

СПЕЦИФИКА УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ТРАДИЦИИ: ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Синюкова Наталья Алексеевна,
аспирант, младший научный сотрудник
Института философии и права СО РАН,
Россия, 630090, Новосибирск, ул. Николаева, 8
ORCID: 0000-0002-2400-7237
sinuknat@gmail.com

Аннотация

Сегодня широко обсуждаются экономические, социальные, культурные, психологические, этические и экзистенциальные проблемы лечебного процесса. Общество осознало, что решение всего комплекса проблем медицины посредством одних только научно-технологических достижений невозможно. Возникли вопросы: «Какими должны быть оказание медицинской помощи и уход за больными?», «Почему клиническая практика обеспечивает “высокотехнологичный” уход за пациентом и не может обеспечить “человечный”, в котором так нуждаются больные?», «Как больному противостоять таким негативным составляющим переживания болезни, как объективизация и технологизация, находясь в контакте с медицинским дискурсом?».

В русском Православии накоплен богатый и своеобразный опыт ухода за больными. Его изучение и использование на практике оправданно находится в фокусе внимания многих иностранных специалистов. К сожалению, в нашей стране данная проблематика среди исследователей остается недооцененной, а ее специфика в современных больницах – забытой.

В современной гуманистической модели медицины лечебный процесс рассматривается как научно обоснованный и индивидуализирующий уход за больными, включающий чувственно-эмоциональную и нравственно-экзистенциальную сферу intersubjectивных взаимоотношений больного и медицинских специалистов. Речь идет не только об «излечении» пациента на биологическом уровне, но и о внутреннем «исцелении» каждого больного, об избавлении от страданий исходя из уникальности его ситуации. Идеал гуманистической модели отражает установка «Медицина должна лечить больного, а не болезнь». При этом интерпретация данной установки существенно различается в рамках западной и восточной христианских культур, в данном случае русского Православия.

Индивидуализация ухода в русской православной традиции проявляется не в признании больного в качестве суверенной индивидуальности, как

это происходит в западных христианских культурах, но в духовном единении страдающего и ухаживающего, определяющем гармоничное взаимоотношение человека как части со Всецелым. Духовное единство страдающего и ухаживающего, разворачивающееся как взаимная любовь, формирует потенциал для совместного и соборного преодоления страданий через духовное совершенствование. Православные «технологии» духовного исцеления больных отличаются отсутствием рационализации, унификации, а в итоге и коммерциализации.

Ключевые слова: уход за больными, опыт болезни, страдание, феноменология медицины, отчуждение, технологизация, индивидуализация, качество ухода за больными, любовь, эмпатия, духовное единство, духовное исцеление, русская православная традиция, сестры милосердия.

Библиографическое описание для цитирования:

Синюкова Н.А. Специфика ухода за больными в русской православной традиции: феноменологический анализ // Идеи и идеалы. – 2019. – Т. 11, № 3, ч. 2. – С. 430–442. – DOI: 10.17212/2075-0862-2019-11.3.2-430-442.

Попадая в современную больницу, тяжелобольной человек сталкивается с подходом научной медицины, превращающей человека в объект лечебного процесса. Клиническая практика ориентирована на медицинские интервенции в больное тело с целью установления контроля над ним, тем самым «колонируя» больного [16, pp. 59, 60]. В процессе жестокой борьбы за свою жизнь тяжелобольной, не знающий и не понимающий своей болезни, теряет свою независимость и самостоятельность в принятии решений, свою уникальность и автономию. Находясь в больничном пространстве, он ощущает себя лишь безликим биологическим фактом, объектом высокотехнологичных медицинских вмешательств. Человек перестает быть самим собой, он становится своей болезнью. Больное тело становится для него «чужим», вызывающим боль, страдание и зависимость, что унижает человека [19, pp. 415, 416].

