

A SPIRITUALITÁS SZEREPE A KRÓNIKUS BETEGSÉGEKKEL VALÓ MEGKÜZDÉSben

NAGY BEÁTA MAGDA*

Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt., Szombathely

(Beérkezett: 2008. január 8; elfogadva: 2008. november 5.)

Ha életünk során olyan helyzetbe kerülünk, hogy kénytelenek vagyunk szembesülni egészségünk elvesztésével, egy krónikus betegség mindennapjainkra gyakorolt irreverzibilis hatásával, az ennek következtében létrejövő változások egyaránt érintik személyiségünk kognitív, emocionális, fiziológiai, szociális és spirituális dimenzióit. A krónikus beteggé válással addigi világképünk megrendül, korábbi kognitív sémáink összeomlanak, és így elveszíthetjük azokat a tájékozódási pontokat, amelyek életünk korábbi szakaszaiban létünk biztonságát jelentették. A betegség ugyanakkor pozitív irányú változásokat is hozhat életünkbe azáltal, hogy lehetőséget ad például egy új életfilozófia és optimistább életszemlélet kialakítására, az élet nagyobb megbecsülésére és a megbocsátás átélésére. Az utóbbi évtizedek egészségpszichológiai és valláspszichológiai vizsgálatai alapján a krónikus beteggé válás traumáját követő, a fentiekben említett konstruktív megoldások szoros összefüggésben vannak életünk vallásos/spirituális dimenziójával. Jelen tanulmányban a szerző szakirodalmi adatok alapján áttekinti a vallás/spiritualitás és az egészség közti kapcsolat lehetséges hatótényezőit, néhány, a krónikus betegségek és a spiritualitás összefüggéseit leíró elméletet, és ezekhez kapcsolódó klinikai vizsgálatokból származó eredményt. Bemutatásra kerülnek továbbá olyan kutatások, amelyek a vallásnak/spiritualitásnak az orvos–beteg kapcsolatra gyakorolt hatását, az abban betöltött szerepét elemzik, és ezzel összefüggésben olyan vizsgálati eszközök, amelyek a páciensek vallási/spirituális elköteleződésének és gyakorlásának megismeréséhez nyújtanak gyakorlati segítséget.

Kulcsszavak: vallás, spiritualitás, krónikus betegségek, értelemkeresés, orvos–beteg kapcsolat

* Levelezési cím: Nagy Beáta Magda, 9700 Szombathely, Paragvári u. 19.
E-mail: bea.nagy@freemail.hu

„A meg nem értett szenvedést nehéz elviselni, viszont gyakran csodálkozva látjuk, hogy mi mindent kibír egy ember, ha a miért?-et és a mi végré?-t érti. Az eszközöket ehhez vallási vagy filozófiai természetű, magas rendű világnézeti alapelvek nyújtják neki, amelyek ezáltal legalábbis pszichikai jellegű gyógyító módszereknek bizonyulnak.”

Carl Gustav Jung

Szembesülni krónikus betegségünk diagnózisával azt jelenti: az életünk ettől kezdve – talán végérvényesen – megváltozik. Nem csak egy-egy apró részletében, hanem – az esetek többségében legalábbis – minden aspektusában és gyökeresen. Megszűnik az a rend, amelyben mindennapjaink korábban folytak, elvész a hitünk a biztonságunkban, esetleg önállóságunk egy részét kényszerűen feladva önértékelésünk is sérül. Választ találni a létünk értelmére és önmagunk értékére vonatkozó, nyugtalanító kérdéseinkre talán minden korábbinál nehezebb, de életbevágóan fontos lesz. Vallásos/spirituális meggyőződéseink segítenek megnyugvást találni, megküzdeni a betegség okozta stresszel, elfogadni életünk megváltozott-ságát, és nem utolsósorban jelentést találni a velünk történetekben.

Ha arra gondolunk, milyen változásokat hoz magával egy krónikus betegség a személy életében, először valószínűleg negatív hatások jutnak majd eszünkbe: depresszió, szorongás, csökkent önértékelés, diszfunkciók az élet számos területén, például a szexualitásban, a korábbi szerepek elvesztése, a szociális kapcsolatok átalakulása vagy akár beszűkülése stb. De tudnunk kell, hogy a betegség indukálta változások ellenkező előjelűek is lehetnek: az új életfilozófia kialakítása, az élet nagyobb megbecsülése, az optimistább életszemlélet és nagyobb elégedettség mind olyan következmények, amelyeket krónikus betegek gyakran említenek beszámolóikban. Mindez pedig – amint azt az alábbiakban látni fogjuk – szorosan összefügg életünk vallásos/spirituális dimenziójával.

SPIRITUALITÁS ÉS EGÉSZSÉG

Az az elképzelés, amely szerint hit és egészség, hit és gyógyulás egymással szoros kapcsolatban állnak, nem tekinthető új keletű felfedezésnek. Gondoljunk csak az ókori Egyiptomban alkalmazott „templomi alvás” gyakorlatára, amely a tünetek enyhülését a szent helyen előidézett meditatív állapottól várta – minden bizonnyal nem eredménytelenül, amint azt az azóta végzett pszichofiziológiai kutatások igazolták (Pikó 1999).

A pszichológia tudománya viszonylag korán kezdett érdeklődni a vallás/spiritualitás és a fizikai-mentális egészség közti kapcsolat iránt. Az e

témában kiadott első munka (James: *The varieties of religious experience*) 1902-es megjelenése után a tudósok lanyhulni látszó érdeklődése a múlt század hatvanas éveitől kapott új erőre, amikor a vizsgálatok és publikációk robbanásszerűen megnövekedett száma, konferenciák szervezése, szakmai szervezetek megalakulása és egy önálló folyóirat (*The Journal for the Scientific Study of Religion*) kiadása jelezte: az emberi természet és viselkedés kutatása nem feledkezhet meg a vallás/spiritualitás kérdésköréről sem (Farkas és Gerevich 2005). A tudományos aktivitás fokozódása hívta életre azután az Amerikai Pszichológiai Társaság Valláspszichológiai Szekcióját (1976), majd a '80-as, '90-es években számos valláspszichológiai kézikönyv, illetve általános pszichológiai kézikönyv valláspszichológiai fejezetének megjelenése, újabb szakfolyóiratok kiadása, a pszichológia alkalmazott területeinek vallási vonatkozásait tárgyaló specializált szakkönyv és posztgraduális képzési anyag összeállítása jelezte a tudományterület folyamatos fejlődését (Emmons és Paloutzian 2003).

A pszichológia mellett természetesen más tudományterületek is gazdagították ismereteinket a témában. A vizsgálódás fókuszát az egyéni szintről a társadalmira helyezve számos elmélet és vizsgálat született a szociológia, később az egészségzociológia tudományos berkeiben, elsőként említve ezek között Durkheim úttörő munkásságát, aki az öngyilkosság statisztikai vizsgálatában kiemelt szerepet tulajdonított a felekezeti hovatartozásnak (Durkheim 2003). A vallás és egészség kapcsolatával összefüggésben később számos szociálepidemiológiai elemzés látott napvilágot, annak ellenére, hogy a téma empirikus vizsgálata a tudományos módszertan fejlődése mellett ma is – az operacionalizálás szempontjából csakúgy, mint a mérés validitása és reliabilitása tekintetében – számos problémát rejt (Pikó 1999).

A társadalomtudományi kutatások fontos hozadéka a vallásosság egyes dimenzióinak feltárása. Így megkülönböztethetjük a születéstől adott, épp ezért passzív vallásosságot jelentő *vallási hovatartozást* (religious affiliation) a *vallásgyakorlástól* (religious participation) és a *vallási közösséghez tartozástól* (community membership) csakúgy, mint a *szűkebb értelemben vett vallásosságtól* (religiousity), mely utóbbi vallásosság attitudinális dimenzióját jelenti (Jarvis és Northcott 1987).

A témában végzett kutatások az elméleti megközelítések sokszínűsége és az empirikus mintáknak, pl. a függő változók vagy a demográfiai mutatók tekintetében mutatott heterogenitása ellenére is konzekvensen alátámasztják a vallásosság/spiritualitás hatását az egészségi állapotra (Levin és Vanderpool 1987).

