

УДК 159.98:613.86+27-46-725:614.2
DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-1.21>

Н. С. Коструба

кандидат психологічних наук,
старший викладач кафедри загальної і соціальної психології та соціології
Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я І РЕЛІГІЯ: РОЛЬ ДУШПАСТИРСЬКОЇ ОПІКИ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Статтю присвячено теоретичному визначенню ролі душпастирської опіки капеланів у медичних закладах із ґрунтуванням на взаємозв'язку релігії та психічного здоров'я. В Україні засади душпастирської діяльності священнослужителів у закладах охорони здоров'я не врегульовані, тому така опіка здійснюється не системно, без особливої підготовки та на волонтерських засадах. У статті представлено основні закордонні дослідження взаємозв'язку релігійності з показниками психічного здоров'я. Такі взаємозв'язки різняться залежно від форм релігійності особистості та релігії, що сповідується. Корисні ефекти релігії поділяються на дві основні категорії, соціальні та когнітивні. Релігійне навчання та соціальний тиск можуть допомогти контролювати певні форми психічної поведінки, а також членство в Церкві може забезпечити підтримуючу спільноту для подолання труднощів. У когнітивній сфері релігія впливає на концептуальне кодування, самокодування, надає позитивного сенсу життю загалом та окремим його подіям. Загалом, релігія може дати особистості так звані копінг-стратегії як загальні схеми чи структури психологічного подолання складних життєвих ситуацій. Описано форми (первинні і вторинні) та стилі таких копінг-стратегій (прямий, відстрочки та колаборативний). Релігія повинна сприяти і допомагати людині справлятися із травматичним досвідом, стражданнями і навіть смертю. Духовна допомога є важливим компонентом для догляду за пацієнтами, які стикаються з важкими чи невиліковними захворюваннями. Душпастирська опіка відіграє важливу роль у подоланні симптомів, пов'язаних із захворюванням, покращує якість життя та впливає на прийняття медичних рішень поблизу смерті, оскільки пацієнти часто відчувають численні духовні потреби, що виникають в умовах небезпечної для життя хвороби. Крім того, душпастирська опіка у медичних закладах як підтримка і духовне зміцнення спрямована не лише на пацієнтів, але й стосується рідних пацієнта та медичного персоналу. Важливою сферою служіння капеланів у медичних закладах є надання душпастирської опіки паліативним хворим. Описано основні напрями служіння священника в умовах стаціонарного лікування паліативно хворих: духовний, релігійно-практичний, соціальний.

Ключові слова: релігійність, здоров'я, копінг-стратегії, капеланство, заклади охорони здоров'я, паліативна допомога.

Постановка проблеми. В Україні на офіційному рівні запроваджена капеланська служба у Збройних силах та пенітенціарних установах. З 2016 року здійснюються спроби обґрунтування необхідності душпастирської опіки у медичних закладах. Загалом, душпастирська опіка – вид пастирського служіння конфесії, спрямований на духовну опіку та задоволення релігійних потреб. Душпастирська опіка у закладах охорони здоров'я традиційно здійснюється священнослужителями (капеланами), які уповноважені релігійними організаціями. Такі священнослужителі можуть бути штатним духовним персоналом медичних закладів.

Є великий позитивний досвід діяльності священників у пенітенціарних, військових і закладах охорони здоров'я в багатьох країнах світу (Канада, США, країни ЄС). Багато досліджень стверджують, що присутність священника чи капелана в лікарні позитивно впливає не лише на психоемоційний стан, але і на процес одужання пацієн-

тів. Крім того, такий позитивний вплив виявлено і на діяльність медичних працівників, зокрема це покращення морально-психологічного клімату та етики поведінки [3; 6].

В Україні також була практика служіння священників у лікарнях і госпіталах до початку ХХ ст., коли така опіка над хворими була знищена радянською владою. Перші спроби відродження так званого медичного капеланства здійснювалися із набуттям Україною незалежності [3; 6].