Результаты современных исследований показывают, что единственную возможность для снятия психоэмоционального напряжения у большинства больных в нашей стране обеспечивает семья [5, с. 33, 34]. Кроме того, контакт или опыт соприкосновения с клинической практикой усиливает тяжелейшее эмоциональное потрясение, связанное с возникновением серьезной болезни [5, 12, 13, 19]. Каким образом можно помочь больному противостоять тотальному «напору» клинической практики, стирающему индивидуальность больного, а также и экзистенциальному вызову тяжелой или последней болезни в больничных условиях? Представляется, что таким «клиническим помощником» пациента, позволяющим ему вновь почувствовать себя человеком, является система ухода.

Медицинская помощь и уход за больными являются взаимодополняющими и взаимозависимыми компонентами лечебного процесса. Уход за больными являлся значимой частью лечения уже в первобытном обществе. Как сознательная забота и помощь человеку, неспособному самостоятельно осуществлять и поддерживать жизнедеятельность своего организма, процесс ухода – за новорожденным, немощным стариком, человеком, получившим травму или увечье, и т. д. – появился намного раньше медицины. Этот процесс, направленный на поддержание другого человека, появился вместе с рождением человечества и тесно связан с процессом человекообразования, с формированием человеческого в человеке. Собственно о возникновении медицины можно говорить лишь тогда, когда в первобытном обществе появляется сознательный уход, взаимопомощь при болезнях и травмах, когда она становится императивом, средством сохранения жизни, здоровья и трудоспособности отдельного индивида, а значит, и всей общины в целом [18, pp. 13–15].

С появлением христианства специфика ухода в медицине тесно связывается с милосердием. Появляются и распространяются социальные практики благотворительности, в рамках которых служители церкви и ее прихожане, не имеющие медицинской подготовки, ухаживали за больными, ранеными, инвалидами. Церковь инициировала основание специальных учреждений по уходу за больными и немощными людьми. Развиваются больницы, где вплоть до начала XX в. катастрофически не хватало врачей и высококвалифицированных специалистов, научных знаний и медицинских методик, эффективных лекарств и медицинской техники и т. д. В таком контексте ресурсные возможности в сфере ухода были обширней, что проявлялось прежде всего в обеспечении средним и низшим медицинским персоналом, нежели чем у церковных учреждений по уходу.

В условиях, когда практически невозможно было облегчить страдания тяжелобольных, а большинство из них просто умирали, на ухаживающего (как и на лечащего) ложилась особая задача, связанная с духовной, чувственно-эмоциональной, нравственно-экзистенциальной сферой ситуации болезни или приближения к смерти. Речь идет о сочувствии и сострадании к страдающему больному, о любви и эмпатии как основе взаимоотношений страдающего и ухаживающего, о духовном исцелении страданий больного. До XVIII–XIX вв. весь лечебный процесс был направлен на восстановление не только физических сил организма, но также и духовных сил человека. Духовное исцеление, в свою очередь, не представлялось возможным вне религии, а духовная жизнь человека – вне христианских ценностей [7, с. 142, 143].

В XX в. ситуация изменилась. Блестящие успехи медицинской науки, качественное расширение возможностей медицинской практики, техноло-

гизация лечебного процесса сегодня как бы «затмевают собой» или в некотором роде даже «обесценивают» роль человеческого и человеческого ухода в медицине. Приоритеты в деятельности медицинских сестер в современной больнице сформированы исключительно медицинскими аспектами лечебного процесса. Более того, медицинские сестры перегружены бумажной работой, заполнением и ведением больничной документации. Поэтому на собственно уход как чуткую, милосердную заботу о больных времени практически не остается. Соответственно и качество ухода в современных стационарах и поликлиниках сводится в основном к качественному (а по сути лишь количественному) выполнению стандартизованных показателей или критериев, таких как, например, соблюдение врачебных назначений, требований санитарно-эпидемиологического режима и правил работы с медикаментами, отсутствие осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций и т. д. [6].