VALLÁS ÉS SPIRITUALITÁS

A vallás és spiritualitás két olyan fogalom, amelyek szemantikailag ugyan közel állnak egymáshoz, de elkülönítésük mégis elengedhetetlenül fontos. A spiritualitás fogalmának jelentésmezeje tágabb, magában foglal valamilyen szubjektív viszonyt valami szellemihez, a materialitáson vagy az ego-n túlihoz, transzcendenshez (Farkas és Gerevich 2005). Koenig definíciója szerint a spiritualitás személyes keresést jelent, mely az élet végső kérdéseinek megválaszolására, az értelemre és a szentséggel vagy transzcendenciával való kapcsolatra vonatkozik (Koenig és mtsai 2001). A vallásosság ezzel szemben a hiedelmek, rituálék, vallási gyakorlatok és szimbólumok szervezett rendszere, amely a szentséghez vagy transzcendenciához (legyen az Isten, egy magasabb erő vagy a végső igazság) való közelséget hivatott elősegíteni, és amely intézményesített formáját tekintve elsősorban szociális jelenség. Vagyis a vallásosság előfeltételezi a spiritualitást, de ez fordítva nem igaz.

A spiritualitás maga sem egységes fogalom, a vizsgálatok szerint két, egymástól jól elkülöníthető faktort tartalmaz: a spirituális támogatás dimenziója a magasabb erővel fenntartott kapcsolatból származó erő és támogatás érzését, míg a spirituális nyitottság a létezők közti spirituális kapcsolat átélésének élményét jelenti (Genia 1997).

Más megközelítésből a spiritualitást spektrumként is tekinthetjük, amely magában foglalja a disszonanciával, a self elvesztésének félelmével és az elidegenedés érzésével járó spirituális kétségbeesést, az egyensúlykeresés, önvizsgálat és megbocsátás jegyében zajló spirituális munkát csakúgy, mint a spirituális jóllét állapotát, amelyet az önmagunkkal, másokkal és a – bármilyen néven nevezett – felsőbb hatalommal való harmonikus kapcsolat jellemez (Williams 2006).

HOGYAN HAT A VALLÁS/SPIRITUALITÁS AZ EGÉSZSÉGRE?

A vallásosság/spiritualitás és az egészség közti szoros kapcsolatot elfogadva felmerül a kérdés: milyen módokon, milyen (moduláló) tényezőkön át hatnak vallásos/spirituális hiedelmeink egészségi állapotunkra? A téma komplexitására és az idioszinkratikus változók sokszínűségére tekintettel nem meglepő, hogy a kutatások során számos hatásmechanizmus került leírásra (Moreira-Almeida és mtsai 2006).

Egészségviselkedés és életstílus

Minden vallási rendszer tartalmaz olyan előírásokat és tiltásokat, amelyek bizonyos korlátok közé szorítják az egyén és a közösség viselkedését, mindennapi életvitelét és szokásait, és ezeken keresztül befolyásolják az egészségi állapotot. Ilyenek például a zsidó hagyományokban az ételek kezelésére, a tisztaságra vagy a szexuális viselkedésre vonatkozó szabályok, de ide sorolhatók a napjainkban is jelen lévő vallásos/spirituális irányelvek, melyek pl. az evés és ivás mértékletességének, a monogám szexualitásnak, a harmonikus interperszonális kapcsolatoknak értéként való feltüntetésével csökkentik a stressz, a versengés, a harag vagy a szégyen egészségkárosító hatásait.

A vallási előírások ugyanakkor egészséggrizikót is jelenthetnek, akár közösségi (pl. a más hitűekkel szembeni erőszak, a holttestekkel való bánás), akár egyéni szinten (pl. vakcinák, gyógyszerek vagy a vérátömlesztés elutasítása).

Szociális támogatás

A vallási/spirituális közösségek szupportív hatása részint abban nyilvánul meg, hogy a tagoknak a valahová tartozás érzését nyújtják, és biztosítják a szociális kapcsolatok kontinuitását, de nem kevésbé fontos az, hogy az érzelmi támogatás mellett a konkrét problémák megoldásában is képesek segítséget nyújtani. Az egy vallási közösséghez tartozók értékrendje, gondolkodása nagyrészt hasonló, feltehetőleg ez magyarázza, hogy kapcsolataik mennyiségükben (kapcsolati háló kiterjedtsége) és minőségükben (őszinte meghallgatás, kapcsolati szimmetria) is rendkívül kedvezőek (Musick 1997). Bármilyen vallási/spirituális csoporthoz tartozás hatékonyan képes csökkenteni a szorongást, ami kiemelten fontos stressz- vagy szenvedésteli szituációkban és veszteségek esetén. A csoporttagság továbbá sok esetben facilitálja a szociális aktivitást és önkéntes tevékenységeket, amelyek az elégedettségen keresztül protektív hatásúak lehetnek az egészség szempontjából (Wilson és Musick 1997).

Hiedelemrendszer, kognitív keret

A kutatások eredményei szerint a vallási/spirituális hiedelmekben osztozás jelentős segítséget nyújt stressz, szenvedés vagy az életproblémák elviselése terén azáltal, hogy növeli a kitartást és az elfogadást, önbizalmat ad és segít új célokat és életünk történéseiben értelmet találni. A vallásos

hit tehát önmagában nem tesz boldogabbá, de azáltal, hogy stabil kognitív keretet biztosít önmagunk és mások, múlt, jelen és jövő, élet és halál megítéléséhez, segítséget nyújt az életesemények feldolgozásához. Más esetekben viszont épp hitbéli meggyőződéseink azok, amelyek az önkritika fokozódásához, önmagunk el-nem-fogadásához, a bűnösség érzéséhez és kétségekhez, és mindezen keresztül szorongáshoz és depresszióhoz vezetnek.

A hiedelemrendszer egészségi állapotra gyakorolt hatása nem független a kontrollhelytől (*locus of control*) sem. Amint az a szociális tanulásemélet alapján várható, vallás/spiritualitás esetében is a belső (*internal*) kontroll jár együtt a jóllét (*well-being*) magasabb mutatóival (Moreira-Almeida és mtsai 2006).

Vallásos coping-technikák alkalmazása

Feszültségteli helyzetbe kerülve nem mindegy, hogy milyen módon és milyen hatékonysággal vagyunk képesek kezelni az adott szituációt és saját reakcióinkat. Az egyik lehetőség a stresszel való megküzdés terén az imádkozás, mint a coping passzív formája, amely azonban azáltal, hogy az adott szituációt érzelmileg semlegesíti, lehetőséget ad az aktívabb megküzdési módok mobilizálására (Pikó 1999).

Az irodalom a vallásos coping-technikák két csoportját különíti el. A pozitív megküzdési módok közé tartozik például az, ha nehéz élethelyzetünkben megpróbálunk Istentől származó tanítást felfedezni, ha a gyülekezetben keresünk támogatást, ha életünket egy nagyobb spirituális egész részeként látjuk, vagy ha hitünkre úgy tekintünk mint életünk új irányvonalának megtalálását segítő erőre. Ugyanakkor az, ha passzívan várjuk az isteni beavatkozást, ha problémáinkat Isten büntetéseként vagy a Sátán műveként értékeljük, vagy ha nehézségeink közepette megkérdőjelezzük Isten szeretetét – ez utóbbi formák negatív coping-technikáknak minősülnek (Moreira-Almeida és mtsai 2006).

Vallási/spirituális gyakorlatok

Akár nyilvánosan, akár magunkban végezzük a ritualizált vallási gyakorlatainkat, azok segítenek megküzdenni a szorongással, félelmekkel, a depresszióval, a frusztrációval, a reménytelenséggel vagy a haraggal.

E tárgykörben a relaxáció, illetve a meditáció hatásait vizsgálták legtovább, melyek két fázisa: szavak, hangok, kifejezések, imák vagy bizonyos izomaktivitások ismétlése (pl. „Om”), és az intruzív gondolatok passzív

figyelmen kívül hagyása és a fókuszhoz való visszatérés. A relaxációs válasz fiziológiai hatásai közt említhető a szív- és légzésritmus, a vérnyomás, az izomtenzió csökkenése és a lassú agyhullámok arányának növekedése, melyek egészségvédő és -helyreállító hatása nyilvánvaló (Anandarajah és Hight 2001).

Spirituális vezetés

A spirituális vezetés elsődleges célja a spirituális self fejlesztése, amely az Istennel való kapcsolat bensőségesebbé válásán kívül a személyes fejlődést és a személyes sors értelmének megtalálását is segíti. Témáit és egyes technikáit tekintve a spirituális vezetés a pszichoterápiához hasonlatos.

A stressz kifejezése

A vallási/spirituális rendszerek a rítusok és a speciális miliő segítségével, akár azok tudatállapot-módosító hatásának felhasználásával lehetőséget teremtenek a problémák, a szenvedés és a stressz kifejezéséhez és átdolgozásához (pl. katarzisz).

A vallás ugyanakkor potenciális stresszforrás is lehet: ha életünk tragédiái miatt haragszunk Istenre, ám indulataink kifejezése nem elfogadható számunkra, az így előálló konfliktus pszichológiai distressz forrásává válik (Nelson és mtsai 2002).

