

Spirituaalne mõõde tervise kontseptsiooni osana

Indrek Linnuste^{1,2}

Artiklis on antud ülevaade spirituaalsest mõõtmest tervishoiuteenuste kontekstis, eelkõige psühhiaatrias. Teemakäsitluse rahvusvaheline aktuaalsus ja fookusesse tõusmine peegeldub teadusartiklite mahu kiires kasvus viimase 20 aasta jooksul. Spirituaalse toe pakkumine tervishoiu- ja rehabilitatsiooniteenuste ühe osana oleks samm edasi, et arvestada patsiendi ehk inimese mitmemõõtmelise olemusega.

Tervisekontseptsioonide käsitlustes on üha enam hakatud rõhutama elukvaliteedi ja tervisekäitumise olulisust ja seotust tervisenäitajatega (1). Enim käibel olevasse Maaailma Terviseorganisatsiooni (WHO) tervise definitsiooni (algselt sõnastatud 1946. a) (3) arutati ka spirituaalse (hingelise) temaatika lisamist 1997. aastal (4).

Ameerikas on religiooni ja spirituaalsuse seost tervisega uuritud viimased 20 aastat. *The American Association of Medical Colleges* (AAMC) on kokku pannud soovitusel, kuidas meedikuid religiooni ja spirituaalsuse valdkonnas koolitada (5).

Ameerika teadlased on käsitlenud religiooni ja spirituaalsust paralleelmõistetena. Euroopas on selline lähenemine põhjustanud vastuseisu. Euroopa kontekstis eelistatakse religiooni sarnaselt eksistentsiaalsete küsimustega näha ühe võimaliku spirituaalsuse väljendumise vormina (6).

Spirituaalsus hõlmab elu tähenduse otsinguid, samas kui religioon kaasab organiseeritud üksust rituaalide ja tavadega kõrgemast jõust või jumalast. Teatud isikute jaoks võib spirituaalsus olla seotud religiooniga, teiste jaoks mitte. Spirituaalsus peaks aitama raskustega hakkamasaa-misel ja surelikkuse teadvustamisel ning aktsepteerimisel ja andma võime ületada eksistentsiaalseid kriise (7).

On välja töötatud erinevaid kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid instrumente, mis aitavad välja selgitada patsiendile olulisi spirituaalseid teemasid (8). Näiteks on sellised instrumendid *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) (9) või WHO väljatöötatud spirituaalsust, religioossust ja isiklikke uskumusi elukvaliteedi kontekstis mõõtev instrument WHOQOL-SRPB (10).

Mitmed patsiendi- ja tervishoiuorganisatsioonid, näiteks *Marie Curie Cancer Care* (11), *Association of Hospice & Palliative Care Chaplains* (12), *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (13), on rõhutanud vajadust koolitada tervishoiutöötajaid, et suurendada teadlikkust spirituaalse hindamise väärtusest ja vahenditest. Nimetatud organisatsioonid peavad vajalikuks, et tervishoiu- ja hoolekandeesutused lisaksid patsiendi üldisesse hindamisprotsessi ka spirituaalse hindamise.

SPIRITUAALNE MÕÕDE TERVISE KONTSEPTSIOONI OSANA

Religiooni ja spirituaalsuse teooria ning praktika on tervise ja ravimisega seotud olnud läbi ajaloo.

Avaldatud teadusartiklite arvu kasv religiooni, spirituaalsuse ja tervise valdkonnas on märkimisväärne (vt joonis 1) (14). Lisaks artiklitele on loodud erinevaid võrgustikke, tööühmi ning uurimisinstituute, näiteks *European Research Network for Religion, Spirituality and Health* (15).

Juba diagnoosi saades on patsient vahetus kokkupuutes eksistentsiaalsete küsimustega nagu miks mina?, miks praegu? jts. Et haigusega paremini toime tulla, soovivad patsiendid nendele küsimustele vastuseid mõnikord ka arstilt. Patsientide rahulolu ja elukvaliteedi uuringutest on selgunud, et paljud patsiendid soovivad haiglaravil viibides vestelda spirituaalsetel teemadel (16).