Проблема измерения и оценки качества ухода за больными в современности является актуальным предметом дискуссий во всем мире. В научном сообществе предпринято множество попыток концептуализировать понятие «качество ухода», что до сих пор не привело к консенсусу в содержательной интерпретации данного понятия. Как уже отмечалось, качество ухода в медицинских учреждениях измеряется в основном количественно: в цифрах, факторах, шкалах. При этом, по мнению специалистов, большинство количественных методик оценки качества ухода в реальности не позволяет получить адекватные результаты [15]. Проблематичной является прежде всего операционализация качественных параметров, а также и достоверность их количественного измерения. Количественные методики оценки качества ухода не способны охватывать весь спектр глубинных качественных характеристик ухода.

Любая новая программа оценки качества ухода в лечебных учреждениях представляет собой, по сути, лишь технически, процедурно улучшенную версию предыдущей. Во многом именно поэтому специалисты по уходу приобретают «иммунитет» к особенностям каждой новой программы и к процессу оценки качества. Важно, что в гонке за цифрами младший и средний медицинский персонал забывает про доверие, возлагаемое на них со стороны общества, про ответственность за постоянное совершенствование профессиональных навыков. В конце концов они забывают о том, что от их действий зависит жизнь человека. Люди, которые здесь и сейчас находятся в больничной палате, испытывают боль и страдание, оказываются забытыми в процессе оценки качества ухода [Там же].

Современные междисциплинарные исследования в области ухода за больными стремятся восполнить этот пробел, обращаясь прежде всего к феноменологической методологии. С феноменологической точки зрения уход за больными трактуется как пространство intersubjectивных взаи-

моотношений страдающего и ухаживающего. Здесь страдающий выступает не как обезличенный объект, но как субъект этих отношений, переживающий и воспринимающий страдание индивидуальным образом.

Феноменологический анализ сферы ухода за больными фокусируется «на страдающем», на субъективном восприятии ситуации получения медицинского ухода в опыте переживания боли и страданий. Качественные характеристики ухода непосредственно связаны с выявлением глубинного уровня изменений, происходящих в жизни больных. С феноменологической точки зрения страдание, боль, зависимость, медицинские вмешательства становятся фундаментальным опытом всей жизни человека [14, 19]. Переживание болезни формирует своего рода параллельную реальность, выстраивая дистанцию от реальности повседневной, знакомой, предсказуемой, понятной и разделяемой с другими.

Болезнь прерывает естественное течение жизни – утверждает современная медицинская антропология. Описывая «жизнь в больном теле», Свено вводит термин *unhomelike-being-in-the-world*, проводя аналогию с экзистенциальным анализом Хайдеггера (*Nicht-Zuhause-sein in der Welt*), когда больной человек перестает ощущать себя в окружающем мире «как дома». В «мире болезни» происходит разрушение непрерывного и неделимого горизонта интересубъективных смыслов, воспроизводимых в отношениях между средствами в мире подручности (*Zuhandene*). Разрешение любой практической задачи выявляет условность нормальной, привычной жизни обычного, здорового человека. В результате, как пишет Свено, больной ощущает «бездомность» своего бытия-в-мире (*uncanniness*). Окружающий мир переживается больным человеком как чужой и враждебный [11, 19].

Опыт последней, тяжелой или хронической болезни сопровождается усилением чувственно-перцептивной сферы страдающего [12–14]. Возникает обостренная саморефлексия, когда внимание страдающего вынужденным образом переключается от объекта к акту его чувственного восприятия. Можно сказать, для пациента «здесь и сейчас» важно не то, какое одеяло медицинская сестра принесет ему в палату, а как она укроет его им, что она будет говорить в этот момент, какими будут ее движения и т. д. Представляется, что специфика ухода в современности направлена на реактуализацию, «возрождение» чувственно-эмоциональной и нравственно-экзистенциальной проблематики в сфере ухода за больными. С этим связано также и возникновение и развитие современной гуманистической модели медицины.