Multifaktoriális magyarázat

Mivel a vallás/spiritualitás komplex, több dimenzió mentén leírható jelenség, egy elem nem képes magyarázni a hatásait. A hiedelmek, a viselkedés és a környezeti tényezők interakciója az, amely befolyással bír az egészségi állapotra.

SPiritualitás és a krónikus betegségek – ELMÉLETI MODELLEK¹

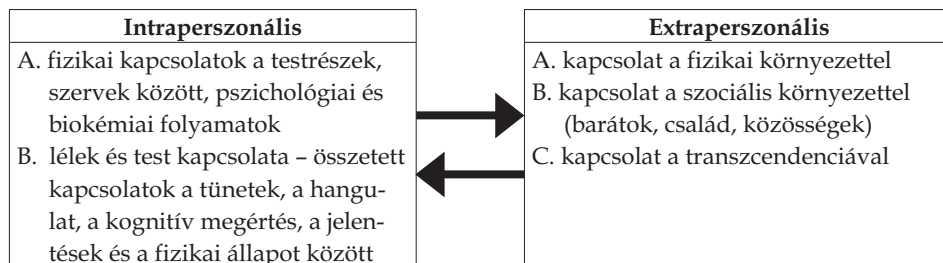
Olyan helyzetekben, amikor a személy kénytelen azzal szembesülni, hogy egy krónikus betegség vagy annak következtében előálló irreverzibilis állapot az élete hátralévő részében végigkíséri majd, ez olyan megpróbáltatást jelent, amely egyaránt érinti személyisége kognitív, emocionális, fiziológiai, szociális és spirituális dimenzióit. A krónikus beteggé válás pszichológiai értelemben traumát jelent, amelynek következtében a korábbi világgép megrendül, és a kognitív sémák összeomlanak. A betegség kapcsán számos kérdés fogalmazódik meg a személyben önmagára, másokra, a jelenre és a jövőre, illetve a halálra vonatkozóan. A beteg okokat keres, és a következmények után kutat. Ebben az állapotban rendkívül fontos a fizikai fájdalmak megszüntetése vagy csökkentése, a ventiláció támogatásával az emocionális distressz mérséklése, a szociális és egzisztenciális ügyekben való segítség, de nem feledkezhetünk meg arról, hogy ez a helyzet az egyén számára személyes hitei vonatkozásában is számos kérdést és problémát vet fel, hisz a betegség kapcsán megélt veszteségek (családi és szociális szerepek, egzisztencia, egészség stb.) számbavétele után újra fel kell fedeznie élete személyes értelmét és önmaga hasznosságát. Ha a beteg beletemetkezik problémáiba, és egész tudatát az ezeken való rágódás tölti be, ha nem talál kiutat, életét a betegség árnyékában értelmetlennek találja, akkor ez egészségi állapotára, a tünetek esetleges progressziójára is kihatással lehet. Ebben a helyzetben a transzcendencia felé fordulás segít a problémákon való túllépésben, az új életcélok megfogalmazásában (Vasudevan 2003).

A spiritualitás dimenziója tehát nagyon fontos a rehabilitáció és a lehetőségekhez képest legmagasabb életminőség (*quality of life*) elérése szempontjából is.

Az utóbbi két évtized pszichológiai és egészségpszichológiai szakirodalmában egyre nagyobb teret kap az a medikális modell, amely Engel bio-pszicho-szociális megközelítését (Engel 1977) egy negyedik faktoral, a spiritualitással egészíti ki (McKee és Chappel 1992), és amely a négy dimenzió különállóságát, de egységben létezését feltételezi. A biológiai, a pszichés, a szociális és a spirituális tényezők különbözőképpen hatnak az egyén betegségére, miközben szoros interakcióban működve egymásra is befolyással bírnak.

¹ A teoretikus megközelítések alábbi bemutatása távolról sem teljes, és a válogatást tekintve vállaltan szubjektív. A terjedelmi korlátok miatt többek között olyan nagy hatású elméletalkotók is hiányoznak a felsorolásból, mint C. G. Jung, O. Rank, A. H. Maslow, V. E. Frankl, I. D. Yalom vagy E. Kübler-Ross.

E modellre támaszkodva Sulmasy (2002) a betegségeket úgy határozza meg, mint amelyek zavart okoznak intra- és extraperszonális kapcsolatainkban, és amely homeosztatiszikus kapcsolatok helyreállítása a holisztikus szemléletű gyógyítás feladata.



Mivel témánk szempontjából elsősorban a transzcendenciával való kapcsolat fontos, haladjunk ebben az irányban tovább! Sulmasy szerint az egyén biopszichoszociális státusa kölcsönös kapcsolatban áll a spirituális állapotával, ezért a gyógyító munka szempontjából kiemelten fontos a páciens spirituális előtörténetének (*spiritual history*) alapos ismerete, értve ezalatt a vallásos/spirituális coping alkalmazott módjait csakúgy, mint a spirituális jóllét fokát és a konkrét spirituális szükségleteket. Ha az egészségügyi ellátás során tekintettel vagyunk a betegségnél a transzcendenciával való kapcsolatra gyakorolt dezorganizáló hatására, és ennek helyreállítása érdekében a spirituális dimenzióban is a megfelelő intervenciókat alkalmazzuk, akkor ezzel a páciens biopszichoszociális állapotát, és így végső soron az életminőségét is pozitívan befolyásoljuk.

A krónikus betegségekkel való megküzdés lehetőségeit, és abban a spiritualitás által betöltött szerepet más oldalról közelíti meg a self-megóvás (*self-preservation*) elmélete (Thomas és Retsas 1999). Terminális onkológiai betegek vizsgálati során Thomas azt kutatta, milyen módon képes a páciensek egy része a halál torkában is értelmet találni életének. A self-megóvás folyamata azt a módot jelenti, ahogy a betegek értelmet találva élményeikben a spiritualitás egyre mélyebb szintjeit érik el.

A folyamat első fázisa (*take it all in*) akkor kezdődik, amikor a páciens először szembesül a diagnózissal. Az első reakciók (*responding*) nagyon sokszínűek lehetnek: sokk, félelem, felkészületlenség érzése, a betegség tagadása vagy elutasítása, a halál fenyegetettségének érzése, önsajnálát, elkeseredettség, depresszió, harag stb. Ha az e stádiumban jelentkező érzelmi szükségleteket a beteg körül lévők (beleértve ebbe az orvosokat és nővéreket is) hatékonyan kielégítik, a páciens képes lesz arra, hogy kérdéseket megfogalmazva haladjon a trauma feldolgozásában (*questioning*). Az

introspekció fokozódása és a korábbi viselkedés vizsgálata által jelzett szakaszban a páciens a betegség okát kutatva különböző magyarázatokat találhat. Ha úgy érzi, korábbi életében nem volt „jó”, akkor betegségét „Isten büntetéseként”, „megérdemelt csapásként” értékelheti. Más betegek Istent hibáztatják szenvedésükért, és megkérdőjelezik a vele való kapcsolatukat, de az is lehet, hogy betegségüket képesek úgy kezelni, mint amiből meg kell tanulni valamit, amire valamilyen szempontból az egyén életében szükség van.

Az első sokk csillapodtával a beteg már jobban képes konfrontálódni a valósággal, elsőként is a diagnózissal. Ez már a Thomas által leírt második szakasz (*getting on with things*), amire jellemző, hogy a páciensek nagyon sokat gondolnak magára a betegségre, megélik, hogy az életük minden aspektusát áthatja és strukturálja. A megküzdés szempontjából nagyon fontos, hogy ebben a fázisban a betegek minél teljesebb és pontosabb képet alakítsanak ki állapotukról és helyzetükről, mert csak ezáltal válhatnak – a passzív elszennvedő pozíciót elhagyva – aktív résztvevőjévé sorsuknak. A saját erőforrások mobilizálása (*mobilizing*) ahhoz szükséges, hogy a beteg képes legyen mérlegelni az alternatívákat (pl. a kezelés lehetőségeinek vagy a hatékonyság megítélésének tekintetében), részt venni a döntésekben és felelősséget vállalni az elhatározásaiért, célokat felállítani és mérlegelni a jövőre vonatkozó következményeket. Eközben természetesen a dolgok fontossága is megváltozhat, a prioritások rangsora átépülhet, az életstílus tekintetében kisebb vagy nagyobb módosulások körvonalazódhatnak. A kilátásba helyezett változásokkal való szembenézés jelentős mértékű stressz forrása lehet, amelynek minimalizálása szempontjából rendkívül fontos, hogy azokat a beteg másokkal (pl. családtagokkal, orvossal, az ellátásában részt vevő professzionális segítőkkel) meg tudja beszélni, különösen akkor, ha a döntésekben bizonytalanak érzi magát. A feszültség csökkentésének hatékony módja ilyenkor az ima, meditáció is. Thomas szerint a változások második szakasza akkor igazán eredményes és előrevivő, ha a jövőre vonatkozó célok újradefiniálásakor a beteg képes olyan távlatokat maga előtt látni, amelyek korábbi álmainak megvalósításához viszik közelebb.