Дотепер організаційні та правові засади душпастирської діяльності священнослужителів у закладах охорони здоров'я України не врегульовані на законодавчому рівні. Душпастирська опіка не здійснюється системно, а, як правило, реалізується священнослужителями місцевих релігійних громад, які не мають спеціальної підготовки та виконують свої обов'язки суто на волонтерських або громадських засадах. Крім того, є випадки перешкоджання душпастирській діяльності священнослужителів з боку окремих керівників

закладів охорони здоров'я, що пов'язано з їх суб'єктивним ставленням до цього питання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Для визначення ролі душпастирської опіки у закладах охорони здоров'я вважаємо за доцільне здійснити огляд наукових досліджень про взаємозв'язок релігії та здоров'я, релігії та психічного здоров'я.

Є багато досліджень з питань релігії та психічного здоров'я, але вони не дають однозначних результатів [9; 14; 15]. Загалом, більшість науковців дотримується висновку, що релігія, як правило, корисна для психічного здоров'я, але це залежить від цілого ряду чинників.

Співвідношення між релігією та психічним здоров'ям залежить від типу релігійності особистості (внутрішній чи зовнішній). Різниця між релігійним досвідом, практикою та вірою також можуть бути враховані, але такі зв'язки маловивчені. Взаємозв'язок між психічним здоров'ям та релігією залежать від того, які виміри психічного здоров'я використовуються. Найчастіше використовують об'єктивні виміри (наприклад, діагностовані психічні захворювання, помітне зловживання наркотиками та алкоголем) та виміри самозвіту (будь-які емоційні проблеми чи хороша психологічна корекція чи реабілітація). Різні аспекти психічного здоров'я мають різні зв'язки з релігією. Наприклад, депресія більше взаємопов'язана з релігією, ніж тривога.

У питанні взаємозв'язку психічного здоров'я та релігійності виникає проблема причинного тлумачення кореляційних даних. Не можна вважати, що кореляції завжди слід пояснювати виключно з точки зору впливу релігії на психічне здоров'я. Релігія може призвести до покращення психічного здоров'я, але також така кореляція може демонструвати, що психічне здоров'я впливає на релігійну участь (наприклад, люди, які мають проблеми з алкоголем, можуть триматися подалі від церкви), або бути результатом третьої змінної, наприклад, соціально-економічної ситуації.

Релігія іноді може бути пов'язана з поганим психічним здоров'ям. Певні форми релігії можуть бути симптомом поганого психічного здоров'я або можуть негативно впливати на психічне здоров'я. Іноді як позитивні, так і негативні зв'язки між релігією і психічним здоров'ям переплітаються і накладаються один на одного.

Щоб заглибитись у складність взаємозв'язку між релігією та психічним здоров'ям, ми розглянемо різні аспекти досліджень психічного здоров'я окремо. Релігія має найсильніший зв'язок із вимірами самозвітності опитуваних про позитивне психічне здоров'я та почуття добробуту [15]. Раніше вважалося, що задоволеність життям пов'язана головним чином з економічною ситуацією людей, хоча зараз зрозуміло, що їх відносне економічне становище важливіше абсолютного багатства.

Також психологічні змінні, такі як надія, мета та сенс, важливі для добробуту, а релігія входить безпосередньо в них. Хоча є чіткий взаємозв'язок між релігією та добробутом, одне застереження полягає в тому, що дослідження в цій галузі багато в чому залежать від вимірів самозвітності. Інше полягає в тому, що взаємозв'язок між релігією та добробутом, певною мірою залежить від виду релігії, що розглядається, і К.Д. Бетсон та його колеги [9] припускають, що такий взаємозв'язок не виявляється при зовнішніх формах релігійності.

Є дослідження, в яких виявлено, що релігія знижує ризик депресії [15]. Найбільш правдоподібно пояснення полягає в тому, що релігія захищає від депресії або допомагає людям впоратися з нею. Проте такі взаємозв'язки зустрічаються не постійно. Л.Б. Коінг пропонує кілька можливих пояснень. Наприклад, генетичні фактори можуть викликати позитивний зв'язок між релігією та депресією. Також ймовірно, що кілька досліджень, які виявили більше депресії у релігійних людей, були проведені у світських культурах, в яких люди рідше звертаються до релігії для отримання допомоги щоб подолати життєві труднощі. У будь-якій культурі млявість, пов'язана з депресією, може стримувати людей від релігійної приналежності. Це дійсно може бути одним із підтримуючих циклів, який тримає людей у постійній депресії.

