

Religieuze coping van revalidanten in relatie tot het revalidatieresultaat



Masterthesis aangeboden aan:
Dr. J.Z.T. Pieper
Universiteit Utrecht
Faculteit Geesteswetenschappen

Tweede beoordeling door
Prof. Dr. M.H.F. van Uden
Tilburg University

Als afsluiting van de master
Theologie en Geestelijke Verzorging

"that as you ought not to attempt to cure the eyes without the head,
or the head without the body,
so neither ought you to attempt to cure the body without the soul"

Plato

Fragment uit: Charmides, or Temperance, Part 2

Bij de voorpagina:

Deel van het schilderij "God schiep Adam" door Michelangelo, Sixtijnse kapel in Rome

Samenvatting

In dit onderzoek is gekeken naar het belang van religie en de inzet van religieuze coping door klinische revalidanten en de invloed daarvan op het revalidatieresultaat. Daarvoor is in twee revalidatiecentra data verzameld over religiositeit, religieuze coping, religieus en existentieel welbevinden, tevredenheid over het leven en het fysieke welzijn. Door de fysieke situatie bij opname en die op het moment van onderzoeken vast te leggen kon de verbetering vastgesteld worden. Meer specifiek is nog gekeken naar het verschil tussen neurologische revalidanten en hen met andere opnamereden.

Bijna 35% van de revalidanten ervaart een duidelijke verbinding met een hogere macht. Van alle revalidanten ontleent bijna 53% persoonlijke kracht en ondersteuning aan een hogere macht. Van de revalidanten zet 35% soms positieve religieuze coping in, 20% doet dat vaak.

Negatieve religieuze coping wordt door circa 10% van de revalidanten ingezet. Revalidanten die positieve of negatieve coping inzetten hebben een hoger religieus welbevinden en zijn meer religieus. Er is geen verband gevonden tussen religieuze variabelen en het existentieel welbevinden of tevredenheid met het leven.

Dit onderzoek heeft geen verband gevonden tussen religieuze coping, religieus welbevinden of intrinsieke religiositeit en het herstel van functionele capaciteiten. Ook het, in veel onderzoeken significante, verband tussen negatieve religieuze coping en verslechtering van het psychisch en lichamelijk welzijn kon niet aangetoond worden.

Revalidanten met een neurologische opnamereden zetten vooral meer positieve religieuze coping in en hebben een significant hoger religieus welbevinden dan de andere revalidanten.

Trefwoorden: religieuze coping; welbevinden; revalidatie; neurologie; behandelresultaat

Summary

In this study we have examined the importance of religion and the use of religious coping by in-patients of a rehabilitation centre and its impact on rehabilitation health outcome. Data has been collected on religiosity, religious and existential well-being, life satisfaction and physical well-being in two rehabilitation centres in The Netherlands. By taking the physical well-being at admission and at the moment of measurement we could determine the improvement. More specifically has been looked at the difference between neurological in-patients and those admitted for another reason.

Nearly 35% of the patients reported a positive connection to a higher power. Of the whole population almost 53% reported to gain personal strength and support from a higher power. And 35% sometimes used positive religious coping, 20% did it often. Negative religious coping is used by around 10% of the patients. Patients using positive or negative coping have a higher religious well-being and are more religious. There was no correlation between religious variables and existential well-being or satisfaction of life.

This study also found no correlation between religious coping, intrinsic religiosity or religious well-being and recovery of functional abilities. In contrast of other studies, also no significant relationship between negative religious coping and decrease of psychological and physical well-being was found.

Patients with a neurological background turned out to use more positive religious coping and have significantly higher religious well-being than the other patients.

Keywords: religious coping; well-being; rehabilitation; neurologic; health outcome

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Summary	4
I. Inleiding	7
1 Aanleiding	7
2 Theoretische en maatschappelijke relevantie	8
3 Probleemstelling	9
4 Procedure van het onderzoek	10
II. Literatuur onderzoek	11
5 Revalidatie in Nederland	11
5.1 Revalidatiecentra	11
5.2 Revalidanten	12
5.3 Aandoeningen	13
5.4 Behandelresultaten CVA	13
6 Religiositeit	15
6.1 Definitie van religie	15
6.2 Meten van religiositeit	16
7 Neurologie en religie	17
8 Verband tussen religie en gezondheid	18
9 Welbevinden	20
9.1 Definitie van kwaliteit van leven	20
9.2 Het meten van kwaliteit van leven	21
9.2.1 Objectief: Barthel Index en Northwick Park Dependency Scale	21
9.2.2 Subjectief: Satisfaction with Life Scale	22
9.2.3 Combinatie objectief en subjectief scores	22
9.3 Definitie van religieus en spiritueel welbevinden	23
9.4 Het meten van spiritueel welbevinden	23
9.5 Het welbevinden van een revalidant	24
10 Religieuze coping	25
10.1 Definitie religieuze coping	25
10.2 Het meten van religieuze coping	26
10.2.1 Brief RCOPE	26
10.2.2 Vertaling van de Brief RCOPE	26
10.2.3 Coping methode en religieuze functie van de Brief RCOPE	27
11 Relatie tussen religieuze coping en welbevinden	29
11.1 Studies over de relatie tussen religieuze coping en existentieel welbevinden	29
11.2 Studies over de relatie tussen religieuze coping en fysiek welbevinden	30
11.2.1 Inzet van religieuze coping en de relatie met gezondheidsrisico's	30
11.2.2 Religieuze worsteling en sterftcijfer	30
11.2.3 Religieuze coping en fysieke gezondheid	31
11.3 Studies over religieuze coping en fysieke revalidatie	31
11.3.1 Religie, spiritualiteit en revalidatie bij traumatische hersenbeschadiging	31
11.3.2 Relatie tussen religie, spiritualiteit en gezondheid bij revalidanten	32
11.3.3 De rol van religie bij het revalidatieresultaat	33
11.4 Studies over religieuze coping en neurologie	33

III. Empirisch onderzoek	34
12 Hypotheses	34
13 Onderzoekseenheden en kenmerken	34
14 Onderzoeksmethode	35
14.1 Algemeen	35
14.2 Vragenlijst	36
15 Ethische aanvaardbaarheid	37
15.1 Toetsing researchcommissie De Vogellanden	37
15.2 Mening van de medische staf ViaReva	37
15.3 Toetsing door een METC	37
16 Uitvoering van het onderzoek	39
16.1 Respons	39
16.2 Verwerking van de vragenlijsten	40
16.3 Voorbereiding van de gegevens	40
17 Uitkomsten van het onderzoek	42
17.1 Sociale kenmerken	42
17.2 Gezondheidskenmerken	44
17.3 Religieuze kenmerken	45
17.4 Coping	47
17.4.1 Positieve religieuze coping	47
17.4.2 Negatieve religieuze coping	48
17.5 Welbevinden	50
17.6 Levensvervulling	53
17.7 Objectieve kwaliteit van leven	54
17.8 Algemene opmerkingen	56
18 Correlaties tussen de uitkomsten	57
18.1 Correlatie tussen religie, coping en geestelijk welbevinden	57
18.2 Correlatie tussen religie, welbevinden en verbetering	59
18.3 Verschillen tussen neurologische en overige revalidanten	60
18.3.1 Verschil in religieus welbevinden	60
18.3.2 Verschil in coping	61
19 Conclusies en aanbevelingen	64
19.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen	64
19.2 Evaluatie van de hypothesen	66
19.3 Samenhang met eerdere onderzoeken	67
19.4 Opmerkelijke punten buiten de onderzoeksvragen	68
19.5 Zwakke punten van het onderzoek	69
19.6 Aanbevelingen	70
19.7 Tot slot	70
20 Literatuurlijst	71
IV. Bijlagen	75
Bijlage A, Lijst met afkortingen	75
Bijlage B, Onderzoeksschema Baarda	76
Bijlage C, Barthel index	78
Bijlage D, Northwick Park Dependency Scale	79
Bijlage E, Vragenlijst	82

I. Inleiding

1 Aanleiding

In een revalidatiecentrum verblijven voornamelijk mensen die door een onverwachte gebeurtenis getroffen zijn. Sommigen doordat hun eigen lichaam hen in de steek liet, zoals bij een beroerte. Anderen als gevolg van ernstig lichamelijke letsel vanwege een ongeval. Revalidatie richt zich op het herstel van autonomie en/of de verbetering van mogelijkheden van mensen met blijvend lichamelijke letsel of met een functionele beperking. De revalidant verblijft ongeveer 1 tot 6 maanden in het revalidatiecentrum, met een gemiddelde van 65 dagen (Revalidatie Nederland, 2009). Bij de behandeling ligt nadruk op evidence based handelen in een multidisciplinair teamverband. In dat krachtenveld opereert de geestelijk verzorger met zijn/haar bijdrage aan het geestelijk welbevinden van de revalidant. Er wordt verwacht dat deze bijdrage ook staat in het licht van herstel en empirische onderbouwing van het handelen zou de rol van de geestelijk verzorger kunnen ondersteunen.

In de dissertatie “The Influence Of Religion And Spirituality On Rehabilitation Outcomes Among Traumatic Brain Injury Survivors” (Waldron-Perrine, 2010) is een aantal hypotheses getoetst. Uit de conclusies citeer ik:

One of the major findings of the present study is that religious well-being, feeling a direct and personal connection with a higher power, was strongly associated with multiple positive rehabilitation outcomes, both subjective and objective. Although religious well-being is strongly associated with perceived social support, it is more powerfully and uniquely associated with positive outcomes than perceived social support, which has previously received a great deal of attention and research support (Pierce & Hanks, 2006; Powell et al., 2007; Söderback & Ekholm, 1992; Steadman- Pare, Colantonio, Ratcliff, Chase, & Vernich, 2001). Thus, this finding is of great clinical significance in that individuals should be encouraged to utilize the resources available to them, including spiritual resources such as connection to a higher power, to cope with the aftermath of any traumatic event.

Haar conclusie is dus dat een band met een hogere macht invloed heeft op zowel het welbevinden van een revalidant als het fysieke behandelresultaat. Het welbevinden van de revalidant is bij deze studie gemeten met de “Spiritual-wellbeing Scale” (Ellison, 1983).

Als er een verband is tussen zich verbonden voelen met een hogere macht en de resultaten van een revalidatie zou die wijze van coping een speciaal aandachtspunt voor de geestelijk verzorger moeten zijn. Dit uiteraard naast alle andere vormen van begeleiding.

Een dergelijke manier van resultaat gericht werken past in de tijdsgeest van diagnose-behandel-combinaties (DBC's) en het verantwoordelijk van de eigen inzet. Deze context is dan ook mede de aanleiding voor dit onderzoek.

Dit onderzoek wil inzicht geven in de religieuze coping van de revalidanten, in het bijzonder gerelateerd aan het ervaren van een band met een hogere macht. Door kennis te verzamelen over deze verbinding kan de geestelijk verzorger betere begeleiding geven.

Dat zou, volgens Waldron-Perrine, moeten leiden tot betere resultaten van het revalidatieproces.

De onderwerpen van studie zijn de sociale en religieuze kenmerken van de revalidant, de religieuze coping van de revalidant en de invloed van deze religieuze coping op de uitkomsten van het revalidatieproces.

Religie is pas van belang als deze, in de vorm van religieuze coping, rechtstreeks te betrekken is op de revalidatie. Religie werkt dan als stress-buffer en niet als main-effect. Op basis van de eerder genoemde Amerikaanse studie, is de betekenis die een verbinding met een hogere macht heeft voor de revalidant bij de religieuze coping, van belang om te onderzoeken.

2 Theoretische en maatschappelijke relevantie

De studie betekent een uitbreiding van de bestaande kennis over religieuze coping binnen Nederlandse zorginstellingen, zoals die nu onderzocht is in een GGZ-instelling (Pieper & Van Uden, 2000), psychiatrische kliniek (Pieper & Van Uden, 2001), TBS kliniek (Pieper, 2006-1) en een verpleeg/verzorgingshuis (Pieper & Van Uden, 2006-2). Ook levert het een bijdrage aan verdere inzichten over de functie en betekenis van het hebben van een persoonlijke band met een hogere macht.

Door goede economische omstandigheden en een verbeterde kwaliteit van de curatieve en preventieve gezondheidszorg neemt de gemiddelde levensduur in het westen toe. Dit vergroot de kans op ziektes gerelateerd aan ouderdom, zoals een CVA en daarmee het aantal revalidanten. Ook neemt door een toenemend aantal behandelmethodes het aantal personen dat gebruik maakt van een revalidatiecentrum toe.

Onderzoek naar factoren die het lichamelijke, psychische, sociale en spirituele welzijn van revalidanten optimaliseren of stabiliseren zijn dan ook van groot belang. Het zou kunnen leiden naar een kortere behandelduur, betere behandelresultaten en lagere kosten.

3 Probleemstelling

In het genoemde onderzoek van Waldron-Perrine wordt een sterke positief verband gevonden tussen religieuze coping in de vorm van het zich verbonden voelen met een hogere macht en de resultaten van een revalidatie na een traumatische hersenbeschadiging. Revalidanten die een persoonlijke band met een hogere macht hebben, zijn meer tevreden over hun leven en ook hun functionele capaciteiten zijn hoger. Dit Amerikaanse onderzoek is uitgevoerd onder 88 revalidanten 1 tot 20 jaar na beëindiging van hun revalidatie.

Binnen deze master scriptie is het niet mogelijk de uitkomsten op vergelijkbare manier te verifiëren voor de Nederlandse situatie. Wat in dit onderzoek wel gemeten kan worden is een verbinding met een hogere macht zoals deze door een revalidant ervaren wordt. En de invloed die dit heeft op het welbevinden van een revalidant tijdens het revalidatieproces zelf.

Uit eerder onderzoek naar bijvoorbeeld het verwijderen van hersentumoren blijkt dat de locatie van de beschadiging in de hersenen van invloed is op de spiritualiteit van de patiënt (Saver & Rabin, 1997). Dit zou ook bij revalidanten met een hersenbloeding of infarct zo kunnen zijn. Het is daarom interessant om te weten of er verschil is in religieuze coping tussen revalidanten met een neurologische aandoening en andere revalidanten. Mogelijk kan ook de locatie van de aandoening nog verschil maken.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

- Ervaren revalidanten een verbinding met een hogere macht tijdens hun revalidatieproces?
 - 1.1. Wat is de religieuze/spirituele achtergrond van de revalidanten?
 - 1.2. Welk gedeelte van de revalidanten ervaart een verbinding met een hogere macht en wat zijn de kenmerken van deze verbinding?
- Is er een verband tussen het ervaren van een verbinding met een hogere macht en het welbevinden van een revalidant?
 - 2.1. In hoeverre en op welke manier betreft een revalidant een verbinding met een hogere macht bij de omgang met het revalidatieproces?

- 2.2. Is het welzijn van revalidanten die een verbinding met een hogere macht betrekken bij hun revalidatie beter dan andere revalidanten, zowel in religieus/existentieel welbevinden als in de zin van levensvervulling?
- 2.3. Hebben revalidanten met een verbinding met een hogere macht beter herstel van hun functionele capaciteiten?
- 2.4. Is er verschil in religiositeit, religieus welbevinden of religieuze coping tussen revalidanten met een neurologische aandoening en de overige revalidanten?

4 Procedure van het onderzoek

Er wordt begonnen met een literatuurstudie, waarin de stand van zaken wordt opgemaakt van de wetenschappelijke kennis van revalidatie in samenhang met religieuze coping.

Het empirisch deel zal een kwantitatief onderzoek omvatten naar het ervaren van een persoonlijke band door een revalidant met een hogere macht, het betrekken daarvan bij het coping proces en de effecten van dit religieuze coping proces op het welzijn.

II. Literatuur onderzoek

5 Revalidatie in Nederland

5.1 Revalidatiecentra

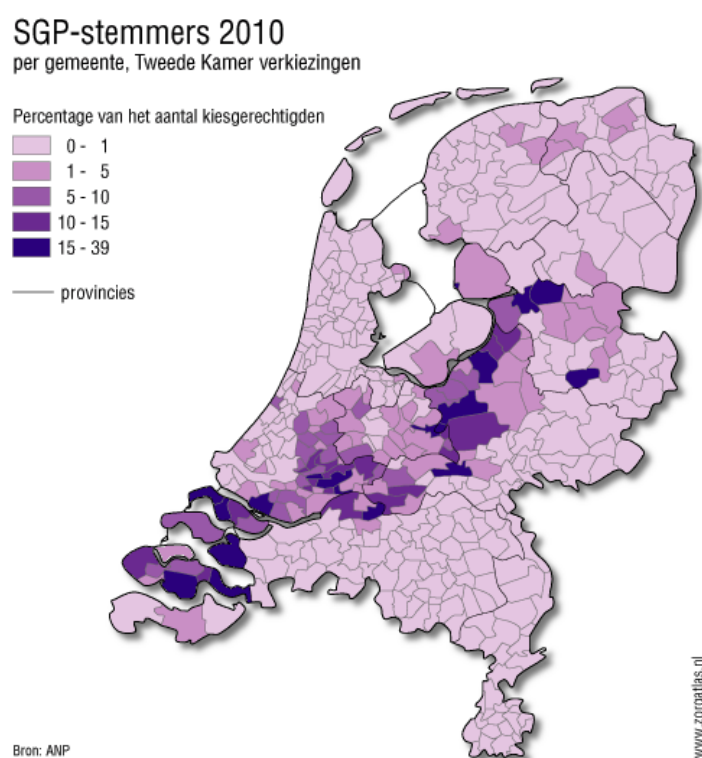
In 2009 telde Nederland 23 revalidatiecentra die geografisch verspreid over het land klinische en poliklinische zorg leveren.

	2005	2006	2007	2008	2009	% verandering 2008-2009
klinische opnamen	7.089	6.946	7.118	7.248	7.372	2%
verpleegdagen	482.336	483.272	474.787	470.958	471.732	0%

Het aantal klinische revalidanten neemt door de jaren langzaam toe maar het totaal aantal verpleegdagen daalt enigszins. Hierdoor is de gemiddelde verpleegduur van 68 dagen in 2005 nu 65 geworden (Revalidatie Nederland, 2009). Deze verpleegduur is sterk afhankelijk van de aandoening, waarbij neurologische aandoeningen doorgaans een flink langere behandeling vergen dan orthopedische.

Dit onderzoek beperkt zich tot de klinische populatie en deze zal in twee revalidatiecentra onderzocht worden, De Vogellanden in Zwolle en ViaReva in Apeldoorn.

De Vogellanden in Zwolle heeft 50 bedden ter beschikking voor klinische revalidatie aan volwassenen



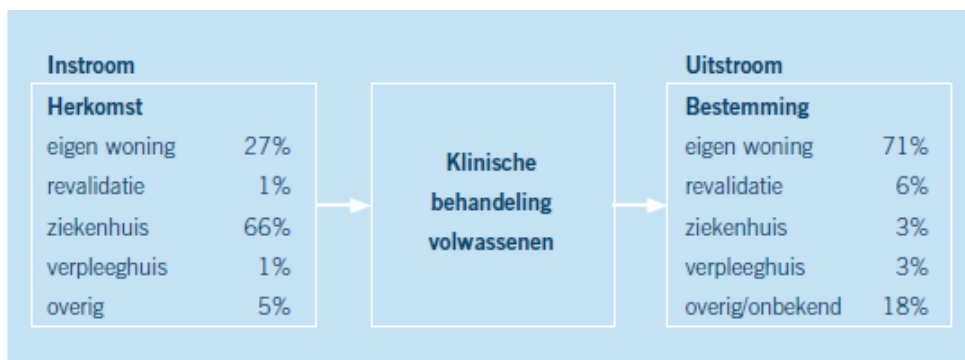
(www.vogellanden.nl) en bij ViaReva in Apeldoorn zijn 36 bedden beschikbaar (www.viareva.nl).

Verder zijn beide centra goed vergelijkbaar wat betreft de ligging in een kleinere stad (Apeldoorn 155.000 inwoners, Zwolle 120.000) en de sociaal religieuze omgeving aan de rand van de bible-belt. Dit laatste kan geïllustreerd worden aan de hand van het percentage SGP stemmers bij de Tweede Kamerverkiezingen van 2010 (ANP, www.zorgatlas.nl). Dit maakt dat in de vragenlijsten een enigszins christelijke invulling van religie gerechtvaardigd is.

5.2 Revalidanten

In de genoemde revalidatiecentra worden volwassenen vanaf 18 jaar klinisch en zowel volwassenen als kinderen poliklinisch behandeld. Dit onderzoek richt zich op de klinische revalidanten omdat de klinische fase de meest acute fase is. Hierin vindt de omslag plaats van veelal gezond verleden naar het besef van de blijvende gevolgen na de opname.

Van de opgenomen volwassenen komt 66% uit een ziekenhuis en 27% van huis. Na ontslag gaat de overgrote meerderheid (71%) terug naar de eigen woonomgeving geworden (Revalidatie Nederland, 2009).

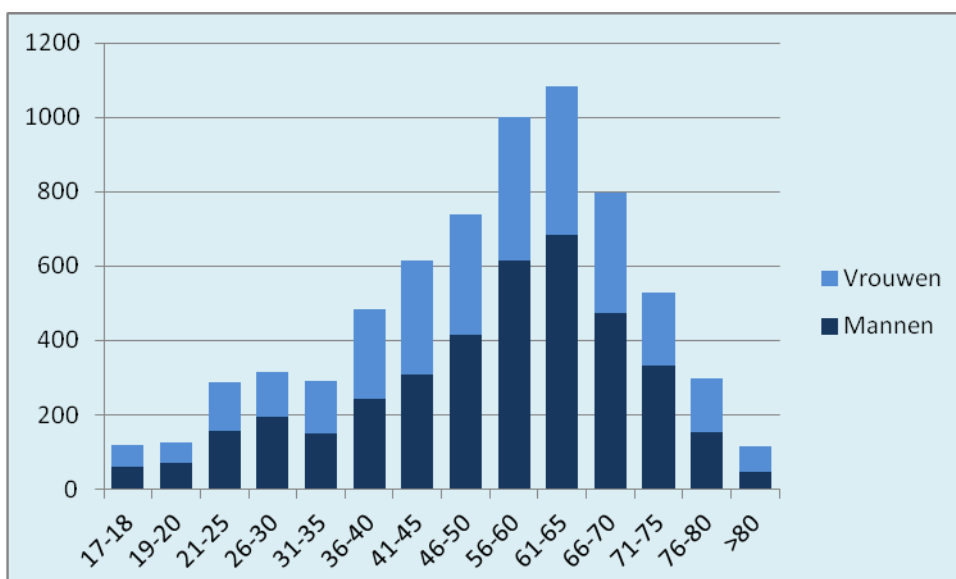


Bron: Revalidatie Databank

De meeste revalidanten krijgen na ontslag uit de klinische behandeling een poliklinische (na)behandeling. Poliklinische revalidatiezorg wordt voornamelijk gegeven aan mensen in de thuissituatie, verpleeghuizen verzorgen veelal zelf reactivering en revalidatie.

De Vogellanden in Zwolle behandelt 238 klinische revalidanten per jaar (www.vogellanden.nl) en ViaReva heeft 150 klinische opnames per jaar (www.viareva.nl).

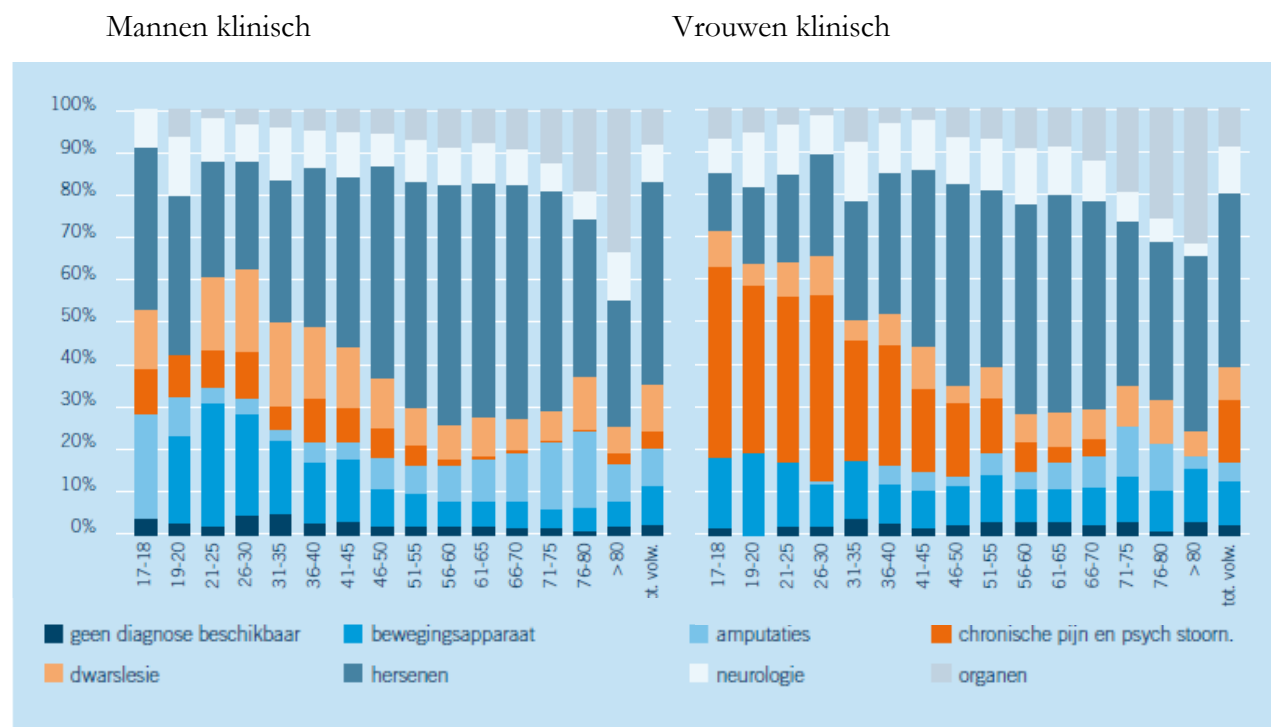
De leeftijdsverdeling in aantal klinische revalidanten, landelijk is 56% van hen man.



