

Schnelbach Zsófia – Kiss Enikő Csilla: A Spirituális Gondozás szemlélete és alkalmazása az egészségügyi és szociális gyakorlatban

Absztrakt

Angol és német nyelvterületen egyre inkább a figyelem központjába kerül a Spiritual Care (Spirituális Gondozás) koncepciója. Jelen tanulmány célja ezen fogalom körüljárása és annak felvázolása, hogyan kapcsolható össze e szemlélet az aktív idősödés eszméjével. Cikkünk első részében azzal foglalkozunk, miként illeszkedik a Spiritual Care az egészségügyi ellátásba. Ezt a kérdést kétféle szempontból közelítjük meg: először a Spiritual Care és a spiritualitás fogalmát határozzuk meg, és ezzel összefüggésben szemléltetjük a koncepció alkalmazhatóságát a klinikai gyakorlatból vett két példa – a Breitbart-féle értelemközpontú csoportpszichoterápia és a spirituális fájdalom – rövid bemutatásának segítségével. Ebben az elméleti keretben hangsúlyos szerepet tölt be a logoterápiás szemléletmód. Majd részletesen kitérünk arra, hogy mily módon értelmezhető és valósítható meg a Spiritual Care szervezeti szinten. Ehhez kapcsolódóan röviden ismertetjük a Büssing által kidolgozott Spirituális Szükségletek Kérdőív főbb vonásait. A Spiritual Care jelentős alkalmazási területeként – indokolva a demográfiai változásokkal – az időskori ellátást emeljük ki. Cikkünk második nagy tartalmi egysége az aktív idősödés fogalmát, a spiritualitás időskorban betöltött szerepét és a spirituális gondozás időskorra vonatkozó területeit mutatja be.

Kulcsszavak: spirituális gondozás, spiritualitás, logoterápiás szemléletmód, spirituális szükségletek, aktív idősödés

Abstract

In English and German, the concept of Spiritual Care is increasingly becoming the focus of attention. The aim of this paper is to explore this concept and to outline how it can be linked to the idea of active ageing. In the first part of this article, we will look at how Spiritual Care fits into health care. We will approach this question from two perspectives: first, we will define the concept of Spiritual Care and spirituality and, in this context, illustrate the applicability of the concept by briefly presenting two examples from clinical practice: Breitbart's meaning-centred group psychotherapy and spiritual pain. In this theoretical framework, the logotherapeutic approach plays a prominent role. The ways in which Spiritual Care can be understood and implemented at the organisational level will be discussed in detail. In this context, the main features of the Spiritual Needs Questionnaire developed by Büssing will be briefly described. We highlight elderly care as an important field of application of Spiritual Care, justified by demographic changes. The second major content unit of our article introduces the concept of active ageing, the role of spirituality in old age and the areas of spiritual care in old age.

Keywords: Spiritual Care, spirituality, logotherapeutic approach, spiritual needs, active ageing

I. Spirituális Gondozás (Spiritual Care) és spiritualitás

I.1. A Spirituális Gondozás és a spiritualitás fogalmainak meghatározása

A Zürichi Egyetem teológus professzora, Simon Peng-Keller (2019:15) úgy definiálja a Spiritual Care fogalmát, mint „a spiritualitás dimenziójának tudatos bevonását az egészségügyi ellátásba”. A Spiritual Care, mint az egészségügyi ellátást meghatározó tényezők egyikének megjelenése, szorosan összekapcsolódik az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 37. világkongresszusán, 1984-ben elfogadott WHA37.13 számú határozatával (Peng-Keller, 2019). Ez a dokumentum a spiritualitást az élet egy meghatározó komponenseként ismeri el, és – figyelembe véve az adott állam szociokulturális mintázatait – ajánlja ezen dimenzió beépítését az egészségügyi hálózatba (WHO, 1984). Peng-Kellerrel (2019) együtt fontos rámutatni arra, hogy a határozat a nemzetek egészségügyére nézve nem kötelező jellegű: a dokumentum hangsúlyozza a spiritualitás társadalmi és individuális jelentőségét az élettervezés és -alakítás összefüggésében, de nem rendeli el, hanem ösztönzi annak az egészségügyi rendszerbe való integrálását.

A Spiritual Care meghatározásával foglalkozó tanulmányában Peng-Keller (2019) kitér a koncepció genezisére, és ebben az összefüggésben rámutat arra, hogy számos, a Spiritual Care fogalmát magyarázó megközelítés merít a Viktor Frankl által megalkotott egzisztenciaanalízis és logoterápia gondolatrendszeréből. A szerző áttekintése nemcsak a tartalmi elemekre terjed ki, hanem arra a nyelvi tényre is felhívja a figyelmet, hogy a frankli látásmód egyik alappillére a képező fogalom, a szellemi dimenzió (geistige Dimension) szakszó lefordítása az angol nyelvben a spirituális dimenzió (spiritual dimension) kifejezéssel történik. Frankl érték- és értelemközpontú szemlélete cikkünkben is jelentős szerepet tölt be, mind a spiritualitás fogalmának definiálásakor, mind pedig annak körvonalazásában, hogyan válhatott és válhat ma is a spiritualitás a modern kori testi és lelki gyógyítás alkotóelemévé. A svájci logoterapeuta, Tamara Steiner (2013) a spiritualitást a logoterápia kontextusában bemutató értekezésében a következőkben látja a két minőség elemi összetartozását: Frankl szerint létünket nem csak testi és pszichikai élményeink és észleléseink határozzák meg, hanem egy harmadik, a szellemi dimenzió is szerves része a megélésnek. Szellemi létünk értékmegvalósításra és értelemtalálásra ösztönöz minket. Az értelemmegélésre irányuló szükségletünket akkor éljük meg különös radikalitással, amikor egy megváltoztathatatlan és szenvedéssel járó életeseménnyel és helyzettel szembesülünk. A szellemi dimenzió képessé teszi az embert arra, hogy a fájdalmas megküzdés folyamataiban állást tudjon foglalni a tragikus sorssal szemben, ezáltal önmagát szabadként élve meg. A Spiritual Care¹ kifejezés legtalálékosabban mint a spirituális szükségletekről való gondoskodás fordítható le.

Azonban miként határozható meg a spiritualitás fogalma? Az Európai Palliatív Szövetség egy egységes definíció megalkotását tűzte ki célul. A fogalom kidolgozását bemutató tanulmány szerzői, Nolan, Saltmarsh és Leget (2011), ezt azzal indokolják, hogy az Egészségügyi Világszervezet 2002-ben pontosan leírta a palliatív gondozás (Palliative Care) célját és feladatait, hangsúlyozva ezen ellátási forma elemi fontosságát. Ennek értelmében a palliatív gondozás nemcsak a testi fájdalom enyhítését, hanem a pszichés, szociális és spirituális támogatás

¹ A Spiritual Care mint szemlélet a biopszichoszociális megközelítésű ellátási, gondozási tevékenységen túl a személy spirituális igényeinek jelenlétére és szükségleteinek kielégítésére hívja fel a figyelmet.

szükségességét is felöleli. A szerzők rámutatnak arra, hogy a klinikai gyakorlatban nem egyértelmű az, mi is valójában a spiritualitás, és mely szakmai csoport feladata a spirituális gondozás. Ahhoz, hogy a palliatív és spirituális ellátás eszméjét még hatékonyabban lehessen megvalósítani, az Európai Palliatív Szövetség következőképp határozta meg a spiritualitás fogalmát Nolan és mtsai, 2011:88):

„A spiritualitás az emberi lét dinamikus alkotóeleme, mely magában foglalja azt, hogyan éljük meg, fejezzük ki vagy keressük (egyéniileg vagy a közösség tagjaként) az értelmet, a rendeltetést és az érzékfeletti valóságot, illetve, hogyan viszonyulunk az „itt és most” -hoz, önmagunkhoz, embertársunkhoz, a természethez, a jelentőségteljeshez és/vagy a természetfelettihez.”

A fogalomalkotók hangsúlyozzák, hogy a spiritualitás – multidimenzionális természete miatt – nehezen definiálható kifejezés. Ebből következően a spiritualitás jelenségének leírására további gondolatok fogalmazódtak meg, melyek a spiritualitás három jelentős területét ölelik fel (Nolan és mtsai, 2011:88):

- „egzisztenciális kérdéseket, melyek vonatkozhatnak az identitásra, az értelemre, a szenvedésre és halálra, a bűnre és szégyenre, a megbékélésre és megbocsátásra, a szabadságra és felelősségre, a reményre és kételyre, valamint a szeretetre és örömrre;
- értékalapú meggyőződéseket és beállítódásokat, melyek magukba foglalják azokat a minőségeket, melyek mindenki számára fontosak: önmagunkhoz való viszonyt, családdal és barátokkal való kapcsolatot, munkához való viszonyt, a természethez, művészethez és kultúrához fűződő viszonyt, etikát és erkölcsöt, az életet magát;
- vallási meggyőződést (hitéletet, Istennel való kapcsolatot, végességhez való viszonyt).”