Деякі форми релігії можуть бути недопоміжними в цьому контексті. Наприклад, номінальна релігійна прихильність і відвідування церкви, без активного духовного життя або релігійних способів ефективно впоратися з чимось складним, можуть не допомогти. Інші форми релігії можуть сприяти провині або низькій самооцінці, що, як правило, призводить до депресії. Дійсно, різні фактори призводять до того, що релігія пов'язується з меншою чи більшою депресією.

Можна було б очікувати, що тривога пов'язана з релігією так само, як депресія, і є тенденція в цьому напрямі, хоча така кореляція спостерігається рідко. Дослідження щодо обробки інформації та емоційних розладів встановили, що депресія має ширший спектр когнітивних ефектів, ніж тривожність. Дж.М. Вільямс із колегами [23] припускають, що основні наслідки тривоги проявляються на сприйнятті та увазі, тоді як депресія має більший вплив на концептуальне кодування та власні концепти, що, у свою чергу, виявляється в упередженості пам'яті. В аспекті цього розрізнення правдоподібно, що релігія має більший вплив на депресію, ніж тривогу, оскільки самокодування переплетене з релігійною вірою та мисленням. Також деякі тривожні розлади можуть переплітатися з надмірною релігійністю, що призводить до позитивної асоціації між релігією та тривожністю. Наприклад, такі випадки зафіксовано при obsesивно-компульсивному розладі [7].

Релігія може позитивно впливати на психічне здоров'я декількома способами [14]. Релігійне навчання та соціальний тиск можуть допомогти контролювати певні форми психічної поведінки, наприклад, зловживання наркотиками та алкоголем. Членство в Церкві може забезпечити спільноту, що підтримує, і соціальна підтримка часто має вирішальне значення для подолання стресу. Це також може захистити людей від деяких нормальних життєвих стресів, хоча це стосується лише людей, життя яких базувалося навколо церкви. Релігійні практики, такі як молитва, можуть бути терапевтичними та допомагати людям впоратися зі стресом. Так само релігійні вірування можуть забезпечити рамки сенсу, які допомагають людям справлятися зі складними переживаннями.

Корисні ефекти релігії поділяються на дві основні категорії, соціальні та когнітивні. У ключових емпіричних дослідженнях корисна роль релігії, як видається, опосередковується складно. Наприклад, Джордж Браун у своєму дослідженні депресії на островах Гебридів виявив, що жінки-релігійники мають меншу ймовірність депресії і зробив висновок, що опосередковується через соціальну підтримку, кращу самооцінку та почуття духовної підтримки [10]. Даніель Макінтош та його колеги виявили, що релігійні батьки краще справлялись із дитячою смертю та дійшли висновку, що вона опосередковується завдяки соціальній підтримці, когнітивних процесів та здатності знаходити сенс [18].

Релігія може переплітатися з поганим психічним здоров'ям у двосторонній спосіб. Як зазначають Р.В. Гуд та його колеги [14], це може бути вираженням психічного розладу, а також може бути загрозою психічному здоров'ю. Тут знову важливо розрізнити різні форми релігії, оскільки кожна може стати патологічною по-своєму. Консервативна релігія може стати жорсткою та нетерпимою до способів, що сприяють поганому психічному здоров'ю. Релігія Нью Ейдж асоціюється з нестабільними стосунками прихильності [12]. Ритуалістична релігія може переплітатися з нав'язливістю. Релігійне вчення та практика щодо гріха можуть приваблювати і посилювати проблеми з провинною. Деякі релігійні громади можуть виховувати надмірно покірливе ставлення учасників. Ключовим питанням є те, чи будуть релігійні люди займатися такою формою релігії, яка посилює їхню потенційну психопатологію, чи вводить їх релігія в рівновагу та допомагає звільнити їх від своєї потенційної психопатології. Так, внутрішня релігійність та духовне зростання позитивно впливає на психологічне здоров'я людини.

Загалом, релігія може дати особистості так звані копінг-стратегії як загальні схеми чи структури психологічного подолання складних життєвих ситуацій. Науковці виділяють два види таких

релігійних копінг-стратегій: 1) первинні – як подія розуміється і сприймається (як та що на краще чи на гірше); 2) вторинні – чи вірить людина, що має ресурси для подолання існуючої ситуації (ці ресурси свої власні чи доступні від інших) [17].

