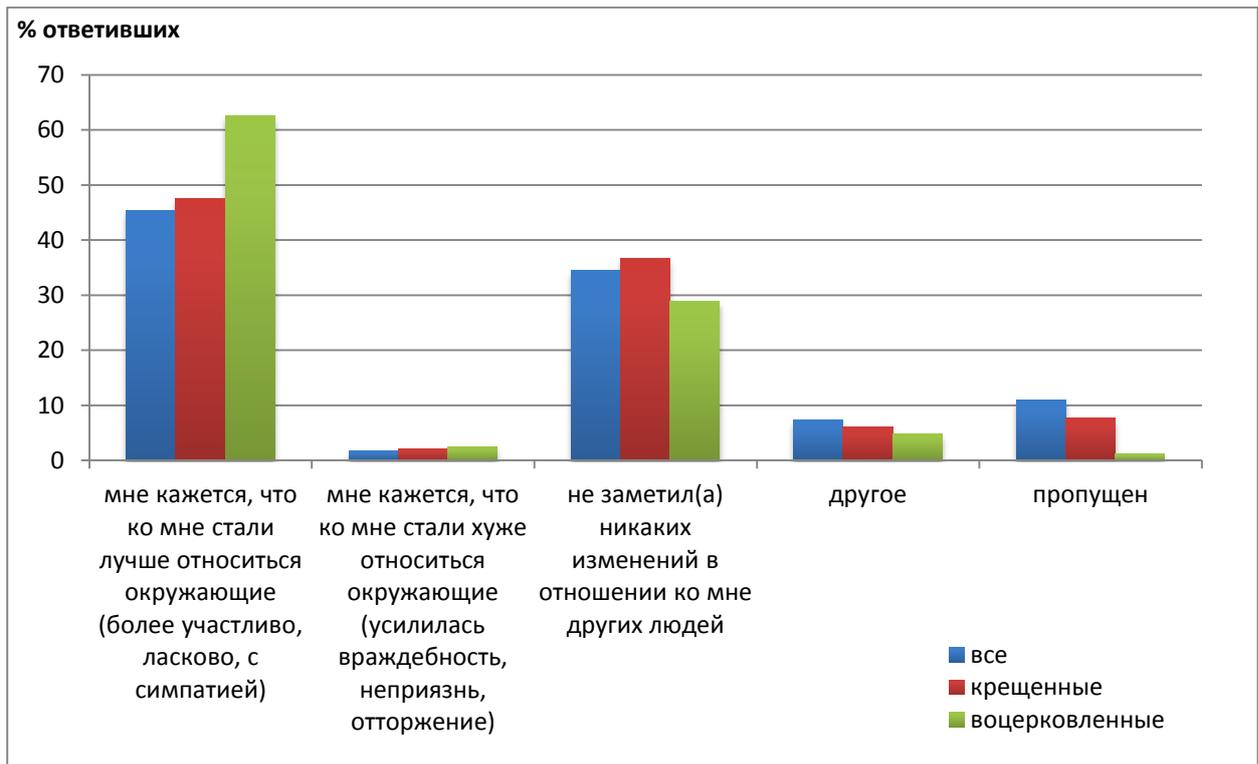


Рисунок П.3.в

Продолжение приложения II

Вопрос 87. Вы заметили какие-либо изменения в себе с тех пор, как стали принимать Святое Причастие?