Nem kerülheti el figyelmünket ezen gondolatok tartalmi és szemantikai hasonlósága azzal, amit fentebb Steiner fogalmaz meg a spiritualitás és logoterápia szerves összetartozására vonatkozóan. Viktor Frankl (1982) az embert egy szobrászhoz hasonlítja, aki a nyers kőből az alkotói folyamat során alakot formál. Ugyanígy dolgozza fel az ember az élményeket és eseményeket, melyeket a sors hoz elébe. Az élet, mint megmunkálatlan anyag adatott nekünk, előre nem látva azt, mit rejt számunkra. Frankl (1982) szerint többféle módon viszonyulhatunk azokhoz az élet-tényezőkhöz, melyeket mi lelünk fel környezetünkben, és melyek – olykor fájdalmas módon – minket találnak meg: hol képesek vagyunk magunk értéket létrehozni, hol maradandó vagy a mindennapokban erőt adó élményeket élünk meg, hol pedig szenvedünk. Ebben a gondolatban benne foglaltatik az a három érték kategória, melyek által az ember képes az értékmegvalósításra és értelemmegélésre. Ezek az egzisztenciális jelentőséggel bíró mozzanatok mindenki által megélhető cselekedeteket, élményeket és beállítódásokat ölelnek fel, mint például a bármely munkában, tevékenységben való kiteljesedés érzését, valamely érték létrehozását (*teremtő értékek*), illetve valamely alkotás vagy a természet élvezetét, valamint a szeretet megtapasztalását (*élmény-értékek*). A harmadik érték kategória abban különbözik az előzőektől, hogy az értelemmegélés éppen abban a beállítódásban valósul meg, melyet egy számunkra fontos érték elvesztésekor tanúsítunk (*viszonyulási érték*). Egy ilyen határhelyzetben arra a kérdésre keresünk és adunk választ a szenvedéssel járó megküzdés során, hogy hogyan viszonyulunk a megmáshíthatatlan sorshoz, a veszteséghez, az életben rejlő lehetőségek beszűküléséhez (Frankl, 1982; Längle, 2011). A megváltoztathatatlan sors mint feladat tárul elénk. Frankl (1982) abban látja

szabadságunk és az étellel, valamint önmagunkkal szembeni felelősségünk megvalósítását, hogy még egy fájdalmas életesemény megélésakor is képesek vagyunk értéket teremteni és az élet értelmességében hinni. Az így megélt sors elhomályosítja a megkeseredés és kiüresedés érzését.

Az evangélikus lelkész, Corinna Schmohl (2015) szerint az amerikai pszichiáter, William Breitbart által kidolgozott és a pszichoonkológia területén alkalmazott értelemközpontú pszichoterápia példát mutat arra, hogyan jelenik meg a logoterápiás szemléletmód a spirituális gondozás gyakorlatában. Egy 2002-ben megjelent tanulmányban Breitbart rámutat arra, hogy az Egyesült Államokban a spiritualitást érintő kérdések egyre inkább részévé válnak a rákos megbetegedésben szenvedők palliatív ellátásának. Továbbá kiemeli, hogy ezen témák – az értelemérzés, a béke és remény érzésének megélése határhelyzetekben – mind a páciensek, mind pedig az őket gondozó egészségügyi személyzet számára fontosak: a betegség által radikálisan megváltozott élet újraértelmezéséhez és megértéséhez, valamint a végességgel való szembenézéshez támogatásra lehet szükség. Ezen tapasztalatból kiindulva és a logoterápia gondolatvilágára alapozva született meg az értelemközpontú pszichoterápia, mely egy nyolchetes, különböző témákat felölelő csoportterápiás intervenciót foglal magában (Breitbart, 2002; Breitbart és mtsai, 2010; Greenstein és Breitbart, 2000). A logoterápiás szemléletmód olyannyira áthatja a terápiás koncepciót, hogy a résztvevőket az első ülés előtt arra bátorítják, olvassák el Frankl egy-egy művét (Greenstein és Breitbart, 2000). A terápiás csoport az arra kiképzett terapeuta segítségével a heti egyszeri, 90 perces ülések mindegyikén egy konkrét témát jár körül. Így például az első találkozáskor az értelmességérzés jelentőségéről és az értelmességérzés forrásairól beszélgetnek a csoporttagok (Breitbart, 2002; Breitbart és mtsai, 2010). A terápiás beavatkozás fontos összetevője annak a szemléletmódnak a közvetítése és megélése, hogy az értelmességérzés megtapasztalásának lehetősége minden nap, minden egyes momentumában ott rejlik. Emellett természetesen a terápiás foglalkozás fontos célja az érzelmem alapú megküzdés elősegítése: a végesség félelmetességének enyhítése úgy, hogy a csoporttagok megpróbálnak a szenvedésre és elmúlásra mint az élet természetes velejárójára tekinteni, és tudatosítják magukban, hogy haláluk után is a továbbmenő élet részesei lesznek például az által, ahogyan mások emlékeznek rájuk (Greenstein és Breitbart, 2000). Ezen beállítódás formálódik többek között a harmadik és az ötödik foglalkozás során, melyeken a csoporttagok azokra a kérdésekre keresik a választ, hogy mely meghatározó tapasztalatok által lettek azzá, akik, és hogy miként szeretnének mások emlékezetében megmaradni (Breitbart és mtsai, 2010).

Az értelemközpontú pszichoterápia rövid bemutatása mellett érintőlegesen tárgyalunk egy további komplex fogalmat, mely központi jelentőséggel bír a spirituális gondozás területén, s melynek definiálásához szintén felhasználható a logoterápia gondolatrendszere: a spirituális fájdalom egy interdiszciplináris keretbe helyezhető fogalom, hiszen értelmezése mind teológiai, mind pedig pszichológiai és orvostani megközelítéseket egyesít magában. Peng-Keller (2017) részletesen foglalkozik e fogalom meghatározásával, és ezáltal annak más rokon kifejezésektől (pl. lelki fájdalom) való elhatárolásával. A szakszót a szerző egy esetbemutatás segítségével definiálja, melyet a Tübingeni Gyermekklinika onkológus szakorvosa, Dietrich Niethammer (2014) jegyzett fel, s melyet röviden összefoglalva cikkünkben is bemutatunk.

Urselnél már csecsemőkorban neuroblasztómát diagnosztizáltak. A sikeres kezelést és egy hosszabb tünetmentes időszakot követően a kislány állapota jelentősen romlott, és világossá vált, hogy az orvosi terápia minden lehetőségét kimerítették és gyógyulásra nincs remény. A

családdal, mely mélyen hívő, nyíltan lehet beszélni erről. A kilencéves Ursel mindenkit meglepő lelki egyensúllyal viseli betegségét, mígnem egy nap alig csillapítható erős fájdalmakkal kerül az osztályra, melyek testi okát nem találják az orvosok. Niethammer – tovább kutatva az intenzív fájdalmat kiváltó ok után – érdeklődik a szülőknél, hogy történt-e a közelmúltban valami szokatlan. Az apa elmeséli, hogy a fájdalmak fellépése előtt egy beszélgetés során azt mondta kislányának, hogy közelgő halála Isten akarata, és ezért el kell fogadniuk azt. Niethammer nagyon meglepik ezek a szavak, hiszen tudja, milyen mély és erős a szülők szeretete Ursel iránt. Megdöbbenve kérdezi az apát, hogy kimutatta-e kislánya felé a megmásíthatatlan sors miatt érzett szörnyű fájdalmát. Az apa azt válaszolja, hogy erre képtelen, mert akkor Ursel talán elveszíti a hitét. Mivel Niethammer nem ért egyet ezzel a szemlélettel, és ezt az apával is közli, a család elhagyja a kórházat. Az anya egy hét múlva keresi fel kislányával a kezelőorvost. Ursel fájdalommentes. Az anya elmeséli, mi történt otthon: a hazautazásuk napján Ursel kiabálva szembesítette apját azzal, hogy úgy érzi, közelgő halála teljesen közömbös számára. Az apa erre sírva fakadt, átölelte kislányát, és elmondta neki, hogy elvesztése a legszörnyűbb dolog, ami történhet vele. Ezután elmúltak a fájdalmak.