Кілька релігійних напрямів копінгу мають різні підходи до контролю. У зв'язку з цим виділяють три варіанти копінг-стратегій: 1) стиль відстрочки – людина у всьому покладається на Бога; 2) прямий стиль – провідна роль у подоланні стресу надається індивідуальності релігійної особистості; 3) колаборативний стиль – Бог і людина працюють разом над вирішенням ситуації [21]. Загалом, дослідження стверджують, що колаборативний стиль працює найкраще [20, с. 322–326].

Релігія повинна сприяти і допомагати людині справлятися із травматичним досвідом, стражданнями і навіть смертю. Це центральна ідея багатьох релігійних вчень. Наприклад, у християнстві все вчення побудоване на основі подолання смерті релігійним лідером. На прикладі того, як Христос подолав смерть, люди мають долати свій стрес, життєві труднощі та особистісно зростати [19].

Мета статті – ґрунтуючись на наукових дослідженнях взаємозв'язку релігії та психічного здоров'я, визначити роль душпастирської опіки у медичних закладах.

Виклад основного матеріалу. Детальний аналіз особливостей пасторської опіки і служіння у медичних закладах здійснений у працях А. Adamantios, С.А. Asekoff, L.B. Carey, J.J. Cohen, T. Crowe, B.D. Feldstein, P. Hemming, M.S. Koracz, P.J. Teague [8; 11; 13; 16]. На думку авторів, релігія є «універсальним терапевтично-реабілітаційним інструментом, спрямованим на подолання будь-якої соматичної, психічної, морально-духовної патології, тобто універсальним інструментом як гармонійного розвитку людини, так і її лікування» [5, с. 10].

Священники у медичних закладах для того, щоб доглядати за духовними, екзистенційними або навіть простими потребами людини як людини, взаємопов'язаної з іншими людьми або з Богом. Безумовно, їхнє втручання та конкретна релігійна допомога також можуть позитивно впливати на фізичний терапевтичний процес [22], але це не є сферою самої діяльності. Священник і капелан узагалі представляють Бога і Церкву як Тіло Христове. Отже, як основна сфера духовного керівництва, так і головна турбота про душпастирську допомогу виходять за рамки індивідуального вирішення проблеми або поведінкових настанов. Кінцева мета пастирської інтервенції – сприяти духовному зростанню та забезпеченню цього. Це не означає в будь-якому сенсі нехтувати фізичними чи психологічними чи практичними потребами та вимірами ситуації пацієнта та робити все

можливе щодо них. Нам потрібно пам'ятати, що священник чи капелан не мають справу лише з фізичною (соматичною) хворобою, а переважно з «духовною» проблемою. Тож священник повинен допомогти страждаючій людині розібратися, щоб знайти сенс у неминучій болі та скорботі. Вони повинні допомогти пацієнту виявити, що в середині проблеми може бути приховано сенс його існування. Духовне зростання і зрілість означає також позбутися всіх створених нами «ідолів».

Визнаючи безумовну необхідність медичної допомоги хворим, особливо людям з важкими захворюваннями і зі смертельним діагнозом, і беручи участь в організації догляду за ними, Церква все ж бачить свою головну і унікальну роль у тому, щоб надавати духовну підтримку їм та їхнім близьким. Духовна підтримка має цілий ряд аспектів. Насамперед, це християнське ставлення до питань, з якими зустрічаються хворі, а також їхні близькі та медичний персонал. Це питання про сенс страждань, про ставлення до смерті, про значення віри. По-друге, це власне форми і методи духовної підтримки, причому не тільки хворих, але і тих, хто знаходиться поруч з ними і надає їм допомогу.

Дуже важливо для священника допомогти віруючій людині позбутися депресії іпохондрії, і почуття страху перед майбутнім. Страх смерті або інші реакції на звістку про невиліковне захворювання можуть викликати або підвищити інтерес до духовних питань. Головне щоб священнослужитель якнайчастіше відвідував стражденого і спілкувався з ним на ці теми.

