

Zinbeleving in het ziekenhuis

Een pilotstudie in Nederland en Vlaanderen

Een onderzoek naar de zinbeleving van patiënten, in het kader van de vraag: hoe kunnen zorgverleners in het ziekenhuis ‘zingevingsvragen’ op het spoor komen en erop inspelen?

Ziek zijn kan vragen oproepen over de zin van het ziek zijn en het lijden, het leven zelf, relaties met anderen, het ouder worden en de dood. Ook spelen er vaak zorgen over de toekomst, afhankelijkheid en verlies. Soms moet men voor de eigen toekomst ingrijpende keuzes maken. Dit soort thema's noemt men tegenwoordig zingevingsvragen, die een existentiële, spirituele of religieuze vorm kunnen aannemen.

Hoewel zorginstellingen en beleidsmakers in toenemende mate ‘gastvrije’ zorg proberen te leveren, zijn zingevingsvragen vaak een onderbelicht aspect van de zorg (zie o.a. Van Heijst 2008). Dat heeft onder meer te maken met de onzichtbaarheid van deze vragen,

op het macro- en microniveau. Religie en spiritualiteit zijn voor een groot deel uit het publieke domein – en daarmee de zorginstelling – verdwenen en naar de privésfeer verbannen (Van den Donk & Plum 2006). Daarnaast is de patiënt zich vaak niet bewust van deze zogenoemde ‘trage vragen’ of vindt hij of zij het moeilijk deze te verwoorden.

In deze bijdrage bespreken we een deelaspect van een promotieonderzoek. De algemene vraagstelling van het onderzoek luidt: hoe kunnen zorgverleners in het algemeen en geestelijk verzorgers en pastores specifiek deze vragen op het spoor komen en hierop inspelen? In de eerste fase – waarop deze bijdrage betrekking heeft – zijn we enkel gericht op het

exploreren van de zinbeleving van patiënten.

Eerst schetsen we kort de veranderingen in het religieuze landschap van Nederland en Vlaanderen en duiden we enkele relevante begrippen aan: zingeving, existentialiteit, spiritualiteit en religiositeit. Daarna bespreken we kort de stand van zaken inzake empirisch onderzoek naar de zinbeleving van patiënten. Dan wordt onze poging tot het ontwerpen van een op de Nederlandse en Vlaamse context toegesneden vragenlijst besproken, en de eerste resultaten van een pilotstudie.

Zingeving, existentialiteit, spiritualiteit en religiositeit

De Nederlandse samenleving heeft diepgaande veranderingen ondergaan in de afgelopen decennia. Van een confessioneel verzuilde samenleving in de jaren vijftig waarin religie een grote plek innam in het publieke domein, is onze samenleving na de jaren zeventig steeds sneller gesecculariseerd en ontkerkelijkt.

Onder meer de volgende drie ontwikkelingen hebben bijgedragen tot een proces waardoor religie en spiritualiteit steeds meer tot de privésfeer gingen behoren. Ten eerste zijn mensen door de rationalisering van de maatschappij niet langer zonder meer bereid één bepaald duidingspatroon te volgen. Er bestaat geen algemeen aanvaard symbolisch systeem meer (Berger & Luckmann 1971). Ten tweede hebben mensen door de individualisering veelal een eigen, bij elkaar gesprokkelde identiteit, die elementen van verschillende religieuze en spirituele tradities omvat (‘bricolage’, Levi-Strauss 1972). Ten derde is door globalisering

het religieuze aanbod gediversifieerd, waardoor een breed scala aan religieuze en spirituele opvattingen en gebruiken is ontstaan (Kronjee & Lampert 2006). Dit doet vermoeden dat de moderne patiënt een divers profiel op het vlak van zingeving heeft.