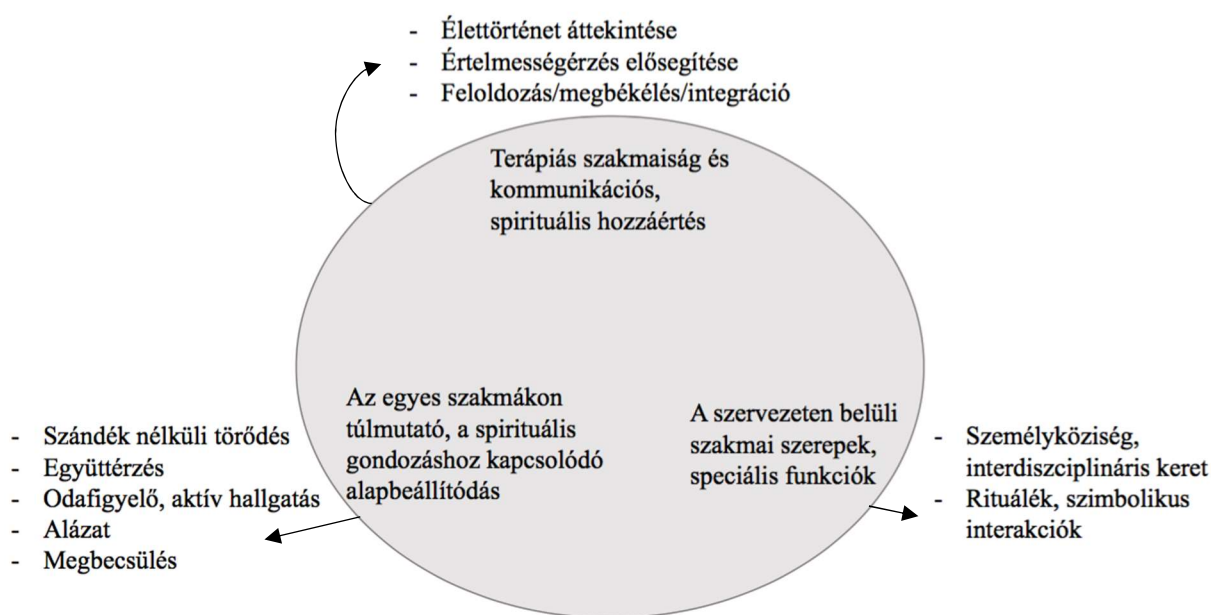
Ami itt – a logoterápia elméleti keretébe illesztve – történhetett, az egy utolsó értelem megtalálása és megélése, ami egyrészt a szeretetben mint élmény-értékben, másrészt pedig ennek a szeretetnek épp a tragikus sorsba ágyazott kifejeződésében mint viszonyulási értékben valósult meg. Hiszen az érzelmi szinten való egymásra találásban Ursel érzi, mit is jelent létezése szülei számára, és talán azt is átéli, hogy ez a létezés nem véges, mert szülei iránta érzett szeretete túlmutat a halálon. Túllépve hite racionalitásán, az apa végül képes volt vigaszt nyújtani kislányának. Peng-Keller (2017) Ursel történetén keresztül közelíti meg a spirituális fájdalom fogalmát, és mutat rá – figyelmet szentelve a kezelőorvos beállítódásának és cselekedetének – a spirituális gondozás egy fontos mozzanatára. A szerző szerint spirituális fájdalmat akkor érezhetünk, amikor azok a bizonyosságok, melyek életünknek eddig irányt mutattak és biztonságot adtak, egy tragikus esemény vagy sors által fenyegetve vannak. Az, amit éppen átélünk és ami éppen velünk történik, érthetetlen számunkra, és az értelmetlenség érzése testi fájdalomban, illetve a már létező fájdalom felerősödésében is megmutatkozik. Peng-Keller értelmezésében Ursel számára feltehetőleg megragadhatatlan volt az apa válasza, melyet a megmásíthatatlan sorsra adott. Milyen Isten az, aki egy gyermek halálát akarja? És hogyan tudja apja ezt az akaratot ilyen távolságtartóan elfogadni? A kezelőorvos érzi az ellentmondást, mely az apa kislánya felé érzett mély szeretete és értelmezésének racionalitása között feszül. Nem siklik el ezen megérzés fölött, hanem biztatja az apát érzelmei kifejezésére, ezáltal katalizátorként működve a feszültség feloldásában. Peng-Keller a kezelőorvos ezen beállítódásában – a páciens spirituális szükségletei iránt való fogékonyságban – látja a spirituális gondozás egy fontos elemét. Esszéjében maga Niethammer (2014) is az egészséges gondozás jelentőségére mutat rá. A gyermekonkológus szakmai csoportjával egy olyan kezelési elvet követett, melyben a szigorú értelemben vett orvosi ellátás és a páciensekről, valamint közeli hozzátartozóikról való pszichoszociális gondozás egyenrangú szerepet tölt be. Utóbbit Niethammer is mint egyfajta beállítódást írja le, mely a szakmai tudás mellett mutatkozik meg, és melynek központi alkotóelemei az együttérzés és őszinteség. Ezzel összhangban van a palliatív szakorvos Gian Domenico Borasio (2011) véleménye, mely szerint a páciensek az őket foglalkoztató egzisztenciális kérdéseket és az ezzel kapcsolatos érzéseket sokszor nem tudatosan, hanem csak futólag említve, félmondatokban, indirekt módon fejezik ki, és mely szerint a spirituális szükségletek kinyilvánítása

nemcsak egyetlen szakmacsoport, hanem a gondozói személyzet minden tagja felé irányulhat. Ez a gondolat átvezet egy következő fontos kérdés tárgyalásához: Hogyan értelmezhető és valósítható meg a spirituális gondozás szervezeti szinten?

I.2. A Spirituális Gondozás intézményi szintű megvalósítása

A spirituális gondozás témájához kapcsolódó szakirodalom áttekintésekor feltűnik, hogy számos szerző kiemeli azt a nehézséget, melybe a spirituális gondozás szervezeti szinten való megvalósítása ütközik. Hiszen nem kerülheti el figyelmünket az a gazdasági kényszer, melynek hatása alatt a kórházak ma működnek. Ezzel összefüggésben több szerző is hangsúlyozza, hogy a spirituális gondozás gyakorlatba való átültetése nem egy személy vagy egyetlen szakmacsoport feladata. Sokkal inkább jelenti egy szellemiség kialakítását, egy beállítódás elsajátítását, mely nemcsak a páciensek spirituális szükségleteire való fogékonyságot öleli fel, hanem a saját spiritualitás megismerését, és így – a páciensekkel való törődés mellett – az egészségügyi személyzet önmagáról való gondoskodását is magába foglalja. Így a Spiritual Care koncepciójának megvalósítása a kompetenciák kibővítését jelenti, és egy kórház minden szervezeti szintjét és egységét érinti (Gratz és Roser, 2019; Heller és Heller, 2014; Maio, 2013; Wierzbicki, 2020). Az orvosi etikával foglalkozó orvos-filozófus Giovanni Maio (2013) szerint a jelenkori egészségügyi ellátást elsősorban a gazdasági hatékonyságra való törekvés és a természettudományos szemléletmód hatja át. Ennek értelmében az egészségügyben résztvevők – szakszemélyzet és páciensek egyaránt – elemei egy rendszernek, melynek folyamatai mérhetők, ellenőrizhetők, dokumentálhatók és optimalizálhatóak. Annak a kérdésnek a feltevése, illetve az azzal való törődés, hogy egy betegség kitörése vagy egy egészségügyi krízis megélése mit vált ki az egyénben, kevésbé része az ellátásnak. Ennek megváltoztatása mellett érvel Niethammer (2014), amikor úgy fogalmaz, hogy a kezelés nem egyedül a diagnózisra irányul, hanem a beteg ember egész lényét felöleli. Ugyanakkor hangsúlyozza, hogy az egészséges gondozás megvalósítása a jelenkori egészségügyi rendszerben, mely a gazdaságosság elve szerint működik, rendkívül nehéz. A teológus professzor házaspár, Heller és Heller (2014) ezt a jelenséget a gazdasági racionalitás fogalmával írja le: a célszerűség, megtervezettség és költséghatékonyság elve az egészségügyi intézmények minden strukturális szintjén domináns szerepet tölt be, mely által az egészségügyi dolgozók egyre növekvő nyomás alatt dolgoznak. Ebből adódóan egyre kevesebb idő jut a pácienssel való kapcsolat kialakítására és fenntartására. A szervezeti etika és az ápolástudomány területén is kutató szerzőpáros rávilágít arra, hogy a spirituális gondozás túlmutat a lelkipogozás mint szakma határain. Azt, hogy miként is értelmezhető a spirituális gondozás szervezeti szinten és mely kompetenciákat öleli fel ez a gondozási forma, az 1. ábra szemlélteti:

Kinek a feladatkörébe tartozik a spirituális gondozás megvalósítása?



1. ábra. A spirituális gondozás szintjei és az azokhoz kapcsolódó kompetenciaterületek (Heller és Heller, 2014)

Heller és Heller ábrája a következőképpen értelmezhető: Ha a Spiritual Care koncepciója egy egészségügyi szervezet részévé válik, akkor a legfontosabb feladatok egyike egy alapbeállítódás kialakítása, mely túlmutat az egyes szakmákon, és magában foglalja a másik ember maga valójában való tiszteletét és elfogadását. A gondozottat ezáltal nem csupán a beteg szerepében, hanem személyisége teljességében látjuk. Ebben a kontextusban fontos megemlíteni a pszichiáter szakorvos és pszichoanalitikus Eckhard Frick (2012) esszéjét, melyben a szerző a spirituális gondozás legelemibb minőségeit foglalja össze. A másik emberrel való szándék nélküli törődés – mint a Spiritual Care eszméjéhez kapcsolódó alapbeállítódás szerves összetevője – a hitelesség, sokszínűség és diskurzuskészség minőségeiben jelenik meg. A spiritualitás szakszó e cikkben bemutatott értelmezésének megfelelően ez a három minőség arra utal, hogy a spirituális gondozásban az egzisztenciális kérdésekre való teljes körű nyitottság valósul meg, függetlenül a vallási hovatartozástól. A bármely vallási formát nélkülöző egzisztenciális útkeresés ugyanúgy része a spirituális gondozásnak, mint a különböző hiteket érintő remények és kételemek kifejezése, a hadakozás és a panasz kinyilvánítása. Heller és Heller (2014) szerint ez a „lebegő nyitottság” és szándék nélküli törődés fontos alkotóeleme az egyes szakmákon túlmutató spirituális gondozáshoz kapcsolódó alapbeállítódásnak. Az együttérzés, az odafigyelő, aktív hallgatás, az alázat és a megbecsülés további összetevői ennek az attitűdnek, mely Heller és Heller modelljében a spirituális gondozás általános szintjét képezi. A következő kompetenciaterületet (terápiás szakmaiság, kommunikációs és spirituális hozzáértés) két kategória alkotja, melyek a különböző professziókat ölelik fel. Az első kategória a lelkigondozást mint hivatást foglalja magában. Heller és Heller szerint itt elsősorban a rituáléknak van fontos szerepük, hiszen ezen szimbolikus cselekedetek – mint például egy búcsú rituálé – segítségével kifejezésre juthatnak a fájdalmas érzések, és lezárulhat egy kritikus élethelyzet bizonyos szakasza.