Людям невоцерковленим або тим, хто сповідує інші релігії, допомога повинна надаватися дуже делікатно: слід поважати вільний вибір, переконання і почуття пацієнта. Священник повинен психологічно підтримати хворого. Слід бути готовим до прояву агресії, злості та інших негативних психологічних станів. Потрібно поставитися до них як до природної реакції, дати можливість виходу. Водночас потрібно вміти заспокоїти хворого, надати йому моральну підтримку, дати правильну пораду, допомогти впоратися з сильним емоційним переживанням.

Лікарі не менше своїх пацієнтів потребують духовної і моральної допомоги. Щоденне зіткнення з великою кількістю людських страждань із часом може призвести до появи цинізму, черствості, байдужості. Тут важлива роль належить священнику. Його настанови, проповіді, молебні про допомогу Богу, можливо особисті зустрічі будуть допомагати лікареві щораз усвідомлювати значення своєї високої місії.

Основою духовної турботи є прагнення якомога легше провести пацієнта через серію його особистісних реакцій, допомогти хворому побачити позитивний сенс страждань і втрати, проба-

чити долю і оточуючих і самому бути прощеним ними. У світлі цих цінностей смерть постає не як руйнування, але як звільнення і повернення, як народження в інше життя.

Важливим складником діяльності священника в медичних закладах є служіння у сфері паліативної допомоги як усебічної турботи про пацієнтів, захворювання яких не піддаються лікуванню [1; 4]. У психологічному аспекті релігія втішає не тільки через певні ідеї і уявлення, але й тому, що у своєрідній формі задовольняє деякі об'єктивні психологічні потреби людей, формує певні психологічні стани або своєрідні «динамічні стереотипи» психічного життя, які в системі релігійної свідомості набувають специфічну спрямованість, відволікаючи людей від оточуючого реального світу.

Паліативна допомога – це всебічна турбота про пацієнтів, захворювання яких не піддаються лікуванню. Головне завдання такої допомоги – покращення якості життя не лише хворого, але і його близьких. Це вирішення проблем пов'язаних з невиліковним захворюванням: полегшення болі та інших проявів хвороби, надання соціальної, психологічної, духовної та юридичної допомоги. Паліативна допомога є частиною суспільної охорони здоров'я, тому наданням цієї допомоги займаються не лише державні лікувально-профілактичні установи і соціальні структури, але також громадські та релігійні організації. Церква має багатовіковий досвід полегшення страждань і догляду за хворими з невиліковними захворюваннями.

Служіння священника в умовах стаціонарного лікування паліативно хворих має такі напрями:

1. Духовний. Це найголовніший напрям служіння православного пастирства. Він передбачає не просто звільнення хворого від страху смерті і забезпечення стабільного оптимістичного психологічного стану, а утвердження в ньому образу Божого, здатного бути вищим понад будь-яку хворобу і страждання, навіть смерть.

2. Релігійно-практичний. Сюди відносимо звершення для того, хто є паліативно хворим, таких церковних Таїнств: Сповідь, Причастя, Соборування. Пастир має донести до людини суть проведення і призначення того чи іншого Таїнства, розвіюючи у свідомості хворого уявлення про них як про магичні ритуальні дії.

3. Соціальний. Пастир не завжди може надати кваліфіковану медичну допомогу паліативному хворому, проте повинен допомагати практично: грошима, продуктами харчування, придбанням ліків і таке інше.

Участь священників у сфері паліативної допомоги може здійснюватися шляхом:

– безпосередньої роботи душпастирів, волонтерів-вірян та духовних соціальних працівників у об'єднаних функціональних групах та командах паліативної допомоги;

– залучення представників Церкви до розробки національних та міжнародних програм паліативної допомоги;

– залучення Церкви та її представників до організації та до роботи установ, що надають паліативну допомогу, в тому числі у якості членів опікунських та наглядових рад цих установ, етичних комітетів, тощо;

– організації благодійних заходів, зборів пожертв, тощо;

– організації та впровадження в духовних освітніх закладах спеціальних курсів духовних та соціальних працівників (медичних капеланів) та сестер милосердя, спрямованих на соціальну та духовну роботу з невиліковно та важкохворими та догляд за ними [2].