Vooraleer we de vraag beantwoorden hoe dat profiel er dan uitziet, willen we kort de begrippen zingeving, existentialiteit, spiritualiteit en religiositeit van elkaar onderscheiden. Hierover bestaat in de literatuur geen consensus. Met anderen kiezen wij ervoor om zingeving als overkoepelend begrip te gebruiken. Op het terrein van de geestelijke verzorging gebeurde dat wellicht het eerst door Ter Borg (2000), die zingeving omschreef als ‘alles wat we tegenkomen in een zodanig kader plaatsen dat we er raad mee weten’. Zingeving valt vervolgens uiteen in immanente, binnenwereldlijke zingeving en transcendente zingeving (McSherry & Cash 2004). Existentialiteit kan men dan beschouwen als de immanente vorm van zingeving: bijvoorbeeld de vraag naar welke zin het leven heeft. Spiritualiteit kan men dan beschouwen als de transcendente vorm van zingeving: bijvoorbeeld de vraag naar een leven na de dood (Dillen e.a. 2009). Religiositeit is in dit kader een subconcept van spiritualiteit: geïnstitutionaliseerde spiritualiteit (Koenig e.a. 2001). In ons onderzoek willen we oog hebben voor de verschillende vormen van zingeving.

Zinbeleving van patiënten

Onderzoekers veronderstellen dat zingeving het geestelijk welbevinden verbetert, doordat zingeving verklaringen kan aanreiken en betekenis ►

geven aan ziekte en lijden (Musick e.a. 1998). Daarnaast zijn er studies die doen vermoeden dat geestelijk welbevinden minstens zo belangrijk is als fysiek en psychologisch welbevinden voor de kwaliteit van leven van patiënten (Cohen e.a. 1996).

Vanaf de tweede helft van de jaren negentig neemt het aantal onderzoeken naar de rol van met name spiritualiteit in de gezondheidszorg toe. Dit soort onderzoeken betreft meestal een Amerikaanse populatie. De vraag is echter of wat geldt voor de Amerikaanse context, ook geldt voor de Nederlandse en Vlaamse context. Immers, het spirituele landschap van Amerika verschilt beduidend van het Nederlandse en het Vlaamse. In Amerika rapporteert een meerderheid religieuze overtuigingen en praktijken (Gallup 2010; Gallup 2011). In Nederland en Vlaanderen rekenen de meeste mensen zich niet tot een religieuze groepering en rapporteren zij een veel lager kerkbezoek (Bernts, De Jong & Yar 2006; Dobbelaere & Voyé 2000). Maar Nederlanders en Vlamingen vinden spiritualiteit wél belangrijk (Kronjee & Lampert 2006; Dobbelaere & Voyer 2000). Dit doet vermoeden dat de resultaten van Amerikaans onderzoek dus niet hoeven te gelden voor de Nederlandse en Vlaamse context.

De Amerikaanse instrumenten gebruiken een taal die naar wij vermoeden in Nederland en Vlaanderen de moderne patiënt niet zal aanspreken. Er wordt bijvoorbeeld expliciet gesproken over God, kerkgang en bidden. Daar staat tegenover dat er in Nederland

en Vlaanderen nauwelijks instrumenten ontwikkeld zijn die peilen naar zinbeleving. Over die zinbeleving van patiënten in een zorginstelling weten we nog weinig.

Een eigen instrument

In het kader van een promotieonderzoek hebben we in 2012 een instrument ontwikkeld met als doel de existentiële en spirituele beleving van patiënten tijdens de opname op het spoor te komen. Het theoretisch kader dat

aan het instrument ten grondslag ligt, is gebaseerd op de vijf dimensies die Glock & Stark (1965)

onderscheiden ten aanzien van religie, maar die onzes inziens ook voor de existentialiteit en spiritualiteit kunnen gelden: de experiëntiële dimensie (ervaringen van het individu), de sociale dimensie (verbondenheid met andere mensen die de overtuigingen van het individu delen), de rituele dimensie (de religieuze en spirituele gebruiken), de cognitief-narratieve dimensie (de overtuigingen van het individu) en de morele dimensie (waarden en normen).

Op basis van indelingen die recent gehanteerd worden in spiritualiteitsonderzoek binnen geestelijke verzorging en pastoraat (Fitchett 1993; Leget e.a. 2010) onderscheiden we daarnaast nog een andere variabele, namelijk *coping*. *Coping* is te beschouwen als een perspectief op de genoemde dimensies, met name in hoeverre deze vijf dimensies als mogelijke bron van steun fungeren bij het omgaan met crisissituaties (Smeets 2010). Omwille van het eerder genoemde contextuele

argument hebben wij er dus voor gekozen om niet bestaande instrumenten op basis van het model van Glock over te nemen (voor een discussie: zie Wulff 1991, 210-212).