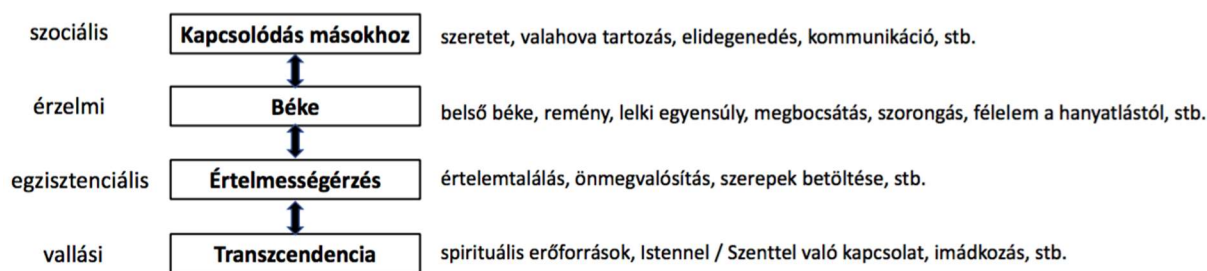
Ebbe a gondolati keretbe illeszthető a holland pszichológusnő, Ruthmarijke Smeding klinikai gyakorlatban elismert gyászmodellje. Smeding (2014a) a gyászfolyamat jellegzetességeit szimbolikus nyelven, természeti jelenségek segítségével ragadja meg. Nem fázisokról vagy megoldandó feladatokról beszél, hanem a veszteség által kiváltott érzelmeket és az utat, melyet a gyászoló bejár, hullámozó mozgáshoz hasonlítja, és az apály és dagály jelenségeivel írja le. Ugyan a gyászfolyamat során érzelmeink egyre stabilabbá válnak, mindig előlthet bennünket a fájdalom, mely azonban a folyamat előrehaladtával enyhébb intenzitású és rövidebb ideig tart. A gyászfolyamat első idejében – így Smeding (2014b) – mint egy hajó haladunk át a zsilipen. A zsilip kinyílása a halálos diagnózis közléséhez vagy a halál beálltához köthető. A zsilip a temetéssel zárul be. A zsilip-időn túli folyamatra nézve nagy jelentőséggel bír az, hogy a hozzátartozók mit élnek át ebben az időszakban. Ezért Smeding kiemeli a klinikai lelkipozás és a rituálék jelentőségét ebben a kezdeti megrázó időszakban.

Tovább követe Heller és Heller gondolatmenetét, a terápiás szakmaiság, kommunikációs és spirituális hozzáértés kompetenciaterületén a második kategóriába egyrészt az egészségügyi szakmák azon képviselői tartoznak, akik valamely témakörben, melynek spirituális vonatkozása is van, tovább képezik magukat és ismereteiket a gyakorlatban is felhasználják. Másrészt ide tartozik a tradicionális orvoslást kiegészítő alternatív gyógymódokat, mint például a jógát alkalmazó szakemberek csoportja. A harmadik átfogó kompetenciaterület a szervezeti szint. Olyan kérdések megválaszolása tartozik ide, hogy miként lesz része a spirituális gondozás a szervezet arculatának, miként hatja át annak működését, kinek a feladatkörébe tartozik a fentebb említett alapbeállítódás kialakítása és a spirituális viszonyulások megszervezése.

A kórházi lelkipozó, Doris Wierzbicki (2020) ezt a folyamatot mutatja be a linzi Diakoniszsa Kórház példáján, melynek fenntartója a Gallneukircheni Evangélikus Diakóniai Központ. Wierzbicki szerint a klinika hitvallása és az ápolási alapelvek, melyek középpontjában olyan értékek állnak, mint az empátia, kommunikáció, együttműködés és kölcsönös megbecsülés, kedvező feltételeket biztosítottak a spirituális gondozás intézményi szintű megvalósítására. A spirituális gondozás szervezeti integrációja azonban nem csak ez okból, hanem épp a klinika hitvallása és a kórház hétköznapi között érzékelt ellentmondás miatt vált jelentőssé. A dolgozói elégedettség mérésekor kiderült, hogy a munkavállalók a kommunikáció, a kölcsönös megbecsülés, a bizalom és tehermentesítés területein változást igényelnek. Mindemellett megmutatkozott az egészségügyi személyzet azon szándéka, hogy a fizikai ellátáson túl kapcsolati szinten is képesek legyenek a gondozottaknak olyasvalamit nyújtani, ami elősegíti a gyógyulást. Így célként fogalmazódott meg egy olyan szemlélet és alapbeállítódás kialakítása, melyen keresztül az egészségügyi személyzet a páciensek spirituális szükségleteit is érzékeli. E folyamat elméleti háttéréként Wierzbicki (2020) a szakirodalom alapján azonosította azon kompetenciákat, melyek fejlesztése fontos az említett beállítódás kiépítésében. A szerzőnő a következő báziskompetenciákat különbözteti meg: empátia, az egyéni különbségek, a sokszínűség elfogadása, megbecsülés, az élet végességének elfogadása, tudatos jelenlét, kommunikáció, alázat, szándéknélküliség, közelség és távolság illetve gondoskodás és elengedés egyensúlya, a saját spiritualitás megismerése, aktív, odafigyelő hallgatás, bizalom, hitelesség és őszinteség a távolságtartás helyett. A továbbképzési terv alapját képezik a fókusznapok, melyeken a résztvevők a felsorolt báziskompetenciákat értékelik arra vonatkozóan, mennyire fontosak azok a mindennapi munkavégzésben. Ebben a folyamatban a kórházi dolgozók fogékonyabbá válnak a másik ember egészes észlelésére, és az önmagukról való gondoskodás jelentősége is

tudatosabbá válik számukra. Wierzbicki továbbá hangsúlyozza, hogy a kompetenciabővítés folyamatának elengedhetetlen alkotóeleme a rendszeres értékelés, mely visszajelzést ad arról, hogy a résztvevők milyen mértékű változást érzékelnek a fentebb említett tényezők összefüggésében (pl. megbecsülés, kapcsolati szinten való gondoskodás). A munkavállalói elégedettség növekedése pedig a klinikai vezetés számára is fontos indikátor lehet arra vonatkozóan, mennyire lényeges a spirituális gondozás szervezeti szintű megvalósítása.

A cikkünkben eddig említett szerzők egybehangzóan rámutatnak arra, hogy a spirituális gondozás mindenekelőtt egy meghatározott alapbeállítódás elfogadását és elsajátítását, valamint egy bizonyos szellemiség megélését jelenti. A klinikai gyakorlatban mindemellett fontos szerepet tölthet be a Büssing (Büssing, Balzat és Heusser, 2010) által kidolgozott Spirituális Szükségletek Kérdőív (*Spiritual Needs Questionnaire*). A mérőeszköz elméleti háttereként Büssing és Koenig (2010) a másokhoz való kapcsolódás, a béke, az értelmességérzés és a transzcendencia négy egymással szoros kapcsolatban álló dimenzióját különbözteti meg, melyek további négy (szociális, érzelmi, egzisztenciális és vallási) alapkategóriával hozhatók összefüggésbe. Ezen alapidimenziókat és -kategóriákat, valamint a hozzájuk fűződő minőségeket foglalja össze a 2. ábra:



2. ábra. A spirituális szükségletek modellje (Büssing és Koenig, 2010)

Későbbi publikációkban, melyek a Spirituális Szükségletek Kérdőív klinikai és kutatási célra való alkalmazásával foglalkoznak, a szerzők a fenti ábra tartalmát Alderfer létezés-kapcsolat-fejlődés elméletével is összekapcsolják (Büssing és mtsai, 2018; Erichsen és Büssing, 2013). Alderfer (1972) a humán szükségleteket három alapkategóriába sorolja: az egzisztenciális igények az anyagi és fiziológiás szükségleteket foglalják magukban, míg a második kategóriát a valamihez, valakihez való tartozás vágya alkotja. A fejlődés igénye arra vonatkozik, hogy az egyén képes kreatív módon önmaga megvalósítására. Az ezen elméleti alapra támaszkodó Spirituális Szükségletek Kérdőív validitásának vizsgálata német nyelvterületen először két pácienscsoport (krónikus fájdalomban szenvedők és rákos betegek) bevonásával történt (Büssing, Balzat és Heusser, 2010). A négyfaktoros struktúrájú kérdőív 19 itemből áll. A mérőeszköz dimenziói levezethetők a 2. ábrán bemutatott spirituális szükséglet-modellből: a vallási szükségletek (*religious needs*) dimenziója olyan tételeket foglal magában, mint például a valakiért vagy a valakivel való imádkozás fontossága, a vallási szertartáson való részvétel jelentősége, a vallásos vagy spirituális tartalmú irodalom olvasása, valamint a magasabb rendű létezőhöz való odafordulás. Az egzisztenciális szükségletek (*existential needs*) skálája megmutatja, milyen mértékben foglalkozik az egyén eddigi életével, milyen intenzitással érzi az élet adta lehetőségek elhomályosodását, és hogy mennyire fontos számára az, hogy az élet értelmével, a szenvedéssel, valamint a halál utáni lét lehetőségével kapcsolatos gondolatait és érzéseit megossza valakivel. A belső béke (*inner peace*) dimenziójába tartozik többek között a nyugalom utáni

vágy, a természet szépségeiben való elmerülés vágya, valamint a félelmek és aggodalmak valakivel való megosztásának igénye. A generativitás (*giving/generativity*) igénye olyan elemekből tevődik össze, mint a vigasztalás szándéka, az élettapasztalatok továbbadásának vágya és az arról való meggyőződés igénye, hogy a megélt élet értékes és értelemtel volt (Büssing, n. d.; Büssing, Balzat és Heusser, 2010; Büssing és mtsai, 2018; Erichsen és Büssing, 2013). A Spirituális Szükségletek Kérdőívnek számos adaptációja létezik: többek között lengyel (Büssing, Pilchhowska és Surzykiewicz, 2014), perzsa (Moeini és mtsai, 2018), litván (Rik-Likienė és mtsai, 2019), dán (Stripp és mtsai, 2022), brazil portugál (Valente és mtsai, 2018) és kínai nyelven (Zhao és mtsai, 2019). Erichsen és Büssing (2013) német nyelvterületen a kérdőív segítségével olyan időskorúak pszichoszociális és spirituális szükségleteit vizsgálta, akik időskorban élnek.