Церква може організувати службу паліативної допомоги, що передбачає створення та організацію сестринства і патронажної служби, впроваджувати просвітницькі та навчальні програми для фахівців і населення щодо адвокації, захисту та забезпечення прав паліативних хворих та членів їхніх родин, покращення обізнаності з питань госпісної та паліативної допомоги, розробити та впроваджувати систему фандрейзингових програм (програма збору коштів) та благодійних заходів з метою залучення позабюджетних коштів для служби паліативної та госпісної допомоги, розвитку приватних, церковних, благодійних закладів, що надають паліативну допомогу.

Роль Церкви у соціальній політиці щодо невиліковно хворих повинна насамперед полягати у визначенні цінностей та пріоритетів, що є в основі цієї політики, які слугуватимуть якнайкращому вирішенню насущних проблем невиліковно хворих, сприятимуть позитивному ставленню до невиліковних хворих у суспільстві, розумінню та сприйняттю суспільством допомоги умираючим як духовної та соціальної потреби.

Висновки. Здійснений теоретичний огляд взаємозв'язку релігії та психічного здоров'я, продемонстрував наявність наукових доказів щодо позитивного впливу внутрішньої релігійності з показниками здоров'я і добробуту людини. Корисні ефекти релігії поділяються на дві основні категорії: соціальні та когнітивні. Наприклад, належність до релігійної спільноти забезпечить соціальну та духовну підтримку. Також релігія надає особливого сенсу усім подіям, що впливає на концептуальне кодування та мислення, змінюючи його, гармонізуючи. Загалом, релігія може дати особистості так звані копінг-стратегії як загальні схеми чи структури психологічного подолання складних життєвих ситуацій.

Останні дослідження показують, духовна допомога є важливими компонентами для догляду за пацієнтами, які стикаються із важкими чи невиліковними захворюваннями. Душпастирська опіка відіграє важливу роль у подоланні симптомів,

пов'язаних із захворюванням, покращує якість життя та впливає на прийняття медичних рішень поблизу смерті. Оскільки пацієнти часто відчують численні духовні потреби, що виникають в умовах небезпечної для життя хвороби. Крім того, душпастирська опіка у медичних закладах як підтримка і духовне зміцнення спрямована не лише на пацієнтів, але й стосується рідних пацієнта та медичного персоналу.

Важливою сферою служіння капеланів у медичних закладах є надання душпастирської опіки паліативним хворим. Незважаючи на емпіричні дані про важливість духовної підтримки як частини паліативної допомоги, медична система залишається не досить ефективною. Потрібні подальші дослідження для стандартизації надання духовної опіки в закладах охорони здоров'я.

Література:

1. Борискин А. Особенности православного пастырского служения в детской больнице. *Христианское чтение*. 2012. № 1. С. 185–200.
2. Косовский С. Осмысление паллиативной помощи в контексте духовного и социального служения Церкви. Труды Київської Духовної Академії. 2009. № 10. С. 402–409.
3. Коханчук Р.М. Душпастирська опіка військових. Київ : Всеукраїнське міжконфесійне релігійне християнсько-військове братство, 2004. 220 с.
4. Мельник П. Роль духовних навчальних закладів у формуванні пастирів для служіння у сфері паліативної допомоги. *Православ'я в Україні : матеріали II Всеукр. наук. конф., 20 листопада 2012 р.* 2012. С. 358–362.
5. Жуковський В.М. та ін. Побудова системи реабілітації адиктивних осіб на основі християнської психології : монографія. Острого : Вид-во Нац. ун-ту «Острозька академія», 2014. 315 с.
6. Розвиток медичного капеланства в Україні: передумови, потреби та перспективи : матеріали Всеукр. міжконфес. конф., м. Київ, 28–29 січня 2016 р. Київ : ВБФ «Соборність», 2016. 80 с.
7. Abramowitz J.S., Deacon B.J., Woods C.M., Tolin D.F. Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*. 2004. 20(2). P. 70–76.
8. Adamantios A. My area or your area? Assumptions about pastoral care, spirituality and mental health. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*. 2008. Vol. 11(2). P. 31–38. DOI: <https://doi.org/10.1558/hsc.v11i2.31>.
9. Batson C.D., Shoenrade P., Ventis L. Religion and the individual: A Social-Psychological Perspective. New York: Oxford University Press. 1993. 440 p.
10. Brown G.W., Harris T.O. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. London : Tavistock. 1978. 416 p.