В отличие от «позитивистской» биомедицинской модели, лечебный процесс в целом рассматривается в модели гуманистической как научно обоснованный, комплексный и индивидуализирующий **уход** за больным. Уход понимается как специфическое «искусство» (*art*) оказания помощи страдающему больному на основе не только профессиональных знаний и

умений, но также со-страдания и со-чувствия, взаимопонимания и взаимного признания участников взаимоотношений «страдающий–ухаживающий» [16]. Задачей ухода является не только излечение на биологическом уровне, но и открытие смысла болезни для больного, его внутреннее исцеление на основе диалога или партнерства страдающего и ухаживающего.

Освоение технологий внутреннего исцеления сегодня является одним из приоритетов развития системы ухода за больными в западных странах. Широко используются специальные программы обучения и повышения квалификации медицинских специалистов, направленные на развитие компетенций, прежде всего навыков общения и взаимодействия с пациентами. Они обеспечивают медицинских специалистов инструментарием для восприятия, понимания, интерпретации, признания индивидуального опыта переживания болезни и мотивации своих действий на этой основе.

Сегодня научная литература и дискуссии по проблемам ухода за больными в западных странах буквально «пестрят» таким термином, как «признание» пациента (*acknowledge, Anerkennung*). Признание пациента провозглашается в качестве фундамента диалога, партнерских отношений страдающего и ухаживающего, пациента и врача. Смысл признания заключается в утверждении уникальности личности каждого больного, каждой ситуации болезни, каждого опыта переживания болезни; в развитии этики ухода, основанной на признании автономии больного и уважении индивидуальных особенностей больного; в индивидуализации и субъективизации лечебного процесса [Там же].

Понимание процесса индивидуализации существенно различается в западной и восточной христианской культурах. Это принципиально важный момент, определяющий специфику ухода в этих культурах. В западной культуре «индивидуальное» отождествляется с «личным», с «частным», понимаемым как «отдельное», разделяющее автономных и суверенных индивидов, личностей, субъектов. Согласно А.Г. Глинчиковой, такая индивидуализация имеет материально-партикулярный характер: она разделяет людей, устанавливая границы между ними, и, по сути, способствует их отчуждению друг от друга, общества, природы [1, с. 47]. Партикулярность и суверенность границ являются важнейшими ценностями, сформировавшими основу западной культуры и специфику понимания человека и окружающего мира.

Русская православная традиция имеет принципиально иной взгляд на человека и мир, отличающийся от западного подхода прежде всего меньшей рационализированностью. «Мир предстает не как “конвейер” по переработке материалов для удовлетворения насущных потребностей и не как сцена, где выступают отдельные индивиды. Мир предстает как храм, как собор, в котором всё родственно и свято. И человек, – как замечает В.Н. Сагатовский, – не “вброшен” в мир как в чуждый хаос, он входит в

мир как органическая часть целого, он находится в гармонии с миром» [8, с. 169]. Человек есть открытая целостность, находящаяся в когерентной связи со Всецелым и не осознающая себя вне или отдельно от этой связи. В свою очередь, общество рассматривается не как «механическая система, сдавленная внешними скрепами, но как органическая целостность, единая изнутри и вырастающая на собственной почве» [Там же, с. 172].

Характерной особенностью русского православного сознания является соборность, понимаемая как единство, которое не подавляет личность, но предполагает духовное единство личностей. Люди едины не потому, что все равны в своих правах и в их осуществлении. Они едины общей душой, судьбой и жизнью, причастной и направляемой природой, Космосом, Богом, Всецелым. Православная вера является стержнем русской соборности, ее душой и фундаментом. «Таинство данной категории, генетически происходящей от общины и Православия, в синтезе веры, мысли и действия, в превознесении гармоничного единства общего, особенного и единичного при обеспечении самостоятельности единичного и особенного, их красочного своеобразия» [10, с. 23]. «Я» не может существовать вне «Мы», включенность «Я» в «Мы» предшествует обособлению последнего. В свою очередь, «мы» составляют не границы друг для друга, а внутренне восполняют друг друга в единстве духовной жизни. Такое единство не «поглощает», но как бы «возвышает» каждого индивида, а их различия скрепляют единство [Там же, с. 23].