Ez a nézőpont elvezet bennünket cikkünk másik központi témájához, a spirituális gondozás szerepéhez az aktív idősödés folyamatában. Az idősödő társadalmaknak a demográfiai eltolódás következtében egyre inkább szembe kell nézniük azokkal a kérdésekkel és problémákkal, melyek az idősök megfelelő ellátását, illetve az idősödő korosztály közpolitikai szempontból is jelentős társadalmi aktivitásának elősegítését érintik. A magyar társadalomra vonatkozóan Farkas, Gyarmati és Molnár 2009-ben megjelent tanulmánya mutat rá ezekre az összefüggésekre, és hangsúlyozza az aktív idősödés koncepciójának lényegességét a gazdasági és szociálpolitikai kihívásokkal való megküzdésben. A szerzők kiemelik, hogy az idősödő korosztály aktivitásának fenntartása nagy mértékben függ az egészségügyi állapottól, az életminőségtől, illetve a tartalmas élet érzésének meglététől. A cikkünkben már említett egészséges gondozás, melynek a spirituális szükségletek is részesei, rendkívül fontos szerepet tölthet be az említett minőségek megfelelő szintű kialakításában. Ezt támasztja alá Skrabski és munkatársainak (2005) kutatása, melyben a magyar népességet reprezentáló mintát a Rahe-féle Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskálájával is vizsgálták olyan tényezők összefüggésében, mint a demográfiai és egészségügyi mutatók, valamint a megküzdésre vonatkozó adatok. Az élet értelmességének érzése a spiritualitás egy komponense, mely a szerzők kutatási eredményei alapján az egészségügyi állapothoz kapcsolódóan szalutogén faktorként határozható meg: a vizsgálatban szoros összefüggést találtak az élet értelmességének megélt szintje és számos más szignifikáns pszichológiai tényező, mint az észlelt egészség és jóllét, a depresszió szubjektív hiánya, valamint az énhatékonyság, a szociális támogatás magas foka és a problémaközpontú megküzdés között. Az idősödő társadalmakban egzisztenciális jelentőségüként merül fel továbbá az idősök ellátásának kérdése. Kutatási eredményeik alapján Erichsen és Büssing (2013) hangsúlyozzák a spirituális szükségletek észlelésének fontosságát az idősotthoni ellátásban. Az általuk megkérdezett lakók körében elsősorban a belső béke és a generativitás skáláihoz tartozó szükségletek voltak meghatározóak. Ugyanakkor az idősök többsége félelmét fejezte ki azzal kapcsolatban, hogy saját problémáik terhet jelentenek hozzátartozóik számára.

A továbbiakban részletesebben tárgyaljuk az aktív idősödés koncepcióját és a spirituális gondozás idős korban betöltött szerepét.

II. Spirituális Gondozás és idősödés

A népesség idősödése hosszú távú gazdasági, társadalmi és demográfiai változásokkal jár, mely téma az utóbbi évtizedekben több nemzetközi és hazai szervezet figyelmét is felkeltette. Többek között az ENSZ 2019-es kiadványában közzétette, hogy 2050-re Európában minden negyedik személy 65 éves vagy e feletti lesz. Az EU Tanácsa szerint (2021) 2060-ra az átlagos várható élettartam – az EU tagállamok közötti kisebb eltérésekkel – 8,5 évvel lesz magasabb a férfiak (84,5 év) és 6,9 évvel a nők (89 év) esetében, ami figyelemre méltó változást jelent a várható egészséges élettartamot illetően. Mindezek hatására az ENSZ a 2021–2030-as időszakot az egészséges idősor évtizedének nyilvánította, melyben alapvető feladatként merült fel az idősödés szempontjának erőteljesebb általános érvényesítése (EU Tanácsa, 2021).

A WHO (2002:12) definíciója szerint „az aktív idősödés a lehetőségek optimalizálásának folyamata az egészség, a részvétel és a biztonság területein az idősebb emberek életminőségének javítása érdekében”. Majd azt is kifejti (uo.), hogy „az aktív idősödés folyamatos részvétel a társadalmi, gazdasági, kulturális, spirituális és civil területeken, ami nemcsak fizikai aktivitást vagy munkaerőforrásként való jelenlétet jelent”.

A WHO alábbi modellje részletesebben is bemutatja az aktív idősödés egyes tényezőit (3. ábra). Az ábrában a kultúra és a nem az összes többi tényező szerepére hatással van, míg a további tényezők az egészséges életmód (pl. dohányzás elkerülése, egészséges étkezés), a személyes tényezők (genetika, kognitív tényezők, pszichológiai tényezők, szexuális orientáció és identitás), a fizikai környezet (pl. közlekedés, épületek, természetes környezet), a társas tényezők (pl. iskolázottság, társas támasz, egyedüllét, izoláció, önkéntesség), a gazdasági tényezők (pl. szocio-ökonómiai státusz, munkalehetőségek), és az egészséggel kapcsolatos szolgáltatások elérése (pl. életkor-barát egészségügyi gondozás, hosszú távú gondozás, ingyenes szolgáltatások, palliatív ellátás) jelentik.



3. ábra. Az aktív idősödés meghatározói (WHO, 2002)

Az időskori évek pozitív megélésének lehetőségét és annak meghatározó tényezőit a 2000-es évektől kezdődően egyre növekvő számú tudományos publikáció vizsgálta, melyben az aktív idősödés kifejezés mellett számos más alternatív kifejezés is megjelent az egyes országok szemléleti, társadalmi és kulturális különbségeinek eredményeként. A fogalmat Butler és Gleason (1985) produktív idősödésként írja le, Rowe és Kahn (1987, 1997) sikeres öregedést említ, a WHO az aktív idősödés (2002) mellett az egészséges idősödés (2015) kifejezést is használja, míg az új-zélandi Pocock és mtsai (2023) a pozitív idősödésről ír. Mindezen fogalommeghatározások lényege, hogy a korábbi, az időskor passzív, leépülést leíró szemléletével szemben az idősödést pozitív folyamatként vizsgálják, amelyben számos egyéni és társadalmi tényező játszik szerepet.

II.1. A spiritualitás szerepe időskorban

Erik Erikson az egész életutat átfogó pszichoszociális fejlődési modelljében (1950, 1968) az időskor az én-integritás lehetőségét nyújtja a kétségbeeséssel szemben, mely életszakaszban a pozitív számvetést követően az eltöltött élettel szembeni elfogadás, megelégedés jelenik meg. Az idősödés tranzitív változásaival – figyelembe véve a kritikus életesemények nézőpontját is – legújabban Szabó (2020) foglalkozik, aki élettörténeti interjúk segítségével vizsgálja egy integratív felfogás lehetőségeit. Visszatérve az Eriksoni megközelítéshez, a fenomenológiai, egzisztencialista megközelítésekben – pl. Maslow (1962, 1971) és Frankl (1946) munkásságában – nagyobb szerepet kap a transzcendens irányultság, a hit, az élet értelmének keresése, a szabadság és a felelősség kérdése.

A spiritualitás, a felsőbb szellemi erőkkkel való kapcsolat keresése és megélése nemcsak az elmúlt élet elfogadását, integrációját segítheti, hanem a halálfélelemmel kapcsolatos szorongásokat is csökkentheti, s egyben perspektívát mutathat a fizikai és a szellemi világ kapcsolódására. A spiritualitás segít jelentést és értelmet adni az életnek, támogatja az egyént az élet nehézségeivel való megküzdésben és az adaptációban.

Cikkünk első részében már tárgyaltuk a vallásosság és spiritualitás kapcsolatát. A vallás és a spiritualitás fogalmának különbségeire e ponton is kitérünk röviden. A vallás bizonyos tradicionális hiteket, gyakorlatokat, rituálékat, szimbólumokat tartalmaz, amelyek segítségével a vallásos személy kapcsolatba kerül a szenttel vagy a transzcendenssel (Istennel, vagy más vallásokban a Végső Igazsággal vagy Valósággal). A vallásos személynek van elképzelése a halál utáni létezésről, tetteire a vallási előírások hatással vannak, vallásos gyakorlatait közösségben végzi, bár egyedül is gyakorolhatja. A spiritualitást nehezebb meghatározni, mivel sokkal személyesebb, kevésbé kötődik szabályokhoz, előírásokhoz, elvárt etikai viselkedéshez, de ebben a formában is megjelenik a transzcendens kapcsolódás igénye és annak megélése (Koenig, McCulloch és Larson, 2001). A spiritualitás kifejezés ma elterjedt, általánosabb értelmében használva mindazon személyekre vonatkozhat, akik valamilyen belső, személyes kapcsolódást keresnek és hisznek valamilyen transzcendens szellemi erő létezésében (Crowther és mtsai, 2007).

A spiritualitás alapidimenzióit a szerzők négy csoportba sorolják (ld. többek között De Jager Meezenbroek és mtsai, 2012; Thauvoye és mtsai, 2018). A négy dimenzió a *Kapcsolódás a transzcendenshez*, amely transzperszonális szinten közelíti meg az egyén kapcsolódását (melyben olyan érzelmek jelennek meg, mint a remény, kétségbeesés, egy felsőbb erő transzcendens imádata); a *Kapcsolódás a self-hez*, amely intraperszonális szintű (a belső béke, harmónia,

tudatosság, autentikusság érzete); a *Kapcsolódás másokhoz* (mint az együttérzés és gondoskodás); és a *Kapcsolódás a természethez* (amiben a hála és csodálat érzései jelennek meg). Thauvoye és mtsai (2018) tanulmányukban időskorúak esetében vizsgálták ezek közül a három külső tényezőhöz kapcsolódás dimenzióját, azok megjelenését és prediktor szerepét. Az időskorúak pozitív mentális jólléte vonatkozásában két prediktor tényezőt találtak, a Kapcsolódás a transzcendenshez és a Kapcsolódás másokhoz dimenziókat. A Kapcsolódás a transzcendenshez dimenzió többek között a stresszteli eseményekkel való megküzdésben jelenthet segítséget (mint például a krónikus megbetegedés), amely során a személy határai kitágulnak, és egy magasabb erőhöz, nézőponthoz történő kapcsolódást él meg. A Kapcsolódás másokhoz dimenzió szintén képes előrejelezni a pozitív mentális jóllétet. Ennek szükséges feltétele, hogy az idős rendelkezzen számára jelentős más személyekkel, társas kapcsolatokkal. Az ilyen kapcsolatok mentesítenek a társas izolációtól, segítenek a veszteségélmények feldolgozásában, és biztosítják, hogy az idős személy valamely szociális háló részese lehessen. Összességében a vizsgálat megerősítette, hogy a spiritualitás fontos szerepet tölt be az idős kori mentális jóllétben.