Bron: Revalidatie Databank

5.3 Aandoeningen

De meeste patiënten worden behandeld voor hersenaandoeningen. Daarna volgen aandoeningen aan het bewegingsapparaat en chronische pijn. Er zijn bepaalde patronen zichtbaar op basis van leeftijd en geslacht. Zo komen hersenaandoeningen en amputaties relatief veel voor bij jongens en mannen, terwijl bij jonge vrouwen chronische pijn en psychische stoornissen relatief veel voorkomen (Revalidatie Nederland, 2009).



Bron: Revalidatie Databank

Als de percentages uit bovenstaande tabel uitgezet worden tegen het werkelijke aantal revalidanten per leeftijdscategorie blijkt dat revalidanten met hersenaandoeningen veruit de grootste groep binnen de klinische populatie vormen.

5.4 Behandelresultaten CVA

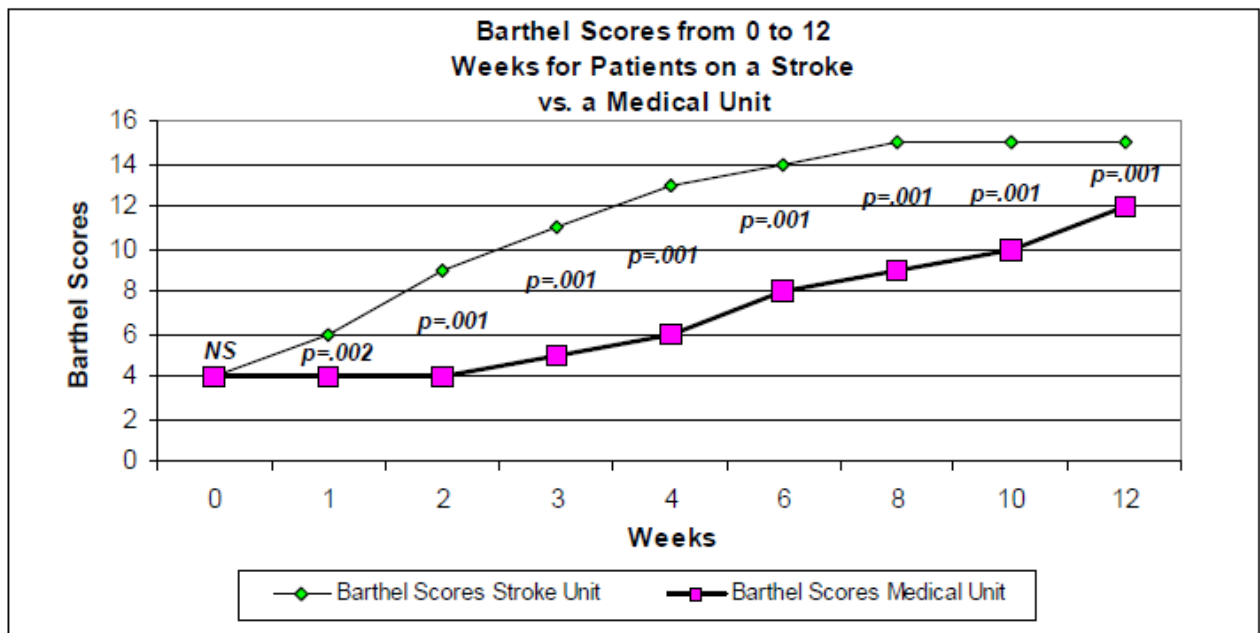
In een Engels onderzoek is voor 146 revalidanten met een CVA gekeken wat het effect van de revalidatie is op de kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven wordt gemeten met de Barthel score wat een objectieve maat is voor de zelfstandigheid, zie ook 9.2.1 Objectief: Barthel Index.

Het doel van het onderzoek was het meten van het effect van een speciale stroke unit. Uit de grafiek blijkt duidelijk dat een stroke unit een veel sneller herstel geeft dan een gewone medische afdeling.

Over het uiteindelijke resultaat na langere tijd valt op basis hiervan niets te zeggen. Wel kan geconcludeerd worden dat de gemiddelde CVA patiënt volledig hulpbehoevend een revalidatiecentrum binnenkomt en redelijk zelfstandig het centrum weer verlaat (Kalra, 1994).

Interpretatie van de Barthel score:

- 0 - 4 : volledig hulpbehoevend
- 5 – 9 : ernstig hulpbehoevend
- 10 – 14: heeft wel hulp nodig maar doet ook veel zelf
- 15 – 19: redelijk tot goed zelfstandig
- 20 : volledig zelfstandig in basale ADL en mobiliteit



De gemiddelde opnameduur in Nederland is 65 dagen. Bij een momentopname zoals bij dit onderzoek heeft er gemiddeld ongeveer de helft van het herstel plaatsgevonden. De meeste revalidanten komen na ongeveer 2 weken in het centrum. Voor een CVA is de start score dan 9, na 10 weken behandelen wordt een score van 15 bereikt. Er wordt dus een gemiddelde verbetering tijdens de revalidatie verwacht van 6 punten. De momentane waarde van een populatie revalidanten zal ongeveer 12 zijn.

Door de grote variatie in orthopedische problemen is het niet mogelijk hiervoor een vergelijkbare grafiek te maken.

6 Religiositeit

6.1 Definitie van religie

In de theologie, filosofie, sociologie en psychologie zijn verschillende definities bedacht voor het begrip religie. Deze kunnen worden ingedeeld in drie groepen: essentialistische, functionele en fenomenologische definities.

Essentialistische definitie

Deze definities proberen religie te beschrijven vanuit haar essentie door aan te geven wat religie is. Bijvoorbeeld met termen als het onbereikbare, het onvoorstelbare, het transcendente. Het blijkt echter niet mogelijk om een essentialistische definitie te vinden die alle geaccepteerde vormen van religie beschrijft. Een essentialistische definitie verplaatst het probleem ook door het woord religie te vervangen door een filosofische abstractie zoals: 'het onvoorstelbare.

Functionele definitie

In de functionele definitie wordt omschreven hoe religie functioneert in de samenleving. Sigmund Freud (1927) bijvoorbeeld ziet religie als invulling van de behoefte aan bescherming in verband met de wisselvalligheden van het bestaan. Durkheim noemt vier functies van religie voor het functioneren van de samenleving (Durkheim, 1976). Ten eerste zorgt religie voor sociale cohesie. Religie bindt mensen samen door gemeenschappelijke symbolen, waarden en normen. Ten tweede zorgt religie voor sociale controle en cohesie. Een samenleving gebruikt religie om te zorgen dat mensen zich aan regels houden. Ten derde zorgt religie voor doel en betekenis in het leven, vooral bij geboorte, huwelijk en overlijden. Ten slotte geven rituelen mensen het gevoel ergens bij te horen, wat hun gevoel van eigenwaarden versterkt en helpt bij het oplossen van problemen.

Functionele definities zijn echter problematisch, omdat ze vanuit een extern perspectief zijn geschreven. Een religieuze persoon herkent zich vaak niet in dit soort definities. Zo geven functionele definities vaak een reductionistisch beeld van de rol die religie speelt in het eigen leven. En essentialistische definities proberen het begrip religie zelf te vereenvoudigen.

Een meer psychologische versie van een functionele definitie is "a search for significance in ways related to the sacred" (Pargament, 1997).

Fenomenologische definities

De fenomenologie van de religie probeert het definitie probleem te omzeilen door een opsomming te geven van de fenomenen die alle religies gemeenschappelijk hebben. Smart omschrijft religie als een “verzameling van geïnstitutionaliseerde rituelen van een groep mensen die verbonden zijn met een traditie en die spirituele sentimenten met een buitenmenselijke focus uitbeelden of oproepen en tenminste ten dele gebaseerd zijn op mythologie en/of doctrines” (Smart, 2003).

De fenomenologische definitie heeft als groot voordeel dat hierdoor religie in al haar aspecten kan worden ontleed en bestudeerd. Het is een definitie die vooral door sociologen en door de meeste godsdienstwetenschappers wordt gehanteerd.

Onderzoeksdefinitie

In het licht van dit onderzoek gebruik ik de fenomenologische definitie van religie. Deze laat de complexiteit van religie tot zijn recht komen en maakt de beleving van de religieuze mens zichtbaar.

(gedeeltelijk ontleend aan http://nl.wikipedia.org/wiki/Religie#Definities_van_religie)

6.2 Meten van religiositeit

De Duke University Religion Index (DUREL) meet met 5 vragen de mate van religieuze betrokkenheid. Het bekijkt de drie belangrijkste dimensies van religiositeit: georganiseerde religieuze activiteit, persoonlijke religieuze activiteit en intrinsieke religiositeit (of subjectieve religiositeit). De DUREL meet elk van deze dimensies in een aparte "subschaal". De correlaties met fysiek en mentaal welbevinden moeten per subschaal geanalyseerd worden.

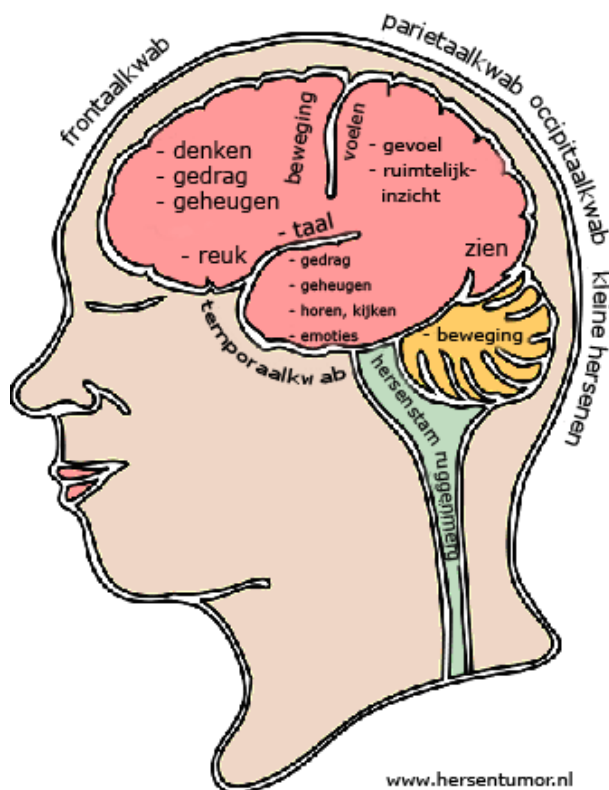
De totale schaal heeft een hoge test - hertest betrouwbaarheid (correlatie = 0,91) en een hoge interne consistentie (Cronbach's alpha's = 0,78-0,91). Een grote samenhang met andere meetmodellen van religiositeit is aangetoond door verschillende onafhankelijke onderzoeken.

Subschaal 1 vraagt naar de frequentie van het bijwonen van religieuze diensten. Subschaal 2 vraagt naar de frequentie van religieuze privé activiteiten. Subschaal 3 bestaat uit drie vragen om een beeld te krijgen van de intrinsieke religiositeit (Koenig & Büssing, 2010).

7 Neurologie en religie

Omdat revalidanten met hersenbeschadigingen de grootste groep vormen binnen de centra is de samenhang van de hersenen en de beleving van religie en spiritualiteit van belang.

Spirituele gevoelens nemen toe bij een deel van de mensen bij wie een hersentumor operatief is verwijderd. Dat is geen psychologische reactie op het overleven van de operatie: het gebeurt alleen als de tumor op een specifieke plek achter in de hersenen zit en als daar dus hersenweefsel is weggesneden (Urgesi et al, 2010). De Italianen onderzochten 88 mensen bij wie verschillende soorten hersentumoren operatief werden verwijderd. Mensen bij wie de tumor ofwel onderin de linker pariëtaalkwab, ofwel in de rechter gyrus angularis (vlakbij de pariëtaalkwab) had gezeten, scoorden na de operatie significant hoger op de vragen naar spiritualiteit dan voor de operatie.



In de pariëtaalkwabben wordt zintuiglijke informatie geïntegreerd en informatie verwerkt over waar de eigen lichaamsdelen zich bevinden. Als deze hersengebieden niet goed meer werken, doordat er zoals in dit geval weefsel is verwijderd, kunnen mensen spirituele ervaringen krijgen. Bijvoorbeeld hun beleving verandert als het gaat om waar en hoe het eigen lichaam zich in de ruimte bevindt, schrijven de onderzoekers.

De onderzoekers denken dat de spirituele verandering na de operatie langdurig is, omdat mensen met een teruggekeerde tumor achter in de hersenen nog steeds erg spiritueel waren, maar na verwijdering daarvan niet nog spiritueler werden.

In een andere studie werden 26 personen met een traumatische hersenbeschadiging onderzocht (Johnstone et al, 2008). Daarbij bleek spiritualiteit significant negatief gecorreleerd met activiteit in de rechter pariëtaalkwab. Er was ook een positieve, niet significante, correlatie met activiteit in de linker pariëtaalkwab. Er bleek geen verband te bestaan met activiteiten in de frontaalkwab. Het onderzoek ondersteunt daarmee een neuro-psychologisch model dat spirituele ervaringen gerelateerd zijn aan een verminderde activiteit van de rechter pariëtaalkwab. Deze verminderde activiteit leidt tot een verminderd besef van het zelf wat vervolgens zorgt voor toenemende transcendente ervaringen (een gevoel van universele verbondenheid en het verminderen van het bewustzijn van het zelf). Een verhoogde activiteit van de linker pariëtaalkwab wordt gekoppeld aan het ervaren van specifieke religieuze archetypes, zoals religieuze figuren en symbolen.

Op basis van dit soort onderzoeksresultaten kan in ieder geval gezegd worden dat hersenbeschadigingen invloed hebben op de ervaring en beleving van spiritualiteit en religie.

8 Verband tussen religie en gezondheid

Religie en gezondheid worden op vele manieren met elkaar in verband gebracht. Pieper somt tien mogelijke verbanden op (Pieper, 2006-3). Religie kan invloed uitoefenen op zowel het lichaam, het gedrag, de psyche als de sociale relaties. De volgende verklaringen worden door hem genoemd:

1. Directe invloed op het biologische niveau. Mogelijke invloeden zijn: aanmaak van endorfine, versterking van het immuunsysteem, rustgevende invloed op het autonome zenuwstelsel en spierontspanning.
2. Gezondheidsgedrag en persoonlijke levensstijl. Religieuze betrokkenheid en leven binnen een geloofsgemeenschap kan gedrag promoten dat de kans op ziekte verkleint. Risicovol gedrag (drugsgebruik, seksuele promiscuïteit) wordt ontmoedigd. Ook onderstrepen veel religieuze gemeenschappen het belang van trouw en stabiele intieme relaties.
3. Gevoel van eigenwaarde. Religieuze betrokkenheid kan het gevoel van eigenwaarde, het gevoel waardevol te zijn en competent zijn te verhogen. Religieuze mensen ontwikkelen een persoonlijke band met God. Dit kan leiden tot het gevoel uitverkoren te zijn of op zijn minst geliefd te zijn, de moeite waard te zijn voor God.

4. Gevoel van controle. Religie kan het gevoel van controle te hebben over het leven versterken, ook via de invloed die God kan uitoefenen. Dit gevoel van controle is zeer essentieel voor het voorkomen van vooral depressiviteit.
5. Religie als zingevingskader. Religie verschaft het individu een eenduidig en goed geïntegreerd zingevingskader dat ervoor is toegerust om moeilijk te plaatsen gebeurtenissen van een verklaring voorzien.
6. Religie als coping mechanisme. Positieve effecten van religie op gezondheid kunnen pas plaatsvinden als de algemene religiositeit van de betrokkene kan worden omgezet in concrete religieuze coping activiteiten ten aanzien van een gebeurtenis.
7. Invloed op de emotie huishouding. Ritueel gedrag, zowel privé (bidden) als openbaar (bv. bedevaart), kan invloed hebben op de emoties. Enerzijds kunnen er geblokkeerde emoties worden losgeweekt, anderzijds kunnen overweldigende emoties binnen het ritueel gekanaliseerd worden.
8. Positief denken. Religie kan een vorm van hoop bieden. Hierbij kan het placebo-effect een rol spelen waarbij het zelfgenezend vermogen van de mens maximaal wordt aangesproken.
9. Sociale ondersteuning en sociale integratie. Een integratie in, en ondersteuning van een sociale groep is een levensvoorwaarde voor de meeste mensen. Geloofsgemeenschappen bieden die sociale banden, dat contact en die ondersteuning.
10. Alternatieve verklaringen. Er zijn dubbel blind onderzoeken met als uitkomst dat bidden voor patiënten werkt. De tot nu toe behandelde mechanismen zijn ontoereikend ter verlichting, immers geen van de onderzochten wist of er voor hem gebeden werd. Aanvaarding van de conclusie dat God heeft ingegrepen leidt tot interessante bespiegelingen over de werkwijze van God. Hij zou dan de controle groep in de steek laten ten gunste van de experimentele groep.

Voor dit onderzoek beperken we ons tot het onderzoeken van de invloed van religie op welzijn als coping mechanisme. Waarbij gekeken wordt of er samenhang is tussen religieuze coping en het subjectieve of objectieve welbevinden van een revalidant. Zie verder in hoofdstuk 10 Religieuze coping.

9 Welbevinden

9.1 Definitie van kwaliteit van leven

Bij kwaliteit van leven is in eerste instantie de aandacht uitgegaan naar lichamelijk functioneren. De focus op het lichamelijk functioneren alleen bleek te beperkt. In aansluiting op de definitie van gezondheid van de WHO is de aandacht verschoven naar de invloed van ziekte op zowel het lichamelijk, psychologisch als het sociaal functioneren van patiënten. Kan iemand nog trappenlopen, boodschappen doen of heeft iemand nog sociale contacten?

Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven is beperkt tot het lichamelijke, psychologische en sociale domein. Kwaliteit van leven is echter een breder begrip, waarbij het niet alleen gaat om het functioneren, maar ook om wat iemand van zijn of haar functioneren vindt. Hoe erg is het om niet meer trap te kunnen lopen, of hoe tevreden is iemand met de steun die geboden wordt. Waardoor het ook andere domeinen dan het lichamelijke, psychologische en sociale domein omvat, zoals sociale context of spiritualiteit (De Vries & Roukema, 2011).

Kwaliteit van leven bestaat dus uit zowel relatief objectieve als uit subjectieve aspecten. Veel van de essentiële kanten van de kwaliteit van ons dagelijks leven zijn moeilijk objectief te meten. De wetenschap meet kwaliteit bij het eindresultaat, maar belangrijke zaken zijn alleen van dichtbij en over een langere periode te ontdekken.

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen drie benaderingen van het concept 'kwaliteit van leven': de objectieve benadering, de subjectieve benadering en de gecombineerde benadering.

De objectieve benadering gaat uit van de objectieve meetbaarheid van de kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven is dan de mate waarin een individu beschikt over bijvoorbeeld een goede gezondheid of een bepaalde levensstandaard, volgens de normen van de maatschappij.

De subjectieve benadering gaat uit van subjectieve reacties van de persoon op de eigen levenservaringen. Dan bepalen de onderzochte individuen zelf wat de kwaliteit van hun bestaan is. Het gaat hier om de tevredenheid met het leven, zoals het individu die ervaart.

De gecombineerde benadering van 'kwaliteit van leven' bestaat uit het geobjectiveerde gezichtspunt van de samenleving samen met het subjectieve gezichtspunt van het individu. Deze leveren gecombineerd een beoordeling op van de kwaliteit van leven, maar ook levert de vergelijking van beide invalshoeken extra informatie op.

9.2 Het meten van kwaliteit van leven

9.2.1 *Objectief: Barthel Index en Northwick Park Dependency Scale*

In de revalidatie wordt het effect van de behandeling gemeten in de mate van zelfredzaamheid. Er wordt dan gekeken in hoeverre een revalidant Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) kan verrichten.

Barthel Index

De Barthel index is geïntroduceerd door Mahoney en Barthel en wordt nu veel gebruikt in de revalidatie. Het is een lijst van 10 vragen op grand waarvan de mate van zelfredzaamheid wordt uitgedrukt in de Barthel index op een schaal van 0 tot 20. Hoe lager de score hoe lager de zelfredzaamheid. Oorspronkelijk is deze ontwikkeld om de functionele mogelijkheden te meten en zo de benodigde verpleegzorg vast te stellen (Mahoney & Barthel, 1965). Daarna is deze index meer en meer ook gebruikt om de resultaten van een behandeling te meten (De Haan, 1993). De interne consistentie is heel hoog met een Cronbach's alpha coëfficiënt van 0.98 terwijl ook de betrouwbaarheid tussen verschillende waarnemers zeer hoog is met een Pearson's score van 0.89 tot 0.99 (Collin et al, 1988). Zie ook Bijlage C, Barthel index.

De lijst wordt ingevuld en gescoord door een hulpverlener, bijvoorbeeld de verpleging of een fysiotherapeut. Gedurende de opname en poliklinische behandeling wordt deze score regelmatig herhaald en kan zo een afspiegeling vormen van de vooruitgang. Het is een op fysiek functioneren gerichte beoordeling, zaken als geheugen- of spraakproblemen spelen hierbij een beperkte rol. Deze kunnen in het subjectief ervaren van een ziekte wel grote invloed hebben.

Voor dit onderzoek wordt de door de hulpverlener in het revalidatiecentrum bepaalde index overgenomen en worden niet de afzonderlijke vragen geanalyseerd. Hoewel daardoor geen inzicht is in de totstandkoming van de waarde, mag gezien het dagelijkse gebruik in een professionele omgeving, een correcte berekening verwacht worden.

Northwick Park Dependency Scale

Sommige revalidatie centra werken niet met de Barthel Index maar met de Northwick Park Dependency Scale. Deze meet niet de zelfstandigheid van een revalidant, maar de zorgzwaarte, hoeveel zorg heeft iemand nodig bij de ADL. Deze heeft een Cronbach's alpha van 0.87 tot 0.95 en een Pearson's score van 0,90-0,93 wat vergelijkbaar is met de Barthel Index (Siegert, 2010). Ook de wijze van invullen is vergelijkbaar.

Samenhang Barthel Index en Northwick Park Dependency Scale

Een onderzoek naar de vergelijkbaarheid van uitkomsten van de Northwick Scale en de Barthel Index (Turner-Stokes et al, 2010) kwam tot de volgende conclusies:

- “This study takes analysis of the relationship a step further by demonstrating that it is possible to derive a Barthel Index reliably from NPDS data – not only at the level of the total score, but also for each item.” (p 1117)
- “Very good levels of agreement are achieved when the two scores are recorded by the same rater.” (p 1119)

Op basis hiervan kunnen in dit onderzoek de twee als meetinstrument voor dezelfde objectieve zelfstandigheid gebruikt worden. De score is alleen omgekeerd en anders van schaal.

9.2.2 *Subjectief: Satisfaction with Life Scale*

De Satisfaction with Life Scale is ontworpen om iemands persoonlijke en algemene indruk weer te geven over de voldoening in het leven. Deze hangt af van de interpretatie van het eigen leven tegen de achtergrond van de eigen standaarden. Het is een lijst van 5 vragen die inzicht geeft in de verschillende invalshoeken van voldoening, zoals leven dicht bij mijn levensideaal of over de tevredenheid over het huidige leven.

Omdat deze schaal veel gebruikt wordt en er van revalidanten populaties resultaten beschikbaar zijn kunnen uitkomsten van onderzoeken onderling vergeleken worden.

Hoewel de schaal al oud is (Diener et al, 1985) is hij sindsdien niet veranderd.

Er zijn veel factoren van belang voor 'het goede leven' (bv. gezondheid, relaties) en individuen kennen verschillend gewicht toe aan deze componenten. Dit heeft geleid tot veel discussie over de meting van kwaliteit van leven en tevredenheid met het leven. De SWLS voorkomt controverse over welke factoren van belang zijn voor een 'goed leven', door iemand een globaal oordeel te laten geven over de tevredenheid met het leven. Het korte formaat van de SWLS betekent dat het met minimale extra tijdsinvestering kan worden opgenomen in een evaluatie vragenlijst of onderzoek. De Cronbach's alpha varieert van 0.79 tot 0.89 over verschillende studies en de test - hertest betrouwbaarheid over 2 maanden gaf een correlatie coëfficiënt van 0.82 (Parkinson, 2008).

9.2.3 *Combinatie objectief en subjectief scores*

Door zowel objectieve als subjectieve scores op te nemen in het onderzoek kan mogelijk de vraag naar onderlinge correlatie worden beantwoord (Zie onderzoeksvraag 2.2). Dit maakt het ook mogelijk de resultaten van andere vragen te correleren met zowel de objectieve als de subjectieve kwaliteit van leven.

9.3 Definitie van religieus en spiritueel welbevinden

Het bijzondere van de onderzoeksgroep is dat men meestal plotseling aangewezen is op verzorging en verpleging. Veelal is er sprake van een crisis met verlieservaringen: van gezondheid, mogelijkheden in werk en vrije tijd. Dit kan leiden tot vragen over de zin van het leven en zo kan ook het spirituele of religieuze referentiekader geactiveerd worden. Zowel religie als spiritualiteit zijn poging om religie te differentiëren van spiritualiteit zijn gericht op het sacrale, maar religie is daarnaast in een gemeenschap verankert en kent meer gedragsvoorschriften (Hill et al, 2000).

In een empirische studie zijn de definities religie en spiritualiteit onderzocht (Zinnbauer et al, 1997):

Religie wordt in verband gebracht met meer institutioneel zijn, religieuze orthodoxie, intrinsieke religiositeit, religiositeit van de ouders, zelfrechtvaardiging, en kerkbezoek..

Spiritualiteit wordt in verband gebracht met mystieke ervaringen, New Age overtuigingen en praktijken, een hoger inkomen, en slechte ervaringen met geestelijken.

In dit onderzoek is religieus welbevinden het hebben van een betekenisvolle relatie met een hogere macht. Existentieel welbevinden verwijst naar het meer algemene gevoel dat het leven betekenisvol is en een doel heeft. Beide zijn interpretaties van de eigen ervaring.

Spiritueel welbevinden kan dan gezien worden als leven met het gevoel van verbondenheid tussen zichzelf, de ander, de natuur of een hogere macht (Elkins et al, 1988).