Соборность разворачивается в гармонии человеческой общности и человеческой индивидуальности, «общении в любви». Характерным свойством общины в российской цивилизации является отсутствие противостояния «Я-Другой», человек-община, поэтому единство и свобода здесь взаимодополняют друг друга, «неразрывно соединены друг с другом в нравственном законе любви» [3, с. 188]. Общинность особым образом сближала русский народ и способствовала формированию определенных качеств. Они проявляются не в идеологии или мировоззрении, а в свойственном лишь русским людям межличностном общении, «разговоре по душам», в совместной жизнедеятельности на принципах коллективизма, взаимопомощи, доброты и любви. В ходе свойственного русским людям непосредственного общения и взаимодействия и происходит индивидуализация. Она непосредственна по своей форме [1, с. 51]. В отличие от свойственных западной культуре рационализма и индивидуализма, здесь речь идет о доброжелательности и любви, когда человек существует в сопереживании, в чувственно-эмоциональном резонансе с другим.

В русской православной традиции индивидуализация затрагивает духовные, индивидуально-творческие аспекты жизни человека в окружающем мире. Индивидуализация не есть «отделение», «обособление» индивида от других людей, а, напротив, «соединение» с другими, путь людей

друг к другу на основе любви, преодоления своей отчужденности на пути духовного единения [1, 2]. Человек становится тем индивидуальнее, чем большее количество людей способно разделить с ним его мир и сделать его значимым для себя. Индивидуальное причастно ко Всеобщему, к Всецелому, к Всевышнему. А индивидуализация предполагает не обожествление земной человеческой природы, отдельности каждого индивида, дискретности человеческого рода, а их преодоление в процессе духовного совершенствования человека [1, 2]. Человек «уподобляется Богу не в силу подобия своих природных качеств, напротив, в силу своей способности подняться над их ограниченностью, преодолеть свои человеческие слабости... и тем самым подняться до своей высшей божественной сущности, раскрыть и развить в себе свое божественное начало» [3, с. 192]. Божественное начало связано со способностью человека жить в гармонии с собой и миром, в любви к людям. Его достижение, согласно православной традиции, непосильно человеку без действия «благодати» в процессе духовного совершенствования человека и смирения.

Страдание, возникающее в болезни, трактуется в православной традиции как благотворное и очищающее, пробуждающее дух человеческий и устремленность к совершенствованию и преображению. Страдание рассматривается не как проклятие, но благословение. Ильин пишет, что в страдании скрыт некий духовный заряд, зачаток новых постижений и достижений. А дух Православия и есть дух совершенствования, конструирование мира человека. Оно разворачивается в чувственно-эмоциональном резонансе «Я-Другой», в условиях искренней открытости и полного доверия друг другу, принятия друг друга и стремления делиться друг с другом душевным теплом, когда каждый наполняется осознанием чуткого и полного ощущения Другого.

Эмпатийная близость во взаимоотношениях страдающего и ухаживающего формирует состояние «целительного», резонансного эмоционального подъема у обоих участников этих отношений. В свою очередь, эти переживания формируют «ощущение благонамеренности Вселенной», чувства единства с миром как с целостностью, спокойствие духа и безмятежность, «благодать». Здесь рождается благоговейное отношение к миру. Возникает чувственное стремление соответствовать благонамеренности Вселенной, в котором естественным образом возникает аскеза или самоограничение и созидание, преодоление витальных потребностей и выход за горизонт биологически необходимого действия для преображения человека [3, с. 27, 28]. Человек обретает интенцию к смирению и покаянию. Посредством благоговения, смирения, аскезы человек в чувственном резонансе как бы настраивается на взаимопроникновение, единение со Всецелым. В нем пробуждается новое воображение, связанное с его духовным совершенствованием и спасением; рождается новый образ мира, который

преобразует, преображает самого человека. Именно наполнение светом, красотой, любовью, добром, гармонией жизни является главным назначением индивидуализации человека [3, с. 193].