A támogató kapcsolatok részesének lenni (*connecting*) azért is fontos, mert a depresszióval és reménytelenséggel szemben a számunkra fontos mások a pozitivitás, elfogadás, remény és szeretet közvetítői lehetnek, ami minden beteg jóllétét fokozza, de jelentősége kiemelkedően nagy azokban az esetekben, ahol a kór vagy a kezelések következtében megváltozik a beteg testképe (pl. mastectomia). A vallás/spiritualitás maga is a kapcsolat egy módja lehet: sok esetben a támogató mások akciói (pl. imádkoznak a betegért) közvetítik a vallásos/spirituális hit fontosságát a szenvedő felé.

A szupportív kapcsolatok másik, nem kevésbé fontos típusát a betegtársakkal folytatott interakciók jelentik, melyeken át a beteg egy olyan világnak válik a részesévé, ahol a betegségről való beszélgetés teljesen természetes, ahol mások érzéseivel, félelmeivel találkozva saját problémái megértéséhez is közelebb kerülhet, és amely a „nem vagyok egyedül” vigasztaló érzését közvetíti felé.

A harmadik szakaszban (*putting it all together*) a betegséggel és a megváltozott körülményekkel való megküzdés az értelem keresésén (*creating meaning*) és a self mélyebb megértésén (*discovering self*) keresztül történik. Amint azt Koenig definíciójában a korábbiakban láttuk, a spiritualitás fontos eleme az értelem keresése, vagyis az, hogy okot és jelentést találjunk a velünk történt eseményekben. Thomas szerint a betegséggel szembeesülve a páciensek ebben a szakaszban elérnek egy fordulópontot, amelynek során képesek az egész életüket áttekinteni, belátást nyernek sorsuk értelmébe, ezáltal megváltozik az életszemléletük, és a korábbinál gazdagabb életet élhetnek. Az értelem felfedezése nemcsak erőt ad az élet folytatásához, hanem az értékesség és az önbizalom („képes vagyok”) érzésével is felruhazza az egyént. Ehhez szorosan kapcsolódik az én mélyebb felismerése, amely a megbocsátás érzésével (gyakori ilyenkor a kibékülés a családtagokkal), a spirituálissá válással, a másokkal lévő spirituális kapcsolat megélésével (más is imádkozik értem, „nem vagyok egyedül”) és a tudatosság kiterjesztésével jár.

Az értelemtalálás fontosságát a krónikus betegségekkel való megküzdésben számos szerző hangsúlyozza. Breitbart szerint (Breitbart és mtsai 2004) az értelem keresésében kognitív és emocionális tényezők együttesen vannak jelen. A fizikai fájdalom mellett el kell viselni az élettől és szereteteinktől való bizonyos fokú szeparálódást is, és ez az étellel szembeni bizalom és az értelem hiányát közvetíti a beteg felé. Az értelem megtalálása (*meaning-making*) azzal jár, hogy elengedjük azt a korábbi bizonyosságunkat, hogy az életünk a saját tulajdonunk.

White és Verhoef (2006) szintén daganatos betegekkel végzett vizsgálataikban azt találták, hogy a betegek a rákot egy értelemmel teli spirituális utazás részének, önmagukat pedig úton lévőnek látják, illetve gyakorta képzelik el betegségüket valamiféle „tanítónak” vagy „hírnöknek”.² A daganat ekkor már nem az életüket fenyegető, abba durván betörő csapás, inkább a misztikum mindennapjaikban való jelenlétének, az azzal való együttműködésnek a jele. White szerint a spiritualitás elsődleges jelentősége pontosan abban áll, hogy segít a betegség élményét értelemteli törté-

² A betegség spirituális utazásként való megélése hosszú múltra visszatekintő jelenség, ezt bizonyítja John Donne 1624-ből származó műve (*Devotions upon emergent occasions*) is.

néssé transzformálni, és ezáltal segíti a személyt abban, hogy életében pozitív változásokat hozzon létre.

Az értelemkeresés kapcsán a vonatkozó teoretikus megfontolások közt meg kell említenünk a pozitív pszichológia elméleteit is, melyek fókuszában azok az emberi kvalitások állnak, amelyek lehetővé teszik a pszichés traumák feldolgozását, a nehéz élethelyzetek konstruktív megoldását, és amelyek – a boldogság, az érett személyiség és bölcsesség tanulmányozása mellett – nagy hangsúlyt fektetnek a spiritualitás dimenziójának vizsgálatára is (Kulcsár és Nagy 2005). Csíkszentmihályi hangsúlyozza, hogy életünk tragikus eseményei pozitív változások előmozdítói is lehetnek, ha képesek vagyunk élményeink értelemteni egészsze szervezésére. A tökéletes élmények eléréséhez fontos, hogy életünk történéseit jelentéssel, speciálisan a saját sorsunkra vonatkozó értelemmel ruházzuk fel, amely egyfelől a saját szándékok és erőfeszítések irányának rendezettségét és bejósolhatóságát, másrészt az eseményeknek egy végső cél által meghatározott ok-okozati rendbe illesztettségét jelenti (Csíkszentmihályi 1997). „Azok a betegek, akik megtanultak élni új helyzetük addig példátlan kihívásaival, a célkitűzések olyan megvilágosodását érezték, melyben azelőtt soha nem volt részük. Már önmagában az is, hogy újra meg kellett tanulniuk élni, büszkeség és öröm forrása volt, képesek voltak egy entrópiaforrást a belső rend megteremtésébe átfordítani” (Csíkszentmihályi 1997, 269). Csíkszentmihályi szerint az értelem megtalálásához segítségünkre vannak az előző generációk által ránk hagyott információk és mintázatok, amelyek a káoszszal szemben a rend megvalósításának lehetséges útjait tárják fel, értve ezalatt a filozófia és a művészetek mellett a vallási rendszereket is.

A pozitív pszichológia eredményeire építő, azokat a kognitív pszichológia elméleti keretébe beillesztő nagy hatású koncepció a poszttraumás növekedés (*posttraumatic growth*, PTG) elmélete, amely rámutat: a pszichés traumákat nemcsak veszteségként élheti meg az egyén, hanem abból pszichológiai nyereségre is szert tehet.

A PTG-t Tedeschi és Calhoun „nagyfokú kihívást jelentő életkörülményekkel való küzdelem során megélt pozitív pszichológiai változások”-ként definiálja (Tedeschi és Calhoun 2005). Traumát átélve megkérdőjeleződnek mindazon előfeltevéseink, amelyek mentén korábban az életünket éltük, vonatkozzanak azok az élet bejósolhatóságára, kontrollálhatóságára, a biztonságra vagy a jövő tervezhetőségére akár. A traumát követő kognitív újjáépítés – a megváltozott realitáshoz igazodó sémák kialakításával – tulajdonképpen azt a pszichés erőfeszítést jelenti, melynek eredményeit értéként, személyes növekedésként éljük meg a továbbiakban.

A PTG konstruktumát kérdőíves módszerrel (PTGI: *Posttraumatic Growth*

Inventory) vizsgálva Tedeschi és Calhoun 5 faktort különített el (Kulcsár és Nagy 2005):

1. a társas kapcsolatok elmélyülése,
2. új életlehetőségek és életpályák felismerése,
3. személyes erő fokozott átélése,
4. az élet fokozottabb megbecsülése,
5. spirituális fejlődés.

A poszttraumás növekedés esélyeit vizsgálva Frank a betegséggel kapcsolatban kialakított narratívumok három típusát írja le (Frank 2005):

- „*helyreállító történetek*”: a beteg attitűdjét elsősorban az a vágy és remény dominálja, hogy visszanyerhesse a betegség előtti állapotát,
- „*káosztörténetek*”: a beteg korábbi kapaszkodóinak és ezzel biztonságérzésének elvesztését, korábbi élete széthullását éli meg,
- „*kereső történetek*”: a fókuszban a jelentés és értelem keresése áll, „szembenéznek a szenvedéssel, elfogadják és megkísérlik felhasználni a betegséget”.