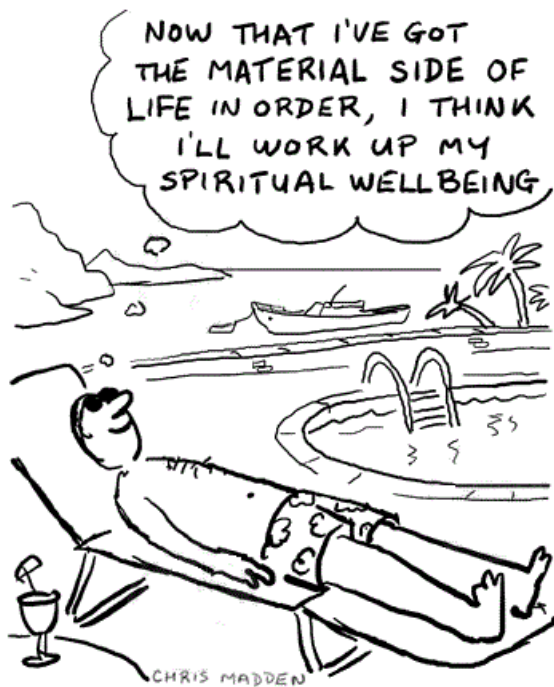
9.4 Het meten van spiritueel welbevinden

De Spiritual Well-Being Scale van Paloutzian en Ellison uit 1983 kan gebruikt worden om te meten in hoeverre mensen zich op spiritueel gebied voldaan voelen. Deze schaal bestaat uit twee delen: het religieus welbevinden en het existentieel welbevinden.

Het religieuze deel van de schaal gaat over de relatie met God (bv. 'Ik geloof dat God van mij houdt en om mij geeft') en kan ook gebruikt worden om de verbinding met de hogere macht te meten. Het existentiële deel gaat over het al dan niet ervaren van zin in het leven (bv. 'Ik geloof dat mijn leven duidelijk een doel heeft'). Deze twee scores geven samen de subjectieve ervaring van het spiritueel welbevinden aan.

Hoewel de schaal spiritualiteit zegt te meten is het door de formulering van de vragen toch nogal christelijk georiënteerd en herkennen andere religies zich mogelijk niet in de vragen.

De schaal lijkt te meten wat bedoeld is. Factor analyses leveren combinaties op die overeenkomen met de twee subschalen, Religieus Welbevinden (RWB) en Existentieel Welbevinden (EWB). Op basis van gegevens van meer dan 900 respondenten in zeven studies is er een Cronbach's alpha die varieerde 0,82 - 0,94 voor RWB, 0,78 - 0,86 voor EWB en 0,89 tot 0,94 voor de hele schaal (SWB)



© Chris Madden, www.chrismadden.co.uk

In vier opeenvolgende meetmomenten (1 -, 4 -, 6 - en 10-weekse interval) varieerde de test - hertest betrouwbaarheid van 0.88 - 0.99 voor RWB, 0.73-0.98 voor EWB en 0,82 - 0,99 voor de SWB.

De normatieve gegevens van verschillende religieuze groepen (veelal christelijke) varieerde 34 tot 56 voor RWB, 46-53 voor de EWB en 82-109 voor de SWB (de minimum score per subschaal is 10, het maximum is 70). De gemiddelde scores voor poliklinische patiënten op RWB, EWB en SWB zijn: 51, 48 en 99. De schaal kan een nuttig instrument zijn voor het identificeren van degenen die met geestelijke nood of gebrek aan welzijn kampen (Parkinson, 2008)

9.5 Het welbevinden van een revalidant

Het welbevinden van een revalidant bestaat, voor dit onderzoek, daarmee uit vier componenten:

1. De objectief gemeten zelfredzaamheid (fysieke welbevinden)
2. De subjectieve tevredenheid met het leven
3. Het subjectieve religieus welbevinden
4. Het subjectieve existentieel welbevinden

Door het zoeken naar verbanden tussen religie, objectieve zelfredzaamheid, de subjectieve tevredenheid met het leven en het subjectieve spirituele welbevinden kan vastgesteld worden welke invloed religie en religieuze coping hebben op iemands leven en het behandelresultaat.

10 Religieuze coping

10.1 Definitie religieuze coping

Religieuze coping is iemands manier om, zowel in positieve als negatieve zin, betekenis te geven aan stressvolle gebeurtenissen waarbij religieus geloof, handelingen of bronnen betrokken worden.

Religieuze coping is een reactie om waardes die bedreigd worden om te zetten in versterking van betekenis. Ofwel door te behouden ofwel te transformeren. Vaak gebeurt dit pas als andere methodes van coping niet blijken te werken.

Er zijn drie verschillen benaderingen ten aanzien van verantwoordelijkheid en controle in religieuze coping (Pargament, 1997):

1. De zelfsturende benadering, waarbij mensen op zichzelf steunen in coping, in plaats van op God
2. De uitstellende (aarzelende) benadering, waarbij de verantwoordelijkheid voor coping passief wordt verlegd naar God.
3. De samenwerkingsbenadering, waarin een persoon en God allebei actieve partners zijn in coping.

Voor veel psychologen is religie een methode om persoonlijke stabiliteit te behouden in tijden van verlies, dood gerelateerde angsten en schuld. Religie valt niet samen met coping maar is zelf wel een vorm van zoeken naar betekenis. Meer specifiek in relatie met het hogere, het transcendente, met God. In tijden van stress kunnen mensen kracht of juist ballast vinden in hun religieuze achtergrond. Mensen kunnen volharden in hun geloof of nieuwe vormen van geloof vinden, geloofswaarheden of geloofsleven te herwaarderen of zich aan een geheel nieuwe manier van geloof over te geven. Anderen worden juist van hun geloof weggedreven (Pargament, 1997).

Religieuze coping kan zowel positief als negatief van aard zijn. Bij positieve religieuze coping methodes is er sprake van een veilige band met een hogere macht, een gevoel van spirituele verbondenheid met andere gelovigen en een positieve kijk op de wereld.

Bij negatieve religieuze coping is er sprake van onderliggende spirituele spanning en strijd van binnen, met andere gelovigen en met het heilige (Pargament et al, 2011).

10.2 Het meten van religieuze coping

10.2.1 Brief RCOPE

De brief RCOPE bestaat uit 14 vragen om religieuze coping met ingrijpendere gebeurtenissen te meten. Hij is ontwikkeld uit Pargament's theorie en onderzoek over religieuze coping. De vragen zijn tot stand gekomen op grond van interviews met mensen die een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt hadden. Uit analyse van antwoorden op de oorspronkelijke langere versie, de RCOPE, zijn de zeven bepalende vragen voor positieve en zeven voor negatieve coping genomen. Veel verschillende studies bevestigen de consistentie en de validiteit van de subschalen. Vooral de negatieve sub-schaal geeft duidelijke voorspellingen over gezondheid gerelateerde resultaten.

De Brief RCOPE heeft aangetoond een nuttig instrument te zijn voor onderzoek en praktijk in de psychologie van de religie en spiritualiteit (Pargament et al, 2011).

10.2.2 Vertaling van de Brief RCOPE

Van de Brief RCOPE is geen gevalideerde Nederlandse vertaling voorhanden. In eerdere onderzoek (Pieper & Van Uden, 2012) is een vertaling gebruikt van een deel van de originele RCOPE lijst. Voor dit onderzoek is deze vertaling als uitgangspunt gebruikt en verder aangevuld en verfijnd.

	Item formulering Pargament	Vertaling
1.	looked for a stronger connection with God	streef ik naar een sterkere band met God
2.	sought God's love and care	zoek ik Gods liefde en zorg
3.	sought help from God in letting go of my anger	zoek ik hulp bij God om mijn boosheid los te kunnen laten
4.	tried to put my plans into action together with God	probeer ik samen met God het probleem aan te pakken
5.	tried to see how God might be trying to strengthen me in this situation	probeer ik te zien hoe God mij mogelijk ondersteunt in deze situatie
6.	asked forgiveness of my sins	vraag ik vergeving voor mijn fouten
7.	focused on religion to stop worrying about my problems	concentreer ik me op mijn geloof om te kunnen stoppen met piekeren
8.	wondered whether God had abandoned me	vraag ik me af of God mij misschien verlaten heeft
9.	felt punished by God for my lack of devotion	voel ik mij gestraft door God vanwege mijn gebrek aan toewijding
10.	wondered what I did for God to punish me	vraag ik mij af wat ik gedaan heb dat God mij straft
11.	questioned God's love for me	zet ik vraagtekens bij Gods liefde voor mij
12.	wondered whether my church had abandoned me	vraag ik mij af of mijn gemeente/kerk mij in de steek heeft gelaten
13.	decided the devil made this happen	concludeer ik dat dit door toedoen van het kwade/de duivel is gebeurd
14.	questioned the power of God	twijfel ik aan de macht van God

10.2.3 Coping methode en religieuze functie van de Brief RCOPE

Brief RCOPE vragen staan in relatie tot een religieuze/spirituele coping methode en de achterliggende religieuze functie daarvan (Pargament et al, 2000).

	Brief RCOPE	Religieuze coping methode	±	Religieuze functie
1.	streef ik naar een sterkere band met God	Spirituele band - het ervaren van een verbinding met het transcendente	+	troost en nabijheid krijgen van God
2.	zoek ik Gods liefde en zorg	Zoeken van spirituele ondersteuning - het zoeken van troost en geruststelling	+	troost en nabijheid krijgen van God
3.	zoek ik hulp bij God om mijn boosheid los te kunnen laten	Religieuze vergeving - zoeken van hulp bij het omzetten van boosheid	+	acceptatie en transformatie van het leven
4.	probeer ik samen met God het probleem aan te pakken	Samenwerken - controle krijgen door samenwerking met God	+	controle krijgen
5.	probeer ik te zien hoe God mij mogelijk ondersteunt in deze situatie	Welwillende herwaardering - religieus herdefiniëren van gebeurtenis als mogelijk heilzaam	+	zingeving
6.	vraag ik vergeving voor mijn fouten	Religieuze zuivering - zuivering door religieuze activiteiten	+	troost en nabijheid krijgen van God
7.	concentreer ik me op mijn geloof om te kunnen stoppen met piekeren	Religieuze aandacht - deelname aan religieuze activiteiten om aandacht te verleggen	+	troost en nabijheid krijgen van God
8.	vraag ik me af of God mij misschien verlaten heeft	Spirituele teleurstelling - uiten van verwarring en teleurstelling over de band van God	-	troost en nabijheid krijgen van God
9.	voel ik mij gestraft door God vanwege mijn gebrek aan toewijding	Straffende God - herwaardering van gebeurtenis als een straf van God voor een zonde	-	zingeving
10.	vraag ik mij af wat ik gedaan heb dat God mij straft	Straffende God - herwaardering van gebeurtenis als een straf van God voor een zonde	-	zingeving
11.	zet ik vraagtekens bij Gods liefde voor mij	Spirituele teleurstelling - uiten van verwarring en teleurstelling over de band van God	-	troost en nabijheid krijgen van God
12.	vraag ik mij af of mijn gemeente/kerk mij in de steek heeft gelaten	Inter-persoonlijk teleurstelling - uiten van verwarring en teleurstelling over de kerk en leden daarvan	-	intimiteit van anderen krijgen en nabijheid van God
13.	concludeer ik dat dit door toedoen van het kwade/ de duivel is gebeurd	Herwaardering van het kwade - herdefiniëren van de gebeurtenis als daad van het kwade	-	zingeving
14.	twijfel ik aan de macht van God	Herwaardering van Gods macht - herdefiniëren van Gods macht om gebeurtenissen te beïnvloeden	-	zingeving

Uit het Amerikaanse onderzoek naar de relatie tussen religieuze coping en revalidatieresultaat en bleek vooral het hebben van een persoonlijke band met een hogere macht een positieve correlatie te hebben met het revalidatieresultaat (Waldron-Perrine, 2010). Dit suggereert een verband tussen objectief/subjectief welbevinden en een persoonlijke band met God. Die persoonlijke band zou gezien kunnen worden als de religieuze functie “nabijheid van God” zoals Pargament die definieert. De inzet van die band als religieuze coping wordt dan gemeten door de vragen 1, 2, 6, 7, 8, 11 en 12 van de Brief RCOPE.

Zie ook hoofdstuk 8 Verband tussen religie en gezondheid.

Een recent overzichtsartikel geeft een beeld van de betrouwbaarheid en validiteit van de Brief RCOPE (Pargament et al, 2011). Daaruit blijkt dat de Brief RCOPE een goede interne consistentie heeft over meerdere studies met heel uiteenlopende deelnemers. De mediaan Cronbach's alfa voor de positieve religieuze coping schaal was 0,92 in een range van 0,75 - 0,94. Alpha's voor de negatieve religieuze coping schaal waren over het algemeen lager dan die voor de positieve, variërend van 0,60 - 0,90 met een mediaan alfa van 0,81. De mate van positieve religieuze coping geeft scores tussen 2,5 en 2,9 en de negatieve tussen 1,2 en 1,9 met voor de laatste bij één studie een uitschieter naar 3,6.

Positieve religieuze coping correleert het sterkst en consistent met positieve psychologische constructen en spiritueel welzijn. Onderzoeken hebben ook de positieve relatie van de positieve religieuze coping aangetoond ten opzichte met psychisch, fysiek en sociaal welzijn. Positieve religieuze coping correleert slechts af en toe met negatief welzijn zoals depressie en een slechte gezondheid. In 35 gevallen van correlatie tussen positieve religieuze coping en welzijn leverde dat 16 positieve en significante en 19 niet-significante relaties.

De 29 gevallen waarin een negatief welzijn werd gecorreleerd met positieve religieuze coping leverde één positief en significant, zes negatieve en significante, en 22 niet-significante relaties. Dus terwijl hogere positieve religieuze coping is geassocieerd met meer welzijn, is er niet steeds een omgekeerd verband met slechter welzijn.

Negatieve religieuze coping correleert met slechter functioneren, zoals angst, depressie, PTSS symptomen, negatief affect en pijn. De 28 gevallen waarin een lager welzijn werd gecorreleerd met negatieve religieuze coping leverde 24 positieve en significante, één negatief en significant, en drie niet-significante correlaties op. De 31 gevallen waarin hoger welzijn werd gecorreleerd met negatieve religieuze coping leverde twee positieve en significante, 10 negatief en significant en 19 niet-significante correlaties op.

Hoewel negatieve religieuze coping over het algemeen wordt geassocieerd met tekenen van slechtere geestelijke en lichamelijke gezondheid, is het ook af en toe gecorreleerd met betere kwaliteit het leven.

11 Relatie tussen religieuze coping en welbevinden

11.1 Studies over de relatie tussen religieuze coping en existentieel welbevinden

Een recent artikel (Pieper & Van Uden, 2012) biedt een overzicht van de resultaten van vier studies in vier verschillende zorginstellingen naar het belang van religie en religieuze coping voor patiënten.

Over de periode van 1999 tot 2006 is onderzocht in hoeverre patiënten religieuze coping inzetten bij hun problemen en wat het effect daarvan is op hun welbevinden. Hiervoor zijn klinisch opgenomen patiënten en bewoners onderzocht. Er werd door een hoog percentage (50-74%) van de patiënten een positieve invloed van het geloof gerapporteerd en voor een klein percentage (4-16%) een negatieve invloed.

Het existentieel welbevinden van de onderzochten lag boven het midden van de schaal, waarmee men over het algemeen existentieel (enigszins) tevreden was.

Afhankelijk van de instelling waar het onderzoek gepleegd is was de correlatie met het existentieel welbevinden als volgt:

- voor een algemeen psychiatrische kliniek met positieve coping ($R=0,44$) en negatieve coping ($R=-0,45$)
- voor een Nederlands Gereformeerd psychiatrisch ziekenhuis met positieve coping ($R=0,59$) en negatieve ($R=-0,50$), naast een positieve correlatie ($R=0,62$) met religieus welbevinden (een maat voor algemene religiositeit).
- voor forensische psychiatrie met negatieve religieuze coping ($R=-0,42$)
- voor een verpleeghuis met religieus welbevinden ($R=0,50$)

Geconcludeerd werd dat positieve invloed van religie op het omgaan met problemen zich vertaalt in een beter existentieel welbevinden. Maar wanneer de negatieve invloed van religie op het omgaan met problemen meegenomen wordt bepaalt deze het welbevinden veel sterker dan de positieve. De negatieve invloed komt wel veel minder voor.

Naast op het existentieel welbevinden werd ook de invloed van religie en religieuze coping op de angstgevoelens van de patiënten onderzocht. De resultaten daarvan waren vergelijkbaar met die van het existentieel welbevinden. Dit zelf gerapporteerde angstniveau kan als een maat voor het psychologisch welbevinden gezien worden.

11.2 Studies over de relatie tussen religieuze coping en fysiek welbevinden

11.2.1 Inzet van religieuze coping en de relatie met gezondheidsrisico's

Bij Amerikaans een onderzoek werden 71 poliklinische patiënten met diabetes, 70 poliklinische patiënten met hartfalen en 97 klinische oncologie patiënten ondervraagd op de inzet van religieuze coping (Fitchett et al, 2004). Hierbij werd de Brief RCOPE gebruikt om de negatieve en positieve religieuze coping te meten. De conclusies waren:

- Leeftijd is omgekeerd evenredig met de negatieve religieuze coping scores (hoe ouder hoe minder negatieve religieuze coping)
- Degenen die minstens een keer per week een religieuze dienst bezochten hadden de laagste negatieve religieuze coping scores, terwijl degenen die zelden een dienst bezochten de hoogste scores hadden.
- Negatieve religieuze coping scores waren gecorreleerd met een hogere mate van emotionele stress en depressieve symptomen in alle drie de patiëntengroepen.
- Hogere niveaus van positieve religieuze coping stonden in verband met hogere niveaus van negatieve religieuze coping.

11.2.2 Religieuze worsteling en sterftecijfer

In een wat ouder onderzoek is over twee jaar gekeken naar de invloed van religieuze worsteling op het sterftecijfer van fysiek zieke, oudere, patiënten (Pargament et al, 2001). Er waren 596 klinische patiënten, van 55 jaar en ouder betrokken. Na twee jaar (1996-1997), waren er 176 overleden, 268 namen deel aan de follow-up, en 152 konden niet worden gevonden of weigerden om verder deel te nemen.

De Brief RCOPE werd gebruikt om de religieuze coping te beoordelen. Drie vragen van de lijst waren significant gecorreleerd met een verhoogd risico op overlijden, ook na correctie voor demografische omstandigheden, lichamelijke en geestelijke gezondheid:

- vraag ik me af of God mij misschien verlaten heeft
- zet ik vraagtekens bij Gods liefde voor mij
- concludeer ik dat dit door toedoen van de duivel is gebeurd

De totale invloed van de effecten die samenhangen met religieuze strijd was relatief klein (6% -10% verhoogd risico op overlijden), maar het effect bleef significant, ook na correctie voor een aantal versturende variabelen.

Het regelmatig bezoeken van een religieuze dienst was ook gecorreleerd met een lager risico op overlijden, maar niet zo sterk voorspellend voor overlijden als religieuze strijd.

Voortgaand onderzoek met dezelfde data leverde nog aanvullende resultaten op (Pargament et al, 2004). Hierbij is gekeken naar de rol van de stabiliteit of verandering in de negatieve religieuze coping als voorspelling voor slechtere gezondheid.

De negatieve religieuze coping subschaal van de Brief RCOPE (bij de follow-up) was voorspellend voor daling in het spiritueel welbevinden en in de kwaliteit van leven, gemeten aan de hand van depressieve klachten en dalingen van de onafhankelijkheid in dagelijkse activiteiten.

Positieve religieuze coping was echter (bij de follow-up) voorspellend voor toename van de stress bestendigheid, het spiritueel welbevinden en het cognitief functioneren.

11.2.3 Religieuze coping en fysieke gezondheid

Een metaonderzoek (Cummings & Pargament, 2010) concludeert na de review van een aantal recente studies dat er voldoende bewijs is om religieuze coping als een significante voorspeller voor verandering in gezondheid te zien. De auteurs erkennen wel dat het een tweesnijdend zwaard is, het kan zowel helen als kwaad doen.

Een ander metaonderzoek (Powell et al, 2003) kon alleen een positief verband vinden tussen kerkbezoek en bescherming tegen overlijden. Alle andere hypothesen over invloed op gezondheid werden niet of minimaal ondersteund. Zij hebben op basis van 5 criteria eerst de onderzoeken geselecteerd die konden voldoen aan de standaard voor een goed onderzoek. Zo moest tenminste voor gerelateerde factoren (confounders) zoals sociale ondersteuning gecorrigeerd worden. Nog belangrijker is dat alleen longitudinale onderzoeken meegenomen zijn omdat, volgens Powell et al, cross-sectional onderzoeken vanwege de momentopname niet echt iets kunnen zeggen over het oorzakelijk verband tussen religie en gezondheid.

11.3 Studies over religieuze coping en fysieke revalidatie

11.3.1 Religie, spiritualiteit en revalidatie bij traumatische hersenbeschadiging

Van 88 volwassenen met eerder opgelopen hersenletsel werd, 1 tot 20 jaar na het trauma, gevraagd naar de inzet van religieuze/spirituele coping en het huidige fysieke en psychische welbevinden (Waldron-Perrine, 2010). Hun directe naasten werden bevraagd op de objectieve revalidatieresultaten. De meerderheid van de deelnemers met hersenletsel waren mannen (76%) en van Afrikaans Amerikaanse (75%) afkomst. Van hen was 76% christelijk. Kerkelijk actief zijn bleek (na correctie voor demografische en letsel kenmerken) geen correlatie te hebben met tevredenheid over het leven, niveau van angst, participatie in het leven en functionele mogelijkheden.

Existentieel welzijn (een gevoel van betekenis en doel in het leven) hing ook niet significant samen met genoemde factoren, maar het religieuze welzijn (een gevoel van verbinding met een hogere macht) had als enige een significante positieve correlatie met tevredenheid met het leven, minder angst en functionele mogelijkheden.

Sociale steun kon gedeeltelijk de relatie tussen religieus welzijn en de toename van fysieke mogelijkheden of welbevinden verklaren, maar een zelfstandige invloed van het religieus welzijn bleef bestaan.

Vergelijkbaar konden het zien van voordelen van de nieuwe situatie, emotie gerichte coping en het ervaren nadeel van een trauma elk maar gedeeltelijk de relatie tussen religieus welzijn en de psychologische gevolgen verklaren. Net zoals probleem gerichte coping maar gedeeltelijk de relatie tussen religieus welzijn en objectief resultaat kon verklaren.

Het algemene gezondheidsgedrag verklaarde gedeeltelijk de relatie tussen religieus welzijn en tevredenheid met het leven en tussen religieus welzijn en objectief resultaat.

Na correctie voor de algemene coping stijl (zoals emotie gericht, vermijdend of oplossingsgericht), waren de ervaren voordelen van het trauma een unieke voorspeller voor psychologische uitkomsten, terwijl de ervaren nadelen en negatieve religieuze coping unieke significante voorspellers waren voor slechtere tevredenheid met het leven.

De uitkomsten van dit onderzoek geven aan dat specifieke facetten van religie en spiritualiteit een belangrijke rol spelen bij de revalidatie resultaten. Vooral een persoonlijke band met een hogere macht had een sterk significante positieve relatie met zowel subjectieve als objectieve revalidatie resultaten.

11.3.2 Relatie tussen religie, spiritualiteit en gezondheid bij revalidanten

Het doel van het onderzoek dat nu beschreven wordt, was het bepalen van de relatie tussen religie en het psychische/fysieke welzijn van revalidanten met chronische beperkingen (Johnstone et al, 2009).

Met de Brief Multidimensional Measure of Religiousness Spirituality (BMMRS) kent 6 factor scores:

- positieve spirituele ervaring (vergelijkbaar met deel van de Spiritual Well-Being Scale)
- negatieve spirituele ervaring (vergelijkbaar met deel van de Spiritual Well-Being Scale)
- vergeving
- religieuze activiteiten, privé en publiek (vergelijkbaar met Duke University Religion Index)
- positieve ondersteuning vanuit de levensbeschouwelijke gemeenschap
- negatieve ondersteuning vanuit de levensbeschouwelijke gemeenschap

Voor het fysieke en psychische welzijn werd de Medical Outcomes-Short Form 36 (SF-36) gebruikt.

Een groep van 118 poliklinische revalidanten is onderzocht, waarvan 61 met traumatisch hersenletsel, 32 met cerebrale vasculaire accidenten (CVA), en 25 met een dwarslaesie.

Drie van zes BMMRS factor scores (positieve spirituele ervaring, vergeving, negatieve spirituele ervaring) waren significant positief gecorreleerd met de SF-36 algemene gezondheidsperceptie (GHP) schaal. Slechts één van de zes BMMRS factorscores (negatieve spirituele ervaring) was significant en negatief gecorreleerd met de SF-36 General Mental Health schaal.

In een regressieanalyse van de BMMRS factoren was geen van hen een significante voorspeller voor lichamelijke of geestelijke gezondheid. Wel kan gezegd worden dat, voor mensen met chronische beperkingen, positieve spirituele ervaringen en de bereidheid om te vergeven zijn gerelateerd aan een betere lichamelijke gezondheid. Terwijl negatieve spirituele ervaringen zijn gerelateerd aan slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid.

11.3.3 De rol van religie bij het revalidatieresultaat

Dit onderzoek (Fitchett et al, 1999) keek naar de relatie tussen religie en revalidatieresultaat. Het is een longitudinaal onderzoek, de gegevens zijn verzameld bij opname, ontslag, en 4 maanden na de opname in het revalidatiecentrum.