In ons instrument zijn voor elk van de bovenstaande dimensies drie items geformuleerd. In deze fase van ons onderzoek hebben we de rituele dimensie weggelaten. Rituelen kunnen worden beschouwd als interventies, en willen we later opnemen in een interventiestudie. Omdat we in een maatschappij leven waarin religie en spiritualiteit niet langer vanzelfsprekend zijn, kregen alle items een bredere formulering. Dit betekent dat er bijvoorbeeld niet specifiek over God of bidden werd gesproken. Deelnemers werden gevraagd om aan te geven in hoeverre zij bezig waren met een vijftiental onderwerpen, met antwoordmogelijkheden van '1 = helemaal niet' tot '5 = heel veel'.

Resultaten pilotstudie

Een pilotstudie in het kader van het promotieonderzoek werd uitgevoerd door studenten van de masteropleiding Theologie en Geestelijke Verzorging van de Universiteit Utrecht. Ze werd verricht op de cardiologie-afdelingen van twee academische ziekenhuizen, het Universitair Ziekenhuis Leuven (n=85) en het UMC Radboud in Nijmegen (n=32). Daarnaast vond zij plaats in het Psychiatrisch Ziekenhuis Emergis te Goes (n=80).

De gemiddelde leeftijd was 58 jaar en 54% was man. Van de deelnemers was 49% gehuwd, 24% alleenstaand, 10% weduwe/weduwenaar, 10% gescheiden en 7% samenwonend. Van de deelnemers had 21% lager onderwijs, 57% had middelbaar of beroepsonderwijs gevolgd en

22% had hoger onderwijs gevolgd.

Bijna de helft van de deelnemers (46%) beschouwt zichzelf als katholiek en 17,5% als protestant. 14,5 % van de deelnemers koos voor de categorie 'anders' (14,5%) en 9,5% ziet zichzelf als gelovig/spiritueel; 5% beschouwt zich atheïst, eveneens 5% humanist en 2,5% moslim.

De schaal naar de existentiële en spirituele beleving bevatte 15 items uitgezet op een 5-puntsschaal (van '1 = helemaal niet waar' tot '5 = helemaal waar'). De deelnemers werd gevraagd aan te geven in hoeverre zij op dat moment bezig waren met de aangegeven thema's. Van deze thema's scoorde het morele item 'wat waardevol is voor mij in mijn leven' het hoogst (gemiddelde 3,70; standaarddeviatie 1,17), gevolgd door het sociale item 'het contact met mensen met wie ik mij verbonden voel in mijn situatie' (gemiddelde 3,44, standaarddeviatie 1,25). De items 'de dood' en 'hoe anderen naar mij kijken in mijn huidige situatie' scoorden het laagst (beide gemiddelde 2,57; standaarddeviatie 1,4 en 1,24).

Een interessante vaststelling is dat de gemiddelde score voor alle antwoorden samen in Nederland hoger ligt dan in Vlaanderen (namelijk 3,14 versus 2,85).

In het algemeen werd geconstateerd dat patiënten meer bezig blijken te zijn met een positieve zinbeleving van hun situatie dan met een negatieve.

Daarnaast werden twee andere instrumenten aan de deelnemers voorgelegd. De *Centrality of Belief Systems Scale* (COBSS) peilt naar (het belang van) de spirituele identiteit en bestaat uit een open en een gesloten vraag (zie ►

Dezutter e.a. 2010). De open vraag nodigt de deelnemers uit hun eigen spiritualiteit kort en bondig te beschrijven. Het ligt niet in het bereik van dit artikel om de antwoorden op deze open vraag te bespreken. De gesloten vraag omvat vijf stellingen, waaronder 'mijn geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit is een belangrijk aspect van mijn leven'.

Deelnemers wordt gevraagd aan te geven in hoeverre de stelling op hen van toepassing is (van '1 = helemaal niet waar' tot '5 = helemaal waar'). De vijf stellingen hadden een gemiddelde van 3,15 (standaarddeviatie 1,24), wat wijst op een niet sterk maar ook niet zwak belang dat de deelnemers hechten aan hun spirituele identiteit. De stelling 'mijn geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit is belangrijk voor de zin die ik aan mijn leven geef' scoorde het hoogst (gemiddelde 3,33; standaarddeviatie 1,26). De stelling 'mijn geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit beïnvloedt mijn handelen in mijn dagelijks leven' scoorde het laagst (gemiddelde 2,97; standaarddeviatie 1,20). De scores duiden erop dat de deelnemers hun spiritualiteit vooral als een cognitieve zaak beschouwen, en wat minder als praktische leidraad voor hun leven.