Park és Folkman felhívják a figyelmet arra, hogy a jelentéstulajdonítás önmagában nem feltétlenül pozitív: az olyan értelmezések például, amelyek az események kontrollálhatatlanságának fokozott érzését rejtik magukban, várhatóan rontani fogják a beteg alkalmazkodóképességét. Ha a trauma miatt a hiedelemrendszerünk összeomlik, előfordul, hogy a traumatizáló esemény a korábbiaknál még negatívabb értelmezésekhez vezet. A továbbiakban azután a koherencia fenntartása érdekében a rendelkezésre álló információk közül a negatívakat szűrjük ki, illetve hajlamosak leszünk azokat negatív hiedelmeinket megerősítő irányban értelmezni („*negatív spirál*”) (Park és Folkman 2005).

A krónikus egészségügyi problémákkal küzdők esetében nem tekinthetünk el attól sem, hogy a betegség megjelenése, illetve az annak kapcsán megélt veszteségek negatív hatással lehetnek a személy önértékelésére. Ez az én-érzésre és önbecsülésre gyakorolt hatás Davis szerint (Davis és mtsai 2005) „úgy győzhető le, ha a személy az eseményt szelektíven, <ébresztő> jelzéseként fogja fel, amely arra hívja fel a figyelmét, hogy értékrendje és céljai nem olyanok, amilyeneknek lenni kéne. Ebből a nézőpontból tekintve az értékrend átszervezése és az életcélok revíziója az esemény újraértékelésének eleme, és mint ilyen, a növekedésre adott lehetőségnek, és nem pusztán veszteségnek minősül. Ez az újraértékelés megküzdő stratégiának tekinthető, és az önértékelést is kedvezően alakítja. [...] A döntő kérdés

így szól: < Vajon mit tudtam meg az esemény kapcsán önmagamról és az életem részét képező személyekhez fűződő viszonyomról? >” (Davis és mtsai 2005, 152).

Az értelemkeresésre vonatkozó teóriák sorát folytatva megemlíthetjük még Antonovksy salutogenetikus modelljét, melynek központi fogalma, a koherencia átélése (*sense of coherence*) épp arra az élményünkre utal, mely szerint a körülöttünk és bennünk lévő világ rendezett és kiszámítható, életünk eseményei értelemteliek, a kihívások leküzdéséhez rendelkezünk a szükséges erőforrásokkal.³ Antonovsky szerint minél erősebb az egyén koherenciaérzete, annál kedvezőbb az egészség/betegség kontinuumon való helyzete, vagyis a koherencia megélése és az egészségi állapot között közvetlen kapcsolat mutatható ki (Antonovsky 1985; Skrabski és mtsai 2004).

A pszichológiai elméletek közül a transzperszonális megközelítés foglalkozik a leginkább behatóan a spiritualitás kérdéskörével.⁴ Feltételezéseik szerint a spirituális kérdések integrálásával az emberi psziché jobban tanulmányozhatóvá válik, sőt, Washburn szerint, mivel az emberi élet végső célja a spirituális kiteljesedés, csak ebből a perspektívából remélhetjük az emberi természet teljességének megértését (Washburn 1988). A transzperszonális pszichológia elméletalkotói a spirituális és transzcendentális szükségleteket az emberi természet intrinsíc aspektusainak tekintik, melyeknek kielégítése szoros kapcsolatban áll a jólléttel. Welwood az emberi személyiség két alapvető, egyformán erős tendenciáját írja le. Az egyik, hogy megvalósíthassuk saját individuális természetünket, míg a másik annak megélése, hogy kapcsolatban állunk egy nálunk magasabb erővel vagy hatalommal, illetve részét képezzük annak. E két aspektusnak (a self megélése és a self transzcendentálásának) az integrálása jelenti a spirituális jóllét állapotát, e folyamat megértése pedig a spirituális tudatosságot, szemben az integrálódás hiányából fakadó spirituális distressz megéléssel (Welwood 1983).

Az utóbbi években számos próbálkozás történt a transzperszonális pszichológiai elméletek gyakorlati felhasználására. Ezek közül a legkiemelkedőbb Elizabeth Smith Transz-Ego modellje (Smith 1995), amely azt a folyamatot írja le, amelynek során a krónikus betegek szembenéznek saját életük végességével, megváltozott helyzetük felismerésén, társas kapcsos-

³ A koherenciaérzet három összetevője Antonovsky szerint a világ megérthetőségének élménye, a kezelhetőség élménye és az értelemteliség élménye.

⁴ A transzperszonális pszichológia elméleti és fogalomrendszerének részletes bemutatása a terjedelem korlátozottságából fakadóan nem képezheti e dolgozat tárgyát, ezért itt csak a téma szempontjából legalapvetőbbnek tekinthető állásfoglalásaik kaptak helyet.

lataik normalizálásán, az élet, majd a halál értelmének megtalálásán keresztül eljutnak a transzperszonális fejlődés és a spirituális tudatosság magasabb szintjére.⁵

KLINIKAI VIZSGÁLATOK A VALLÁSOSSÁG/SPIRITUALITÁS ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT KAPCSOLATÁRÓL

Ha a témához kapcsolódó elméleti felvetések gazdagságát és változatos megközelítésmódjait tekintjük, nem meglepő, hogy az elmúlt 15 év az empirikus kutatások terén is rengeteg, a teoretikus alapvetéseket igazoló, korrigáló vagy épp új elmélet megalapozását eredményező összefüggéssel gazdagította tudásunkat. Mivel ezek részletes tárgyalását e dolgozat keretei nem teszik lehetővé, az alábbiakban csupán néhány, a téma szempontjából alapvető és ezért számos kutatást ösztönző részterület kerül megemlítésre.

A vallásosság/spiritualitás szubjektív jelentősége a krónikus betegek számára

Bár hitünk és vallásos elköteleződésünk az intimszféránk részét képezi, és ilyen módon ezek egyedisége, idioszinkratikus jellege nem vitatható, számos empirikus kutatás igyekezett feltárni a vallásosság/spiritualitás olyan aspektusait, amelyek a krónikus betegek mindennapi életvitele és jólléte szempontjából fontossággal bírnak. Albaugh különböző, az életüket fenyegető betegségben szenvedő interjúalanyai a spiritualitás fontosságát a következőkben látták: a vallásosság/spiritualitás vizsgálatát és áldást nyújt a betegség nehézségei közepette, erőt ad szembenézni az élet fenyegetettségével, segít meglátni sorsuk értelmét, és bízni abban, hogy megtalálják az utat egy felettük lévő, magasabb erőhöz (Albaugh 2003). Coward és Kahn vizsgálatában azok a nők, akiknek szembesülniük kellett emlőtumoruk diagnózisával, spirituális egyensúlyvesztést éltek át, amelynek során kínzó érzéseiket – a halálfélelmet, az egyedüllét érzését és identitásuk fenntartásának fenyegetettségét – ugyanolyan nehezen elviselhetőnek és problematikusnak írták le, mint betegségük fizikai tüneteit. A vallásosság/spiritualitás számukra a cél és értelem (újra)megtalálását, a jövőre

⁵ Wilber szerint a személyes halál-perspektíva, vagyis az érett halál-tudat és a gondolkodás posztformális fejlődése cirkuláris oksági kapcsolatban áll egymással (Wilber 2003).

vonatkozó remény fenntarthatóságát és az elhagyatottság érzésének legyőzését szolgálta. Ezáltal vált lehetővé a spirituális egyensúly visszaállítása, amely az önmagukkal, másokkal és/vagy a magasabb hatalommal való kapcsolat újraépítését jelentette (Coward és Kahn 2004).

Nelson palliatív ellátásban részesülő vizsgálati személyei számára a spiritualitás segítette a körülmények elfogadását, a betegségből fakadó kihívásokkal való szembenézést és a belső erőforrások felszabadítását. Úgy érezték, hitük által támogatva még a csökkenő fizikai képességeikkel szembeülve is sikerül megőrizni méltóságukat és önbecsülésüket (Nelson és mtsai 2002).

Közvetítő tényezők a vallásosság/spiritualitás és az egészségi állapot között

Vallásos/spirituális meggyőződéseink általában nem közvetlenül hatnak egészségi állapotunkra, hanem különböző moduláló tényezőkön keresztül. Chibnall kutatásaiban a halálfélelem (pontosabban a halál fenyegetettségével összefüggő depresszió és szorongás) bizonyult fontos közvetítő faktornak: különböző típusú krónikus betegségben szenvedő vizsgálati alanyainál a halálfélelem magasabb értékei konzekvensen társultak – az egyedül élés, a súlyosabb fizikai és depressziós tünetek mellett – a spirituális jóllét alacsonyabb mutatóihoz. Chibnall szerint a páciens életének pszichoszociális-spirituális dimenziója nagyon fontos a halál fenyegetettsége okozta distressz negatív hatásainak kivédésében (Chibnall és mtsai 2002).