Parima ülevaate valdkonna uurimistöödest annab professor Koenigi ja kolleegide koostatud raamat „Handbook of Religion and Health“ (17, 18). Tegemist on süstemaatilise

Eesti Arst 2016; 95(2):105–108

Saabunud toimetusse: 19.06.2015
Avaldamiseks vastu võetud: 28.09.2015
Avaldatud internetis: 26.02.2016

¹ Pärnu Haigla psühhiaatriakliinik,
² Tartu Ülikool

Kirjavahetajaautor:
Indrek Linnuste
indrek.linnuste@ph.ee

Võtmesõnad:
tervise kontseptsioon,
spirituaalsus, religioon,
vaimne tervis, uus vaimsus

teadustööde ülevaatega aastatest 1940 kuni 2010. Artiklid on kogutud andmebaasidest PsychInfo ja Medline.

Näiteks annab religioosse kaasatuse kui kaitsva teguri mõjust depressiooni korral tõendust 272 uurimistööd 444-st (61%) ning alkoholi tarvitamise, kuritarvitamise ja sõltuvuse korral 240 uurimistööd 278-st (86%). Välja on toodud ka somaatilise tervisega seonduv. Südame-veresoonkonnahäirete korral on madalamat vererõhku mainitud 36 uurimistöös 63-st (57%) ja südame isheemiatõbe 12 uurimistöös 19-st (63%). Parem immuunfunktsioon on esile toodud 14 uurimistöös 25-st (56%). Usk pakub suuremat tähendust elule ning on toeks haigusega toimetulekul (19,20).

Büssing ja Koenig on rõhutanud vähihaigete uuringute pinnalt, et on olemas igapäevaelus abiks olevaid sekkumisi nii psühholoogia, tervise kui ka seksuaalsetes aspektides, kuid samas spirituaalseid ja eksistentsiaalseid vajadusi kas ei panda tähele või eiratakse (21). Samas on uuringud näidanud, et spirituaalse toe programm leukeemiapatsientidele vähendas oluliselt ärevust võrreldes kontrollrühmaga (22) ning et religioosne ja spirituaalne tugi on positiivselt seotud vähihaigete heaoluga (23). Inimeste jutustatud või kirja pandud isiklikel kogemustel põhinevad haiguslood osutavad, et paljude patsientide probleemiks arstiteadusega silmitsi seistes on asjaolu, et haigeid ei käsitleta isikutena, kellel on rääkida oma lugu, vaid haigusi kandvate objektidena (24).

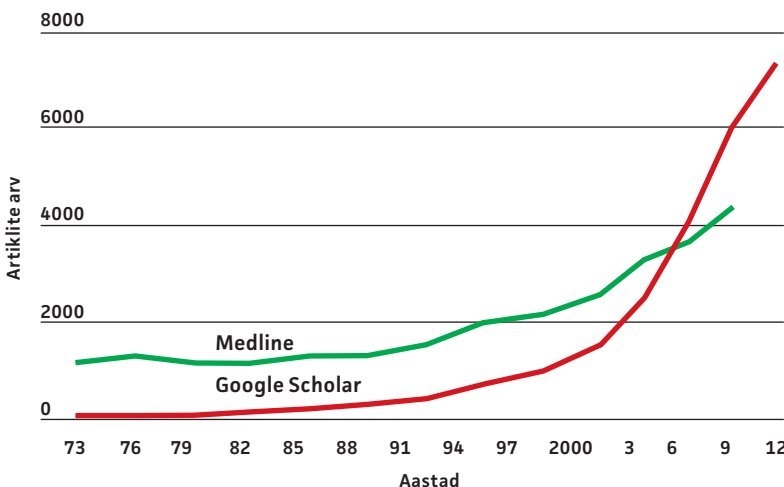
Põhjuseid, miks patsientide spirituaalsete vajadustega tegelemine ei leia sageli väljundeid, on erinevaid (25) alates ajapuudusest kuni tervishoiutöötajate teadmatusest. Eesti tervishoiusüsteemis ning paralleelselt ka rehabilitatsioonisüsteemis puuduvad suuresti spirituaalsetel ja religioossetel teemadel kaasa rääkida oskavad spetsialistid. Samuti puudub hingehoiuteenus Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste nimekirjast ning see piirab raviasutustel spetsialiste tööle võtta.