Het laatste instrument peilt naar de manier waarop de deelnemers uitdrukking geven aan hun spiritualiteit. Deze bestaat uit een gesloten vraag die naar diverse spirituele activiteiten vraagt en de frequentie ervan. De meeste deelnemers rapporteerden natuurwandeling (29%) en kerkbezoek/religieuze bijeenkomst (29%), op de voet gevolgd door meditatie/gebed (26%), gesprek (26%) en muziek maken/luisteren (25%). 'Anders' (15%) en yoga/tai chi

(4,5%) werden het minst gerapporteerd. De frequentie van de activiteiten is bij de meeste deelnemers wekelijks (33,5%), gevolgd door dagelijks (28%), zelden (24,5%) en maandelijks (14%). Al met al stellen we een grote mate van diversiteit inzake spirituele activiteiten en hun frequentie vast bij de patiënten.

Discussie

Vanuit de resultaten van dit pilotonderzoek formuleren we tot slot een drietal punten van aandacht.

Ten eerste valt het op dat een groot gedeelte van de deelnemers zichzelf als christelijk beschrijft (63,5%). Dat heeft waarschijnlijk te maken met de relatief hoge leeftijd van de deelnemers en de onderzochte locaties: zowel Leuven als Nijmegen zijn van oudsher katholieke streken, en Goes is een protestantse streek. Maar dit eerder traditioneel profiel correspondeert niet met de scores inzake spirituele activiteiten. Onder de deelnemers komen zowel de traditioneel kerkelijke activiteiten als kerkbezoek en bidden, als bredere vormen van spiritualiteit als natuurwandeling, gesprek en muziek veelvuldig voor. De frequentie varieert sterk, terwijl ook de spreiding in antwoorden groot is. Dit alles bevestigt wat we eerder in deze bijdrage gezegd hebben over het zeer diverse profiel van de hedendaagse patiënt. Een uniforme aanpak in pastoraat en geestelijke verzorging met de gangbare werkvormen (gesprek en sacramentenbediening) lijkt niet langer verdedigbaar.

Ten tweede zijn de deelnemers – wanneer ze bezig zijn met zingeving – eerder betrokken

op positieve thema's; belangrijke waarden en verbondenheid met anderen scoren het hoogst, de dood bungelt onderaan. Dat is een belangrijk aangrijpingspunt voor pastores en geestelijk verzorgers om aan te sluiten bij de zinbeleving van patiënten, wat niet wil zeggen dat moeilijke thema's onaangeroerd dienen te blijven.

Ten derde is de onderzoeksgroep zo klein en het type respondenten (cardiologie- en psychiatrische patiënten) zo beperkt dat we de resultaten niet mogen veralgemenen naar alle cliënten in zorginstellingen. Bovendien hebben statistische analyses laten zien dat verdere ontwikkeling van het door ons ontwikkelde instrument noodzakelijk is om betrouwbare en valide uitspraken te kunnen doen.

Op welke dimensies zich precies de zinbeleving van patiënten afspeelt, zal een vervolgstudie met een verbeterd instrument antwoord moeten geven. Desalniettemin geeft de pilotstudie aan dat zinbeleving niet onbelangrijk is voor patiënten en om die reden een plek verdient binnen integrale zorg met kwaliteit. ◁