Рисунок П.4.а



Рисунок П.4.б

Продолжение приложения П

Вопрос 87. Вы заметили какие-либо изменения в себе с тех пор, как стали принимать Святое Причастие?²⁸⁵

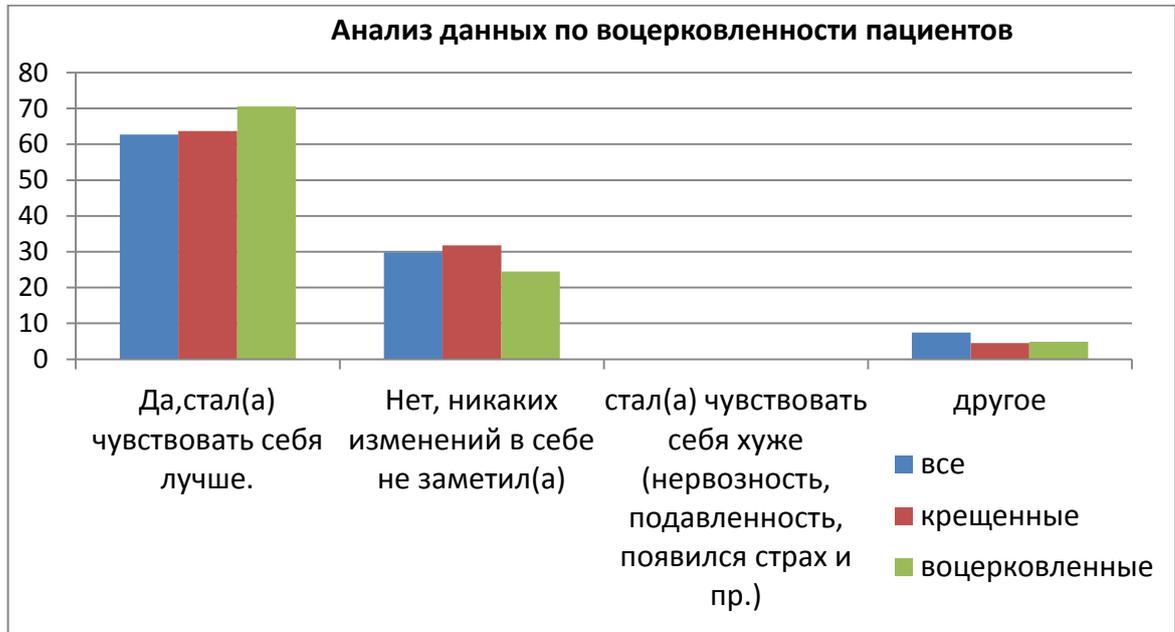


Рисунок П.4.в

²⁸⁵ Антоний (Кадышев), игум. Проблемы духовного попечения ВИЧ-инфицированных больных в условиях стационара // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. Медицинские науки: Материалы XII международной научно-практической конференции (Россия, г. Новосибирск, 19–20.06.2015 г.). Новосибирск: Международный Научный Институт «Educatio», 2015. №5 (12). С. 32–35.

Продолжение приложения II

Вопрос 88. Вы заметили какие-либо изменения в других людях по отношению к себе с тех пор, как стали принимать Святое Причастие?