Religie werd gemeten als publieke en private religiositeit, aanvaarding van de ziekte (de mogelijkheid om zin aan het leven te geven ondanks de ziekte), positieve en negatieve religieuze coping, en spirituele pijn (in hoeverre iemand last heeft van schuldgevoel, wrok of ongelooft). Het

revalidatieresultaat was de zelf opgegeven zelfstandigheid in de activiteiten van het dagelijks leven (ADL), de mobiliteit, de algemene gezondheid, depressie en de tevredenheid met het leven

Er namen 96 klinisch opgenomen revalidanten deel, met diagnoses als gewrichtsvervanging, amputatie en beroerte. In de resultaten werd geen verband gevonden tussen religie en gezondheid. Er werd alleen beperkte ondersteuning gevonden voor de positieve invloed van positieve religieuze coping (wat zij het troost model noemen). In regressieanalyses was negatieve religieuze coping goed voor een 5% variantie in de follow-up ADL, dit na correctie voor ADL bij opname, depressie, sociale steun, en demografische variabelen. Nadere analyse gaf aan dat boosheid op God meer variantie (9%) verklaarde dan de volledige negatieve religieuze coping schaal.

Geconcludeerd werd dat religie niet specifiek bevorderlijk voor een beter herstel of aanpassing is, maar het kan een bron van troost zijn voor sommige patiënten met beperkt herstel. Negatieve religieuze coping belemmerde het ADL herstel. Hoewel boosheid op God niet veel voorkwam, kan het nuttig zijn hierop te screenen vanwege het risico op een slechter herstel.

11.4 Studies over religieuze coping en neurologie

Er zijn geen onderzoeken voorhanden waarin gekeken werd naar het verschil in religiositeit en inzet van religie bij problemen tussen neurologische patiënten en patiënten met een andere opnamereden.

III. Empirisch onderzoek

12 Hypotheses

Op basis van de literatuurstudie en de onderzoeksvragen zijn drie hypothesen geformuleerd die door middel van empirisch onderzoek geverifieerd worden:

1. Revalidanten ervaren een verbinding met een hogere macht tijdens het revalidatieproces.
2. Revalidanten zetten religieuze coping in tijdens het revalidatieproces.
3. Een verbinding met een hogere macht heeft een positieve invloed op het welzijn van een revalidant.
4. Revalidanten met een neurologische aandoening zetten religieuze coping meer in dan overige revalidanten.

De hypothesen en onderzoeksvragen zijn onderling gerelateerd, zie hoofdstuk 3 Probleemstelling.

Hypothese	Onderzoeksvraag
1	1.2
2	2.1
3	2.2 en 2.3
4	2.4

Onderzoeksvraag 1.1 is demografisch van aard en behoeft geen hypothese.

13 Onderzoekseenheden en kenmerken

De onderzoekspopulatie bestaat uit personen die klinisch zijn opgenomen in een revalidatiecentrum in Nederland. Er zullen revalidanten uit twee revalidatiecentra onderzocht worden.

De revalidanten zijn de onderzoekseenheden voor dit onderzoek. Een revalidant is een volwassen persoon die klinisch behandeld wordt in een van de twee onderzochte revalidatiecentra. De revalidant moet voldoende cognitieve eigenschappen en uitdrukkingsmogelijkheden hebben om de vragenlijst te kunnen beantwoorden.

Voor de revalidanten zijn de volgende kenmerken van belang zijn voor dit onderzoek:

1. De gebeurtenis die geleid heeft tot revalidatie Er zal verschil gemaakt worden tussen neurologische aandoeningen en overige redenen voor opname. Bij een CVA wordt ook naar zijde van de aandoening in de hersenen gevraagd. Dit samen zou een verschil in religieuze attributie, intern of extern, kunnen opleveren, zie hoofdstuk 7 Neurologie en religie
2. Hun religieuze/spirituele achtergrond. Voor religieuze of spirituele achtergrond kan elke kerk of levensbeschouwing en spirituele stroming genoemd worden. Aan de revalidant wordt gevraagd of deze zichzelf als religieus of spiritueel beschouwt en er wordt de intrinsieke religiositeit gemeten
3. Een verbinding met een hogere macht. Van een verbinding met een hogere macht is sprake als een revalidant een persoonlijke en betekenisvolle relatie heeft met wat iemand zelf het goddelijke of heilige noemt. In dit onderzoek wordt gekeken of deze verbinding ingezet wordt als religieuze coping strategie.
4. Het welzijn, zowel objectief als subjectief. Dit welzijn wordt in drie dimensies gemeten, het fysieke (objectief), het religieuze en het existentiële welbevinden (beide subjectief).

14 Onderzoeksmethode

14.1 Algemeen

Bij dit onderzoek is volgens de methode zoals beschreven door Baarda (2006) te werk gegaan, zie ook het stappenplan in Bijlage B, Onderzoeksschema Baarda.

In twaalf stappen, ieder onderverdeeld in substappen, wordt de uitvoering van een kwantitatief onderzoek beschreven:

1. Doelstelling en onderzoeksvraag
2. Informatieverzameling (theoretisch kader)
3. Onderzoekstype
4. Onderzoeksontwerp
5. Onderzoekspopulatie en steekproef
6. Dataverzameling
7. Bestaande gegevens
8. Interviewen
9. Observeren
10. Datapreparatie
11. Data-analyse
12. Rapportage en evaluatie

Daarbij wordt in stap 6 een keuze gemaakt tussen stap 7, 8 en 9. In dit onderzoek zijn de gegevens verzameld zijn volgens stap 8 door het afnemen van een vragenlijst. Op grond van bestaande literatuur, eerdere onderzoeken en gesprekken met revalidanten is deze vragenlijst samengesteld. Het gaat hier over een toetsingsonderzoek om te bepalen of eerder geformuleerde hypothesen gesteund worden.

14.2 Vragenlijst

De vragenlijst (zie Bijlage E, Vragenlijst) bestrijkt de volgende onderwerpen:

- Sociale kenmerken: leeftijd, geslacht, opleiding, kerklidmaatschap
- Medische kenmerken: reden van revalidatie en huidige opnameduur
- Subjectieve beoordeling van eigen religiositeit en spiritualiteit
- Functionele capaciteiten (zie 9.2.1 Objectief: Barthel Index en Northwick Park Dependency Scale): een objectieve score van zelfstandigheid.
- Religiositeit volgens de DUREL schaal (zie 6.2 Meten van religiositeit): de religieuze activiteiten (publiek en privé) en de intrinsieke religiositeit.
- Religieuze coping volgens de Brief RCOPE (zie 10.2 Het meten van religieuze coping): de inzet van religieuze coping, waaronder het ervaren van een verbinding met een hogere macht, bij de revalidatie
- Geestelijk welzijn van de revalidant (zie 9.4 Het meten van spiritueel welbevinden): het religieuze en existentiële welbevinden
- De tevredenheid over het eigen leven (zie 9.2.2 Subjectief: Satisfaction with Life Scale): de subjectieve tevredenheid van de revalidant over het eigen leven

Het gebruik van de toch wat christelijk georiënteerde vragenlijsten over coping en spiritueel/religieus welbevinden is gerechtvaardigd gezien de ligging en populatie van de revalidatiecentra, zie ook 5.1 Revalidatiecentra.

15 Ethische aanvaardbaarheid

Het onderzoek wordt uitgevoerd in twee verschillende revalidatiecentra. Beide moest apart om toestemming gevraagd worden.

15.1 Toetsing researchcommissie De Vogellanden

Het onderzoek is besproken in de researchcommissie in de Vogellanden. Daar heeft men geadviseerd het onderzoek niet te toetsen bij een medisch ethische toetsingscommissie (METC) aangezien de vragen in de vragenlijst niet van medische of psychologische aard zijn. Op basis daarvan werd toestemming gegeven om het onderzoek uit te voeren.

15.2 Mening van de medische staf ViaReva

Omdat het onderzoek uitgevoerd wordt in een medische setting, namelijk op een klinische afdeling revalidatie valt deze onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts.

Het is niet duidelijk of dit onderzoek voldoet aan de Wet Medisch Onderzoek met mensen omdat ook vragenlijstonderzoek getoetst moet worden, als de vragenlijst lang is of als er naar intieme/belastende dingen gevraagd wordt. Voor 'intiem' of 'belastend' worden verder geen criteria gegeven, het is de vraag of dat het geval is voor de vragen in de vragenlijst van deze studie.

Onterechte toetsing geeft onnodige vertraging en kosten. Onterecht niet toetsen kan gevolgen hebben bij calamiteiten. Daarom wordt een voorlopige toetsing geadviseerd.

15.3 Toetsing door een METC

De Independent Review Board Nijmegen, afgekort als IRBN, is een door de overheid erkende onafhankelijke medisch-ethische toetsingscommissie (METC). De primaire doelstelling van de commissie is om binnen de grenzen van haar werkterrein te voorzien in een professionele en onafhankelijke toetsing van medisch-wetenschappelijk onderzoek in de zin van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen. De commissie toetst medisch-wetenschappelijk onderzoek dat in Nederland wordt gestart.

Het IRBN heeft het onderzoeksvoorstel op 20 december 2011 en 29 december 2011 beoordeeld op WMO plicht.

De beoordeling op wel of niet WMO plicht kwam tot stand na toetsing aan de volgende vragen:

Vragen WMO plicht?	Ja	Nee
Wordt het onderzoek uitgevoerd met een geneesmiddel dat nog niet geregistreerd is in Nederland?		x
Wordt het onderzoek uitgevoerd met een medisch hulpmiddel dat nog niet gecertificeerd is in Europa?		x
Bepaalt het onderzoeksdesign door middel van loting of een lid van de onderzoekspopulatie een bepaalde behandeling krijgt (randomisatie)?		x
Worden meer testen c.q. procedures uitgevoerd bij de patiënt dan gebruikelijk is in het kader van de standaard zorg?		x
Worden andere testen c.q. procedures uitgevoerd bij de patiënt dan gebruikelijk is in het kader van de standaard zorg?		x
Worden van het lid van de onderzoekspopulatie handelingen en/of gedrag gevraagd die afwijken van normaal te verwachten gedrag of handelingen?		x
Is er door deelname aan dit onderzoek naar de mening van de onderzoeker op enigerlei wijze een additioneel risico voor één of meerdere leden van de onderzoekspopulatie?		x

Het onderzoek zoals voorgesteld in de aangeleverde documentatie viel daarom, naar de mening van de IRBN, niet onder de WMO plicht. Een volledige toetsing kon daarom buiten beschouwing blijven.

Op basis van deze toetsing ging ook het bestuur van revalidatiecentrum ViaReva akkoord met de uitvoering van het onderzoek.

16 Uitvoering van het onderzoek

16.1 Respons

Er zijn van twee revalidatiecentra de klinische revalidanten onderzocht. In januari 2012 werden 43 vragenlijsten uitgezet in De Vogellanden, centrum voor revalidatie in Zwolle waarvan er 22 zijn ingeleverd (51%).



Van de 35 vragenlijsten die in februari 2012 bij revalidatiecentrum ViaReva in Apeldoorn zijn uitgezet kwamen er 21 terug (60%). De totale respons is daarmee op 55% uitgekomen wat heel hoog genoemd mag worden. Het feit dat de onderzoeker zelf als geestelijk verzorger werkte binnen de centra kan daar aan bijgedragen hebben.

16.2 Verwerking van de vragenlijsten

De vragenlijsten zijn ingevoerd in IBM SPSS Statistics voor Windows versie 20. Alle antwoorden zijn daarbij gecodeerd naar numerieke variabelen, op het opmerkingen veld na.

De ingevoerde gegevens zijn vervolgens gecontroleerd door middel van een frequentieberekening en eventuele typfouten zijn daarna gecorrigeerd. Alle ontbrekende gegevens zijn op de systeemwaarde “missing value” gecodeerd.

Er is bewust gekozen om ontbrekende waarden niet te vervangen door het seriegemiddelde van het onderzoek of van de persoon(imputatie) (Baarda, 2011). Uit onderzoek (Horton & Kleinma, 2007) blijkt dat juist bij kleinere aantallen gegevens het risico op een bias in de resultaten en een onderschatting van de verschillen in de samenhangende vragen groot is.

16.3 Voorbereiding van de gegevens

Bij de vragenlijsten is gebruik gemaakt van de gevalideerde formulering van de vragen. Voor de analyse van de gegevens zijn deze bewerkt om de leesbaarheid en de eenvoud van de berekeningen te verbeteren.

Bij alle vragenlijsten is een eventuele ontkenning uit de vraag gehaald bijvoorbeeld:

“Ik heb geen bevredigende relatie met God”

is voor de analyse omgezet naar

“Ik heb een bevredigende relatie met God”.

In dat geval is de bijbehorende score ook aangepast door de score op de antwoorden om te keren (1 werd 5, 2 werd 4, 4 werd 2 en 5 werd 1).

Bij veel vragen had de revalidant een keuze van 4 of 5 mogelijkheden, van “bijna nooit” naar “bijna altijd” of van “helemaal mee eens” naar “helemaal mee oneens”. Deze antwoorden zijn vanwege de leesbaarheid zo gecodeerd dat “bijna altijd” en “helemaal mee eens” de hoogste score van respectievelijk 4 en 5 hadden (Baarda, 2011). Dit bevordert de leesbaarheid van de resultaten en vereenvoudigde de analyse.

De verblijfsduur van de revalidant in het revalidatiecentrum is berekend in dagen tussen de opnamedatum en het moment van invullen. In de vragenlijst waren er zes voorgegeven mogelijke opnameredenen voorgegeven en de revalidant kon zelf een reden invullen. Deze antwoorden zijn geclusterd tot opnames met een neurologische indicatie en alle andere. Het aantal respondenten per reden was te klein om daar zinvolle aparte analyses van te maken.

De fysieke gesteldheid van de revalidanten wordt door de twee revalidatiecentra verschillend gemeten, de ene gebruikt de Barthel Index als mate van zelfstandigheid, de ander de Northwick Park Dependency Scale als maat van zorgbehoefte. Uit onderzoek blijkt dat deze twee schalen vergelijkbaar zijn en in elkaar omgerekend mogen worden, zie 9.2.1 Objectief: Barthel Index en Northwick Park Dependency Scale.

De onderstaande statistieken van de twee scores uit het onderzoek bevestigen dat. Het is toeval dat er bij beide centra 19 resultaten beschikbaar zijn. De missing values worden veroorzaakt door de niet ingevulde waarden van het eigen centrum opgeteld bij en het aantal van het andere centrum.

		Northwick scale start	Barthel index start
N	Valid	19	19
	Missing	24	24
Mean		15,84	7,26
Median		14,00	8,00
Std. Deviation		9,488	4,080

De range van de schalen verschillend en tegengesteld is, is Northwick Scale (lager is beter) omgerekend naar de Barthel Index (hoger is beter) door omkering van de waarde en deling door 2. Dit leidde tot een nieuwe variabele “Zelfstandigheid”, die zowel voor het moment van opname als bij het moment van invullen bekend is.

De verbetering in zelfstandigheid gedurende de opname is berekend door het verschil tussen zelfstandigheid bij opname en bij het moment van invullen te nemen. De scores van de twee revalidatiecentra bevestigen dat daar vergelijkbare verbeteringen worden behaald en de twee scores inderdaad vergelijkbaar zijn.

		Northwick scale verbetering	Barthel index verbetering
N	Valid	19	19
	Missing	24	24
Mean		4,6842	3,5263
Median		4,0000	4,0000
Std. Deviation		10,20377	4,95948

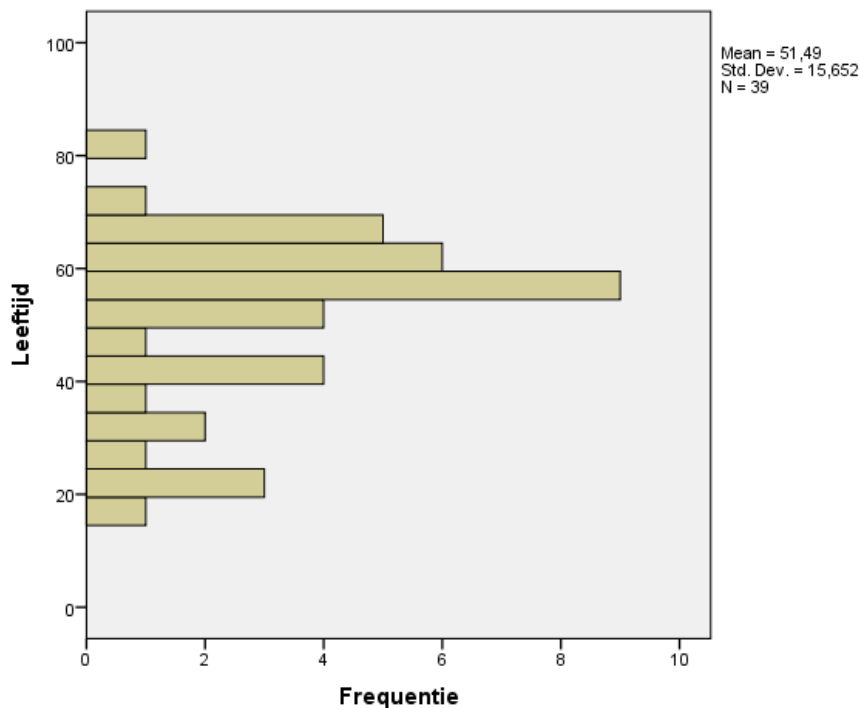
17 Uitkomsten van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden eerst de individuele schalen uit de vragenlijst geanalyseerd, deze hebben een directe relatie met de onderzoeksvragen 1.2, 1.2 en 2.1. Het vormt tevens de onderbouwing bij hypothese 1 en 2.

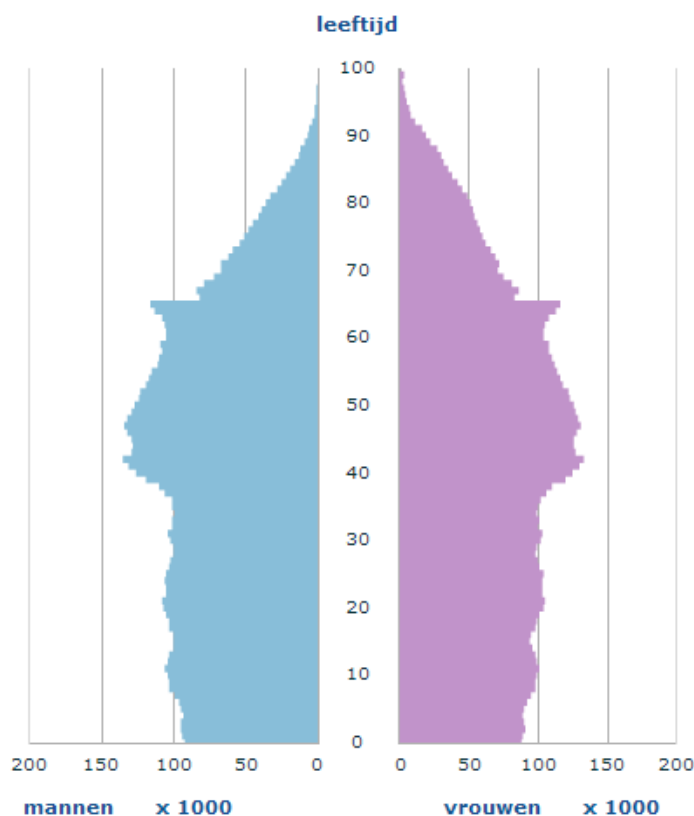
Daarna volgt een hoofdstuk over de onderlinge correlaties van de schalen: 18 Correlaties tussen de uitkomsten. Dat hoofdstuk heeft een directe relatie met onderzoeksvraag 2.2, 2.3 en 2.4. En het vormt de onderbouwing bij de ondersteuning van hypothese 3 en 4.

17.1 Sociale kenmerken

De gemiddelde leeftijd van de onderzochten is 51,5 jaar.



De verdeling is duidelijk geen afspiegeling van de doorsnede van de Nederlandse bevolking:



Bron: CBS 2012

De leeftijdsspreiding loopt van 17 jaar tot en met 82 jaar. (N = 39).

De gemiddelde leeftijd van revalidanten met neurologische opnamereden is 55,6 jaar, van de groep met overige opnamereden is dat 49,7 (zie ook 17.2 Gezondheidskenmerken).

Van de onderzochten is 37% man en 63% vrouw, landelijk is 56% man (Revalidatie Nederland, 2009).

Vrouwen zijn dus duidelijk oververtegenwoordigd ten wat de resultaten mogelijk kan kleuren. Van de respondenten is 30% alleenstaand en 70% getrouwd of samenwonend.

De verdeling naar hoogst genoten opleiding is vergelijkbaar met de Nederlandse bevolking:

Percentage	lagere school	lager beroeps onderwijs	middelbaar beroeps onderwijs	middelbaar onderwijs	hoger beroeps onderwijs	universitair onderwijs
De hoogst afgeronde opleiding onderzoeksgroep, N=43	9	21	16	21	26	7
Opleidingsniveau Nederlandse Bevolking (2010 CBS)	8	19	33		21	12

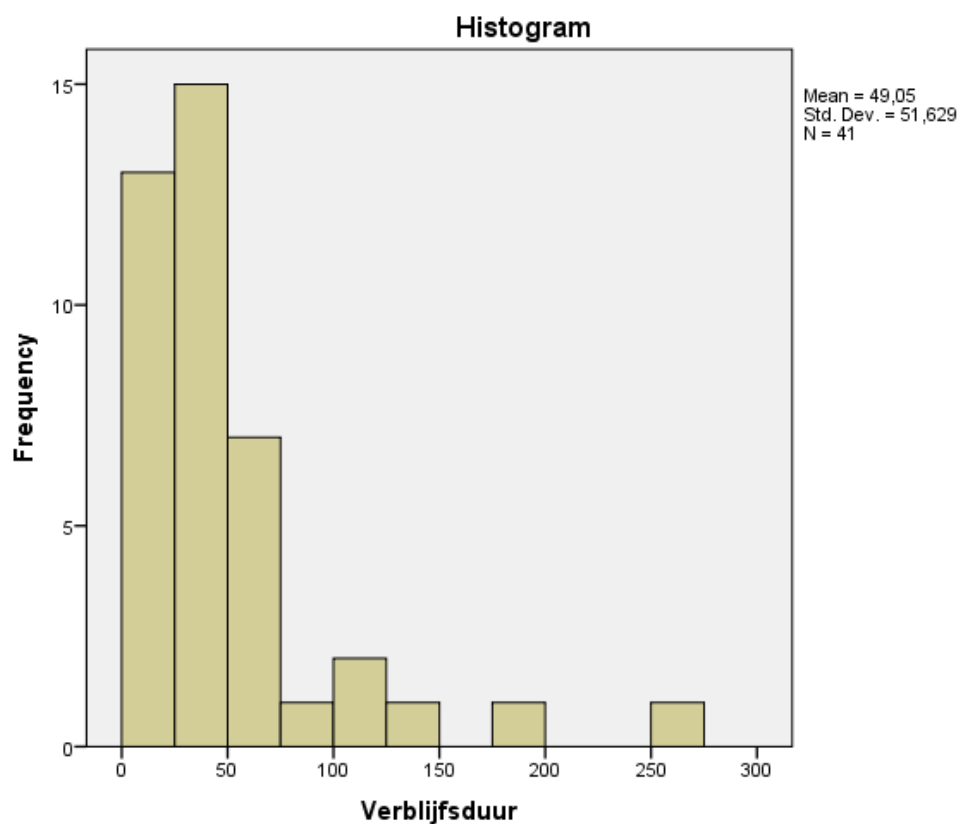
17.2 Gezondheidskenmerken

Er is een onderscheid gemaakt bij de opnamereden in 2 categorieën, waarbij een CVA links en rechts een verbijzondering is binnen de neurologische aandoeningen. Van sommige respondenten is niet bekend aan welke zijde de CVA is geweest. De “anders” categorie bevat bijvoorbeeld chronisch pijn patiënten of herstel na zware operatie.

Percentage	neurologie			overig	
Opnamereden, N=39	41			59	
	CVA links	CVA rechts	overige/ onbekend	orthopedie	anders
	13	18	10	44	15

De in de vragenlijst beschikbare subcategorieën zijn uiteindelijk geclusterd tot neurologische aandoeningen en andere oorzaken.

De verblijfsduur loopt uiteen van 1 tot 270 dagen.



De gemiddelde verblijfsduur binnen de twee revalidatiecentra is 49 dagen. Omdat er maar op één moment gemeten wordt, zijn de revalidanten op dat moment, statistisch gezien, halverwege hun revalidatie. De gemiddelde totale verblijfsduur daarmee zou daarmee op 98 dagen komen wat behoorlijk ver boven het landelijk gemiddelde van 65 dagen ligt (Revalidatie Nederland, 2009). Als de

twee langst liggende revalidanten, van met 270 en 190 dagen (outliers), uit de selectie verwijderd worden zakt de gemeten gemiddelde verblijfsduur naar 40 dagen, waarbij het totaal op 80 zou komen.

17.3 Religieuze kenmerken

Levensbeschouwing

Vrijwel alle respondenten hebben hun levensbeschouwing ingevuld waarbij het opvalt dat er naast christendom en humanisme geen andere levensbeschouwingen genoemd worden. Dit past bij de analyse uit hoofdstuk 5.2 Revalidanten, waarin door de ligging van de revalidatiecentra veel christenen verwacht werden.

Percentage	christendom	humanisme	geen van deze
Verwant voelen met religieuze of levensbeschouwelijke stroming, N=41	73	7	20

Landelijk ligt het percentage christenen op 34% (PKN 14%, katholieken 16%, overige 4%, Bernts et. al, 2007). Een deel (N=13) van de christenen (N=30) heeft ook aangegeven tot welke kerk men behoorde, daarvan was 54% protestant en 46% katholiek.

Opvallend is dat een deel van hen die zich verwant voelen met een levensbeschouwing, zich niet als religieus persoon beschouwen. Als degene die zich niet verwant voelen met een levensbeschouwing uit de aantallen verwijderd worden blijkt dat van die 80% zich 39% niet religieus acht.

Percentage	totaal ja	totaal nee	gecorrigeerd ja	gecorrigeerd nee
Ik beschouw mij als een religieus persoon, N=43	49	51	61	39
Ik beschouw mij als een spiritueel persoon, N=43	19	81	24	76

Het percentage spirituele personen kan vertekend zijn omdat niet voor iedereen duidelijk was dat je zowel een religieus als spiritueel persoon kon zijn. Landelijk gezien ligt dit aantal op 31% beslist en 31% enigszins gelovig, waarbij gelovig mogelijk anders wordt opgevat als religieus (Bernts et. al, 2007).