SPIRITUAALNE DIMENSIOON VAIMSE TERVISE KONTEKSTIS

Spirituaalsete teemadega arvestamine vaimse tervise ning kitsamalt psühhiaatria kontekstis on ehk vastuolulisim ja keerukaim. Psühhiaatrias puututakse kokku eeskätt kriisidega, mis on seotud spirituaalsete individuaalsete kogemuste ja probleemidega. Näiteks võivad müstilised kogemused, surmalähedased kogemused või tulnukate röövid ja mõjustuselamused (26) isegi siis, kui need kogemused on positiivse emotsionaalse laenguga, tekitada düstressi ning viia kriisideni, mis surutakse alateadvusesse, sest neist ei julgeta rääkida lähedastele ega spetsialistidele, kes võivad patsiendi kogemust psühhopatoloogiaga seostada. Teisipidi ongi psühhiaatritel raske siinjuures asjakohase diagnoosi leidmine. Psühhiaatrias võidakse mitmeid spirituaalseid avanemisi ja hädaolukordi (*spiritual emergence and emergency*), nagu Stanislav ja Christina Grof neid kutsuvad (27), ja eksistentsiaalseid kriise (28) tõlgendada psühhootilisena. See piir spirituaalse kriisi ja psühhootilise seisundi vahel ongi sageli väga õrn.

Lisaks spirituaalsele kriisile tuleb vaimse tervise valdkonnas arvestada teatud müstilisi kogemusi (29). Nende vältel tajutakse usukogemusi äärmiselt tõesena: tavaelus meenutades tunduvad need kogemused nii reaalsed, et nad võivad muuta kogu inimese eluviisi (30).

Kuna usuefekt võib olla nii toetav kui ka takistav (vaatamata raviskeemile võib isik osutada vastupanu oma tõekspidamiste ja uskumuste põhjal), tuleks spirituaalset ressursi näha raviskeemis teatud n-ö kolmanda komponendina, mille lõimimine nii tervise käsitlusse kui ka kitsamalt ravisekkumisse on äärmiselt oluline. Isiklike uskumuste heas mõttes ärakasutamise



Joonis 1. Religiooni, spirituaalsust ja tervist käsitlevate artiklite arv 3aastaste perioodidena (mittekumulatiivne). Otsisõnad: *religion, religious, religiosity, religiousness* ja *spirituality* (viidud läbi 08.11.2012; prognoositud 2012. aasta lõpuni) (14).

on arstikunstis enim seotud just platseebofenomen.

Üks esimesi samme taolises ühendamises on Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni vaimsete häirete diagnostilise ja statistilise käsiraamatu (DSM) IV väljaandes (31) teemakohase V koodi kasutusele võtmine, kuhu kuulub ka alavaldkond „Religioossed või spirituaalsed probleemid“. Näiteks kuuluvad selliste probleemide alla stressi tekitavad kogemused, mis sisaldavad usukaotust või usus kahtlemist; uude usku pöördumise protsessiga seostuvad probleemid; teiste vaimsete väärtuste küsitavuse alla seadmine, mis ei pruugi ilmingimata seostuda organiseerunud kiriku või religioosse institutsiooniga (32).

Samuti on teemat käsitletud uues DSM-5-s, mille raames on ilmunud ka väljaanne „Religious and Spiritual Issues in Psychiatric Diagnosis“ (33) („Religioossed ja spirituaalsed küsimused psühhiaatrilise diagnoosi korral“), mis pöörab tähelepanu psühhiaatrilise häire eristamisele spirituaalsest seisundist. Lisaks tunnistamisele, et religioosne või spirituaalsusega seotud probleem võib avalduda ilma psüühikahäireta või siis esineda samal ajal, olemata psüühikahäirega seoses, on uues definitsioonis märgitud võimalust, et üksikisikul võib esineda psüühikahäire, mis on probleemiga seotud niikaua, kuni probleem on piisavalt tõsise loomuga, et vajada kliinilist tähelepanu. Näiteks võib esineda religioosse või spirituaalsusega seotud probleemile diagnoosi määramist paralleelselt obsessiiv-kompulsiivse häirega, kui ravi on suunatud religioossetele aspektidele. See definitsioon avardab kirjeldatud kategooria potentsiaalset kasutamist, kuna paljud psüühikahäirete sümptomid ning ravi hõlmavad religioosset ja vaimusega seotud aspekte (34, 35). Psühhosünteesi teooria rajajana on Robert Assagioli väitnud, et mitmetel nn vaimse virgumise teel olevatel inimestel võivad tekkida muutunud teadvuse seisundid, mis võivad näida psühhootilisena. Niisugusel juhul võib inimene kogeda sensoorseid tajusid, mis sarnanevad hallutsinatsioonidega, arendada eneses uskumusi, mis sarnanevad luuludega, või kogeda egoistlikku täispuhutust, mis sarnaneb maniakaalse seisundiga (36).