Tuck HIV-pozitív betegeinél a vallásosság/spiritualitás mértéke pozitívan korrelált az életminőséggel, a társas támogatottság fokával és a hatékony coping-technikák alkalmazásával, míg negatív összefüggést mutatott az észlelt stressz mértékével, a bizonytalanság érzésével és az emóció-fókuszú megküzdési stratégiák alkalmazásával (Tuck és mtsai 2001). A vallásosság/spiritualitás és a magasabb életminőség együttjárása ráadásul –Laubmeier onkológiai betegeken végzett vizsgálataiban legalábbis – függetlennek bizonyult az élet fenyegetettségének észlelt mértékétől (Laubmeier és mtsai 2004).

Fehér eredményei szerint a vallásos/spirituális hit azáltal, hogy érzelmi és társas támogatást, a betegségre vonatkozóan pedig jelentést és értelmet biztosít, csökkenti a krízis idejét az emlőtumor diagnosztizálása után, és ezáltal javítja a gyógyulás esélyeit (Fehér és Maly 1999), míg McClain reménytelenség és kétségbeesés prediktív faktoraként azonosítja hitbéli meggyőződéseinket (McClain és mtsai 2003).

Vallásosság/spiritualitás és depresszió

Smith és munkatársai 147 empirikus vizsgálat eredményeit összevető metaanalízisükben mérsékelt, de konzekvens kapcsolatot mutattak ki a vallásosság/spiritualitás és a depresszív tünetek között, amely függetlennek bizonyult az életkori, nemi és etnikai változóktól (Smith és mtsai 2003). A mérési eredmények azonban nagyon különbözőek lehetnek aszerint, hogy milyen módon definiálják a vallásosságot, mert míg az intrinsic vallásosság negatív, addig az extrinsic vallásosság és a negatív vallási coping-stratégiák alkalmazása pozitív kapcsolatban áll a depresszió jegyeivel (Moreira-Almeida és mtsai 2006).

Az első európai longitudinális vizsgálatot a témában Hollandiában végezték, ahol a hatéves utánkövetés során a templomba járás gyakorisága és a depresszív tünetek súlyossága között fordított összefüggést találtak (Braam és mtsai 2004).

A SPIRITUALITÁS SZEREPE AZ ORVOS-BETEG KAPCSOLATBAN

A fentiekben láthattuk, hogy a vallásosság/spiritualitás milyen soktényezős kapcsolatban áll általános egészségi állapotunkkal, a gyógyulás valószínűségével és a távolabbi életkilátásokkal, így nehezen volna elképzelhető az, hogy a vallásos/spirituális meggyőződéseink indifferensek lennének professzionális egészségügyi ellátásunk szempontjából. Másrészről pedig: ha elfogadjuk, hogy hiedelmeink létezésünk minden aspektusára hatással vannak, azzal azt is feltételezzük, hogy az olyan élethelyzetekben, amikor önmagunk és körülményeink drasztikus megváltozottságával, a jövőre vonatkozó korábbi elképzeléseink módosításának kényszerével, és nem utolsósorban saját múlandóságunk realitásával kell szembenéznünk, vallási/spirituális hiteink még a korábbiaknál is fontosabbá válnak.

A téma kiemelt fontosságát jelzi az a számtalan kutatás, amely az utóbbi tíz évben a világ mértékadó szakmai folyóirataiban publikálásra került. Az ezekben érintett legfontosabb kérdések a következők:

Mennyire várják el a betegek, hogy orvosaik érdeklődjenek vallási/spirituális meggyőződéseikről, illetve ismerjék azokat?

Számos kutatás igazolta, hogy a páciensek többsége szeretné, ha a hitbéli kérdések szóba kerülnének a kezelőorvossal folytatott beszélgetések során. Astrow és Sulmasy családorvosi rendelőkben végzett vizsgálatában a megkérdezett betegek 52%-a szerint helyes, ha az orvos rákérdez a hozzá forduló vallásos hitére, míg további 21% szerint ez egyenesen kötelessége volna (Astrow és Sulmasy 2004). Ehman pulmonológiai ambuláns betegeket megkérdezve azt találta, hogy az önmagukat hívónek valló páciensek 94%-a egyetért azzal, hogy orvos a tegyen fel a vallási meggyőződésére vonatkozó kérdést, és a nem hívók 45%-a is támogatná azt (Ehman és mtsai 1999). McCord egy viszonylag nagy mintán (N=1413, alapellátásban kezelt betegek) végzett felmérése szerint a páciensek 87%-a szerint jobban megérti őt és problémáit az orvos akkor, ha tud vallási/spirituális hiedelmeiről, 67% gondolta úgy, hogy ez ahhoz szükséges, hogy az orvos képes legyen reményt nyújtani a számára, 66% szerint ez az információ befolyásolhatja az orvos által adott tanácsokat, 62% pedig a megfelelő kezelés kiválasztásában is fontos szerepe tulajdonít az orvos ez irányú ismereteinek (McCord és mtsai 2004). Astrow már említett vizsgálatában a megkérdezettek 40%-a szeretett volna orvosától segítséget kapni az „élet értelmére” vonatkozó kérdései megválaszolásához, 42%-ot a remény megtalálásában, 51%-ot pedig félelmeinek legyőzésében segíti, ha orvosával hitbéli kérdésekről beszélhet. Hart hozzáteszi: a betegek nem azt várják az orvosoktól, hogy vallási/spirituális tanácsadóként működjenek, hanem azt, hogy legyenek ez irányú ismereteik, és képesek legyenek feszélyezettség nélkül beszélni pácienseikkel e témáról, amennyiben ők ezt igénylik (Hart és mtsai 2003).

Hogyan viszonyulnak az orvosok a betegek vallási/spirituális igényeihez?

Monroe vizsgálatában a megkérdezett, alapellátásban dolgozó orvosok 84,5 %-a tekintette fontosnak azt, hogy információval rendelkezzen páciense vallási/spirituális hiedelmeiről, a többség mégis csak a halál közelében lévő betegeivel beszélgetett e témáról. Jellemző ugyanakkor, hogy a betegség súlyosbodásával nő az orvosok részvétele pácienseik vallási/spirituális gyakorlataiban (pl. gyakrabban imádkoznak együtt a beteggel). A felmérésben szereplő orvosok kifejezett félelmüknek adtak hangot azzal kapcsolatban, hogy a betegek hiedelmeiről való beszélgetéssel, illetve a

vallási gyakorlatukban való aktív részvétellel túllépnek professzionális szerepük keretein, és bizonytalanok mutatkoztak annak etikai megítélésében is (Monroe és mtsai 2003). Más vizsgálatokban az orvosok a szükséges idő és a megfelelő jártasságok hiányát említették (Murray és mtsai 2004), felmerült továbbá az is, hogy az utóbbiak miatt nem tudnak bízni saját hatékonyságukban (Kristeller és mtsai 1999).

Az orvos oldaláról azért is fontos volna, hogy tisztában legyen páciense vallási/spirituális meggyőződéseivel, mert azok a kuratív beavatkozásokra vonatkozó döntésekre is befolyással bírnak, így azokat a kezelőknek is figyelembe kell venni. Lehet, hogy a beteg az orvosával való interakcióban nem hozza elő a hitére vonatkozó kérdéseket, de küzd velük, ilyen esetekben kiemelten fontos a professzionális segítő erre irányuló empátiás figyelme. Ha a páciens és a hozzátartozók úgy érzik, hogy az orvos megérti őket, jobban hajlandók figyelembe venni véleményét és a kezelésre vonatkozó javaslatait (Lo és mtsai 2002).

A megfelelő jártasságok és skill-ek hiánya abban is megmutatkozhat, hogy az orvosok idő előtt szolgálnak megnyugtató betegük számára, amely meggátolja őket a belső rend megtalálására vonatkozó saját erőfeszítések kibontakoztatásában, illetve hogy nincsenek tekintettel arra, hogy a trauma feldolgozásához szükséges idő tekintetében nagy egyéni különbségek lehetnek. White korábban említett vizsgálatában (White és Verhoef 2006) a megkérdezett betegek sokat panaszkodtak arra, hogy az egészségügyi ellátásukat irányító orvosok gyakorta sürgették a kezelésre vonatkozó döntésüket, és nem mutatkoztak megértőnek a betegek azon szükségletével szemben, hogy az értelemkeresés folyamatában megnyugtató eredményre jussanak.

Rousseau szerint az orvos, illetve az egészségügyi szakszemélyzet feladata nem merülhet ki a fizikai tünetek kontrollálásában, hanem segítséget kell nyújtani a spirituális szenvedés legyőzésében is. Ehhez szükséges a támogató jelenlét biztosítása, az élet áttekintésének bátorítása, biztatás az értelem és a célok megtalálására és újradefiniálására, a bűnösségérzés és lelkiismeret-furdalás explorálása, a megbocsátás és megbékélés segítése, a vallásos megnyilvánulások és az egészségre fókuszáló meditatív gyakorlatok támogatása (Rousseau 2000).