Publieke religiositeit

Alleen bij het revalidatiecentrum ViaReva zijn ook vragen gesteld over de religieuze participatie en deze vragen hebben daarom een N=21.

Percentage	ja, doorgaans 2x/week	ja, ongeveer 1x/week	ja, ongeveer 1x/maand	ja, één of enkele malen per jaar	nee, (praktisch) nooit
Bezoekt u wel eens diensten van een kerk of geloofsgemeenschap, N=21	0	10	0	24	67

Deze cijfers komen overeen met de gegevens over kerkbezoek van het CBS uit 2009 met een kerkbezoek van 10% 1x/week, 17% onregelmatig en 73% praktisch nooit. Dat is onverwacht omdat het percentage dat zich christen voelt met 73% meer dan dubbel zo hoog is als in de CBS statistieken. Ook de hogere gemiddelde leeftijd van de revalidanten doet een hoger kerkbezoek verwachten dan landelijk gemiddeld.

Er is een significante correlatie ($r=0,46$; $p=0,019$) met zichzelf als religieus beschouwen.

Persoonlijke religiositeit

Deze vraag geeft aan in hoeverre een revalidant ook privé religieus actief is.

Percentage	zelden of nooit	zo nu en dan	regelmatig	bijna iedere dag	meerdere keren per dag	gem.
Hoe vaak besteedt u tijd aan religieuze activiteiten als bidden, mediteren of studie, N=21	57	14	19	5	5	1,9

Het gemiddelde is berekend vanuit: zelden of nooit = 1 → meerdere keren per dag = 5.

De persoonlijke religiositeit is duidelijk hoger dan de publieke en correleert sterk significant ($r=0,68$; $p<0,001$) met het zichzelf een religieus persoon vinden.

Intrinsieke religiositeit

In de godsdienstpsychologie wordt het onderscheid tussen extrinsieke en intrinsieke religiositeit gehanteerd. Bij extrinsieke religiositeit is religie het middel voor het bereiken van andere doeleinden, bijvoorbeeld sociale geborgenheid, status, troost en zekerheid. Bij intrinsieke religiositeit is religie het doel in zichzelf.

Percentage	helemaal mee oneens	mee oneens	eens/oneens	mee eens	helemaal mee eens	gem.
Ik probeer mijn geloof/ levensbeschouwing tot uitdrukking te brengen in het dagelijks leven, N=41	17	27	10	32	15	3,00
Ik ervaar de aanwezigheid van God in mijn leven, N=42	17	29	12	31	12	2,93
Mijn geloof/levensbeschouwing staat aan de basis van mijn leven, N=39	13	36	8	38	5	2,87

Het gemiddelde is berekend vanuit: helemaal mee oneens = 1 → helemaal mee eens = 5.

De gemiddelde score over de drie vragen is 2,9 met een Cronbach's alpha = 0,89.

Bijna 54% van de revalidanten scoort een gemiddelde van 3,0 of hoger en een sterk significante correlatie met het zichzelf als religieus beschouwen ($r=0,79$; $p<0,001$; $n=39$). Zoals te verwachten is men meer intrinsiek religieus ($r = 0,76$; $p<0,001$, $n=19$) naarmate men meer tijd besteedt aan private religieuze activiteiten. Ook kerkbezoek correleert positief met intrinsieke religiositeit ($r = 0,64$; $p=0,002$, $n=19$).

17.4 Coping

De gebruikte Brief RCOPE vragenlijst valt uiteen in 2 subschalen, positieve religieuze coping en negatieve religieuze coping.

17.4.1 Positieve religieuze coping

Als ik problemen heb, N=40-41	Percentage	bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd	gem.
streef ik naar een sterkere band met God		59	15	15	12	1,80
zoek ik Gods liefde en zorg		59	17	20	5	1,71
probeer ik samen met God het probleem aan te pakken		65	10	15	10	1,70
vraag ik vergeving voor mijn fouten		64	17	5	14	1,69
probeer ik te zien hoe God mij mogelijk ondersteunt in deze situatie		56	22	20	2	1,68
zoek ik hulp bij God om mijn boosheid los te kunnen laten		61	22	10	7	1,63
concentreer ik me op mijn geloof om te kunnen stoppen met piekeren		66	20	12	2	1,51

Het gemiddelde is berekend vanuit: bijna nooit = 1 → bijna altijd = 5.

De vragen over positieve religieuze coping hebben een zeer hoge Cronbach's alpha van 0,97 en een overall gemiddelde van 1,7.

De frequentietabel voor positieve religieuze coping::

Positieve coping				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1,00	20	46,5	50,0	50,0
1,14	1	2,3	2,5	52,5
1,29	2	4,7	5,0	57,5
1,43	3	7,0	7,5	65,0
1,57	1	2,3	2,5	67,5
1,86	1	2,3	2,5	70,0
2,00	1	2,3	2,5	72,5
Valid 2,14	1	2,3	2,5	75,0
2,43	1	2,3	2,5	77,5
2,57	1	2,3	2,5	80,0
2,86	1	2,3	2,5	82,5
3,00	3	7,0	7,5	90,0
3,29	1	2,3	2,5	92,5
3,57	3	7,0	7,5	100,0
Total	40	93,0	100,0	
Missing System	3	7,0		
Total	43	100,0		

Bij 35% van de respondenten was de totale positieve coping boven de 1,5. Van hen kun je zeggen dat zij in ieder geval soms positieve religieuze coping inzetten, 20% doet dat zelfs vaak (>2,5).

17.4.2 Negatieve religieuze coping

Bij de analyse van de 7 vragen over negatieve religieuze coping bleek er een opvallend lage Cronbach's alpha van 0,59 te zijn. Een nadere component analyse met varimax rotatie gaf onderstaand resultaat:

	Rotated Component Matrix ^a	
	Component 1	Component 2
v20_Door_God_verlaten	,861	
v23_Heeft_God_lief	,802	
v22_Waarom_straf	,689	
v21_Straf_voor_toewijding	,606	
v24_In_de_steek_gelaten		,932
v25_Door_duivel		,931
v26_Twijfel_aan_macht		,439

De vraag of een revalidant bij problemen “twijfelt aan de macht van God” blijkt bij de inter-item correlatie van een reliability analysis onvoldoende verband te hebben met de andere vragen. De oorzaak is dat deze vorm van negatieve religieuze coping veel vaker ingezet wordt dan de andere genoemde vormen.

De vier vragen uit de eerste component leveren een Cronbach's alpha van 0,74 op, alle zes samen zonder de “twijfel aan de macht van God” vraag een alpha van 0,70. Op basis hiervan is besloten voor negatieve religieuze coping de eerste zes vragen uit de Brief RCOPE samen te nemen.

Als ik problemen heb, N=39-41	Percentage	bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd	gem.
zet ik vraagtekens bij Gods liefde voor mij		83	12	2	2	1,24
vraag ik mij af wat ik gedaan heb dat God mij straft		78	23	0	0	1,23
vraag ik me af of God mij misschien verlaten heeft		80	13	5	3	1,20
voel ik mij gestraft door God vanwege mijn gebrek aan toewijding		88	10	2	0	1,15
vraag ik mij af of mijn gemeente/kerk mij in de steek heeft gelaten		93	5	3	0	1,10
concludeer ik dat dit door toedoen van het kwade/de duivel is gebeurd		88	8	5	0	1,18
twijfel ik aan de macht van God		77	13	5	5	1,38

Het gemiddelde is berekend vanuit: bijna nooit = 1 → bijna altijd = 5.

Negatieve religieuze coping als geheel heeft een totale gemiddelde score van 1,2 en niemand komt boven de 2. Iets meer dan 10% van de revalidanten heeft een score van boven de 1,5 en zij zullen soms negatieve religieuze coping inzetten.

De mate van religieuze coping is vooral voor de positieve veel lager dan in vergelijkbare studies (Pargament et al, 2011). Daar lagen de positieve religieuze coping scores tussen 2,5 en 2,9 en de negatieve tussen 1,2 en 1,9 met bij een studie een uitschieter naar 3,6.

De positieve en negatieve religieuze coping hangen onderling sterk significant samen ($r=0,55$; $p<0,001$; $n=38$)).

De vragen die volgens de indeling van Pargament verwijzen naar troost en nabijheid van God (zie hoofdstuk 10.2.3 Coping methode en religieuze functie van de Brief RCOPE) zijn een maat voor rol van een hogere macht bij religieuze coping. Zij hebben onderling een Cronbach's alpha van 0,89.

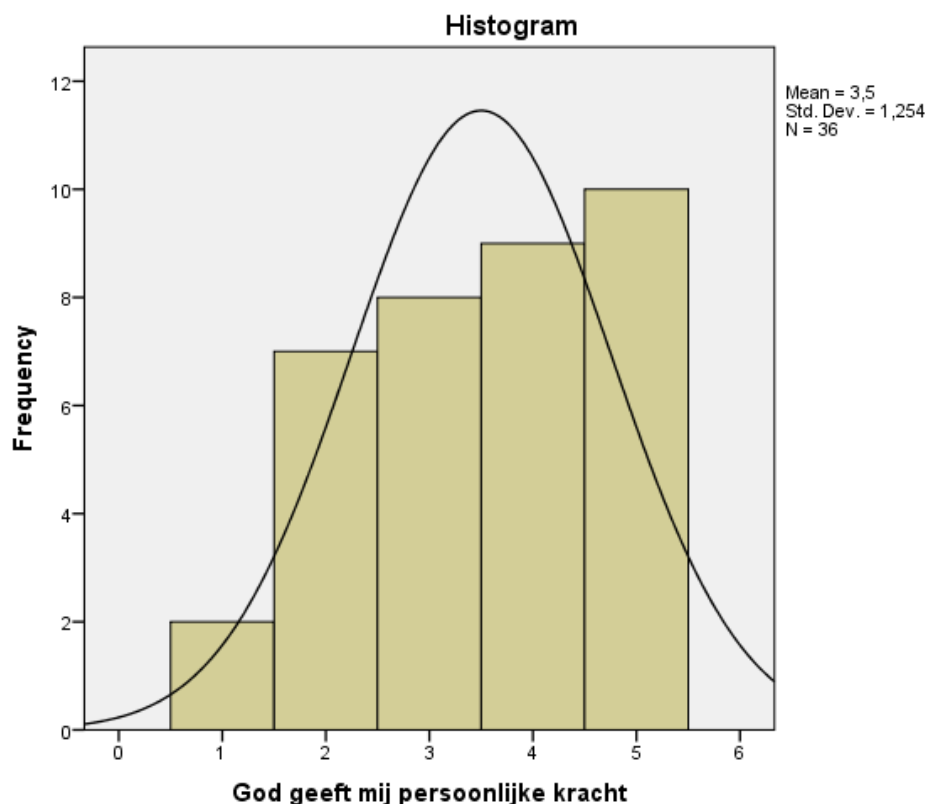
Bij de analyse van de correlaties met andere variabelen bleek steeds opnieuw dat deze vragen geen specifiek andere correlaties te hebben dan die positieve of negatieve religieuze coping ook al hebben. De correlatie met positieve religieuze coping is ook bijzonder hoog ($r=0,9$; $p<0,001$; $n=39$)

17.5 Welbevinden

De Spiritual Well-Being Scale wordt gebruikt om de mate waarin mensen zich op religieus en existentieel terrein voldaan voelen te meten. De schaal bestaat uit 10 vragen voor het religieuze en 10 voor het existentiële welbevinden. Deze worden hier in aparte tabellen weergegeven.

Religieus welbevinden

De vragen over het religieus welbevinden hebben een hoge Cronbach's alpha van 0,90 maar de inter-item correlatie van de vraag "God verleent mij persoonlijke kracht en ondersteuning" bleek heel laag te zijn. Hierbij is opvallend dat juist de vraag met de hoogste gemiddelde score van 3,5 geen correlatie geeft. Bijna 53% van de revalidanten ervaart persoonlijke kracht en ondersteuning van een hogere macht (score > 3.0).



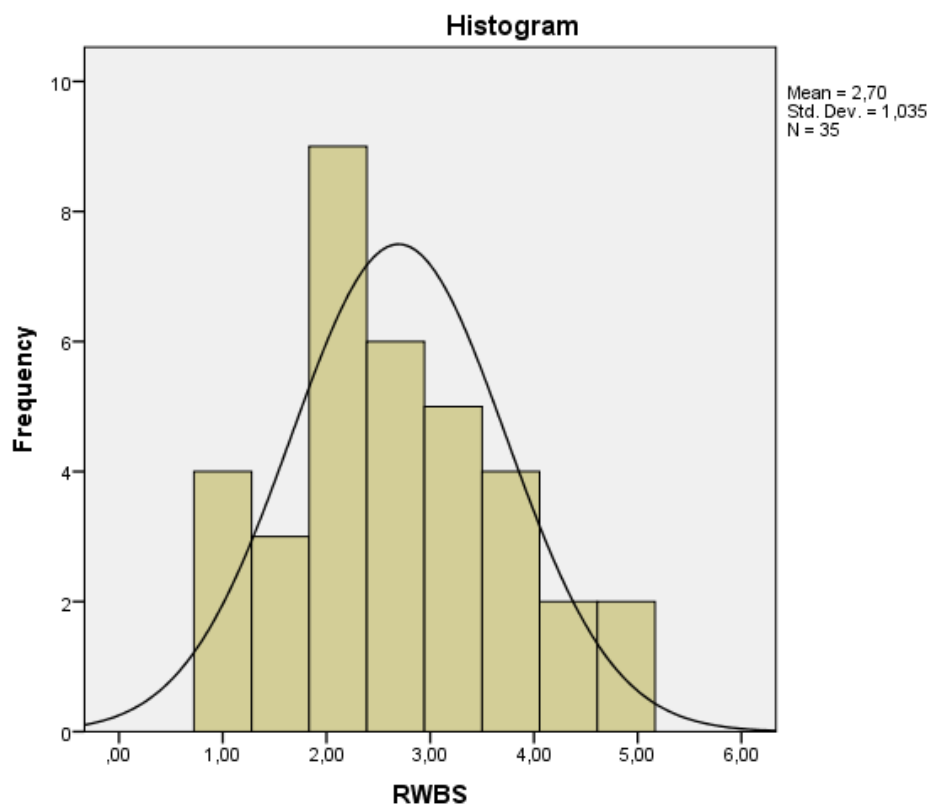
Voor de berekening van het religieus welbevinden is deze vraag toch niet meegenomen. Dit geeft voor religieus welbevinden een Cronbach's alpha van 0,91.

Het religieus welbevinden is voor dit onderzoek de maat voor het hebben van een relatie met een hogere macht.

Percentage N=38-41	helemaal mee oneens	mee oneens	eens/ oneens	mee eens	helemaal mee eens	gem.
Ik geloof dat God geïnteresseerd is in mijn dagelijkse bezigheden	18	13	29	21	18	3,08
Ik heb een bevredigende relatie met God	13	21	26	24	16	3,08
Privé bidden schenkt mij voldoening	21	21	18	21	21	3,00
Ik geloof dat God van mij houdt en om mij geeft	28	10	20	30	13	2,90
Ik geloof dat God zich betrokken voelt bij mijn problemen	36	18	18	18	10	2,49
Mijn relatie met God zorgt ervoor dat ik mij niet eenzaam voel	32	27	17	15	10	2,44
Mijn relatie met God draagt bij aan mijn gevoel van welbehagen	36	18	21	18	8	2,44
Ik heb een persoonlijke relatie met God	35	20	20	18	8	2,43
Ik voel me het meest vervuld als ik in nauw contact met God sta	38	25	23	10	5	2,20
God verleent mij persoonlijke kracht en ondersteuning, N=36	6	19	22	25	28	3,50

Het gemiddelde is berekend vanuit: helemaal mee oneens = 1 → helemaal mee eens = 5.

Het overall gemiddelde van religieus welbevinden (RWBS) is 2,7. Bijna 35% van de respondenten heeft een score van boven de 3 waarbij er dus sprake is van een band met een hogere macht.

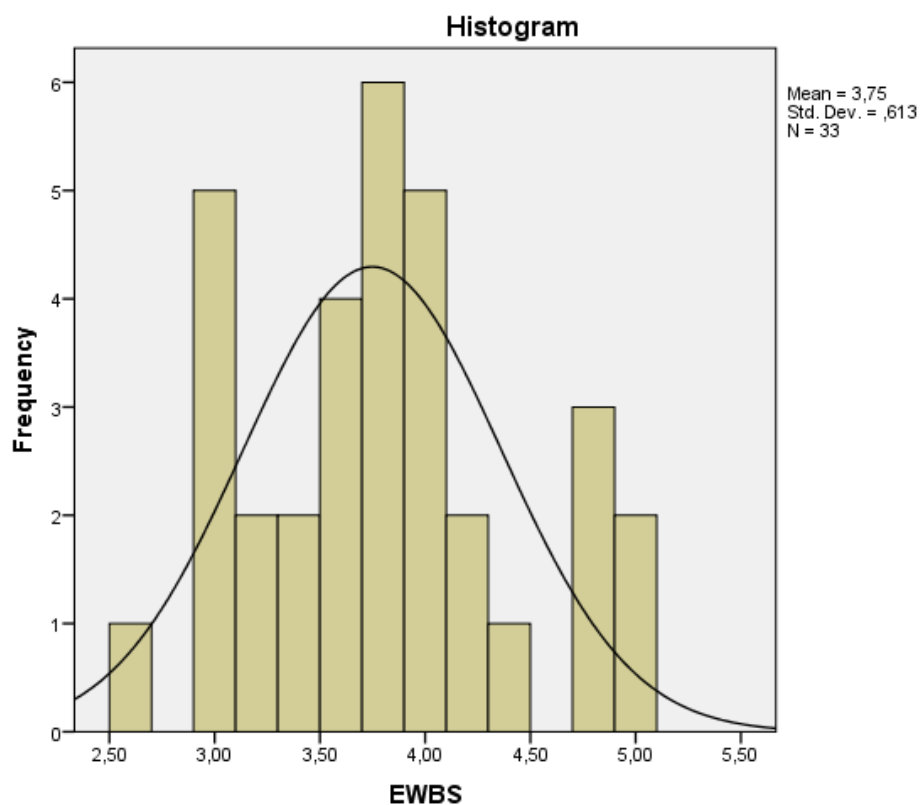


Existentieel welbevinden

N=38-40	Percentage	helemaal mee oneens	mee oneens	eens/ oneens	mee eens	helemaal mee eens	gem.
Het leven heeft zin		0	3	8	38	53	4,40
Ik weet wie ik ben, waar ik vandaan kom en waar naartoe ik op weg ben		5	8	24	21	42	3,87
Ik heb veel vreugde in het leven		5	10	21	33	31	3,74
Voor mij is het leven een positieve ervaring		5	8	15	54	18	3,72
Ik weet wat ik met mijn toekomst aan moet		3	10	28	31	28	3,72
Ik voel dat het leven niet vol van conflicten en ongeluk is		5	18	15	28	35	3,70
Ik heb een goed gevoel over de toekomst		8	8	26	34	24	3,58
Ik ben tevreden over de invulling van mijn leven		0	18	24	45	13	3,53
Ik geloof dat mijn leven duidelijk een doel heeft		5	10	28	41	15	3,52
Ik voel me goed over de richting die mijn leven uitgaat		3	8	34	50	5	3,47

Het gemiddelde is berekend vanuit: helemaal mee oneens = 1 → helemaal mee eens = 5.

De gemiddelde score op existentieel welbevinden (EWBS) is 3,7 met een Cronbach's alpha van 0.80.



De subschalen religieus en existentieel welbevinden blijken, opvallend genoeg, onderling niet significant gecorreleerd te zijn, de laatste volgt ook geen normaal verdeling. Verder is de score op beide vergelijkbaar met eerdere onderzoeken, zie 9.4 Het meten van spiritueel welbevinden.

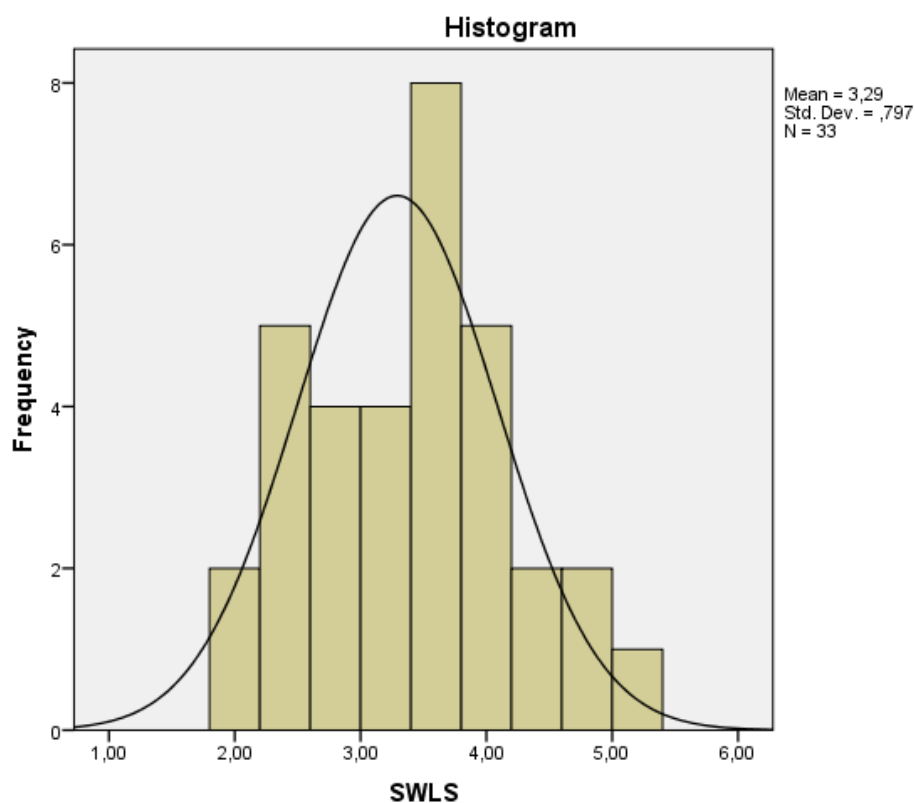
17.6 Levensvervulling

De Satisfaction With Life Scale (SWLS) meet de interpretatie van de tevredenheid over het eigen leven tegen de persoonlijke standaarden. De antwoorden hebben een Cronbach's alpha van 0,82

N=37-40	Percentage	helemaal mee oneens	mee oneens	eens/ oneens	mee eens	helemaal mee eens	gem.
Ik ben tevreden met mijn leven		0	8	23	51	18	3,79
Tot nu toe heb ik de voor mij belangrijke dingen in het leven gekregen		3	11	22	43	22	3,70
Als ik mijn leven opnieuw mocht doen zou ik weinig veranderen		8	21	24	32	16	3,26
Op de meeste vlakken is mijn leven bijna ideaal		10	23	15	43	10	3,20
De omstandigheden van mijn leven zijn perfect		8	32	40	13	8	2,82

Het gemiddelde is berekend vanuit helemaal mee oneens = 1 → helemaal mee eens = 5.

Voor de totale SWLS schaal was het samengestelde gemiddelde 3,3 waarmee gezegd mag worden dat men, ondanks de omstandigheden, gemiddeld enigszins tevreden is met het leven.

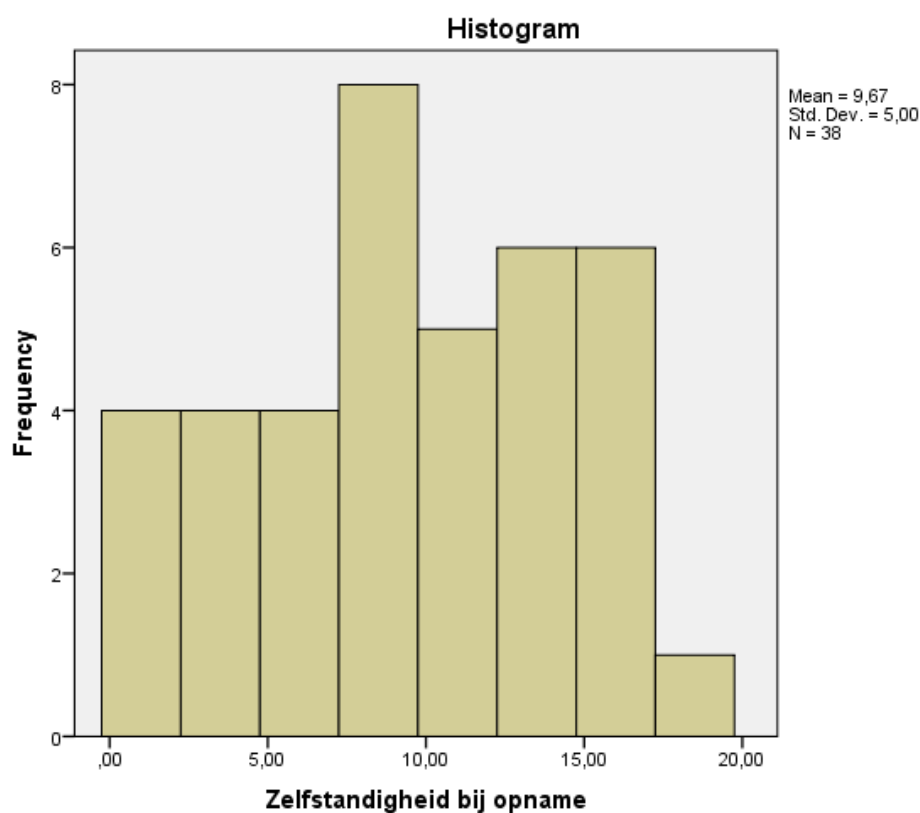


17.7 Objectieve kwaliteit van leven

De zelfstandigheid is berekend vanuit de Barthel Index en Northwick Park Dependency Scale, zie 16.3 Voorbereiding van de gegevens.

De zelfstandigheid is een maat voor het fysiek welbevinden en heeft een range van 0 (volledig afhankelijk) tot 20 (volledig onafhankelijk).