Az idős kori spiritualitás hangsúlyos szerepe miatt a spirituális gondozás alapvető igényé válik az idős korúakkal való foglalkozásban. A spirituális gondozásban olyan fontos tényezők jelennek meg, mint az idős ember sérülékenységevel kapcsolatos belátás, támogató attitűd a veszteségek és a képességek hiányának elfogadásában és a remény erősítése. A spirituális gondozás továbbá támogatja az élet végső értelmének megtalálását és a meghitt kapcsolódást Istennel/transzcendenssel vagy másokkal. A spirituális gondozás az idős személlyel történő együtt-lét, a rá irányuló figyelem, értő meghallgatás és mély kapcsolódás. A gondozó részéről ehhez az szükséges, hogy saját maga egészséges spiritualitással és tudatossággal rendelkezzen (MacKinlay, 2006).

II.2. A spirituális gondozás területei idős korban

II.2.1. A spirituális gondozás szerepe az egészségügyi alapellátásban

Ahogy a korábbiakban említettük, számos tanulmány alátámasztotta a vallásosság és spiritualitás pozitív kapcsolatát az egyén általános jóllétével. Koenig (2009) tanulmányában azt az eredményt kapta, hogy a vallásosság magasabb foka alacsonyabb mértékű szorongással, depresszióval, valamint alkohol- és drogfogyasztással jár együtt. Koenig arra is felhívta a figyelmet, hogy az egészségügyben dolgozóknak támogatniuk kellene az idős betegek vallásos és kulturális, tradicionális hiedelmeit, mivel ezek segítenek a gyógyulásban, és pozitív hatással vannak a mentális egészségre és jóllétre. Levin, Larson és Puchalski (1997) vizsgálata szintén arra mutat rá, hogy a vallásosság és spiritualitás pozitív hatással van a betegséggel való megküzdésre, nagyobb az esélye az egészséges életmódot kialakító programok elfogadásának, valamint az egészséget támogató szupportív csoportokban történő részvételnek.

Coelho-Junior és mtsai (2022) szisztematikus áttekintésükben és metaanalízisükben 102 tanulmány eredményeit összegezték, amelyek a spiritualitás és a mentális egészség kérdését vizsgálták 60 év feletti idős személyek esetében. Az eredmények azt mutatták, hogy a vallásosság és spiritualitás negatív kapcsolatban áll a szorongással és depresszióval, ugyanakkor pozitív kapcsolatban van az élettel való elégedettséggel, az élet értelmességével, a társas kapcsolatokkal és a pszichológiai jóllétel. A magasabb szintű spiritualitás és intrinzik vallásosság az alacsonyabb mértékű depresszió mellett alacsonyabb mértékű halálfélelemmel is jár együtt.

A spiritualitás és az általános jóllét közötti pozitív kapcsolatot további számos tudományos publikáció vizsgálta: többek között Miller és Thoresen (2003), Moreira-Almeida, Neto és Koenig (2006), Weber és Pargament (2014), Thauvoye és mtsai (2018). Jahan és Khan (2014) azt találták, hogy a spiritualitás a mentális jóllét legerősebb prediktorának bizonyult, további tanulmányok pedig arra mutattak rá, hogy a spiritualitás a krónikus betegségekkel való megküzdésben is fontos szerepet játszik (Murray és mtsai, 2004, 2010; Shaw és mtsai, 2016).

A nyugati országokban az egészségügyi szolgáltatók és vezetők részéről sürgetően megjelenik az a felismerés és célkitűzés, hogy az egészségügyi gondozásnak „személyközpontúnak” kell lennie (McCance és mtsai, 2011; McCormac és McCance, 2010). A célkitűzés egyelőre azt az egyszerű etikai hozzáállást szeretné elismertetni, hogy a betegeket (egyedi) személyekként kell kezelni (Entwistle és Watt, 2013).

A tanulmányok emellett megerősítik, milyen fontos az egészségügyi ellátásban a spiritualitás szempontjának figyelembevétele, és a gyógyítás folyamatában az emberről alkotott holisztikus felfogás követése. Többek között McDonnell-Naughton, Gaffney és Fagan (2020) is a holisztikus egészséggondozás szerepe mellett érvelnek. Az idős betegek esetében a vallás, az értelemkeresés, a szeretet, a valahová tartozás, a halál és haldoklás kérdései alapvető szükségleteket jelentenek, amelyek az egészségügyi ellátás során is megjelennek. Az időskor további jellemzői a sérülékenység, a magány és izoláció, amelyek nemcsak a mentális jóllét problémái, de a betegségből való gyógyulás körülményeit is meghatározzák. A holisztikus szemléletű betegellátásban az egészségügyi dolgozóknak felkészültnek kell lenniük ezen szükségletek kezelésére.

II.2.2. A spirituális gondozás szerepe a szociális ellátásban

Az idősödés folyamatának számos velejárója van, ami fizikailag, lelkileg, szellemileg is hat az egyénre. Korábban említettük az aktív ageing lehetőségét, ami az életkorral járó kihívások vállalását és teljesítését jelenti, a nehézségekkel történő egyfajta reziliens megküzdést, aminek eredményeként egy optimálisan elérhető életminőség jelenik meg az egyén számára. A sikeres idősödésnek több, egyénen kívüli tényezője is van (ld. 3. ábra). A pozitív idősödés mellett az idősödés két másik formája a funkciózavarral, betegségekkel járó öregedés, illetve az ún. „szokásos öregedés”, amelyben a funkcióromlás folyamatos, ugyanakkor kifejezett patológia nem jelenik meg (BÁRDOS, 2006).

Az életkor növekedésével általában funkciócsökkenés jelenik meg az érzékszervi-kognitív működésben, alvási nehézségek jelentkezhetnek, az ingerszegény környezet a demencia kialakulásának kedvezhet.

Az időskorúaknál eljőhet az idő, amikor önálló életvitelt már nem tudnak folytatni, és idős gondozásba kerülhetnek. Az idős gondozásnak két fő formája lehet: a házigondozás, illetve az időotthonban történő elhelyezés. Mindkét gondozási formának megvannak a sajátos intervenciók lehetőségei, amelyekkel az idős személy mentális és fizikai állapotát segíteni lehet. Fontos tényező az idősök kiszolgáltatott állapotában a megfelelő segítségnyújtás (többek között a szükséges egészségügyi ellátás biztosítása), emellett a családi támogatás jelenléte.

Az idősökkel foglalkozó spirituális gondozás Meehan (2012 a, b) szerint a spirituális értékekre, az emberi méltóságra, kedvességre, együttérzésre, nyugalomra és törődésre épül. A nővérek és az intézmény munkatársai viselkedésükben ezeket az értékeket közvetítik a gondozottak felé, ami kölcsönösen visszaáramlik feléjük, és az intézmény légkörét is meghatározza.

A spirituális gondozásnak az idősök esetében kiemelten fontos szerepe van abban is, hogy az idős személy számos veszteségélményen megy keresztül (mint például a fiatalság elmúlása, az

élet lezárásával kapcsolatos gondolatok megjelenése, a barátok, hozzátartozók elvesztése, az egészségesség és fizikai erőnlét csökkenése), mely tényezőkkel szembe kell tudni néznie, megbékélnie velük. Ebben az olyan attitűdök, mint a hála, szeretet és elfogadás kulcsfontosságú tényezők lehetnek.

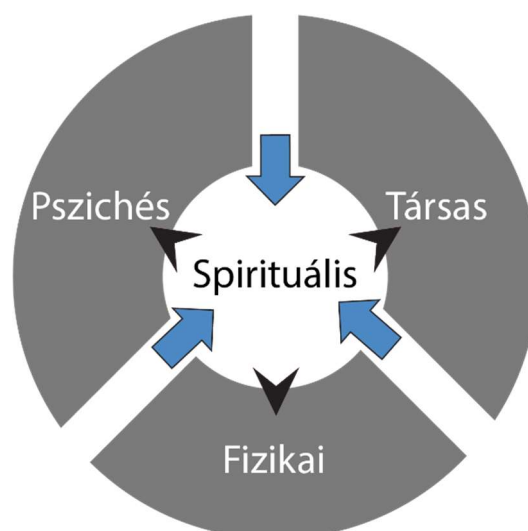
Heidari és mtsai (2019) tanulmányukban arról számoltak be, hogy intervencióként 90 napig spirituális gondozást vezettek be egy időotthonban, aminek az eredményét olyan idősokkal vetették össze, akik ilyen gondozásban nem részesültek. Lényeges különbség mutatkozott az észlelt stressz és a mentális egészség értékében, ami a spirituális gondozásban részt vettek esetében jóval alacsonyabb stresszértékben és jobb mentális egészségben nyilvánult meg, szemben a másik csoport értékeivel. Továbbá a stressz és a mentális egészség között fordított kapcsolatot találtak: minél alacsonyabb volt a stressz, a mentális egészség annál magasabb lett. A kapott eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a spirituális egészség a mentális egészség egy olyan tényezője, amely meghatározó szerepet játszik az egyén életében. Heidari és mtsai azt is leírják, hogy a spirituális gondozás nem helyettesíthető más gondozási formákkal (pl. pszichológiai, szociális vagy vallásos támogatás), mivel ez a gondozási forma az, ami segíti az orvossal történő kommunikációt, emellett az otthon lakói közötti kapcsolatok facilitátora, valamint a gondozott és a családtagok közötti interakció támogatója. Ahol nincsen spirituális gondozás, ott magasabb a szorongás, a spirituális izoláció, a betegségből történő gyógyulás időtartama, illetve csökken a remény érzése. A tanulmány azzal az összegzéssel zárul, hogy a spirituális gondozás a holisztikus megközelítést követi, amely a nővéri munka alapja kell, hogy legyen az időseket ellátó intézményekben.