A spirituális szenvedés felismerése

Az életet hosszan tartóan, akár örökre megváltoztató krónikus betegséggel való szembesülés krízis – nemcsak fizikailag, pszichésen és szociális vonatkozásaiban, de sokszor spirituálisan is. Ha hitünk és életünk történései

konfliktusba kerülnek egymással, a „fájdalom” nem materiális, megragadható okokból keletkezik, hanem a korábbi világrend széttöredezettségének megéléséből áll elő. A spirituális szenvedés tehát olyan diffúz emocionális, egzisztenciális és intellektuális fájdalom, amely életünk céltalanságának és értelmetlenségének élményéből fakad, és amely spirituális szükségleteink kielégítetlen voltával is összefügg (Chochinov 2006). Felismerése nehéz, mivel – Chochinov szerint – a fájdalom a páciens élményeinek számos területén manifesztálódhat: akár fizikai (makacs fájdalmak), pszichológiai (reménytelenség), vallási (hitbéli krízis) vagy szociális (az emberi kapcsolatok felbomlása) szinten is megjelenhet. Azonosítása mégis fontos, egyrészt mert – mint minden krízis – a spirituális szenvedés is distresszel jár, ami az általános egészségi mutatókat rontja, másrészt az orvos–beteg kapcsolat szempontjából is jelentőséggel bír. Vasudevan szerint a „Miért lettem beteg?” kérdés lehet tényszerű, spirituális vagy akár mindkettő, és az orvos csak a mögöttes tartalmak tisztázásával tud megfelelően választ adni rá. Ennek alapja a meghallgatás, jelenlét és részvétel, a spirituális meggyőződések kifejezésének támogatása és megértése, illetve az adekvát reagálás (az Istenről vagy a vallásról szóló viták elkerülése, reális remény nyújtása stb.) (Vasudevan 2003).

A vallásosság/spiritualitás szerepe az orvosi gyakorlatban

A vallásosság/spiritualitás nemcsak közvetlenül, de a professzionális segítő saját hitbéli meggyőződésein keresztül is befolyásolja az orvos–beteg kapcsolatot. Astrow és Sulmasy eredményei szerint például azokra az onkológián dolgozó orvosokra és nővérekre, akik nagyon vallásosnak mondták magukat, az emocionális kimerültség alacsonyabb foka volt jellemző, és empatikus készségük tekintetében is több tartalékkal bírtak, mint az ugyanott dolgozó, nem vagy kevésbé vallásos csoport tagjai (Astrow és Sulmasy 2004). Hasonló vizsgálatában Kash a kiegészítés (*burnout*) alacsonyabb értékeit találta a megkérdezett onkológusok, házi betegápolók és nővérek vallásos csoportjában (Kash és mtsai 2000).

Képzések, tréningprogramok orvosok és professzionális segítők számára a vallásosság/spiritualitás dimenziójával összefüggésben

Felismerve a páciensek felől érkező igény és az egészségügyi személyzet képzettsége és jártassága közt feszülő distanciát, mind több kórház, egyetem és alapítvány indít képzéseket és tréningprogramokat a vallásosság/

spiritualitás tárgykerében. E tréningek elsődleges célja az emocionális distressz csökkentése azáltal, hogy a segítők jártasságot szereznek a hitbéli meggyőződésekkel kapcsolatos kérdések explorálásában, illetve azok kifejezésének támogatásában. Az eredmények szerint az e kurzusokat elvégzők jobban képesek azonosítani a spirituális distresszt a betegekben, a hozzátartozókban és önmagukban, újfajta tudatosságra, érzékenységre és nyelvi kifejezőkészségre tesznek szert a vallási/spirituális témák vonatkozásában, és kapcsolatukat a páciensekkel és a hozzátartozókkal is gazdagabbnak és értelemtelibbnek írják le (Todres és mtsai 2005).

Egyes egyetemek az orvosképzés curriculumába is felvették a spirituális tréninget, külön figyelmet fordítva a páciensek spirituális szükségleteinek felismerésére, azok egészségügyi állapotra kifejtett hatásának felmérésére, az orvos saját vallási/spirituális meggyőződése és gyógyító tevékenysége közti kapcsolatok megértésére, valamint a lelkészek gyógyító teamben betöltött szerepének és feladatának ismeretére (Graves és mtsai 2002).

Vizsgálati eszközök a páciensek vallási/spirituális elköteleződésének és gyakorlatának megismeréséhez

Mióta a témával foglalkozó legátfogóbb kézikönyv (Koenig és mtsai 2001) oldalain a spirituális anamnézis felvételét az orvosok feladataként jelölték meg, e munkát segítő számos interjú- és mérési technika került kifejlesztésre és standardizálásra. Az alábbiakban következnek ezek közül néhány, a teljesség igénye nélkül (National Cancer Institute 2003):

a) Papír-ceruza tesztek

- *Duke Vallásosság Index (DRI)*: speciálisan daganatos betegek vizsgálata során kifejlesztett rövid, 5 ítemet tartalmazó kérdőív, mely inkább a vallásos bevonódást, és kevésbé a spiritualitást méri.
- *Hiedelemrendszer Kérdőív (SBI)*: szintén onkológiai betegeken standardizált mérőeszköz, mely két faktort mér, a vallásos/spirituális hiedelmek és gyakorlatok fontosságát, valamint a vallásos/spirituális közösség támogatásának értékességét az egyén számára.
- *A Vallásos Coping Rövid Mérése (RCOPE)*: előnye, hogy nem speciális betegségcsoportra dolgozták ki, és a pozitív és negatív megküzdési stratégiákat külön faktoron méri.
- *Spirituális Jólét (FACIT-Sp)*: a krónikus betegek életminőségét vizsgáló átfogó kérdőív (FACIT) önállóan is alkalmazható eleme, mely a tradicionális vallásos és a spirituális dimenziót külön méri. Két faktora a hit és az értelem/békesség.

b) Interjú-eszközök

A kifejlesztett eszközök a félig strukturált interjú módszerét használják. Elsődleges céljuk és előnyük, hogy facilitálják az explorációt, és dialógusba vonják a páciens.

- *SPIRIT (The SPIRITual History)*: 22 kérdéssel a vallás/spiritualitás témakörének 6 részterületét fedi le, ezek: spirituális hitrendszer, személyes spiritualitás, spirituális közösséghez tartozás, rituális gyakorlatok és korlátozások, az orvosi ellátást érintő következmények és a halállal kapcsolatos elképzelések. A SPIRIT kritikusan szerint a súlyos betegeket nagyon megterheli a túl sok kérdés, előnye viszont, hogy az egyes kérdéscsoportokat külön alkalmakkor is fel lehet venni.
- *HOPE*: a kérdéseket négy különálló faktorba csoportosították, ezek: a remény, erő, vigasz, értelem, békesség és szeretet forrása a páciens életében, az intézményesített vallásosság fontossága, személyes spiritualitás és gyakorlat, a vallási/spirituális hiedelmek hatása a beteg ellátására (Anandarajah és Hight 2001).

Amint láthattuk, vallás és egészség, spiritualitás és egészség kapcsolata komplex, sokféle nézőpontból, sokféle megközelítésben és módszerrel vizsgálható kérdéskör, ami nem meglepő, hisz a spiritualitás lényegéhez tartozik, hogy az élet teljességét fogja és hatja át, és pont ez az, ami miatt a krónikus betegségekben jelentősége kitüntetett. Ha addigi jól elrendezett világunk, biztonságunk hite és a mindennapok keretei hirtelen összeomlanak, hitünk jelentheti azt a kapaszkodót, amelynek segítségével életünk teljességét újraépíthetjük. Frankl (1996, 45) írja az élet értelmének megtalálásához vezető lehetséges utakról szólva: „ahol egy megmásíthatatlan sorssal kerülünk szembe, mondjuk egy gyógyíthatatlan betegséggel, egy operálhatatlan rákkal, tehát ott is, ahol mint tehetetlen áldozatok egy reménytelen szituáció középpontjába kerülünk [...] éppen ott, ahol egy szituációt nem változtathatunk meg, az a követelmény, hogy önmagunkat változtassuk meg, érzünk és növekedjünk, nőjünk túl önmagunkon! És ez a halálig lehetséges!”

Irodalom

- Albaugh J. A. (2003): Spirituality and life-threatening illness: a phenomenologic study. *Oncology Nursing Forum*, 30 (4): 593–598.
- Anandarajah G., Hight E. (2001): Spirituality and medical practice: Using the HOPE Questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 63 (1): 81–89.