Deze zelfstandigheid is op twee momenten bepaald, bij opname in het revalidatiecentrum en bij het moment van invullen van de vragenlijst.

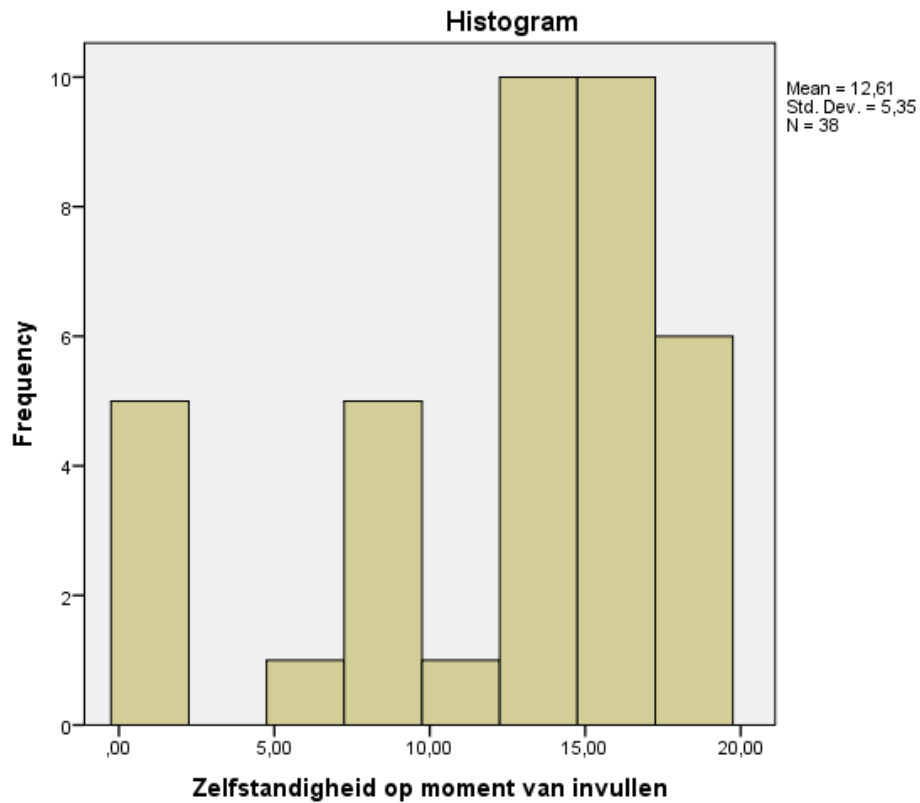


Bij aanvang van de revalidatie is de zelfstandigheid gemiddeld 9,7 (N=38). De waardes komen uit het verpleegkundig dossier. De belangrijkste reden dat er waardes missen is dat er van sommige, net opgenomen, revalidanten nog geen waarde bepaald was. Het is te verwachten dat daar juist lage waardes te zien zouden zijn.

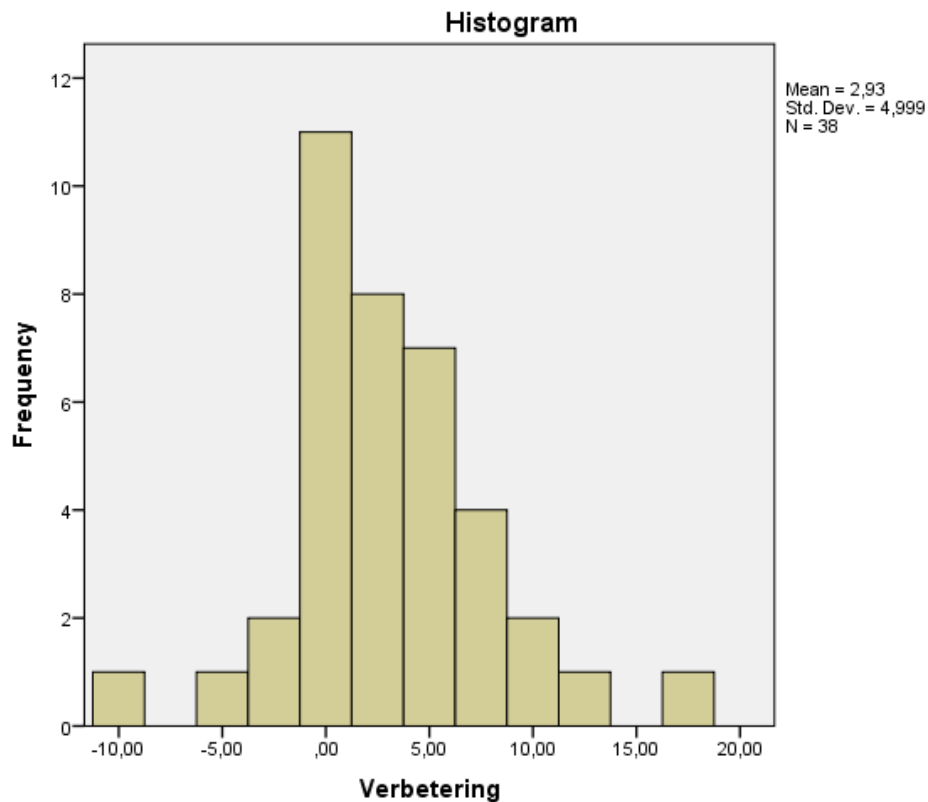
De gemiddelde startwaarde is ongeveer zoals de te verwachten waarde van 9. Zie 5.4

Behandelresultaten CVA.

Op het moment van invullen is de zelfstandigheid (volgens gegevens uit het dossier) toegenomen tot 12,6 waarbij er uiteraard van dezelfde personen de huidige waarde mist als de startwaarde. Ook deze waarde komt goed overeen met de te verwachten waarde van 12. Zie 5.4 Behandelresultaten CVA.



Met deze gegevens kan de toename zelfstandigheid, de verbetering, vastgesteld worden. Statistisch gezien zou het gemiddelde de halve verbetering van het verblijf in het revalidatiecentrum moeten zijn (als het herstel lineair zou verlopen). Men is immers ook gemiddeld halverwege de behandeling. Dat er ook verslechtering te zien is komt door terugval en bijvoorbeeld een nieuw CVA.



17.8 Algemene opmerkingen

Bij de laatste vraag van het onderzoek konden de revalidanten algemene opmerkingen kwijt, daarvan heeft 28% van de respondenten gebruik gemaakt. Hun opmerkingen staan hier letterlijk weergegeven:

1. Ik vind goed vragen staan hier. Sommige heb ik vergissing gekrast en nog goede verwijs. Ik wil u veel succes.
2. Vraag 25/26 en ook vraag 28 vind ik nare vragen. Bij vraag 25/26 moest ik denken aan middeleeuwse vragen. Zo sta ik niet in mijn geloof. De mijne bestaat uit liefde, geloof en hoop voor God, mezelf en mijn medemens.
3. Op dit moment is mijn leven erg zwaar, ik hoop met Gods kracht hier uit te komen.
4. Heel veel vragen. Ik weet het niet. Volgens mij ben ik het prototype van de eeuwige twijfelaar. Als ik problemen heb bel ik de verpleging.
5. Succes met uw studie
6. Heel veel succes met het verwerken van de gegevens
7. Ik vind geluk/positieve energie in de kleine dingen. Bijvoorbeeld in de zonsopgang/ondergang/bloeiende bloemen. Ik geloof niet maar sommige aspecten van het Boeddhisme en Hindoeïsme trekken mij aan. Lastig dat er ontkennende zinnen in staan.
8. Ik ervaar deze vragen voor mij als onzinnig
9. Zet je weer eens aan het denken
10. Ik vond deze vragen moeilijk te beantwoorden. Ik heb mijn best gedaan om zo goed mogelijk in te vullen.
11. Ik ben wel katholiek opgevoed maar sta niet volledig achter de katholieke kerk en ben voor een aantal om aantal verboden af te schaffen (vb voor anticonceptiepil, condoomgebruik)
12. God is voor mij geen persoon, maar wordt vertegenwoordigd door bv natuurkrachten (elementair wezens) een engelenwereld, reïncarnatie etc etc

In het licht van dit onderzoek is van belang:

- dat de eigen positie in het religieuze veld bepalend is hoe de vragen ontvangen worden, blijkt uit de tegenstelling van reactie 8 en 9.
- dat men graag het eigen godsbeeld wil weergeven als dat verschilt van het, in de vragen opgelegde, christelijke beeld, zie opmerking 2, 7 en 12. Maar ook opmerking wel 4 en 11 laten iets van de eigen geloofsovertuiging doorklinken.

18 Correlaties tussen de uitkomsten

In dit hoofdstuk wordt onderlinge correlaties van de schalen uit de vragenlijst onderzocht. Dit heeft een directe relatie met onderzoeksvraag 2.2, 2.3 en 2.4 en het vormt de onderbouwing bij de ondersteuning van hypothese 3 en 4.

18.1 Correlatie tussen religie, coping en geestelijk welbevinden

Op basis van de aangetoonde betrouwbaarheid van de schalen is de correlatie tussen religie, coping en geestelijk welbevinden bepaald. Omdat er een positieve correlatie verwacht wordt is dit “One-tailed, Exclude cases pair-wise” berekend. De waardes met 1 ster hebben een significantie van beter dan 0.05, die met twee een significantie beter dan 0,01.

Correlations

		SWLS	RWBS	EWBS	Positieve coping	Negatieve coping	Intrinsieke religiositeit
SWLS	Pearson Correlation	1	-,040	,773**	-,056	-,178	,052
	Sig. (1-tailed)		,418	,000	,381	,165	,389
	N	33	30	29	32	32	32
RWBS	Pearson Correlation	-,040	1	,168	,821**	,379*	,744**
	Sig. (1-tailed)	,418		,183	,000	,012	,000
	N	30	35	31	35	35	33
EWBS	Pearson Correlation	,773**	,168	1	,066	-,087	,214
	Sig. (1-tailed)	,000	,183		,358	,315	,124
	N	29	31	33	33	33	31
Positieve coping	Pearson Correlation	-,056	,821**	,066	1	,547**	,687**
	Sig. (1-tailed)	,381	,000	,358		,000	,000
	N	32	35	33	40	38	37
Negatieve coping	Pearson Correlation	-,178	,379*	-,087	,547**	1	,241
	Sig. (1-tailed)	,165	,012	,315	,000		,078
	N	32	35	33	38	39	36
Intrinsieke religiositeit	Pearson Correlation	,052	,744**	,214	,687**	,241	1
	Sig. (1-tailed)	,389	,000	,124	,000	,078	
	N	32	33	31	37	36	39

Het religieus welbevinden hangt sterk significant samen met de andere religieuze variabelen. Het meest met positieve coping ($r = 0,82$) en met intrinsieke religiositeit ($r = 0,74$).

Existentieel welbevinden hangt sterk samen met de score op tevredenheid over het eigen leven ($r = 0,77$), maar opvallend genoeg niet met religieus welbevinden.

Positieve religieuze coping komt voor bij patiënten die een persoonlijke relatie met God hebben ($r = 0,82$) en die intrinsiek gelovig zijn ($r = 0,69$).

Negatieve religieuze coping komt niet significant meer voor bij intrinsiek gelovigen dan bij anderen maar wel bij hen die een persoonlijke relatie met God hebben ($r = 0,38$). Dat er geen ander verband is gevonden kan samenhangen met de constatering dat negatieve religieuze coping weinig ingezet werd waardoor de significantie binnen deze aantallen moeilijker is vast te stellen.

Als gekeken wordt naar het verband tussen het zichzelf een religieus persoon vinden en het gebruik van religieuze coping blijkt er een sterk significant verband te zijn bij positieve coping en bijna bij negatieve religieuze coping. Bij de Levene's test zijn de twee groepen voor zowel positieve en negatieve coping niet homogeen.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
PositieveCoping	35,049	1	38	,000
NegatieveCoping6	9,004	1	37	,005

De reden dat er gelijkheid in variantie moet zijn, is het voorkomen dat er dus een niet-significant resultaat uitkomt terwijl er in het echt wel een significant verschil is groter is als de variantie tussen groepen niet gelijk is. Dat is hier niet het geval en de variantie analyse mag daarom gebruikt worden.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Positieve coping	Between Groups	12,898	1	12,898	26,124	,000
	Within Groups	18,762	38	,494		
	Total	31,661	39			
Negatieve coping	Between Groups	,381	1	,381	4,010	,053
	Within Groups	3,518	37	,095		
	Total	3,899	38			

Op basis van deze enkelvoudige variantie analyse kan worden vastgesteld dat er een significant verschil in positieve religieuze coping is tussen religieuze ($N=20$) en overige ($N=20$) revalidanten. De gekwadraterde η^2 , als de verhouding tussen de groepen de score als totaal, geeft aan welk deel van de variantie in coping verklaard kan worden uit het zichzelf religieus vinden.

$$\eta^2 = \text{BetweenGroups} / \text{Total}$$

Van de hogere score op positieve religieus coping kan 41% verklaard worden vanuit hun religieuze instelling ($\eta^2=0,407$).

18.2 Correlatie tussen religie, welbevinden en verbetering

De invloed van religie en coping op het fysieke welbevinden kan bepaald worden in de correlatie van de SWLS, RWBS, EWBS en coping schalen met verbetering, verblijfsduur en zelfstandigheid. Omdat er een positieve correlatie verwacht wordt is deze “One-tailed, Exclude cases pair-wise” berekend. De waardes met 1 ster hebben een significantie van beter dan 0.05, die met twee een significantie beter dan 0,01.

		Verbetering	Verblijfsduur	Zelfstandigheid bij invullen
Verbetering	Pearson Correlation	1	,009	,535**
	Sig. (1-tailed)		,478	,000
	N	38	36	38
Verblijfsduur	Pearson Correlation	,009	1	,154
	Sig. (1-tailed)	,478		,186
	N	36	41	36
Zelfstandigheid	Pearson Correlation	,535**	,154	1
	Sig. (1-tailed)	,000	,186	
	N	38	36	38
SWLS	Pearson Correlation	,319*	-,270	,087
	Sig. (1-tailed)	,046	,068	,327
	N	29	32	29
RWBS	Pearson Correlation	-,076	-,255	,014
	Sig. (1-tailed)	,343	,070	,470
	N	31	35	31
EWBS	Pearson Correlation	,312*	-,134	,133
	Sig. (1-tailed)	,050	,232	,246
	N	29	32	29
Positieve Coping	Pearson Correlation	-,236	-,070	-,065
	Sig. (1-tailed)	,086	,335	,355
	N	35	39	35
Negatieve Coping	Pearson Correlation	-,199	-,011	,036
	Sig. (1-tailed)	,126	,474	,418
	N	35	37	35
Intrinsieke religiositeit	Pearson Correlation	-,178	,016	,171
	Sig. (1-tailed)	,156	,462	,166
	N	34	38	34

Er blijkt een duidelijk positief verband te bestaan tussen verbetering en zelfstandigheid ($r = 0,54$; $p < 0,001$; $n = 38$), maar opvallend genoeg niet tussen verblijfsduur en zelfstandigheid of verbetering. Dit laatste is geen onderwerp binnen dit onderzoek en blijft hier onverklaard.

Iemand die goed verbetert tijdens het verblijf in het revalidatiecentrum is meer tevreden over het eigen leven en heeft een hoger existentieel welbevinden. Die tevredenheid over het eigen leven hangt niet significant samen met de zelfstandigheid van dat moment, alleen met de mate van verbetering. Er is geen significant verband tussen een van de religieuze meeteenheden en de fysieke eenheden vast te stellen.

18.3 Verschillen tussen neurologische en overige revalidanten

18.3.1 Verschil in religieus welbevinden

Om te kunnen constateren of er verschil is tussen revalidanten met een neurologische aandoening en de overige revalidanten is er een “One way Anova” uitgevoerd op de eenheden uit de tabellen van parafen 18.1 en 18.2. Religieus welbevinden was de enige factor met significante verschillen tussen neurologische en andere revalidanten.

Descriptives

RWBS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Neuro	12	3,2778	1,06310	,30689	2,6023	3,9532	1,67	5,00
Overig	22	2,4545	,86605	,18464	2,0706	2,8385	1,11	4,11
Total	34	2,7451	1,00672	,17265	2,3938	3,0964	1,11	5,00

Test of Homogeneity of Variances

RWBS

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,121	1	32	,298

Uit de Levene's test blijkt dat de groepen voldoende homogeen zijn om de anova variantie analyse uit te mogen voeren.

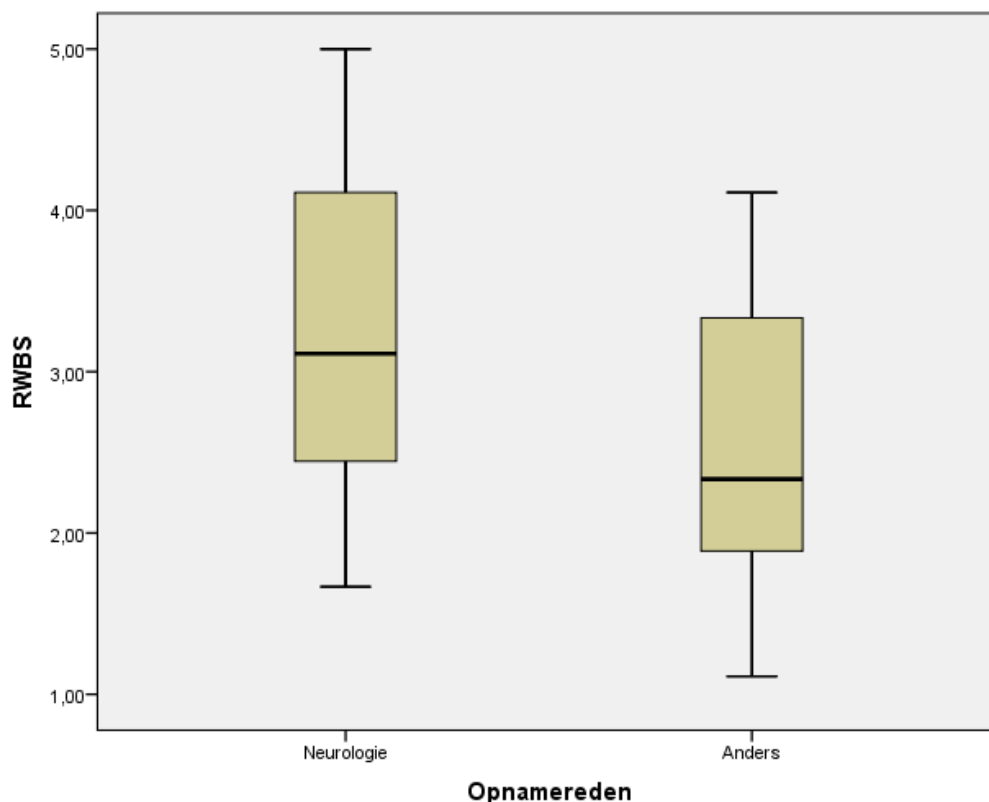
ANOVA

RWBS

N=34	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5,262	1	5,262	5,975	,020
Within Groups	28,183	32	,881		
Total	33,445	33			

Op basis van deze enkelvoudige variantie analyse kan worden vastgesteld dat er een significant verschil in religieus welbevinden is tussen neurologische (N=12) en overige (N=22) revalidanten. Van die hogere score op religieus welbevinden kan 16% verklaard worden vanuit hun neurologische aandoening ($\eta^2=0,157$).

De boxplot maakt het verschil in religieus welbevinden zichtbaar. De spreiding is vergelijkbaar, maar de mediaan is voor neurologische revalidanten hoger, zij hebben daarmee een nauwere persoonlijke band met een hogere macht.



18.3.2 Verschil in coping

Bij een gecombineerde “One way Anova, Exclude cases listwise” blijken positieve coping significant en negatieve religieuze coping bijna significant te verschillen.

Bij de Levene’s test zijn de twee groepen voor zowel positieve en negatieve coping niet homogeen.

Test of Homogeneity of Variances

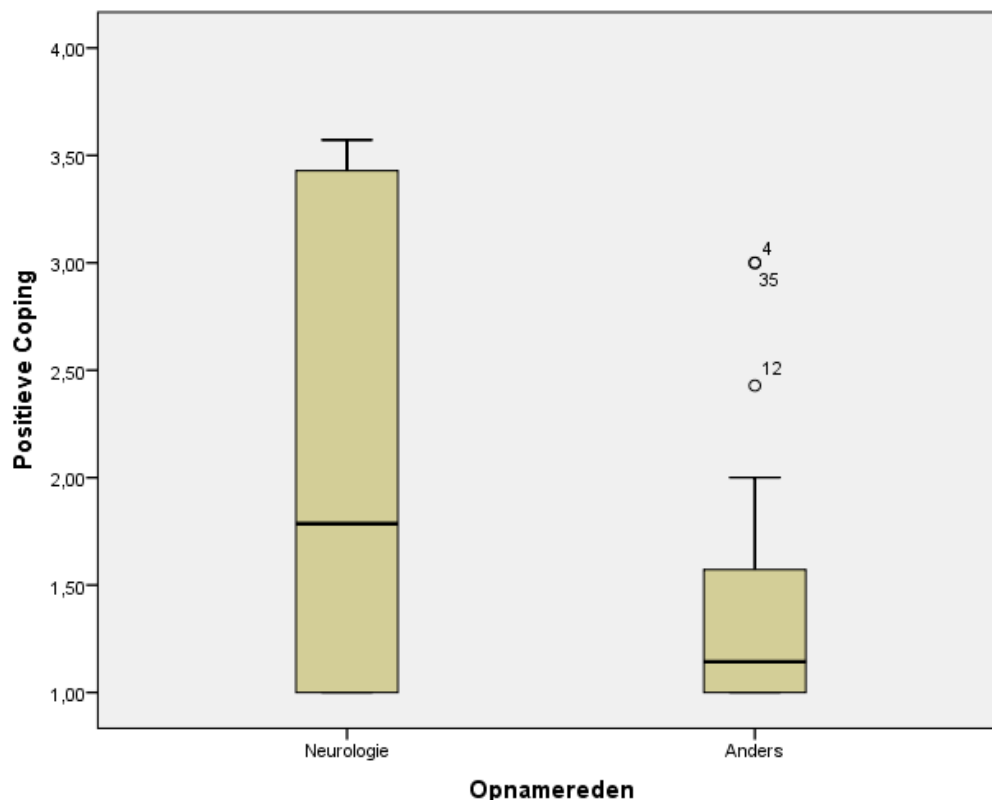
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
PositieveCoping	22,908	1	32	,000
NegatieveCoping6	20,170	1	32	,000
RWBS	1,121	1	32	,298

De reden dat er gelijkheid in variantie moet zijn, is het voorkomen dat er dus een niet-significant resultaat uitkomt terwijl er in het echt wel een significant verschil is groter is als de variantie tussen groepen niet gelijk is. Dat is hier niet het geval en de variantie analyse mag daarom gebruikt worden.

N=34		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
RWBS	Between Groups	5,262	1	5,262	5,975	,020
	Within Groups	28,183	32	,881		
	Total	33,445	33			
Positieve coping	Between Groups	3,564	1	3,564	4,659	,039
	Within Groups	24,479	32	,765		
	Total	28,043	33			
Negatieve coping	Between Groups	,354	1	,354	4,073	,052
	Within Groups	2,778	32	,087		
	Total	3,132	33			

Op basis van deze enkelvoudige variantie analyse kan worden vastgesteld dat er een significant verschil is in positieve en negatieve religieuze coping tussen neurologische (N=12) en overige (N=22) revalidanten. Van die hogere score op positieve religieuze coping kan 12% ($\eta^2=0,12$) verklaard worden vanuit hun neurologische aandoening en bij de negatieve coping 11% ($\eta^2=0,11$).

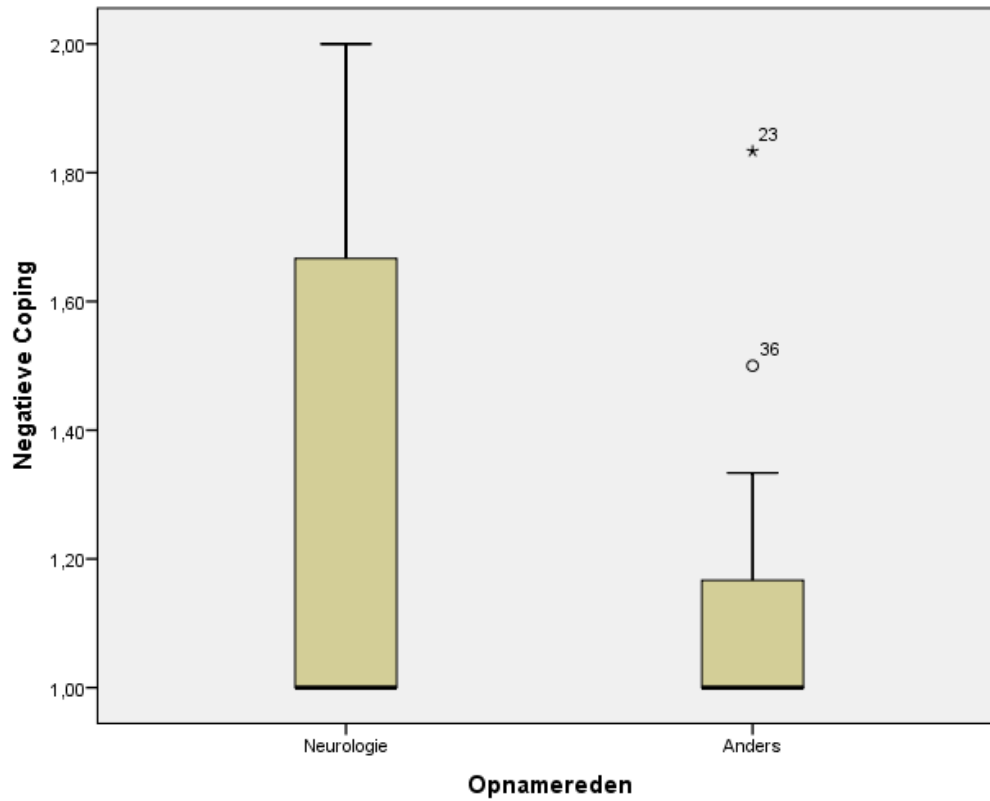
Uit de boxplot blijkt dat neurologische revalidanten positieve religieuze coping meer inzetten.