II.2.3. A spirituális gondozás szerepe a hospice ellátásban

A hospice a terminális állapotú betegek ellátásával foglalkozik, melyben a legfontosabb feladat a betegek életminőségének javítása: az emberi méltóság megőrzése, a fájdalom és egyéb tünetek enyhítése, valamint a testi-lelki komfortérzet biztosítása. A hospice-ban teammunka folyik, melyben általában számos szakma képviselője működik együtt (többek között orvosok, ápolók, gyógytornászok, pszichológusok, mentálhigiénikus szakemberek, szociális munkások, lelkesek), akik közösen végzik munkájukat. Feladatukhoz tartozik a végstádiumú beteg gondozása mellett a családtagokkal történő kapcsolattartás és az ő lelki támogatásuk is.

A terminális időszakban lévő haldoklóknál az életvéggel összefüggésben számos negatív érzélem jelenik meg: a düh, frusztráció, harag mellett szorongásos, depressziós tünetek és további negatív érzelmek. A negatív érzelmek összefüggésben vannak a gyásszal és az elmúlt élettel kapcsolatos számvetéssel, büntudattal, korábbi életeseményekkel.

A palliatív ellátás meghatározó tényezőit Gijberts (2022) alapján tekintjük át (4. ábra), amelyben a spiritualitás kívülről a legkevésbé látható és legintimebb tényező. A kék és fekete nyilak a dinamikus egymásra hatást ábrázolják a modellben. A spiritualitás hat a pszichés, szociális és fizikai tényezőkre, míg ugyanezen tényezők visszahatnak a spiritualitásra.



4. ábra. A palliatív ellátás négy dimenziója és kölcsönhatásuk Gijberts (2022) alapján

Az ábra szemlélteti, hogy a palliatív gondozás (palliative care) holisztikus szemléletű gondozás, amelyben a biopszichoszociális és spirituális tényezők együttesen jelennek meg. Gijberts továbbá leírja, hogy a palliatív gondozásban mennyire fontos, hogy a beteg saját történetét, narratíváját hallgassuk meg, ami nem azonos az orvosnak elmondott tünetekkel, betegségtörténettel. A beteg ebben a narratívában tud megjelenni mint „egész”, életének összes aspektusával együttesen. A beszélgetésben az egyes konkrét szituációra vonatkozóan többek között megnyilvánulhatnak a beteg helyzetértékelő állásfoglalásai, döntéseinek háttere, etikai nézete, spirituális igénye. Az ilyen típusú beszélgetések képviselik a holisztikus szemléletet, amelyben a beteg a maga egészlegességében, teljességében jelenhet meg.

A palliatív gondozásban a team tagjai, akik a különböző szakma képviselői, a beteggel folytatott beszélgetéseik során észlelik a páciens szükségleteit és arra adekvát módon tudnak reagálni az adott szakember team-tag bevonásával, aki a beteg szükségleteit kielégítheti. A team ülések során a tagok közötti interdiszciplináris megközelítés további inspirációt nyújthat az ápolttal folytatott beszélgetések jellegének kialakítására vonatkozóan. A team munkájában megjelenő holisztikus megközelítés ezáltal elősegíti a beteghez személyesen szóló beszédmód kialakítását, ami megkönnyíti a személyes narratíva kifejeződését. A beteg és a team közötti ilyen típusú kapcsolatban érhető el leginkább, hogy a páciens egyéni szükségletei kifejezhetővé, megérthetővé és kielégíthetővé váljanak.

Konklúzió

Tanulmányunk céljaként tűztük ki a spirituális gondozás fogalmának megismertetését és e koncepció összefüggésében az aktív idősödés eszméjének bemutatását. A két fogalom összekapcsolása és együttes tárgyalása – ahogy cikkünkben rámutattunk – azáltal válik relevánssá, hogy az időskori aktivitás társadalmi jelentősége a demográfiai változások tükrében egyre nő. A spirituális gondozás egészségügyi és szociális ellátásba való integrálása hozzájárulhat – a spiritualitás egészségügyi állapotra gyakorolt pozitív hatása által – ezen aktivitás megőrzéséhez. A spirituális gondozás megvalósítása szervezeti szinten jelentős változást igényel. Ez a változás azonban kevésbé érinti a szakmai bővítés kérdését, hanem inkább egy – a cikkünkben részletesen bemutatott – szakmákon túlmutató beállítódás tudatosítását és gyakorlatba való átültetését

jelenti. Fontos hangsúlyozni, hogy a spiritualitást multidimenzionális és tág fogalomként értelmeztük, melynek ugyan alkotóeleme a vallásosság, mégis egy bővebb területet ölel fel, melyben az értelmességérzés kialakulása kiemelt jelentőséggel bír. A spiritualitás és az egészségügyi ellátás kapcsolatával foglalkozó angol és német nyelvű szakirodalom áttekintésekor az a gondolat is megfogalmazódhat bennünk, hogy a spirituális gondozás integrálásának ötlete és igénye mint egy szükségszerű ellenpólus jelenik meg a gazdasági irányelvek szerint működtetett egészségügyi rendszerben, illetve azzal szemben. A gazdaságosság elve nem kérdőjeleződik meg. Az egyensúly felbomlása és a hatékonyság, valamint a gazdasági racionalitás irányába való eltolódás azonban mélyen gyökerező pszichoszociális szükségleteket és egzisztenciális kérdéseket hagy figyelmen kívül és megválaszolatlanul. Ebben a gondolati keretben kell rámutatni arra, hogy a spirituális gondozás nemcsak a beteg egyénnel való törődést, hanem az egészségügyi személyzetről való felelős gondoskodást is magában foglalja. Így természetesen nemcsak az időskori ellátásra vonatkozóan, hanem számos más területen relevánssá válhat. A már említett attitűd kialakítása mellett eszköztár is alkalmazható a spirituális szükségletek figyelembevételére. Ebbe az eszköztárba tartozik a Spirituális Szükségletek Kérdőív. Jövőbeni feladatként fogalmazható meg ennek a mérőeszköznek a hazai adaptációja és a különböző célcsoportok spirituális szükségleteinek e kérdőív segítségével való vizsgálata, valamint egy továbbképzési terv kidolgozása, melynek célja a spirituális gondozás intézményi megvalósítása.

Felhasznált irodalom

ALDELFER, C. P. (1972). *Existence, relatedness, and growth. Human needs in organizational settings*. The Free Press.

BÁRDOS GY. (2006). *Az élet árnyoldalai – fájdalom, öregedés, halál*. Viselkedéslélektan 2. Scolar Kiadó.

BORASIO, G. D. (2011). *Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. Verlag C. H. Beck.

BREITBART, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 10(4), 272–280. <https://doi.org/10.1007/s005200100289>

BREITBART, W., ROSENFELD, B., GIBSON, C., PESSIN, H., POPPITO, S., NELSON, C., TOMARKEN, A., OLDEN, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 19(1), 21–28. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>

BUTLER R. N., & GLEASON H. P. (1985). *Productive aging: enhancing vitality in later life*. Springer Publishing.

BÜSSING, A. (n. d.). Spiritual Needs Questionnaire. https://www.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/03_G/07_Humanmedizin/04_Professuren/Lebensqualitaet__Spiritualitaet_und_Coping/q_spirit/SpNQ_data_sheet.pdf Letöltés: 2025. január 10.

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*, 15(6), 266–273. <https://doi.org/10.1186/2047-783X-15-6-266>

BÜSSING A., & KOENIG, H. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions*, 1(1), 18–27. <https://doi.org/10.3390/rel1010018>

BÜSSING, A., PILCHOWSKA, I., & SURZYKIEWICZ, J. (2015). Spiritual needs of Polish patients with chronic diseases. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1524–1542. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9863-x>

BÜSSING, A., RECCHIA, D. R., KOENIG, H., BAUMANN, K., & FRICK, E. (2018). Factor structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in persons with chronic diseases, elderly and healthy individuals. *Religions*, 9(1), 13. <https://doi.org/10.3390/rel9010013>

COELHO-JUNIOR, H. J., CALVANI, R., PANZA, F., ALLEGRI, R. F., PICCA, A., MARZETTI, E., & ALVES, V. P. (2022). Religiosity/Spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Medicine*, 9, 1–29. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.877213>

CROWTHER, M. R., PARKER, M. W., ACHENBAUM, W. A., LARIMORE, W. L., & KOENIG, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality – The forgotten factor. *Gerontologist*, 42(5), 613–620. <https://doi.org/10.1093/geront/42.5.613>

DE JAGER MEEZENBROEK, E., GARSSSEN, B., VAN DEN BERG, M., TUYTEL, G., VAN DIERENDONC, 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*, 30(2), 141–167. <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.651258>

ENTWISTLE, V. A., & WATT, I. S. (2013). Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics*, 13(8), 29–39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.802060>.

ERICHSEN, N.-B., & BÜSSING, A. (2013). Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, Vol 2013, Article ID 913247. <https://doi.org/10.1155/2013/913247>

ERIKSON, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton Company.

ERIKSON, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. W. W. Norton Company.

Council of the European Union. (2021). *Council Conclusions on mainstreaming ageing in public policies*. Brussels, 12. March 2021. 6976/21. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6976-2021-INIT/en/pdf>

FARKAS, G., GYARMATI, A., & MOLNÁR, Sz. (2009). Az idősödő társadalom gazdasági és társadalmi kihívásai Magyarországon. *Információs Társadalom*, 9(4), 7–31. <http://doi.org/10.22503/inftars.IX.2009.4.1>

FRANKL, V. E. (1946). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Franz Deuticke.