Literatuur

- Becker, J. & De Hart, J. (2006). *Godsdienstige veranderingen in Nederland: Verschuivingen in de binding met de kerken en de christelijke traditie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: a Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Doubleday Company.
- Berger, U. (2012). *Nieuwe wegen naar heelheid en verbinding. Zoektocht naar een nieuw beeld en een nieuw aanbod van algemene geestelijke verzorging*. Masterscriptie. Utrecht: Faculteit Geesteswetenschappen.
- Bernts, T., de Jong, G. & Yar, H. (2006). Een religieuze atlas van Nederland. In: Donk, van de, W.B.H.J., Jonkers, A.P., Kronjee, G.J. & Plum, R.J.J.M. (eds). *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*. WRR-rapport. Amsterdam University Press, 89-138.
- Borg, M. ter (2000). *Waarom geestelijke verzorging? Zingeving en geestelijke verzorging in de moderne maatschappij*. Nijmegen: KSGV 7, 13.
- Cohen, S., Mount, B., Tomas, J. & Mount, L. (1996). Existential well-being is an important determinant of quality of life. *Cancer*, Vol 77, 576-586.
- Dezutter, J., Robertson, L., Luyckx, K., Hutsebaut, D. (2010). Life satisfaction in chronic pain patients. *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol 49 (3), 507-516.
- Dillen, A., Liegeois, A. & Vandenhoeck, A. (2009). Pastores als spirituele zorgverleners: identiteit, professionaliteit en uitdagingen. In: Dillen, A., Liegeois, A., Vandenhoeck, A. (eds), *De moed om te spreken en te handelen. Profetisch pastoraat*. Antwerpen: Halewijn, 212-232.
- Dobbelaere, K. & Voyé, L. (2000). Religie en kerkbetrokkenheid: Ambivalentie en vervreemding. In: Dobbelaere, K., Elchardus, M., Kerkhofs, J., Voyé, L. & Bawin-Legros, B. (eds). *Verloren zekerheid: De Belgen en hun waarden, overtuigingen en houdingen*. Tielt: Lannoo, 117-152.
- Fitchett, G. (1993). *Assessing Spiritual Needs: A Guide for Caregivers*. Minnesota: Augsburg Publications.
- Gallup Poll (2010) en Gallup Poll (2011). Te vinden op www.Gallup.com.

- Glock, C. Y. & Stark, R. (1965). *Religion and Society in Tension*. Chicago: Rand MacNally.
- Jonge, K. de (2012). 'Geestelijk verzorger, zei u...?' *Het beeld van de geestelijk verzorger en de behoefte van de patiënt*. Masterscriptie. Utrecht: Faculteit Geesteswetenschappen.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.E. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Kronjee, G. & Lampert, M. (2006). Leefstijlen in zingeving. In: Van den Donk, W.B.H.J., Jonkers, A.P., Kronjee, G.J. & Plum, R.J.J.M. (eds). *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*. WRR-rapport. Amsterdam University Press, 171-209.
- Lambert, A.M.A. (2012). *De geestelijk verzorger als beeldrager*. Masterscriptie. Utrecht: Faculteit Geesteswetenschappen.
- Leget, C., Staps, Y. e.a. (2010). *Richtlijn Spirituele Zorg*. Zaandam: Stichting Agora.
- Lévi-Strauss, C.G. (1972). *The Savage Mind*. London: Weidenfield and Nicholson.
- McSherry, W. & Cash, K. (2004). The language of spirituality: An emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, Vol 41, 151-161.
- Musick, M., Koenig, H.G., Larson, D. & Matthews, D. (1998). Religion and spiritual beliefs. In: Holland, J. (ed.) *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press, 780-789.
- Smeets, W. (2010). Specialisten in screening en in spiritualiteit met elkaar in gesprek. *Psyche en geloof*, Vol 21 (3), 192-195.
- Van den Donk, W.B.H.J. & Plum, R.J.J.M. (2006). Begrippen, theorieën en disciplinaire benaderingen. In: Van den Donk, W.B.H.J., Jonkers, A.P., Kronjee, G.J. & Plum, R.J.J.M. (eds). *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*. WRR-rapport. Amsterdam University Press, 25-54.
- Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Wulff, D.M. (1991). *Psychology of Religion. Classic and Contemporary Views*. New York: John Wiley & Sons.
- Laurien (drs. L.A.) Schrijver is geestelijk verzorger in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven en promovendus aan de Katholieke Universiteit Leuven i.s.m. de Universiteit Utrecht.
laurien.schrijver@catharinaziekenhuis.nl
- Jessie (dr. J.) Dezutter is researcher vakgroep Klinische psychologie aan de Katholieke Universiteit Leuven.
jessie.dezutter@ppw.kuleuven.be
- Annemie (prof.dr. A.) Dillen is hoofddocent Praktische theologie aan de Faculteit voor Theologie en Religiewetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, België.
annemie.dillen@theo.kuleuven.be
- Wim (dr. W.) Smeets is hoofd geestelijke verzorging UMC Radboud Nijmegen en universitair docent geestelijke verzorging aan de Universiteit Utrecht.
w.smeets@dgvp.umcn.nl