De spreiding is groot, maar uit de frequentieanalyse blijkt dat 35 % van de neurologische revalidanten positieve religieuze coping vaak gebruikt (score > 2,5) tijdens de revalidatie.

Bij de andere revalidanten gebruikt 10% vaak religieuze coping.

Voor negatieve religieuze coping is er een heel ander beeld.



Voor beide groepen ligt de mediaan rond het “bijna nooit” inzetten van negatieve religieuze coping. Waarbij de spreiding tussen de 50 en 75 percentielscore voor de neurologie breder is. De andere revalidanten kennen twee uitschieters (outliers) op negatieve coping.

19 Conclusies en aanbevelingen

19.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

1.1. Wat is de religieuze/spirituele achtergrond van de revalidanten?

De onderzochte groep revalidanten voelt zich meer (73%) dan landelijk (39%) verbonden met het christendom. Naast 7% humanisten was er geen andere stroming vertegenwoordigd. Het kerkbezoek is vergelijkbaar met het landelijke met ongeveer 10% trouwe kerkgangers en 24% onregelmatig. Van de revalidanten besteedt 29% (zeer) regelmatig tijd aan religieuze privé activiteiten. Het is waarschijnlijk dat hiermee de situatie van voor de opname wordt weergegeven omdat er in de revalidatiecentra geen (kerk)diensten zijn en ook de mogelijkheden ontbreken er een dienst extern te bezoeken.

1.2. Welk gedeelte van de revalidanten ervaart een verbinding met een hogere macht en wat zijn de kenmerken van deze verbinding?

Bijna 35% van de revalidanten ervaart een duidelijke verbinding met een hogere macht. Los van deze totaal indicatie van religieus welbevinden ontleent bijna 53% van alle revalidanten persoonlijke kracht en ondersteuning aan een hogere macht. Dit past bij de theorie over religieuze coping (Pargament, 1997) dat, wanneer mensen geen praktische oplossingen hebben voor hun crisis, zij overgaan op het emotioneel omgaan met problemen. Een van de belangrijkste coping strategieën daarvoor is religie.

2.1. In hoeverre en op welke manier betreft een revalidant een verbinding met een hogere macht bij de omgang met het revalidatieproces?

Bij 35% van de respondenten was de totale positieve coping score boven de 1,5. Van hen kun je zeggen dat zij in ieder geval soms positieve religieuze coping inzetten, 20% doet dat zelfs vaak. Negatieve religieuze coping wordt door circa 10% van de revalidanten ingezet, waarbij twijfel aan de macht van God het vaakst voorkomt.

De mate van positieve religieuze coping is lager dan op grond van eerdere Amerikaanse onderzoeken verwacht mocht worden. De formulering van de positieve religieuze coping is niet zo Amerikaans en sluit wel aan bij de Nederlandse beleving. Mogelijk dat men bij het revalideren nog een gevoel heeft de vooruitgang zelf te kunnen beïnvloeden, waardoor er minder een beroep gedaan wordt op de emotion-focused coping.

2.2. Is het welzijn van revalidanten die een verbinding met een hogere macht betrekken bij hun revalidatie beter dan andere revalidanten, zowel in religieus/existentieel welbevinden als in de zin van levensvervulling?

Revalidanten die positieve of negatieve coping inzetten hebben een hoger religieus welbevinden. Dezelfde samenhang is er met de intrinsieke religiositeit. Deze correlaties waren te verwachten. Er is echter geen verband gevonden tussen religieuze variabelen en het existentieel welbevinden of tevredenheid met het leven. Het existentieel welbevinden correleerde wel sterk met de tevredenheid over het leven, deze twee meten dan ook vergelijkbare waarden.

2.3. Hebben revalidanten met een verbinding met een hogere macht beter herstel van hun functionele capaciteiten?

Dit onderzoek heeft geen verband gevonden tussen religieuze coping, religieus welbevinden of intrinsieke religiositeit en het herstel van functionele capaciteiten. Ook het, in veel onderzoeken significante, verband tussen negatieve religieuze coping en verslechtering van het welzijn kan niet gelegd worden.

2.4. Is er verschil in religieus welbevinden of religieuze coping tussen revalidanten met een neurologische aandoening en de overige revalidanten?

Revalidanten met een neurologische opnamereden zetten vooral positieve religieuze coping meer in en hebben een significant hoger religieus welbevinden dan de overige revalidanten. Een mogelijke verklaring zou de wijze van attributie kunnen zijn. Iemand met bijvoorbeeld een amputatie zou een meer externe attributie hebben omdat het hem of haar is overkomen of aangedaan.

Voor iemand met een CVA is de oorzaak veel minder duidelijk en in het lichaam zelf gelegen. Dit zou tot een meer interne, en daarmee meer religieuze, attributie kunnen leiden. Religie geeft betekenis, het gevoel dat je nog enige beheersing hebt over het probleem. Zo kan religie ook versterkt worden door religieuze coping.

Ook het gevoel bij een CVA ontsnapt te zijn aan de dood kan daaraan bijgedragen hebben. Voor mensen die een orthopedische operatie hebben moeten ondergaan speelt dit aspect waarschijnlijk minder.

19.2 Evaluatie van de hypotheses

1. Revalidanten ervaren een verbinding met een hogere macht tijdens het revalidatieproces.

Bijna 35% van de revalidanten ervaart positief religieus welbevinden, een maat voor hun verbinding met een hogere macht.

2. Revalidanten zetten religieuze coping in tijdens het revalidatieproces.

Religieuze revalidanten gebruiken positieve religieuze coping bij hun revalidatieproces. Los daarvan ontleent bijna 53% van alle revalidanten persoonlijke kracht en ondersteuning aan een hogere macht

3. Revalidanten met een neurologische aandoening zetten religieuze coping meer in dan overige revalidanten.

Een neurologische aandoening leidt in dit onderzoek tot meer inzet van positieve religieuze coping en een significant hoger religieus welbevinden. Voor negatieve religieuze coping was er geen significant onderscheid.

4. Een verbinding met een hogere macht, als vorm religieuze coping, heeft een positieve invloed op het welzijn van een revalidant.

Fysiek welzijn, existentieel welbevinden of de eigen tevredenheid met het leven hangen, in dit onderzoek, niet significant samen met religieuze coping of het religieus welbevinden van een revalidant.

19.3 Samenhang met eerdere onderzoeken

Bij onderzoeken in verschillende Nederlandse zorginstellingen (Pieper & Van Uden, 2012) was er een significante correlatie tussen existentieel welbevinden en religieus welbevinden. Net zoals die er was voor positieve religieuze coping en een negatieve correlatie voor negatieve religieuze coping. Zie 11.1 Studies over de relatie tussen religieuze coping en existentieel welbevinden. In dit onderzoek wordt het tweede bevestigd, maar voor existentieel en religieus welbevinden wordt de relatie niet gevonden.

Een verklaring hiervoor kan liggen in de omstandigheden van een revalidatie centrum, waarbij er sterk de nadruk ligt op het fysieke probleem en de fysieke verbetering wat wezenlijk anders is dan een verpleeghuis of psychiatrische setting. De gevonden correlatie tussen existentieel welbevinden en verbetering in fysiek functioneren ondersteunt dit.

Ook de manier van opname is anders. In een revalidatiecentrum komt iemand vrijwillig met een motivatie om beter te worden en er zo snel mogelijk weer weg te komen. Er wordt concreet aan een aandoening gewerkt. Voor een verpleeghuis gelden heel andere omstandigheden, vaak komt men in de laatste levensfase omdat het niet anders kan. En bij psychiatrie mag gezegd worden dat de aandoeningen veel ongrijpbaarder zijn en ook lastiger concreet aan te pakken of op te lossen. De populatie in een verpleeghuis is gemiddeld veel ouder dan in een revalidatiecentrum. De psychiatrie is voor wat betreft de opgenomen personen mogelijk wel vergelijkbaar met een revalidatiecentrum.

Theoretisch hangt de inzet van religieuze coping bij het probleem samen met de persoon, de gebeurtenis en de context van het probleem (Pargament, 1997) en tenminste twee factoren verschillen in dit onderzoek van de andere onderzoeken.

De studies zoals genoemd in “11.2 Studies over de relatie tussen religieuze coping en fysiek welbevinden” laten een gemengd beeld zien. De negatieve invloed van negatieve religieuze coping op gezondheid wordt door vrijwel alle onderzoeken ondersteund. Maar in de positieve invloed van positieve religieuze coping is meer variatie. Een review studie met uitsluitend gekwalificeerde onderzoeken (Powell, 2003) kon alleen een positief verband vinden tussen religie en bescherming tegen overlijden, net als bij een studie van Pargament uit 2001. In het onderzoek van Powell was er geen significante relatie te vinden tussen fysiek welbevinden en religie, net zo min als bij de studie van Fitchett uit 1999.

Bij een aantal andere onderzoeken was dat positieve verband er wel (Cummings & Pargament, 2010; Waldron-Perrine, 2010; Johnstone et al, 2009), maar meestal werd dat alleen gevonden op specifieke facetten van een religieuze coping schaal. Bijvoorbeeld een spirituele ervaring of vergeving als coping, maar niet bij de samengenomen schaal.

Het hier gepresenteerde onderzoek kon geen significante samenhang in vinden tussen fysiek welzijn en religie, maar ook geen negatieve correlatie ervan met negatieve religieuze coping. Een mogelijke verklaring daarvoor is het geringe aantal respondenten waardoor een klein verschil niet snel significant is. Zo was bij Fitchett het aandeel van negatieve coping op verslechtering van fysiek welzijn 5%.

19.4 Opmerkelijke punten buiten de onderzoeksvragen

Bij de verwerking van de Brief RCOPE vragenlijst kwam er een indicatie dat deze vragenlijst niet aansluit bij de Nederlandse beleving van religie. Hoewel het momenteel de standaard is voor het onderzoeken van religieuze coping hebben de Nederlandse vragen over negatieve coping mogelijk een herformulering nodig.

De formuleringen “vraag ik mij af of mijn gemeente/kerk mij in de steek heeft gelaten” en “concludeer ik dat dit door toedoen van het kwade/de duivel is gebeurd” geven bij het beantwoorden een slechte samenhang met de overige vragen. De formulering “twijfel ik aan de macht van God” valt nog sterker buiten de samenhang, maar wordt juist weer veel sterker onderschreven door de populatie uit dit onderzoek.

Bij de vragen over het religieus welbevinden was er ook een die sterk buiten de samenhang viel, namelijk “God verleent mij persoonlijke kracht en ondersteuning”. Opvallend daarbij was dat ook deze stelling weer veel meer onderschreven werd dan de andere uit de vragenlijst.

De gevonden uitzonderingen lijken naar dezelfde ervaring te wijzen, het werken van God in deze wereld. Hetzij door iemand kracht en steun te geven, hetzij vanuit de eigen macht. In Nederland is al eerder kritiek geleverd op de coping stijlen van Pargament (Alma, Pieper & Van Uden, 2003). Die kritiek richtte zich op twee punten: het persoonlijke godsbeeld en de activistische benadering van God. Het is interessant dat in dit onderzoek op vergelijkbaar gebied afwijkingen worden gevonden, een gegeven dat nader onderzoek verdient.

19.5 Zwakke punten van het onderzoek

Dit onderzoek van religieuze coping heeft een aantal problemen in zich, omdat:

1. de taal van het onderzoek zou moeten aansluiten. De vragenlijsten zijn vertaalde Amerikaanse vragen die gebaseerd zijn op een christelijke levensovertuiging. Andere levensbeschouwingen vinden daarin mogelijk geen aansluiting, wat kan leiden tot het niet invullen van de vragenlijsten.
2. de invloed van sociaal gewenste antwoorden groot kan zijn. De onderzoeker werkte als geestelijk verzorger in de revalidatiecentra die onderzocht werden. Mogelijk heeft dat de deelname positief beïnvloed en mogelijk heeft dat ook geleid tot sociaal gewenste antwoorden. Dit ondanks de gegarandeerde anonimiteit.
3. anonimiteit heel gevoelig ligt. Hoewel de verwerking van de antwoorden anoniem was kwamen daarover er wel mondelinge vragen binnen. Door de opnamedatum, leeftijd, geslacht en opnamereden te vermelden zouden de lijsten naar een persoon te herleiden zijn. Dit kan revalidanten weerhouden hebben deel te nemen aan het onderzoek.
4. vergelijkingsmateriaal van de specifieke doelgroep is niet voorhanden. Alle gevonden onderzoeken over de relatie tussen religie en fysiek welbevinden zijn Amerikaans. De populatie, cultuur en religieuze beleving in Nederland is echter sterk verschillend van de Amerikaanse situatie.
5. religie een complexe samenhang heeft met gezondheid. In dit onderzoek wordt alleen religieuze coping, religiositeit en religieus welbevinden meegenomen. Er zijn echter veel meer factoren waar religie een rol kan spelen en die mogelijk invloed hebben op het fysieke welbevinden (zie hoofdstuk 8 Verband tussen religie en gezondheid).

Naast deze structurele problemen zijn er een aantal redenen waarom de gevonden uitkomsten mogelijk niet representatief zijn:

1. de verdeling man vrouw in de steekproef was niet gelijk. Mannen en vrouwen kunnen een verschillende beleving van religie hebben. Dit zou de uitkomst kunnen kleuren.
2. de culturele populatie van twee revalidatiecentra aan de rand van de Veluwe is volstrekt anders dan bijvoorbeeld die in Amsterdam. In ieder geval zijn zij op religieus gebied geen doorsnede van de Nederlandse bevolking.
3. de vragenlijsten zijn, behalve christelijk georiënteerd, mogelijk teveel gericht op de Amerikaanse beleving van religie. Dat bleek ook uit de opmerkingen die aan de vragenlijst werden toegevoegd over de formulering van de vragen Zie 17.8 Algemene opmerkingen.

19.6 Aanbevelingen

1. Om werkelijk causale verbanden te kunnen leggen tussen de invloed van religie en het revalidatieresultaat is een longitudinale studie nodig, dit kan niet binnen een cross-sectionale studie als deze.
2. De vragen van de negatieve religieuze coping dienen apart onderzocht te worden en verdienen mogelijk aanpassing aan de Nederlandse culturele situatie en het Nederlandse taalveld.
3. Het grote verschil tussen de totale schaal van het religieus welbevinden en de losse vraag “God verleent mij persoonlijke kracht en ondersteuning” verdient nader onderzoek. Mogelijk dat hier de positionering van het Godsbeeld te Amerikaans is om herkenbaar te zijn.
4. De achterliggende reden van het verschil in religieuze coping tussen neurologische en overige revalidanten zou nader uitgezocht moeten worden.
5. Dit onderzoek geeft inzicht in de religieuze coping van klinische revalidanten, in het bijzonder gerelateerd aan het ervaren van een band met een hogere macht. De resultaten geven aan dat aandacht voor geloof en levensbeschouwing van belang is voor revalidanten tijdens hun opname in een revalidatiecentrum. De geestelijk verzorger heeft daarbij een ondersteunende rol.

19.7 Tot slot

Zoals er mensen zijn die zingen,
niet omdat zij dit willen,
maar omdat er een stem in hen oprijst,
zo zijn er ook mensen die geloven,
niet uit angst en niet uit hoop op beloning,
maar omdat zij krachtens hun wezen niet anders kunnen.

Abel Herzberg

Fragment uit één van zijn 'Brieven aan mijn kleinzoon', 1975

20 Literatuurlijst

- ALMA, H.A., PIEPER, J.Z.T., UDEN, M.H.F. VAN (2003) When I Find Myself in Times of Trouble. Pargament's Religious Coping Scales in the Netherlands, *Archive for the Psychology of Religion* Vol 24, p 64-74.
- BAARDA, D.B., DE GOEDE, M.P.M., DIJKUM, C. VAN (2011) *Basisboek Statistiek met SPSS, Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*, 4^e druk, Noordhoff Groningen
- BAARDA, D.B., DE GOEDE, M.P.M. (2006) *Basisboek Methoden en Technieken, Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*, Noordhoff Houten
- BERNTS, T., DEKKER, G., HART, J. DE (2007), *God in Nederland 1996-2006*, Ten Have Kampen
- CUMMINGS, J.P., PARGAMENT, K.I. (2010) *Medicine for the Spirit: Religious Coping in Individuals with Medical Conditions*, *Religions* 2010, Vol 1, p 28-53
- COLLIN, C., WADE, D., DAVIS, S., HORNE V (1988), *The Barthel ADL index: A reliability study*, *International Disability Studies* nr 10, p 61-63.
- COMMISSIE INFORMATIEVOORZIENING VAN REVALIDATIE NEDERLAND. (2009) *Het Brancherapport 2009, Revalidatie Nederland*, Utrecht
- DIENER, E., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., GRIFFIN, S. (1985). *The Satisfaction With Life Scale*, *Journal of Personality Assessment*, Vol 49, p 71-75
- DURKHEIM, E. (1976), *Elementary Forms of Religious Life*, George Allen & Unwin London
- ELKINS, D. N., HEDSTROM, L. J., HUGHES, L. L., LEAF, J. A., & SAUNDERS, C. (1988), *Toward a humanistic-phenomenological spirituality. Definition, description, and measurement*, *Journal of Humanistic Psychology* Vol 28, p 5-18
- ELLISON, C.W. (1983) *Spiritual well-being: Conceptualization and measurement*, *Journal of Psychology and Theology* 11(4), p 330-340
- FITCHETT, G., RYBARCZYK, B.D., DEMARCO, G.A., NICHOLAS, J. J. (1999), *The Role of Religion in Medical Rehabilitation Outcomes, A Longitudinal Study*, *Rehabilitation Psychology*, Vol. 44, No. 4, p 333-353
- FITCHETT, G., MURPHY, P.E., KIM, J., GIBBONS, J.L., CAMERON J.R., DAVIS J.A. (2004), *Religious struggle: prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients*, *International Journal of Psychiatry in Medicine* 34, no. 2, p 179-196
- FREUD, S. (1927/1961). *The future of an illusion* (J. Strachey, Ed. and Trans.). New York, Norton 1961 (Oorspronkelijk gepubliceerd in 1927)
- HAAN, R. DE, LIMBURG, M., SCHULING, J., BROESHART, J., JONKERS, L., ZUYLEN, P. VAN (1993), *Klinimetrische evaluatie van de Barthel-index, een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren*, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 137 nr 18, p 917-921

- HILL, P.C., PARGAMENT, K.I., HOOD JR, R.W., MCCULLOUGH, M.E., SWYERS, J.P., LARSON, D.B., ZINNBAUER, B.J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, Vol 30, p 51-77
- HORTON, N. J., KLEINMAN, K. P. (2007), Much Ado About Nothing: A Comparison of Missing Data Methods and Software to Fit Incomplete Data Regression Models, *The American Statistician*, Vol. 61 No. 1, p 79-90
- JOHNSTONE, B., GLASS, B.A. (2008), Support for a neuropsychological model of spirituality in persons with traumatic brain injury, *Zygon: Journal of Religion and Science*, Vol. 43, No. 4, p 861-874
- JOHNSTONE, B., YOON, D.P. (2009), Relationships Between the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality and Health Outcomes for a Heterogeneous Rehabilitation Population, *Rehabilitation Psychology*, Vol. 54 No. 4, p 422-431
- KALRA L.(1994), The influence of stroke unit rehabilitation on functional recovery from stroke, *Stroke*, American Heart Association, Dallas, Issue 25, p 821-825
- KOENIG, H.G., BÜSSING, H. (2010) The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies, *Religions* 2010, nr 1, p 78-85
- MAHONEY, F.I., BARTHEL, D.W. (1965), Functional evaluation: the Barthel Index, *Maryland State Medical Journal*. 1965, Vol. 14, p 61–63
- PARGAMENT, K.I. (1997), *The Psychology of Religion and Coping, Theory, research, practice*, The Guilford Press New York
- PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G., PEREZ, L. M. (2000) The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE, *Journal of Clinical Psychology* Vol 56, p 519-543
- PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G., TARAKESHWAR, N., HAHN, J. (2001), Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study, *Archives of Internal Medicine* 161, no. 15, p 1881-1885
- PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G., TARAKESHWAR, N., HAHN, J. (2004), Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study, *Journal of Health Psychology*, no. 6, p 713-730
- PARGAMENT, K.I., FEUILLE, M., BURDZY, D. (2011) The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping, *Religions* 2011 Vol 2, p 51-76
- PARKINSON, J. (2008) Review of scales of positive mental health validated for use with adults in the UK: Technical report, NHS Health Scotland
- PIEPER, J.Z.T., UDEN, M.H.F. VAN (2012), “Whenever God Shines His Light On Me...” Religious coping in clinical healthcare institutions, *Mental Health, Religion & Culture*, Vol 15 No 4, p 403-416
- PIEPER, J.Z.T. (2006-1) Levensbeschouwing in het verzorgings- en verpleeghuis, *Clënten van de ViVal Zorggroep over geloof/levensbeschouwing en geestelijke verzorging*, Utrecht: ViVal.

- PIEPER, J.Z.T., UDEN, M.H.F. VAN (2006-2) Religie in een forensisch psychiatrische setting, Patiënten van de Pompestichting over geloof/levensbeschouwing en geestelijke verzorging, KSGV: Tilburg.
- PIEPER, J.Z.T. (2006-3), Gezondheid en religie, Praktische theologie, Vol 33 No 4, p 457-465
- PIEPER, J.Z.T., UDEN, M.H.F. VAN (2001) Geestelijke verzorging op de Fontein, Onderzoek onder cliënten van de Fontein naar hun geloof/levensbeschouwing en naar hun behoefte aan geestelijke verzorging, Zeist: Fontein.
- PIEPER, J.Z.T. , UDEN, M.H.F. VAN (2000) Geestelijke verzorging op Van Gogh. Onderzoek onder cliënten van het Vincent van Gogh Instituut naar hun geloof/levensbeschouwing en naar hun behoefte aan geestelijke verzorging, Venray: Van Gogh.
- POWELL, L.H., SHAHABI, L., THORESEN, C.E. (2003), Religion and Spirituality, Linkages to Physical Health, American Psychologist, Vol. 58 No 1, p 36-52
- SAVER, J.L., RABIN, J. (1997) The Neural Substrates of Religious Experience, The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, Issue 9, p 498-510
- SIEGERT, R.J., TURNER-STOKES, L. (2010), Psychometric evaluation of the Northwick Park Dependency Scale, Journal of rehabilitation medicine, Issue 10, p 936-943
- SMART, N. (2003). Godsdiensten van de wereld, Ten Have Kampen
- TURNER-STOKES, L., (2010) Can the Northwick Park Dependency Scale be translated to a Barthel Index, Clinical Rehabilitation 2010, nr 24, p 1112-1120
- URGESI, C. , AGLIOTTI, S.M., SKRAP, M., FABBRO, F. (2010), The spiritual brain: Selective cortical lesions modulate human self-transcendence, Neuron 65, Elsevier, p 309–319
- VRIES, DE J., ROUKEMA, A. (2011) Kwaliteit van leven, een medisch psychologisch perspectief, IN WOUTERS, E., CANTERS, N., Kwaliteit van leven, Boom Lemma Den Haag, p 11-20
- WALDRON-PERRINE, B. (2010) The Influence Of Religion And Spirituality On Rehabilitation Outcomes Among Traumatic Brain Injury Survivors, Wayne State University Dissertations. Paper 64
- ZINNBAUER, B.J., PARGAMENT, K., COLE, B., RYE, M.S., BUTTER, E.M., BELAVICH, T.G., HIPPEL, K.M., KADAR, J.L. (1997), Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. Journal for the Scientific Study of Religion, Vol 36 No 4, p 549-564

Websites

http://www.zorgatlas.nl	24 oktober 2011
http://www.viareva.nl	24 oktober 2011
http://www.vogellanden.nl	24 oktober 2011
http://www.qualiteit.nl/quallife.htm	07 november 2011
http://nl.wikipedia.org	diverse data
http://en.wikipedia.org	diverse data
http://www.chrismadden.co.uk	12 juni 2012