FRANKL, V. E. (1982). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Franz Deuticke.

FRICK, E. (2012). Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs. *Spiritual Care* 1(3), 68 –73. <https://doi.org/10.1515/spircare-2012-0042>

GIJSTBERTS MARIE-JOSÉ H. E. (2022). Spiritual care in palliative care: A physician's perspective. *Religions*, 13(4), 323. <https://doi.org/10.3390/rel13040323>

GRATZ, M., & ROSER, T. (2019). Spiritualität in der Medizin – ein Widerspruch? In Schnell, M. W. (Hg.), *Basiswissen Palliativmedizin* (pp. 197–204). Springer.

GREENSTEIN, M. & BREITBART, W. (2000). Cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with cancer. *American Journal of Psychotherapy* 54(4), 486–500. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.4.486>

HEIDARI, M., GHODUSI BORUJENI, M., KABIRIAN ABYANEH, S., & REZAEI, P. (2019). The effect of spiritual care on perceived stress and mental health among the elderlies living in nursing home. *Journal of Religion and Health*, 58(4), 1328–1339. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00782-1>

HELLER, B., & HELLER, A. (2014). *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierung und Impulse*. Verlag Hans Huber.

JAHAN, M., & KHAN, S. (2014). Psychological well-being: Spirituality and successful aging. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(7), 68–71.

KOENIG, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283–291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>

KOENIG, H. G., McCULLOUGH, M., & LARSON, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. Oxford University Press.

LÄNGLE, A. (2011). „Az étellel egyetértve élni” Az egzisztenciaanalízis emberképe, motiváció-felfogása és kezelési módja. *Pszichoterápia*, 20(5), 332–342.

LEVIN, J., LARSON, D., & PUCHALSKI, C. (1997). Religion and spirituality in medicine: Research and education. *Journal of the American Medical Association*, 278(9), 792–793. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.278.9.792>

MacKINLAY, E. (2006). *Spiritual growth and care in the fourth age of life*. Jessica Kingsley.

MAIO, G. (2013). Ökonomisierte Spiritualität. Über das Ersticken der Sinnfrage in der modernen Medizin. In Möde, E. (Hg.), *Spiritualität und Psychotherapie. Bleibende und neue Wege der Konvergenz* (pp. 28–35). Verlag Friedrich Pustet.

MASLOW, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. D Van Nostrand.

MASLOW, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. Oxford Viking.

McCANCE, T., McCORMACK, B., & DEWING, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man01>

McCORMACK, B., & McCANCE, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory, models and methods*. Wiley Blackwell.

McDONNELL-NAUGHTON, M., GAFFNEY, L. & FAGAN, A. (2020). Spirituality and caring for the older person: A discussion paper. *Journal of Religion and Health*, 59(6), 2775–2793. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01027-2>

MEEHAN, T. C. (2012a). The careful nursing philosophy and professional practice model. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), 2905–2916. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04212.x>.

MEEHAN, T. C. (2012b). Spirituality and spiritual care from a careful nursing perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(8), 990–1001. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.0146.x>.

MILLER, W. R. & THORESEN, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24–35. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>

MOEINI, B., ZAMANIAN, H., TAHERI-KHARAMEH, Z., RAMEZANI, T., SAATI-ASR, M., HAJRAHIMIAN, M., & AMINI-TEHRANI, M. (2018). Translation and psychometric testing of the persian version of the Spiritual Needs Questionnaire among elders with chronic diseases. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(1), 94–110. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.024>

MOREIRA-ALMEIDA, A., NETO, F. L., & KOENIG, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 242–250. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>

MURRAY, S. A., KENDALL, M., BOYD, K., GRANT, L., HIGHET, G., & SHEIKH, A. (2010). Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: Secondary analysis of serial qualitative interviews. *BMJ*, 340, c2581. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2581>.

MURRAY, S. A., KENDALL, M., BOYD, K., WORTH, A., & BENTON, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39–45. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm837oa>.

NIETHAMMER, D. (2014). Gut versorgt im Kinderkrankenhausbetrieb? Interdisziplinäres Arbeiten im Kinderkrankenhaus. *Wege zum Menschen*, 66(1), 19–30. <https://doi.org/10.13109/weme.2014.66.1.19>

NOLAN, S., SALTMARSH, P., & LEGET, C. (2011). Spiritual Care in palliative care: Working towards an EAPC task force. *European Journal of Palliative Care*, 18(2), 86–89. http://www.haywardpublishing.co.uk/_year_search_review.aspx?pageid=58&JID=4&Year=2011&Edition=117 Letöltés: 2025. január 10.

PENG-KELLER, S. (2017). Spiritual Pain. Annäherung an einen Schlüsselbegriff interprofessioneller Spiritual Care. *Spiritual Care*, 6(3), 295–302. <https://doi.org/10.1515/spircare-2016-0207>

PENG-KELLER, S. (2019). Spiritual Care im Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts. Vorgeschichte und Hintergründe der WHO-Diskussion um die «spirituelle Dimension». In: Peng-Keller, S., & Neuhold, D. (Hg.), *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen* (pp. 13–71). wbgAcademic.

POCOCOK, T., WOODWARD, A., WILES, J., RAPHAEL, D., & SMITH, M. (2023). Diverse approaches to conceptualising positive ageing: A scoping review. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences*, 18(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1177083X.2022.2090968>

RIKLIKIENÉ, O., SPIRGIENÉ, L., SNIEGUOLÉ, KASELIENÉ, S., LUNECKAITÉ, Z., TOMKEVIČIŪTĖ, J., & BÜSSING, A. (2019). Translation, cultural adaptation and clinical validation of the Lithuanian version of the Spiritual Needs Questionnaire among hospitalized cancer patients. *Medicina*, 55(11), 738. <https://doi.org/10.3390/medicina55110738>

ROWE, J. W. & KAHN R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>

ROWE, J. W. & KAHN, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

SCHMOHL, C. (2015). Sinnsuche als Chance in Spiritual Care. Logotherapeutische Perspektiven für die Begleitung onkologischer Palliativpatienten im Krankenhaus. *Spiritual Care*, 4(1), 29–37. <https://doi.org/10.1515/spircare-2015-0007>

SHAW, R., GULLIFER, J., & WOOD, K. (2016). Religion and spirituality: A qualitative study of older adults. *Ageing International*, 41(3), 311–330. <https://doi.org/10.1007/s12126-016-9245-7>

SKRABSKI, Á., KOPP, M., RÓZSA, S., RÉTHELYI, J., & RAHE, R. H. (2005). Life meaning: An important correlate of health in the hungarian population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 78–85. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1202_5

SMEDING, R. (2014a). Das Modell: „Die Gezeiten der Trauer“. In Smeding, R., & Heitkönig-Wilp, M. (Hg.), *Trauer erschließen. Eine Tafel der Gezeiten* (pp. 140–144). der hospiz verlag.

SMEDING, R. (2014b). Zwischen Tod und Ende der „ersten“ Trauerzeit: die Schleusenzeit. In: Smeding, R., & Heitkönig-Wilp, M. (Hg.), *Trauer erschließen. Eine Tafel der Gezeiten* (pp. 148–149). der hospiz verlag.

STEINER, T. (2013). Der endliche Mensch konfrontiert mit dem Unendlichen. Spiritualität im Kontext der Logotherapie Viktor E. Frankls. In Möde, E. (Hg.), *Spiritualität und Psychotherapie. Bleibende und neue Wege der Konvergenz* (pp. 67–82). Verlag Friedrich Pustet.

STRIPP, T.K., BÜSSING, A., WEHBERG, S., ANDERSEN, H.S., KØRUP, A.K., PEDERSEN, H.F., SØNDERGAARD, J., & HVIDT, N.C. (2022). Measuring spiritual needs in a secular society: Validation and clinimetric properties of the Danish 20-Item Spiritual Needs Questionnaire. *Journal of Religion and Health*, 61(4), 3542–3565. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01533-5>

SZABÓ, L. (2020). Úton az időskor felé. *Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat*, 7(2). <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2020.7/2/3>

THAUVOYE, E., VANHOOREN, S., VANDENHOECK, A., & DEZUTTER, J. (2018). Spirituality and well-being in old age: Exploring the dimensions of spirituality in relation to late-life functioning. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2167–2181. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0515-9>

VALENTE, T.C.O., CAVALCANTI, A.P.R., BÜSSING, A., COSTA JUNIOR, C.P.C., & MOTTA, R.N. (2018). Transcultural adaptation and psychometric properties of Portuguese version of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) among HIV positive patients in Brazil. *Religions*, 9(4), 135. <https://doi.org/10.3390/rel9040135>

WEBER, S. R., & PARGAMENT, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current opinion in psychiatry*, 27(5), 358–363. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>

World Health Organization. (1984). Thirty-seventh world health assembly, Geneva 7-17 May 1984.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/160775/WHA37_1984-REC-2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Letöltés: 2025. január 10.

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf> Letöltés: 2025. január 10.

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1 Letöltés: 2025. január 10.

WIERZBICKI, D. (2020). Spiritual Care unter den Rahmenbedingungen einer Privatklinik schulen. Was bewegt eine Geschäftsleitung dazu, sich für die Implementierung von Spiritual Care in ihrer Klinik zu entscheiden? *Spiritual Care*, 9(3), 289–293. <https://doi.org/10.1515/spircare-2019-0021>

ZHAO, Y., WANG, Y., YAO, X., JIANG, L., HOU, M., & ZHAO, Q. (2019). Reliability and validity of the Chinese version of spiritual needs questionnaire with 27 items (SpNQ-Ch-27) in cancer patients. *International Journal of Nursing Science*, 6(2), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.010>