Дух взаимной любви, единение всех в любви к Богу являются глубинными, сокровенными основаниями русской православной традиции. Любовь в контексте ухода за больными раскрывается как даяние, безмерное и свободное дарение душевного тепла, ничего не требующее и не ожидающее взамен. Давать, дарить означает испытывать радость, вдохновение от того, что доставил радость страдающему. Любовь к страдающему больному проявляется как творчество, как практические действия, наполненные естественными душевными качествами и создающие условия для духовного совершенствования. Уход за больными в русской православной традиции и рассматривается как **служение любви** [4, 9], жертвенное и радостное одновременно. Служение православных сестер милосердия основано на «благоговении» ко всему человеческому, на таких нравственных качествах, как миролюбие, терпение, чуткость, кротость. Прожить жизнь для Другого, а тем самым и для себя – и есть смысл служения любви.

Если в процессе ухода отсутствует резонансное «вчувствование» в страдающего, теряющего силы и зовущего на помощь больного, то нет и главной движущей силы ухода – нет «души» и «сердца». Тогда процесс ухода становится лишь выполнением количественных медицинских показателей, высокотехнологичным «обслуживанием» пациента, откладывающим или вовсе не имеющим успеха в ситуациях тяжелой или последней болезни. Развитие и использование «спасительных», «преображающих» человека и «исцеляющих» страдание техник духовного исцеления, основанных на механизме чувственно-эмоционального резонанса или глубинного диалога, и является специфичной характеристикой ухода за больными в современности. Принципиально важно, что в рамках русской православной традиции реализация идеи спасения лежит не в индивидуальном или отдельном плане, а на основе совместного и соборного, общего усилия и духовного подвига, чуда, веры и любви. «Разговор по душам» как диалог больного и православной сестры милосердия не подчинен рациональному регламенту, ему невозможно обучить, а его результаты операционализировать; он не поддается унификации, технологизации и коммерциализации.

Литература

1. Глинчикова А.Г. Модернити и Россия // Вопросы философии. – 2007. – № 6. – С. 38–56.
2. Глинчикова А.Г. Индивидуализация личности в преддверии современности / Российская академия наук, Институт философии. – М.: ИФРАН, 2012. – 163 с.

3. Гордиенко А.А. Новосибирский Академгородок – реликт «утраченного мира», или «Силиконовая тайга». Кн. 1. Социально-исторические и генетические предпосылки трансформации науки XXI века. – Новосибирск: ИФИП, 2014. – 385 с.
4. Ильин И.А. О призвании врача // Ильин И.А. Путь к очевидности. – М.: Дарь, 2017. – С. 181–198.
5. Ефименко С.А. Социология пациента: автореф. дис. ... д-ра социол. наук: 14.00.52 / ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава. – М., 2007. – 50 с.
6. Петрова Н.Г. Современные подходы к оценке качества сестринской помощи // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 12-5. – С. 838–841.
7. Постернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. – М.: Правосл. Св.-Тихон. гуманитар. ун-т, 2001. – 304 с.
8. Сагатовский В.Н. Соборность и свобода // Русская цивилизация и соборность. – М., 1994. – С. 164–175.
9. Силуянова И.В. Антропология болезни. – М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2007. – 304 с.
10. Троицкий Е.С. Историко-методологические аспекты изучения русской (православно-славянской) цивилизации // Русская цивилизация и соборность. – М., 1994. – С. 4–35.
11. *Ahlzen R.* Illness as unhomelike being-in-the-world? Phenomenology and medical practice // *Medical Health Care and Philosophy*. – 2011. – Vol. 14. – P. 323–331.
12. *Carel H.* Phenomenology and its application to medicine // *Theoretical Medicine and Bioethics*. – 2011. – Vol. 32 (1). – P. 33–46.
13. *Carel H.* Phenomenology as a resource for patients // *Journal of Medicine and Philosophy*. – 2011. – Vol. 37 (2). – P. 96–113.
14. *Carel H.* Illness, phenomenology and philosophical method // *Theoretical Medicine and Bioethics*. – 2013. – Vol. 34. – P. 345–357.
15. *Curtin L.* Ethics and the quality of care [Electronic resource] // *American Nurse Today*. – 2013. – Vol. 8, N 4. – URL: <https://www.americannursetoday.com/ethics-and-the-quality-of-care/> (accessed: 26.08.2019).
16. *Charon R.* Narrative medicine: honoring the stories of illness. – New York: Oxford University Press, 2006. – 304 p.
17. *Frank A.* At the will of the body: reflections on illness. – Boston: Mariner Books, 2002. – 158 p.
18. *Seidler E., Leven K.* Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. – Stuttgart: Kohlhammer GmbH, 2003. – 333 p.
19. *Svenaens F.* The phenomenology of suffering in medicine and bioethics // *Theoretical Medicine and Bioethics*. – 2014. – Vol. 35 (6). – P. 407–420.