<http://www.cbs.nl>

diverse data

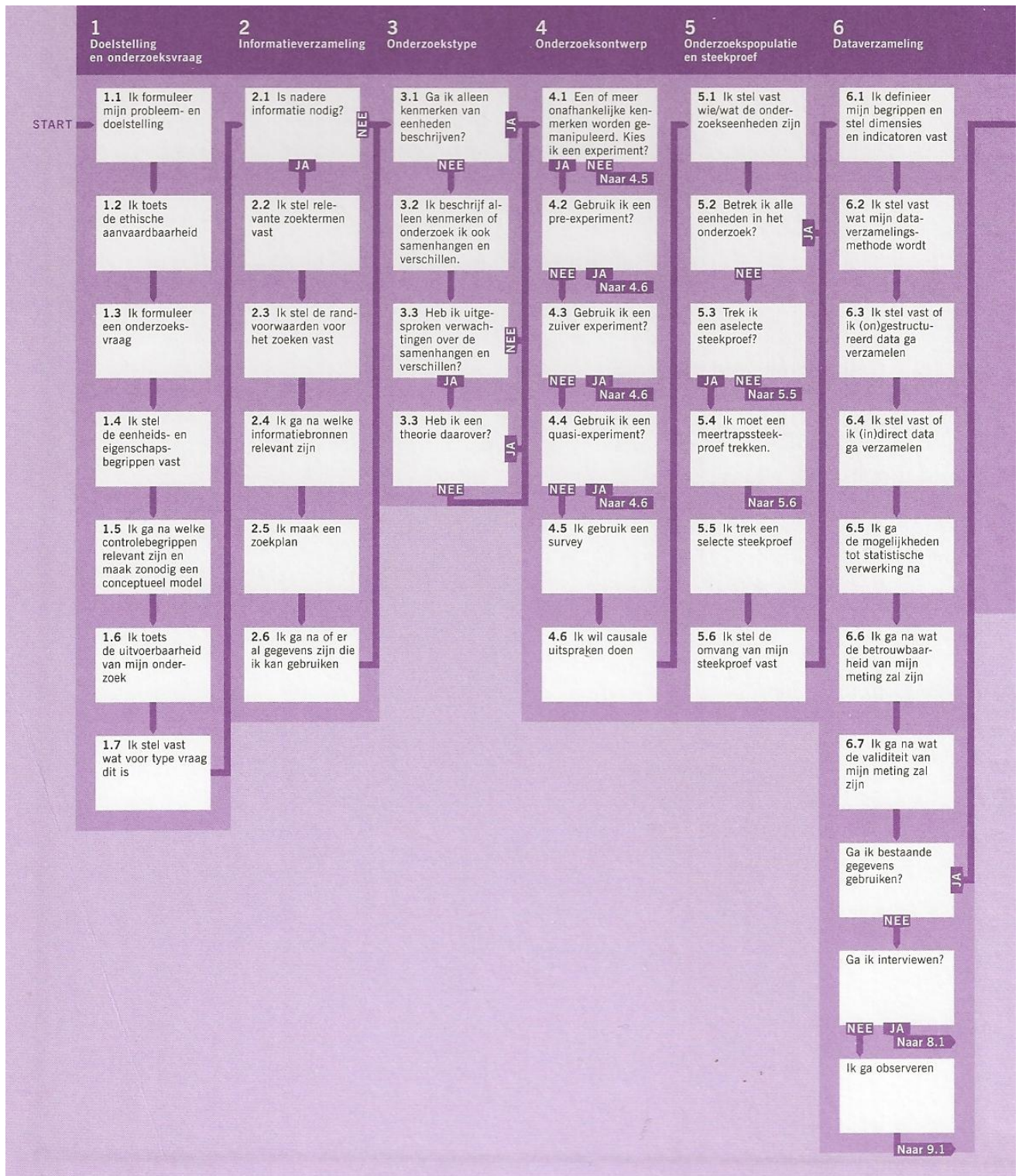
IV. Bijlagen

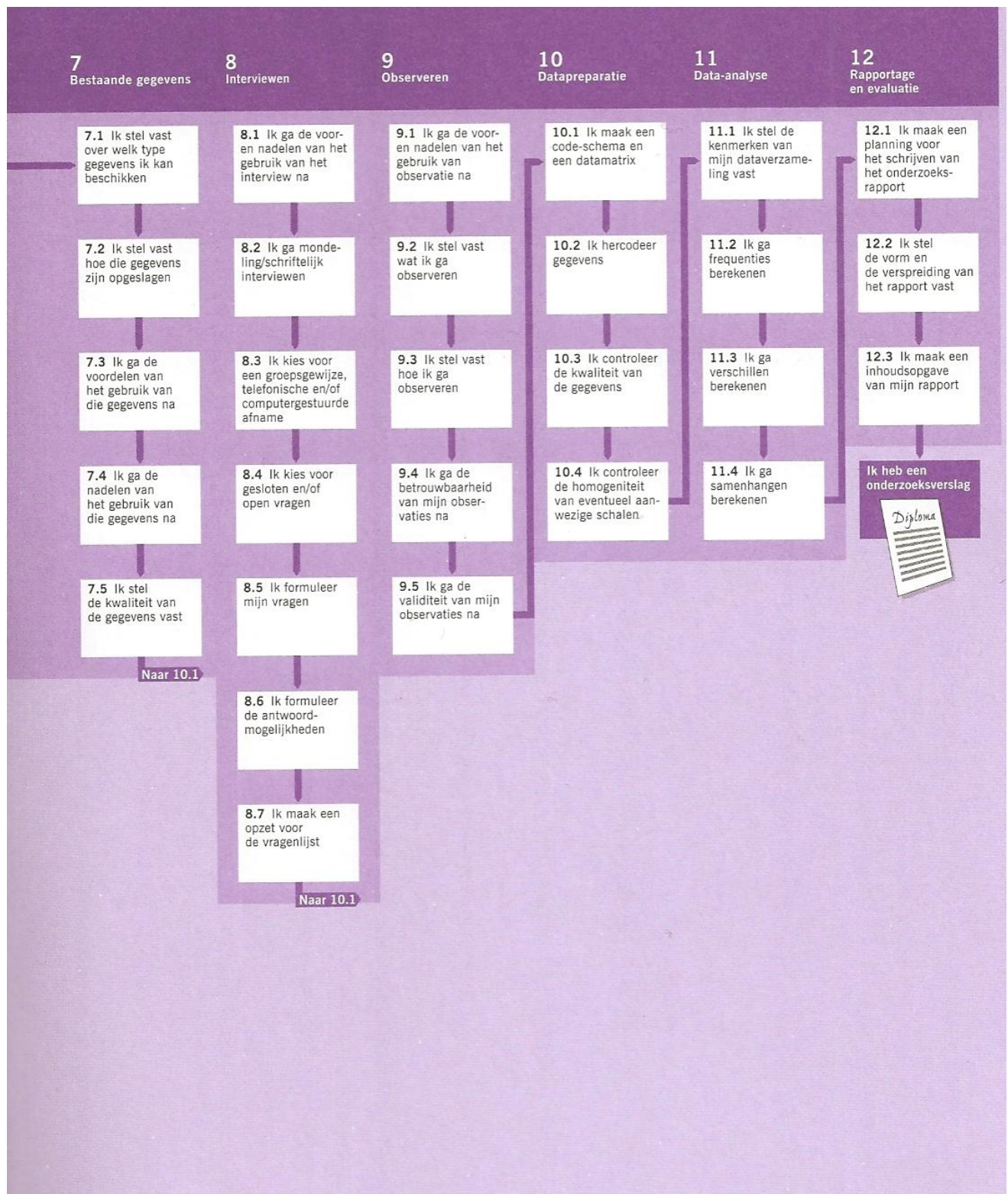
Bijlage A, Lijst met afkortingen

Afkorting	Omschrijving
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, standaard activiteiten die een mens dagelijks uitvoert
ANOVA	Analysis of variance, toetsingsprocedure om na te gaan of de populatiegemiddelden van twee of meer groepen van elkaar verschillen
BMMRS	De Brief Multidimensional Measure of Religiousness Spirituality, een schaal om religiositeit en spiritualiteit te meten.
CBS	Centraal Bureau Statistiek, overheidsinstantie die statistiek bijhoudt.
CVA	Cerebral Vasculair Attack, een probleem met de bloedtoevoer in de hersenen. Dit kan een bloeding of een infarct (afsluiting) zijn.
DUREL	Duke University Religion Index, een schaal om de religiositeit van mensen te meten
EWBS	Existential Well-being Scale, een subschaal van de SWLS die de mate van existentieel welbevinden uitdrukt
GGZ-instelling	Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg, voor de behandeling en begeleiding van mensen met psychische en psychiatrische problemen
METC	Medisch Ethische Toetsingscommissie, zij toetsen onderzoeksvoorstellen aan de wet WMO
PTSS	Post Traumatic Stress Syndroom, een angststoornis als gevolg van een traumatische ervaring.
RCOPE	Religious Coping Questionnaire, een vragenlijst om religieuze coping te kunnen meten
RWBS	Religious Well-being Scale, een subschaal van de SWLS die de mate van religieus welbevinden uitdrukt
SF-36	SF-36 General Mental Health, een vragenlijst die het niveau van functionele gezondheid en welbevinden meet.
SWLS	Satisfaction with Life Scale, een vragenlijst die de tevredenheid met het leven meet
WHO	World Health Organisation, Wereld gezondheidsorganisatie
WMO	Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen. Wil een wettelijke basis geven aan de bescherming van proefpersonen die deelnemen aan medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen

Bijlage B, Onderzoeksschema Baarda

(Baarda, 2006)





Bijlage C, Barthel index

Barthel-index

voor het meten van activiteiten in het dagelijks leven (ADL)

Aandachtsgebied	Omschrijving	Functie-score	Patiënt-score
Ontlasting	Incontinent	0	
	Soms incontinent	1	
	Continent	2	
Urine	Katheter of incontinent	0	
	Soms incontinent	1	
	Continent	2	
Persoonlijke verzorging	Hulpbehoevend	0	
	Zelfstandig voor wat betreft verzorging van gezicht, tanden, haar en bij scheren	1	
Toiletbezoek	Hulpbehoevend	0	
	Weinig hulp nodig	1	
	Zelfstandig	2	
Eten	Hulpbehoevend	0	
	Hulp nodig bij snijden en smeren	1	
	Zelfstandig	2	
Transfer (van bed naar stoel en terug)	Niet toe in staat	0	
	Veel hulp nodig	1	
	Weinig hulp nodig; verbaal of lichamelijk	2	
	Zelfstandig	3	
Mobiliteit	Kan zich niet verplaatsen	0	
	Zelfstandig in rolstoel	1	
	Lopen met hulp van een ander; verbaal of lichamelijk	2	
	Zelfstandig, eventueel met gebruik van hulpmiddelen	3	
Aan-/uitkleden	Hulpbehoevend	0	
	Kan ongeveer de helft zelf	1	
	Zelfstandig	2	
Trappen lopen	Niet toe in staat	0	
	Met hulp; verbaal of lichamelijk	1	
	Zelfstandig; op en af	2	
Baden	Hulpbehoevend	0	
	Zelfstandig	1	
		Totaal

Interpretatie:

- 0-4 : Volledig hulpbehoevend
 5-9 : Ernstig hulpbehoevend
 10-14 : Wel hulp nodig maar kan veel zelf
 15-19 : Redelijk tot goed zelfstandig
 20 : Volledig ADL-zelfstandig

Richtlijnen

1. De Barthel index moet gebruikt worden als een evaluatie van hetgeen de patiënt reëel doet, niet van hetgeen hij zou kunnen doen.
2. Het doel is om een niveau van onafhankelijkheid vast te stellen los van enige fysieke of verbale ondersteuning, hoe klein en om welke reden dan ook.
3. Wanneer een patiënt toezicht vergt voor een bepaalde handeling wordt hij hiervoor als afhankelijk beschouwd.
4. Het niveau van functioneren moet vastgesteld worden met de best beschikbare gegevens. Ondervraging van de patiënt, de familieleden en het zorgverstrekkend personeel zijn de meest gebruikte methoden, hoewel observatie en gezond verstand eveneens belangrijk zijn. Rechtstreekse evaluatie in een testsituatie is niet vereist.
5. Meestal evalueert men de situatie over de laatste 48 uur, maar soms zijn langere periodes relevant.
6. Bij een tussenniveau neemt men aan dat de patiënt minstens 50 percent van de taak volbrengt.
7. Het gebruik van hulpmiddelen is toegelaten.

Bijlage D, Northwick Park Dependency Scale

	afhankelijkheids score
1. Mobiliteit	
loopt geheel onafhankelijk	0
onafhankelijk in de rolstoel of zelfvoortbewogen rolstoel	1
loopt met behulp of supervisie van 1 persoon	2
gebruikt rolstoel voortbewogen door een ander	3
bedlegerig (dan niet in rolstoel zitten)	4
2. Transfer	
volledig onafhankelijk	0
hulp nodig van 1 persoon	1
hulp nodig van 2 personen	2
moet getild worden met tillift, door 1 persoon korter dan een half uur	3
moet getild worden met tillift, door 2 personen korter dan een kwartier	3
3. Toiletgebruik: urine	
3.1 Toiletgebruik: blaas	
Hieronder valt: naar de wc gaan, op wc gezet worden, zichzelf schoonmaken, kleding in orde maken, handen wassen na afloop.	
Bij urinaal gebruik, urinaal pakken, installeren en terugplaatsen zonder morsen,	
kan zelfstandig blaas legen	0
alleen klaarzetten (bijv kan het zelf als urinaal onder handbereik is)	1
heeft catheter/verzamelzak (verzorg dit zelfstandig)	1
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt korter dan kwartier	2
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt langer dan kwartier	3
hulp duurt langer dan een half uur of heeft hulp nodig van 2 personen	4
3.2 incontinentie van urine	
geen ongelukken of lekkages van catheter/verzamelzak	0
continent wanneer er regelmatig toiletgang is, af en toe ongelukjes	1
1-2 gevallen van incontinentie/lekkage per 24 uur	2
3 of meer gevallen van incontinentie per 24 uur	3
4. Toiletgebruik: ontlasting of legen stomazak	
4.1 toiletgebruik: ontlasting	
hieronder valt: naar de wc gaan, op de wc gezet worden, zichzelf schoon maken, kleding in orde maken, handen wassen na afloop.	
Bij stoma: legen en vervangen van zak op hygiënische wijze	
kan zelfstandig behoefte doen	0
alleen klaarzetten (bijv. zetpillen geven of klyasma)	1
heeft hulp of supervisie nodig van 1 persoon, korter dan een kwartier	2
heeft hulp nodig van 1 persoon, langer dan kwartier	3
heeft hulp nodig van 2 personen, korter dan kwartier	4
heeft hulp nodig van 2 personen, langer dan kwartier	5
4.2 incontinentie van faeces	
geen faecale ongelukken	0
heeft regelmatig ontlastingschema nodig om continent te blijven	1
af en toe faecale ongelukken (minder dan 1 keer per dag)	2
regelmatig faecale incontinentie	3
bij faecale incontinentie: hoe vaak per week	
5. Wassen en persoonlijke verzorging	
omvat handen en gezicht wassen, tanden poetsen, haar kammen, scheren of make-up.	
het gaat hier niet om baden en douchen	

kan zelfstandig wassen en persoonlijk uitvoering uitvoeren	0
alleen klaarzetten (bijv. spullen pakken, waskom met water vullen)	1
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt korter dan half uur	2
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt langer dan half uur	3
heeft hulp nodig van 2 personen, duurt korter dan een half uur	4
heeft hulp nodig van 2 personen, duurt langer dan een half uur	5

6. Baden en douchen

omvat naar badkamer gaan, in en uit bad of douche krijgen, wassen en afdrogen als revalidant niet kan baden of douchen vul dan in voor een grondige wasbeurt

kan zelfstandig baden of douchen	0
alleen klaarzetten (bijv. bad vullen, washand klaarleggen)	1
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt korter dan half uur	2
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt langer dan half uur	3
heeft hulp nodig van 2 personen, duurt korter dan een half uur	4
heeft hulp nodig van 2 personen, duurt langer dan een half uur	5

7. Aankleden

omvat ook schoenen en sokken aandoen, veters strikken, spalk of prothese aandoen

kan zelfstandig aankleden	0
alleen klaarzetten (bijv. kleding klaarleggen)	1
incidenteel hulp nodig van 1 persoon, bijv alleen met schoenen	1
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt korter dan half uur	2
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt langer dan half uur	3
heeft hulp nodig van 2 personen, duurt korter dan een half uur	4
heeft hulp nodig van 2 personen, duurt langer dan een half uur	5

8.1 eten

als revalidant volledig door PEG catheter of maagsonde gevoed wordt, ga naar 8.3.

kan zelfstandig eten	0
alleen klaarzetten bijv zakjes openen, bestek aangeven, vlees snijden)	1
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt korter dan half uur	2
heeft hulp nodig van 1 persoon, duurt langer dan half uur	3

8.2 drinken

als revalidant volledig door PEGcatheter of maagsonde gevoed wordt, ga naar 8.3

kan zelfstandig inschenken en drinken	0
hulp of supervisie nodig, duurt korter dan half uur	1
hulp of supervisie nodig, duurt langer dan half uur	2

8.3 enterale voeding (PEG catheter of maagsonde)

geen enterale voeding	0
kan zelfstandig voedingsstoffen toedienen	0
hulp nodig om voeding toe te dienen 1x per dag of nacht	1
hulp nodig om voeding toe te dienen 2x per dag	2
hulp nodig om voeding toe te dienen 3x per dag	3
hulp nodig om voeding toe te dienen of extra spoeling te geven gedurende de nacht	4

9. Doorligpreventie

huid is intact, kan zelfstandig druk verminderen	0
moet alleen aangespoord worden om druk te verminderen	1
huid is intact, hulp nodig van 1 persoon om gedraaid te worden, om de vier uur	2
huid is intact, hulp nodig van 2 personen om gedraaid te worden om de twee uur	3
huid is kapot of open, hulp nodig van 1 persoon om gedraaid te worden om de twee uur	4
huid is kapot of open, hulp nodig van 2 personen om gedraaid te worden om de twee uur	5

10. Wondverzorging/decubitusverzorging

geen wondverzorging	0
obeserveren van de huid bij dreigende wond of herstellende wond	1

beschermen van de huid of oppervlakkige wonden dmv aanbrengen van materiaal 0-10 minuten	2
behandelen van een wond 10-20 minuten	3
behandelen van een wond 20-30 minuten	4
behandelen van een wond langer dan 30 minuten of door 2 verpleegkundigen	5

11. Persoonlijke- veiligheidsbewustzijn

geheel bij (goed georiënteerd in plaats, tijd persoon, bewust van persoonlijke veiligheid)	0
enige hulp nodig met veiligheid en oriëntatie maar kan meer dan 2 uur alleen gelaten worden, kan zelf hulp inroepen	1
heeft hulp nodig om veilig te blijven, kan niet 2 uur of langer alleen gelaten worden, is niet in staat zelf hulp in te roepen	2
heeft constante supervisie nodig	3

12. Communicatie

kan alle behoeften communiceren	0
kan basisbehoeften communiceren zonder hulp	1
kan basisbehoeften communiceren met een beetje hulp of met een communicatiemiddel	2
kan directe vragen over basisbehoeften beantwoorden	3
niet in staat vragen te begrijpen, maar reageert op gebaren of contextuele aanwijzingen	4
geen mogelijkheden tot effectieve communicatie	5

13. Gedrag

inschikkelijk en vertoont sociaal passend gedrag	0
heeft verbale of fysieke aansporing nodig voor adl	1
heeft overreding nodig om mee te werken aan revalidatie of zorgvereisten	2
heeft gestructureerd gedragsveranderingenprogramma nodig (= psychosociale ondersteuning door vp, minstens 1 uur per week	3
zeer verstorend, neigt naar agressie	4
neigt naar weglopen, van afdeling af of uit het gebouw	5

14 Totaal van basiszorgbehoeften

15. Speciale behoeften

A. Tracheostomie	5
B. meer dan 2 interventies nodig gedurende de nacht	5
C. Revalidant of familie hebben uitgebreide psychologische ondersteuning nodig	5
D. Barriereverpleging vereist (bijv. voor MRSA)	5
E. Intercurrent (bijkomend) medisch chirurgisch probleem	5
F. Gebruik van onrustband	5
G. Training en voorlichting hulpmiddelen(prothese, evo, orthese, etc)	5

Deze revalidant vraag 1 op 1 begeleiding 1op1

Bijlage E, Vragenlijst

Onderzoek naar de rol van religie en spiritualiteit tijdens de revalidatie

Voor een onderzoek vanuit mijn studie theologie aan de Universiteit Utrecht wil ik graag uw medewerking vragen. Wij willen onderzoeken wat de rol van religie en spiritualiteit is bij uw revalidatie.

Ook als u niet gelovig bent is uw inbreng belangrijk.

Het bestuur van uw instelling heeft de uitvoering van dit onderzoek goedgekeurd.

Instructie bij het invullen

1. U kunt de vragenlijst zelf invullen of met hulp een vertrouwd persoon.
2. De antwoorden zijn anoniem en zijn niet herleidbaar naar u als revalidant.
3. U hoeft de vragenlijst niet in één keer in te vullen. Afhankelijk van uw energie kunt u het in delen doen.
4. Bij het beantwoorden van de vragen zijn er uiteraard geen goede of foute antwoorden. Het gaat er bij de meeste vragen om wat u zelf vindt.
5. De vragen kunt u beantwoorden door het hokje aan te kruisen dat bij het antwoord hoort.
6. Aan het einde van de vragenlijst kunt u opmerkingen of vragen over het onderzoek kwijt. Daar kunt het u ook aangeven als u de resultaten van het onderzoek wilt ontvangen.

Het invullen van de vragenlijst kost circa 15 minuten. Voor één vraag heeft u informatie van de verpleging nodig. Die kunt u gerust aan hen vragen, zij weten er van

Als u klaar bent kunt u de papieren aan de verpleging geven.

Mocht u vragen hebben dan kunt u mij bellen: 06-5xxxxxxx of mailen: xxxx@cxxxx.nl

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking!

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking!

Frans van Oosten

Geestelijk verzorger

Januari 2012

Achtergrond

1. Ik ben een man vrouw van jaar
2. Ik ben alleenstaand samenwonend/gehuwd
3. De hoogste opleiding die ik heb afgerond is
 - lagere school
 - lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, LEAO, huishoudschool, VMBO-basis)
 - middelbaar beroepsonderwijs (MULO/MAVO, VMBO-kader/theoretisch)
 - middelbaar onderwijs (HBS, Gymnasium, MMS, HAVO, VWO)
 - hoger beroepsonderwijs
 - universitair onderwijs
4. Met de volgende religieuze/levensbeschouwelijke stroming voel ik me het meest verwant:

<input type="checkbox"/> Protestant	<input type="checkbox"/> New Age
<input type="checkbox"/> Katholiek	<input type="checkbox"/> Nieuwe spiritualiteit
<input type="checkbox"/> Islam	<input type="checkbox"/> Humanisme
<input type="checkbox"/> Hindoeïsme	<input type="checkbox"/> Geen van deze
<input type="checkbox"/> Boeddhisme	<input type="checkbox"/> Anders
<input type="checkbox"/> Jodendom	
5. Mijn datum van opname wasen het is vandaag
6. De reden van mijn opname in het revalidatiecentrum is:

<input type="checkbox"/> Amputatie	<input type="checkbox"/> Chronische ziekte, zoals MS
<input type="checkbox"/> Herstel na (bedrijfs)ongeval	<input type="checkbox"/> Chronische pijn
<input type="checkbox"/> CVA, linkszijdig	<input type="checkbox"/> Anders
<input type="checkbox"/> CVA, rechtszijdig

Met de Barthelscore wordt gemeten hoeveel hulp u bij dagelijkse activiteiten nodig heeft. De waardes zijn overgenomen uit uw dossier.

7. Mijn eerste Barthel-score was en is nu

Belangrijk: In het vervolg van deze vragenlijst wordt verwezen naar God. Hier wordt uw eigen beeld van een hogere macht bedoeld. Zo kunnen bijvoorbeeld moslims hier Allah lezen. Maar het kan voor u ook een natuurkracht zijn.

Algemeen

8. Ik beschouw mij als een religieus persoon ja nee
9. Ik beschouw mij als een spiritueel persoon ja nee
10. Bezoekt u wel eens diensten van een kerk of geloofsgemeenschap?
- ja, doorgaans 2 maal per week
 - ja, ongeveer 1 maal per week
 - ja, ongeveer 1 maal per maand
 - ja, één of enkele malen per jaar
 - nee, (praktisch) nooit

11. Hoe vaak besteedt u tijd aan religieuze activiteiten als bidden, mediteren of studie?

- zelden of nooit
- regelmatig
- meerdere keren per dag
- zo nu en dan
- bijna iedere dag

helemaal mee eens
 mee eens
 eens/oneens
 mee oneens
 helemaal mee oneens

12. Ik ervaar de aanwezigheid van God in mijn leven
13. Mijn geloof/levensbeschouwing staat aan de basis van mijn leven
14. Ik probeer mijn geloof/levensbeschouwing tot uitdrukking te brengen in het dagelijks leven

Als ik problemen heb

15. streef ik naar een sterkere band met God
16. zoek ik Gods liefde en zorg
17. zoek ik hulp bij God om mijn boosheid los te kunnen laten
18. probeer ik samen met God het probleem aan te pakken
19. probeer ik te zien hoe God mij mogelijk ondersteunt in deze situatie
20. vraag ik vergeving voor mijn fouten
21. concentreer ik me op mijn geloof om te kunnen stoppen met piekeren
22. vraag ik me af of God mij misschien verlaten heeft

bijna nooit
 soms
 vaak
 bijna altijd

Als ik problemen heb

	bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd
23. voel ik mij gestraft door God vanwege mijn gebrek aan toewijding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. vraag ik mij af wat ik gedaan heb dat God mij straft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. zet ik vraagtekens bij Gods liefde voor mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. vraag ik mij af of mijn gemeente/kerk mij in de steek heeft gelaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. concludeer ik dat dit door toedoen van het kwade/de duivel is gebeurd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. twijfel ik aan de macht van God	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persoonlijk welbevinden

	helemaal mee eens	mee eens	eens/oneens	mee oneens	helemaal mee oneens
29. Privé bidden schenkt mij weinig voldoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ik weet niet wie ik ben, waar ik vandaan kom en waar naartoe ik op weg ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ik geloof dat God van mij houdt en om mij geeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Voor mij is het leven een positieve ervaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ik geloof niet dat God geïnteresseerd is in mijn dagelijkse bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ik weet niet wat ik met mijn toekomst aan moet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ik heb een persoonlijke relatie met God	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ik ben tevreden over de invulling van mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. God verleent mij weinig persoonlijke kracht en ondersteuning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ik voel me goed over de richting die mijn leven uitgaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ik geloof dat God zich betrokken voelt bij mijn problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ik heb niet veel vreugde in het leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ik heb geen bevredigende relatie met God	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Ik heb een goed gevoel over de toekomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Mijn relatie met God zorgt ervoor dat ik mij niet eenzaam voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ik voel dat het leven vol van conflicten en ongeluk is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ik voel me het meest vervuld als ik in nauw contact met God sta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persoonlijk welbevinden

- | | helemaal mee eens | mee eens | eens/oneens | mee oneens | helemaal mee oneens |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 46. Het leven heeft weinig zin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Mijn relatie met God draagt bij aan mijn gevoel van welbehagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Ik geloof dat mijn leven duidelijk een doel heeft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Levensvervulling

- | | helemaal mee eens | mee eens | eens/oneens | mee oneens | helemaal mee oneens |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 49. Op de meeste vlakken is mijn leven bijna ideaal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. De omstandigheden van mijn leven zijn perfect | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Ik ben tevreden met mijn leven | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Tot nu toe heb ik de voor mij belangrijke dingen in het leven gekregen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Als ik mijn leven opnieuw mocht doen zou ik weinig veranderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

54. Opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst of dit onderzoek:

.....

.....