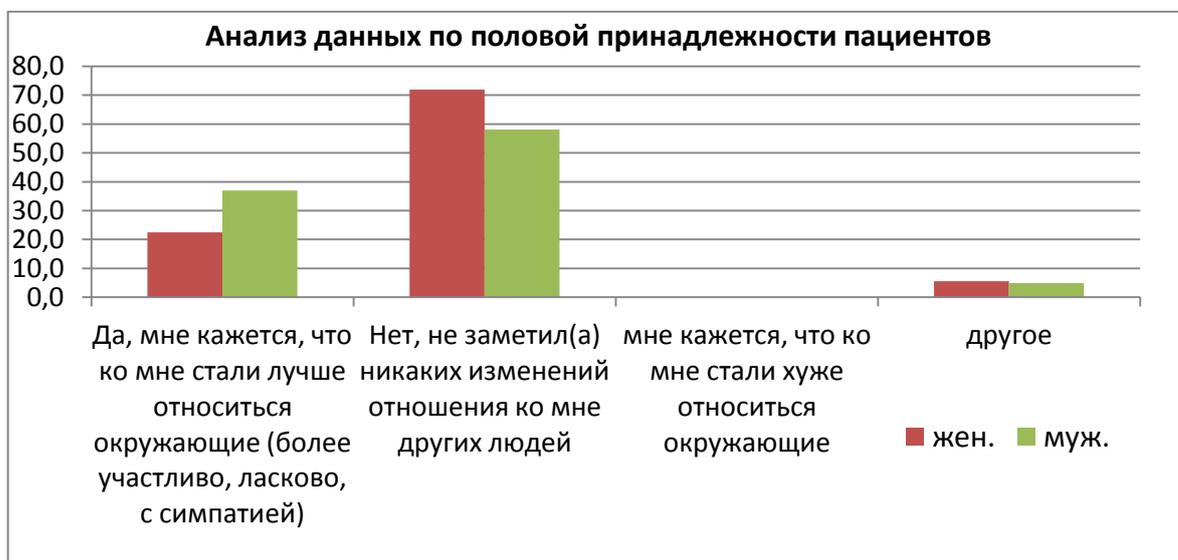


Рисунок П.5.а



Рисунок П.5.б

Продолжение приложения II

Вопрос 88. Вы заметили какие-либо изменения в других людях по отношению к себе с тех пор, как стали принимать Святое Причастие?

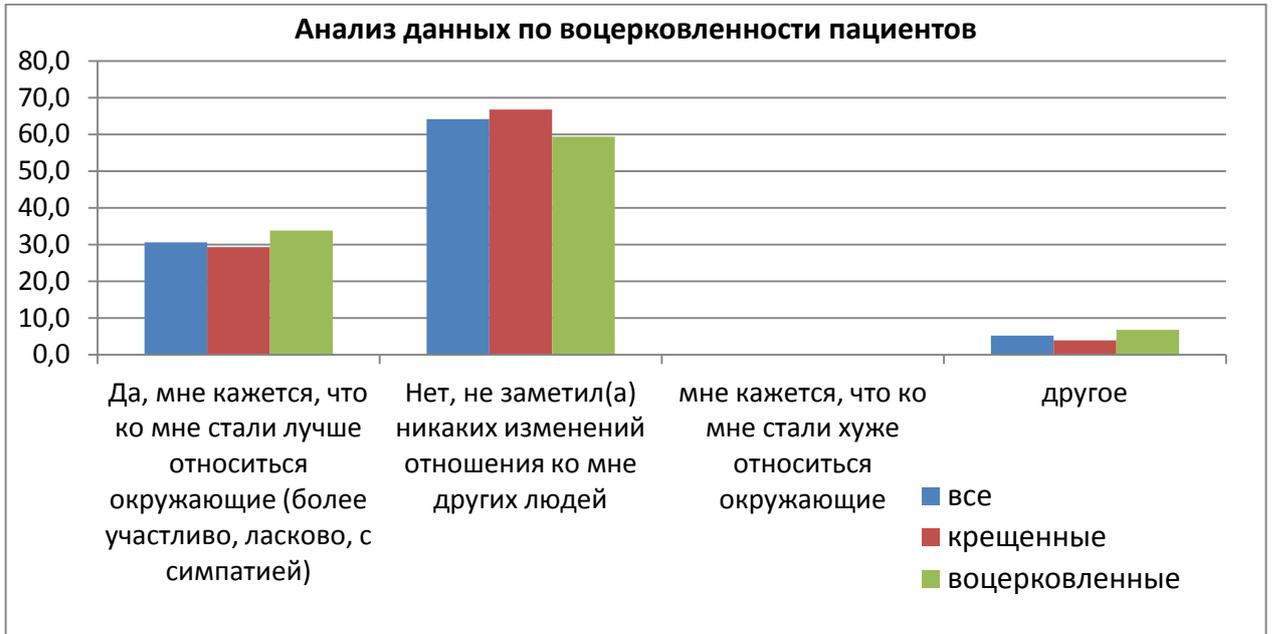


Рисунок П.5.в