11. Carey L.B., Cohen J. Chaplain–Physician Consultancy: When Chaplains and Doctors Meet in the Clinical Context. *Journal of Religion and Health*. 2009. Vol. 48 (3). P. 353–367. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9206-x>.
12. Farias M., Granqvist P. The psychology of the new age. In handbook of the new age. I.D. Kemp (ed.). Leiden : Brill. 2007. P. 123–150.
13. Hemming P., Teague P.J., Crowe T., Levine R. Chaplains on the Medical Team: A Qualitative Analysis of an Interprofessional Curriculum for Internal Medicine Residents and Chaplain Interns. *Journal of Religion and Health*. 2016. Vol. 55(2). P. 560–571. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0158-7>.
14. Hood R.W.Jr., Hill P.C., Spilka B. The psychology of religion: an empirical approach. Fourth Edition. New York : Guilford Press. 2009. 636 p.
15. Koenig L.B., King D., Laroson V.B. Handbook of religion and health. Second Edition. New York : Oxford University Press. 2012. 1192 p.
16. Kopacz M.S., Feldstein B.D., Asekoff C.A., Kaprow M.S., R. Smith-Coggins, Kathy A. Rasmussen How Involved are Non-VA Chaplains in Supporting Veterans? *Journal of Religion and Health*. 2016. Vol. 55 (4). P. 1206–1214. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0223-x>.
17. Lazarus R., & Folkman S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York : Springer. 445 p.
18. McIntosh D.N., Silver R.C., Wortman C.B. Religion's Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping With the Loss of a Child. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993. 65(4). P. 812–821. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.4.812>.
19. McGrath J.C. Post-traumatic growth and the origins of early Christianity. *Mental Health Religion & Culture*. 2006. 9(3). P. 291–306. DOI: <https://doi.org/10.1080/13694670600615532>.
20. Nelson J.M. Psychology, Religion, and Spirituality. New York : Springer Science + Business Media. 2009. P. 322–326. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-0-387-87573-6>.
21. Pargament K.I. (1997). The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. Guilford Press. 548 p
22. Vanderpool H. Religion and Medicine: A Theoretical Overview. *Journal of Religion and Health*. 1980. Vol. 19. No 1. P. 7–17.
23. Williams J.M.G., Watts F.N., MacLeod C., Mathews A. Cognitive psychology and Emotional disorders. Second edition. New York : Wiley, 1997. 416 p.
24. Watts F. Psychology, Religion, and Spirituality: Concepts and Applications. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2017. 211 p. DOI: <https://doi.org/10.1017/9781107360549>.

Kostruba N. S. Mental health and religion: Role of pastoral care in health facilities

The aim of this research is to analyze the role of pastoral care in medical institutions. To achieve this, we review scientific research on the relationship between religion and mental health. In Ukraine, the principles of pastoral activity in health care institutions are not regulated. So, such care is implemented in a fragmented manner, without special training and on a volunteer basis. Religion generally tends to be good for mental health, which depends on a range of factors (for example, forms of religiosity and the particularities of the practiced religion). The beneficial effects of religion fall into two main categories, social and cognitive. Religious teaching and social pressure may help control certain forms of mental illness behavior. Church membership can provide a supportive community, and social support is often critical in coping with difficulties. In the cognitive sphere, religion influences conceptual coding, self-coding, and gives a positive meaning to life. In general, religion can provide people coping strategies as general schemas or structures for psychological coping with difficult life situations. Forms (primary and secondary) and styles of such coping strategies (direct, deferring and collaborative) have described. Religion should promote and help people cope with traumatic experiences, traumas and even death. Spiritual care is an important component in the care of patients with severe or incurable illnesses. Pastoral care plays an important role in overcoming the symptoms associated with the disease, improving the quality of life and influencing medical decisions near death. Pastoral care in health care facilities, both as support and spiritual empowerment, is aimed not only at patients but also at relatives and medical staff. An important area of chaplain service in medical institutions is the provision of pastoral care to palliative patients. The basic directions of pastoral care in the conditions of inpatient treatment of palliative patients have described: spiritual, religious-practical, social.

Key words: religiosity, health, coping strategies, chaplaincy, healthcare facilities, palliative care.