- Antonovsky A. (1985): *Health, stress and coping*. Jossey-Bass Publ., San Francisco.
- Astrow A. B., Sulmasy D. P. (2004): Spirituality and the Patient-Physician Relationship. *JAMA*, 291 (23): 2884.
- Braam A. W., Hein E., Deeg D. J., Twisk J. W., Beekman A. T., van Tilburg W. (2004): Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Aging and Health*, 16 (4): 467-489.
- Breitbart W., Gibbson C.H., Poppito S. R., Berg A. (2004): Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (6): 366-372.
- Chibnal J. T., Videen S. D., Duckro P. N., Miller D. K. (2002): Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*, 16 (4): 331-338.
- Chochinov H. M. (2006): Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *Cancer Journal for Clinicians*, 56 (2): 84-103.
- Coward D. D., Kahn D. L. (2004): Resolution of spiritual disequilibrium by women newly diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31 (2): 324-331.
- Csikszentmihályi M. (1997): *Flow. Az áramlat: A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémiai, Budapest.
- Davis C. G., Noelen-Hoeksema S., Larson J. (2005): Veszteségélmény, jelentéstulajdonítás és előnykövácslás: A jelentés két megközelítése. In: Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt: Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest, 149-176.
- Durkheim, E. (2003): *Az öngyilkosság*. Osiris, Budapest.
- Ehman J. W., Ott B. B., Short T. H., Ciampa R. C., Hansen-Flaschen J. (1999): Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine*, 159 (15): 1803-1806.
- Ellison C. G., Levin J. S. (1998): The religion-health connection: evidence, theory and future directions. *Health Education & Behavior*, 25 (6): 700-720.
- Emmons R. A., Paloutzian R. F. (2003): The Psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 54, 377-402.
- Engel G. L. (1977): A need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286): 129-136.
- Farkas L., Gerevich J. (2005): Vallásosság és egészség kapcsolatának kutatása: elméleti kontextus. *Egészségfejlesztés*, XLVI (3): 23-27.
- Feher S., Maly R. C. (1999): Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psychooncology*, 8 (5): 408-416.
- Frank A. W. (2005): A sebzett mesélő: betegség és erkölcs. In: Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt: Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest, 90-105.
- Frankl V. E. (1996): *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Kötet Kiadó, Budapest
- Genia V. (1997): The Spiritual Experience Index: revision and reformulation. *Review of Religious Research*, 38 (4): 344-361.
- Graves D. L., Shue C. K., Arnold L. (2002): The role of spirituality in patient care: incorporating spirituality training into medical school curriculum. *Academic Medicine*, 77 (11): 1167.
- Hart A. Jr., Kohlwes R. J., Deyo R., Rhodes L.A., Bowen D. J. (2003): Hospice patients' attitudes regarding spiritual discussions with their doctors. *The American journal of Hospice and Palliative Care*, 20 (2): 135-139.

- Jarvis G. K., Northcott H. C. (1987): Religion and differences in morbidity and mortality. *Social Science and Medicine*, 25 (7): 813–824.
- Kash K. M., Holland J. C., Breitbart W. et al. (2000): Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*, 14 (11): 1621–1633.
- Koenig H. G., McCullough M., Larson D. B. (2001): *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. Oxford University Press, New York.
- Kristeller J. L., Zumbun C. S., Schilling R. F. (1999): 'I would if I could': how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psychooncology*, 8 (5): 451–458.
- Kulcsár Zs., Nagy H. (2005): A szomatizáció problémája a családorvosi gyakorlatban V. *Családorvosi Fórum*, 5 (1): 40–45.
- Laubmeier K. K., Zakowski S. G., Bair J. P. (2004): The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11 (1): 48–55.
- Levin J. S., Vanderpool H. Y. (1987): Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Science and Medicine*, 24 (7): 589–600.
- Lo B., Ruston D., Kates L. W. et al. (2002): Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *JAMA*, 287 (19): 2504.
- McClain C. S., Rosenfeld B., Breitbart W. (2003): Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet*, 361 (9369): 1603–1607.
- McCord G., Gilchrist V. J., Grossman S. D., et al. (2004): Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine*, 2 (4): 356–361.
- McKee D. D., Chappel J. N. (1992): Spirituality and medical practice. *Journal of Family Practice*, 35 (2): 201–205.
- Monroe M. H., Bynum D., Susi B., et al (2003): Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Archives of Internal Medicine*, 163 (22): 2751–2756.
- Moreira-Almeida A., Neto F. L., Koenig H. G. (2006): Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28 (3): 242–250.
- Murray S. A., Kendall M., Boyd K., Worth A., Benton T. F. (2004): Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18 (1): 39–45.
- Musick M. A. (1997): *Social support and well-being among the elderly: The nature and effect of reciprocal exchanges*. Unpublished Doctoral Dissertation. Duke University, Durham, NC.
- National Cancer Institute (2003): Spirituality in Cancer Care. Supportive care statement for Health professionals. <http://www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000328116.html>. Elérés: 2008. március 10.
- Nelson C. J., Rosenfeld B. J., Breitbart W., Galietta M. (2002): Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43 (3): 213–220.
- Park C. L., Folkman S. (2005): Jelentés a stressz és a megküzdés kontextusában. In: Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt: Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest, 109–148.
- Pikó B. (1999): A vallás és egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése. *Szociológiai Szemle*, (3): 124–133.
- Rousseau P. (2000): Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (9): 2000–2002.
- Skrabski Á., Kopp M., Rózsa S., Réthelyi J. (2004): A koherencia, mint a lelki és testi egész-

- ség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéne és Pszichosomatika*, 5 (1): 7–25.
- Smith E. D. (1995): Addressing the psychospiritual distress of death as reality: a transpersonal approach. *Social Work*, 40 (3): 402–413.
- Smith T. B., McCollough M. E., Poll J. (2003): Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129 (4): 614–636.
- Sulmasy D. P. (2002): A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42 (3): 24–33.
- Tedeschi R., Calhoun L. W. (2005): Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In: Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt: Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest, 37–67.
- Thomas J., Retsas A. (1999): Transacting self-preservation: a grounded theory of the spiritual dimensions of people with terminal cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 36 (3): 191–201.
- Todres I. D., Catlin E. A., Thiel M. M. (2005): The intensivist in a spiritual care training program adapted for clinicians. *Critical Care Medicine*, 33 (12): 2733–2736.
- Tuck I., McCain N. L., Elswick R. K. Jr. (2001): Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (6): 776–783.
- Vasudevan S. (2003): Coping with terminal illness: a spiritual perspective. *Indian Journal of Palliative Care*, 9 (1): 19–24.
- Washburn M. (1988): *The ego and the dynamic ground*. State University of New York Press, Albany.
- Welwood J. (1983): *Awakening the heart*. Shambhala Publications, Boulder.
- White M., Verhoef M. (2006): Cancer as part of the journey: the role of spirituality in the decision to decline conventional prostate cancer treatment and to use complementary and alternative medicine. *Integrative Cancer Therapies*, 5 (2): 117–122.
- Wilber K. (2003): *A Működő Szellem rövid története*. Európa Könyvkiadó, Budapest.
- Williams A. L. (2006): Perceptives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliative Support Care*, 4 (4): 407–417.
- Wilson J., Musick M. A. (1997): Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work. *American Sociological Review*, 62 (5): 694–713.

NAGY, BEÁTA MAGDA

THE PART OF SPIRITUALITY IN THE COPING WITH CHRONIC ILLNESSES

If we come to a point in our lives where we must face losing our health and the irreversible effects a chronic illness has on our lives, the changes in turn alter our cognitive, emotional, physiological, social and spiritual aspects of our personalities. By becoming a chronic patient, our existing view of life is shocked and stirred, our earlier cognitive patterns crumble, and we lose those navigational points, which were our safeguards in our earlier life. The sickness can, in turn, bring positive changes to our lives by giving a chance to build a new life philosophy and a more optimistic point of view, teach us how to value life and empathy toward forgiveness. In recent decades health-psychological and religion-psychological studies have shown, that after becoming a chronic patient, the constructive so-

lutions outlined above are in a strong relationship with the religious/spiritual dimension of our lives.

The author, using data from literature, will review the possible effect factors of the link between religion/spirituality and health, describe some of the theories concerning the link of chronic illnesses and spirituality and the results gathered from related clinical tests. Researches concerning the effect religion/spirituality has on doctor-patient relationship will also be introduced, also analysing the part it has in it, and survey schedules will be exhibited, which provides practical help in recognizing the religious/spiritual commitment and use.

Keywords: religion, spirituality, chronic illnesses, meaning-making, doctor-patient relationship