Spirituaalsele hädaolukorrale on psühhiaatriliste diagnooside juures ehk lähim rahvusvahelisest haiguste klassifikatsioo-

nist (RHK-10) leitav „Muud täpsustatud neurootilised häired“ (37). See kategooria sisaldab ebaselge etioloogiaga ja nosoloogilise staatusega käitumise, uskumuste ja emotsioonide segahäireid. Loodetavasti leiab teemavaldkond täpsemat kajastust WHO ettevalmistatavas RHK-11-s (ICD-11), mis peaks kinnitatama 2017. aastal (38). Dr Peter Verhageni juhtimisel on loodud ka vastava eesmärgiga töörühm (39).

Leidub mitmeid artikleid ning materjale, kus on välja toodud aspekte, mida tervishoiutöötajatel on soovitatav tähele panna ja kasutada oma töös. Näiteks tuleks koguda anamneesis patsientide spirituaalsuse ja religiooniga seotud taustaandmeid, kaasata ravimeeskondadesse haigla kaplaneid, hingehoidjaid, toetada patsientide eluterveid uskumusi (40, 41). Suurbritannias on 2011. aastal *Royal College of Psychiatrists* välja andnud spetsiaalsed soovitusel psühhiaatritele religioossete ja spirituaalsete teemade käsitlemise kohta psühhiaatria kontekstis (42).

KOKKUVÕTE

Lõimides nii tervise käsitluse kui ka tervishoiusüsteemi spirituaalse mõõtme, on isiklike uskumuste mõju võimalik rakendada tõhusa toena lisaks farmakoloogilisele ja psühhoterapeutilisele sekkumisele. Spirituaalse mõõtme suurem integreeritus loob aluse paremaks ettevalmistuseks ka juhtudel, kus uskumused osutuvad ravi takistavaks või spirituaalsed kriisid avalduvad paralleelselt psühhopatoloogia ja käitumishäiretega. Avaldatud teadusartiklite arvu kasv alates 21. sajandi algusest ning muudatused tervise käsitluses annavad märku valdkonna aktuaalsuse jätkuvast suurenemisest.

SUMMARY

Spiritual dimension in the context of health care services

Indrek Linnuste^{1,2}

The article gives an overview of spiritual dimension. It also deals with the necessity of integrating this dimension in the context of health care services, particularly psychiatry, and the problems related with it. The article clarifies the importance of spiritual support

¹ Faculty of Arts and Humanities, University of Tartu, Tartu, Estonia, ² Psychiatry Clinic, Pärnu Hospital, Pärnu, Estonia

Correspondence to: Indrek Linnuste indrek.linnuste@ph.ee

Keywords: concept of health, spirituality, religion, spiritual health, new spirituality