Статья поступила в редакцию 30.01.2019.

Статья прошла рецензирование 14.04.2019.

SPECIFICS OF NURSING CARE IN THE RUSSIAN ORTHODOX TRADITION: PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS

Sinyukova Natalia,

Postgraduate student, Junior Research Fellow

Institute of Philosophy and Law, SB RAS,

8 Nikolaev St., Novosibirsk, 630090, Russian Federation

ORCID: 0000-0002-2400-7237

sinuknat@gmail.com

Abstract

The topics of numerous discussions nowadays are economic, social, cultural, psychological, ethical, existential problems of medical treatment. Modern society realized that it is almost impossible to solve a range of problems of the domain of medicine and medical care alone through scientific and technological achievements. Consequently such questions have to be answered: how should medical help and care be provided? Why does clinical practice provide “high-tech” medical care? And why does it fail to provide the “humane” care, which patients need so much? How can a patient resist such negative aspects of illness experience, as objectification and technologization, being in contact with medical discourse?

Russian Orthodoxy has accumulated a rich and unique experience in caring for ill people. The study of this experience and its practical application are nowadays in the focus of attention of many foreign experts. Unfortunately, in our country, this problem remains somewhat undervalued among researchers, and the specificity of medical care according to orthodox tradition is forgotten in most of modern hospitals.

In the humanistic model of medicine, the healing process is considered as scientifically grounded and individualizing care for patients, including the sensual-emotional and moral-existential sphere of intersubjective relations between the patient and medical specialists. It is not only about the “healing” of the patient at the biological level, but also about the internal “healing” of each patient, relief from suffering, which is grounded on the uniqueness of his/her own situation. The ideal of the humanistic model of medicine reflects the attitude: “medicine must treat the patient, not the disease.” At the same time, the interpretation of this aim differs significantly within the framework of Western and Eastern Christian cultures, in this case Russian Orthodoxy.

The individualization of medical care in the Russian Orthodox tradition is not connected with the recognition of the patient as a sovereign individuality, as is the case in Western Christian cultures, but in the spiritual unity of the sufferer and caregiver, determining the harmonious relationship of a person as a part with the Wholeness. The spiritual unity of the sufferer and the caregiver, unfolding as mutual love, creates the potential for joint and conciliar overcoming of suffering through spiritual perfection. Orthodox “technologies” of spiritual healing of

patients are characterized by the lack of rationalization, unification, and, as a result, commercialization.

Keywords: medical care, illness experience, suffering, phenomenology of medicine, alienation, technologization, individualization, quality of care, love, empathy, spiritual unity, mental healing, Russian orthodox tradition, sisters of mercy.

Bibliographic description for citation:

Sinyukova N. Specifics of nursing care in the Russian orthodox tradition: phenomenological analysis. *Idei i idealy – Ideas and Ideals*, 2019, vol. 11, iss. 3, pt. 2, pp. 430–442. DOI: 10.17212/2075-0862-2019-11.3.2-430-442.

References

1. Glinchikova A.G. Moderniti i Rossiya [Modernity and Russia]. *Voprosy filosofii – Russian Studies in Philosophy*, 2007, no. 6, pp. 38–56. (In Russian).
2. Glinchikova A.G. *Individualizatsiya lichnosti v preddverii sovremennosti* [Personality individualisation in the threshold of modernity]. Moscow, IFRAN Publ., 2012. 163 p.
3. Gordienko A.A. *Novosibirskii Akademgorodok – reliket “utrachennogo mira”, ili “Silikonovaya taiga”*. Kn. 1. *Sotsial’no-istoricheskie i geneticheskie predposylki transformatsii nauki XXI veka* [Akademgorodok of Novosibirsk – the relict of “the lost world” or “Silicon taiga”. Bk. 1. Social-historical and genetic preconditions of science transformations in the 20th century]. Novosibirsk, 2014. 385 p.
4. Il’in I.A. O prizvanii vracha [About calling of a doctor]. Il’in I.A. *Put’ k ochevidnosti* [The way to obviousness]. Moscow, Dar’ Publ., 2017, pp. 181–198.
5. Efimenko S.A. *Sotsiologiya patsienta*. Avtoref. diss. dokt. sotsiol. nauk [Sociology of patient. Author’s abstract of Dr. in Sociology diss.]. Moscow, 2007. 50 p.
6. Petrova N.G. *Sovremennye podkhody k otsenke kachestva sestriuskoj pomoshchi* [Modern approaches to the medical care quality evaluation]. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy – International journal of applied and fundamental research*, 2015, no. 12-5, pp. 838–841.
7. Posternak A.V. *Ocherki po istorii obshchin sester miloserdia* [Sisters of mercy communities history]. Moscow, St. Tikhons Orthodox University Publ., 2001. 304 p. (In Russian).
8. Sagatovskii V.N. *Sobornost’ i svoboda* [Conciliarism and liberty]. *Russkaya tsivilizatsiya i sobornost’* [Russian civilization and conciliarism]. Moscow, 1994, pp. 164–175.
9. Siluyanova I.V. *Antropologiya bolezni* [Anthropology of illness]. Moscow, Sretensky Monastery Publ., 2007. 304 p. (In Russian).
10. Troitskii E.S. *Istoriko-metodologicheskie aspekty izucheniya russkoi (pravoslavno-slavyanskoj) tsivilizatsii* [Historical and methodological aspects of the study of Russian (Orthodox-Slavic) civilisation]. *Russkaya tsivilizatsiya i sobornost’* [Russian civilization and conciliarism]. Moscow, 1994, pp. 4–35.
11. Ahlzen R. *Illness as unhomelike being-in-the-world? Phenomenology and medical practice*. *Medical Health Care and Philosophy*, 2011, vol. 14, pp. 323–331.

12. Carel H. Phenomenology and its application to medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2011, vol. 32 (1), pp. 33–46.
13. Carel H. Phenomenology as a resource for patients. *Journal of Medicine and Philosophy*, 2011, vol. 37 (2), pp. 96–113.
14. Carel H. Illness, phenomenology and philosophical method. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2013, vol. 34, pp. 345–357.
15. Curtin L. Ethics and the quality of care. *American Nurse Today*, 2013, vol. 8, no. 4. Available at: <https://www.americannursetoday.com/ethics-and-the-quality-of-care/> (accessed 26.08.2019).
16. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York, Oxford University Press, 2006. 304 p.
17. Frank A. *At the will of the body: reflections on illness*. Boston, Mariner Books, 2002. 158 p.
18. Seidler E., Leven K. *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege* [The history of medicine and medical care]. Stuttgart, Kohlhammer GmbH, 2003. 333 p. (In German).
19. Svenaeus F. The phenomenology of suffering in medicine and bioethics. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2014, vol. 35 (6), pp. 407–420.

The article was received on 30.01.2019.

The article was reviewed on 14.04.2019.