

INDREK LINNUSTE

Spirituaalse dimensiooni integreerimise
võimalusest ja vajadusest tervishoiu- ja
rehabilitatsioonisüsteemis



INDREK LINNUSTE

Spirituaalse dimensiooni integreerimise
võimalusest ja vajadusest tervishoiu- ja
rehabilitatsioonisüsteemis



Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, usuteaduskond

Usuteaduskonna nõukogu otsusega 17. jaanuaril 2025 on Indrek Linnuste doktori-väitekirj "Spirituaalse dimensiooni integreerimise võimalusest ja vajadusest tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemis" (Exploring the Possibility of Integrating Spirituality into Health Care and Rehabilitation System) lubatud kaitsmisele filosoofiadoktori kraadi religiooniuringute erialal kaitsmiseks TÜ usuteaduskonna doktorikraadide kaitsmise komisjonis.

Juhendaja: prof Anne Kull (Tartu Ülikool)

Oponent: prof Kairi Kõlves (Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University, Australia).

Kaitsmine toimub 24. märtsil kell 8.15 TÜ senati saalis

ISSN 1406-2410 (trükis)

ISBN 978-9916-27-816-1 (trükis)

ISSN 2806-2639 (pdf)

ISBN 978-9916-27-817-8 (pdf)

Autoriõigus: Indrek Linnuste, 2025

Tartu Ülikooli Kirjastus

www.tyk.ee

SISUKORD

AVALDATUD ARTIKLID	7
PÕHIMÕISTED	8
SISSEJUHATUS	10
Eesmärgid ja uurimisküsimused	13
1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD	15
1.1. Tervise kontseptsioon ja paradigma muutused tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas	15
1.2. Spirituaalsuse mõiste ja tuumkategoriad	24
1.2.1. Spirituaalne hoolekanne ja palliatiivravi	29
1.2.2. Spirituaalsete aspektide diagnostika ja spirituaalne hindamine	33
2. METODOLOOGIA	42
3. UURINGUD SPIRITUAALSUSEST JA HINGEHOIUST TERVISHOIU- VALDKONNAS	47
3.1. Tervisevaldkonna spetsialistide arvamused ja kogemused spirituaalsuse, hingehoiu ja meditsiinilise pluralismi teemadel 2015–2016 (artikkel III)	48
3.1.1. Uurimisküsimused	49
3.1.2. Meetod	49
3.1.3. Tulemused ja järeldused	50
3.2. Haiglate ja hoolekandeesutuste hingehoidliku töö uutest väljakutsetest COVID-19 pandeemia tingimustes (artikkel V)	51
3.2.1. Lähteülesanne	51
3.2.2. Meetod	51
3.2.3. Tulemused ja järeldused	52
4. ANALÜÜS	54
4.1. Situatsioonianalüüs	54
4.2. SWOT-analüüs	61
4.3. Järeldused	64
4.4. Soovitused	65
KOKKUVÕTE	66
KASUTATUD ALLIKAD	70
SUMMARY	78
LISA 1. Spirituaalsete kriisidega potentsiaalselt seotud diagnoosid	82
LISA 2. Spirituaalse kriisi eristamine psühhopatoloogiast	84
LISA 3. Psühhomeetriselised instrumendid patsiendi spirituaalseks hindamiseks	86

PUBLIKATSIOONID.....	95
Artikkel I: Spirituaalne mõõde tervise kontseptsiooni osana.....	97
Artikkel II: Spirituaalsus kui ressurss inimeste taastumisel ja rehabilitatsioonis	103
Artikkel III: Opportunities of Spiritual Support for Hospital Staff in Estonian Health Care Institutions	123
Artikkel IV: Religioossed ja spirituaalsed kriisid vaimse tervise valguses	141
Artikkel V: Haiglate ja hoolekandeesutuste hingehoidliku töö uutest väljakutsetest COVID-19 pandeemia tingimustes	167
Artikkel VI: Religiooni ja spirituaalsuse roll ning selle hindamise võimalused psühhiaatrilises ravis.....	183
ELULOOKIRJELDUS.....	210
CURRICULUM VITAE	214

AVALDATUD ARTIKLID

Doktoritöö aluseks on eelretsenseeritud teadusajakirjades ilmunud artiklid, millele edaspidises tekstis viitan Rooma numbritega.

- I Linnuste, Indrek. 2016. Spirituaalne mõõde tervise kontseptsiooni osana. – *Eesti Arst*, 95 (2), 105–108. DOI: <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.12613>.
- II Linnuste, Indrek. 2018. Spirituaalsus kui ressurss inimeste taastumisel ja rehabilitatsioonis. – *Ajakiri Sotsiaaltöö*, 2, 80–97.
- III Meel, Liidia; Linnuste, Indrek. 2018. Opportunities of Spiritual Support for Hospital Staff in Estonian Health Care Institutions. – *Health and Social Care Chaplaincy*, Vol. 6, No. 2, 144–158. DOI: <https://doi.org/10.1558/hsc.34970>.
- IV Linnuste, Indrek. 2019. Religioossed ja spirituaalsed kriisid vaimse tervise valguses. – *Mäetagused*, 75, 53–76. DOI: <https://doi.org/10.7592/MT2019.75.linnuste>.
- V Linnuste, Indrek; Kartau, Age Kristel. 2022. Haiglata ja hoolekandeaasutuste hingehoidliku töö uutest väljakutsetest COVID-19 pandeemia tingimustes. – *Usuteaduslik Ajakiri*, 82 (2), 57–70.
- VI Linnuste, Indrek. 2025. Religiooni ja spirituaalsuse roll ning selle hindamise võimalused psühhiaatrilises ravis. – *Mitut usku Eesti VI*, 127–151. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Autori panus artiklitesse

Olen artiklite I, II, IV ja VI ainus autor. Artiklid III ja V on kirjutatud koos kaasautoriga, mõlema artikli puhul jaotus panus võrdselt kahe autori vahel. Artikli III aluseks olnud uuringu valmistamiseks ette (ankeetküsitluse koostamine, küsitluse sihtgrupiga kontakteerumine) ja viisime läbi koos kaasautoriga, kumbki keskendudes oma uurimisfookusele (mina spirituaalsusele ja kaasautor hingehoiule tervishoius), millele järgnes informatsiooni analüüs. Artikkel V tugineb kahest osast koosnevale uuringule (struktureerimata intervjuud hingehoidjatega ja küsitlus haiglates), mida valmistamiseks ette, teostasime ja analüüsisime koos kaasautoriga.

PÕHIMÕISTED

Hingehoid – professionaalne tugi eksistentsiaalsetes ja usulistes küsimustes, mida koolitatud spetsialist (hingehoidja või kaplan, kutsestandardi tasemega 6 või 7) pakub vastavalt toetust vajava inimese vajadustele ja uskumustele; hingehoidja kuulub kas mõnda Eesti Kirikute Nõukogu liikmeskirikusse või Eestis ametlikult registreeritud usuühendusse, millel on Eesti Kirikute Nõukogu heakkiit.

Müstiline kogemus – sageli pühaks peetud, elumuutva potentsiaaliga teadvus seisund, millele viitab (William Jamesi järgi) neli universaalset aspekti: 1) kirjeldamatu/sõnulseletamatu (*ineffable*); 2) intuiitivne/noetiline (*noetic*): müstik jõuab kogemuse vältel seisundisse, mis annab ligipääsu vaimsetele kaemustele (*spiritual insights*), mida tavapärasel teadvus seisundis pole võimalik saada; 3) lühiajaline (*transient*): kogemus on ajaliselt piiratud ja möödub; 4) passiivne (*passive*): kogemust ei ole võimalik kontrollida, isegi seda esile kutsudes ei suudeta seda ratsionaalselt juhtida.

Palliativravi – tegevused, mis parandavad eluohtlikus haigus seisundis patsientide ja nende lähedaste elukvaliteeti ning mille abil saab ennetada ja leevendada (füüsilisi, psühhosotsiaalseid ja spirituaalseid) kannatusi, neid varakult identifitseerides ja hinnates ning võttes kasutusele sobivaid meetmeid.

Psühhoos – psüühikahäire, mille puhul mõtlemine, tundeelu, võime ära tunda reaalsust ja teistega suhelda on niivõrd kahjustatud, et see tugevasti segab inimese võimekust saada reaalsusega hakkama; psühhoosi klassikalised tunnused on ümbritseva reaalsuse valesti tõlgendamine, hallutsinatsioonid, luululine mõtlemine ja illusioonid; mõjutatud on kognitiivsed, käitumise ja emotsionaalsed funktsioonid.

Psüühika- ja käitumishäired – kliiniliselt määratletavad tundmuslikud ja käitumuslikud märgid ja sümptomid, mis häirivad inimese kohanemisvõimet sotsiaalses keskkonnas ja inimsuhetes ning tema võimet enese eest hoolitseda (nt depressioon ehk haiguslik meeleolulangus koos kindlate lisatunnustega); diagnoosimisel kasutatakse Eestis Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10), mille kohaselt väldib mõiste *psüühikahäire* kasutus probleeme, mis tekivad sõnade *haigus* ja *tõbi* kasutamisel.

Rehabilitatsioon – patsiendi haiglaravijärgne toetamine erinevate teenuste abil (nt tööalane ja sotsiaalne rehabilitatsioon).

Religioosne luul – kinnistunud usulised või spirituaalsed uskumused (nt suurus-, tagakiusamis-, patu- ja enesesüüdistusluul), mida ei aktsepteeri teised samas kultuuriruumis viibivad inimesed; näiteks võib inimene uskuda, et ta on Jumal või taassündinud Jeesus või et teda kiusavad deemonid.

Spirituaalne dimensioon – inimesele omane dünaamiline mõõde, mille alla kuulub eksistentsile tähendust andev osa. See hõlmab nii ühenduse otsimist millegi

üleloomuliku või transtsendentaalsega, aga ka elule tähenduse andmist ning eesmärgi otsinguid. Spirituaalsus võib, kuid ei pruugi, olla seotud kindla religiooniga. See väljendub ühenduses inimese enda valitud ja/või religioossete uskumuste, väärtushinnangute ning tavadega, mis on pühad ja motiveerivad indiviidi püüdlema oma parima olemuse poole.

Spirituaalne kompetents – tervisetöötajate pädevus märgata, hinnata ja arvesse võtta patsientide religioosset ja spirituaalset maailmavaadet ning kultuuritausta.

Terviseedendus – protsess, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli tervise üle ning seeläbi tugevdada oma tervist (definiitsioon 1986. a Ottawa harta järgi).

Tervisekäitumine – tegevuste kogum, mis toetab inimese tervise edendamist, kaitsmist või säilitamist (nt toitumisharjumused, kehaline aktiivsus, tubaka, alkoholi jt sõltuvust tekitavate ainete tarbimine, turvakäitumine jms).

Tervisemõjurid ehk tervise determinandid – tegurid, mis kutsuvad üksikisiku, grupi või rahvastiku tervises esile muutusi kas paremuse või halvemuse suunas; katusmõistena hõlmab suurt hulka tõendus põhiseid ja omavahel põimunud üksikmõjureid ja nende kombinatsioone.

Tervishoiuteenus – tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervises seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist.

Transkultuuriline psühhiaatria – psühhiaatria valdkond, mis keskendub ja uurib psüühiliste ja käitumuslike probleemide ravis psühhopatoloogia sotsiaalsetele ja kultuurilistele aspektidele, võttes arvesse ka indiviidide, perede ja kogukondade spirituaalseid ja religioosseid erisusi, mis tulenevad nende erinevast kultuuritaustast. Hõlmates nii seda, kuidas erinevad kultuurid mõistavad ja kogevad vaimseid häireid, kui ka seda, kuidas kultuurilised tegurid võivad mõjutada diagnoosimist ja ravi.

Vaimne tervis – heaoluseisund, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevaelu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks.

SISSEJUHATUS

Tähenduste otsimine ja elu mõtestamine kuulub inimeseks olemise juurde. Püstitatud eesmärgid, mida erinevates eluetappides motiveeritult täidetakse, ning väärtused ja vourused, millele meie põhimõtted tuginevad, võivad muutuda hapraks või koguni puruneda, kui seisame silmitsi raskustega. Raskustesse või kriisi sattudes, haigeks jäädes või tavamõistusega seletamatuid ilminguid kogedes võimenduvad kõikvõimalikud eksistentsiaalsed küsimused. Mis seni on kaljukindlana aidanud meid elus toime tulla, on muutunud kasutuks. Haiguste ja tervisehäirete põhjused ja nende välja kujunemine ei toimu haiglaseinte vahel, vaid meie elukeskkonnas, ühiskonnas ja kultuuriruumis laiemalt. Ravile sattudes esitatakse endale neid küsimusi, kuid oodatakse vastuseid ja loodetakse saada abi ja selgitusi ka ravipersonalilt.

Psühholoogia- ja rahvatervisealase väljaõppe kõrvalt olen üle viieteistkümne aasta töötanud tervishoiusüsteemis (SA Pärnu Haigla) rehabilitatsioonimeeskonnas, seetõttu saan eelkõige praktikuna tuua esile käesoleva uurimuse aktuaalsuse. Lisaks suunas mind vaimse tervise teemaga sügavamalt tegelema läbitud hingehoiukoolitus, mis keskendus suuresti somaatilistele haigustele ja väärikale surmale. Konverentsidel loodud kontaktid Euroopa ja laiemalt kogu maailma spetsialistidega motiveerisid veelgi enam käsitlema spirituaalseid teemasid ka Eestis. Teades, et seda temaatikat kajastatakse sageli peamiselt populaarteaduslikult või emotsiooni- ja intriigikeskselt, tekkis soov teemaga kaasnevaid nähtusi kirjeldada ja analüüsida akadeemilisest vaatenurgast.

Uurimuse aktuaalsus ja vajalikkus tuleneb nii uue vaimse kiirest levikust ja populaarsusest Eestis kui ka spirituaalsust käsitlevate relevantsete uuringute vähesusest. Nimelt leiab suhteliselt vähe selliseid uurimusi, mis käsitlevad kitsamalt spirituaalse dimensiooni integreerimist tervishoius ja rehabilitatsioonis. Seni on spirituaalse toetuse temaatika asemel käsitletud pigem konservatiivsemat hingehoiuvaldkonda, kuid ka see teenus puudub ametlikult Eesti Tervisekassa tasuliste teenuste hinnakirjast, mis annaks aluse efektiivsemaks abi osutamiseks kliinilises töös.

Spirituaalsus on samuti ressurs nagu ka üldisemalt tervis ning ressursina käsitletavat spirituaalsust teadvustades on võimalik panna see teenima elukvaliteedi tõstmise eesmärki. Tervist kui ressursi on kirjeldatud Maailma Terviseorganisatsiooni (edaspidi WHO) Ottawa hartas.¹ Spirituaalset ressursi võib vaadelda positiivsete omadustega tervise mõjurina, nagu mitmed uurimused kinnitavad,² ning pidada teguriks, mille abil võtab inimene vastutuse, panustab

¹ WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion, lõik 4. – *World Health Organization webpage*. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (vaadatud 17.04.2021).

² Koenig, Harold G.; McCullough, Michael E.; Larson, David B. 2001. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press. Koenig, Harold G.; King, Dana E.; Carson, Verna B. 2012. *Handbook of Religion and Health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

teadlikult oma tervise üle kontrolli saavutamisse ehk võimestumisse. See eeldab, et inimene loobub oma tervise mõjutamise nimel tavapärasest passiivsest rollist.³ Tervishoiutöö kontekstis seab käesolev uurimus esiplaanile uue vaatenurga psühhiaatrilistele diagnoosidele, laiendades neid **spirituaalsete kriiside** mõiste abil.

Doktoritöö põhitähelepanu on rehabilitatsioonitöö spirituaalsel dimensioonil ja sellega arvestamise olulisusel tervishoiusüsteemis, mistõttu langeb see teatud mõttes samasse konteksti Marko Uibu ja Liidia Meele doktoritööde teemadega⁴. Kui Uibu teadustöö keskendus peamiselt uue vaimsuse määratlemisele laiemalt Eesti post-institutsionaalses religioosnes situatsioonis ning Meel uuris oma doktoritöös interdistsiplinaarset meeskonnapõhist hingehoidu ja selle rakendamise võimalusi Eesti tervishoiuasutustes, pöörates tähelepanu eelkõige surma ja leinaga seotud teemadele palliatiivraviv ja hingehoiutöös, siis sinne uurimus keskendub eelpool nimetatud doktoritöös käsitlemata jäänud **spirituaalse dimensiooni** aspektidele ning toob fookusesse kitsamalt **vaimse tervise kliinilise konteksti (psühhiaatria)** ning laiemalt **haigusest või tervisehäiretest taastumise teekonna (rehabilitatsiooni)**.

Viimasel ajal on suurenenud tähelepanu mitmesugustele spirituaalsetele kriisidele, mida inimesed kogevad eeskätt kiiresti levivate uue vaimsuse (New Age) praktikate tõttu. Järjest olulisemaks muutub spirituaalse toetamise juures inimest mõjutava konteksti mõistmine, sest sageli paneb see proovile teda abistavad vaimse tervise spetsialistid ja hingehoidjad, kes on küllaltki konservatiivse väljaõppega ning tuginevad oma teadmistes ja oskustes sageli vaid kristlikule paradigmale. Samas annab globaliseerumine, religioosne pluralism ja esoteerika populaarsus elanikkonna hulgas jõuliselt märku, et spirituaalne dimensioon on aktuaalne. Uue vaimsuse kontekstis leviv eneseotsingute trend katsetada eksootilisi praktikaid (*ayahuasca* tseremooniad, *kambo*-konnamürgi praktikad, *kundalini* äratamine, näljalaagrid, hauda matmise praktikad jms) nõudis 2018. aastal Eestis esimese inimelu⁵ ning uudis sellest tekitas meedias terava diskussiooni. Kuigi mitmed sarnased juhtumid on varem viinud inimesi psühhiaatrilisele ravile, on ilmne, et konfidentsiaalsusnõudega seotud kliinilise töö tõttu ei jõua nende juhtumite käsitlemine ajakirjandusse ning sageli jäävad need spetsiifilisemalt analüüsimate ka raviaasutuses, kus rõhk on eelkõige akuutsel haiguspildil, mitte patsienti puudutaval laiemal kontekstil.

³ Aro, Ilme; Puusepp, Kristi. 2007. Võimestamine ja võimestumine – mõisteanalüüs. – *Eesti Arst*, 86 (10).

⁴ Uibu, Marko. 2016. *Religiosity as Cultural Toolbox: A Study of Estonian New Spirituality*. Tartu: University of Tartu Press. URL: <https://dspace.ut.ee/items/8f4df2fb-d62d-4240-9604-1df0c347bb81> (vaadatud 12.12.2020). Meel, Liidia. 2018. *Interdisciplinary Team Based Pastoral Care Model for Estonian Healthcare Institutions*. Tartu: University of Tartu Press. URL: <https://dspace.ut.ee/items/7f9a6d29-6a75-4135-b7ad-8d74ced0497c> (vaadatud 12.12.2020).

⁵ Pärli, Merilin. 2018. Surm konnamürgiseansil: keskealise mehe süda seiskus. – *Eesti Rahvusringhäälingu koduleht*, 02.10. URL: <https://www.err.ee/865857/surm-konnamürgiseansil-keskealise-mehe-suda-seiskus> (vaadatud 17.04.2021).

Viimases Eesti inimarengu aruandes (2023) toovad alternatiivmeditsiini tahke uurinud eksperdid esile põhisõnumi, et Eesti alternatiivtõlgenduslikud sotsiaalmeediagrupid täidavad tervishoiusüsteemi ressursipuudusest tekkinud tühimikke, asudes samas selle pilgu alt ja mõjusfäärist väljas. Sotsiaalmeediagruppides antavad tõlgendused võivad olla nii toetavad ja jõustavad kui ka väärinfot edastavad ning vaimset tervist ja heaolu õhnestavad.⁶

Enesekohaseid uskumussüsteeme, kaitsemaagiast ja palja silmaga nähtamatuid fenomene leidub usundilises folklooris rohkesti ning need narratiivid ja väljendused on saatnud inimesi muistsest ajast tänapäevani, mil internetifoorumid on folkloristidele ja religiooniuurijatele osutunud teadustööks viljakaks pinnaseks.⁷ Nii jõuavad sellised uskumussüsteemid koos patsiendi rolli sattunud inimestega raviasutustesse, kusjuures need ei kao kuhugi haigustest ja tervishäiretest taastumise teekonnal või psüühilise erivajaduse tõttu hospitaliseerimise korral.

Folklooriuuringutes on seda kajastatud kui vernakulaarset religiooni ehk rahvapärast, mitteinstitutionaalset usuvormi. Tuginedes viimasele kolmele rahvaloendusele (2001., 2011. ja 2021. aastal), kus muuhulgas koguti infot ka Eesti elanike usuliste veendumuste kohta, peab mingit laadi usku omaks 29% küsitletutest.⁸ Samuti ilmestavad Eesti elanike religioosset identiteeti Eesti Uuringukeskuse 2020. aastal tehtud religioonisotsioloogilise uuringu „Elust, usust ja usuelust“ tulemused, mille kohaselt määratles ennast vaimse, aga mitte-religioosse inimesena 28% üldvalimis vastanutest, kusjuures usklikuks peab ennast 19% ning religioosust või vaimsust otsivaks inimeseks 10% vastanutest. Võrreldes teiste Eestis levinud religioonide ja maailmavaadetega tunneb kristlusega kas suurel määral või mõnevõrra lähedust koguni 63% vastanutest. Küsitlusele vastanud inimestest 33% on elu jooksul kogenud midagi üleloomulikku või ratsionaalselt seletamatut.⁹ Seega näitavad nii rahvaloenduse andmed kui ka Eesti Uuringukeskuse küsitlus, et isegi kui inimene ennast usklikuks ei pea, on spirituaalsusel eestlaste elus oluline koht.

⁶ Tiidenberg, Katrin; Renser, Berit; Uibu, Marko; Seema, Riin. 2023. Osaluskuultuuriline heaolu ja vaimne tervis. – *Eesti inimarengu aruanne 2023*. Toimetanud Katrin Tiidenberg ja Merike Sisask. Tallinn: Eesti Koostöö Kogu, 251–261.

⁷ Hiimäe, Reet. 2014. Rollid ja rollikäitumine interneti esoteerikafoorumites. – *Maailm ja multitasking*. Koostanud ja toimetanud Mare Kõiva. Tartu: EKM Teaduskirjastus, 109–132. Uibu, Marko. 2014. Inglise ja inglise internetifoorum uue vaimsuse kandjate ja legitimeerijatena. – *Mäetagused*, 56, 181–204. DOI: <https://doi.org.10.7592/MT2014.56.uibu>.

⁸ Eesti Statistikaamet. 2022a. Rahvaloendus. Usku omaks pidavate inimeste osakaal püsib muutumatuna, õigeusk on jätkuvalt levinuim. – *Statistikaameti koduleht*, 02.11. URL: <https://www.stat.ee/et/uudised/rahvaloendus-usku-omaks-pidavate-inimeste-osakaal-pusib-muutumatuna-oigeusk-jatkuvalt-levinuim> (vaadatud 02.07.2024).

⁹ Eesti Uuringukeskus. 2021. Elust, usust ja usuelust 2020. – *Eesti Kirikute Nõukogu veebileht*. URL: <https://ekn.ee/wp-content/uploads/2024/04/2020.pdf> (vaadatud 11.08.2023).

Eesmärgid ja uurimisküsimused

Doktoritöö üldisem eesmärk on juhtida tähelepanu inimese spirituaalsele dimensioonile ja uurida selle rakendamise võimalusi Eesti tervishoiusüsteemis. Sellest lähtudes on uurimuse eesmärgid järgmised:

1. Anda ülevaade olukorrast, et kaardistada vajadus ja võimalus rakendada spirituaalsuse dimensiooni tervishoiusüsteemis ning tõsta esile spirituaalsust kui seni vähekasutatud, kuid potentsiaalset ressursi rehabilitatsioonis (spirituaalne toetus, hindamine, taastumine, hingehoid).
2. Teha kindlaks, millised on haiglates töötavate tervisevaldkonna spetsialistide kokkupuuted tervise teemadega tegelevate alternatiivsete vaimsete õpetustega, ning uurida võimalust arvata erialase ettevalmistusega hingehoidjaid haiglate personali koosseisu või teha hingehoidjatega koostööd.
3. Laiendada terviseedendajate ning tervise-, vaimse tervise ja rehabilitatsioonitöötajate arusaamasid spirituaalsetest teemadest.
4. Laiendada käibel olevat tervisekontseptsiooni, lülitades sellesse spirituaalse dimensiooni.

Doktoritöö eesmärgist lähtudes püstitasin järgmised uurimisküsimused:

1. Mida kujutab endast spirituaalne mõõde? Kuivõrd on võimalik tervisekontseptsiooni laiendada spirituaalse mõõtme lisamisega (**artikkel I**)?
2. Mida kujutab endast teadvustatud individuaalne spirituaalne ressurss ja kuivõrd on see elukvaliteeti tõstva potentsiaaliga? Milline roll on patsiendil endal oma toimetuleku parandamises ja millist spirituaalset tuge saab talle vajadusel pakkuda toetav personal (**artiklid II ja IV**)?
3. Kas ja mil määral on vaimse tervise maastikul ning kitsamalt psühhiaatrias võimalik võtta kasutusele spirituaalse kriisi diagnostika (**artikkel IV**)?
4. Milliseid võimalusi spirituaalse toe saamiseks pakub Eesti tervishoiusektor? Kas haiglate personal peab oluliseks spirituaalse toe pakkumist või hingehoidja kaasamist meeskonda (**artikkel III**)?
5. Millised on kitsaskohad spirituaalsuse integreerimisel Eesti tervishoiusüsteemi (**artiklid V ja VI**)?

See uurimus on olemuselt kahtlemata multi- või isegi interdistsiplinaarne, hõlmates ja omavahel põimides rahvatervishoiu, psühholoogia, psühhiaatria, rehabilitatsiooni, teoloogia jt valdkondade mõisteid ning teoreetilisi ja praktilisi seisukohti. Uurimistulemuste valiidsuse tagamiseks kasutan kombineeritult mitmeid uurimismeetodeid, sest see võimaldab uurida spirituaalset dimensiooni mitmekülgsemalt ja täielikumalt. Esmalt kogusin andmeid Eesti haiglate personaliga läbiviidud intervjuude ja küsitluste abil, et selgitada teadlikkust spirituaalsusega seotud teemadest ning tuvastada probleeme, mida tervishoiutöötajad oma töös

kogevad. Uurimuse teoreetilistest lähtekohtadest ülevaate saamiseks töötasin läbi sellel teemal ilmunud teaduskirjanduse. Mõistete definitsioonide ja kontseptsioonide esitamisel arvestasin lisaks arstide väljendatud seisukohtadega ka tervishoiusektoriga seotud teiste erialade esindajate (õendus, psühholoogia, sotsiaaltöö, teoloogia jt) vaatenurkadega. Samuti võtsin arvesse Maailma Terviseorganisatsiooni, Maailma Psühhiaatri Assotsiatsiooni ja teiste võtmeorganisatsioonide seisukohti ning lisasin illustreerivaid näiteid nii minu enda kliinilise töö praktikast kui ka juhtumeid tervishoiuteenuseid ja rehabilitatsiooni pakkuvatest meditsiinasutustest.

Doktoritöö katuspeatükk jaguneb neljaks osaks, millest esimene annab ülevaate tervisekontseptsioonist ja spirituaalse dimensiooni aktsepteerimisest Maailma Terviseorganisatsioonis, diskuteerib spirituaalsuse mõiste defineerimise keerulisuse üle ja pakub välja tervisekontseptsiooni laiendamise sellesse spirituaalse mõõtme lisamisega (**artikkel I**). Esimene osa kirjeldab ka spirituaalse toe pakkumise võimalust hoolekandes ja rehabilitatsioonis (**artikkel II**) ning spirituaalse kriisi diagnostika kasulikkust kitsamalt psühhiaatria valdkonnas (**artikkel IV**). Teine osa tutvustab spirituaalsuse uurimise metodoloogiat, andes ülevaate kompleksusteaduse olemusest ja situatsioonianalüüsi meetodist. Kolmandas osas annan ülevaate doktoritöö raames läbi viidud kahest uuringust (**artiklid III ja V**), lisades informatsiooni, mis teadusartiklitest välja jäi. Viimane, neljas osa on pühendatud teaduskirjandusest ammutatud ja läbiviidud uuringute käigus kogutud andmete analüüsile. Koostasini situatsioonianalüüsi kaardid, mis kirjeldavad Eesti tervishoiusüsteemis spirituaalse dimensiooni integreerimisega seotud olukorda, selles protsessis osalevaid osapooli ja nende vahel valitsevaid jõujooni, samuti eri osapoolte väljendatud diskursusi ja protsessi mõjutavaid tegureid, näiteks spirituaalset lõhet patsiendi ja tervisetöötajate arusaamades vaimsusest (**artikkel VI**). Uurimistulemuste põhjal koostatud SWOT-analüüs võimaldab anda hinnanguid sellele, mis toetab või takistab spirituaalsuse dimensiooni rakendamist Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemis ning milliseid võimalusi see pakub.

1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Käesolevas peatükis annan teoreetilise ülevaate spirituaalsuse mõistest. Kuna doktoritöö artiklite maht oli piiratud, pean oluliseks käsitleda seda teemat laiemalt, sidudes spirituaalsuse dimensiooni tervise kontseptsiooni ja tervishoiu valdkonnaga.

Kirjeldan spirituaalsuse mõistet ja selle tuumkategoriaid ning spirituaalsust kui osa tervisekontseptsioonist. Arutlen spirituaalsusega seotud teemade üle, mis puudutavad laiemalt vaimse tervise valdkonda ning kitsamalt psühhiaatria ja kliinilise psühholoogia valdkonda. Siinkohal tuleb kindlasti rõhutada, et vaimne tervis ei võrdsustu sünonüümina psühhopatoloogiaga, vaid on samasugune ressurs nagu tervis laiemalt. Spirituaalsuse tähtsusele vaimse tervise valdkonnas osutab spirituaalse kriisi kontseptsioon kui võimalik diferentsiaaldiagnoos psühhiaatrias. Spirituaalsust saab käsitleda ressursina, mille potentsiaali on tänases tervishoius ja rehabilitatsioonis vähe teadvustatud ja kasutatud. Spirituaalsusega seotud terapeutilisi tehnikaid on integreeritud nii erinevatesse teraapiasuundadesse, patsiendi seisundi hindamise instrumentidesse kui ka testidesse. Patsiendi spirituaalsust, religioossust ja isiklike uskumusi on võimalik efektiivselt hinnata ja kaardistada, selle olulisust patsiendile selgitada või ka selle hindamisest loobuda, kui inimene ei ole sellega nõus. Oluline on tervishoiusüsteemis spirituaalsuse teema tõstatamine, mitte selle ignoreerimine.

1.1. Tervise kontseptsioon ja paradigma muutused tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas

Usk kui fenomen on vanim ravim inimkonna ajaloos. Evolutsioonibioloogiliselt võib tõstatada küsimuse, miks platseebomehhanism üldse esineb. Miks inimesel on vaja ravimeetodisse uskuda, et tulemust saada? Kas looduslikus valikus ei peaks olema eelistatud universaalne paranemisvõime, mis ei sõltu inimese usust, kogemustest ja eelarvamustest?¹⁰ Positiivse mõtlemise jõud tervishoius haakub vast kõige paremini just „lootuse“ mõistega. Kuigi see fenomen on meditsiini-valdkonnas suhteliselt tuntud ja teadvustatud, on seda enamjaolt alati välditud, eiratud ning peetud pigem segavaks ja ebaetiliseks faktoriks, mis justkui pärsiks farmakoloogilise sekkumise mõjuvõimu, kahandades selle usaldusväarsust. Tervishoiusüsteem puutub nii otseselt kui ka kaudselt kokku indiviidi (patsiendi) spirituaalse dimensiooniga (või kitsamalt uskumussüsteemiga) platseeboefekti kaudu, mille nimetuse juured asuvad religioosses pinnases. Platseebo tuleneb ladinakeelsest sõnast *placeo*, mis tähendab endaga rahul olemist. See omakorda pärineb 5. sajandil Hieronymuse tõlgitud Vana Testamendi laulust 114:9: *Placebo Domino in regione vivorum* (Kiidetud olgu Issand elavate maal), mida keskajal lausuti palvena surivoodi kõrval. Mõistet seostati viimse päästeteega, jumaliku

¹⁰ Sepp, Tuul. 2016. Miks usaldatakse alternatiivmeditsiini? – *Sirp*, 17.06. URL: <http://www.sirp.ee/s1-artiklid/c21-teadus/miks-usaldatakse-alternatiivmeditsiini/> (vaadatud 23.08.2017).

sekkumise ja ettehooldega: kui oled Jumalale meelepärane, paranevad kõik su haigused.¹¹ Eestikeelses Piiblis (Ps 116:9) kõlab sama tekstikoht nii: „Ma loodan ikka käia Issanda ees elavate maal.“¹²

Arstiteaduses oli 19. sajandi lõpus ja 20. sajandi alguses üks mõjukamaid isikuid Sigmund Freud. Tema esindas materialistlikke vaateid ning arvas, et religioossust esineb küll sageli, kuid usk kui selline on olemuslikult väär. Selle doktriini järgi on Jumal üksnes sisemiste ihade projektsioon. Kahjuks on psühhoanalüüsi isaks peetud Sigmund Freudi arusaam usundist kui sundneurootilisest süsteemist ehk illusioonist hoidnud alal umbusku ja negatiivset hoiakut psühhiaatriliste patsientide spirituaalsuse suhtes.¹³ Psühhiaatria hülgas religiooni ning jättis selle kaplanite ja vaimulikkonna pärusmaaks. 1960ndatel muutus psühhoanalüüs ja psühhoterapia valdavaks suunaks Ameerika Ühendriikide psühhiaatrias.¹⁴

20. sajandi teisel poolel kaotas psühhoanalüüs oma suure mõju, sest välja kujunesid tasapisi neuroteadused ja kognitiivne psühholoogia. Spirituaalsusele suunatud ravimeetodite populariseerimises mängis ajaloos suurt rolli ka ühendus Anonüümsed Alkohoolikud, mis saavutas oma hiilgeaja 1940–1950ndatel aastatel.¹⁵ See on 12 etapist koosnev programm (nn 12 sammu), mis tunnistab transtsendentseid väärtusi, kuid ei ole seotud mõne kindla religiooniga, seades eesmärgiks suunata inimest oma probleemi teadvustamisele.¹⁶

Terviseteadustes ja psühholoogias on viimased paradigmaatilised muudatused toimunud II maailmasõja järel, mis lisaks keskkonna laastamisele jättis jäljed ka inimeste sisemaailma. Psühholoogias arenes jõudsalt humanistlik suund ning tervisekontseptsioonide käsitlustes on biomeditsiiniliste kontseptsioonide kõrval üha enam hakatud rõhutama elukvaliteedi ja tervisekäitumise (eluviisi) olulisust ja seotust individuaalsete tervisenäitajatega; nüüd nähakse tervist kui dünaamilist ressursi, mitte niivõrd staatilist seisundit. Tervis ei ole mitte stabiilne tasakaalu-seisund, vaid pigem ebastabiilne, aktiivne ja dünaamiline seisund.¹⁷

¹¹ Sõukand, Renata. 2005. Platseebo – kelle jaoks vale? – *Vale teooria Schola biotheoretica XXXI*. Toimetanud Maarja Õpik, Ingmar Tulva ja Ivar Puura. Tartu: Eesti Looduseuurijate Selts, 57.

¹² Piibel 1997: Ps 116:9. URL: <http://www.piibel.net/#q=Ps%20116> (vaadatud 20.05.2024).

¹³ Viljamaa, Seppo. Psüühiliselt haige inimese hingehoid. – *Inimese kõrval. Hingehoiu õpik*. Toimetanud Kirsti Aalto ja Raili Gothóni. Tallinn: EELK Usuteaduse Instituut, 110–111.

¹⁴ Hale, Nathan G. 1995. *The Rise and Crisis of Psychoanalysis in the United States: Freud and the Americans, 1917–1985*. New York: Oxford University Press.

¹⁵ Cheever, Susan. *My Name Is Bill. Bill Wilson—His Life and the Creation of Alcoholics Anonymous*. New York: Simon & Schuster.

¹⁶ Anonüümsed Alkohoolikud. 2024. 12 sammu programm. – *AA Estonia koduleht*. URL: <https://aaestonia.com/mis-aa-12-sammu> (20.05.2024)

¹⁷ Kasmel, Anu; Lipand, Andrus. [2007] 2011. *Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatuse salutoloogiasse*. Tallinn: Eesti Tervisedenduse Ühing, 165–167.

Tervist on aegade jooksul püütud erineval viisil defineerida, kuid neist enim kasutatakse Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) definitsiooni (algselt sõnastatud perioodil 1946–1948). 1986. aastal sõnastati Ottawa hartas tervis kui inimõigus, mis on sama tähtis nagu rahu, keskkond, sotsiaalmajanduslikud faktorid jmt. See pani aluse tervise terviklikule käsitlusele, mille järgi on tervise edendamine seitsmest peamisest põhimõttest lähtuv protsess, mille eesmärkide seas on olulisel kohal inimese enda aktiivne osalemine oma tervisega seotud otsuste mõjutamisel.¹⁸ 1990ndate aastate lõpus parandati mitmeid WHO põhikirjalisi punkte ning tehti ettepanek muuta ka tervise definitsiooni, millesse 1997. aastal lisati spirituaalne aspekt.¹⁹ Uuendatud definitsioonis rõhutatakse tervise dünaamilisust ning sellele on lisatud spirituaalne mõõde. WHO definitsiooni järgi on tervis dünaamiline füüsilise, vaimse, spirituaalse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguste ja puude puudumine.²⁰ Tervis ei ole elamise eesmärk, vaid vahend igapäevase elu elamiseks. See on positiivne mõiste, mis toonitab sotsiaalsete ja individuaalsete ressursside ning füüsilise võimekuse potentsiaali. Seega saab tervist käsitleda ressursina, mida on võimalik kasvatada ja kahandada, sõltuvalt inimese eluviisist. Hanna-Liisa Ennet tõstab WHO Bangkoki harta²¹ tekstist esile tervise käsitlemist inimõigusena:

[...] kõigil inimestel peab olema võimalus saada osa parimast võimalikust n-õ tervisestandardist. Tervis, hõlmates vaimse heaolu, on elu kvaliteedi määraja. Parim võimalik n-õ tervisestandard on igäühe fundamentaalne õigus ja niisuguse õiguse puudumist nähakse inimese diskrimineerimisena.²²

Terviseedendamine on protsess, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervise üle ning seeläbi tugevdada oma tervist.²³ Vaadeldes iga võimalikku osa ehk dimensiooni tervise tervikkäsitlusest, on proportsionaalselt väga vähe (näiteks võrreldes füüsilise tervise) käsitletud just spirituaalse mõõtme kaasamist,

¹⁸ WHO. 2012b. The Ottawa Charter for Health Promotion. – *World Health Organization webpage*, June 16. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (vaadatud 17.04.2021).

¹⁹ WHO. 1997. Review of the constitution and regional arrangements of the World Health Organization. – *World Health Organization webpage*, November 14. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB101/pdfangl/eb1017.pdf (vaadatud 17.04.2021).

²⁰ WHO. 1998. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). – *World Health Organization webpage* URL: <https://iris.who.int/handle/10665/70897> (vaadatud 17.04.2021). Siiski tuleb tõdeda, et paljudes tervise teemasid käsitlevates raamatutes, materjalides ja õppekavades kasutatakse jätkuvalt esialgset, 1940ndatel sõnastatud definitsiooni.

²¹ WHO. 2005. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. – *World Health Organization webpage*. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter> (vaadatud 17.04.2021).

²² Ennet, Hanna-Liisa. 2013. Tervise ja haiguse käsitlused meditsiinifilosoofias. – *Eesti Arst*, 92 (4), 205.

²³ Tervise Arengu Instituut. 2018. Tervise edendamine / Üldpõhimõtted. – *Terviseinfo*, 24.01. URL: <https://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/uldpoimotted> (vaadatud 17.04.2021).

et tugevdada indiviidi tervisekäitumist. Kõik tervisekontseptsiooni osad on WHO integreerinud elukvaliteedi kontseptsiooni ning neid saab domeenidena mõõta selleks loodud WHOQOL-100 testiga.²⁴ 2015. aastal valmis WHO ülemaailmne inimesekesksete²⁵ ja integreeritud tervishoiuteenuste strateegia²⁶, mille põhi-printsiiip on inimesest lähtumine ja inimesekeskne tervishoid. Samad põhimõtted ja lähtekohad leiab ka Eesti Rahvastiku tervise arengukavast (RTA) aastaiks 2020–2030. Hoolekandes on võetud kasutusele mitmed nende teenuste kasutaja vaatenurgast lähtuvad teenuste kvaliteedi standardid, näiteks EQUASS²⁷. Haiglatesse ja hoolekandeesutustesse on tööle võetud kvaliteedispetsialistid, kelle üheks ülesandeks on muuta teenused läbipaistvamaks ja selgemaks nii teenust vajavatele inimestele kui ka nende omastele. Lisaks on haiglate juurde hakatud looma patsientide nõukodasid, mis on vabatahtlikkuse alusel tegutsevad patsientide ja nende lähedaste esindusrühmad, kelle eesmärk on oma kogemuste, arvamuste ja ettepanekutega panustada tervishoiuteenuste arendamisse ja patsiendikesksemaks muutmisesse.²⁸ Patsiendikeskne tervishoiusüsteem toetub viiele printsiibile: vastastikune austus; valikuvõimalus raviotsuste tegemisel ja selleks volituse andmine; patsientide kaasamine tervishoiupoliitikasse; ligipääs vajalikele teenustele ja toetus; täpne, kohane ja piisav teave.²⁹

Märgilise tähendusega on ka Eesti Haigekassa nimemuutus, mis 2023. aasta 1. aprillist kannab Eesti Tervisekassa nime.³⁰ Uus nimi rõhutab senisest enam asutuse tegevuse lõppeesmärki, milleks on inimeste tervise hoidmine ja taastamine, mitte ainult tema eest raviarvete tasumine.

²⁴ WHO. 2012a. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). – *World Health Organization webpage*, March 1. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03> (vaadatud 17.04.2021).

²⁵ Inimesekeskne tähendab mõtte- ja tegutsemisviisi muutmist sellises suunas, kus teenuseid või tooteid kasutavad inimesed on võrdsed partnerid ning arvestatakse nende vajadustega. Inimest nähakse kui indiviidi ja temaga tehakse koostööd sobivate lahenduste väljatöötamiseks nii tervise säilitamisel, parandamisel kui ka haigustega toimetulekul.

²⁶ WHO. 2015a. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services—Interim Report. – *World Health Organization webpage*, March 11. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf (vaadatud 07.04.2021). Inimesekeskne tervishoid võtab arvesse inimest kui tervikut, mitte üksnes konkreetset haigusseisundit või sümptomit. Arvestatakse ka inimese eelistusi ja heaolu ning laiemalt ka tema sotsiaalset ja kultuurilist tausta. Inimesekeskse tervishoiusüsteemi suur eesmärk on viia võimalikult kaugesse tulevikku aeg, mil inimesest saab patsient.

²⁷ EQUASS on Euroopa sotsiaalteenuste kvaliteedijuhtimise süsteem. Vt EQUASS. 2017. About EQUASS. – *European Quality in Social Services webpage*. URL: <https://equass.be/index.php/about-equass> (vaadatud 07.04.2021)

²⁸ Patsientide nõukoda. – *Tartu Ülikooli Kliinikumi koduleht*. URL: <https://www.kliinikum.ee/patsiendile/patsientide-noukoda/> (vaadatud 07.04.2021)

²⁹ Patsiendikesksus. – *Eesti Patsientide Liidu koduleht*. URL: <http://www.patsiendid.ee/patsiendi-oigused/patsiendikesksus> (vaadatud 07.04.21)

³⁰ Lehtla, Eve. 2023. Eesti Haigekassast saab alates aprillist Tervisekassa. – *Sotsiaalministeeriumi koduleht*, 31.03. URL: <https://www.sm.ee/uudised/eesti-haigekassast-saab-alates-aprillist-tervisekassa> (vaadatud 01.02.2024).

Spirituaalse dimensiooni aktsepteerimisest Maailma Terviseorganisatsioonis

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) andis 2022. aastal välja kogumiku WHO raportite analüüsides ja kirjeldustest, mis käsitlevad spirituaalse dimensiooni ja tervisega seotud arutelusid ajavahemikus 1946–2021. Kogumiku autorite väitel on spirituaalne dimensioon olnud WHO assamblee liikmete hulgas pideva diskussiooni objektiks.³¹ 1983. aastal toimunud WHO 36. assamblee raportis kajastatud sõnavõtudest on näha, et spirituaalse ja religioosse (edaspidi S/R) kriisi definitsioon oli küllaltki ebaselgelt sõnastatud. Siiski kinnitati assamblee ühisavalduses, et spirituaalne dimensioon on rahvatervise jaoks olulise tähtsusega ning et seda tuleb rakendada tervishoius ja terviseprogrammides.³² Tähelepanuväärne on, et arutelu algatas koloniaalminevikuga Aafrika väikeriigi esindaja, Svaasimaa tervishoiuminister Samuel Hynd, kes ütles:

Inimese sees on midagi [---] mida võiks nimetada suhtumiseks, motivatsiooniks, liikumapanevaks jõuks või mis iganes nimega seda nimetada või määratleda, aga mida ma eelistan nimetada vaimuks (*spirit*).³³

Assamblee aruandes öeldakse, et sõna „spirituaalne“ viitab „nähtusele, mis ei ole olemuselt materiaalne, kuid kuulub inimõistuses tekkinud [---] õilistavate ideede [*ennobling ideas*] valdkonda“.³⁴ Seega eristati vaimne dimensioon kahel viisil, kvalifitseerides seda ontoloogiliselt (vaimne vs. materiaalne) ja sidudes selle kõrgemate väärtuste valdkonnaga („õilistavad ideed“). „Õilistavate ideede“ mõiste moodustas teatud universaalsete eetiliste põhimõtete ja hoiakute kujul kriteeriumi, mida tollaegses kontekstis tuleb mõista kui „spirituaalset mõõdet“.

1984. aastal võttis WHO 37. assambleel osalenud erinevate riikide esindajate sõnavõtudest väärrib tähelepanu Kanada esindaja Jean Larivière'i ettekanne, milles ta rõhutas eriti spirituaalse dimensiooni psühhosotsiaalsest aspekti ja sõna „spirituaalsus“ sisaldumist (inglisekeelses) mõistes „hooldus“ (*spiritual care*): „Psühhosotsiaalsed kaalutlused eeldavad, et inimesed on spirituaalsed ja armastavad olendid. Spirituaalne dimensioon on tervishoiutöötajate ja tervishoiuteenustega seotud sõna „hooldus“ lahutamatu osa.“³⁵

³¹ Peng-Keller, S.; Winiger, F.; Rauch, R. 2022. The Spirit of Global Health – The world health organization and the ‘spiritual dimension’ of health (1946–2021). Oxford: Oxford University Press.

³² WHO. 2015c. The Spiritual Dimension in Health Care Programmes (Thirty-Sixth World Health Assembly 1983). – *World Health Organization webpage*, March 30. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/159897/1/WHA36_A-Conf.Paper-9_eng.pdf (vaadatud 21.04.2021).

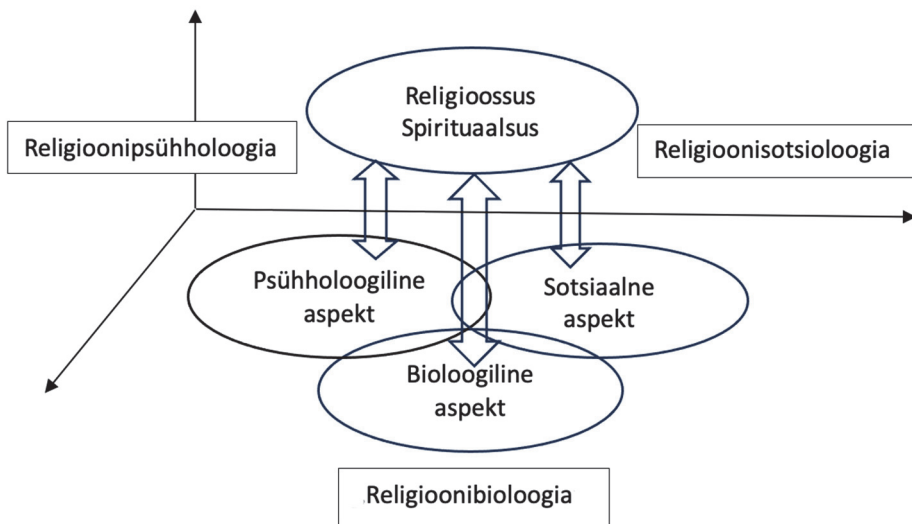
³³ WHO. 2015b. Thirty-Sixth World Health Assembly, Geneva, 2–16 May 1983: summary records of committees. – *World Health Organization webpage*, March 30. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/159888> (vaadatud 21.04.2021).

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Peng-Keller *et al.* 2022: 56.

WHO käsitluses võib spirituaalsus olla omane erinevate usuliste tõekspidamistega inimestele (kristlased, budistid, moslemid, hinduistid jne), kuid samahästi ka neile, kes ei ole end sidunud mingi kindla religioosse suunaga ega seosta end sellega.³⁶ Paljude inimeste jaoks on religioon, spirituaalsus ja isiklikud uskumusd turvatunde, mugavuse, heaolu, tähenduse, kuulumise ja tugevuse allikaks.

Tervisekontseptsioonil on hetkel bioloogiline, sotsiaalne ja psühholoogiline mõõde, kuid spirituaalne dimensioon sobitub nende kõrvale hästi nii-öelda neljandaks mõõtmeks. Just nii on toimunud Research Institute for Spirituality and Health (RISH) üks juhte ja eestvedajaid René Hefti, kes oma ülevaateartiklis käsitleb George L. Engeli 1977. aastal avaldatud biopsühhosotsiaalset mudelit (joonis 1), mis näitab inimese erinevate dimensioonide – psühholoogilise, bioloogilise ja sotsiaalse aspekti – kompleksset koosmõju haigusele ja tervisele, ning lisab sinna spirituaalsuse ja religiooni kui neljanda dimensiooni.³⁷



Joonis 1. Laiendatud biopsühhosotsiaalne mudel (kohandatud Hefti 2011³⁸ järgi).

Ühelt poolt on vaimse tervise valdkond ning spirituaalsus ja religioossus ajalooliselt küllaltki lähedalt seotud, kuid tänases tervishoius ja psühhiaatrias on need teineteisest pigem kaugenenud.

³⁶ WHO. 2013. Programme on Mental Health: WHOQOL User Manual 1998, 2012 revision. – *World Health Organization webpage*, August 1. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/77932> (vaadatud 21.04.2021)

³⁷ Hefti, René. 2011. Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. – *Religions*, Vol. 2, No. 4, 611–627. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel2040611>.

³⁸ Hefti 2011: 613.

Vaimse tervise kasvav tähtsus

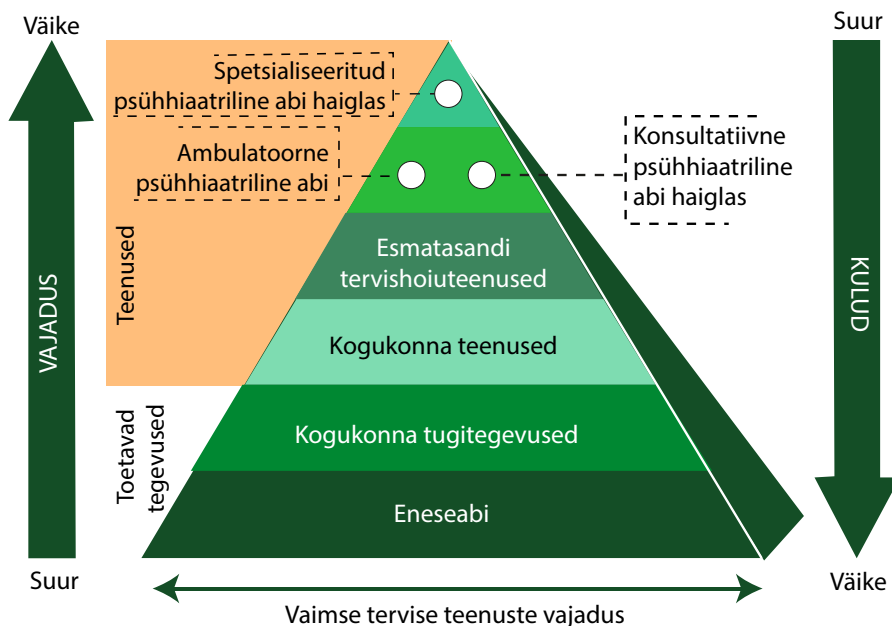
Urmas Sutrop ütleb, et „Platoni-järgsest hingemõistest *psyche* on tuletatud näiteks psühholoogia kui hingeteaduse nimetus“.³⁹ Kuid ma laiendaksin seda mõtet, lisades psühholoogiavaldkonnale ka psühhiaatria, sest hingehoid, psühholoogia ja psühhiaatria on kõik nii-öelda ühe ema lapsed, igäiks neist üritab omal jõul seda dimensiooni kaardistada ja mõtestada ning abivajajaid mõista ja aidata.

Viimane, 2023. aasta Eesti inimarengu aruanne „Vaimne tervis ja heaolu“ osutab, et vaimse tervise probleemid on Eestis levinud ja kasvutrendis. Inimeste vaimne tervis ja ühiskonna valmisolek kriisideks sõltub inimeste sotsiaalsest ja emotsionaalsest turvatundest ja seotusest kogukonnaga. Kui kuuluvus- ja turvatunne väheneb ja kaob ning suureneb usaldamatus riigi ja teiste inimeste suhtes, siis väheneb ka vaimne heaolu ja suureneb risk vaimse tervise probleemide tekkeks.⁴⁰ Tervis, sealhulgas vaimne tervis, ei saabu haiglaseinte vahel. Kahjuks lähtub Eestis vaimse tervise käsitlus ikka veel peamiselt tervisehäiretest ning keskendub nende ravile. See on signaal, et vaimse tervisega tegeletakse siis, kui probleemid on juba kaugele arenenud ja tekkinud on diagnoositavad häired. Kogukondade toetavat rolli on rõhutatud vaimse tervise rohelises raamatus (2020), kus on välja toodud, et kogukonnapõhised teenused vaimse tervise edendamisel ja probleemide ennetamisel on üha olulisemad. Kogukondadel on lai valik ressursse, mida saab kasutada vaimse tervise edendamiseks ja toetamiseks ning probleemide ennetamiseks ja elukeskkonna arendamiseks.⁴¹ Vaadates pikemaajalisi prognoose, on oodata vaimse tervise probleemide jätkuvat suurenemist ühiskonnas. Seetõttu peab vaimse tervise probleemide ennetus ja vajalike teenuste osutamine olema korraldatud optimaalselt ja efektiivselt, arvestades olemasolevaid ressursse.

³⁹ Sutrop, Urmas. 2003. Eesti keele maailmapildist: meel, hing ja vaim. – *Mäetagused*, 24, 103. DOI: <https://doi.org/10.7592/MT2003.24.sutrop>.

⁴⁰ Eesti Koostöö Kogu. 2023. Eesti inimarengu aruanne 2023: vaimne tervis ja heaolu. – *Eesti Koostöö Kogu koduleht*. URL: <https://inimareng.ee/et/eesti-inimarengu-aruanne-2023/> (vaadatud 19.05.2024).

⁴¹ Sotsiaalministeerium. 2020. Vaimse tervise roheline raamat 2020. – *Sotsiaalministeeriumi koduleht*. URL: https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2022-05/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf (vaadatud 19.05.2024). Roheline raamat on terviklik poliitikadokument, mis kirjeldab olemasolevat abi korraldust Eestis, võtab kokku valdkonna probleemkohad, keskendudes ennetusele ja õigeaegsele abile, ning teeb ettepanekud valdkonna edasiseks suunatud arenguks. Rohelise raamatu koostamisel lähtuti rahvastiku tervise arengukavas aastaiaks 2020–2030 seatud peaeesmärgist pikendada Eesti inimeste tervena elatud elu enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu.



Joonis 2. Visioon vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korraldusest Eestis.⁴²

WHO välja töötatud vaimse tervise teenuste osutamise mudelis (joonis 2) soovitatakse teenuste regionaalse kättesaadavuse parandamiseks arendada just kogukondlikke vaimse tervise tugitegevusi, näiteks ka vaimseid ja religioosseid kogudusi. Oluline on lõimida indiviidide ja kogukondade rolli ülejäänud teenuste süsteemiga, kus igal järneval tasandil saavad inimesed üha rohkem professionaalset abi.

Vaimse tervise tähtsusest on järjest rohkem hakatud rääkima nii meedias kui ka WHO sõnavõttes. Paljude ekspertide kaasabil 2020. aastal valminud vaimse tervise roheline raamat seatakse eesmärgiks panustada senisest enam vaimse tervise probleemide ennetusse, varajasse avastamisse ja õigeaegse kvaliteetse abi kättesaadavusse kõikjal Eestis. Tervisearengu Instituudi kodulehel⁴³ on muuhulgas välja toodud mõtlemapanevad faktid:

- WHO andmetel põeb depressiooni 264 miljonit inimest maailmas.
- Kulutused vaimse tervise probleemidele (tervishoiu ja sotsiaalteenuste maksumus) moodustavad hinnanguliselt 3–4% SKT-st.

⁴² Visioon Eesti vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korraldusest Maailma Terviseorganisatsioon. Eestile kohandanud Sotsiaalministeerium, 2019. Sotsiaalministeerium. 2020. Vaimse tervise roheline raamat 2020. Lk 24. – Sotsiaalministeeriumi koduleht. URL: https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2022-05/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf (vaadatud 19.12.2024).

⁴³ Tervise Arengu Instituut. 2022a. Ülevaade vaimse tervise probleemidest. – *Terviseinfo*, 31.03. URL: <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/vaimne-tervis/ulevaade-vaimse-tervise-probleemidest> (vaadatud 19.05.2024).

Vaimse tervise probleemidega kaasneb sageli töötus, töövõime langus, mõjud perekonnale ja hooldajatele, kriminoogeensusele ja turvalisusele, enneaegne suremus – see kõik on vaimse tervise häirete maksumus, mida kokku ei arvestata. Vaimse tervise häirete all kannatavad inimesed satuvad tihti sotsiaalsesse isolatsiooni, nende elukvaliteet halveneb ja suremusnäitaja tõuseb.

Kuigi Eestis on vaimse tervise probleemid väga levinud ja prognoositakse selle trendi jätkumist, on suurenenud ka teadlikkus sellest ja vähenenud sellega seotud häbimärgistamine, mistõttu otsivad inimesed järjest rohkem abi. 2023. aastal valminud Eesti inimarengu aruanne ütleb, et oluline on pöörata rohkem tähelepanu inimelu kultuurilisele ja vaimsele tähendusrikkusele ja sellele, et kogukond hoiaks kokku, ehk teisisõnu seatakse esikohale jagatud väärtused ja traditsioonid kogukonnas.⁴⁴ Kuid paljud vaimsed häired on ennetatavad ja enamik on ka ravitavad, seetõttu on ülimalt oluline arendada rahvatervise ja ravi strateegiaid ning leida uusi võimalusi inimeste aitamiseks.

Tuginedes WHO loodud definitsioonile, on Tervise Arengu Instituut (TAI) sõnastanud vaimse tervise määratluse järgmiselt:

heaoluseisun[d], milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevase elu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks. Seega tähendab vaimne tervis enamat kui psüühikahäire või psüühilise puude puudumist – see on inimese tervise oluline ja lahutamatu osa ning tema kogukonna heaolu ja tõhusa toimimise alus.⁴⁵

TAI toob välja kaks peamist lähenemist vaimsele tervisele:

- **Positiivne vaimne tervis** ehk vaimne heaolu on vahend, mis on vajalik üldise heaolu saavutamiseks.
- **Negatiivne vaimne tervis** kätkeb endas psüühikahäireid, vaimse tervise probleeme ja nende sümptomeid. Psüühikahäireid on võimalik diagnoosida, kuid vaimse tervise probleemid võivad esineda ka siis, kui tõsisema psüühikahäire diagnoosimiseks ei ole alust.⁴⁶

Psühhiaatria ehk meditsiinivaldkonna töölauale jõuavad negatiivse vaimse tervise probleemsed juhtumid, kus inimese elukvaliteet on langenud ja igapäevaeluga toimetulek häiritud ning inimesel diagnoositakse psüühika- või käitumishäire.

⁴⁴ Eesti Koostöö Kogu 2023: 91–92.

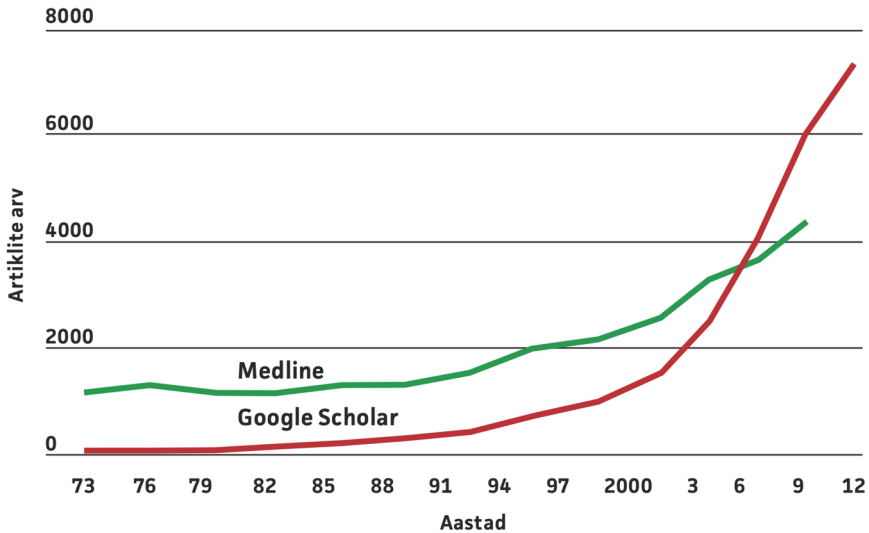
⁴⁵ Tervise Arengu Instituut. 2022b. Vaimne tervis. – *Terviseinfo*, 30.03. URL: <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/vaimne-tervis> (vaadatud 19.05.2024).

⁴⁶ *Ibid.*

1.2. Spirituaalsuse mõiste ja tuumkategoriad

Selles alapeatükis kirjeldan ja sõnastan, kuidas ma käesolevas töös mõistan spirituaalsust. Esmalt jagan spirituaalsuse mõiste, mida eksperdid on pidanud küllaltki ähmaseks,⁴⁷ mitmesse kategooriatesse ning toon välja definitsioonid, aspektid ja komponendid, millest moodustub mõiste „spirituaalsus“.

Spirituaalsuse teema käsitlemine on viimase 20–30 aasta jooksul muutunud aktuaalseks ja tõusnud rahvusvahelise teadustöö fookusesse, mida peegeldab teadusartiklite arvu oluline kasv, eriti alates sajandivahetusest.



Joonis 3. Religioossust, spirituaalsust ja tervist käsitlevate artiklite arv, esitatud 3-aastaste perioodide kaupa (mittekumulatiivne, prognoos 2012. aasta lõpuni). Otsingu märksõnad: *religion*, *religious*, *religiosity*, *religiousness* ja *spirituality*; otsing teostatud 08.11.2012 (kohandatud Koenig 2012⁴⁸ järgi).

Lisaks teadustööde arvu suurenemisele on loodud erinevaid teemakohaseid võrgustikke, töögrupe ja uurimisinstituute, nagu European Research Network for Religion, Spirituality and Health⁴⁹, British Association for the Study of Spirituality⁵⁰ ja Nordic Network for Research in Faith and Health⁵¹, aga ka

⁴⁷ Zinnbauer, Brian J.; Pargament, Kenneth I.; Cole, Brenda; Rye, Mark S.; Butter, Eric M.; Belavich, Timothy G.; Hipp, Kathleen M.; Scott, Allie B.; Kadar, Jill L. 1997. Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. – *Journal for the Scientific Study of Religion* Vol. 36, No. 4, 549–564. DOI: <https://doi.org/10.2307/1387689>.

⁴⁸ Koenig, Harold G. 2012. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. – *ISRN Psychiatry*, Article 278730, 2. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

⁴⁹ Vt <http://www.rish.ch>.

⁵⁰ Vt <http://www.basspirituality.org.uk/>.

⁵¹ Vt <http://faith-health.org>.

sotsiaaltöölaseid ühendusi, nagu The Council on Social Work Education (CSWE) Religion and Spirituality Work Group⁵² ja The Society for Spirituality and Social Work⁵³. Kõik need organisatsioonid korraldavad oma põhitegevuse kõrval erinevaid teadusseminare ja konverentse, näiteks European Conference on Religion, Spirituality and Health (ECRSH).⁵⁴

Spirituaalsust saab erineval viisil defineerida olenevalt näiteks sellest, kas tähelepanu on suunatud teaduslikule uurimistööle või tervishoius ja hooldustöös kliinilisele praktikale. Esimesel juhul on oluline mõisteline konkreetus ja täpsus, kuid praktilise töö jaoks on definitsiooni fookuses pigem patsient oma individuaalsete spirituaalsete vajadustega. Näiteks, kuidas oma haiguskogemusele kui kannatusele tähendust omistada, toimetulekut mõtestada või ka väärikalt surra. Parafraaseerides teoloogia professor Philip Hefnerit, on inimese eesmärk pidevalt ennast määratleda ja seda määratlust eneseteadlikult pidevalt praktiseerida evolutsiooniprotsess, mis on inimese asetanud selle tippu. Hefner leiab, et inimese sellist eesmärki ilmestab heuristiline kategooria „enesemääratlus“ (*self-definition*), millel on rida eeldusi. Inimene seisab elu jooksul pidevalt silmitsi väljakutsetega ning selle protsessiga kaasneb alati tema transformatsioon. Enesemääratlemine on eluline protsess ning inimkonna ja inimese eesmärkide mõistmiseks hädavajalik kategooria, mis sisaldab kahte elementi: mõistmise protsessi, ehk kes on ja mis eesmärgil eksisteeritakse, ning selle eesmärgi nimel tegutsemist, et seda konkreetset oma elus realiseerida.⁵⁵ See tähendab, et enesemääratlusprotsessi üks osa on tähenduseotsing, mis on ka spirituaalsuse juures oluline komponent.

Traditsiooniliselt jagunevad sotsiaalteaduslikud uuringud religioossuse käsitlemisel kas sisuliseks või funktsionaalseks.⁵⁶ **Sisuline lähenemisviis** keskendub inimeste uskumustele, emotsioonidele, tavadele ja suhetele kõrgemaga jõu või jumaliku olemusega. Sellise määratluse keskmes on pühadus, mis iseloomustab religioossust. Seevastu **funktsionaalne lähenemine** rõhutab funktsiooni, mida religioossus inimese elus täidab. Sellisel juhul uuritakse inimese uskumusi, emotsioone, tavasid ja kogemusi, kuid põhirõhk on nende kasutamisel selliste eksistentsiaalsete tuumküsimate lahkamiseks nagu elu, surm, kannatused ja ebaõiglus.⁵⁷

Tunnustatud S/R-valdkonna uurija psühhiaater Harold Koenigi sõnul eristab mõistet „spirituaalsus“ sellistest kategooriatest nagu väärtused, humanism, moraal ja vaimne tervis just selle seosed pühadusega, transtsendentsiga. Transtsendentse

⁵² Vt <https://www.cswe.org/education-resources/religion-and-spirituality-clearinghouse/>.

⁵³ Vt <https://spiritualityandsocialwork.org/>.

⁵⁴ Vt <https://ecrsh.eu>.

⁵⁵ Hefner, Philip. 1973. The Self-Definition of Life and Human Purpose: Reflections upon the Divine Spirit and the Human Spirit. – *Zygon*[®], Vol. 8, Iss. 3/4, 395–411. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9744.1973.tb00240.x>.

⁵⁶ Pargament, Kenneth I. 1997. *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guilford Press.

⁵⁷ Zinnbauer *et al.* 1997, Pargament 1997.

all peetakse lääne traditsioonis silmas väljaspool meid, aga samal ajal meis endis eksisteeriva Jumala, Allahi, HaShemi või kõrgema jõuna, mis idas on vastavalt Brahman, Tao, Buddha jt.⁵⁸

Mitmeid erinevaid spirituaalsuse definitsioone leiab Raymon Paloutziani ja Crystal Parki koostatud „Religiooni- ja spirituaalse psühholoogia käsiraamatust“, kus näiteks palliatiivraviga tegelev psühholoog David Matthew Doyle mõistab spirituaalsuse all eksistentsiaalse tähenduse otsimist (*the search for existential meaning*) ja psühhoterapeut Frances Vaughan määratleb seda kui subjektiivset kogemust pühast (*a subjective experience of the sacred*).⁵⁹ Vaughan peab väga oluliseks spirituaalsuse integreerimisest psühhoteraapiasse. Ta tõdeb, et spirituaalsus eeldab teatud meeleseisundite nagu kaastunde, tänulikkuse ja transtendentse mõõtme teadvustamist ning elu väärtustamist, mis annab inimeksistentsile tähenduse ja eesmärgi ning mida saab kui ressursi edukalt rakendada teraapias.⁶⁰

Spirituaalsust on seostatud spirituaalse heaolu (*well-being*) mõistega.⁶¹ Inimese heolust sõltub tema hea tervis, kuid samas on healolutunne ka hea tervisliku seisundi tagajärg.⁶² See puudutab nii vaimset kui ka füüsilist tervist ning iseloomustab inimese elukvaliteeti, mistõttu on oluline mõõta nii spirituaalset heaolu kui ka spirituaalsete kannatuste ulatust. Spirituaalsus mõjutab nii füüsilist kui vaimset tervist, aga eelkõige positiivseid emotsioone, lisades andestust, lootust ja armastust, ning vähendab negatiivseid emotsioone, nagu hirm, viha ja kättemaks.⁶³

Ehkki spirituaalsus toetab inimese vaimset heaolu ja mõjutab seeläbi tema tervist, on neid, kes suhtuvad ettevaatusega S/R-teemade käsitlemisse tervishoius. Näiteks leiab sotsiaaltöötaja Neil Henery, et kannatustele võidakse omistada tähendusi religioosse ja teadusliku diskursuse kontekstis. Tema kriitika on suunatud peamiselt õendusalasemale kirjandusele, kus mitmed teoreetikud kasutavad spirituaalsete fenomenide kirjeldamisel selliseid mõisteid nagu jõud,

⁵⁸ Koenig, Harold. 2012. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. – *ISRN Psychiatry*, Vol. 12, 2. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

⁵⁹ Paloutzian, Raymon F.; Park, Crystal L. 2005. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. 1st edition. New York: Guilford Press, 23.

⁶⁰ Vaughan, Frances E. 1991. Spiritual Issues in Psychotherapy. – *Journal of Transpersonal Psychology*, Vol. 23, No. 2, 105.

⁶¹ Wagani, Rekha; Colucci, Erminia. 2018. Spirituality and Wellbeing in the Context of a Study on Suicide Prevention in North India. – *Religions*, Vol. 9, No. 183. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel9060183>.

⁶² Sfeatcu, Ruxandra; Cernuşcă-Miţariu, Mihaela; Ionescu, Camelia; Roman, Mihai; Cernuşcă-Miţariu, Sebastian; Coldea, Liliana; Bota, Gabriela; Burcea, Claudia Camellia. 2014. The Concept of Wellbeing in Relation to Health and Quality of Life. – *European Journal of Science and Theology*, Vol. 10, No. 4, 123–128.

⁶³ Saad, Marcelo; de Medeiros, Roberta. 2012. *Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare*. London: IntechOpen, 129.

energia jne, mis iseenesest ei ole teaduslikud terminid.⁶⁴ Henery tõstatab provokatiivse küsimuse, et kui spirituaalsus on inimese bioloogiline mõõde, siis kus ta inimese kehas asub? On ta geen või kemikaal? Toetudes Goddardi⁶⁵ seisukohtadele, küsib ta, kas idiograafilisi teadmisi on vaja kaitsta empiirilise teaduse eest? Tema arvates kasutatakse spirituaalsusest rääkides kamuflaazina n-ö ümbersuunamise strateegiat, kus väidete liigse kuhjamise abil luuakse mulje objekti tõsiskindlusest.⁶⁶ Negatiivse näitena püüust defineerida spirituaalsust toob ta Linda Ann Rossi⁶⁷ artikli, kus „vaimu“ määratleti seitsmel ja „spirituaalset vajadust“ neljal erineval viisil, samas kui „spirituaalne dimensioon“ on kui „osa“ inimesest, mis püüdleb eksistentsiaalse tähenduse ja eesmärgi poole, et saavutada transsendentaalsust, otsides kõrgemat väge või Jumalat väljaspool siin ja praegu eksisteerivat maailma. Rossil on spirituaalsus justkui inimkeha läbiv „keskne arter“, mis annab inimesele energiat ja millest sõltuvad kõik tema väärtused, mõtted, otsused, käitumine ja kogemused ning kõrgemad huvid.⁶⁸

Tuleb nõustuda, et Rossi „spirituaalsuse dimensiooni“ määratlusest leiab hulganisti vastuolusid ja ebamääraseid väiteid. Spirituaalsus kui inimese „osa“ on näide katsest seda seostada teadusliku diskursusega, aga mõiste „keskne arter“ sissetoomine muudab spirituaalsuse justkui inimese kehaosaks. Rossi määratlused ei paku sidusat analüütilist materjali teadusliku diskursuse jaoks. Võib arvata, et kasutades selliseid termineid, millega igaüks saab suhestuda ja ennast seostada, soovis Ross spirituaalsuse olemust võimalikult lihtsalt selgitada ja kaardistada. Siiski on kahtlane, kas sedasi on võimalik teaduslikult käsitleda niivõrd isiklikke läbielamisi, mida kogevad inimesed, kes seisavad silmitsi surma, kannatuste ja kaotusega. Sellistes olukordades, on tähenduste leidmine ning üleloomuliku kogemine üliolulise tähendusega. Seetõttu on ka Euroopa Palliativse Ravi Liit (EAPC) võtnud spirituaalsuse rohkem fookusesse ning töödefiniitsioonina sõnastanud⁶⁹ algselt Christina Puchalski ja kolleegide loodud spirituaalsuse definitsioon:

⁶⁴ Henery, Neil. 2003. Constructions of Spirituality in Contemporary Nursing Theory. – *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 42, No. 6, 550–557. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02658.x>.

⁶⁵ Goddard, Nancy C. 1995. Spirituality as Integrative Energy: A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. – *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 22, No. 4, 808–815. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22040808.x>.

⁶⁶ Henery 2003: 554.

⁶⁷ Ross, Linda Anne. 1997. The Nurse’s Role in Assessing and Responding to Patients’ Spiritual Needs. – *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 3, No. 1, 37–42. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.1997.3.1.37>.

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Paal, Piret. 2023. “Tühi tuba” ehk eneserefleksioon ja visuaal-tekstuaalne juhtumiuuring hingelise abi andmise õpetamisest ja õppimisest. – *Mäetagused*, 85, 28. DOI: <https://doi.org/10.7592/MT2023.85.paal>.

Spirituaalsus on inimese dünaamiline mõde, mis hõlmab seda, kuidas inimesed (individuaalselt ja kogukonnas) väljendavad ja/või otsivad tähendust ja kogevad üleloomulikke ning kuidas nad seostavad hetke iseenda, oma lähedaste, looduse, märgilise ja/või pühaga.⁷⁰

Seega on spirituaalsus inimesele sisemiselt omane kvaliteet, tema sisemise rahu ja seotuse tunne, mis on subjektiivne ja hübriidne, raskesti hoomatav inimlik mõde, mistõttu ei ole see nii lihtsasti jälgitav ja mõõdetav kui religioosus, mis on pigem inimest kogukonnaga siduvad kultuuripõhised konkreetset uskumused ja tavad. Isegi kui inimene ei ole oma spirituaalset mõdet endale teadvustanud, on tema spirituaalsust võimalik äratada ja seda teadlikult kasutada kui indiviidi sisemist ressursi tema vaimse heaolu ja tervise hüvanguks (vt **artikkel II**, lk 84).

Kõige avarama tähenduse spirituaalsusele pakub psühhiaater Christopher Cook, kes analüüsis spirituaalsuse mõistet, töötades läbi 265 teadusartiklit, ning leidis ainult 12% artiklitest selgesõnalise definitsiooni, samas kui suures osas artiklitest (44%) jäeti spirituaalsus üldse defineerimata või lihtsalt kirjeldati seda kontseptsiooni (33% artiklitest). Cook tõi välja spirituaalsuse neli kõige olulisemat komponenti: **transtsendentsus, ühenduses olemine, tuum/jõud/hing ja tähendus/eesmärk**.⁷¹ Cooki spirituaalsuse definitsioon on kõige laiahaardelisem ja samas ka kokkuvõtlikum:

Spirituaalsus on distinktiivne, potentsiaalselt loov, universaalne inimkogemuse dimensioon, mis tuleneb nii indiviidi sisemisest subjektiivsest teadlikkusest kui ka kogukondade, sotsiaalsete gruppide ja traditsioonide mõjust. Seda võib kogeda kui suhet millegagi, mis on intiimselt „sisemine“, immanentne ja personaalne, olemas eneses ja teistes, ja/või kui suhet, mis on tervenisti „teine“, transtsendentne ja enesest väljaspool paiknev. Seda kogetakse fundamentaalsena või ülimalt tähtsust omavana ja seostatakse seetõttu elu tähenduse, eesmärgi, tõe ja väärtustega.⁷²

Siinses uurimistöös lähtun spirituaalsuse käsitlemisel just C. Cooki definitsioonist, mille järgi spirituaalsus kui „universaalne inimkogemuse dimensioon“ on potentsiaalne ressurss, mida saab kasutada vaimses kriisiseisundis viibiva patsiendi olukorra parandamiseks. Mitmesuguste probleemide ja haiguste ilmne misel ning nende põhjustatud tagajärgedega toimetulemiseks püütakse inimese

⁷⁰ Puchalski, Christina; Ferrell, Betty; Virani, Rose; Otis-Green, Shirley; Baird, Pamela; Bull, Janet; Chochinov, Harvey; Handzo, George; Nelson-Becker, Holly; Prince-Paul, Maryjo; Pugliese, Karen; Sulmasy, Daniel. 2009. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. – *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 12, No. 10, 887. DOI: 10.1089=jpm.2009.0142. Tsitaadi tõlge: Paal, Piret. 2023. “Tühi tuba” ehk eneserefleksioon ja visuaal-tekstuaalne juhtumiuuring hingelise abi andmise õpetamisest ja õppimisest. – *Mäetagused*, 85, 28. DOI: <https://doi.org/10.7592/MT2023.85.paal>.

⁷¹ Cook, Christopher C. H. 2004. Addiction and Spirituality. – *Addiction*, Vol. 99, No. 5, 539–551. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x>.

⁷² *Ibid.*, 548–549.

spirituaalset dimensiooni aktiveerida ning seda kaasata tema tervistumisse ja rehabilitatsiooniprotsessi spirituaalses hoolekandes ja palliatiivrais.

1.2.1. Spirituaalne hoolekanne ja palliatiivravi

Spirituaalne hoolekanne ja arstiabi, mida Christina Puchalski nimetab „kaas-tundlikuks hoolekandeks“ (*compassionate care*) ja seega olemuselt spirituaalseks tegevuseks,⁷³ keskendub inimesele kui holistilisele tervikule,⁷⁴ mitte ainult konkreetsele haigusele. Ka õendusabi algus ja ajalugu on seotud spirituaalsuse ja holistilise hoolekandega.⁷⁵ Õed on tervishoiusüsteemis ühed olulisemad spetsialistid, kes puutuvad hoolealustega pidevalt kokku, seetõttu on õendusabi spirituaalsuse ja raviteenuse oluline ühenduskoht.⁷⁶ Nad saavad pakkuda spirituaalset hooldust, olles teadlikud nii enda kui ka patsiendi spirituaalsusest.

Lähtudes haridusprogrammide kitsaskohtadest ja nendest tingitud puudulikest teadmistest on Nottinghami ülikooli emeriitdotsent Aru Narayanasamy välja töötanud ASSET⁷⁷-mudeli (joonis 4), mis julgustab eeskätt õdesid olema teadlikud enese spirituaalsusest, et seda ka oma igapäevases töös rakendada. Piret Paal, Eckhard Frick ja teised selle valdkonna eksperdid toovad spirituaalse anamneesi (ehk ülevaate indiviidi spirituaalsetest kogemustest, ingl *spiritual history*) kogumise kontekstis esile mitmed ohukohad, millega tuleb arvestada.⁷⁸ Spirituaalse hindamise kvaliteeti mõjutab tervishoiutöötajate teadlikkus spirituaalsusest. Patsiendilt spirituaalse informatsiooni kogumine on suur väljakutse, mis nõuab nii sobilikke isikuomadusi kui ka tunnetust ja kohalolu, et n-ö lugeda ridade vahelt, olles seejuures teadlik patsiendi haavatavusest.

⁷³ Puchalski, Christina M. 2001. The Role of Spirituality in Health Care. – *Baylor University Medical Center Proceedings*, Vol. 14, No. 4, 352. DOI: <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927788>.

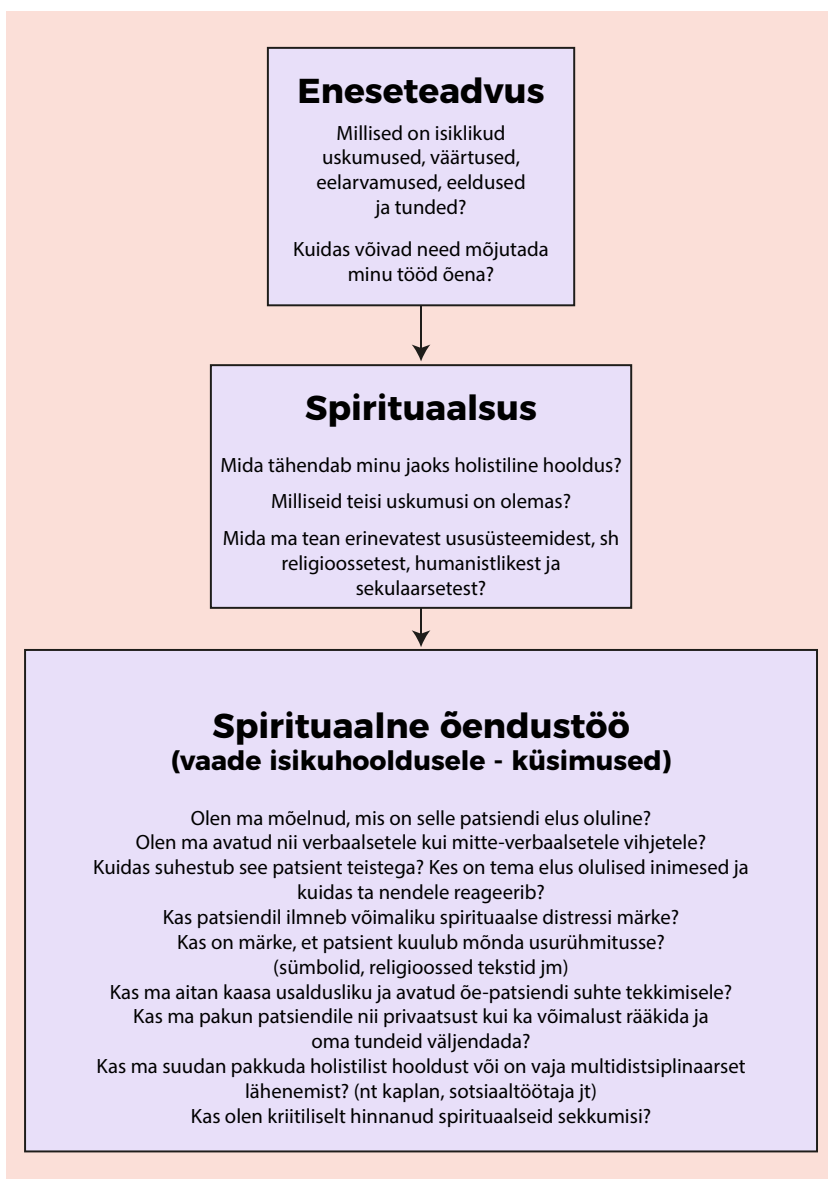
⁷⁴ Sõna „holistiline“ kasutatakse eesti keeles ka tähenduses ’terviklik’ ja ’terve’, mis hõlmab nii sotsiaalset, vaimset kui ka hingelist elukvaliteeti. Kasmel ja Lipand 2007: 22–23.

⁷⁵ Narayanasamy, Aru. 1999b. Learning Spiritual Dimensions of Care from a Historical Perspective. – *Nurse Education Today*, Vol. 19, No. 5, 386–395. DOI: <https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0325>.

⁷⁶ Henery 2003.

⁷⁷ ASSET on akronüüm, mis moodustub sõnade *Actioning Spirituality and Spiritual Care Education and Training in Nursing* esitähedest ning tähendab „spirituaalsuse ja spirituaalse toe alane haridus ja väljaõpe õenduses“.

⁷⁸ Paal, Piret; Frick, Eckhard; Roser, Traugott; Jobin, Guy. 2017. Expert Discussion on Taking a Spiritual History. – *Journal of Palliative Care*, Vol. 32, No. 1, 19–25. DOI: <https://doi.org/10.1177/0825859717710888>. PMID: 28662626.



Joonis 4. ASSET-mudel (kohandatud Ellis ja Narayanasamy 2009 ja Narayanasamy 1999a⁷⁹ järgi).

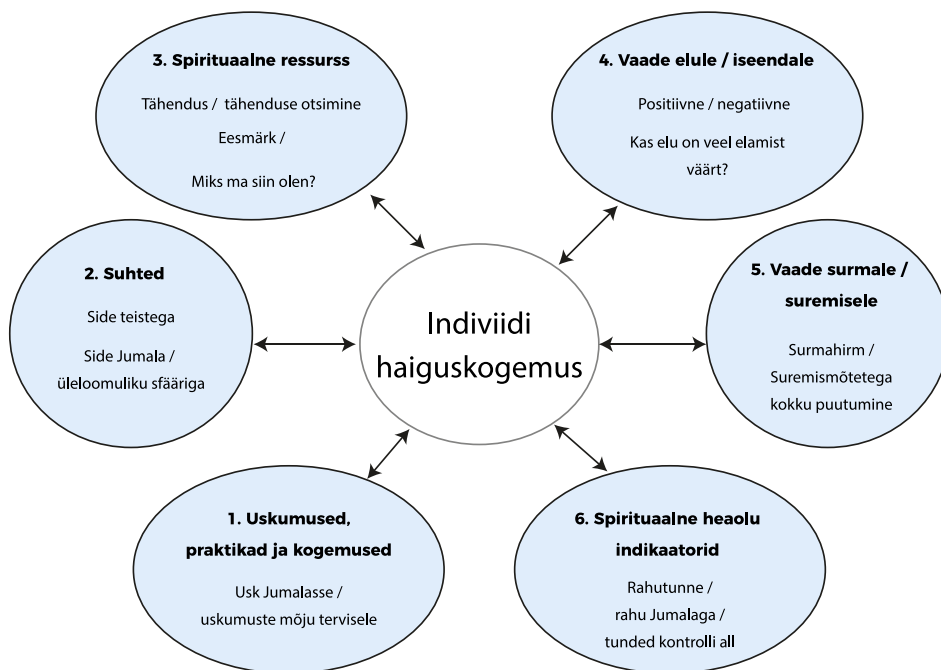
⁷⁹ Ellis, Hannah Kate; Narayanasamy, Aru. 2009. An Investigation into the Role of Spirituality in Nursing. – *British Journal of Nursing*, Vol. 18, No. 14, 810. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.14.43358>. Narayanasamy, Aru. 1999a. ASSET: A Model for Actioning Spirituality and Spiritual Care Education and Training in Nursing. – *Nurse Education Today*, Vol. 19, No. 4, 274–285. DOI: <https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0637>.

Tervishoiu- ja rehabilitatsioonivaldkonna konteksti asetub spirituaalne dimensioon just seetõttu, et patsiendi või rehabilitatsiooniteenuste kliendina on inimene sattunud rolli, kus eksistentsiaalsed küsimused tulevad kõige eredamalt esile. Inimene võib vajada raskete krooniliste tervisehäirete korral elus sootuks uusi eesmärgi ja tähendusi, mis aitaksid teda taastumisel. On terminaalseid haigusi, kus inimesel on kadumas usk ja lootus ning seda asendab hirm peatselt saabuva surma ees. Sel juhul võib inimene vajada raviplaanide ja eesmärkide seadmise asemel hoopis vaimset tuge ja oma senise elu kokkuvõtvat väärtustamist või ka abstraktsiooni teispoolsusest, et väärikalt ja hirmuta lahkuda.

Sageli ei oska sellises olukorras patsiendid kuhugi pöörduda. Lihtsamatel haigusjuhtudel satub inimene küll ambulatoorsele vastuvõtule, kuid häirete ägedamates faasides ka kliinilisele haiglaravile. Samuti on tänapäeval väga palju eravastuvõtte tegevaid spetsialiste, kelle poole abivajajad võivad pöörduda, aga ka muid viise abi otsimiseks. Stigmatiseeritud (häbimärgistatud) teemade puhul, mille hulka kuuluvad ka religioossed ja spirituaalsed kriisid, on reaalne oht, et abivajajani ei jõua vajalik ja õigeaegne abi, sest

- ta ei tea, kuhu pöörduda;
- ei ole konkreetseid võimalusi, teenuseid ega spetsialiste;
- probleemi ei teadvustata;
- kaudsete muredega jõutakse erinevate spetsialistide juurde;
- jõutakse erinevate alternatiivmeditsiini ja esoteerika valdkonna nõustajate juurde.

Alljärgneval skeemil (joonis 5) on kujutatud indiviidi spirituaalse dimensiooni kuus peamist sfääri, mis mõjutavad patsiendi haiguskogemust.



Joonis 5. Patsiendi haiguskoogemuse seosed spirituaalse dimensiooniga (kohandatud Selman *et al.* 2011⁸⁰ järgi).

Ülaltoodud skeemil kujutatud spirituaalse dimensiooni kuus sfääri moodustavad teatud tööriistakomplekti, mille abil saab hinnata patsiendi elukvaliteeti, et seejärel pakkuda talle vaimseks tervistumiseks kõige sobivamat abi. Spirituaalse hoolekande juurde kuulub kindlasti ka võimalus saada eksistentsiaalse või spirituaalse suunaga psühhoteraapiat. Üldiselt ei ole tõenduspõhises psühhiaatrias ja psühhoteraapias rakendust leidnud eksistentsiaalse suunitlusega teraapia suunad, mis käsitlevad isiksust tervikuna. Psühholoog Rollo May on öelnud, et teraapia eesmärk peab olema muuta ja uueks luua inimest tervikuna. Vastasel juhul muudame ainult tema arusaamist või käitumist teatud olukordades, kuid see toob inimese jätkuvalt teraapiasse tagasi, ilma et ta näeks suuremat pilti.⁸¹

Kuigi Maailma Terviseorganisatsioon on näidanud valdkonnale soosivalt n-ö rohelist tuld, on selle reaalne aktsepteerimine ja rakendamine tervishoius kui suhteliselt konservatiivses distsipliinis siiski aeglane. Eesti tervishoiusüsteemis

⁸⁰ Selman, Lucy; Harding, Richard; Gysels, Marjolein; Speck, Peter; Higginson, Irene J. 2011. The Measurement of Spirituality in Palliative Care and the Content of Tools Validated Cross-Culturally: A Systematic Review. – *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 41, Iss. 4, 743. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392411000108#fig2> (vaadatud 21.04.2021).

⁸¹ Schneider, Kirk J; Galvin, John; Serlin, Ilene. 2009. Rollo May on Existential on Psychotherapy. – *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 49, No. 4, 420. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022167809340241>.

on hingehoid kui S/R-teemasid puudutav teenus leidnud peamiselt koha palliaatiivraavis ja hooldushaiglates. Neis valdkondades on hingehoid paremini integreeritud, sest toimub ka hingehoidjate koolitus⁸² ning välja arendamisel on võrgustikud⁸³. Haiglate personal on täheldanud, et need patsiendid, kellel on S/R veendumused ja keda hingehoidjad isiklikult toetavad, kohanevad ja tulevad paremini toime fataalsete diagnooside korral.⁸⁴

Eestis on arendamisel haigla kaplanite organisatsioon või võrgustik⁸⁵ ning hoolimata sellest, et vastavad teenused puuduvad Eesti Tervisekassa tasuliste teenuste hinnakirjast, on nii mõnigi haigla palganud oma ressursidest tööle hingehoidjaid. Positiivse muudatusena saab välja tuua peakaplani ametikoha loomise sotsiaalministeeriumis 2020. aastal.⁸⁶ COVID-19 pandeemia esimese laine ajal eraldas Eesti valitsus riigieelarvest lisaks ka erakorralisi finantsvahendeid, millega käivitati tasuta ööpäevaringne hingehoiu telefon ning vähemalt poole koormusega töötav hingehoidja palgati umbes igas neljandas Eesti hooldekodus, ehkki Euroopa Liidu seaduste järgi peaks inimestele olema spirituaalne hoolekanne tagatud kõigis 220 hooldekodus üle Eesti. COVID-19 pandeemiaga seotud väljakutsed puudutasid kogu Eesti tervishoiusüsteemi, sealhulgas ka hingehoidlikku töökorraldust haiglates (vt **artikkel V**).

1.2.2. Spirituaalsete aspektide diagnostika ja spirituaalne hindamine

Tervishoid ja meditsiin on väga süsteemne valdkond, mille üks kesksemaid märksõnu on haiguste diagnoos ning diagnoosimine kui protsess. Diagnoosimine hõlmab nii haiguse tuvastamist ja ravi kui ka rahvatervisealaseid meetmeid ja uuringuid kuni raviarvete ja tervisepoliitikani välja. Üks võimalikke spirituaalse dimensiooni integreerimise kitsaskohti sellises väga spetsiifilises meditsiinisüsteemis võib peituda sobivate diagnostiliste kriteeriumite puudumises. Psüühikahäired, nagu depressioon, maania ja psühhoos, võivad anda märku hoopis spirituaalsest kriisist. Mitmeid spirituaalsele kriisile iseloomulikke avaldumisviise on

⁸² EELK Usuteaduse Instituudis saab täienduskoolituskursustel õppida hingehoidu. Vt <https://www.eelkui.ee/sisseastujale/taienduskoolituskursused/>.

⁸³ Tartu Pastoraadis tegutseb Hingehoiukeskus, mis koordineerib hingehoiutööd üle Eesti. Vt <https://tartupastoraat.ee/pastoraat/hingehoiukeskus>.

⁸⁴ Holland, J. C.; Kash, K. M.; Passik, S.; Gronert, M. K.; Sison, A.; Lederberg, M.; Russak, S. M.; Baider, L.; Fox, B. 1998. A Brief Spiritual Beliefs Inventory for Use in Quality of Life Research in Life-Threatening Illness. – *Psychooncology*, Vol. 7, No. 6, 460–469. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R).

⁸⁵ Meel, Liidia; Lehtsaar, Tõnu. 2017. Interdisciplinary Team Based Pastoral Care: A Potentially Adaptable Model for Estonian Healthcare. – *Occasional Papers on Religion in Eastern Europe*, Vol. 37, Iss. 3, Article 2. URL: <http://digitalcommons.georgefox.edu/ree/vol37/iss3/2/> (vaadatud 21.04.2021).

⁸⁶ Peakaplani ülesanne on üles ehitada hingehoiusüsteem tervishoiu- ja hoolekandeaastustes. Esimese peakaplanina asus 2020. aastal ametisse vaimulik Ove Sander ning alates 2022. aastast töötab selles ametis Katri Aaslav-Tepandi.

psühhiaatriavaldkonna diferentsiaaldiagnostikas võimalik rakendada ja põhidiagnoosi kõrvale alternatiivina välja pakkuda spirituaalsele kriisile viitavat hüpoteesi (vt lisa 1). Selle märkamine annab psühhiaatritele ning vajadusel ka kliinilistele psühholoogidele ja terapeutidele võimaluse saata patsient lisaks hingehoidja või spirituaalselt tuge pakkuva spetsialisti juurde või kaasata spetsialist ravimeeskonda.

Spirituaalse ja religioosse aspekti diagnostika

Kultuuritundlikkusest ja rahvastiku mitmekesisusest tingituna võeti eelkõige USA-s kasutusele Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni (APA) vaimsete häirete diagnostilise ja statistilise käsiraamatu „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (edaspidi DSM) IV väljaandes teemakohane V-kood, mille alla kuulub ka diagnooside kategooria „Religioossed või spirituaalsed probleemid“ („Religious or spiritual problems“, koodiga V62.89).⁸⁷ Seda kategooriat saab diagnoosimisel kasutada juhul, kui kliinilise tähelepanu fookuses on mõni religioosne või spirituaalne probleem, näiteks stressitekitavad kogemused, mis puudutavad usukaotust või usus kahtlemist, uude usku pöördumise protsessiga seostuvaid probleeme või teiste vaimsete väärtuste küsitavaks muutumist, mis ei pruugi ilmingimata olla seotud kiriku või religioosse institutsiooniga. DSM-IV koostati 1994. aastal ning sellele järgneva veerandsajandi vältel kasutati diagnoosimisel DSM-süsteemi peamiselt Ameerika Ühendriikides, mõningal määral ka Kanadas ja Austraalias.⁸⁸

Alates 2013. aastast kehtib versioon DSM-V, kuid selle väljatöötamise ajal arendati pidevalt edasi S/R-teemadega seonduvaid seisukohti, näiteks ilmus 2011. aastal väljaanne „Religious and Spiritual Issues in Psychiatric Diagnosis“ („Religioossed ja spirituaalsed küsimused psühhiaatrilises diagnoosis“)⁸⁹, mis

⁸⁷ Segal, Daniel L. 2010. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). – *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 4th edition. Edited by I. B. Weiner and W. E. Craighead. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 495–497.

⁸⁸ Alternatiivina APA koostatud käsiraamatule DSM-V kasutatakse väljaspool USA-d enamasti WHO välja antud ICD-11 (International Classification of Diseases, eesti k RHK ehk Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon), mille koostamises osales sadu eksperte kümnetest riikidest ning mille rakendamise protsess on WHO liikmesriikides praegu käimas. WHO. 2024. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). – World Health Organizationi koduleht. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (vaadatud 20.09.2024). Mõlemad käsiraamatud sisaldavad psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsiooni, kuid nende varasemate versioonide (vastavalt DSM-IV ja ICD-10) tegeliku kasutuse uuringust (Mezzich 2002) selgus, et ICD-d kasutati enamasti kliinilise diagnoosi panemisel, samas kui DSM oli käsiraamatuna rohkem hinnatud psühhiaatria valdkonna teadustöodes. Mezzich, Juan E. 2002. International Surveys on the Use of ICD-10 and Related Diagnostic Systems. – *Psychopathology*, Vol. 35, Nos. 2/3, 72–75. DOI: <https://doi.org/10.1159/000065122>.

⁸⁹ Peteet, John. R.; Lu, Francis. G.; Narrow, William, E. 2011. *Religious and Spiritual Issues in Psychiatric Diagnosis*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

pöörab tähelepanu psühhiaatrilise häire eristamisele spirituaalsest kriisiseisundist ning millele on lisatud kliiniliste intervjuude põhjad praktikutele jms.⁹⁰ Seega kasvas vajadus sellise diagnoosikoodi järele välja kliinilisest praktikast, kus väga selgelt ilmnisid mitmed spirituaalsete hädaolukordade vormid, millele on oma uurimuses viidanud David Lukoff ja tema kolleegid.⁹¹ Alates DSM-IV versiooni ilmumisest on tekkinud võimalus tegeleda „religioosse ja spirituaalse probleemi“ mõjudega, mida saab nüüd arvesse võtta ka kliinilises keskkonnas toimivas ravis. Tänu V-diagnoosikoodi kasutuselevõtuga kaasnenud lisavõimalusele diagnoosi panemisel ei ole enam tarvis tähelepanuta jätta spirituaalsusega seotud küsimusi, mis patsiendil võivad ravil olles tekkida, ning selliseid probleeme ei pea otsekohe patoloogiks liigitama. Senisest rohkem tähelepanu on võimalik pöörata kultuurilisele mitmekesisusele ning spirituaalsete ja religioossete aspektide mõjule tervisehäires või haiguspildis. Seetõttu on V-koodi puhul tegemist mittepatooloogilise kategooriaga, millele osutab ka see, et DSM-is kuulub see valdkonda „Üldine kultuuriline määratlemine“ („Outline for Cultural Formulation“).

Poola psühholoog ja teoloog Jacek Prusak võtab oma artiklis vaatluse alla DSM-V versioonis V-koodi V62.89 ning arutleb piirangute ja võimaluste üle, mis kaasnevad „religioosse ja spirituaalse probleemi“ kasutamisega diferentsiaal-diagnoosina. Kuigi Prusak tunnistab, et need teemad on nüüd jõudnud ka kliinilisse töösse, toob ta kriitilise ohuna välja asjaolu, et kõikvõimalike eksistentsiaalsete küsimuste „medikaliseerimine ja psühhiatriseerimine“ (*medicalisation and psychiatrisation*) julgustab vaimseid ja religioosseid teemasid liigitama patoloogia avaldumise kategooriasse. Kokkuvõttes ei ole Prusak veendunud, et kliinilise töö praktikas peaks religioossete ja spirituaalsete teemade käsitlemisel niivõrd jäigalt järgima DSM-i diagnooside kategooriatega seatud piiranguid.⁹² DSM-IV versiooni kritiseerinud Allison Allmon toob välja just kultuurilised aspektid, mis kirjeldavad peamiselt läänelikku maailmavaadet, mistõttu ei pruugi selle käsiraamatu alusel olla diagnoosi panek sama hõlbus mõnes teistsuguses kultuurikontekstis, näiteks idamaade kollektiivsetes kultuuriruumides. Selle käsiraamatu miinuseks peab ta ka seda, et seal ei ole eraldi välja toodud mitmeid alamkategooriaid või spetsiifilisi diagnoose, nagu näiteks religioosne obsessiiv-

⁹⁰ DeSilva, Ravi; Aggarwal, Neil Krishan; Lewis-Fernández, Roberto. 2015. The DSM-5 Cultural Formulation Interview and the Evolution of Cultural Assessment in Psychiatry – *Psychiatric Times*, Vol. 32, No. 6. URL: <https://www.psychiatrictimes.com/view/dsm-5-cultural-formulation-interview-and-evolution-cultural-assessment-psychiatry> (vaadatud 22.04.2021).

⁹¹ Lukoff, David; Lu, Francis, Turner, Robert. 1998. From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category – *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 38, Iss. 2 (Spring), 21–50.

⁹² Prusak, Jacek. 2016. Differential diagnosis of “Religious or Spiritual Problem” – possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5. – *Psychiatria Polska*, Vol. 50, No. 1, 175–186. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/59115>.

kompulsiivne häire ehk skrupuloosus jt.⁹³ Kuigi Allmoni kriitika oli suunatud varasemale versioonile, puudutavad nii mitmedki tema tehtud üldistused ka hetkel kehtivat DSM-V tööversiooni.

Meditsiinis domineerivat teaduslikku objektivismi on kritiseerinud psühhiaatria ja antropoloogia professor Horacio Fabrega.⁹⁴ Kaasaegne psühhiaatria on ajalooliselt välja kujunenud osana üldisest meditsiinipraktikast, kus haigustele ja tervisehäiretele lähenemise teooriatest ja praktikatest on märkamatu kõrvale jäetud erinevad kultuuri, religiooni ja spirituaalsusega seonduvad komponendid. Kuid sageli tuleks haiguste ja tervisehäirete põhjuseid otsida hoopis meie elukeskkonnast ja ühiskonnast laiemalt. Seetõttu võivad tervishoiutöötajate teadmised ja väärtused põrkuda haiglaravile sattunud inimeste erinevate narratiivide ja uskumustega, nende kultuurilise ja religioosse eripäraga. Samuti ei ole diagnostilised kriteeriumid sageli nii dihhotoomsed, kui võiks arvata. Näiteks komorbiidsus psühhiaatrias⁹⁵ ja kaksikdiagnooside (*dual-disorders*) käsitlemine esitavad tõsiseltvõetavaid väljakutseid kõigile vaimse tervise spetsialistidele.

Spirituaalsete ja religioossete nüansside käsitlemisega tegeleb transkultuuriline psühhiaatria, mis keskendub psühhopaatoloogia sotsiaalsetele ja kultuurilistele aspektidele ning nii indiviidi, pere kui ka kogukonna tasandil avalduvatele psüühilistele ja käitumuslikele probleemidele. Kuna globaliseerub maailmas toimub rahvastiku etnilise koosseisu mitmekesistumine, tuleb kultuuriliste eripäradega arvestada ka tervishoius ja rehabilitatsioonis. Välja on antud juhiseid, millega peaks kliinilises töös arvestama,⁹⁶ ning on loodud Rahvusvaheline kultuurikonsultatsioonide konsortsium⁹⁷ ja mitmeid kompetentsikeskuseid⁹⁸. Võrgustiku eesmärk on pakkuda ekspertkonsultatsioone, mis võtavad arvesse sotsiaalset ja kultuurilist konteksti, et pakkuda kultuurilisi iseärasusi arvestavaid hinnanguid ja ravi planeerimist.⁹⁹

Eesti tervishoiusüsteemis, sealhulgas psühhiaatrias, kasutatakse diagnostikas Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) välja antud RHK-10 (Rahvusvahelise

⁹³ Allmon, Allison L. 2013. Religion and the DSM: From pathology to possibilities. – *Journal of Religion & Health*, Vol. 52, No. 2, 538–549. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9505-5>.

⁹⁴ Fabrega, Horacio. 2000. Culture, Spirituality and Psychiatry. – *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 13, Iss. 6, 525–530. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001504-200011000-00001>.

⁹⁵ Jakovljević, Miro; Crnčević, Željka. 2012. Comorbidity as an Epistemological Challenge to Modern Psychiatry. – *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, Vol. 5, No. 1, 1–13.

⁹⁶ Mezzich, Juan E.; Caracci, Giovanni; Fabrega, Horacio Jr.; Kirmayer, Laurence. 2009. Cultural Formulation Guidelines. – *Transcultural psychiatry*, Vol. 46, No. 3, 383–405. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363461509342942>.

⁹⁷ Vt International Consortium for Cultural Consultation. URL: <https://www.mcgill.ca/iccc/>.

⁹⁸ Vt Spiritual Competency Academy. URL: <https://www.spiritualcompetencyacademy.com/>; Home of the Spiritual Care Competence – Questionnaire. URL: <http://spiritual-competence.net/Home/>.

⁹⁹ Sellest kirjutatan täpsemalt artiklis VI.

Haiguste Klassifikatsiooni 10. versioon) diagnostilist süsteemi.¹⁰⁰ Klassifikatsiooni eesmärk on võimaldada eri riikides pika aja jooksul kogutud suremuse ja haigestumuse andmete süstemaatilist registreerimist, analüüsimist, interpreteerimist ja võrdlemist. Haigused ja seisundid on jagatud 21 peatükiks. Igal haigusel, tervisehäirel, vigastusel või seisundil on oma kood, mis koosneb tähest ja kahest numbrist, paljudel juhtudel saab lisada veel täpsustuse. Psühhiaatriavaldkonnas kasutatakse selle väljaande V peatükis (psüühika- ja käitumishäired) välja toodud diagnoosikoode, mida tähistatakse tähega F.

Kuigi psühhiaatrias on üldiselt kasutusel F-diagnoosid, siis näiteks spirituaalse dimensiooniga seotud haiguste diagnoosimisel saame alternatiivse lisa kirjeldusena võtta diagnostikas kasutusele **Z-koodi**, mille leiab RHK-10 väljaande peatükist XXI „Terviseseisundit mõjustavad tegurid ja kontaktid tervise teenistusega (Z00–Z99)“. Jaotised Z00–Z99¹⁰¹ on ette nähtud juhtudeks, kui diagnoosi või terviseprobleemina märgitakse mingi teine olukord kui jaotistes A00–Y89 klassifitseeritud haigused, vigastused või välispõhjused.¹⁰²

Kuna religiooni üks funktsioone on luua tähendusi ja pakkuda seletusi, siis psühholoogide William Hathaway ja Kenneth Pargamenti arvates kipuvad keerulisse olukorda sattunud inimesed sageli üsna kergekäeliselt andma hinnanguid ja tõlgendusi ning omistama põhjuseid. Olenevalt religioonist võib näiteks erinev arusaam Jumalast tingida selle, miks haiguse põhjustes nähakse kas karistavat, mittesekkuvat või salapärast Jumalat, kelle tahe on haiguse näol anda inimesele võimalus või väljakutse isiklikuks arenguks.¹⁰³ Nende tegurite teadvustamine võib patsiendile mõjuda nii positiivselt kui ka negatiivselt. Spirituaalse dimensiooni suurem integreeritus loob aluse paremaks ettevalmistuseks ka juhtudel, kus patsiendi uskumused osutuvad ravi takistavaks teguriks või spirituaalsed kriisid avalduvad paralleelselt psühhopatoloogia ja käitumishäiretega (nt religioosne luul).

Kirjeldav psühhopatoloogia ehk häirunud kogemuste täpne kirjeldamine ja kategoriseerimine lähtub patsiendi subjektiivse kogemuse empaatilisest hindamisest ja tema käitumise vaatlemisest.¹⁰⁴ Empaatia on siin kliiniline instrument, mida rakendatakse täpse, läbinägeliku, visa ja teadliku küsitlemisega, mille lõpuks on arst võimeline kirjeldama patsiendi subjektiivseid kogemusi läbi patsiendi enda silmade nii, et patsient need omaks tunnistab. Kogu protsessi vältel sõltub

¹⁰⁰ Tervise Arengu Instituut. 2024. RHK ehk rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon. *Tervise Arengu Instituudi veebileht*, 28.05. URL: <https://www.tai.ee/et/instituudist/meditsiinterminoloogia-kompetentsikeskus/who-klassifikaatorid/rhk-ehk-rahvusvaheline> (vaadatud 28.05.2024).

¹⁰¹ RHK-10. Peatükk XXI: Z00–Z99. URL: <https://rhk.sm.ee/> (vaadatud 22.04.2021).

¹⁰² Selline on näiteks RHK-10 alamjaotis Z91.4 „Mujal klassifitseerimata psühholoogiline trauma anamneesis“.

¹⁰³ Hathaway, William; Pargament, Kenneth. 2008. The Religious Dimensions of Coping. Implications for Prevention and Promotion. – *Prevention in Human Services*, Vol. 9, Iss. 2, 65–92. DOI: https://doi.org/10.1300/J293v09n02_04.

¹⁰⁴ Oyeboode, Femi. 2013. *Psüühilised sümptomid Andrew Simsi käsitluses. Sissejuhatus kirjeldavasse psühhopatoloogiasse*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 4.

tulemuslikkus arsti kui inimese suutlikkusest kogeda teise inimese, patsiendi seesmisi kogemusi. Tegu ei ole hindamisega, mida saaks läbi viia mikrofoni ja arvutiga, vaid tulemused sõltuvad täielikult arsti ja patsiendi jagatud kompetentsist inimkogemuse ja tunnete osas. Empaatiat on see, mis võimaldab arstil jõuda patsiendi kogemuste **mõistmiseni**.¹⁰⁵ Oluline edu või läbimurre peitub just suhtlemisoskuses ja taktitundes S/R-teemasid käsitleda ja näha seda ka kliendi (patsiendi) vaatenurgast. Sellist suhtumist on kutsutud epistemoloogiliseks alandlikkuseks (*epistemological humility*).¹⁰⁶

Inglise keeles on sõnamängus *path* (tee või rada) ja *pathology* (patoloogia) võimalik muuta vaatenurka, mille puhul nähakse haigust kogemusena, mis läbi tunnetatuna juhatab meid enda tundmaõppimise teekonnale, ajendades esitama suuri küsimusi, nagu miks see haigus või olukord on just minule osaks saanud või mis on minu koht maailmas. Sellised küsimused aitavad suurendada inimese teadlikkust oma haigusest ning oma sisulise potentsiaali tõttu on need võimalikud võtmetegurid kogu tervistumise ja taastumise teekonnal.

Iga juhtumi puhul on vaja teha kindlaks, kas kriisikogemus asetub positiivse või negatiivse vaimse tervise kategooriasse, millised dünaamikad ja tekkepõhjused välja joonistuvad ning kuidas on võimalik kriisis olijat terapeutiliselt toetada. Seda kõike saab teha spirituaalse hindamise protsessis.

Religioosne ja spirituaalne hindamine kliinilises praktikas

Parim viis spirituaalsete ja religioossete teemade integreerimiseks tervishoiusüsteemi on haiglates pakkuda spirituaalse hindamise läbiviimist. Spirituaalne toetus hõlmab valmisolekut ja oskust inimest ära kuulata ja tema vajadusi hinnata, spirituaalsusega seotud teemadel temaga rääkida ja suunata teda osalema talle meelepärastes tegevustes, mis toetavad tema spirituaalsust ja isiklikke uskumusi. Samuti tähendab see, et tuvastatakse patsiendi kahjustav psühhopaatoloogiline religioosus või spirituaalsus (religioosne luul või muu ebasoodsa mõjuga religioosne käitumine, düssotsiaalsesse usukogukonda kuulumine jms), mis mõjutab tema seisundit ja toimetulekut, elukvaliteeti ja heaolu. Hindamise esimeses etapis on eesmärgiks patsiendi senise spirituaalse ja religioosse kogemuse mõistmise. Spirituaalsus kujuneb suuresti välja patsiendi elu jooksul olenevalt tema kultuuritaustast ja perekonnast, seega peab meditsiinis pöörama tähelepanu ka nendele faktoritele.¹⁰⁷ Erinevate allikate põhjal võib spirituaalse hindamise jaotada kolmeks: põgusaks või esialgseks hindamiseks (*brief* või *screening*), ülevaatlikuks hindamiseks (*spiritual history taking*) ja põhjalikuks hindamiseks (*spiritual*

¹⁰⁵ *Ibid.*, 5.

¹⁰⁶ Hodge, David R. 2016. Spiritual Competence: What It Is, Why It Is Necessary, and How to Develop It. – *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 20. DOI: <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1228093>.

¹⁰⁷ Mohr, Sylvia; Huguelet, Philippe. 2009. 16 - Religious and Spiritual Assessment in Clinical Practice. – *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Edited by P. Huguelet and H. G. Koenig. Cambridge: Cambridge University Press, 232–243.

assessment).¹⁰⁸ Kokkuvõttes on spirituaalne hindamine patsienti puudutavate andmete kogumise, analüüsimise ja sünteesimise protsess, mille tulemused on koondatud kasutamist võimaldavasse vormingusse ehk tegevuskavasse, rehabilitatsiooniprogrammi või raviplaani.

Mitmed patsiendi- ja tervishoiuorganisatsioonid, nagu Marie Curie¹⁰⁹, Association of Hospice & Palliative Care Chaplains¹¹⁰ ja Association of Professional Chaplains¹¹¹, rõhutavad vajadust koolitada tervishoiutöötajaid, et tõsta teadlikkust spirituaalse hindamise tähtsusest ja vahenditest. Need organisatsioonid peavad vajalikuks, et tervishoiu- ja hoolekandeesutused lisaksid patsiendi tervise üldisesse hindamisprotsessi ka spirituaalse hindamise, mis võimaldab määrata kindlaks, kuidas patsiendi spirituaalsed vaated võivad mõjutada tema ravi, hoolust ja muid talle pakutavaid teenuseid.

Autoriteetsed juhised ja soovitused spirituaalsuse ja religioossuse käsitlemiseks tervishoiusüsteemis

Maaailma Psühhiaatrite Assotsiatsioon (WPA) on avaldanud seisukohad spirituaalsuse ja religiooni tähtsuse kohta psühhiaatrias,¹¹² rõhutades nende integreerimise vajadust psühhiaatria kliinilisse praktikasse, teadusuuringutesse ja haridusse. Nende eesmärkide saavutamiseks on loodud tegevuskava WPA Action Plan 2023–2026¹¹³ ning praegu valmistatakse ette juba selle uut versiooni aastateks 2026–2029.

See on üks olulisemaid ja mõjukamaid argumente S/R-teemade integreerimise vajalikkuse põhjendamisel. Spirituaalsus ja religioossus on seotud inimeste uskumuste, väärtuste ja kogemustega, mistõttu on tarvis uurida nende päritolu, et mõista paremini psühhiaatriliste häirete ravivõimalusi ja patsiendi suhtumist oma haigusse. Seetõttu on oluline, et nii kliinilises kui ka akadeemilises psühhiaatrias peab S/R-teemadele rohkem tähelepanu pöörama. S/R-teema on oluline ka eetilise mõju poolest psühhiaatria kliinilises praktikas, et tervishoiu ja psühhosotsiaalse rehabiliteerimise teenused muutuksid inimesekesksemaks.

¹⁰⁸ Täpsemalt kirjeldan seda artiklis VI.

¹⁰⁹ Vt <https://www.mariecurie.org.uk/>.

¹¹⁰ Vt <http://www.ahpcc.org.uk>.

¹¹¹ Vt <https://www.apchaplains.org>.

¹¹² Moreira-Almeida, Alexander; Sharma I, Avdesh; van Rensburg, Janse Bernard; Verhagen, Peter J.; Cook, Christopher C. H. 2016. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. – *World Psychiatry*, Vol.15, Iss. 1, 87–88. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20304>.

¹¹³ World Psychiatric Association. 2023. Action Plan 2023–2026. – *World Psychiatric Association webpage*. URL: <https://www.wpanet.org/action-plan-2023-2026> (vaadatud 20.09.2024).

WPA postulaadid on järgmised:

1. Patsientide usulisi veendumusi ja tavasid tuleb taktitundeliselt arvesse võtta ning pidevalt tuleb silmas pidada inimeste spirituaalsust, mis võib olla oluline psühhiaatrilise anamneesi (*psychiatric history*) koostamisel.
2. Religioossuse ja spirituaalsuse mõistmine ning arusaamine nende rollist psühhiaatriliste häirete diagnoosimisel, etioloogias ja ravis peaks kuuluma loomuliku osana tervisetöötaja psühhiaatrilisse väljaõppesse ja tema pideva ametialase arengu juurde.
3. On vaja rohkem uuringuid nii religioossuse kui ka spirituaalsuse rollist psühhiaatrias, eriti nende kliinilistest rakendusvõimalustest. Sellised uuringud peaksid käsitlema erinevaid kultuurirume ja paljusid geograafilisi piirkondi.
4. Lähenemine religioossusele ja spirituaalsusele peaks olema inimesekeskne. Psühhiaatrid ei tohiks kasutada ametialast positsiooni oma vaimse või ilmaliku maailmavaate propageerimiseks. Psühhiaater peaks alati austama ja arvesse võtma oma patsientide ja nende perekonna ning hooldajate vaimseid või usulisi veendumusi ja tavasid.
5. Olenemata oma isiklikest veendumustest peaksid psühhiaatrid olema valmis oma patsientide heaolu huvides tegema koostööd usukogukondade juhtide ja/või liikmetega, kaplanite, hingehoidjatega ja teiste kogukonnaliikmetega ning julgustama kolleege samamoodi toimima.
6. Psühhiaatrid peaksid olema teadlikud, et spirituaalsusel ja religioossusel on oluline roll paljude töötajate ja vabatahtlike tehtud otsuses tegutseda vaimse tervise valdkonnas, ning nad peaksid seda austama ja suhtuma sellesse taktitundega.
7. Psühhiaatrid peaksid olema teadlikud religioossete, spirituaalsete ja sekulaarsete maailmavaadete ja praktikate kasulikest, aga ka kahjulikest aspektidest, ning sellist informatsiooni laiemale kogukonnale jagades peaksid nad tervise edendamise ja üldise heaolu huvides jääda erapooletuks.¹¹⁴

Royal College of Psychiatrists (Suurbritannia) andis 2011. aastal psühhiaatritele spetsiaalsed soovitusel religioossete ja spirituaalsete teemade käsitlemiseks psühhiaatria kontekstis¹¹⁵ ning Royal College of Nursing koostas ödedele juhendi¹¹⁶. Kliinilises töös on mitmeid teste, mis aitavad patsiendi negatiivseid

¹¹⁴ Moreira-Almeida *et al.* 2016: 87.

¹¹⁵ Cook, Christopher C. H. 2013. Recommendations for Psychiatrists on Spirituality and Religion. Position Statement PS03/2013. – *Royal College of Psychiatrists*, Nov. URL: http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf (vaadatud 22.04.2021).

¹¹⁶ Royal College of Nursing. 2011. *Spirituality in Nursing Care: a pocket guide*. London: RCN. URL: <https://static1.squarespace.com/static/5b44a2d63c3a5308bebd99d6/t/5b97cbc9758d4633523f1a22/1536674765815/Spirituality+in+Nursing+Care+Royal+College+of+Nursing.pdf> (vaadatud 22.04.2021).

tundeid märgata, teadvustada, nende kohta informatsiooni koguda ja tagasisidet anda. Negatiivsete tunnete hindamiseks on välja töötatud mitmeid skaalasisid (nn psühhomeetrilised instrumendid), mille olen koondanud ülevaatlukusse tabelisse (vt lisa 3, tabel 5).

Marcelo Saad ja Roberta de Medeiros kogusid ja analüüsisid mitmesugust tõendusmaterjali ning esitasid järeldustes põhjused, miks võiks haiglates S/R-toetusprogrammide rakendamine olla kasulik nii patsientidele kui ka haiglatele. Need viis põhjust on järgmised:

- 1) religioosne ja vaimne heaolu on seotud parema tervisega;
- 2) religioossuse ja spirituaalsuse tunnustamine peaks olema haigla akrediteerimise standard;¹¹⁷
- 3) patsiendi religioosne-spirituaalne toetamine aitab ennetada arusaamatusi, mis võivad mõjutada ravi;
- 4) patsiendid ootavad haiglatelt religioosset-spirituaalset tuge;
- 5) patsiendi religioosne-spirituaalne toetamine võib vähendada kulutusi.¹¹⁸

Samuti toovad nad välja viis rakenduslikku sammu haiglatele:

- 1) igakülgne institutsionaalne kaasatus;
- 2) personali koolitamine;
- 3) infrastruktuuri loomine ja ressursside eraldamine;
- 4) institutsionaalse poliitika kohandamine;
- 5) kokkulepped erinevate religioossete/vaimsete liidritega.¹¹⁹

Samasugustest põhimõtetest võiks juhinduda ka spirituaalse hindamise integreerimisel Eesti tervishoiusüsteemi.

¹¹⁷ Nt Joint Commission International (JCI) akrediteerimise nõuetes.

¹¹⁸ Nt hingehoidja palkamine võrreldes uue ravimi kasutuselevõtuga.

¹¹⁹ Saad ja de Medeiros 2012: 136–141.

2. METODOLOOGIA

Võrreldes spirituaalsuse ja tervise kui kahe olulise ressursi olemust, võib neid pidada keerukateks ja kompleksseteks dimensioonideks,¹²⁰ mis sisaldavad palju üksteisest sõltumatuid, aga samas omavahel seotud elemente. Nii keeruliste nähtuste uurimisel ja kirjeldamisel on tarvis märgata, mõista ja selgitada nende elementide omavahelisi seoseid ja suhteid, et need ei taanduks eraldiseisvateks osadeks selles kompleksses süsteemis. Seetõttu on terviseedendus mõneti distantseerumas klassikalisest biomeditsiinilisest mudelist, nii nagu ka spirituaalsus ei sobitu hästi dogmaatilise usuteaduse ja teoloogia raamidesse. On ilmne et kiiresti muutuv maailm vajab ka paindlikku interdistsiplinaarset teaduslikku lähenemist, et mõista inimese juurde kuuluvaid dünaamilise iseloomuga nähtusi.

Doktoritöö metodoloogia osa eesmärk on pakkuda doktoritöö osaks olevates kuues artiklis käsitletud teemadele süsteemset teoreetilist analüüsibaasi, mis võimaldaks siinses katuspeatükis teha neist üldisi järeldusi. Spirituaalsuse teema mitmekihilisuse ja keerukuse tõttu sobib selle uurimiseks lähenemisviis, mis sarnaneb **komplekssüsteaduse** (*complexity science*) printsiipidega, mida Roger Lewin kirjeldab nii: „Komplekssüsteemide uuringud lubavad ületada reduktsionismi piire, sest maailm ei ole masin ega ole arusaadav oma üksikute osade kataloogimise teel; maailm koosneb orgaaniliste osade holistilisest kooslusest, millest traditsiooniliste teaduslike meetoditega on raske aru saada.“¹²¹ Seega ei ole siin tegemist ühe teooriaga, vaid pigem erinevatest distsipliinidest ja kontseptuaalsetest tööriistadest koosneva kompleksse süsteemiga.¹²² Komplekssüsteadus võimaldab uurida keerukaid süsteeme ja probleeme, mis on dünaamilised, ette ennustamatud ja mitmetahulised ning koosnevad omavahel põimunud seostest ja elementidest. Erinevalt traditsioonilisest põhjus-tagajärg seosest või lineaarsest mõtlemisest iseloomustab kompleksüsteeme pigem mittelineaarsus.¹²³ Tsiteerides akadeemik Jüri Engelbrechti: „Komplekssüsteemide mõiste on viimasel ajal teadusringkondades laia kõlapinna leidnud, sest ta toob ühise nimetaja alla süsteemid, millele on omane nii iseorganiseerumine kui ka kohanduv käitumine, nii komponentide vastastikmõju kui ka süsteemi järsud muutused“.¹²⁴

¹²⁰ Tremblay, Marie-Claude; Richard, Lucie. 2014. Complexity: A potential paradigm for a health promotion discipline. – *Health Promotion International*, Vol. 29, No. 2, 378–388. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar054>.

¹²¹ Lewin, Roger. 1993. *Complexity: Life at the Edge of Chaos*. London: J. M. Dent, x (Kättesaadav: Engelbrecht, Jüri. 2018. Tänapäeva haridusest ja kompleksüsteemidest. – *Akadeemia*, 11, 1936).

¹²² Benham-Hutchins, Marge; Clancy, Thomas, R. 2010. Social Networks as Embedded Complex Adaptive Systems. – *Journal of Nursing Administration*, Vol. 40, No. 9, 353.

¹²³ MacDonald, Marjorie; Best, Allan; Bruce, Ted; Carroll, Simon; Doyle-Waters, Mimi; Hancock, Trevor; Jackson, Beth; Lewis, Mary; Martin, Wanda; Riley, Barb. 2012. Complexity Science in Brief. – *University of Victoria webpage*, lõik 2. URL: https://www.uvic.ca/research/groups/cphfri/assets/docs/Complexity_Science_in_Brief.pdf (vaadatud 17.04.2021).

¹²⁴ Engelbrecht, Jüri. 2010. Komplekssüsteemid. – *Akadeemia*, 8, 1348.

Spirituaalsuse uurimiseks sobiva metodoloogia disainimisel kasutasin ka rahvatervises kasutatust leidnud metodoloogilisi tehnikaid. Nagu eespool kirjeldasin, on spirituaalsuse ja tervise kontseptsioonidel väga palju ühiseid jooni ning mõlemad on käsitletavad ressursidena nii indiviidi kui ka sotsiaalsel tasandil, mis näitab mõlema kontseptsiooni kompleksust ja keerukust. Teaduses taandatakse maailma mõistmise keerukus (etteaimatavatele) seaduspärasustele, mida uurib ka kompleksusteadus, kuid lisaks füüsika, keemia ja bioloogia valdkonna kompleksüsteemidele on kompleksusteaduse uurimisobjektiks ka sotsiaalsed süsteemid, mille kompleksus erineb eelnimetatutest just selle poolest, et süsteemi kirjeldamiseks on vaja kasutada tavapärasest rohkem parameetreid ning selle osaks olevad alamsüsteemid mõjutavad üksteist mittelineaarselt. Sotsiaalsüsteemis mõne seaduspärasuse tuvastamine, selle teadvustamine aga muudab süsteemi toimimist, mida enamjaolt füüsikaliste ja bioloogiliste süsteemide puhul ei toimu. Niisiis sobib kompleksusteaduse meetodite kasutamine iseäranis hästi uurimaks spirituaalsuse dimensiooniga seotud mitmekihilisi teemasid Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemis.

Kompleksusteadusega tutvumine juhatab mind **situatsioonianalüüsi** (*situational analysis*) meetodika juurde, mis võimaldab erineval viisil kogutud materjali põhjal kuvada visuaalselt (joonised, tabelid) analüüsi käiku ja teha kokkuvõtteid. Situatsioonianalüüs on välja kasvanud **põhistatud teooriast**¹²⁵ (*grounded theory*), mille üks oluline metodoloogiline põhimõte on, et teaduslikku uurimust käsitletakse kui uuritava objekti tundmaõppimise protsessi, mille käigus teadmised sellest järk-järgult täienevad ja avarduvad. Iga järgmine uurimisetapp testib eelmisest etapist saadud teadmisi ning lisab uut informatsiooni.¹²⁶ Situatsioonianalüüsis pööratakse rohkem tähelepanu uuritavate olukordade ja neid mõjutavate diskursuste **visuaalsele kaardistamisele**. Seega on situatsioonianalüüs kartograafiline meetod andmetes sisalduvate seoste analüüsimiseks. Terviseuuringutes leiab see meetod järjest rohkem kasutust.¹²⁷ Doktoritöö uurimistulemusi ilmestavad joonised olen koostanud Adele Clarke'i¹²⁸

¹²⁵ Põhistatud (*grounded*) teooria meetod formuleeriti raamatus: Glaser, Barney G; Strauss, Anselm L. 1967. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.

¹²⁶ Lepik, Krista; Strömpl, Judit. 2014. Põhistatud teooria. – *Tartu Ülikooli sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*, 01.12. URL: <http://samm.ut.ee/pohistatud-teooria> (vaadatud 17.04.20219).

¹²⁷ Schreiber, Rita S.; Martin, Wanda. 2013. 14 - New Directions in Grounded Theory. – *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. Edited by Cheryl T. Beck. London: Routledge, 183–202.

¹²⁸ Adele E. Clark (1945–2024) oli San Francisco California ülikooli sotsioloogia ja tervise-teaduste ajaloo professor. Ta oli tunnustatud teadlane, pälvides mitmeid auhindu, muuhulgas Leo G. Reederi auhinna silmapaistva panuse eest meditsiinisotsioloogiasse (2015). Vt Casper, Monica J. 2024. Remembering Dr Adele Clarke. – University of California webpage, January 29. URL: <https://sociology.ucsf.edu/news/remembering-dr-adele-clarke> (vaadatud 20.05.2024).

raamatu „Situatsioonianalüüs: Põhistatud teooria pärast postmodernistlikku põõret“ (2005) põhjal.¹²⁹

Nii kompleksusteadust kui ka situatsioonianalüüsi on rakendatud rahvatervise (*public health*) alastes uuringutes. Situatsioonianalüüsis uuritakse sotsiaalseid sfääre ja selles osalevate liikmete omavahelisi kollektiivseid seoseid ja tegevusi, mis moodustavad uuritava olukorra konteksti. Seega on analüüsi eesmärk tuvastada osapoolte tegevustes ja nendevahelistes seostes ilmnevad tähendused. Selleks luuakse kogutud andmete põhjal olukorda kirjeldatavad kaardid – joonised ja tabelid. Niisugused visuaalsed kokkuvõtted situatsioonianalüüsi käigus saadud andmetest aitavad paremini mõista uuritavat nähtust ning teevad uurimistulemustest tehtud järeldused hõlpsamini jälgitavaks. Uurimistulemuste visualiseerimine võimaldab demonstreerida olukorra kompleksust, osutades erinevate osade vahel ilmnevatele seostele, mis võivad tulemusi mõjutada. Situatsioonianalüüs pakub vahendeid uuritava olukorraga seotud kõigi oluliste (inimlike ja mitte-inimlike) elementide täpsustamiseks ja kaardistamiseks, rõhutades nendevahelisi suhteid, sotsiaalseid sfääre ja diskursiivseid positsioone.

Clarke soovitab situatsioonianalüüsi objektiks oleva olukorra kirjeldamiseks ja mõistmiseks koostada kolme tüüpi kaarte ja analüüsivahendeid:

1. **Situatsioonikaardid** kirjeldavad olukorraga seotud elemente ja uurivad nende omavahelisi seoseid. Uuritavas olukorras osalevad elemendid jaotuvad inimfaktoriteks (indiviidid, huvigrupid, organisatsioonid, institutsioonid, subkultuurid jms) ja mitteinimlikeks mõjuriteks (konkreetsed mõjutusvahendid, nagu ruumid, finantsid, regulatsioonid jms, või kaudsemad mõjutegurid, nagu üldlevinud arusaamad, strateegiad, ideed, sümbolid, kultuurikontekst jms). Situatsioonikaardid võimaldavad korrastada uurimise käigus saadud informatsiooni ja suunata edasist andmete kogumist, mistõttu võivad need analüüsi-protsessi käigus pidevalt muutuda ja täieneda. Uurimise algusjärgus koostatakse situatsioonikaardi mustand (*messy map*), misjärel saab sealt andmeühikud kanda üle korrastatud ehk viimistletud kaardile (*ordered map*). Uurimistulemused esitatakse kokkuvõtvalt tabelina, kus uuritavat nähtust mõjutavad elemendid on jaotatud 12 rühma.
2. **Sotsiaalsete sfääride ja areenide**¹³⁰ **kaardid** kirjeldavad sotsiaalseid suhteid või olukorra aktiivsust ning osutavad kohtadele, kus diskursused on hetkel aktiivsed. Sellised kaardid on justkui universumid, milles esinevad erinevad diskursused leiavad aset tegevusväljal ehk areenil, hõlmates sotsiaalsete sfääride kokkupuutepunkte, kollektiivset tegevust ja ühiselt võetud kohustusi. Üksikisikud toimivad siin ühiskonnaliikmetena, osaledes ühiskonna elu

¹²⁹ Clarke, Adele E. 2005. *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

¹³⁰ Clarke (2005) kasutab situatsioonianalüüsi kaartide olemust selgitades mõistet *arena*, mida saab eesti keelde tõlkida kui „huvipiirkond“ või „tegevusväli“. Kuna eestikeelne sõna „areen“ hõlmab eelmainitud kahte tähendust, kasutan siinses uurimuses seoses situatsioonianalüüsiga ka seda terminit.

sotsiaalsetes ja sümboolsetes interaktsioonides ja ühendustes, kuid nad teevad seda organisatsiooni kollektiivset identiteeti kandvate esindajatena, mitte indiviididena. Need kaardid toovad esile ka osapooled, kes osalevad ühiskondlikes struktuurides ja tegevustes vastu tahtmist. Niisiis kirjeldavad need kaardid kollektiivseid sotsiaalseid suhteid, andes uuritavast olukorrast aimu keskmisel üldistuse tasemel (nn meso-tasemel).

3. **Positsioonikaardid** esitavad lihtsustatud kujul eri osapoolte diskursusi (teemad, huvid, seisukohad, agendad jms), mis võivad, aga ei pruugi olla otseselt väljendatud. Nende kaartide abil on võimalik märgata, kelle hääl domineerib ja kelle oma on n-õ vaigistatud või kelle mured jäävad tähelepanuta. Need situatsioonianalüüsi tulemust visualiseerivad kaardid aitavad välja tuua keerukate teemade kompleksuse ning paremini hinnata uuritavat olukorda, kuvades olukorrast n-õ suure pildi. Positsioonikaardid analüüsivad erinevaid diskursusi, mitte üksikisikuid või üksikuid asutusi, ning need koostatakse välitööde, osalusvaatluste ja intervjuude käigus kogutud materjalide põhjal.¹³¹

Rahvatervise spetsialistid Wanda Martin, Bernie Pauly ja Marjorie MacDonald on veendunud, et sotsiaalsete sfääride ja tegevusväljade (areenide) mõistmiseks on oluline mõista sotsiaalsete suhete keerukust, nende mittelineaarsust ja iseeneslikku kujunemist, sest seeläbi on võimalik teada saada, mis sotsiaalsfääris toimub ning millised suhted sellel tegevusväljal valitsevad. Nad soovivad situatsioonianalüüsi rakendada just rahvatervise valdkonnas.¹³² Seetõttu sobib situatsioonianalüüsi meetod spirituaalsuse dimensiooniga seotud teemade uurimiseks Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemis. Selle meetodi abil koostatud joonised ja tabelid doktoritöö viimases, analüüsitulemusi käsitlevas osas võtavad kokku küsitluste ja intervjuude käigus kogutud materjali ning esitavad visualiseeritud kokkuvõtte analüüsi tulemustest.

Kompleksusteaduse printsiipide rakendamisel on oht kalduda pseudoteaduse valda.¹³³ Sellise ohu minimeerimiseks olen oma uurimuse teoreetilise raamistiku loomisel kasutanud peamiselt teaduskirjandust, sealhulgas tunnustatud teadusajakirjades ilmunud eelretsenseeritud teadusartikleid valdkonna ekspertidelt. Samuti on doktoritöö osaks kaks uuringut, mis on koostatud ja läbi viidud teaduslike meetodikaid kasutades. Kuna analüüsivad andmed on kogutud teaduslike meetoditega, tagab see uurimistulemuste valiidsuse.

Lisaks uurimistulemusi kokkuvõtvatele situatsioonianalüüsi kaartidele koostas SWOT-analüüsi. Sellist analüüsimeetodit kasutatakse enamasti küll

¹³¹ Clarke 2005: 86–88, 110–113, 126–128.

¹³² Martin, Wanda; Pauly, Bernie; MacDonald, Marjorie. 2016. Situational Analysis for Complex Systems: Methodological Development in Public Health Research. – *AIMS Public Health*, Vol. 3, No. 1, 97, 106. DOI: <https://doi.org/10.3934/publichealth.2016.1.94>.

¹³³ Phelan, Steven E. 2001. What Is Complexity Science, Really? – *Emergence*, Vol. 3, No.1, 120. DOI: https://doi.org/10.1207/S15327000EM0301_08.

majanduses ja halduses strateegilise vahendina, et hinnata ettevõtte (või organisatsiooni) hetkeseisu, kuid ka tervishoiu valdkonnas toimuvate protsesside hindamiseks on see sobiv tööriist, mis leiab laialdast kasutust. SWOT-analüüsi puhul on hinnangu aluseks neli parameetrit: *strengths* ehk tugevused, *weaknesses* ehk nõrkused, *opportunities* ehk võimalused ja *threats* ehk ohud. Nende nelja parameetri alusel kogutakse organisatsiooni mõjutavate sise- ja väliskeskkonna kohta informatsiooni, kusjuures sisemise analüüsi puhul kaardistatakse organisatsiooni tugevused ja nõrkused (nt ressursid, juhtimine, töötajate koolitus jms) ning välismõjude analüüsi puhul võimalused ja ohud (nt kulud, arengu- ja koostöövõimalused jms). Käesoleva doktoritöö uurimistulemuste põhjal tehtud SWOT-analüüs kaardistab spirituaalse dimensiooni integreerimisel Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemi sellega seonduvad sisemised ja välised mõjutegurid, tuues välja seda protsessi toetavad (tugevused) ja kahjustavad (nõrkused) tegurid ning võimalused ja ohud, mis sellega kaasnevad. Seega annab SWOT-analüüs kogu sellele protsessile struktureeritud hinnangu.

3. UURINGUD SPIRITUAALSUSEST JA HINGEHOIUST TERVISHOIUVALDKONNAS

Doktoritöö artiklite aluseks on kaks uuringut, millest esimene viidi läbi aastail 2015–2016 elektroonilise ankeetküsitlusena Eesti haiglate võrgustikus ning teine toimus 2021. aastal intervjuu vormis vestlustena, sihtrühmaks erinevates hoolekandeesutustest ja haiglates töötavad hingehoidjad. Nende uuringute käigus kogutud andmete põhjal valmisid koostöös kaasautoritega teadusartiklid, millest esimene käsitleb Eesti tervishoiuasutustes töötavale personalile spirituaalse toe pakkumise vajadust ja võimalusi (**artikkel III**) ning teine kirjeldab COVID-19 pandeemia ajal Eesti haiglates tehtud hingehoidlikus töös tekkinud probleeme (**artikkel V**).

Spirituaalsuse ja religioossuse uurimiseks on Eesti väljakutseid pakkuv uurimismaastik. Nii mõnedki nimekad teadlased peavad Eestit Euroopa Liidu religioosseks „katselaboriks“, kus kirikus käib kord nädalas vaid 2% rahvastikust, samas usub mingisuguse hinge või väe olemasolusse 50% inimestest.¹³⁴ Ühelt poolt puudub kirikul Eesti ühiskonnas mõjukas positsioon, kuid teiselt poolt on uuringute järgi eestlaste usk üleloomulikesse nähtustesse väga suur ning nad on avatud uutele religioossetele õpetustele, esoteerikale ja väga erinevatele alternatiivsetele liikumistele, kusjuures usumaastikku aitab kindlasti täita internetis levivate vaimsete õpetuste kasvav osatähtsus.¹³⁵ Iseloomulik on, et meedias üheks vaadatuimaks saateks oli „Selgeltnägijate tuleproov“ (TV3) ning üks populaarsemaid raadiosaateid oli „Hallo, Kosmos!“ (ERR).

Eesti Kirikute Nõukogu tellimisel on alates 1995. aastast läbi viidud uuringut „Elust, usust ja usu-elust“, mida on korraldatud regulaarselt iga viie aasta tagant. Selle uuringu 2010. aastal toimunud vooru tulemustest selgub, et kristlust praktiseeris väga vähe inimesi (alla 10% kogu elanikkonnast),¹³⁶ kuid Eestis tegutses 2010. aastal vähemalt 547 mitmesuguste religioosset laadi praktikate, alternatiivmeditsiini, ürituste, kursuste jms läbiviijat. Uuringu „Elust, usust ja usu-elust 2020“ projektijuht sotsioloog Laur Lilleoja peab seda küsitluste sarja unikaalseks, sest nüüd juba kuuendat korda toimunud küsitlus võimaldab analüüsida 25 aasta jooksul toimunud muutusi eestimaalaste usulistest vaadetest. See pakub Eesti usu-elust kõige terviklikumat religioonisotsioloogilist ülevaadet, kuna võrdlusandmete aegrida on pikk, käsitletud teemadering lai ja juhuvalim suur (umbes

¹³⁴ Heelas, Paul. 2013. Eesti kui katselabor – ideaalne näide vaimsuse ja religiooni suundumuste uurimiseks. – *Mitut usku Eesti III: Uue vaimsuse eri*. Toimetanud Marko Uibu. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 167.

¹³⁵ Valk, Ülo. 2011. Folklore and Discourse: The Authority of Scientific Rhetoric, from State Atheism to New Spirituality. – *Handbook of Religion and the Authority of Science*. Edited by J. R. Lewis and O. Hammer. Leiden, Boston: BRILL Academic Publishers, 845–866.

¹³⁶ Altnurme, Lea. 2013. Kristluse tähenduse ja tähtsuse muutus eestlaste seas 1857–2010. – *Tuna*, 4, 54.

1000 vastajat).¹³⁷ 2020. aastal toimunud uuring kinnitab, et eelkõige on suurenenud eestlaste huvi muude vaimsete teemade vastu (7% vastanuist), kusjuures alla 30-aastaste hulgas on huvi tõus olnud suurim (17% vastanuist). Samast uuringust selgub, et inimesed tunnevad lähedust mitmesuguste religioonide või maailmavaadetega, nagu kristlus, maausk, budism, judaism, islam või muu usk.¹³⁸ Ka Statistikaameti andmetel valitseb Eestis religioosne mitmekesisus. 2021. aasta rahva ja eluruumide loenduse (REL 2021) andmetel tunnistas mingit kindlat usku 29% elanikkonnast, mis on võrreldes kümme aastat tagasi toimunud loendusega (REL 2011) jäänud samaks. Endiselt on kõige rohkem õigeusklikke (16% kogu rahvastikust) ja luterlasi (8%) ning mõnda muud usku peab omaks 5% eesti-maalastest.¹³⁹

Uuringud ja statistikaandmed näitavad, et Eesti elanikest ligikaudu kolmandik on usklikud ning järjest enam suureneb huvi mitmesuguste vaimsete teemade vastu. Kuidas on see mõjutanud spirituaalsuse teemaga seotud hoiakuid ja arvamusi, aga ka valmisolekut sellega tegeleda Eesti tervishoiusüsteemis, selle teada saamiseks viisime koos kaasautoritega läbi uuringud, millest ülevaate annab järgmine alapeatükk.

3.1. Tervisevaldkonna spetsialistide arvamused ja kogemused spirituaalsuse, hingehoiu ja meditsiinilise pluralismi teemadel 2015–2016 (artikkel III)

Koos Tartu Ülikooli religiooniuringute eriala teiste tollaste doktorantide Liidia Meele ja Marko Uibuga koostasime aastail 2015–2016 uurimuse „Tervisevaldkonna spetsialistide arvamused ning kogemused spirituaalsuse, hingehoiu ja meditsiinilise pluralismi teemadel“ raames küsimustiku. Ankeetküsitluse eesmärk oli kaardistada Eestis tegutsevate haiglate tervisevaldkonna spetsialistide seisukohti tervisega seotud teemadel, nagu spirituaalsus, hingehoid ja alternatiivsed ravimeetodid. Uurimus oli suunatud tervisevaldkonna spetsialistidele. Andmeid analüüsiti anonüümsetena, nii et neid ei saaks seostada konkreetsete inimeste ega asutustega.

Ankeetküsitluse küsimused jagasime kolme suuremasse, temaatiliselt omavahel seotud rühma. Otsustasime haiglatele saata koondküsimustiku, mis hõlmas uurimusrühma kõigi liikmete koostatud uurimisküsimusi. Nii said tulemused kõik kolm uurimisprojekti osalenud inimest: Marko Uibu keskendus meditsiinilisele pluralismile, Liidia Meele uurimisteemaks oli hingehoid ja mind huvitas eelkõige

¹³⁷ Lilleoja, Laur. 2021. Elust, usust ja usuelust – kuuendat korda. – Kirik & Teoloogia, 05.11. URL: <https://kjt.ee/2021/11/elust-usust-usuelust-kuuendat-korda/> (vaadatud 02.07.2024).

¹³⁸ Eesti Uuringukeskus 2021.

¹³⁹ Eesti Statistikaamet. 2022b. Rahva ja eluruumide loendus 2021 – Tulemused: Usk. – *Eesti Statistikaameti koduleht*, 05.10. URL: <https://rahvaloendus.ee/et/tulemused/rahvastiku-demo-graafilised-ja-etno-kultuurilised-naitajad#usk> (vaadatud 02.07.2024).

spirituaalsuse aspekt tervishoius. Uuringu tulemuste põhjal valmis koos Liidia Meelega teadusartikkel (**artikkel III**), kus käsitlesime pastoraalse hoole ja laiemalt spirituaalse toetuse võimalikkust ja võimalusi Eesti haiglates. Sellest artiklist kirjutasin mina osad, mis käsitlevad spirituaalsust ja spirituaalseid vajadusi.

3.1.1. Uurimisküsimused

Ankeetküsitluse küsimused olid järgmised:

1. Kas haiglates töötavatel tervisevaldkonna spetsialistidel on olnud tööalaseid kokkupuuteid tervise teemadega tegelevate vaimsete või alternatiivsete õpetustega?
2. Mil määral nõustuvad haiglates töötavad tervisevaldkonna spetsialistid erinevate tervise ja vaimsete või alternatiivsete õpetusi puudutavate väidetega, mis on esile kerkinud meedias ja uuringutes?
3. Kas haiglates töötavatel tervisevaldkonna spetsialistidel on patsientidega vesteldes esile kerkinud spirituaalseid-eksistentsiaalseid teemasid?
4. Kuivõrd on haiglates töötavad tervisevaldkonna spetsialistid puutunud kokku erinevate vaimseid või alternatiivseid õpetusi käsitlevate lähenemiste ja mõistetega?
5. Kuivõrd oluliseks peetakse erialase ettevalmistusega hingehoidja kuulumist haigla koosseisu?
6. Kuivõrd oluliseks peetakse koostööd erialase ettevalmistusega hingehoidjaga?

3.1.2. Meetod

• Valim

Eesti haiglates töötavad tervisevaldkonna spetsialistid: arstid, arst-residendid, abiarstid, õed, abiõed, ämmaemandad, abiämmaemandad, hooldajad, psühholoogid, sotsiaaltöötajad (TAI andmebaas 2014 andmetel kokku 12 530 inimest).

• Uurimismetoodika

Uurimus oli kvantitatiivne, täiendavate kvalitatiivsete küsimustega. Küsimustik oli nii eesti- kui ka venekeelne. Andmete kogumiseks kasutati elektroonilist valikvastustega ankeeti, vastuste juurde oli võimalik lisada pikema kommentaari. Ankeetküsitlus saadeti küsitluses osalenud haiglates töötavatele tervisevaldkonna spetsialistidele koostöös haigla või haigla osakonna juhtidega. Anonümiseeritud vastuseid analüüsiti statistiliste meetoditega, kasutades Excelit ja SPSS-i. Täiendavad kommentaarid läbisid kvalitatiivse kontentanalüüsi (Nvivo).

• Uuringust osavõtukutse saanud haiglad (19):

Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Tallinna Lastehaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Virumaa Keskhaigla,

Pärnu Haigla, Järvamaa Haigla, Kuressaare Haigla, Läänemaa Haigla, Rakvere Haigla, Lõuna-Eesti Haigla, Narva Haigla, Viljandi Haigla, Valga Haigla, Hiiu-maa Haigla, Põlva Haigla, Rapla Haigla, Jõgeva Haigla.

• **Andmete kogumise periood:** 2015–2016

3.1.3. Tulemused ja järeldused

Ankeetküsitlusele vastas 247 tervishoiutöötajat, kellest 94 olid medõed, 77 arstid ja 64 teiste erialade esindajad; 12 vastajat ei soovinud oma ametit märkida.

Kokkuvõttes võib öelda, et pooled vastajatest (124 inimest) uskusid või pigem uskusid mingisuguse kõrgema väe olemasolusse ning enamus vastajatest (185 inimest ehk 75%) arvas, et hoolekandes võiks spirituaalsuse ja religiooni teemade käsitlemisest tõusta kasu. Lisatud kommentaaridest selgus, et kui tervisetöötaja ei mõista ega aktsepteeri patsiendi usulisi veendumusi, võib selle tagajärg olla patsiendisse tõrjuv suhtumine, mis aga ei aita kaasa koostööle patsiendiga tema ravi- ja taastumisprotsessis. Samuti toodi välja seda, et haiglate personalil puudub teadmine, kuidas vaimselt toetada patsienti, kes on suremas. Küsimusele haigla koostöö kohta hingehoidjatega vastas suurem osa (214 inimest ehk 86,6%), et vajadusel nad kutsuksid hingehoidja patsiendi juurde või juhataksid patsiendi hingehoidja juurde (220 inimest ehk 89%). Umbes kolmveerand vastanutest olid huvitatud hingehoidja täienduskoolitusest ning konsulteerisid hingehoidjaga keeruliste juhtumite asjus ja tööga seotud eetiliste küsimuste tõstatumisel. Vastustest selgus, et teadlikkus holistilisest hoolekandest, spirituaalsusest ja hingehoiust on heal tasemel, kuid rohkem kui pooled vastanutest tahaksid sellest rohkem teada. Olulise teemana tõstatus ka tervishoiutöötajatele vaimset pinget tekitavad keerulised patsiendijuhtumid, mille kuhjumisega ülekoormuse tingimustes on oht läbi põleda, juhul kui töötajad ei saa abi iseenda vaimse tervisega tegeleda (ei ole selleks oskusi ja/või aega). Enamus vastanutest (199 inimest ehk 80,6%) eelistaks olukorda, kus hingehoidja kuulub haigla personali ridadesse, mitte ei peaks teda alati juhtumipõhiselt kohale kutsuma. See annaks ka võimaluse haigla töötajatel pöörduda oma probleemidega hingehoidja poole siis, kui selleks vajadus tekib.

Tulemused kinnitasid, et meditsiinitöötajatel on huvi ja vajadus nii spetsialistide täiendõppe/väljaõppe kui ka üldise informatsiooni järele, mis puudutab religioosset ja spirituaalseid teemasid tervishoius, ning soovivad saada teada, kuidas paremini toime tulla patsientide eksistentsiaalsete küsimustega. Vastustest selgus, et **ajapuudus** ning tööga seotud **ülekoormus** ja **psühholoogiline ebamugavustunne** on tegurid, mis takistavad nende teemade käsitlemist meditsiini-asutustes. Uurimusest selgus, et vaja on tegeleda ka personali tunnetega, seda eriti surmajuhumite järgselt. Selle pilootuuringust järeldub, et Eesti tervishoiusüsteemi oleks kindlasti võimalik kaasata hingehoidjaid ja välja võiks arendada spirituaalse toe pakkumise teenuse.

3.2. Haiglate ja hoolekandeesutuste hingehoidliku töö uutest väljakutsetest COVID-19 pandeemia tingimustes (artikkel V)

Selle doktoritöö kirjutamise aeg langes kokku COVID-19 pandeemiaga, mis oli uus ja globaalse haardega nähtus. See uus kergesti nakkav viirushaigus tekitas inimestes hirmu, sest haiguse kulg võis kiiresti kujuneda eluohtlikuks, kuid pandeemia ajal külvas palju segadust pidevalt muutuv informatsioon nii viiruse tekke ja leviku kui ka raviprotseduuride ja ennetusmeetmete kohta. Pandeemiaaegne raskeim koormus langes tervishoiusektorile – haiglatele – ning seoses vajadusega kohaneda mitmesuguste kiiresti muutuvate piirangutega mõjutas see ka spirituaalse hoolekande tegevust, tuues kaasa muudatusi haiglate kaplanaatide ja hingehoidjate töös.

3.2.1. Lähteülesanne

2022. aastal ilmus Usuteadusliku Ajakirja erinumber „COVID-19 pandeemia ja selle mõtestamine: usukogukondade vastused traumadele ja epideemiatele minevikus ja tänapäeval“ (väljaanne 82, nr 2), mis sündis Tartu Ülikooli usuteaduskonna ja Eesti Metodisti Kiriku Teoloogilise Seminari õppejõudude ühistööna. Ajakirja erinumbri koostamiseks tehti üleskutse teoloogiliselt mõtestada meid kõiki puudutanud pandeemiat, et fikseerida oma mälus see unikaalne ajajärk ja analüüsida, kuidas see on mõjutanud meie mõtlemist, kiriklikku ja hingehoidlikku praktikat ning teoloogiat. Koos Age Kristel Kartauga kirjutasime ajakirjale kaastöö (artikkel V), mille jaoks viisime läbi uuringu hingehoidjate tööst Eesti haiglates COVID-19 pandeemia ajal.

3.2.2. Meetod

2019. aastal plaanisime alustada uuringut pandeemia ajal tekkinud probleemidest hingehoidjate töös ja viia läbi küsitlus neljas Eesti haiglas. Kavatsesime osaleda USA, Euroopa ja Austraalia haiglate kaplanaate hõlmavas rahvusvahelises uuringus, mille algatajaks oli Belgia Leuveni katoliikliku ülikooli pastoraalse teoloogia osakond eesotsas Anne Vandenhoeckiga. Selle rahvusvahelise uuringu raames koguti kvalitatiivse ankeetküsitlusega andmed 1657 vastajalt, misjärel on saadud andmete põhjal avaldatud mitu teadusartiklit.¹⁴⁰ Meil ei õnnestunudki

¹⁴⁰ Nt Vandenhoeck, Anne; Holmes, Cheryl; Desjardins, Michelle Cate; Verhoef, Joost. 2021. “The Most Effective Experience was a Flexible and Creative Attitude”—Reflections on Those Aspects of Spiritual Care that were Lost, Gained, or Deemed Ineffective during the Pandemic. – *Journal of Pastoral Care & Counseling*, Vol. 75 (IS), 17–23. DOI: <https://doi.org/10.1177/1542305020987991>; Desjardins, Cate Michelle; Bovo, Anna; Cagna, Mario; Steegen, Martijn; Vandenhoeck, Anne. 2021. Scared but Powerful: Healthcare Chaplains’ Emotional Responses and Self-Care Modes during the SARS-Cov-19 Pandemic. – *Journal of Pastoral Care & Counseling*, Vol. 75 (IS), 30–36. DOI: <https://doi.org/10.1177/1542305021993761>.

tookord haiglates küsitlust läbi viia, seetõttu Eesti andmeid selle rahvusvahelise uuringu tulemuste hulgas ei ole. Kuid nendes artiklites välja toodud tulemusi käsitlesime oma ettekannetes hingehoidjate suvepäevadel, mis toimus 27.–28. augustil 2021. aastal Sakus EELK Laagrikeskuses Talu. Koos kaasautori Age Kristel Kartauga osalesime hingehoidjate suvepäevadel osalusvaatlejatena, viies läbi struktureerimata intervjuusid nii eravestlustes kui ka fookusgruppides, kus uurisime hingehoidjatelt, milline oli töökorraldus COVID-19 pandeemia ajal ning milliseid probleeme sel perioodil nende töös esines. Intervjuude läbiviimisel kasutasime mitmete erinevate lähenemiste kombinatsiooni, sh kvalitatiivse struktureerimata intervjuu meetodit. Katkeid intervjuudest kasutasime artiklis anonüümiseeritult, et konkreetsete näidetega Eesti olustikust illustreerida rahvusvahelistes uuringutes esitatud statistilisi üldistatud tendentse.

Lisaks välitöö käigus tehtud intervjuudele kogusime andmeid ka ankeetküsitlusega. Saatsime küsimused Eesti haiglavõrgu haiglatele (kokku 19 haiglat), et saada tagasisidet hingehoidliku töö töökorralduse kohta pandeemia ajal. Vastused saime viiest haiglast ning saadud andmed anonümiseerisime, et kasutada neid artiklis.

3.2.3. Tulemused ja järeldused

Ainult viiest Eesti haiglast saadud tagasiside põhjal ei saa suuri üldistusi teha, sest vastused olid väga varieeruvad. Näiteks otsustati ühes haiglas hingehoidja töökoht koondada, sest huvi hingehoidliku töö vastu oli väike. Samas oli vastuseid haiglatest, kus just pandeemia ajal loodi uued ametikohad, et pakkuda hingehoidlikku tuge, sest pandeemia ajal kasvasid selle järele nii vajadus kui ka huvi. Uuringu raames haiglates läbi viidud küsitluse vastustest ja hingehoidjate suvepäevadel toimunud vestlustest saab järeldada, et huvi hingehoidliku töö vastu siiski on, samas on mõnedes tervishoiuasutustes ja meeskondades see teenus integreeritud ebaefektiivselt. Uuringust järeldub, et pandeemia ajal tulid oma tööga tõhusamalt toime kriisimeeskondadesse kaasatud hingehoidjad kui need, kes töötavad individuaalselt.

Eesti hingehoidjate suvepäevade fookusgruppide diskussioonis jäi kõlama murelikke väljaütlemisi. Näiteks tajuti, et haigla juhtkond või teised töötajad on nende suhtes vaenulikud, kuid enamasti täheldati lihtsalt ükskõiksust: hingehoidja võib, aga ei pruugi meeskonda kuuluda. Arusaadavalt oli pandeemiaaegne töökeskkond kõigile tervishoiusüsteemis töötavatele inimestele stressirohke ning see võis olla ka üks põhjusi, miks hingehoidjad tundsid end tõrjutult. Intervjuudest hingehoidjatega koorusid välja sellistes erakorralistes töötingimustes töötamise kitsaskohad. Kuna viirusesse nakatunud eraldati teistest ja koondati haiglates spetsiaalsesse osakondadesse või hooldekodudes teatud ruumidesse, jäid need inimesed omamoodi isolatsiooni, sest ka hingehoidjad ei saanud pandeemia ajal enam vabalt liikuda osakondade vahel, kartuses nakkuse edasikandmist tervete hulka. Hingehoidjad kutsuti kohale ainult siis, kui selleks arvati olevat vajadus, või said nad aidata neid, kellega olid juba enne pandeemiat koostööd teinud. Lisaks sellele toodi välja kurnatust pika tööpäeva lõpus, kuna

tööd tuli teha kaitsekostüümis ja maskiga. Pealegi tegi maski kandmine hingehoidja isiku anonüümseks, aga see ei ole spirituaalset tuge pakkuva töö tegemist soodustav, vaid vastupidi seda takistav aspekt. Hingehoidja töö tegi keerulisemaks ka see, et lähedastel ei lubatud osaleda vaimulikel talitustel patsientide ja surijatega, kes tundsid end seetõttu üksildasemalt. Hingehoidjad tegid ka kaugtööd telefoni teel ja arvuti abil, kuid nad tundsid, et selline suhtlusviis ei ole kuigi tõhus spirituaalse toe pakkumisel.

Kokkuvõttes võib öelda, et ühelt poolt tõi COVID-19 pandeemia reljeefselt esile vajaduse hingehoidjate järele meie haiglates ja hoolekandeesutustes, kuid osutas ka nende töös olulistele aspektidele, nagu võimalus pakkuda patsientidele abi vastavalt nende vajadusele, regulaarselt ja liigsete piiranguteta. Kindlasti näitavad uuringu andmed suuremat vajadust integreerida tervishoiusüsteemi erinevaid hingehoiuteenuseid. Eestis tegutsevatel hingehoidjatel on küll probleeme, kuid tervishoiusüsteemis ja sotsiaalhoolekandeesutustes on nende ametikohti hädasti vaja. Uuringu tulemused kinnitasid, et need teemad vajavad edasist uurimist.

4. ANALÜÜS

Käesoleva doktoritöö osaks olevad uuringud (**artiklid III ja V**) kinnitasid vajadust rohkem tegeleda spirituaalsete teemadega Eesti tervishoiusüsteemis, kuid selleks, et selgitada välja selle võimalikkus, viin läbi situatsioonianalüüsi, mis kaardistab selles protsessis osalejad ja muud mõjutegurid, et tuvastada võimalikud kitsaskohad. Seejärel teen SWOT-analüüsi, mis aitab hinnata spirituaalse dimensiooni integreerimisega kaasnevaid võimalusi.

4.1. Situatsioonianalüüs

Situatsioonianalüüsi fookuses on olukord (situatsioon, nähtus vms) ning selles osalevad ja seda mõjutavad elemendid, nii inimesed kui ka institutsioonid, ideed ja keskkond. Analüüsi teostamisel keskendutakse küsimustele, kes või mis on selle olukorraga seotud ning millised elemendid on selles olulised.¹⁴¹ Analüüsisides läbiviidud uuringutest saadud informatsiooni ja teaduskirjandusest kogutud materjali, koostas tabeli ja joonised, mis visualiseerivad hetkel valitsevat olukorda Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemis seoses spirituaalse dimensiooni võimaliku integreerimisega hingehoiu ja vaimse tervise abi teenustesse. Kõigepealt koostas korrastatud situatsioonikaardi, mis kirjeldab nii individuaalseid kui ka kollektiivseid elemente, mis avaldavad mõju S/R-teemade käsitlemisele ja nende integreerimisele tervishoiuteenustesse.

Tabel 1. Korrastatud situatsioonikaart: S/R-teemadesse suhtumist ja nende integreerimist tervishoiuteenustesse mõjutavad tegurid

Individuaalsed elemendid / osalised	Muud elemendid / osalised (<i>non-human</i>)	Kollektiivsed elemendid / osalised
Patsiendid, kliendid, sugulased ja lähedased, vaimulikud, arstid, psühholoogid, ametnikud, õppejõud, sotsiaaltöötajad, tegevusjuhendajad, tugisikud, hinge- hoidjad, õed, kaplanid, poliitikud, juhtumikorraldajad, ametnikud jne.	Haiglad, kirikud, palvelad, koguduste ruumid; seadused, põhikirjad, hinnakirjad, kokkulepped, aktid, statistika ja andmed, uuringud, teadusartiklid, lõputööd, filmid, meedia, pühakirjad, kirjandus, testid, skaalad, instrumendid, juhendid, diagnoosid jne; inglid, vaimolendid jne.	Haiglate ja hoolekande-asutuste personal, vaimulikkond, kirikute nõukogu, ülikoolid, peakaplani ametikoht sotsiaalministeeriumis, esindusühingud, kogukonnad, organisatsioonid, kogudused, sõbrad ja tuttavad.

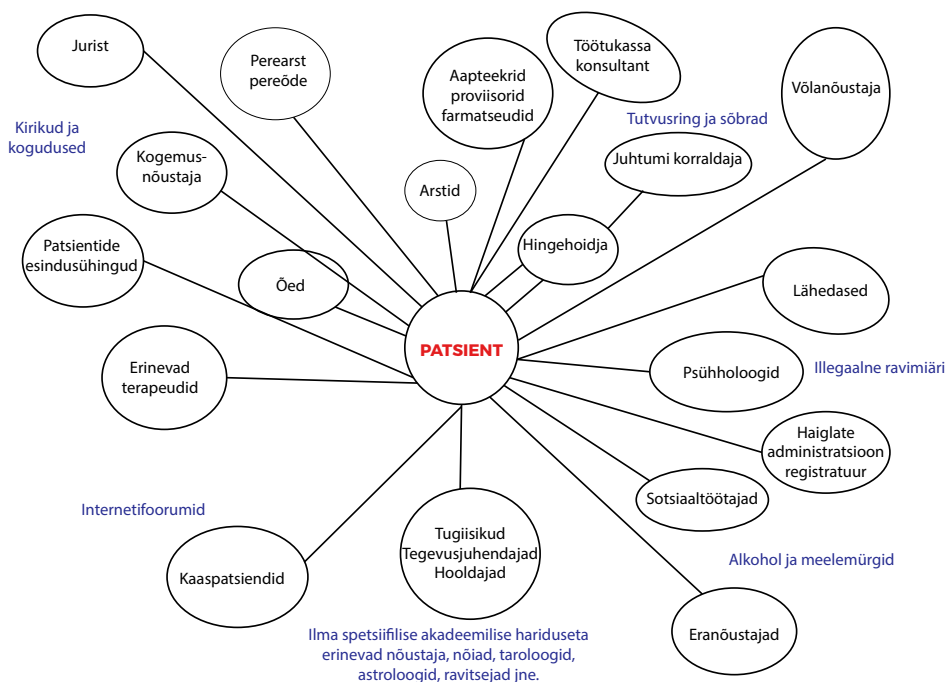
¹⁴¹ Clarke 2005: 86–87.

Kaudselt mõjutavad elemendid / osalised	Indiviidide / kollektiivide diskursiivsed konstruktsioonid	Mitteinimlike osalejate diskursiivsed konstruktsioonid
Erinevad vaimsete praktikatega tegelevad kogukonnad, mitte-ametlikud ususektid; seltsid ja ühendused, organisatsioonid, ministeeriumid, omavalitsused jt.	Tervishoiutöötajate hirmud, teadmatus, ebamugavus ja ajapuudus; vaimulikkonna teadmatus; koostöövõimaluste vähesus; kogemuste puudumine; spirituaalse kompetentsi vähesus; teadusuuringute vähesus ja emotsioonipõhise teabe rohkus; negatiivsed meediakajastused; patsientide hirmud ja vajadused; sobivate spetsialistide puudus.	Usutrendid, muutuvad väärtused ja paradigmad, tavad ja kombes; epideemiad ja kriisid; platseebo ja notseebo; nn ajastuvaim; traditsioonid; kompetentsid.
Poliitilised / majanduslikud elemendid	Sotsiaalkultuurilised / sümboolsed elemendid	Ajalised elemendid
Tervisekassa eelarve ja maksupoliitika; tervishoiusektori rahastamise prioriteedid (nt Covid-19 pandeemia ajal); poliitilised otsused ja barjäärid majanduslanguse tingimustes; kulutõhususe uuringud; piiratud palgafondid; arstide ja teiste spetsialistide vähesus; noorte spetsialistide puudus (eriti psühhiaatrias).	Rahva informeeritus ja eelarvamuste levik; ühiskonna sekulariseerumine; rahvastiku etniline koosseis; üldine religioosus; traditsiooniliste kirikukoguduste hääbumine; nn uue vaimuse populaarsus.	Ajaloos toimunud usuliste tagakiusamiste, inkvisitsiooni, ketserluse ja usudõdade mõjul peetakse religioosseid ja spirituaalseid teemasid iganenuks. Välja kujunemise järgus nn uue vaimusega kaasnevad elemendid (emotsionaalsed ja ebastabiilsed, sageli ohtlikud ja ette ennustamatud, nt psühhedeelikumide kasutamine jms). Vaimsed kriisid ja tähenduste otsimine. Nõustamise ebajärjekindlus ja spirituaalsest toest saadava kasu hindamise keerulisus. Spetsialistide ülekoormatus, tuvastamata jäävad aspektid ja suur ajakulu.
Ruumilised elemendid	Põhiküsimused / arutelud (enamasti vaidlust tekitavad)	Seotud diskursused (ajalooline, narratiivne ja visuaalne)
Tervishoiuasutuste ruumilahendused, hingehoiu või spirituaalse toe pakkumist võimaldavad ruumid, kabelid, kabinetid, teraapiaruumid, patsientide arv palatites jt.	Kas ja mil määral on tervisekontseptsiooni võimalik laiendada spirituaalse mõõtme integreerimisega? Milline on olukord Eestis tervishoiusektoris? Kas haiglate personal peab oluliseks spirituaalse toe pakkumist või hingehoidja kaasamist meeskonda?	Nn uue vaimuse ja alternatiivmeditsiini populaarsus; individualistlikud <i>versus</i> kollektivistlikud käsitlused uskumustes; tõendus põhised; meedia mõjud.

Ülaltoodud korrastatud situatsioonikaardil jagunevad uuritavat olukorda mõjutavad elemendid 12 rühma. Indiviide, kes osalevad tervise- ja rehabilitatsioonisüsteemiga, on väga palju, alustades muidugi patsiendist ja tema lähedastest, kuid tema ravi, hoolduse ja teraapiaga on seotud ka suur hulk erinevaid tervisetöötajaid. Patsiendiga seotud erinevaid tegevusi reguleerib tervishoius seadusandlus, seetõttu mõjutavad tema heaolu ka poliitikud ja ametnikud, kes seadusi loovad ja rakendavad. Hingehoiu teemadega seotud kaplanid ja vaimsete probleemidega tegelevad psühholoogid ja psühhiaatrid mõjutavad samuti haige toimetulekut oma terviseseisundiga. Mitte kõik, aga paljud neist isikutest töötavad erinevates institutsioonides, alustades haiglatest ja hoolekandeesutustest ning lõpetades ministeeriumite, kogukondade ja organisatsioonidega, kus nad osutavad erinevaid tervishoiuteenuseid või toetavad haiget tema ravi- ja taastumise teekonnal. Osa neist kollektiivsetest mõjuritest osalevad patsiendi ravis ja rehabilitatsioonis otseselt (nt haiglad ja hoolekandeesutused), osa avaldavad kaudset mõju (nt omavalitsused, kes peavad organiseerima abivajajale teenuste osutamist kohapeal), kuid kõik nad on patsiendi heaolu seisukohalt samavõrd olulised. Tervet ühiskonda mõjutavad erinevad poliitikad (nt Tervisekassa pidev alarahastus ning arstide ja õdede puudus), kuid iseäranis puudutavad need tervishoiuteenuste lisamist või täiustamist, nagu siinse uurimuse põhifookuses oleva spirituaalse dimensiooni juurutamist. Ühiskonna suhtumist spirituaalsuse teemasse dikteerivad mitmed elemendid, näiteks üldiselt leige religioossus, nn uue vaimsuse ja alternatiivmeditsiini populaarsus ning meedia mõjud.

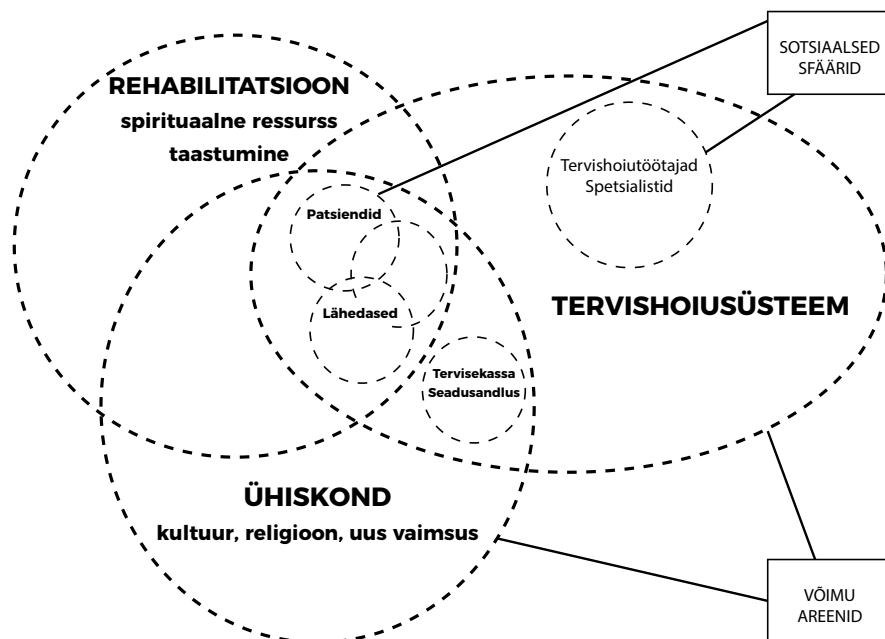
Joonisel 6 on fookusesse asetatud inimene, kes on sattunud patsiendi rolli ja kellel on oma isiklik haiguskoormus. Mustad sõõrid tähistavad tervishoiuteenusega seotud spetsialiste ja teenuseid, aga ka vahel kattuvaid institutsionaalseid võimalusi, mida sageli kaasatakse tervishoiuvõrgustiku töös selleks, et patsiendi probleeme lahendada. Sinise kirjaga on märgitud võimalused ja viisid, kuidas ka inimene ise otsib erinevatel põhjustel oma seisundi parandamiseks lahendusi, mis ei ole tavaliselt seotud tervishoiusektori võrgustikuga. Kaart kirjeldab visuaalselt seda, kuidas üldiselt ulatuslik ja segav on see „informatsioonimüra“ tekitav situatsioon patsiendi jaoks. Tuleb arvestada, et patsiendina on inimene keskendunud oma haigusseisundile, kuid sageli kulutab ta liiga palju energiat sellele, et süsteemis üleüldse orienteeruda ja sellega kohaneda.

Põhjus, miks inimene patsiendi rollis satub niivõrd keerulisse olukorda, seisneb selles, et informatsioon tema haigusseisundi ning erinevate ravi- ja taastumisvõimaluste kohta jõuab temani erinevatest kanalitest – tervishoiusüsteemist, rehabilitatsioonivõrgustikust ja laiemalt ühiskonnast, mida selles kontekstis saab näha kui kolme erinevat võimuareeni, mis inimest ja tema vaimset seisundit mõjutavad.



Joonis 6. Situatsioonikaardi suhteanalüüs: patsient kui tervishoiuvõrgustiku keskne figuur.

Joonis 7 kujutab tervishoiu, rehabilitatsioonisüsteemi ja ühiskonna kui kolme võimuareeni ehk institutsionaalsete ja ühiskondlike tegevusväljade kattumisel tekkivat ühisosa, mille keskmesse asetuvad patsiendid ja nende lähedased, sageli ka tugiisikud, hooldajad või tegevusjuhendajad. Sellises võimuareenide ristumiskohas mõjutavad patsiendi vaimset tervist ja toimetulekut ametlikud raviskeemid ja -plaanid ning haiglas läbi viidavad protseduurid, rehabilitatsiooniteenuste orienteeritus patsiendi füüsilise tervise taastamisele ja ühiskonna üldised hoiakud seoses spirituaalsuse ja religioossusega. Niisuguses olukorras on patsiendi ootus leida spirituaalset tuge teravas vastuolus tervishoiusüsteemis täna pakutavate vastavate teenuste vähesusega.



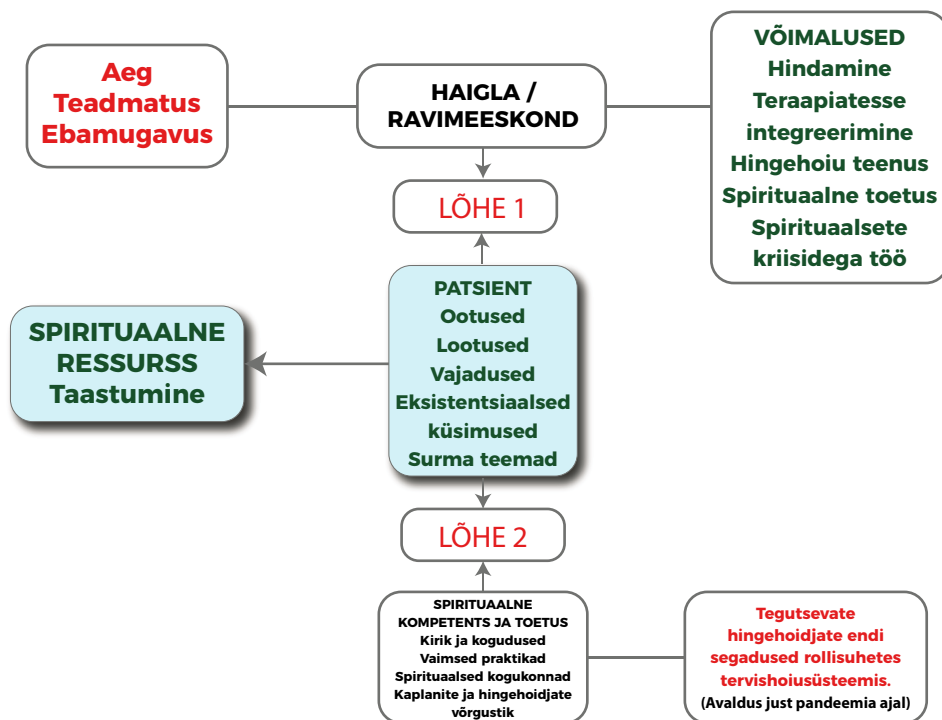
Joonis 7. Sotsiaalsete sfääride ja areenide kaart: patsient võimuareenide pingeväljas.

Tänapäeva globaliseerivas maailmas on tavapärane, et ühiskonnas puutuvad kokku erinevate religioossete maailmavaadete ja spirituaalsete praktikate esindajad. Meditsiinisüsteemis võib spirituaalne lõhe (*spirituality gap*) tekkida seetõttu, et tervishoiutöötaja ei ole niivõrd usklik kui patsient või on tema spirituaalsed või religioossed veendumused teistsugused.¹⁴² Sel juhul võivad ilmneda takistused, mis ei võimalda patsiendil luua usalduslikku suhet tema ravi või rehabilitatsiooniga tegeleva arsti, terapeudi või õega, et rääkida S/R-teemadel. Selliseid takistusi võib tekkida erineval põhjusel: patsient tunneb ebamugavust või hirmu sellest rääkida; psühhiaatril võivad puududa eriteadmised S/R-patoloogiatest või ei soovi ta anamneesi jaoks patsiendi spirituaalset ajalugu koguda. Lisaks on uuringutes selgunud, et võrreldes teiste arstidega kalduvad psühhiaatrid olema vähem religioossed,¹⁴³ mistõttu võib neil isiklikult olla keerulisem S/R-teemadel patsiendiga usalduslikult ja taktitundeliselt rääkida ning väiksem valmisolek haiget spirituaalselt toetada. Haiglatöötajatel ei pruugi olla ka piisavalt aega ega kogemust, et patsiendiga hingelistel teemadel vestelda (**artikkel VI**).

¹⁴² Van Nieuw Amerongen-Meeuse, Joke C.; Schaap-Jonker, Hanneke; Schuhmann, Carmen; Anbeek, Christa; Braam, Arjan W. 2018. The „Religiosity Gap“ in a Clinical Setting: Experiences of Mental Health Care Consumers and Professionals. – *Mental Health, Religion & Culture*, Vol. 21, No. 7, 738. DOI: <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1553029>.

¹⁴³ Curlin, Farr A.; Odell, Shaun V.; Lawrence, Ryan E.; Chin, Marshall H.; Lantos, John D.; Meador, Keith G.; Koenig, Harold G. 2007. The Relationship Between Psychiatry and Religion Among U.S. Physicians. – *Psychiatric Services*, Vol. 58, No. 9, 1196. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.9.1193>.

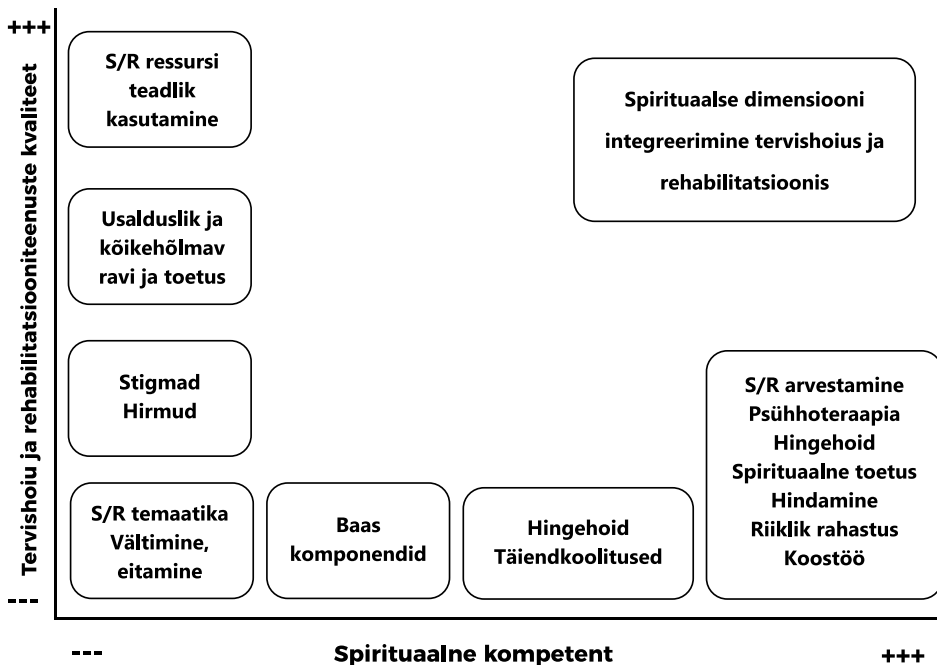
Võttes aluseks situatsioonianalüüsi tulemused, saab kirjeldada kahte spirituaalset lõhet või lünka, mis tekivad Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemis seoses vajadusega spirituaalse toetuse järele (joonis 8). Esimene lõhe tekib sellest, et kuigi patsientidel on ootus ja vajadus saada spirituaalset tuge, siis erinevatel põhjustel ei ole tervishoiutöötajad valmis neid vajadusi rahuldama. Teine lõhe tuleneb asjaolust, et valdkonnad, kus on olemas n-ö spirituaalne kompetents, ei ole otseselt seotud tervishoiuteenustega. Siin ilmneb takistus meditsiinisüsteemi tasandil: haiglatel ja tervishoiutöötajatel jääb vajaka koostööst hingehoidjate ja kaplanitega või see üldse puudub ning neid ei kaasata piisaval määral ravimeeskondadesse. Eestis tegutsevad hingehoidjad tajuvad probleeme selles, kuidas nähakse nende ametikohta ja rollisuhteid tervishoiu ja sotsiaalhoolekande institutsioonides. Eriti tuli see esile COVID-19 pandeemia aegses töökorralduses, kus tajuti nii tõrjuvat suhtumist hingehoidjatesse kui ka nende ebaefektiivset kaasamist (**artikkel V**). Spirituaalse dimensiooni integreerimine annaks väga erinevaid võimalusi parendada meetodikaid ja teenuseid, täiendada teraapiasuundi ja rakendada spirituaalset hindamist.



Joonis 8. Spirituaalse toetuse vajadusega seotud lõhed tervishoiusüsteemis.

Meditiinisisüsteemi hetkeseisu peegeldavad hästi erinevad tervisepoliitika, strateegiad, arengukavad ja raviplaanid, kus on S/R-teemasid käsitletud minimaalselt või üldse mitte. Samas on tervishoiutöötajate spirituaalse kompetentsi tõstmine kriitilise tähtsusega, et osutada senisest eetilisemat ja inimesekesksemat tervishoiuteenust olukorras, kus ühiskonnas suureneb väga kiiresti religioosne ja spirituaalne mitmekesisus, aga ka jätkuvalt kasvutrendis olevad vaimse tervise probleemid. Spirituaalse kompetentsi tõstmine on tervishoiu seni suurema tähelepanuta jäänud ressurss, mis võimaldaks inimesel efektiivselt jätkata taastumist ka väljaspool praegu pakutavaid tervishoiuteenuseid.

Positsioonikaart (joonis 9) illustreerib seda, kuidas spirituaalse ressursi integreerimine aitab ühelt poolt parandada teenuste kvaliteeti, muutes need **inimesekesksemaks** sellega, et laieneb diagnostika võimaluste mitmekesisus (lisanduvad diferentsiaaldiagnoosid ja spirituaalsed kriisid) ja arvestatakse ravil viibiva patsiendi spirituaalsete vajadustega. Teiselt poolt on S/R-teemade integreerimine seotud tervishoiutöötajate ja spetsialistide spirituaalse kompetentsi tõstmisega, olgu selleks täiendkoolitused või spetsialisti kaasamine ravimeeskonda. Selle tulemusel vähenevad spirituaalse dimensiooniga seotud lõhed tervishoiusüsteemis.



Joonis 9. Positsioonikaart: spirituaalse dimensiooni integreerimise seos tervishoiu- ja rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedi ja tervishoiutöötajate spirituaalse kompetentsiga.

4.2. SWOT-analüüs

Eelmises alapeatükis koostatud situatsioonianalüüsi kaardid andsid hea analüütilise ülevaate sellest, missugune olukord valitseb Eesti tervishoiusüsteemis seoses spirituaalse toe integreerimise vajadusega, kaardistades osapooled (individuaalsed ja kollektiivsed), võimuareenid (organisatsioonid, ühendused) ja sotsiaalsed sfäärid (patsiendid, nende lähedased, tugiisikud jt) ning tuvastades lõhed (ebakohad) tervishoiusüsteemis, mis seda takistavad, ja spirituaalset tuge pakkuvate tervishoiutöötajate kompetentsi seose teenuse kvaliteediga. SWOT-analüüs võimaldab anda hinnangu, milline on võimalus integreerida spirituaalset dimensiooni Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsiooni süsteemi. Järgmisesse tabelisse olen nelja parameetri alusel kogunud aspektid, mis spirituaalse dimensiooni integreerimisel tervishoiuteenustesse võiksid seda protsessi toetada (tugevused) või takistada (nõrkused), samas hinnates, milliseid võimalusi see pakub tervishoiusüsteemi parendamiseks ja kogu ühiskonna arenguks ning millised on kitsaskohad (ohud), mis seda protsessi aeglustavad või takistavad.

Järgnevast tabelist võib teha üldistatud järelduse, et spirituaalsuse integreerimiseks Eesti tervishoiusüsteemi on selgelt rohkem soodsaid asjaolusid kui käesolevast olukorrast johtuvaid takistusi, mis on pigem ületatavad. Kasuks tuleb see, et WHO ja teised ülemaailmsed terviseorganisatsioonid pööravad spirituaalsuse teemale järjest rohkem tähelepanu ning ka teaduslike uuringute hulk pidevalt kasvab. Ka Eestis on viimastel aastatel läbi viidud S/R-teemade kohta uuringuid, mis on näidanud inimeste (nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate) suurt huvi nende teemade vastu. Seega on see väga soodne pinnas, et lülitada spirituaalsusega seotud ained tervishoiutöötajate koolitamisega tegelevate õppeasutuste õppekavadesse ja hakata korraldama täienduskoolitusi juba praktiseerivatele töötajatele. Oluline on ka sotsiaalministeeriumis peakaplani ametikoha loomine, mis osutab riigi valmisolekule hakata S/R-teemadega tõsisemalt tegelema.

Erinevate alternatiivsete vaimsete praktikate laialdase leviku taustal mõjuvad negatiivsed meediakajastused ja S/R-teemade stigmatiseerimine spirituaalsuse teema tõstatamist pärssivalt. Samuti on seda takistavaks teguriks Eesti tervishoiusüsteemis üldiselt vähene tähelepanu vaimsetele aspektidele, millest arvatavasti tuleneb ka tervishoiutöötajatel vastava kompetentsi puudumine. Sellegipoolest näitavad SWOT-analüüsi tulemused selgelt seda, et Eesti tervishoiuteenustesse spirituaalse dimensiooni integreerimist soodustavaid aspekte on rohkem kui seda takistavaid asjaolusid, ning see osutab valmisolekule ja võimalusele teha selles valdkonnas suurem kvalitatiivne edasimineku.

Tabel 2. SWOT-analüüs: spirituaalse dimensiooni võimalik integreerimine Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemi

	Toetavad tegurid	Kahjustavad tegurid
Sisemised tegurid	<p>TUGEVED</p> <ul style="list-style-type: none"> • WPA, APA, WHO jt oluliste tervise ja vaimse tervise edendamiseks seotud organisatsioonide toetavad seisukohad; • valdkonna järjest suurenev aktuaalsus (uuringute ja teadusartiklite arvu kasv); • suurenev vajadus seoses nn uue vaimse populaarsusega ja erinevate alternatiivpraktikate levikuga; • S/R-i ja alternatiivsete teooriate pluralism; • S/R-teemade järjepidevus inimkonna ajaloos; • universaalsus; • globaliseerumine ning kultuuriruumide ja religioonide sulandumine; • S/R-teemade transkultuuriline olemus; • multikultuurse S/R-pädevuse (kompetentsi) kasvav olulisus; • Eesti haiglates aastail 2015–2016 läbi viidud küsitlusest saadud teave; • inimeste/patsientide ning tervishoiutöötajate ja spetsialistide huvi; • peakaplani ametikoha loomine sotsiaalministeeriumis; • sarnaseid väärtusi kandvate teooriate ja praktiliste meetodite (nt CARE meetoodika) kasutus rehabilitatsioonis; • positiivse psühholoogia ja heaoluga seotud ning salutoloogilise rõhuasetusega teooriad ja sekkumised vaimse tervise valdkonnas ja terviseteadustes; • mitmed psühhomeetriselised instrumendid, testid, küsimustikud, skaalad; • spetsiifilised teraapiasuunad; • eetilisel oluline; • S/R-teemad aitavad kaasa toimetulekul, annavad teatud kriiside korral uusi tähendusi ja eesmärke. 	<p>NÕRKUSED</p> <ul style="list-style-type: none"> • S/R lõhed tervishoiusüsteemis; • puudulik spirituaalne kompetents ehk tervishoiutöötajate ja teiste spetsialistide vähene teadlikkus ja ettevalmistus seoses S/R-teemadega; • SR-teemadega seoses vähe teaduslikke uuringuid jt materjale Eesti tervishoiusüsteemi olukorra ja rahvastiku kohta; • S/R-teemade populaarsus emotsioonikeskses meedias ja kollases ajakirjanduses; • seoses S/R-teemadega endiselt palju stigmatiseerimist ja eelarvamusi; • ebapiisav tähelepanu vaimsele mitmekesisusele ja religioossetele aspektidele; • tugev seos S/R ja tervise vahel, kuid põhjuslik seos ei ole selge (uuringute, meetodite vajadus); • suur osa uuringutest on läbi viidud USAs ja Euroopas, vähem teistes kultuuriruumides; • alusmõistete ebamäärasus ja mitmetähenduslikkus eri valdkondades; • teadlaste vähene motivatsioon S/R-teemat uurida ja populariseerida; • välditakse kultuurikonteksti, milles vaimsed liikumised ja subjektiivsed kogemused aset leiavad (individuaalsus, subjektiivsus, mina-vaimsus).

	Toetavad tegurid	Kahjustavad tegurid
Välised tegurid	<p>VÕIMALUSED</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integreerida patsientide spirituaalne ressurss nende raviplaani ja taastumisse; • kasvatada haiglapersonali kompetentsi seoses S/R-teemadega; • teadvustada tervishoiutöötaja isiklikku spirituaalset ja religioosset väärtussüsteemi; • lisada S/R-teemad tervishoiuspektri ainetesse ja psühholoogiaerialade õppekavadesse; • pakkuda täiendkoolitusi tervishoiutöötajatele; • arendada epistemoloogilist alandlikkust ja empaatilist suhtlemisoskust; • parendada ja kaasajastada konservatiivseid institutsioone (religioossed ja tervishoiu-organisatsioonid); • soodustada teaduslike uuringute tegemist Eestis; • kohandada psühhomeetrilised instrumendid ja testid vastavalt Eesti oludele; • kaasata S/R-hindamine tervishoius ja rehabilitatsioonis igapäevasesse praktikas; • kaasata eksperte ja partnereid välismaalt; • võimalus saada patsiendi kohta olulist informatsiooni, kasvatada terapeutilist suhet patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel ning vältida potentsiaalseid väärtuskonflikte; • võimalus käsitleda mitmeid piirialaseid fenomene erinevast vaatevinklist (spirituaalsed kriisid); • võimalus S/R-teemadega tõsta inimese elukvaliteeti ja heaolu, toetada taastumist pärast haiglaravi, vältida haiguse ägenemist ja tagasilangusi; • arendada spirituaalset intelligentsust (üldharidus, kasvatus jne). 	<p>OHUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontseptsiooni laialivalgusus; • meetodikate piiratud hulk; • religiooni ja spirituaalsuse teema omavaheline konkureerimine; • teadusliku ja religioosse maailma- pildi vastandumine; • tervishoiusüsteemis domineeriv orienteeritus biomeditsiinile; • S/R-teemade jäämine teisejärguliseks, vaatamata suurele rollile paranemise dünaamikas; • väärti mõistmine ja käsitlemine; • piiratud teadmiste tõttu võimalik konfliktide teke institutsionaalse religiooni ja subjektiivse spirituaalsuse vahel.

4.3. Järeldused

Analüüsi tulemused toetavad seisukohta, et tervisekontseptsiooni on võimalik laiendada spirituaalse mõõtme integreerimise läbi. Eesti tervishoiusektori **töötajad vajavad spirituaalse kompetentsi saavutamiseks täiendkoolitusi ja teadlikkuse tõstmist spirituaalsusega seotud teemadest**. Samuti on tervishoius oluline koht ka spirituaalsel toel ja hingehoiuteenusel. Psühhiaatriliste diagnooside määramisel ja käsitlemisel saab arvestada kultuuriruumi eripäraga, diferentsiaal-diagnoosidega ning spirituaalsete kriiside spetsiifikaga, et tõhustada ravi ja parandada teraapiavõimalusi. Tervishoiuteenuste osutamise protsessis esineb olukordi, kus on **vaja viia läbi spirituaalne hindamine**; see tõstaks tervishoiuteenuste kvaliteeti ning oleks patsiendikesksem lähenemine. **Spirituaalsust ja religioosust saab kasutada ressursina**, millest patsient ammutab oma sisemist elujõudu või mis abistab teda mitmesuguste praktikate näol, nagu meditatsioon, palvetamine ja vaimsed harjutused, kuid toetavad ka sotsiaalseid ja kogukondlikke aspekte.

Spirituaalsuse käsitlemise saab laias laastus jagada kaheks: **funktsionaalseks**, mis on suunatud toimetulekule eluliste väljakutsetega, ning **sisuliseks**, mis keskendub inimeste uskumustele, emotsioonidele, tavadele ja suhetele kõrgemaga jõuga ning mille keskmes on pühaduse mõiste. Tervishoius ja kliinilises töös saab spirituaalsuse kontseptsiooni kategooriaid hinnates jõuda patsiendi spirituaalsete vajadusteni. Patsiendi spirituaalsust on võimalik kaardistada ning saadud tulemused integreerida kliinilises töös raviplaani või rehabilitatsiooniga ja taastumisega seotud tegevuskavadesse. Konkreetsemalt näiteks lähtudes patsiendi vajadustest pakkuda talle hingehoiu teenust ja spirituaalset tuge või suunata ta psühhoterapiasse. Saab õpetada, arendada ja julgustada erinevaid praktilisi tegevusi alates palvetamisest ja lõpetades võimalusega minna koos tugiisikuga mõnda S/R-teemadega seotud kogudusse või kogukonda. Kõik see peaks olema tava-pärane, hinnangutevaba ning mitte patsienti häbimärgistav toiming.

Situatsioonianalüüs näitas, et endiselt eksisteerib nn **S/R lõhe**, mis viitab, et inimesega tegelevad spetsialistid on sageli vähem spirituaalsed või religioossed kui nende patsiendid ja kliendid. Samas tunnistavad tervishoiutöötajad, et **ajapuudus, spetsiifiliste teadmiste ja oskuste vähesus ning psühholoogiline ebamugavustunne on olulised takistavad tegurid**, miks neid teemasid oma töös välditakse.

Tänases moodsas tervishoiusüsteemis töötavad mitmed spetsialistid sageli ühtsete integreeritud ravimeeskondadena (arst, õde, psühholoog, sotsiaaltöötaja jt) patsiendikeskse ühise eesmärgi nimel, seetõttu võiksid spirituaalsusest olla teadlikud kõik meeskonnaliikmed. Sageli jäädakse lootma sellele, et tervishoiutöötajad ise teadvustavad oma töös vajaminevat spirituaalset dimensiooni. Nende väljaõppes selle dimensiooni tähelepanuta jätmine toob suure tõenäosusega hiljem kaasa ka selle teema eiramise reaalses kliinilise töö praktikas.

Erinevatele vaimsetele ja usulistele voorustele või häiretele tähelepanu pööramine pakub võimalusi nii loovaks dialoogiks psühhoterapias, koostööks valdkondade vahel kui ka interdistsiplinaarseteks uurimistöodeks.

4.4. Soovitused

Uurimuse põhjal tehtud järeldustele tuginedes võib anda soovitusi, mida teha selleks, et Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemis juurutada spirituaalsust. Konkreetsed soovitused on järgmised:

- Kohandada spirituaalse hindamise instrumendid, testid ja praktilised töövahendid vastavalt Eesti tingimustele.
- Korraldada spirituaalse hindamise läbiviimine tervishoius ja rehabilitatsioonisüsteemis.
- Teha tervishoiu, psühholoogia ja sotsiaalvaldkonna töötajatele ja teistele huvigruppidele kättesaadavaks täiendkoolitused spirituaalse kompetentsi tõstmiseks.
- Soodustada S/R-teemasid kaasavate õppekavade loomist, näiteks tervishoiu kõrgkoolides, või täiendkoolituste läbiviimist.
- Soodustada S/R-teemadel interdistsiplinaarsete uurimuste läbiviimist ja pakuda selleks võimalusi.
- Toetada spirituaalsuse ja uue vaimsusega seotud sõnavara, terminite ja mõistete väljatöötamist eesti keeles.
- Lisada hingehoiu ja spirituaalse toe teenus Eesti Tervisekassa tasuliste teenuste hinnakirja.
- Arvestada religioossete, spirituaalsete ja isiklike uskumustega seotud teemadega vaimse tervise strateegiate, raviplaanide, arengukavade ja alusdokumentide koostamisel.
- Kaaluda muudatuste sisseviimist Rahvatervise seadusesse jt seadustesse.
- Arvestada tervishoius inimese kultuurilist ja religioosset tausta.
- Soodustada koostööd tervishoiuvaldkonna, sotsiaalvaldkonna ning koguduste ja spirituaalset tuge pakkuvate organisatsioonide vahel.
- Luua Eestis S/R-teemadega tegelevad ühingud, institutsioonid ja organisatsioonid.
- Teha aktiivsemat koostööd Euroopa ja maailma vastavate erialavõrgustikega.¹⁴⁴

¹⁴⁴ Näiteks Nordic Network for Research in Faith and Health (<http://faith-health.org>), Research Institute for Spirituality and Health (<http://www.rish.ch/en/institute>) või European Network of Health Care Chaplaincy (<http://www.enhcc.eu>).

KOKKUVÕTE

Viimastel aastatel on tähelepanu keskpunkti tõusnud vaimse tervise probleemid, mis eriti võimendusi COVID-19 pandeemia ajal. Spirituaalsete kriiside sagenemist seostatakse ka mitmesuguste uue vaimseuse praktikate kiire levikuga, mille jätkudes on oht, et järjest rohkem inimesi jõuab vaimsete häirete tõttu psühhiaatrilisele ravile. 2023. aastal koostatud Eesti inimarengu aruandes (EIA) pööratakse suurt tähelepanu eestlaste vaimsele tervisele ning tõdetakse, et vaimse tervise probleemid on Eestis levinud ja kasvutrendis. Vaimse tervise roheline raamat 2020 kirjeldab visiooni vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korraldusest Eestis. Käesolev doktoritöö koosneb kuuest teadusartiklist, mis uurivad inimese spirituaalset mõõdet kui ressursi, millele meie meditsiinisüsteemis on seni pööratud vähe tähelepanu. Doktoritöö peamine eesmärk on juhtida tähelepanu inimese spirituaalsele dimensioonile ja uurida, kas ja kuidas on seda võimalik rakendada Eesti tervishoiusüsteemis.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) koostatud Ottawa hartas (1986) ja Bangkoki hartas (2005) kirjeldatakse **tervist kui ressursi**, mis kuulub inimõiguste hulka. 2015. aastal valmis WHO-s **inimesekesksete ja integreeritud tervishoiuteenuste strateegia**, mis seab esikohale ravi- või rehabilitatsiooniteenust saava inimese huvid. Teadvustatud spirituaalne ressurss võimaldab tuua inimese välja tavapärasest passiivsest rollist, nii et ta hakkab teadlikult panustama oma tervise üle kontrolli saavutamisse. Inimese vaimne heaolu on tihedalt seotud tema tervisliku seisundiga, seetõttu saab patsiendi **spirituaalset ressursi** käivitades kaasa aidata tema raviprotsessile ja tõhustada rehabilitatsiooni (artiklid II ja IV).

Sel sajandil on avaldatud järjest rohkem teadusuuringuid, mis käsitlevad terviseetemadega seotud **spirituaalsust ja religioossust (S/R)**. Loodud on palju võrgustikke, töögrupe, uurimisinstituute ja sotsiaaltöoga tegelevaid ühendusi, mis toetavad S/R-teemade käsitlemist ja integreerimist meditsiinisüsteemi (artikkel I). Patsiendi rolli sattudes tabab inimest sageli **spirituaalne kriis**, mistõttu vajab ta abi oma olukorra ümber mõtestamisel, et leida oma elule uusi tähendusi ja eesmärke, mis aitaksid tal tervistuda. Spirituaalse dimensiooni parem integreeritus võimaldab tegeleda keeruliste juhtumitega, kus patsiendi religioossed või spirituaalsed uskumused ja veendumused takistavad ravi, seda eriti juhul kui spirituaalne kriis avaldub paralleelselt psühhopatoloogia ja käitumishäiretega.

Spirituaalse dimensiooni meditsiinisüsteemi integreerimise võimalik kitsaskoht on sobivate diagnostiliste kriteeriumite puudumine. Kuna psüühikahäired (nt depressioon) võivad märku anda hoopis spirituaalsest kriisist, on **diferentsiaaldiagnostikas** võimalik põhidiagnoosi kõrval välja pakkuda ka spirituaalsele kriisile viitava hüpoteesi. Psühhiaatrilist häiret aitab spirituaalsest kriisiseisundist eristada patsiendi **spirituaalne hindamine**, mis võimaldab teha kindlaks vaimse kriisi tekkepõhjused ja dünaamika ning selgitada välja, kuidas inimest selles olukorras kõige paremini toetada. Parim viis selleks on mitmesuguste meetodite abil (testid, küsimustikud, vestlused jms) koostada patsiendi

spirituaalne ajalugu (*spiritual history*), et saada ülevaade tema spirituaalsetest kogemustest ning koondada tulemused tegevuskavasse, rehabilitatsiooni-programmi või raviplaan, mille alusel saab kliiniline psühholoog või terapeut suunata patsiendi hingehoidja juurde või kaasata spirituaalset tuge pakkuvat spetsialisti ravimeeskonda (artikkel IV).

Ka Eesti tervishoiusüsteemis on asunud rohkem tähelepanu pöörama spirituaalse toe pakkumise võimaluste loomisele: haiglate juurde on hakatud looma patsientide nõukodasid; arendatakse haiglas tegutsevate kaplanite võrgustikku; 2020. aastal loodi sotsiaalministeeriumis peakaplani ametikoht ja käivitati tasuta ööpäevaringne emotsionaalse toe ja hingehoiu telefon (artikkel VI). Kuid Eesti Tervisekassa tasuliste teenuste hinnakirjas puudub veel hingehoidja või kaplani teenus.

Doktoritöö üks peamisi eesmärke oli uurida, kas tervishoiutöötajatel on huvi spirituaalsuse teema vastu ning mis on neid seni takistanud patsientidele S/R tuge pakkumast. Nendele küsimustele vastuste saamiseks viisin koos kaasautoritega läbi kaks uuringut. Aastail 2015–2016 koostasime Liidia Meele ja Marko Uibuga ankeetküsitluse, et kaardistada Eesti haiglates tegutsevate tervisevaldkonna spetsialistide seisukohti tervisega seotud teemadel, nagu spirituaalsus, hingehoid ja alternatiivsed ravimeetodid (artikkel III). Uuringus osales 19 haiglas tegutsevat 247 tervishoiutöötajat, kellest 75% arvas, et hoolekandes võiks S/R-teemade käsitlemine patsiente aidata, ja oli huvitatud hingehoidja täienduskoolitusest. Enamik vastanutest (üle 80%) kaasaks vajadusel hingehoidja ning oli veendunud, et hingehoidjad peaksid kuuluma haigla personali hulka. Lisaks selgus sellest uuringust, et peamiselt takistavad patsiendiga S/R-teemadel rääkimist ajapuudus, ülekoormus ja ka psühholoogiline ebamugavustunne teadmatuses, kuidas neid teemasid käsitleda. 2021. aastal tegime koos Age Kristel Kartauga intervjuud hingehoidjatega ja viisime läbi ankeetküsitluse haiglate personali hulgas, et teada saada, millised spirituaalsusega seotud teemad tõstasid COVID-19 pandeemia ajal Eesti haiglates ja hoolekandeesutustes (artikkel V). Uuring tõi selgelt esile, et ühelt poolt tekkis pandeemia tingimustes patsientidel ja nende lähedastel suurem vajadus S/R toe järele, kuid teiselt poolt tunnetasid ka haiglate ja hoolekodude töötajad, et nad ise vajasid vaimset tuge nt juhul, kui patsient sureb. Kokkuvõttes võib öelda, et mõlemad uuringud osutasid selgelt **vajadusele koolitada tervishoiutöötajaid S/R-teemadel**, integreerida spirituaalsuse dimensioon (spirituaalne hindamine jms) tervishoiusüsteemi ning tervishoiuasutustes teha rohkem koostööd hingehoidjate ja teiste spirituaalset tuge pakkuvate spetsialistidega, võimalusel kaasates neid ravimeeskondadesse või palgates haigla personali hulka.

Selleks et doktoritöö osaks olevates teadusartiklites (artiklid I–VI) käsitletud teemadest ja uuringute andmetest kogutud informatsiooni süstematiseerida ja kokkuvõtte teha, kasutasin situatsioonianalüüsi meetodit, mille abil kaardistasin Eesti meditsiinisüsteemis valitseva olukorra, selles osalevad osapooled ja nende vahelised suhted ning spirituaalsuse integreerimise protsessi mõjutavad diskussused. Analüüsi tulemusel selgus, et S/R-teemadesse suhtumist ja nende integreerimist tervishoiuteenustesse mõjutavaid tegureid on väga palju. Osa kollektiiv-

setest mõjuritest (nt haiglad ja hoolekandeesutused) osalevad otseselt patsiendi ravis ja rehabilitatsioonis, kuid osa neist (nt omavalitsused) avaldavad kaudset mõju. Ühiskonna suhtumist spirituaalsuse teemasse dikteerivad näiteks eestlaste üldiselt vähene religioosus, uue vaimuse ja alternatiivmeditsiini populaarsus ning meedia mõjud. Situatsioonikaardi suhteanalüüsi joonis illustreerib ulatuslikku **informatsioonimüra**, millega patsient tervishoiuvõrgustikus kokku puutub, kui ta satub tervishoiusüsteemi, rehabilitatsiooni ja ühiskonna kui **kolme võimuareeni** pingevälja, kus tal tekib ootus saada S/R tuge, et teda ümbritsevas infoküllastuses orienteeruda.

Kuid praegune tervishoiusüsteem ei paku vastavat teenust, mistõttu tekivad süsteemis spirituaalse toe vajadusega seotud **spirituaalsed lõhed** (*spirituality gap*) (artikkel VI). Eesti tervishoiusüsteemis võib märgata spirituaalsusega seotud kahte lõhet, mis ilmnevad siis, kui patsient soovib saada S/R tuge, kuid tema ravi või rehabilitatsiooniga seotud tervishoiutöötaja ei mõista seda soovi (ta ei ole religioosne inimene ega ole saanud hingehoidja täienduskoolitust), või ei ole loodud sellise toe saamiseks vastavaid võimalusi (tervishoiuasutuses puudub hingehoidja või koostöö ja/või koostöövalmidus hingehoidjaga, lisaks puudub see teenus Tervisekassa teenuste hinnakirjas). Võttes aluseks tervishoiusüsteemi kitsaskohad, millele spirituaalsed lõhed osutavad, võiks spirituaalse ressursi integreerimine aidata ühelt poolt parandada teenuste kvaliteeti, muutes need inimesekesksemaks sellega, et laieneb diagnostika võimaluste mitmekesisus (lisanduvad diferentsiaaldiagnoosid ja spirituaalsed kriisid) ja arvestatakse ravil viibiva patsiendi spirituaalsete vajadustega. Teiselt poolt on S/R-teemade integreerimine seotud tervishoiutöötajate ja spetsialistide **spirituaalse kompetentsi** tõstmisega, olgu selleks täienduskoolitused või spetsialisti kaasamine ravimeeskonda. Selle tulemusel vähenevad spirituaalse dimensiooniga seotud lõhed tervishoiusüsteemis.

Uurimistulemuste põhjal tegin SWOT-analüüsi, et anda struktureeritud hinnang Eesti tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemi spirituaalse dimensiooni integreerimisele, kaardistades seda protsessi toetavad ja takistavad tegurid, aga ka võimalused ja ohud, mis sellega kaasnevad. Erinevate alternatiivsete vaimsete praktikate laialdase leviku taustal pärsivad negatiivsed meediakajastused ja **S/R-teemade stigmatiseerimine** spirituaalsuse teema tõstatamist. Samuti on Eesti tervishoiusüsteemis takistavaks teguriks üldiselt vähene tähelepanu vaimsetele aspektidele, millest arvatavasti tuleneb ka tervishoiutöötajatel vastava kompetentsi puudumine. Kõige tõsisemaks takistuseks on S/R lõhed tervishoiusüsteemis, mis tulenevad üldiselt vähesest tähelepanust patsiendi vaimsele heaolule tervishoius. Samas loob muudatuste tegemiseks soodsa pinnase see, et WHO ja teised ülemaailmsed terviseorganisatsioonid pööravad spirituaalsuse teemale järjest rohkem tähelepanu, teaduslike uuringute hulk pidevalt kasvab ning **spirituaalse hindamise läbiviimiseks on loodud mitmesuguseid vahendeid** (psühhomeetriselised instrumendid, testid, küsimustikud, skaalad). Vajadusele pakkuda haiglates ja hooldekodudes spirituaalse toe teenust osutab ka viimastel aastatel Eestis läbi viidud uuringutest selgunud nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate **suur huvi S/R-teemade vastu**.

Analüüsi tulemused näitasid, et spirituaalse dimensiooni integreerimist soodustavaid aspekte on rohkem kui seda takistavaid asjaolusid, ning see osutab valmisolekule ja võimalusele teha selles valdkonnas suurem kvalitatiivne edasimineku. Sellepärast soovitan lisada S/R-teemad tervishoiutöötajaid koolitavate õppeasutuste õppekavadesse, pakkuda täienduskoolitusi praktikutele ning kaasata spirituaalne hindamine kliinilise töö igapäevasesse praktikasse, sest see võimaldab patsiendi kohta koguda olulist informatsiooni, diagnoosida spirituaalset kriisi ning vajadusel pakkuda patsiendile spirituaalset tuge, kaasates ravimeeskondadesse hingehoidjaid jt vaimse tervise spetsialiste.

KASUTATUD ALLIKAD

Viidatud veebilehed

- Association of Hospice & Palliative Care Chaplains. URL: <http://www.ahpcc.org.uk>.
- Association of Professional Chaplains. URL: <https://www.apchaplains.org>.
- British Association for the Study of Spirituality.
URL: <http://www.basspirituality.org.uk/>.
- EELK Usuteaduste Instituut.
URL: <https://www.eelkui.ee/sisseastujale/taienduskoostutuskursused/>.
- European Conference on Religion, Spirituality and Health (ECRSH).
URL: <https://ecrsh.eu>.
- European Network of Health Care Chaplaincy. URL: <http://www.enhcc.eu>.
- European Research Network for Religion, Spirituality and Health.
URL: <https://www.rish.ch/en/home>.
- Home of the Spiritual Care Competence – Questionnaire.
URL: <http://spiritual-competence.net/Home/>.
- International Consortium for Cultural Consultation.
URL: <https://www.mcgill.ca/iccc/>.
- Marie Curie. URL: <https://www.mariecurie.org.uk>.
- Nordic Network for Research in Faith and Health. URL: <http://faith-health.org>.
- Research Institute for Spirituality and Health. URL: <http://www.rish.ch/en/institute>.
- Spiritual Competency Academy. URL: <https://www.spiritualcompetencyacademy.com/>.
- Tartu Pastoraat. URL: <https://tartupastoraat.ee/pastoraat/hingehoiukeskus>.
- The Council on Social Work Education (CSWE) Religion and Spirituality Work Group.
URL: <https://www.cswe.org/education-resources/religion-and-spirituality-clearinghouse/>.
- The Society for Spirituality and Social Work.
URL: <https://spiritualityandsocialwork.org>.

Kasutatud kirjandus

- Allmon, Allison L. 2013. Religion and the DSM: From pathology to possibilities. – *Journal of Religion & Health*, Vol. 52, No. 2, 538–549.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9505-5>.
- Altnurme, Lea. 2013. Kristluse tähenduse ja tähtsuse muutus eestlaste seas 1857–2010. – *Tuna*, 4, 36–55.
- Anonüümsed Alkohoolikud. 2024. 12 sammu programm – *AA Estonia koduleht*.
URL: <https://aaestonia.com/mis-aa-12-sammu> (vaadatud 20.05.2024)
- Aro, Ilme; Puusepp, Kristi. 2007. Võimestamine ja võimestumine – mõisteanalüüs. – *Eesti Arst*, 86 (10), 736–743.
- Benham-Hutchins, Marge; Clancy, Thomas, R. 2010. Social Networks as Embedded Complex Adaptive Systems. – *Journal of Nursing Administration*, Vol. 40, No. 9, 352–356.
- Casper, Monica J. 2024. Remembering Dr Adele Clarke. – University of California webpage, January 29. URL: <https://sociology.ucsf.edu/news/remembering-dr-adele-clarke> (vaadatud 20.05.2024).

- Cheever, Susan. *My Name Is Bill. Bill Wilson—His Life and the Creation of Alcoholics Anonymous*. New York: Simon & Schuster.
- Clarke, Adele E. 2005. *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cook, Christopher C. H. 2004. Addiction and Spirituality. – *Addiction*, Vol. 99, No. 5, 539–551. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x>.
- Cook, Christopher C. H. 2013 Recommendations for Psychiatrists on Spirituality and Religion. Position Statement PS03/2013. – *Royal College of Psychiatrists*. URL: http://www.repsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf (vaadatud 22.04.2021).
- Curlin, Farr A.; Odell, Shaun V.; Lawrence, Ryan E.; Chin, Marshall H.; Lantos, John D.; Meador, Keith G.; Koenig, Harold G. 2007. The Relationship Between Psychiatry and Religion Among U.S. Physicians. – *Psychiatric Services*, Vol. 58, No. 9, 1193–1198. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.9.1193>.
- DeSilva, Ravi; Aggarwal, Neil Krishan; Lewis-Fernández, Roberto. 2015. The DSM-5 Cultural Formulation Interview and the Evolution of Cultural Assessment in Psychiatry – *Psychiatric Times*, Vol. 32, No. 6, June 30. URL: <https://www.psychiatristimes.com/view/dsm-5-cultural-formulation-interview-and-evolution-cultural-assessment-psychiatry>.
- Desjardins, Cate Michelle; Bovo, Anna; Cagna, Mario; Steegen, Martijn; Vandenhoeck, Anne. 2021. Scared but Powerful: Healthcare Chaplains' Emotional Responses and Self-Care Modes during the SARS-Cov-19 Pandemic. – *Journal of Pastoral Care & Counseling*, Vol. 75 (IS), 30–36. DOI: <https://doi.org/10.1177/1542305021993761>.
- Eesti Koostöö Kogu. 2023. Eesti inimarengu aruanne 2023: vaimne tervis ja heaolu. – Eesti Koostöö Kogu koduleht. URL: <https://inimareng.ee/et/eesti-inimarengu-aruanne-2023/> (vaadatud 19.05.2024).
- Eesti Statistikaamet. 2013. REL 2011: kindlat usku tunnistas üle neljandiku elanikkonnast – *Eesti Statistikaameti koduleht*, 29.04. URL: <https://www.stat.ee/et/uudised/pressiteade-2013-050> (20.01.2021).
- Eesti Statistikaamet. 2022a. Rahvaloendus. Usku omaks pidavate inimeste osakaal püsib muutumatuna, õigeusk on jätkuvalt levinuim. – *Eesti Statistikaameti koduleht*, 02.11. URL: <https://www.stat.ee/et/uudised/rahvaloendus-usku-omaks-pidavate-inimeste-osakaal-pusib-muutumatuna-oigeusk-jatkuvalt-levinuim> (vaadatud 02.07.2024).
- Eesti Statistikaamet. 2022b. Rahva ja eluruumide loendus 2021 – Tulemused: Usk. – *Eesti Statistikaameti koduleht*, 05.10. URL: <https://rahvaloendus.ee/et/tulemused/rahvastiku-demograafilised-ja-etno-kultuuri-lised-naitajad#usk> (vaadatud 02.07.2024).
- Eesti Uuringukeskus. 2021. Elust, usust ja usuelust 2020. – *Eesti Kirikute Nõukogu veebileht*. URL: <https://ekn.ee/wp-content/uploads/2024/04/2020.pdf> (vaadatud 11.08.2023).
- Ellis, Hannah Kate; Narayanasamy, Aru. 2009. An Investigation into the Role of Spirituality in Nursing. – *British Journal of Nursing*, Vol. 18, No. 14, 886–890. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.14.43358>.
- Engelbrecht, Jüri. 2010. Komplekssüsteemid. – *Akadeemia*, 8, 1347–1363.
- Engelbrecht, Jüri. 2018. Tänapäeva haridusest ja komplekssüsteemidest. – *Akadeemia*, 11, 1936–1955.
- Ennet, Hanna-Liisa. 2013. Tervise ja haiguse käsitletud meditsiinifilosoofias. – *Eesti Arst*, 92 (4), 205–211.
- EQUASS. 2017. About EQUASS. – *European Quality in Social Services webpage*. URL: <https://equass.be/index.php/about-equass> (vaadatud 07.04.2021).

- Fabrega, Horacio. 2000. Culture, Spirituality and Psychiatry. – *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 13, Iss. 6, 525–530.
- Forcehimes, Alyssa A.; Tonigan, Scott J. 2009. Spirituality and Substance Use Disorders. – *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Edited by Philippe Huguelet and Harold G. Koenig. New York: Cambridge University Press, 114–127.
- Glaser, Barney G; Strauss, Anselm L. 1967. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Goddard, Nancy C. 1995. Spirituality as Integrative Energy: A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. – *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 22, No. 4, 808–815.
DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22040808.x>.
- Hale, Nathan G. 1995. *The Rise and Crisis of Psychoanalysis in the United States: Freud and the Americans, 1917–1985*. New York: Oxford University Press.
- Hathaway, William; Pargament, Kenneth. 2008. The Religious Dimensions of Coping. Implications for Prevention and Promotion. – *Prevention in Human Services*, Vol. 9, Iss. 2, 65–92. DOI: https://doi.org/10.1300/J293v09n02_04.
- Heelas, Paul. 2013. Eesti kui katselabor – ideaalne näide vaimsuse ja religiooni suundumuste uurimiseks. – *Mitut usku Eesti III: Uue vaimsuse eri*. Toimetanud Marko Uibu. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 167–188.
- Hefner, Philip. 1973. The Self-Definition of Life and Human Purpose: Reflections upon the Divine Spirit and the Human Spirit. – *Zygon*[®], Vol. 8, Iss. 3/4, 395–411. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9744.1973.tb00240.x>.
- Hefti, René. 2011. Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. – *Religions*, Vol. 2, No. 4, 611–627.
DOI: <https://doi.org/10.3390/rel2040611>.
- Henery, Neil. 2003. Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. – *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 42, No. 6, 550–557.
DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02658.x>.
- Hiiemäe, Reet. 2014. Rollid ja rollikäitumine interneti esoteerikafoorumites. – *Maailm ja multitasking*. Koostanud ja toimetanud Mare Kõiva. Tartu: EKM Teaduskirjastus, 109–132.
- Hodge, David R. 2016. Spiritual Competence: What It Is, Why It Is Necessary, and How to Develop It. – *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 20 (September 11). DOI: <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1228093>.
- Holland, J. C.; Kash, K. M.; Passik, S.; Gronert, M. K.; Sison, A.; Lederberg, M.; Russak, S. M.; Baider, L.; Fox, B. 1998. A Brief Spiritual Beliefs Inventory for Use in Quality of Life Research in Life-Threatening Illness. – *Psychooncology*, Vol. 7, No. 6, 460–469. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R).
- Jakovljević, Miro; Crnčević, Željka. 2012. Comorbidity as an Epistemological Challenge to Modern Psychiatry. – *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, Vol. 5, No. 1, 1–13.
- Kasmel, Anu; Lipand, Andrus. [2007] 2011. *Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse*. Tallinn: Eesti Tervisedenduse Ühing.
- Koenig, Harold. 2012. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. – *ISRN Psychiatry*, Vol. 12, 1–33.
DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.
- Koenig, Harold G.; King, Dana E.; Carson, Verna B. 2012. *Handbook of Religion and Health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

- Koenig, Harold G.; McCullough, Michael E.; Larson, David B. 2001. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Lehtla, Eve. 2023. Eesti Haigekassast saab alates aprillist Tervisekassa. – *Sotsiaalministeeriumi koduleht*, 31.03. URL: <https://www.sm.ee/uudised/eesti-haigekassast-saab-alates-aprillist-tervisekassa> (vaadatud 01.02.2024).
- Lepik, Krista; Strömpl, Judit. 2014. Põhistatud teooria. – *Tartu Ülikooli sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*, 01.12. URL: <http://samm.ut.ee/pohistatud-teooria> (vaadatud 17.04.2019).
- Lilleoja, Laur. 2021. Elust, usust ja usuelust – kuuendat korda. – *Kirik & Teoloogia*, 05.11. URL: <https://kjt.ee/2021/11/elust-usust-usuelust-kuuendat-korda/> (vaadatud 02.07.2024).
- Linnuste, Indrek. 2025. Religiooni ja spirituaalsuse roll ning selle hindamise võimalused psühhiaatrilises ravis. – *Mitut usku Eesti VI*, 127–151. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Lukoff, David; Lu, Francis; Turner, Robert. 1998. From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category – *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 38, Iss. 2 (Spring), 21–50.
- MacDonald, Marjorie; Best, Allan; Bruce, Ted; Carroll, Simon; Doyle-Waters, Mimi; Hancock, Trevor; Jackson, Beth; Lewis, Mary; Martin, Wanda; Riley, Barb. 2012. Complexity Science in Brief. – *University of Victoria webpage*. URL: https://www.uvic.ca/research/groups/cphfri/assets/docs/Complexity_Science_in_Brief.pdf (vaadatud 17.04.2021).
- Martin, Wanda; Pauly, Bernie; MacDonald, Marjorie. 2016. Situational Analysis for Complex Systems: Methodological Development in Public Health Research. – *AIMS Public Health*, Vol. 3, No. 1, 94–109. DOI: <https://doi.org/10.3934/publichealth.2016.1.94>.
- Meel, Liidia. 2018. Interdisciplinary Team Based Pastoral Care Model for Estonian Healthcare Institutions. Tartu: University of Tartu Press. URL: <https://dspace.ut.ee/items/7f9a6d29-6a75-4135-b7ad-8d74ced0497c> (vaadatud 12.12.2020).
- Meel, Liidia; Lehtsaar, Tõnu. 2017. Interdisciplinary Team Based Pastoral Care: A Potentially Adaptable Model for Estonian Healthcare. – *Occasional Papers on Religion in Eastern Europe*, Vol. 37, Iss. 3, Article 2. URL: <http://digitalcommons.georgefox.edu/ree/vol37/iss3/2/> (vaadatud 21.04.2021).
- Mezzich, Juan E. 2002. International Surveys on the Use of ICD-10 and Related Diagnostic Systems. – *Psychopathology*, Vol. 35, Nos. 2/3, 72–75. DOI: <https://doi.org/10.1159/000065122>.
- Mezzich, Juan E.; Caracci, Giovanni; Fabrega, Horacio Jr.; Kirmayer, Laurence. 2009. Cultural Formulation Guidelines. – *Transcultural psychiatry*, Vol. 46, No. 3, 383–405. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363461509342942>.
- Moreira-Almeida, Alexander; Sharma, Avdesh; van Rensburg, Janse Bernard; Verhagen, Peter J.; Cook, Christopher C. H. 2016. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. – *World Psychiatry*, Vol. 15, Iss. 1, 87–88. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20304>.
- Mohr, Sylvia; Huguélet, Philippe. 2009. 16 - Religious and Spiritual Assessment in Clinical Practice. – *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Edited by P. Huguélet and H. G. Koenig. Cambridge: Cambridge University Press, 232–244.

- Narayanasamy, Aru. 1999a. ASSET: A Model for Actioning Spirituality and Spiritual Care Education and Training in Nursing. – *Nurse Education Today*, Vol. 19, No. 4, 274–285. DOI: <https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0637>.
- Narayanasamy, Aru. 1999b. Learning Spiritual Dimensions of Care from a Historical Perspective. – *Nurse Education Today*, Vol. 19, No. 5, 386–395. DOI: <https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0325>.
- Oyebode, Femi. 2013. *Psüühilised sümptomid Andrew Simsi käsitluses. Sissejuhatus kirjeldavasse psüühopatoloogiasse*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Paal, Piret. 2023. “Tühi tuba” ehk eneserefleksioon ja visuaal-tekstuaalne juhtumiuuring hingelise abi andmise õpetamisest ja õppimisest. – *Mäetagused*, 85, 27–42. DOI: <https://doi.org/10.7592/MT2023.85.paal>.
- Paal, Piret; Frick, Eckhard; Roser, Traugott; Jobin, Guy. 2017. Expert Discussion on Taking a Spiritual History. – *Journal of Palliative Care*, Vol. 32, No. 1, 19–25. DOI: <https://doi.org/10.1177/0825859717710888>. PMID: 28662626.
- Paloutzian, Raymon F.; Park, Crystal L. 2005. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. 1st edition. New York: Guilford Press.
- Pargament, Kenneth I. 1997. *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guilford Press.
- Patsiendikesksus. – *Eesti Patsientide Liidu koduleht*. URL: <http://www.patsiendid.ee/patsiendi-oigused/patsiendikesksus> (vaadatud 07.04.21).
- Patsientide nõukoda. – *Tartu Ülikooli Kliinikumi koduleht*. URL: <https://www.kliinikum.ee/patsiendile/patsientide-noukoda/> (vaadatud 07.04.2021).
- Peng-Keller, S.; Winiger, F.; Rauch, R. 2022. The spirit of global health—The world health organization and the ‘spiritual dimension’ of health (1946–2021). Oxford: Oxford University Press.
- Peteet, John R.; Lu, Francis G.; Narrow, William E. 2011 *Religious and Spiritual Issues in Psychiatric Diagnosis*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Phelan, Steven E. 2001. What Is Complexity Science, Really? – *Emergence*, Vol. 3, No.1, 120–136. DOI: https://doi.org/10.1207/S15327000EM0301_08.
- Piibel 1997. Ps 116:9. URL: <http://www.piibel.net/#q=Ps%20116> (vaadatud 20.05.2024).
- Prusak, Jacek. 2016. Differential diagnosis of “Religious or Spiritual Problem” – possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5. – *Psychiatria Polska*, Vol. 50, No. 1, 175–186. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/59115>.
- Puchalski, Christina M. 2001. The Role of Spirituality in Health Care. – *Baylor University Medical Center Proceedings*, Vol. 14, No. 4, 352–357. DOI: <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927788>.
- Puchalski, Christina; Ferrell, Betty; Virani, Rose; Otis-Green, Shirley; Baird, Pamela; Bull, Janet; Chochinov, Harvey; Handzo, George; Nelson-Becker, Holly; Prince-Paul, Maryjo; Pugliese, Karen; Sulmasy, Daniel. 2009. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. – *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 12, No. 10, 885–904. DOI: 10.1089=jpm.2009.0142.
- Pärli, Merilin. 2018. Surm konnamürgiseansil: keskealise mehe süda seisus. – *Eesti Rahvusringhäälingu koduleht*, 02.10. URL: <https://www.err.ee/865857/surm-konna-murgiseansil-keskealise-mehe-suda-seisus> (vaadatud 17.04.2021).
- RHK-10. Peatükk XXI: Z00-Z99. URL: <https://rhk.sm.ee/> (vaadatud 22.04.2021).
- Ross, Linda Anne. 1997. The Nurse’s Role in Assessing and Responding to Patients’ Spiritual Needs. – *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 3, No. 1, 37–42. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.1997.3.1.37>.

- Royal College of Nursing. 2011. *Spirituality in Nursing Care: a pocket guide*. London: RCN. URL: <https://static1.squarespace.com/static/5b44a2d63c3a5308bebd99d6/t/5b97cbc9758d4633523f1a22/1536674765815/Spirituality+in+Nursing+Care+Royal+College+of+Nursing.pdf> (vaadatud 22.04.2021).
- Saad, Marcelo; de Medeiros, Roberta. 2012. *Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare*. London: IntechOpen.
- Schneider, Kirk J; Galvin, John; Serlin, Ilene. 2009. Rollo May on Existential on Psychotherapy. – *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 49, No. 4, 419–434. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022167809340241>.
- Schreiber, Rita S.; Martin, Wanda. 2013. 14 - New Directions in Grounded Theory. – *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. Edited by Cheryl T. Beck. London: Routledge, 183–202.
- Segal, Daniel L. 2010. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). – *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. Edited by I. B. Weiner and W. E. Craighead. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 495–497.
- Selman, Lucy; Harding, Richard; Gysels, Marjolein; Speck, Peter; Higginson, Irene J. 2011. The Measurement of Spirituality in Palliative Care and the Content of Tools Validated Cross-Culturally: A Systematic Review. – *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 41, Iss. 4, 728–753. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392411000108#fig2> (vaadatud 21.04.2021).
- Sepp, Tuul. 2016. Miks usaldatakse alternatiivmeditsiini? – *Sirp*, 17.06. URL: <http://www.sirp.ee/sl-artiklid/c21-teadus/miks-usaldatakse-alternatiivmeditsiini/> (vaadatud 23.08.2017).
- Sfeatcu, Ruxandra; Cernuşcă-Miţariu, Mihaela; Ionescu, Camelia; Roman, Mihai; Cernuşcă-Miţariu, Sebastian; Coldea, Liliana; Bota, Gabriela; Burcea, Claudia Camellia. 2014. The concept of wellbeing in relation to health and quality of life. – *European Journal of Science and Theology*, Vol. 10, No. 4, 123–128.
- Sotsiaalministeerium. 2020. Vaimse tervise roheline raamat 2020. – *Sotsiaalministeeriumi koduleht*. URL: https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2022-05/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf (vaadatud 19.05.2024).
- Sotsiaalministeerium. 2024. Vaimne tervis. – *Sotsiaalministeeriumi koduleht*, 19.01. URL: <https://sm.ee/tervise-edendamine-ravi-ja-ravimid/vaimne-tervis> (vaadatud 19.05.2024).
- Sutrop, Urmas. 2003. Eesti keele maailmapildist: meel, hing ja vaim. – *Mäetagused*, 24, 99–108. DOI: <https://doi.org/10.7592/MT2003.24.sutrop>.
- Sõukand, Renata. 2005. Platseebo – kelle jaoks vale? – *Vale teooria Schola biotheoretica XXXI*. Toimetanud Maarja Öpik, Ingmar Tulva ja Ivar Puura. Tartu: Eesti Looduseuurijate Selts, 56–61.
- Tervise Arengu Instituut. 2018. Tervise edendamine / Üldpõhimõtted. – *Terviseinfo*, 24.01. URL: <http://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/uldpoohimotted> (vaadatud 17.04.2021).
- Tervise Arengu Instituut. 2022a. Ülevaade vaimse tervise probleemidest. – *Terviseinfo*, 31.03. URL: <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/vaimne-tervis/ulevaade-vaimse-tervise-probleemidest> (vaadatud 19.05.2024).
- Tervise Arengu Instituut. 2022b. Vaimne tervis. – *Terviseinfo*, 30.03. URL: <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/vaimne-tervis> (vaadatud 22.04.2021).

- Tervise Arengu Instituut. 2024. RHK ehk rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon. *Tervise Arengu Instituudi veebileht*, 28.05. URL: <https://www.tai.ee/et/instituudist/meditsiini terminoloogia-kompetentsikeskus/who-klassifikaatorid/rhk-ehk-rahvusvaheline> (vaadatud 28.05.2024).
- Tiidenberg, Katrin; Renser, Berit; Uibu, Marko; Seema, Riin. 2023. Osaluskuultuuriline heaolu ja vaimne tervis. – *Eesti Inimarengu Aruanne*. Toimetanud Katrin Tiidenberg ja Merike Sisask. Tallinn: Eesti Koostöö Kogu, 251–261.
- Tremblay, Marie-Claude; Richard, Lucie. 2014. Complexity: A potential paradigm for a health promotion discipline. – *Health Promotion International*, Vol. 29, No. 2, 378–388. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar054>.
- Uibu, Marko. 2014. Inglid ja Inglipesa internetifoorum uue vaimsuse kandjate ja legitimeerijatena. – *Mäetagused*, 56, 181–204. DOI: <https://doi.org/10.7592/MT2014.56.uibu>.
- Uibu, Marko. 2016. Religiosity as Cultural Toolobox: A Study of Estonian New Spirituality. Tartu: University of Tartu Press. URL: <https://dspace.ut.ee/items/8f4df2fb-d62d-4240-9604-1df0c347bb81> (vaadatud 12.12.2020).
- Valk, Ülo. 2011. Folklore and Discourse: the authority of scientific rhetoric, from state atheism to new spirituality. – *Handbook of Religion and the Authority of Science*. Edited by J. R. Lewis and O. Hammer, O. Leiden, Boston: BRILL Academic Publishers, 845–866.
- Vandenhoeck, Anne; Holmes, Cheryl; Desjardins, Michelle Cate; Verhoef, Joost. 2021. “The Most Effective Experience was a Flexible and Creative Attitude”—Reflections on Those Aspects of Spiritual Care that were Lost, Gained, or Deemed Ineffective during the Pandemic. – *Journal of Pastoral Care & Counseling*, Vol. 75 (IS), 17–23. DOI: <https://doi.org/10.1177/1542305020987991>.
- van Nieuw Amerongen-Meeuse, Joke C.; Schaap-Jonker, Hanneke; Schuhmann, Carmen; Anbeek, Christa; Braam, Arjan W. 2018. The „Religiosity Gap“ in a Clinical Setting: Experiences of Mental Health Care Consumers and Professionals. – *Mental Health, Religion & Culture*, Vol. 21, No. 7, 737–752. DOI: <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1553029>.
- Vaughan, Frances E. 1991. Spiritual Issues in Psychotherapy. – *Journal of Transpersonal Psychology*, Vol. 23, No. 2, 105–119.
- Viljamaa, Seppo. Psüühiliselt haige inimese hingehoid. – *Inimese kõrval. Hingehoiu õpik*. Toimetanud Kirsti Aalto ja Raili Gothóni. Tallinn: EELK Usuteaduse Instituut, 110–111.
- Wagani, Rekha; Colucci, Erminia. 2018. Spirituality and Wellbeing in the Context of a Study on Suicide Prevention in North India. – *Religions*, Vol. 9, No. 183. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel9060183>.
- WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. – *World Health Organization webpage*. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (vaadatud 17.04.2021).
- WHO. 1997. Review of the constitution and regional arrangements of the World Health Organization. – *World Health Organization webpage*, November 14. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB101/pdfangl/eb1017.pdf (vaadatud 17.04.2021).
- WHO. 1998. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). – *World Health Organization webpage*. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/70897> (vaadatud 17.04.2021).

- WHO. 2005. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. – *World Health Organization webpage*. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter> (vaadatud 17.04.2021).
- WHO. 2012a. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). – *World Health Organization webpage*, March 1. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03> (vaadatud 17.04.2021).
- WHO. 2012b. The Ottawa Charter for Health Promotion. – *World Health Organization webpage*, June 16. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (vaadatud 17.04.2021).
- WHO. 2013. Programme on Mental Health: WHOQOL User Manual 1998, 2012 revision. – *World Health Organization webpage*, August 1. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/77932> (vaadatud 21.04.2021).
- WHO. 2015a. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services—Interim Report. – *World Health Organization webpage*, March 11. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf (vaadatud 07.04.2021).
- WHO. 2015b. Thirty-sixth World Health Assembly, Geneva, 2–16 May 1983: summary records of committees. – *World Health Organization webpage*, March 30. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/159888> (vaadatud 21.04.2021).
- WHO. 2015c. The Spiritual Dimension in Health Care Programmes (Thirty-Sixth World Health Assembly 1983). – *World Health Organization webpage*, March 30. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/159897/1/WHA36_A-Conf.Paper-9_eng.pdf (vaadatud 21.04.2021).
- WHO. 2024. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). – *World Health Organization webpage*. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (vaadatud 20.09.2024).
- William, J. 2013. Usulise kogemuse mitmekesisus. Uurimus inimloomusest. *Ilmamaa*. lk. 389-390.
- World Psychiatric Association. 2023. Action Plan 2023–2026. – *World Psychiatric Association webpage*. URL: <https://www.wpanet.org/action-plan-2023-2026> (vaadatud 20.09.2024).
- Zinnbauer, Brian J.; Pargament, Kenneth I.; Cole, Brenda; Rye, Mark S.; Butter, Eric M.; Belavich, Timothy G.; Hipp, Kathleen M.; Scott, Allie B.; Kadar, Jill L. 1997. Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. – *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 36, No. 4, 549–564. DOI: <https://doi.org/10.2307/1387689>.

SUMMARY

Exploring the Possibility of Integrating Spirituality into Health Care and Rehabilitation System

In the recent years, substantial increase in mental health issues has been reported worldwide, especially during COVID-19 pandemic when significant rise in cases of psychological distress and symptoms of depression among the population was observed. *Estonian Human Development Report 2023* focuses on the mental health problems that are widespread and show upward trend among Estonian people. *Green Paper on Mental Health* prepared by the Ministry of Social Affairs in 2020 describes existing arrangements for mental health care and summarizes many challenges in this field. This doctoral thesis studies in depth **spirituality as a resource** that has not been yet sufficiently made of use in the health care system of Estonia. The aim of the thesis is to call attention to spirituality as a source of mental strength, and to explore the possibility of integrating it into Estonian health care and rehabilitation system. The thesis relies on six original publications:

Study I: Linnuste, Indrek. 2016. Spirituaalne mõõde tervise kontseptsiooni osana [*The Spiritual Dimension as a Part of the Notion of Health*]. – *Eesti Arst*, 95 (2), 105–108. DOI: <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.12613>.

Study II: Linnuste, Indrek. 2018. Spirituaalsus kui ressursid inimeste taastumisel ja rehabilitatsioonis [*Spirituality as a Resource in People's Recovery and Rehabilitation*]. – *Ajakiri Sotsiaaltöö*, 2, 80–97.

Study III: Meel, Liidia; Linnuste, Indrek. 2018. Opportunities of Spiritual Support for Hospital Staff in Estonian Health Care Institutions. – *Health and Social Care Chaplaincy*, 6 (2), 144–158. DOI: <https://doi.org/10.1558/hsc.34970>.

Study IV: Linnuste, Indrek. 2019. Religioossed ja spirituaalsed kriisid vaimse tervise valguses [*Religious and Spiritual Crises in the Light of Mental Health*]. – *Mäetagused*, 75, 53–76. DOI: <https://doi.org/10.7592/MT2019.75.linnuste>.

Study V: Linnuste, Indrek; Kartau, Age Kristel. 2022. Haiglate ja hoolekandeesutuste hingehoidliku töö uutest väljakutsetest COVID-19 pandeemia tingimustes [*On the New Challenges of Pastoral and Spiritual Care in Hospitals and Nursing Homes in the Context of the COVID-19 Pandemic*]. – *Usuteaduslik Ajakiri*, 82 (2), 57–70.

Study VI: Linnuste, Indrek. [Forthcoming.] Religioossuse ja spirituaalsuse roll ning selle hindamise võimalused psühhiaatrilises ravis [*The Role of Religiosity and Spirituality, and Its Possible Assessment in Psychiatric Therapy*]. – *Mitut usku Eesti VI*. Tartu: Tartu University Press.

The thesis is divided into four parts. The first part provides a conceptual framework, giving an overview of the formulation of the concept of health by the World Health Organization (WHO), the concept of spiritual support of patients in hospitals and nursing homes, and potential benefits of the diagnostics of spiritual crisis in psychiatry. The second part introduces complexity science and situational analysis as the methodology of my research. In the third part, the

summaries of two original studies are presented, giving the research questions, data, and results. The last, fourth part analyses the main findings of original studies, compiling gathered information as situational maps and diagrams that describe the present situation in Estonian health care. Finally, SWOT analysis provides a structural evaluation of the situation, giving also a prospect of its improvement in the future.

In the Ottawa Charter (1986) and the Bangkok Charter (2005), health is described as a resource for everyday life and a fundamental human right. In 2015, WHO accepted the Integrated People-Centred Health Services (IPCHS) framework that brings a paradigm shift away from disease-centred health systems and institutions towards a more **people-centred and integrated approach to health-care** (study I). Conscious spirituality enables people to take active control of their health and well-being. As spiritual wellness is closely related to patient's health condition, his treatment and rehabilitation process can be significantly improved by activating patient's **spiritual resources** (studies II and IV).

In the 2000s, there have been published increasingly more researches on **religion and spirituality (R/S)** themes in health care. Many networks, support groups, research institutes and social work associations are providing knowledge and support for integrating R/S themes into health care system (study I). Often, people experience **spiritual crisis** when they find themselves in the role of patient, and they have to redefine the meaning of their life and find new perspectives in order to be able to recover. The most challenging are the cases where spiritual crisis manifests itself along with psychopathology and behavioural disorder, and when the treatment of patient is undermined by his religious or spiritual beliefs.

Lack of appropriate diagnostic criteria for assessing a spiritual crisis could hinder the integration of spiritual dimension into the health care system. However, before making a final diagnosis, a **differential diagnosis** as an additional assessment tool enables to distinguish spiritual crisis from other psychological disorders (depression, etc.) when patient's symptoms match more than one condition. As a part of differential diagnosis, **spiritual assessment** of a patient can identify the cause and dynamics of spiritual crisis using different methods (tests, questionnaires, interviews, etc.) to gather a patient's **spiritual history**. The spiritual assessment evaluates a patient's spiritual beliefs, needs, and hopes in his clinical treatment, providing information for a health care specialist who can decide whether to involve other specialists, such as a pastoral caregiver or psychologist (study IV).

In Estonian health care, increasingly more attention has been given to making spiritual support available: patient councils have been established in hospitals, and organized chaplain networks; the position of the chief chaplain was adopted in the Ministry of Social Affairs in 2020, and in the same year was launched the round-the-clock telephone line for emotional support and pastoral care (study VI). Unfortunately, the list of health care services of Estonian Health Insurance Fund does not include the support of pastoral caregiver or chaplain.

One of the main aims of this thesis was to explore whether health care professionals in Estonia are interested in R/S themes, and what are the hindrances that do not enable them to provide spiritual support for their patients. In order to

find answers to these questions two original researches were carried out. From 2015 to 2016, I and my colleagues Liidia Meel and Marko Uibu conducted a questionnaire for health care professionals working in Estonian hospitals (study III). In this quantitative survey participated 247 doctors and nurses from 19 hospitals. The results indicated that 75% of them were interested in R/S training, and believed that integrating R/S themes could help their work with patients. Most of the participants (more than 80%) answered that they would include pastoral caregiver into medical team if necessary, and were convinced that pastoral caregivers should work at hospitals as staff members. Additionally, the survey indicated that mostly lack of time, overwhelming work load, and psychological discomfort are the factors that do not allow them to have a conversation with patients about their religion and spirituality. The second research was conducted in 2021, when I and Age Kristel Kartau carried out interviews with pastoral caregivers and distributed online questionnaire for hospitals' staff to inquire the themes related to spirituality during COVID-19 pandemic in Estonian hospitals and nursing homes (study V). The results of this study showed clearly that, on the one hand, patients and their families needed more spiritual support during the pandemic, but on the other hand, also health care professionals felt that they themselves were in need of psychological help, especially in the case of patient's death. The findings of these two studies allowed to make a general conclusion that **health care professionals need training in R/S themes**, and it is necessary to integrate spiritual dimension (spiritual assessment as a tool of differential diagnostics, etc.) into health care system and encourage the cooperation of hospitals and nursing homes with pastoral caregivers and other spiritual care specialists.

In order to systematically represent and analyse the information gathered during my research (studies I–VI), I used the method of situational analysis that enabled to outline the present situation in Estonian health care system, its main participants and their relationship, and the discourses impacting the process of integrating spiritual dimension. The analysis revealed that there are multiple factors involved in this process. Some of the collective actors, such as hospitals and nursing homes, participate directly in the patients' medical care and rehabilitation, while the impact of other collective actors (such as local authorities, etc.) is more indirect. Estonia is known as one of the least religious countries in the world, therefore, it is not surprising that unfavourable attitudes toward R/S themes seems to be shaped by the negative media coverages of popular New Age and alternative medicine practices. Relational analysis of the many actors participating in the health care system illustrates an enormous **information overflow** surrounding a patient who finds himself in the centre of the system that involves **three overlapping power arenas**: health care system, rehabilitation system and society.

Today, Estonian health care system does not provide enough R/S support to a patient in this kind of situation that could be described as a **spirituality gap** in the system (study VI). In Estonian health care system can be identified two spiritual gaps, the first of which occurs when the health professional (a doctor, nurse, etc.) is less religious than his patient, or he belongs to a different religious

congregation. Spirituality gap between a psychiatrist and his patient could impede an open communication needed to take patient's spiritual history. The second spirituality gap derives from the health care system itself, as Estonian Health Insurance Fund offers no spiritual support services, and hospitals and other institutions do not generally cooperate with pastoral caregivers and chaplains, or are reluctant to include them in medical teams.

Spiritual gaps indicate the shortcomings in present health care system that could be addressed by integrating spiritual dimension into the system to improve the quality of health care services making it more people-centred and diversifying diagnostic tools with spiritual assessment as a normal everyday procedure. On the other hand, educating and training medical staff in R/S themes helps them to improve their competence to recognize the situations when patient needs spiritual guidance.

In order to give a structural assessment of the possibility of integrating spiritual dimension into Estonian health care and rehabilitation system, I made a SWOT analysis that enabled to identify the strengths and weaknesses of the current situation, but also to find opportunities and detect risks that may emerge in the process. A major hindrance appears to be the **stigmatization of R/S themes** in Estonian society, therefore, both patients and doctors hesitate to talk openly about spirituality and religion. Also, in Estonian health care system is generally paid little attention to spiritual aspects, hence the insufficient competence of health care professionals in this field. The most serious weakness appears to be the spirituality gaps in current health care system that derives from the overall neglect of patient's mental well-being. There are, however, many positive developments that support integrating R/S themes into health care system. WHO and other global health organizations have established the positive role of spirituality in treatment, increasingly more academic studies on R/S themes are published, and **various tools for conducting spiritual assessment** (such as psychometric instruments, tests, questionnaires, assessment scales, etc.) have been developed. In addition, academic researches made in Estonian hospitals and nursing homes indicate that there is great **interest in the R/S themes** among patients and medical staff. This creates favourable circumstances for integrating spirituality dimension into health care system that is for the benefit of all parties, both patients and health care professionals.

Analysis results showed that there are more factors to support the integration of spirituality than factors that could impede this process, and this indicates the readiness to make a qualitative leap in improving Estonian health care system. In order this process could gain momentum, I strongly suggest considering certain amendments in current system. In the future, the medical staff of hospitals should be ready to carry out spiritual assessment of patients, because it allows to use patient's spiritual resources in his treatment. Medical schools should include in their curriculums R/S themes to improve the knowledge of health professionals who can use various spiritual assessment tools. It is important to provide special R/S trainings for hospitals' staff, and to integrate spiritual assessment as an everyday practice into the health care system.

LISA 1. Spirituaalsete kriisidega potentsiaalselt seotud diagnoosid

Järgmises tabelis on RHK-10 versiooni põhjal välja toodud diagnoosid ja tähelepanekud, mille puhul võib, olenevalt haiguspildi sisust, tegemist olla ka spirituaalsete kriisidega.

Tabel 3. Diagnooside kirjeldused

Diagnoos (RHK10/V)	Kirjeldus
F23.0 Äge polümorfne psühhootiline häire skisofreenia sümptomiteta	Äge psühhootiline seisund, mille puhul hallutsinatsioonid, luulumõtted ja tajuhäired on selgesti väljendunud, kuid need muutuvad päevade, isegi tundide jooksul. Sageli võib täheldada ka intensiivseid emotsioone, mis vahelduvad ühest äärmusest teiseni, õnnetundest ja ekstaasist hirmu ja pingeni. Iseloomulik on selline polümorfne ja ebastabiilne kliiniline pilt, ja kuigi patsiendil võivad ajuti ilmnedada emotsionaalsed või psühhootilised sümptomid, ei ole täidetud maniakaalse episoodi (F30.-), depressiivse episoodi (F32.-) või skisofreenia (F20.-) kriteeriumid. Peamiselt on sellele seisundile iseloomulik üliäge algus (48 tunni vältel) ja sümptomite kiire kadumine; eelnev ilmselge stress suuremal osal juhtudest puudub.
F23.8 Muud ägedad psühhootilised episoodid	Sellesse kategooriasse arvatakse kõik muud ägedad psühhootilised seisundid, mida ei saa klassifitseerida teiste seisunditena rubriigis F23 (nt ägedad psühhootilised seisundid lühiajaliste luulumõtete või hallutsinatsioonidega). Siia kuuluvad samuti diferentseerimata rahutusseisundid, kui täpsem informatsioon patsiendi vaimse seisundi kohta puudub (eeldusel, et pole tõestatud orgaanilist põhjust).
F30.2 Psühhootiliste sümptomitega mania	Kõrgenenud enesehinnang ja suurusmõtted võivad areneda luulumõteteks ning ärrituvus ja kahtlustamine võivad kujuneda tagakiusamisluuluks. Rasketel juhtudel võivad domineerida suurus- või religioossed luulumõtted, mõtetegevuse kiirenemine ja kõnevajadus võivad olla sellised, et kõne muutub arusaamatuks. Raske ja püsiva füüsilise aktiivsuse ja erutuse tulemuseks võib olla agressiivne või vägivaldne käitumine. Söömise, joomise ja isikliku hügieeni nõuete eiramine võib tekitada ohtlikke dehüdratsiooniseisundeid ja enesehooldamatust. Vajaduse korral võib eristada, kas luulumõtted või hallutsinatsioonid ühtivad või ei ühti meeleoluga. Emotsionaalselt neutraalsed luulumõtted ja hallutsinatsioonid ei ühti (nt vihjelised luulumõtted ilma süüdistava sisuta või hääled, mis jutustavad patsiendile sündmustest, millel pole erilist emotsionaalset tähendust).
F48.8 Muud täpsustatud neurootilised häired	See kategooria sisaldab ebaselge etioloogiaga ja nosoloogilise staatusega käitumise, uskumuste ja emotsioonide segahäireid.
F42 Obsessiiv-kompulsiivne häire	Religioosse või spirituaalse sisuga sundmõtted ja teod (nt rituaali katkestades võib kaasneda Jumala viha või deemonite kättemaks vms). Nimetatud ka <i>skrupuloossuseks</i> .

Diagnoos (RHK10/V)	Kirjeldus
F44.3 Dissotsiatiivne transs	<p>Häired, kus isik kaotab ajutiselt identiteedi ega teadvust täielikult ümbritsevat reaalsust; mõnel juhul võib ta tegutseda nii, nagu oleks tema üle võimust saanud teine isiksus, vaim, jumalus või jõud. Tähelepanu või teadvus võivad olla ahenenud või koondunud ainult ühele või kahele vahetu keskkonna aspektile, sageli esineb vähese muutlikkusega liigutuste, pooside ja häälightsuste stereotüüpne kordamine. Siin võib käsitleda ainult selliseid transihäireid, mis segavad tavalist tegevust, esinedes väljaspool religiooside või muid kultuuris aktsepteeritud situatsioone (või nende jätkuna).</p> <p>Dissotsiatiivne (hüsteeriline) fuuga</p> <p>Kahte tüüpi sümptomid, mis seostuvad dissotsiatiivsete (konversiooni-) häiretega (hüsteeriaga): konversioon ja dissotsiatsioon. Dissotsiatsiooni korral kitseneb teadvusväli ning episoodi osas avaldub hilisem amneesia. Paljuski kajastavad dissotsiatiivsed sümptomid erialaste teadmisteta inimeste kujutlust n-õ hullusest. Dissotsiatiivse (hüsteerilise) fuuga seisundi korral teadvus aheneb, inimene „reisib“ oma tavapärasest keskkonnast eemale ning esineb järgnev amneesia. Inimene näib olevat heas kontaktis oma keskkonnaga ning üldjuhul käitub sobival viisil, säilitades põhilise enesehoolduse, ehkki mõnikord avaldub pidurdamatus. Üsna sageli esineb identiteedi kaotamist või teise, valeidentiteedi omaksvõttu. Episoodi kestus võib olla väga erinev, varieerudes mõnest tunnist kuni mitmete nädalateni.¹</p>
F21 Skisotüüpne häire	<p>Seisund, mille puhul ilmnevad veider käitumine ning häired mõttetegevuses ja tundeelus. Viimased sarnanevad skisofreeniale omaste häiretega, kuid kindlaid ja tüüpilisi skisofreeniaid häireid pole esinenud ühelgi haiguse etapil. Juhtivat või tüüpilist sümptomit ei ole, kuid võib avalduda iga allpool loetletud häire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - veider, ebaharilik või pentsik käitumine ja välimus; - vähene kontakt teiste inimestega ja sotsiaalse eraldumise tendents; - veendumused või maagiline mõtlemine, mis mõjutavad käitumist ega vasta subkultuuri normidele; - ebatavalised tajuelamused, sealhulgas somatosensoorsed või muud illusioonid ja depersonalisatsiooni- või derealisatsioonielamused; - ebamäärane, kaudne, metafoorne, keerukas või stereotüüpne mõtlemine, mis ilmneb veidras kõnes või mõnel muul moel; kõne seosetus ei ole väga märgatav; - juhuslikud mõõduvad osalt psühhootilised episoodid intensiivsete illusioonide, akustiliste või teiste hallutsinatsioonide ja luulutaoliste mõtetega, mis tekivad tavaliselt ilma välise põhjuseta.
G40 Epilepsia ehk langetõbi Geschwindi sündroom ehk oimusagara epilepsia seosed hüperreligioosusega	<p>Kirjeldatud ekstaatiliste hoogudena, Fjodor Dostojevskit on toodud sageli üheks tuntumaks näiteks. Dostojevski isiksuslikud muutused müstiku suunas inspireerisid Norman Geschwindi looma seda teooriat.</p>

¹ Oyeboode, Femi. 2013. *Psüühilised sümptomid Andrew Simsi käsitletus. Sissejuhatus kirjeldavasse psühhopatoloogiasse*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 82.

LISA 2. Spirituaalse kriisi eristamine psühhopatoloogiast

Toetudes erinevatele autoritele² toon järgnevalt välja mõned peamised aspektid, mis aitavad eristada psühhopatoloogiat ja spirituaalseid kriise. Kahtluse korral tuleb otsida patoloogilisi ilminguid ka patsiendi **teistes eluvaldkondades** (töö, sotsiaalne kontekst ja lähisuhted, vaba aeg). Saab eristada, kas S/R-teemad on **üksikisikuliselt idiosünkraatilised või moodustavad osa suuremast usurühmitusest**. Siin võib ilmuda ka konteksti suur mõju. Näiteks võib religioosne kogemus, mida võib, aga ei pruugi pidada patoloogiaks, osutada normaalseks religioosse grupi sees (nt võõras keeles rääkimise (glossolaalia) fenomen jt ekstaatilised religioossed afektid).³ Rolli mängib ka kultuuri, ühiskonna ja **religiooni kontekst laiemalt**, sest kriitikat on pälvinud, et haiguste klassifikatsioonid lähtuvad liialt Lääne kultuuriruumist. Soovituslik on hinnata inimese usulise orientatsiooni kvaliteeti. Tuleb **väljastada orgaaniline etioloogia** (näiteks epilepsia) ning **sõltuvusainetest ja psühhofarmakonidest tingitud** psühhootilised või ebaadekvaatsed episoodid. Anamneesi kogumise kaudu saab teada, kas S/R kogemuslik episood on **korduv või esmane**. Hea märk on, kui inimesel on **säilinud kriitiline suhtumine** oma kogemusse ning ta suudab seda integreerida igapäevaellu. Kogemust jagatakse ka teiste inimestega ning seda ei hoita ainult enda teada. Selline suhtlus näitab, et isik on sotsiaalselt hästi kohanenud. Ego-kesksed kogemused on indiviidi isoleerivad ning kallutavad teda sageli häirete suunas. Alljärgnevas tabelis on välja toodud potentsiaalsed patsiendi käitumise ja eneseväljendustega seonduvad aspektid, mis võimaldavad kaaluda spirituaalset kriisi diferentsiaaldiagnoosina või mis osutavad vastupidi religioossele või spirituaalsele probleemile patoloogilises ja ravi vajavas plaanis (religioosne luul, *skrupuloosus*). Tabeli 4 koostamisel olen kasutanud erinevaid allikaid, millest valdavalt olen täiendanud Allison Allmoni artiklis välja toodud soovitude põhjal.

² Johnson, Chad V.; Friedman, Harris. L. 2008. Enlightened or Delusional? Differentiating Religious, Spiritual, and Transpersonal Experiences from Psychopathology. – *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 48, Iss. 4, 505–527. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022167808314174>. Allmon 2013: 538–549.

³ Vahest tuntuim liikumine on alguse saanud 1994. aastal toimunud konverentsilt „Catch the Fire“, mida tuntakse ka kui „Toronto õnnistust“ (*Toronto Blessing*). Briti ajakirjanike loodud fraas kirjeldab liikumises osalejate sõnul uskumatut Püha Vaimu väljavalamist, mida kinnitavad ebatavalised füüsilised manifesteeringud usklike seas. URL: <https://catchthefire.com> (vaadatud 09.01.2019).

Tabel 4. Spirituaalne kriis kui diferentsiaaldiagnoos⁴

Välistada orgaaniline etioloogia.
Välistada psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psühhoosid.
Välistada somaatilistest haigustest tingitud psühhoosid.
Otsida patoloogiat ka patsiendi teistes eluvaldkondades peale spirituaalse (sotsiaalne kontekst ja lähisuhted, majanduslik toimetulek, töokeskkond ja toimetulek tööülesannetega).
Tõelised luulud ja meelepetteelaadsed elamused reeglina ei laiene teistele koguduse- või subkultuuri liikmetele. Kindlasti on siin arutelu ja küsimuse kohti, mis tekivad sellest, et on kirjeldatud ka nn jagatud pettekujutelmade fenomeni ning ei ole üheselt selge, mitmest inimesest koosnev rühm moodustab subkultuuri, sekti või kultuse.
Täpsustada komorbiidsus kaasuvate häirete ja haigustega.
Arvestada laiemat kultuuri-, ühiskonna ja religiooni konteksti.
Patoloogiale võib viidata pidev erinevate koguduste ja usurühmade liikmeks astumine ja nende vahetamine (<i>church shopping</i>).
Müstikute (müstilist kogemust „otsivate“ isikute) ettevalmistavatel sammudel on sageli kaks selget eesmärki: esiteks, nad püüavad eralduda spontaanselt lävimisest maailmaga ja/või teiseks, nad püüavad (ego) minatunnet minimaliseerida „meele tühjendamise“ kaudu, kõrvaldades järkjärgult kõik mured, vajadused, kiindumused jms. Selline radikaalne „mina-eitamine“ loob vastuvõtliku passiivse seisundi, milles ihaldatud müstiline kogemus võib lõpuks ennast väljendada. Ometi ei kaota müstik täielikult minatunnet; ta säilitab oma esimese isiku perspektiivi, sest muidu ei saa ta kogemusi kogeda ega neist teavitada.
Kui müstilist kogemust saab sageli seostada ühtsustundega ja eufooriaga, siis psühhootiline episood on pigem ebameeldiv, inimest traumeeriv kogemus. Psühhoosi võib vaadelda kui kontakti kaotamist reaalsusega, inimesel on keeruline eristada oma sisemaailmas toimuvat kõigi poolt mõistetavast ühisest reaalsusekogemusest.
Haiguste ja häiretega langeb eelkõige inimese toimetulek ja elukvaliteet.
Tagajärjed ja taastumine.

⁴ Allmon, Allison L. 2013. Religion and the DSM: From pathology to possibilities. – *Journal of Religion & Health*, Vol. 52, No. 2, 545–546. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9505-5>.

LISA 3. Psühhomeetrilised instrumendid patsiendi spirituaalseks hindamiseks

Kliinilises töös ja ka ambulatoorses ja rehabilitatsiooni praktikas kasutatakse paljusid psühhomeetrilisi instrumente, mille olen koondanud tabelisse (tabel 5). Olemas on selliseid instrumente, mis mõõdavad kindlat aspekti indiviidi spirituaalsetes või religioossetes tõekspidamistes. Samas ei ole need lahus muudest isiksusepsühholoogia aspektidest, seega on kasulik terapeutilises töös kasutada mitme komponendi mõõtmist, et vaadata tulemuste omavahelist koosmõju ning võrrelda testide tulemusi. Skaalad ei ole tabelis esitatud süstematiseeritult, sest mitmed instrumendid mõõdavad nende aspektide mitmeid erinevaid nüansse. Samuti on erinevad testid kohandatud erinevatele sihtrühmadele, kuid on ka universaalseid instrumente. Iga testi juurde on lisatud selgituste lahter ja allikad edasiseks uurimiseks. Märksõnadeks on S/R-teemadega seotud vajadused, toimetulek, spirituaalne ajalugu, elu eesmärgid ja tähendused, teadvuse seisundid ning elukvaliteet. Sihtrühmad on erinevad, sh tavalised inimesed ja erinevad patsiendid, hosiitsihaigetest ja parandamatult haigetest inimestest puuetega inimesteni.

Tabel 5. Psühhomeetrilised instrumendid (skaalad, testid, küsimustikud) spirituaalseks hindamiseks

Instrumendi nimetus	Mida mõõdab	Allikas: arendaja / autorid
The Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL)	Spirituaalse heaolu skaala, mis on valideeritud tervetel elanikkonna-rühmadel ja määratleb spirituaalsust laias laastus mitte-teistlikul alusel. Seda saab kasutada ka patsientide puhul.	de Jager Meezenbroek <i>et al.</i> 2012 ⁵
The Spiritual Care Competency Scale (SCCS)	Valideeritud instrument, mille eesmärk on hinnata õdede pädevust haige spirituaalsel toetamisel.	Van Leeuwen <i>et al.</i> 2009 ⁶
The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)	Valideeritud instrument, mille eesmärk on teha kindlaks, kuidas õed tajuvad vaimsust ja spirituaalset toetust.	McSherry <i>et al.</i> 2002 ⁷

⁵ de Jager Meezenbroek, E.; Garssen, B; van den Berg, M.; Tuytel, G; van Dierendonck, D.; Visser, A.; Schaufeli, W. B. 2012. Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: Development of the Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL). – *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 30, No. 2, 141–167. DOI: <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.651258>.

⁶ Van Leeuwen, René; Tiesinga, Lucas J.; Middel, Berrie; Post, Doeke; Jochemsen, Henk. 2009. The Validity and Reliability of an Instrument to Assess Nursing Competencies in Spiritual Care. – *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 18, No. 20, 2857–2869. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>.

⁷ McSherry, Wilfred; Draper, Peter; Kendrick, Don. 2002. The Construct Validity of a Rating Scale Designed to Assess Spirituality and Spiritual Care. – *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 39, No. 7, 723–734. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00014-7](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00014-7).

Instrumendi nimetus	Mida mõõdab	Allikas: arendaja / autorid
The Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ)	Valideeritud skaala, mis kvantifitseerib spetsiifilised spirituaalse toetuse kompetentsid eri kutsealadel. See on loodud nii tervishoiutöötajate kui ka pastoraaltöötajate kompetentsuse mõõtmiseks hingehoiutöös. SCCQ ei eelda, et toetuse pakkuja on usklik inimene. Saadaval erinevates keeltes.	Vt http://spiritual-competence.net/Questionnaire/
The Ars Moriendi (“Art of Dying”) or Diamond-model	Inspireeritud keskaegsest traditsioonist luua raamistik vaimsure mõtestamiseks ja vestlemiseks ilmaliku palliatiivse hoolduse kontekstis nii töötajatele kui ka patsientidele.	Leget 2007 ⁸
The Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS)	Hindab S/R-heitluste kuut valdkonda: 1) jumalik (negatiivne emotsioon, mille keskmes on uskumused jumalast või tajutav suhe jumalaga), 2) deemonlik (mure, et saatan või kurjad jõud ründavad indiviidi või põhjustavad negatiivseid sündmusi), 3) inimestevaheline (mure negatiivsete kogemuste pärast usklite inimeste või asutustega; sisemine konflikt religioossete küsimuste ümber), 4) moraalne (heitlus seoses moraalipõhimõtete järgimisega; mure või süütunne, enesesüüdistamine), 5) kahtlus (S/R-teemadega seotud kahtlused või küsimused oma veendumuste suhtes), 6) ülima tähenduse otsing (mure, et ei tajuta oma elus sügavaid tähendusi).	Exline <i>et al.</i> 2014 ⁹
The Religious Background and Behavior Scale (RBB)	Spetsiaalselt välja töötatud tulemuslikkuse uurimiseks alkoholiravis.	Connors <i>et al.</i> 1996 ¹⁰
The Near-Death Experience Scale	16 punktist koosnev skaala surmalähedase kogemuse identifitseerimiseks.	Greyson 1983 ¹¹

⁸ Leget, C. 2007. Retrieving the *Ars Moriendi* Tradition. – *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 10, No. 3, 313–319. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9045-z>.

⁹ Exline, Julie J.; Pargament, Kenneth I.; Grubbs, Joshua B.; Yali, Ann Marie. 2014. The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and Initial Validation. – *Psychology of Religion and Spirituality*, Vol. 6, No. 3, 208–222. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0036465>.

¹⁰ Connors, Gerard J.; Tonigan, Scott J.; Miller, William R. 1996. A Measure of Religious Background and Behavior for Use in Behavior Change Research. – *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 10, No. 2, 90–96. DOI: <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.90>.

¹¹ Greyson, Bruce. 1983. The Near-Death Experience Scale: Construction, Reliability, and Validity. – *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 171, No. 6, 369–375.

Instrumendi nimetus	Mida mõõdab	Allikas: arendaja / autorid
The Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS)	USA-s üks kõige sagedamini kasutatavaid skaalasiid S/R hindamiseks puuetega inimeste seas. Sisaldab punkte mõõtmaks organisatsioonipõhist ja mitte-organisatsioonipõhist religioossust (privaatseid religioosseid praktikaid) ja laialdast, kuigi harjumuspärast „spirituaalset“ aladimensiooni, mis hõlmab spirituaalseid väärtusi/uskumusi, andestamist, positiivset ja negatiivset toimetulekut, religioosset tuge ja enesehinnangulist religioossust.	Bodling <i>et al.</i> 2013 ¹²
Spiritual Connection Questionnaire (SCQ-48)	48 küsimusega küsimustik, mis hindab „seotustunde“ kogemust universumi, inimeste, looduse ja kohtadega.	Wheeler <i>et al.</i> 2008 ¹³
Allport's Religious Orientation Scale (ROS)	Kasutatakse sageli mitte ainult sisemise religioossuse mõõtmiseks (vastandiks väline religioossus), aga ka religioossuse mõõtmiseks üleüldiselt.	Allport <i>et al.</i> 1967 ¹⁴
The Centrality of Religiosity Scale (CRS)	Mõõdab religioossuse intensiivsust viie kriteeriumi alusel: avalik praktika, eraviisiline praktiseerimine, religioossed kogemused, ideoloogiline ning intellektuaalne mõõde. Kahte viimast võib koos pidada üldist religioossust iseloomustavaks elemendiks. Psühholoogilisest aspektist võib viit põhidimensiooni vaadelda kanalite või režiimidena, milles isiklike usulisi konstruktsioone kujundatakse ja aktiveeritakse. Usuliste konstruktsioonide aktiveerimist isiksuses võib pidada indiviidi religioossuse astme kehtivaks mõõdupuuks. CRS tuletab seega viiest mõõtmest koosneva religioossuse kombineeritud mõõtme, mis sobib ka religioonide võrdlevateks uuringuteks.	Huber <i>et al.</i> 2012 ¹⁵

¹² Bodling, Angela; Heneghan, Miranda; Walsh, Jane; Yoon, Dong; Johnstone, Brick. 2013. The Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality with an Irish Sample: A factor analysis. – *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, Vol. 20, No. 2, 72–78. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijtr.2013.20.2.72>.

¹³ Wheeler, Philippa; Hyland, Michael E. 2008. The Development of a Scale to Measure the Experience of Spiritual Connection and the Correlation Between this Experience and Values. – *Spirituality and Health International*, Vol. 9, Iss. 4, 193–217. DOI: <https://doi.org/10.1002/shi.348>.

¹⁴ Allport, Gordon W.; Ross, J. Michael. 1967. Personal Religious Orientation and Prejudice. – *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 5, No. 4, 432–443. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0021212>.

¹⁵ Huber, Stefan; Huber, Odilo W. 2012. The Centrality of Religiosity Scale (CRS). – *Religions*, Vol. 3, No. 3, 710–724. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel3030710>.

Instrumenti nimetus	Mida mõõdab	Allikas: arendaja / autorid
Theistic Spiritual Outcome Survey (TSOS)	Psühhoterapia tulemuste mõõtmiseks teistlikust vaimsest vaatenurgast.	Richards <i>et al.</i> 2005 ¹⁶
System of belief inventory (SBI-15R)	Keskseks küsimuseks on, kuidas ja mil määral pakub vastaja S/R-ressursse raskustega toimetulemiseks. Ühiskondlikke ressursse (nt usukoguduse toetust) saab eristada individuaalsetest ressurssidest (nt lähedane suhe jumalaga, jumalik jne).	Ripamonti <i>et al.</i> 2010 ¹⁷
The Spiritual Needs Inventory (SNI)	Välja töötatud hospiitsihaigetega läbi viidud kvalitatiivse uuringu põhjal, milles määratleti nende kogetud vaimseid vajadusi. SNI hindab, mil määral on patsientidel konkreetsed või spirituaalseid vajadusi ja kas need vajadused on nende elus täidetud.	Hermann 2006 ¹⁸
Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)	Vajadusi uuriv küsimustik, mida kasutatakse krooniliste valude all kannatavate haigete (nt vähihaiged) spirituaalsete vajaduste hindamiseks.	Büssing <i>et al.</i> 2010 ¹⁹ Büssing 2015 ²⁰
The Brief Measure of Religious Coping (The Brief RCOPE)	Skaala, mis hindab, kuidas kasutab isik S/R-ressursse, et oma raskustega toime tulla, ning kas ta kasutab konkreetseid usulisi toimetulekustrateegiaid.	Pargament <i>et al.</i> 2000 ²¹ Pargament <i>et al.</i> 2011 ²²

¹⁶ Richards, Scott P.; Smith, Timothy B.; Schowalter, Marion; Richard, Matthias; Berrett, Michael E.; Hardman, Randy K. 2005. Development and Validation of the Theistic Spiritual Outcome Survey. – *Psychotherapy Research*, Vol. 15, Iss. 4, 457–469. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503300500091405>.

¹⁷ Ripamonti, Carla; Borreani, Claudia; Maruelli, Alice; Proserpio, Tullio; Pessi, Maria; Miccinesi, Guido. 2010. System of Belief Inventory (SBI-15R): A Validation Study in Italian Cancer Patients on Oncological, Rehabilitation, Psychological and Supportive Care Settings. – *Tumori*, Vol. 96, Iss. 6, 1016–1021.

¹⁸ Hermann, Carla P. 2006. Development and Testing of the Spiritual Needs Inventory for Patients Near the End of Life. – *Oncology Nursing Forum*, Vol. 33, No. 4, 737–744. DOI: <https://doi.org/10.1188/06.ONF.737-744>.

¹⁹ Büssing, A; Balzat, H. J.; Heusser, P. 2010. Spiritual Needs of Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer – Validation of the Spiritual Needs Questionnaire. – *European Journal of Medical Research*, Vol. 15, No. 6, 266–273. DOI: <https://doi.org/10.1186/2047-783x-15-6-266>.

²⁰ Büssing, Arndt. 2015. Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) – Data Sheet. – *ResearchGate*, June. DOI: <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3241.4887>.

²¹ Pargament, Kenneth I.; Koenig, Harold G.; Perez, Lisa M. 2000. The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. – *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 56, No. 4, 519–543. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200004\)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1).

²² Pargament, Kenneth; Feuille, Margaret; Burdzy, Donna. 2011. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. – *Religions*, Vol. 2, no. 1, 51–76. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel2010051>.

Instrumendi nimetus	Mida mõõdab	Allikas: arendaja / autorid
The Religious Problem Solving Scale (RPSS)	36 küsimusega skaala, mida kasutatakse indiviidi ja jumala vaheliste probleemide lahendusstiilide mõõtmiseks. Skaalal on kolm alajaotust: 1) ise-juhtiv (indiviid lahendab probleemi iseseisvalt), 2) edasilükkav (jumal lahendab probleemi inimese jaoks), 3) koostöö (nii jumal kui ka inimene teevad probleemi lahendamisel koostööd).	Pargament <i>et al.</i> 1988 ²³
Q2-SAM	Mudel, mis on välja töötatud õendusabis isikukeskse hoolduse tagamiseks ja mille keskmes on kaks küsimust: 1) Mis on teile praegu kõige olulisem? 2) Kuidas saaksime aidata?	Ross <i>et al.</i> 2018 ²⁴
The JAREL Spiritual Well-Being Scale	Õendusabis loodud spirituaalse heaolu hindamise instrument.	Magnano <i>et al.</i> 2019 ²⁵
The question 'Are you at peace?'	Sõeluuringutööriist, mis on valideeritud nii spirituaalse heaolu kui ka kannatuste mõõtmiseks.	Steinhauser <i>et al.</i> 2006 ²⁶
The PC-7	Kaplanite töörihma loodud tõendus põhine hindamisvahend palliatiivravis.	Fitchett <i>et al.</i> 2019 ²⁷
The Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT)	Töötati välja eakate patsientide seas spirituaalse düstressi tuvastamiseks kliinilistes tingimustes	Monod <i>et al.</i> 2010 ²⁸

²³ Pargament, Kenneth I.; Kennell, Joseph; Hathaway, William; Grevengoed, Nancy; Newman, Jon; Jones, Wemdy. 1988. Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. – *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 27, No. 1, 90–104. DOI: <https://doi.org/10.2307/1387404>.

²⁴ Ross, Linda; McSherry, Wilfred. 2018. The Power of Two Simple Questions. – *Nursing Standard*, Vol. 33, No. 9, 78–80. DOI: <https://doi.org/10.7748/ns.33.9.78.s22>.

²⁵ Magnano, Paola; Zammitti, Andrea; Dibilio, Rossana; Faraci, Palmira. 2019. Italian Validation of the Jarel Spiritual Well-Being Scale. – *Mental Health, Religion & Culture*, Vol. 22, Iss. 6, 626–644, DOI: <https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1594740>.

²⁶ Steinhauser, Karen E.; Voils, Corinne I.; Clipp, Elizabeth C.; Bosworth, Hayden B.; Christakis, Nicholas A.; Tulskey, James A. 2006. „Are you at peace?": One Item to Probe Spiritual Concerns at the End of Life. – *Archives of Internal Medicine*, Vol. 166, No. 1, 101–105. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.1.101>.

²⁷ Fitchett, George; Pierson, Anna Lee Hisay, Hoffmeyer, Christine; Labuschagne, Dirk; Lee, Aoife; Levine, Stacie; O'Mahony, Sean; Pugliese, Karen; Waite, Nancy. 2019. Development of the PC-7, a Quantifiable Assessment of Spiritual Concerns of Patients Receiving Palliative Care Near the End of Life. – *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 23, No. 2, 248–253. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0188>.

²⁸ Monod, Stefanie M.; Rochat, Etienne; Büla, Christophe J.; Jobin, Guy; Martin, Estelle; Spencer, Brenda. 2010. The Spiritual Distress Assessment Tool: An Instrument to Assess Spiritual Distress in Hospitalised Elderly Persons. – *BMC Geriatrics*, Vol. 10, Article 88. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-88>.

Instrumendi nimetus	Mida mõõdab	Allikas: arendaja / autorid
Spiritual AIM	Pakub kaplanitele kontseptuaalset raamistikku spirituaalsete vajaduste tuvastamiseks ja lahendamiseks	Shields <i>et al.</i> 2015 ²⁹
The MD Anderson Spiritual Assessment Model	Töötati välja palliatiivravi keskkonnas spirituaalsete kannatuste tuvastamiseks.	Hui <i>et al.</i> 2011 ³⁰
The 7 × 7 Spiritual Assessment Model	Eesmärk on määratleda patsiendi spirituaalsed vajadused ja juba olemasolevad ressursid, et aidata nendega toime tulla.	Fitchett 2002 ³¹
Paloutzian & Ellisons spiritual well-being scale (SWBS)	Skaala töötati välja selleks, et täita elukvaliteedis tajutud tühimikku, kuna see hõlmab nii üldise eluga rahulolu (eksistentsiaalse heaolu) kui ka jumalikkusega seotuse (religioosse heaolu) mõisteid.	Bufford <i>et al.</i> 1991 ³²
The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT)	Krooniliste haigustega inimeste tervisega seotud elukvaliteedi mõõtmise küsimustikud.	Bredle <i>et al.</i> 2011 ³³
Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBQ)	John W. Fisher (1998) loodud spirituaalse heaolu mudeli põhjal loodud küsimustik, mis hõlmab isikliku, kogukondliku, keskkonna- ja transsendentaalse heaolu valdkondi ning vaimse heaolu globaalset mõõdet.	Gomez <i>et al.</i> 2003 ³⁴

²⁹ Shields, Michele; Kestenbaum, Allison; Dunn, Laura B. 2015. Spiritual AIM and the Work of the Chaplain: A Model for Assessing Spiritual Needs and Outcomes in Relationship. – *Palliative & Supportive Care*, Vol. 13, No. 1, 75–89. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951513001120>.

³⁰ Hui, David; Cruz, Maxine de la; Thorney, Steve; Parsons, Henrique A.; Delgado-Guay, Marvin; Bruera, Eduardo. 2011. The Frequency and Correlates of Spiritual Distress Among Patients With Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit. – *American Journal of Hospice and Palliative Care*, Vol. 28, No. 4, 264–270. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909110385917>.

³¹ Fitchett, George. 2002. *Assessing spiritual needs: a guide for caregivers*. 2nd ed. Augsburg: Academic Renewal Press.

³² Bufford, Rodger K.; Paloutzian, Raymond F.; Ellison, Craig. 1991. Norms for the Spiritual Well-Being Scale. – *Journal of Psychology and Theology*, Vol. 19, Iss. 1, 56–70. DOI: <https://doi.org/10.1177/009164719101900106>.

³³ Bredle, Jason M.; Salsman, John M.; Debb, Scott M.; Arnold, Benjamin J.; Cella, David. 2011. Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). – *Religions*, Vol. 2, No. 1, 77–94. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel2010077>.

³⁴ Gomez, Rapson; Fisher, John W. 2003. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. – *Personality and Individual Differences*, Vol. 35, No. 8, 1975–1991. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00045-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00045-X).

Instrumenti nimetus	Mida mõõdab	Allikas: arendaja / autorid
WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)	WHOQOL-SRPB instrument sisaldab 32 elukvaliteeti puudutavat küsimust, mis on seotud spirituaalsuse, religioossuse ja isiklike uskumustega. See instrument on töötatud välja ulatusliku katsetesti põhjal, mis hõlmas 105 küsimust ja viidi läbi 18 keskuses üle kogu maailma.	Saxena <i>et al.</i> 2002 ³⁵
F.I.C.A. (Faith, Importance, Community, Address)	Christina Puchalski välja arendatud FICA-meetod spirituaalse ajaloo (anamneesi) kogumiseks.	Puchalski 2000 ³⁶
The SPIRITual History	Juhend patsientide spirituaalse ajaloo oluliste komponentide välja selgitamiseks.	Maugans 1996 ³⁷
Purpose-in-Life test (PIL) And (PIL-SF)	Välja arendatud logoterapia teoreetilises raamistikus (V. E. Frankl) ja mõeldud tajutud tähenduse ja elu eesmärgi ning nendega seotud heaolu hindamiseks.	Crumbaugh <i>et al.</i> [1969] 1981 ³⁸ Schulenberg 2011 ³⁹
The Existence Scale (ES)	Enesehinnangu test, mille abil hinnatakse inimese enseteostuse taset. Test koosneb 46 elemendist ja määrab eksistentsiaalse teostuse astme neljal skaalal: reaalsustaju, emotsionaalsus, otsustusvõime ja vastutus.	Längle <i>et al.</i> 2003 ⁴⁰
The Daily Spiritual Experience Scale (DSES)	16 küsimusest koosnev küsimustik spirituaalsete kogemuste mõõtmiseks. Eesmärk on mõõta igapäevaseid spirituaalseid kogemusi (mitte müstilisi kogemusi) ja uurida, mis rolli need inimese igapäevaelus mängivad.	Underwood <i>et al.</i> 2002 ⁴¹

³⁵ Saxena, Shekhar *et al.* 2002. WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument. Geneva: World Health Organization. URL: https://www.ufrgs.br/qualidep/images/Whoqol-SRPB/WHOQOL-SRPB_manual.pdf. (vaadatud 27.04.2021)

³⁶ Puchalski, Christina. 2000. Spiritual Assessment Tool – FICA. – *Innovations in End-of-Life Care*, Vol.1, No. 6.

³⁷ Maugans, T. A. 1996. The SPIRITual history. – *Archives of Family Medicine*, Vol. 5, No. 1, 11–16. DOI: <https://doi.org/10.1001/archfami.5.1.11>.

³⁸ Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. [1969] 1981. *Manual of instructions for the purpose in life test*. Abilene, TX: Viktor Frankl Institute of Logotherapy. URL: https://static1.squarespace.com/static/59d153ddf09ca40ca9049f14/t/59e3efb36f4ca347ca717e8a/1508110261560/The_Purpose_in_Life_Test.pdf (vaadatud 27.04.2021).

³⁹ Schulenberg, Stefan E.; Schnetzer, Lindsay W.; Buchanan, Erin M. 2011. The Purpose in Life Test-Short Form: Development and Psychometric Support. – *Journal of Happiness Studies*, Vol. 12, 861–876. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9231-9>.

⁴⁰ Längle, Alfred; Orgler, Christine; Kundi, Michael. 2003. The Existence Scale: A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. – *European Psychotherapy*, Vol. 4, No. 1, 135–151.

⁴¹ Underwood, Lynn G.; Teresi, Jeanne A. 2002. The Daily Spiritual Experience Scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data. – *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 24, No. 1, 22–33. DOI: https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_04.

Instrumendi nimetus	Mida mõõdab	Allikas: arendaja / autorid
Enneagrammi test	9 isiksuse aspekti mõõtev (7 surmapattu + hirm ja vale) ja nii iseenda kui ka kaasinimeste paremaks mõistmiseks loodud meetod.	Rohr <i>et al.</i> 2008 ⁴²
5-Dimensional Altered States of Consciousness Rating Scale (5D-ASC)	ASC-testidel on pikk ajalugu laboratoorsetes hallutsinogeenide mõju uuringutes ja neid on aja jooksul täiendatud. Küsimustike eesmärk on liigitada muutunud teadvuse seisunditega seotud erinevaid käitumisviise, tunnusjooni või seisundeid. Peamiselt jagatakse viieks: <ul style="list-style-type: none"> • Oceanic Boundlessness (OB): mõõdab derealisatsiooni ja depersonaliseerumist, millega kaasnevad muutused, mis ulatuvad kõrgendatud meeleolust (eufooriast) kuni ajataju kadumiseni (maania sarnane tunne). • Visionary Restructuration (VR): hallutsinatsioonid, visuaalsed (pseudo-)hallutsinatsioonid, sünteesia, muudetud tähenduste taju, hõlbustatud meeldejätmise ja kujutlusvõime. • Anxious Ego Dissolution (AED): mõõdab enesekontrolli kaotamist, mõtlemise häireid, ärritust ja ärevust ja hirmu seoses ego-lahustumisega, kontrollikaotamise hirmu, kehakontrolli kaotusega seotud hirme. • Auditory Alterations (AA): hõlmab auditoorseid illusioone ja hallutsinatsioone. • Reduction of Vigilance (RV): hindab muutusi valvsuses, tähelepanus ja kognitiivses toimimises. 	Dittrich <i>et al.</i> 2006 ⁴³
Psychometric Evaluation of the Altered States of Consciousness Rating Scale (OAV)	Küsimustik on välja töötatud muudetud teadvusseisundite (ASC) uurimise integreerimiseks.	Studerus <i>et al.</i> 2010 ⁴⁴

⁴² Rohr, Richard; Ebert, Andreas. 2008. *Enneagramm. Hinge üheksa palet*. Tartu: Johannes Esto Ühing.

⁴³ Dittrich, A.; Lamparter, D.; Maurer, M. 2006. *5D-ABZ: Fragebogen zur Erfassung Aussergewöhnlicher Bewusstseinszustände. Eine kurze Einführung [5D-ASC: Questionnaire for the Assessment of Altered States of Consciousness. A Short Introduction]*. Zürich: PSIN PLUS Publications.

⁴⁴ Studerus, Erich; Gamma, Alex; Vollenweider, Franz X. 2010. Psychometric Evaluation of the Altered States of Consciousness Rating Scale (OAV). – *PLoS ONE*, Vol. 5, No. 8. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012412>.

Instrumendi nimetus	Mida mõõdab	Allikas: arendaja / autorid
Life Changes Inventory	Hindab muutusi väärtussüsteemides ja elu eesmärkides, mis on seotud surmalähedaste kogemustega. Iseloomulikud psühholoogilised ja käitumuslikud muutused on surmalähedaste kogemuste tuntud järelmõjud, mille kohta on tehtud hulk kvalitatiivseid uurimusi, kuid välja on töötatud test ka selliste muutuste kvantitatiivseks hindamiseks.	Greyson <i>et al.</i> 1984 ⁴⁵
Mysticism Scale (M Scale)	Välja töötatud 1970ndatel, tugineb Stace'i müstitsismi teorialle. Eesmärgiks on mõõta spontaanselt tekkivaid müstilisi kogemusi. Mõõdab kaheksat kogemuslikku aspekti: 1) ego lahustumine/kaotus (<i>Ego Loss</i>): tunne, et „mina“ lahustub laiemasse ühtsusesse (<i>greater unity</i>); 2) ajatus/ruumitus (<i>Timelessness / Spacelessness</i>): tunne, et ollakse väljaspool aegruumi piiranguid; 3) ühtsus (<i>Unity</i>): monistlik tunne, et maailm on ühtne/üks; 4) sisemine subjektiivsus (<i>Inner Subjectivity</i>): sisemise teadlikkuse tunnetamine kõikides olendites; 5) positiivne mõju (<i>Positive Affect</i>): õnnis tunne, mis kaasneb müstilise kogemusega; 6) pühadus (<i>Sacredness</i>): pühadusetunne(tus); 7) noetilisus (<i>Noetic Quality</i>): kõrgem (arenenum) kognitiivne seisund maailma mõistmisel; 8) sõnulkirjeldamatus (<i>Ineffability</i>): kogemuse sõnulkirjeldamatu olemus.	Chen <i>et al.</i> 2011 ⁴⁶
Mystical Experience Questionnaire (MEQ)	Mõeldud psühheedeelikumide poolt esile kutsutud müstilise kogemuse hindamiseks.	Pahnke 1969 ⁴⁷

⁴⁵ Greyson, Bruce; Ring, Kenneth. 1984. The Life Changes Inventory – Revised. – *Journal of Near-Death Studies*, Vol. 23, No. 1, 41–54. DOI: <https://doi.org/10.17514/JNDS-2004-23-1-p41-54>.

⁴⁶ Chen, Zhuo; Hood, Ralph W. Jr.; Yang, Lijun; Watson, P. J. 2011. Mystical Experience Among Tibetan Buddhists: The Common Core Thesis Revisited. – *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 50, Iss. 2, 328–338. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2011.01570.x>.

⁴⁷ Pahnke, Walter N. 1969. The Psychedelic Drugs and Mystical Experience. – *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Vol. 5, No. 4, 149–162.

PUBLIKATSIOONID

ELULOOKIRJELDUS

Nimi: Indrek Linnuste
Sünniaeg: 02.02.1979
Telefon: +372 5664 7656
E-post: indrek.linnuste@gmail.com

Haridus

2013 ... Tartu Ülikool, Usuteaduskond, religiooniuuringute doktoriõpe
2008–2011 Tartu Ülikool, Arstiteaduskond, terviseteaduste magister (rahva-
tervishoid: epidemioloogia; spetsialiseerumisega alkoholisõltuvusega
meeste elukvaliteedile)
2001–2005 Akadeemia Nord, psühholoogiateaduste bakalaureus
1997 Kilingi-Nõmme Gümnaasium

Lisainfo ja publikatsioonide loend Eesti Teadusinfosüsteemis (ETIS):
https://www.etis.ee/CV/Indrek_Linnuste

Erialased täienduskoolitused

2021 VERGE koolitus (toimetulek agressiivse kliendiga)
2021–2024 Grupijuhtimine (superviisor ja *coach*, psühhdraama rakendaja)
(Moreno Keskus)
2018 CARE meetodika baaskursus (EPRÜ)
2015 Liiklusrikkujate järelkoolituse läbiviija koolitus (Tallinna Ülikool)
2013 Tugiisikute koolitus (Balti Kriminaalpreventsiooni Instituut, Keili
Kollamaa)
2012 Hingehoiu baaskoolitus (Tartu Teoloogia Akadeemia, Naatan Haamer)
2012 Sõltuvused ja psühhoneuroimmunoloogia (erakool Terviklik Mina)
2009 Agressiivne patsient ja ohjeldusmeetmete rakendamine (SA Tartu
Ülikooli Kliinikum)
2009 Rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistide koolitus (Tartu Ülikool)
2009 CMPS test (*Cesarec-Marke Personaligetsschema*) (Harri Mägi)
2009 Psühholoogiline nõustamine (Jure Biechonsky)
2009 Toitumispsühholoogia (Annely Soots)
2008 Psühhofarmakoloogia (Tartu Ülikool, Jaanus Harro)
2007 Igapäevaelu psühhopatoloogia (SENSUS)
2006 Laste ja noorukite psühhoteraapia (Professionaalse Psühholoogia
Erakool, Mairi Männamaa)

- 2006 MMPI test (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) (MTÜ Eesti Vaimse Tervise Ühing, Svetlana Varjun)
- 2005 Loomulik kehahoiak, vaba hingamine ja loovus (Tervise Arengu Instituut Maria Tomberg)

Erialane töökogemus

- 2022 ... Pärnumaa Puuetega Inimeste Koja, juhatuse liige
- 2021–2023 MTÜ Hingerahu, projekt „Psüühikahäiretega inimeste tugigruppide käivitamine Pärnumaal“, projektijuht
- 2017 ... ERF projekt „Psüühika- või intellektihäirega inimestele paremate elamis-, õppimis- ja töötamistingimused“, Pärnu vaimse tervise keskuse Villa Amanita loomine
- 2019 ... Töö- ja ringmajanduskeskuse Amanita loomine ja juhtimine
- 2018 ... Haapsalu Kutsehariduskeskus, külalislektor (sõltuvuskäitumine)
- 2018 ... Pärnumaa Kutsehariduskeskus, külalislektor (tegevusjuhendajad, kogemusnõustajad)
- 2016 ... MTÜ Eesti erivajadustega inimeste käsitöö võrgustik, juhatuse liige
- 2015–2018 MTÜ Invateater OOP, juhatuse liige
- 2015 KÜSK, ekspert
- 2015 ... Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledž, külalislektor (liiklusohutus, terviseedendus)
- 2015 Ametikoolitus OÜ ja Tallinna Ülikool, liiklusrikkujate järelkoolitus, koolitaja
- 2015 OÜ Solve et Coagula (sotsiaalne ettevõtlus), tegevjuht
- 2013 ... OÜ Solve et Coagula (sotsiaalne ettevõtlus), juhatuse liige
- 2010 ... Sõltuvusprobleemidega isikute ja nende lähedaste nõustamisteenuste projekt, psühholoog
- 2010 ... TTR Erivajadustega inimeste tööhõive suurendamine läbi toetatud töölerakendamise teenuse arendamise, tugiisik
- 2010 ... EPRÜ Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing, liige
- 2010 ... Solve et Coagula, sotsiaalse ettevõtluse arendamine, töökohtade loomine sotsiaalsele riskirühmale (endised vangid, pikaajalised töötud, psüühikahäiretega inimesed jne)
- 2008–2016 MTÜ Hingerahu, juhatuse liige
- 2008 ... MTÜ Hingerahu (projektid ja seminarid „Aju ja müstiline kogemus“, „Psühhohügieen“, „Mälumängud puuetega inimestele“, „Erivajadustega inimeste teatripäev 2009“)
- 2005–2015 SA Pärnu Haigla Psühhiaatrikliiniku päevastatsionaar, juhataja
- 2005 ... SA Pärnu Haigla Psühhiaatrilise rehabilitatsiooni üksus, psühholoog
- 2004–2005 SA Pärnu Haigla Psühhiaatrikliiniku rehabilitatsiooniüksus, juhataja assistent

Erialane ja ühiskondlik tegevus

- 2024 9th European Conference on Religion, Spirituality and Health „Spiritual Care Interventions in Modern Health Care“, Salzburg, Austria, posterettekannne „On the New Challenges of Pastoral and Spiritual Care in Hospitals and Nursing Homes in the Context of the COVID-19 Pandemic“ (<https://ecrsh.eu/ecrsh-2024/posters>)
- 2023 Puuetega inimeste nõukoda Õiguskantseleri juures, nõukoja liige (<https://www.oiguskantsler.ee/et/puuetega-inimeste-n%C3%B5ukoda>)
- 2022 Pärnu Vaimse Tervise Konverents „Vaimne tervis ja mõtestatus“ korraldamine ja ettekannne „Tähendusloome vajalikkusest Solve et Coagula näitel“ (<https://www.depressioonigatoimetulek.ee/vaimse-tervise-konverents/>)
- 2019 WPA International Congress in Religion, Spirituality and Psychiatry, Jerusalem, Iisrael, posterettekannne „Estonian Healthcare Specialists’ Opinions About and Experiences With Spirituality, Pastoral Care and Medical Pluralism“
- 2018 Eesti Akadeemilise Usundiloo Seltsi konverents „Esoteerika ja ühiskond“, ettekannne „Religioossed ja spirituaalsed kriisid vaimse tervise valguses“
- 2018 Von Glehni Teater, sari „Anomaalne maailm“ („Mis meid ohustab?“)
- 2018 EPS Noorpsühhiaatrite sekstiooni suveseminar „Integratiivne psühhiaatria“, osalemine
- 2017 Rahvusvaheline konverents „International Conference on Spirituality and Psychology 2017“, Bangkok, Tai, ettekannne „Change of Perspective: „Alcoholism as a Spiritual Crisis. Quality of Life of Men with Alcohol Dependence Syndrome““, Tomorrow People Organization
- 2016 IV Conference on Spirituality, Religion and Healthcare „Change of Perspective: Alcoholism as a Spiritual Crisis“, Poola, osalemine
- 2016 SA Pärnu Haigla, ettekannne-koolitus „Spirituaalne tugi ja hingehoid tervishoius“ haigla töötajatele
- 2015 EBÜ (Eesti Bioanalüütikute Ühing) õppepäev, ettekannne „Hüpotees alkoholismist kui spirituaalsest kriisist“
- 2015 Konverents „Võitluskunstide vaimsed aspektid: müstilisest kogemusest spirituaalsete kriisideni“, korraldamine ja ettekannne
- 2015 IV International Congress on Dual Disorders, Barcelona, Hispaania, ettekannne „Quality of Life of Men with Alcohol Dependence Syndrome“
- 2015 Tallinna KÄO Päevakeskus, koolitus „Konflikti juhtimine“, läbi viija koos Helar Petersoniga

- 2015 Viljandi tervisefoorum „Meeste vaimse tervise nüansid tänapäeva ühiskonna kontekstis“, osalemine
- 2015 Pärnumaa Kutsehariduskeskus, hooldajate õppekava õppuritele konsultatsioon psüühiliste erivajadustega inimeste teemal
- 2015 Tallinna Ülikooli Tervise Ilmajaam, koolitused „Vaimne tervis ja terviseedendus“ kogukondadele (Jõhvi, Valga, Viljandi, Paide, Kuressaare)
- 2014 Viljandi VATEKI „Vaimse Tervise infopäev“, loeng „Inimese isiksuse spirituaalsest dimensioonist ja selle vajadustega arvestamisest“
- 2014 Kogemusnõustamise seminari korraldamine Pärnus
- 2014 SA Pärnu Haigla, konverents „Uus vaimsus ja spirituaalsus – huvitav väljakutse tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemile“, korraldamine ja ettekanne
- 2012 3rd European Conference on „Religion, Spirituality and Health“, Bern, Šveits, posterettekannet „Quality of Life of Men with Alcohol Dependence Syndrome“

Tunnustused

- 2022 Pärnumaa Omavalitsuste Liit valis Indrek Linnuste parimaks sotsiaalvaldkonna töötajaks
- 2022 MTÜ Amanita valiti Pärnumaa parima vabaühenduse nominendiks
- 2019 Solve et Coagula valiti Pärnumaa parimaks sotsiaalseks ettevõtteks
- 2013 MTÜ Hingerahu pälvis Olympic Casino ja Sotsiaalsete Ettevõtete Võrgustiku stipendiumi „Tegus Eesti“

CURRICULUM VITAE

Name: Indrek Linnuste
Date of Birth: 02.02.1979
Phone: +372 5664 7656
E-mail: indrek.linnuste@gmail.com

Education

2013... University of Tartu, Faculty of Theology, Religious Studies, postgraduate student
2008–2011 University of Tartu, Faculty of Medicine, Master's degree in Medicine and Health (public health)
2001–2005 Academia Nord, Bachelor's degree in Psychology
1997 Kilingi-Nõmme Gymnasium (High School)

Additional information and the list of publications in the Estonian Research Information System (ETIS): https://www.etis.ee/CV/Indrek_Linnuste

Professional training

2021 VERGE training (management of aggression of psychiatric patients)
2021 Supervisor and coach training (Moreno Center)
2018 Basic training of CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation) method (Estonian Society of Psycho-Social Rehabilitation)
2015 Training for coaches in traffic offender intervention program (Tallinn University)
2013 Training of support person for ex-convicts (Baltic Institute for Crime Prevention and Social Rehabilitation)
2012 Training of pastoral care giver (Tartu Academy of Theology)
2012 Addictions and psycho-neuro-immunology (private school Terviklik Mina)
2009 Aggressive patient and application of means of restraint (Tartu University Hospital)
2009 Training of rehabilitation team members (University of Tartu)
2009 CMPS test (*Cesarec-Marke Personaligetsschema*) (Prof. Harri Mägi)
2009 Psychological counselling (Dr. Jure Biechonsky)
2009 Nutrition psychology (coach Anneli Soots)

2008	Psychopharmacology (University of Tartu, Prof. Jaanus Harro)
2007	Psychopathology of everyday life (Centre of Psychiatry and Psychotherapy SENSUS)
2006	Psychotherapy of children and adolescents (Private School of Professional Psychology, coach Mairi Männamaa)
2006	MMPI test (<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>), (NGO Eesti Vaimse Tervise Ühing, coach Svetlana Varjun)
2005	Natural posture, free breathing and creativity (Health Development Institute, coach Maria Tomberg)

Work experience

2022...	Pärnu County Chamber of Disabled People, board member
2019...	NGO Amanita, board member
2013...	Social Enterprise Solve et Coagula, board member and CEO
2010...	Project for providing counselling services for people with addiction problems and their families, psychologist
2010...	NGO TTR (Increasing the employment of people with special needs through development of implementation of supported employment services), support person
2008–2016	NGO Hingerahu, board member
2008...	Projects and workshops („The Brain and Mystical Experience,“ „Psycho-hygiene,“ „Quizzes for Disabled People,“ „Theatre Day for People with Special Needs 2009“) at the NGO Hingerahu, coach
2005–2015	Ambulatory department of the Psychiatric Clinic of Pärnu Hospital, head of department
2005...	Rehabilitation unit of the Psychiatric Clinic of Pärnu Hospital, psychologist
2004–2005	Rehabilitation unit of the Psychiatric Clinic of Pärnu Hospital, assistant manager

Recognition awards

2022	Indrek Linnuste – the best social worker of the year, elected by the Conference of Towns and Municipalities of Pärnu County
2022	NGO Amanita – the nominee of the Best Non-Governmental Organisation in Pärnu County
2019	Solve et Coagula – the Best Social Enterprise in Pärnu County
2013	NGO Hingerahu – won the scholarship of Olympic Casino and Network of Social Enterprises SEV

DISSERTATIONES THEOLOGIAE UNIVERSITATIS TARTUENSIS

1. **Tarmo Kulmar.** Die Theologie der Kraft-, Götter- und Seelenvorstellungen der ältesten Schicht der estnischen Urreligion. Tartu, 1994, Autorreferat, 45 S.
2. **Toomas Paul.** Die Geschichte der estnischen Bibelübersetzung, I Teil (XVI–XIX Jahrhundert). Tartu, 1994, Autorreferat, 27 S.
3. **Kalle Kasemaa.** Semitistik ja poeetikat. Tartu, 1997, 131 lk.
4. **Arne Hiob.** Uku Masingu religioonifilosoofia põhijooned. Tartu, 2000, 186 lk.
5. **Riho Altnurme.** Eesti Evangeeliumi Luteriusu Kirik ja Nõukogude riik 1944–1949. Tartu, 2000, 326 lk.
6. **Pille Valk.** Eesti kooli religiooniõpetuse kontseptsioon. Tartu, 2003, 209 lk.
7. **Peeter Roosimaa.** Uue Testamendi eestikeelsetest tõlgetest ja tõlkimist toetavast eksegeesist. Tartu, 2004, 242 lk.
8. **Einike Pilli.** Terviklik elukestva õppe kontseptsioon Eesti protestantlike koguduste kontekstis. Tartu, 2005, 265 lk.
9. **Lea Altnurme.** Kristlusest oma usuni. Uurimus muutustest eestlaste religioossuses 20. sajandi II poolel. Tartu, 2005, 329 lk.
10. **Aira Võsa.** Johann Georg Gichtel – teosofiilise idee kandja varauusaegses Euroopas. Tartu, 2006, 311 lk.
11. **Veiko Vihuri.** Hugo Bernhard Rahamägi, Eesti Evangeelse Luterliku Kiriku teine piiskop 1934–1939. Tartu, 2007, 364 lk.
12. **Kaido Soom.** Täiskasvanute leeritöö Eesti Evangeelses Luterlikus Kirikus ja selle arengustrateegia koostamine. Tartu, 2007, 242 lk.
13. **Meelis Friedenthal.** Tallinna Linnaarhiivi *Tractatus moralis de oculo*. Tartu, 2008, 206 lk.
14. **Andrei Sõtšov.** Eesti Õigeusu Piiskopkond Nõukogude religioonipoliitika mõjuväljas 1954–1964. Tartu, 2008, 208 lk.
15. **Jaan Lahe.** Gnosis und Judentum. Alttestamentliche und jüdische Motive in der gnostischen Literatur und das Ursprungsproblem der Gnosis. Tartu, 2009, 412 S.
16. **Roland Karo.** Eros & Mysticism. Are Mystical States of Consciousness Evolutionary Byproducts of Sexual Response? Tartu, 2009, 237 p.
17. **Olga Schihalejev.** Estonian young people, religion and religious diversity: personal views and the role of the school. Tartu, 2009, 256 p.
18. **Ingmar Kurg.** Oikumeenilise evangelisatsiooni perspektiiv Euroopa kontekstis: missioloogiline ja religioonisotsioloogiline uurimus. Tartu, 2010, 354 lk.
19. **Peeter Espak.** The God Enki in Sumerian Royal Ideology and Mythology. Tartu, 2010, 284 p.
20. **Piret Lotman.** Heinrich Stahli pastoraalne tegevus Rootsi Läänemere provintside 17. sajandi esimesel poolel. Tartu, 2011, 180 lk.

21. **Kaarina Rein.** Arstiteadus rootsiaegses Tartu gümnaasiumis ja ülikoolis aastatel 1630–1656. Meditsiinialased disputatsioonid ja oratsioonid ning nende autorid. Tartu, 2011, 198 lk.
22. **Ain Riistan.** Ajalooline Jeesus: teaduse probleem religiooni kontekstis. Tartu, 2011, 301 lk.
23. **Ringo Ringvee.** Riik ja religioon nõukogudejärgses Eestis 1991–2008. Tartu, 2011, 234 lk.
24. **Atko Rimmel.** Religioonivastane võitlus Eesti NSV-s aastail 1957–1990. Tähtsamad institutsioonid ja nende tegevus. Tartu, 2011, 324 lk.
25. **Anu Põldsam.** Lazar Gulkowitsch – eine vergessene Stimme der Wissenschaft des Judentums. Tartu, 2011, 293 S.
26. **Priit Rohtmets.** Teoloogilised voolud Eesti evangeeliumi Luteri usu kirikus aastatel 1917–1934. Tartu, 2012, 488 lk.
27. **Maire Latvala.** Koguduslik hingehoid Eesti nelja konfessiooni näitel. Tartu, 2012, 309 lk.
28. **Raul Tiganik.** Sotsiaalne kontroll ja religioon. Tartu, 2013, 232 lk.
29. **Elo Süld.** Muhammad, der Gesandte Gottes, und Paulus, der Gesandte Christi. Ein Vergleich der Berufungs- und offenbarungsgeschichtlichen Vorstellungen mit Bezug auf die islamische sowie die biblische Tradition. Tartu, 2014, 301 S.
30. **Mart Jaanson.** Nikaia-Konstantinoopoli usutunnistuse ladinakeelse normteksti grammatiline, teoloogiline ja muusikaline liigendamine. Tartu, 2014, 371 lk.
31. **Erki Lind.** The Concept of the Body in Chinese and Indian Bodily Practices: Transformation, Perspective, and Ethics. Tartu, 2015, 371 p.
32. **Marko Uibu.** Religiosity as Cultural Toolbox: A Study of Estonian New Spirituality. Tartu, 2016, 258 p.
33. **Liina Eek.** Tänapäeva eestikeelsete õigeusklike kateheesist ja uskumustest. Tartu, 2017, 246 lk.
34. **Marju Lepajõe.** Pastorid ja kirjakultuur: kristliku humanismi variatsioonidest Eesti- ja Liivimaal XVII sajandi esimesel poolel. Tartu, 2017, 330 lk.
35. **Liidia Meel.** Interdisciplinary team based pastoral care model for Estonian healthcare institutions. Tartu, 2018, 192 p.
36. **Ege Lepa.** Eesti islamikogukonna dünaamika pärast taasiseseisvumist. Tartu, 2019, 207 lk.
37. **Andreas Johandi.** The god Asar/Asalluhi in the early Mesopotamian pantheon. Tartu, 2019, 277 p.
38. **Indrek Peedu.** Positioning the Scholar: Issues of Epistemology and Methodology in the Evolutionary Study of Religion. Tartu, 2019, 247 p.
39. **Liina Kilemit.** Kristlike kogudustega liitumise põhjustest. Tartu, 2020, 186 lk.
40. **Tiina-Erika Friedenthal.** Võitlus ja väitlus teatri üle Eesti- ja Liivimaal 18. sajandi lõpus ja 19. sajandi alguses. Tartu, 2020, 472 lk.
41. **Triin Käpp.** Kristlik väärtuskasvatus kristlikes koolides ning kristlike koolide roll Eesti ühiskonnas 21. sajandi algul. Tartu, 2021, 205 lk.

42. **Silja Härm.** Eesti gümnaasiumiastme usundiõpetuse õpetajate professionaalsed valikud usundiõpetuse õpetamisel. Tartu, 2021, 183 lk.
43. **Helle Kaasik.** Sacred medicine from the forest: chemical, psychological and spiritual aspects of ayahuasca. Tartu, 2022, 170 p.
44. **Hedi Vilumaa.** Avatud sõna- ja sakramendiosadus. Ristitud laste ja noorte armulaua admissioon: kontekstid ja arusaamad Eesti luterlikus kirikus 1917–2005. Tartu, 2022, 356 p.
45. **Ahenkora Siaw Kwakye.** Transcendence, as a Theme in Theology and Technology. Tartu, 2022, 273 p.
46. **Iakov Kadochnikov.** Deification of kings in Ancient Mesopotamia. Tartu, 2023, 367 p.
47. **Helen Haas.** Alevis in Contemporary Izmir: Imaginaries, Beliefs and Practices regarding Hacı Bektaş Veli. Tartu, 2023, 227 p.
48. **Imar Y. Koutchoukali.** “Our *‘irbīt* is not like your *‘arabiyya*”. Linguistic and Socio-Political Change in Late Antique South Arabia (550 – 850 AD). Tartu, 2023, 240 p.
49. **Üllas Linder.** Adam Reinhold Schiewe. Esimese Eesti baptistikoguduse rajaja elulugu. Tartu, 2024, 228 p.
50. **Rain Soosaar.** The Process of Secularization in Rural Communes of Estonia and Latvia (1920–40). Tartu, 2024, 371 p.
51. **Indrek Pekko.** Eesti Evangeelne Luterlik Kirik aastatel 1991–2015 – muutused, identiteet ja teoloogilised hoiakud. Tartu, 2024, 214 p.