and the need to recognize persons' spiritual needs. The subject is internationally actual and has gained focused attention, which is reflected in the increasing number of scientific articles published during the last 20 years. Considering spiritual needs and provision of spiritual support as a part of health care and rehabilitation services would be a major integrative step towards recognizing the patient's, i.e. the person's, multidimensional nature.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Rapla: Eesti Tervisedenduse Ühing; 2011.
2. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
3. WHO definition of Health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
4. WHO Executive Board. Review of the constitution and regional arrangements of the World Health Organization. 1997. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/eb1017.pdf.
5. Contemporary issues in medicine: communication in medicine. Medical school objectives project, Report III. AAMC. 1999. <https://members.aamc.org/eweb/upload/Contemporary%20Issues%20In%20Med%20Commun%20in%20Medicine%20Report%20III%20.pdf>.
6. La Cour P, Hvidt NC. Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Soc Sci Med* 2010;71:1292-9.
7. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs* 2002;39:500-9.
8. Selman L, Siegert R, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson JJ. A psychometric evaluation of measures of spirituality validated in culturally diverse palliative care populations. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:604-22.
9. Büssing A. Spiritual needs questionnaire (SpNQ). <http://www.arndtbuessing.de/SpNQ.pdf>.
10. WHO. WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) Field-Test Instrument. http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf.
11. Marie Curie Cancer Care. <https://www.mariecurie.org.uk/>.
12. Association of Hospice & Palliative Care Chaplains. <http://www.ahpcc.org.uk>.
13. Evaluating your spiritual assessment process. Joint Commission: The Source 2005;3. http://www.professionalchaplains.org/files/resources/reading_room/evaluating_your_spiritual_assessment_process.pdf.
14. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012, doi: [10.5402/2012/278730](http://dx.doi.org/10.5402/2012/278730)
15. European network of research on religion, spirituality and health. <http://www.rish.ch>.
16. Williams JA, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin FA. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 2011;26:1265-71.
17. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxford University Press; 2001.
18. Koenig HG, King D, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. Oxford University Press; 2012.
19. Foley DP. Eleven interpretations of personal suffering. *J Relig Health* 1988;27:321-28.
20. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 2002;40:1013-22.
21. Büssing A, Koenig HG. Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions* 2010;1:18-27.
22. Moeini M, Taleghani F. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19: 88-93
23. Ahmadi Z, Darabzadeh F, Nasiri M, Askari M. The effects of spirituality and religiosity on well-being of people with cancer: a literature review on current evidences. *Jundishapur J Chronic Dis Care* 2015;4:e28386.
24. Inimene, tervis ja haigused. Rmt: tervise teemaline artiklikogumik „Medica“. Koostaja Paal P. Tartu: Eesti Kirjandusmuuseumi teaduskirjastus; 2010:10-11.
25. Vermandere M, Lapeleire JD, Smeets L, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract* 2011;61:749-60.
26. Lukoff D, Francis GL, Yung CP. DSM-IV Religious and spiritual problems. In: Peteet JR, Lu FG, Narrow WE, eds. *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2011:180.
27. Grof S. Tuleviku psühholoogia. Väike Vanker 2008;184-91.
28. Frankl EV. Mõtteahe. Valitud ettekandeid logoteraapiast. Tartu: Johannes Esto Ühing, 2001:162-3.
29. Maslow A. Motivatsioon ja isiksus. Tallinn: Mantra Kirjastus, 2007:302.
30. Miller JS. Are mystical experiences evidence for the existence of a transcendent reality? Evaluating Eugene d'Aquili and Andrew Newberg's argument for absolute unitary being. *Florida: Florida Philosophical Review*, 2009:40-55.
31. Karo R. Neuroteoloogia: Newberg - d'Aquili hüpotees teoloogi vaatevinklist. Magistritöö. Tartu Ülikool. Usuteaduskond 2005. <https://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/handle/10062/1033/karo.pdf?sequence=5>.
32. D'Aquili E, Newberg A. The mystical mind. Minneapolis: Fortress Press; 1999.
33. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2000.
34. Peteet JR, Lu FG, Narrow WE. *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2011.
35. Lukoff D, Lu FG, Turner R. *Diagnosis. Transpersonaalne kliiniline lähenemine religioossetele ning vaimusega seotud probleemidele*. Rmt: Scotton BW, Chinen AB, Battista JR, toim. *Transpersonaalse psühhiaatria ja psühholoogia tekstikogumik*. New York: Basic Books, 2011:308-33.
36. Battista JR. *Ofensiivne vaimus ning vaimsed kaitsemehhanismid*. Rmt: Scotton BW, Chinen AB, Battista JR, toim. *Transpersonaalse psühhiaatria ja psühholoogia tekstikogumik*. New York: Basic Books; 2011:334-48.
37. RHK-10/V - Psüühika- ja käitumishäired. <http://www.kliinikum.ee/psyhhiatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>.
38. WHO. <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
39. Section on religion, spirituality and psychiatry. http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=1239
40. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? *Psychiatric Bulletin* 2008;32:201-3.
41. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Bayl Univ Med Cent* 2001;14:352-7. 42. Royal College of Psychiatrists. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. 2011. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf.