

GEESTELIJKE VERZORGING TER
BEVORDERING VAN HET FYSIEKE HERSTEL
VAN COVID19

Tashina Minartz
S4540220
t.minartz@student.rug.nl

Scriptie
Forum Scriptorium GV (THMFS)
Rijksuniversiteit Groningen
Datum: 8-11-2021
[Aantal woorden: 18215]

1e beoordelaar: dr. A. Visser-Nieraeth
2e beoordelaar: dr. W. Smeets

Dankwoord

Ten eerste en vooral veel dank aan alle mensen die via facebook de vragenlijst hebben ingevuld. Zonder jullie was het natuurlijk nooit mogelijk geweest. Daarnaast veel dank aan Anja, mijn eerste begeleider. Bedankt voor de ruimte die je me gaf om mijn eigen onderzoek uit te voeren, dat je me waar nodig bijstuurde en dat je me steeds weer kritisch liet kijken naar wat ik allemaal beweerde. Ook veel dank aan Wim, de tweede begeleider, voor de samenwerking, inspiratie en opbouwende feedback.

Ten slotte bedank ik de volgende mensen voor hun aanmoediging en ondersteuning: Robert-Jan, Mathilde, Alfred, Ingwio, Abigail, Iris, Lisette, Margriet en Yollybee.

Abstract

Waarschijnlijk hebben veel symptomen van Long Covid zoals vermoeidheid, concentratieproblemen en geur- en smaakverlies voor een deel te maken met een ontregeld zenuwstelsel. Begeleiding op andere dimensies van gezondheid, zoals vanuit de psychologische en spirituele dimensie, kunnen bijdragen aan het herstellen van de balans van het zenuwstelsel. In dit onderzoek wordt gekeken naar de relatie tussen geestelijke verzorging en fysiek herstel na COVID19.

Voor dit onderzoek hebben 181 mensen een vragenlijst ingevuld waarvan 16 mensen een geestelijk verzorger hebben gesproken. Via de vragenlijst (bestaande uit onder andere de WHOQoL-Bref en de SAIL) werden de fysieke, sociale, psychologische en spirituele gezondheid gemeten.

Voor de analyse van de data is gebruik gemaakt van de onafhankelijke t-toets, de Pearson toets en de chi-kwadraattoets om te kijken of er verschillen waren in de gezondheid van de groep die geestelijke verzorging kreeg en de groep die dit niet heeft gekregen. Er bleken verschillende samenhangen te zijn tussen de verschillende gezondheidsdimensies van beide groepen, maar er was geen significant verschil tussen de fysieke gezondheid van beide groepen. Hoewel niet significant, bleek de kwaliteit van leven van de groep die geestelijke verzorging kreeg zelfs lager te zijn. De spirituele gezondheid van de groepen was wel gelijk.

Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden dat er bij aanvang van het onderzoek wordt vastgesteld of de interventie- en de controlegroep een gelijke mate van gezondheid hebben. En dat er naast zelfrapportage gebruik wordt gemaakt van fysieke metingen op verschillende momenten in het onderzoek en er een kwalitatief onderzoek plaatsvindt naar de inhoud en methoden van de geestelijke verzorging in relatie tot fysieke klachten.

Inhoud

1. Inleiding	6
1.1 Ziektebeeld COVID19	8
1.2 Long Covid	9
1.3 Langdurige klachten en revalidatie	10
1.4 Dimensies gezondheid	11
1.5 Psychologische gezondheid en herstel	12
1.6 Sociale gezondheid (eenzaamheid) en herstel	14
1.7 Zingeving en spiritualiteit als dimensie van zorg en herstel	16
1.7.1 Betekenisgeving	16
1.7.2 Religieuze coping	17
1.8 Discussie effectmetingen	17
1.9 Doelstelling	19
1.10 Vraagstelling	19
1.11 Structuur van het onderzoek	19
2. Geestelijke verzorging: doelen, methoden en fysieke gezondheid	20
2.1 Wat is geestelijke verzorging?	20
2.1.2 Beroepsprofiel	20
2.1.3 Competenties	20
2.1.4 De plek van religie	21
2.2 Wat zijn de doelen van de geestelijke verzorging?	23
2.2.1 Wereldbeeld vitaliteit en aannemelijkheid	24
2.2.2 Het verwerken van levensgebeurtenissen	24
2.2.3 Het verdiepen van spiritualiteit	25
2.2.4 Spirituele groei en menselijke bloei	25
2.2.5 Relationele affirmatie	25
2.2.6 Welzijn	25
2.2.7 Het uitoefenen van vrijheid van godsdienst	26
2.2.8 Samenhang categorieën	26
2.3 Methoden waarmee geestelijk verzorgers deze doelen willen bereiken	27
2.3.1 Gespreksvoering	27
2.3.2 Rituelen	30
2.4 Wat heeft geestelijke verzorging te maken met fysieke gezondheid?	32
2.4.1 Definitie fysieke gezondheid	32
2.4.2 Definitie Spiritualiteit	33
2.4.3 De invloed van gesprekken	34
2.4.4 De invloed van rituelen	38
2.4.5 Samenvatting	43

3. Methoden	45
3.1 Onderzoek ontwerp	45
3.2 Kenmerken participanten	45
3.3 Sampling procedure	47
3.4 Kwaliteit van de metingen	48
3.4.1 Dimensies gezondheid	48
3.4.2 Geestelijke verzorging	50
3.5 Analyse	50
4. Resultaten	51
4.1 Verschillende gezondheidsdimensies	51
4.2 Geestelijke verzorging	53
4.3 Steun	53
4.4 Ontvangen zorg	53
5. Conclusie	55
6. Discussie	56
6.1 Interpretatie van resultaten	56
6.2 Tekortkomingen onderzoek	57
6.3 Suggesties voor vervolgonderzoek	59
6.4 Tot slot	59
Literatuur	60
Bijlage A: Introductie vragenlijst	73
Bijlage B: Vragenlijst	74

1. Inleiding

In december 2019 werden gevallen van longontsteking met onbekende oorsprong gemeld in Wuhan, provincie Hubei in China. Spoedig volgden er meer meldingen. De gevallen werden epidemiologisch gekoppeld aan de Huanan Seafood Wholesale Market. Er werd aangetoond dat het om een nieuw soort coronavirus ging dat was gerelateerd aan het SARS-CoV, daarom werd het ‘acuut respiratoir syndroom coronavirus 2’ genoemd (SARS-CoV-2), later bekend als COVID19. Door de wereldwijde verspreiding van het virus met als gevolg duizenden doden, riep de Wereldgezondheidsorganisatie op 12 maart 2020 een pandemie uit (Ciotti et al., 2020).

In Nederlandse kranten verschenen artikelen over verschillende landen waarin de besmettingen in rap tempo opliepen en lockdowns werden afgekondigd. Ook in Nederland werden mensen vanaf halverwege maart verzocht zoveel mogelijk thuis te blijven. Met de maatregelen ontstonden ook zorgen over eenzaamheid. In eerste instantie ontstonden er misschien wel vooral veel zorgen over hoe het met de ouderen zou gaan, die binnen moesten blijven in verzorgingstehuizen en geen bezoek meer mochten ontvangen om zo het virus buiten de deur te houden.

Gelukkig lieten de eerste resultaten van een onderzoek van het Amsterdam UMC (uit september 2020)¹ zien - waarin gegevens van ruim 30 verpleeghuizen in Nederland geanalyseerd - dat de sluiting geen negatieve gevolgen heeft gehad op de stemming, cognitie en dagelijks functioneren van de bewoners. Voor zowel bewoners met als zonder cognitieve problemen gold dat zij niet meer angst of eenzaamheid ervoeren dan een vergelijkbare groep een jaar eerder. Daarnaast nam het contact met familieleden toe: hoewel ze elkaar fysiek niet konden zien, hadden ze meer contact via bijvoorbeeld beeldbellen. Het aantal conflicten nam significant af en er werd significant minder slaapmedicatie gebruikt. Van Hout: ‘Wij horen van de zorgmedewerkers dat het niet meer in- en uitlopen van bezoek een weldadige, kalmerende uitwerking heeft gehad op met name de woongroepen.’²

¹ Een officiële publicatie van het onderzoek moet nog komen, maar de eerste resultaten zijn al gedeeld: Amsterdam UMC. (2020, 25 september). Welbevinden van verpleeghuisbewoners lijkt niet aangetast door lockdown. <https://www.vumc.nl/nieuws/nieuwsdetail/welbevinden-van-verpleeghuisbewoners-likt-niet-aangetast-door-lockdown.htm>

² Van der Geest, M. (2020, 26 september). Onderzoek Amsterdam UMC: verpleeghuisbewoners kregen geen knauw door bezoekverbod. *Volkskrant*. <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/onderzoek-amsterdam-umc-verpleeghuisbewoners-kregen-geen-knauw-door-bezoekverbod~b20001de/>

Angevaare, een van de onderzoekers, plaatste wel de volgende kanttekening:

Ondanks dit positieve beeld willen we de impact van corona in verpleeghuizen niet bagatelliseren. De resultaten van deze studie sluiten niet uit dat er voor een deel van de bewoners en voor hun naasten wel negatieve gevolgen zijn geweest. Ook het grote aantal besmettingen en hoge sterftepercentage in verpleeghuizen zijn zeer zorgwekkend.³

Bovenstaande onderzoek verscheen al na de eerste paar maanden van de pandemie. Later onderzoek wijst erop dat de lockdown (later) wel degelijk een negatieve impact heeft gehad op het welzijn van de bewoners, met als uitzondering sommige bewoners met dementie (Koopmans, Verbeek, & Bielderma et al., 2021). Een internationaal onderzoek van Low et al. (2021) laat zien dat het bezoekverbod de gemoedsstemming en het gedrag van de bewoners negatief heeft beïnvloed, wat zorgde voor een toename van psychotroop medicijngebruik. Voor familieleden van de bewoners zorgde het verbod voor gevoelens van schuld, angst, bezorgdheid en isolatie.

Daarnaast blijkt het verloop van de ziekte erg grillig te zijn. Sommige mensen hebben maanden later nog steeds klachten. Deze langdurige klachten zijn inmiddels bekend als Long Covid. Er verschijnen nog steeds berichten over de mentale impact die de pandemie had en nog steeds heeft op mensen. Het is inmiddels algemeen bekend dat ziekte vaak leidt tot psychologische en spirituele problemen, maar andersom weten we veel minder over de invloed van de psychologische en spirituele gezondheid op de fysieke gezondheid.

Omdat mijn interesse en studie liggen op het werkgebied van de geestelijke verzorging en gezondheid, en COVID19 zich nu voordoet, heb ik besloten om onderzoek te doen naar hoe geestelijke verzorging bij kan dragen aan het fysieke herstel van mensen die COVID19 hebben gehad. De meeste studies op het gebied van de geestelijke verzorging hebben zich gericht op psychologisch en spiritueel welzijn; onderzoek naar de effecten van geestelijke verzorging op de fysieke gezondheid neemt toe, maar is nog relatief schaars (Fitchett, 2017; Jankowski, Handzo, & Flannelly, 2011).

³ Amsterdam UMC. (2020, 25 september). Welbevinden van verpleeghuisbewoners lijkt niet aangetast door lockdown. <https://www.vumc.nl/nieuws/nieuwsdetail/welbevinden-van-verpleeghuisbewoners-lijkt-niet-aangetast-door-lockdown.htm>

Om meer inzicht te krijgen in de manier waarop geestelijke verzorging bij kan dragen aan de fysieke gezondheid van mensen, is het nodig om eerst te bepalen hoe geestelijke verzorging zich verhoudt tot fysieke gezondheid en in dit geval tot COVID19. In de verdere inleiding zal ik daarom eerst meer vertellen over het ziektebeeld van COVID19 en Long Covid. Daarmee wordt duidelijk wat de klachten zijn en wie het meest vatbaar zijn voor deze klachten. Vervolgens zal ik ingaan op hoe revalidatie wordt ingezet bij het herstel. Omdat geestelijke verzorging zich op meerdere dimensies van gezondheid bevindt en onderdeel is van een breed zorgpakket, zal daarna aan bod komen hoe psychische, sociale en spirituele gezondheid en herstel samenhangen. Aan het einde van het hoofdstuk volgt de centrale vraagstelling en wordt de verdere opzet van de scriptie beschreven.

1.1 Ziektebeeld COVID19

In een onderzoek dat voor 7 februari 2020 werd uitgevoerd onder patiënten die werden opgenomen in het Zhonggang Hospital of Wuhan University, waren de meest voorkomende gerapporteerde klachten (bij 138 mensen die met COVID19 werden opgenomen): koorts (99%), vermoeidheid (70%) en droge hoest (59%). De mensen die op de Intensive Care afdeling verbleven (26%) waren significant ouder en hadden vaker onderliggende problemen zoals hypertensie, diabetes en hartziekten, 4% van de patiënten overleefde het niet (Wang, Hu, & Hu, 2020).

Uit een onderzoek van Borst et. al. (2020) bleek dat zowel mensen met COVID19 die op de intensive care waren opgenomen, als mensen die op verpleegafdelingen opgenomen waren met COVID19, als mensen die thuis waren gebleven met COVID19 een lage gezondheidsstatus hadden. Bij dit onderzoek scoorden de mensen voornamelijk laag op het gebied van lichamelijke beperking (64%), vermoeidheid (69%) en kwaliteit van leven (72%). Meer dan een derde (36%) had mentale en/of cognitieve problemen.

1.2 Long Covid

Mensen die COVID19 hebben gehad, hebben vaak nog lange tijd last van allerlei lichamelijke problemen zoals vermoeidheid, kortademigheid, botpijn en borstpijn (Carfi, Bernabei, & Landi, 2020). Deze langdurige klachten worden Long Covid genoemd op basis van de ervaringen van patiënten. Dat de klachten na COVID19 langdurig waren, haalden eerdere klinische aannames over het verloop van COVID19 onderuit (Callard & Perego, 2021).

Ook mensen zonder onderliggende gezondheidsproblemen kunnen last krijgen van langdurige gezondheidsproblemen als gevolg van COVID19, dat bleek uit een onderzoek uitgevoerd door Paneroni et. al. (2021). Hiervoor werden patiënten geselecteerd die geen motorische handicap hadden voordat ze COVID19 kregen. De meesten hadden ook niet op de intensive care of aan beademingsapparatuur gelegen. Uit het onderzoek bleek dat de helft van de patiënten (53%) nog steeds een ‘goede’ fysieke autonomie (gebaseerd op een fysieke prestatie meting), 25% vertoonde een hoge mate van beperking en 22% een lage tot matige handicap. Er werd een significante maar zwakke correlatie gevonden tussen fysieke prestaties en verminderde spierkracht. De patiënten rapporteerden daarnaast hogere niveaus van waargenomen kortademigheid of vermoeidheid na korte inspanningstesten vergeleken met de gezonde controlegroep.

Uit een peiling van het Longfonds, onder 1864 mensen uit Nederland, bleek dat verreweg de meeste Long Covid patiënten (95%) zich drie maanden tot een jaar na de eerste klachten nog steeds matig tot slecht voelt. Zij vulden de peiling in op coronaplein.nl, een digitaal platform voor mensen met langdurige klachten. Vermoeidheid (93 %), concentratieverlies (70%) en kortademigheid (66%) waren de meest voorkomende symptomen (drie maanden tot een jaar na de besmetting). Driekwart van de mensen was nog niet volledig aan het werk en vier op de tien mensen maakt zich zorgen of ze ooit weer volledig aan het werk zouden kunnen gaan. Bijna 7 op de 10 (67%) ervoer matige tot ernstige pijn door corona.

De mate van klachten bleken op het moment van de meting nauwelijks te verschillen tussen de groepen mensen die COVID19 tijdens de eerste golf (van maart tot en met augustus 2020) hadden kregen en mensen die het tijdens de tweede golf kregen (vanaf september 2020 tot en met januari 2021). Voor een groot deel van de mensen waren de klachten dus niet verminderd. Daarnaast voelde bijna de helft van de groep mensen (45%) zich niet of onvoldoende gehoord.⁴

In een meer recent onderzoek van Sudre et al. (2021) werden gegevens van 4182 mensen geanalyseerd om meer zicht te krijgen op voorspellende factoren van Long Covid. 13% van de deelnemers meldden symptomen die 28 dagen aanhielden, 5% procent acht weken of meer en 2 % 12 weken of meer. Ook bij dit onderzoek werden vergelijkbare symptomen genoemd: vermoeidheid, hoofdpijn, kortademigheid en anosmie (het gebrek aan

⁴ Longfonds. (2021, 10 mei). *Peiling onder groep met Long Covid: driekwart nog niet volledig aan het werk.* <https://www.longfonds.nl/nieuws/peiling-onder-groep-met-long-covid-driekwart-nog-niet-volledig-aan-het-werk>

reukzin). Deze waren waarschijnlijker bij een toenemende leeftijd, *body mass index* en het vrouwelijke geslacht.

1.3 Langdurige klachten en revalidatie

De huisarts of medisch specialist kan in het geval van langdurige klachten beoordelen of iemand in aanmerking komt voor vergoeding van eerstelijns paramedische herstellzorg. Deze herstellzorg kan bestaan uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtiëk en logopedie. Er is echter nog veel onduidelijk over welke behandelingen de beste resultaten geven. Het herstellzorgpakket wordt tijdelijk en onder voorwaarden vergoed uit het basispakket. Een belangrijke voorwaarde voor het krijgen van de vergoeding is dat de patiënten bereid zijn om mee te doen aan onderzoek naar het effect van de herstellzorg. Op de website van de Rijksoverheid wordt genoemd dat mensen naast de zorg in het herstellzorgpakket ook gebruik kunnen maken van de huisarts, wijkverpleegkundige of geestelijke gezondheidszorg. Dat wordt vergoed uit het standaard basispakket en is dus geen onderdeel van het herstellzorgpakket.⁵

Het zenuwstelsel

Bijna de helft van de mensen die meewerkten aan de peiling van het Longfonds gaf aan ontevreden te zijn over de nazorg die ze hebben gekregen. Ze voelen zich niet serieus genomen of geven aan geen nazorg te hebben gekregen. Michael Rutgers, directeur van het Longfonds geeft (als reactie hierop) aan dat de oorzaken en lange termijn gevolgen van COVID19 nog niet bekend zijn.⁶ Er zijn inmiddels wel hypothesen over de oorzaken van de klachten en daarmee ontstaan ook nieuwe behandelvormen. Revalidatiearts Goossens noemt dat zij met andere revalidatieartsen de klachten herkennen als een onwillekeurig zenuwstelsel dat van slag is. In citaat hieronder legt ze dit uit:

Dit autonome zenuwstelsel regelt automatisch onbewuste functies en processen in het lichaam, zoals bloeddruk, ademhaling, hartslag, spijsvertering en stofwisseling. Het onwillekeurig zenuwstelsel fungeert als een soort thermostaat die schakelt tussen

⁵ Rijksoverheid. (2020, 16 juli). *Herstellzorg voor coronapatiënten met ernstige klachten in basispakket*. <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/07/16/herstellzorg-voor-coronapatienten-met-ernstige-klachten-in-basispakket>

⁶ Longfonds. (2021, 10 mei). *Peiling onder groep met Long Covid: driekwart nog niet volledig aan het werk*. <https://www.longfonds.nl/nieuws/peiling-onder-groep-met-long-covid-driekwart-nog-niet-volledig-aan-het-werk>

rust, inspanning en stress. Deze thermostaat is bij coronapatiënten waarschijnlijk uit balans. Dat heeft effect op vrijwel alle lichaamsfuncties en leidt ook tot vermoeidheid en cognitieve klachten. Het is belangrijk dat dit fenomeen meer aandacht krijgt binnen het wetenschappelijk onderzoek.⁷

Deze hypothese wordt ondersteund door onderzoeken van Barizien et al. (2021) en Dani et al. (2021). De laatste onderzoekers noemen dat Long Covid verband kan houden met een virus- of immuun gemedieerde verstoring van het autonome zenuwstelsel resulterend in orthostatische intolerantiesyndromen. Het autonome zenuwstelsel reguleert allerlei automatische processen zoals ademhaling, spijsvertering, het verwijden of vernauwen van bloedvaten, en heeft ook invloed op de hartslag. Wanneer dit niet goed werkt, kunnen mensen last krijgen van onder andere vermoeidheid, kortademigheid en neurocognitieve stoornissen.

Voor de behandeling hiervan noemen Dani et al. (2021) dat voorlichting, uitleg en geruststelling de hoeksteen vormen. Daarnaast kunnen onder andere lichamelijke oefeningen worden gedaan en worden gestopt met het drinken van koffie en alcohol. Wanneer mensen last hebben van bijvoorbeeld duizeligheid (POTS) en noradrenaline heropnameremmers slikken, moet dat worden stopgezet. Als de symptomen dan nog aanhouden kan farmacologische therapie overwogen worden.

Dat het zenuwstelsel tot rust moet worden gebracht en dat een rustig herstel belangrijk is, verklaard mogelijk waarom intensieve fysieke training tijdens de eerste golf van de coronapandemie bij deze groep patiënten juist averechts werkte. Overbelasting en stress leiden namelijk tot een verdere verstoring van het autonome zenuwstelsel (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2009). Revalidatiearts Van Merem raadt daarom aan om mensen met dit patroon van klachten voortaan anders en stapsgewijs te benaderen. ‘Laat de huisarts uitleggen dat het autonome zenuwstelsel is ontregeld, maar dat er niets kapot is. Dat geeft al rust. Angst is ook stress en die beïnvloedt het herstelproces negatief.’⁸

1.4 Dimensies gezondheid

⁷ Ekkelboom, E. (2021, 4 juni). Post-COVID-patiënt lijkt op te knappen van rustige revalidatie. *Revalidatie Nederland*. <https://www.revalidatie.nl/revalidatie-nederland/nieuws-rn/post-covid-patient-lijkt-op-te-knappen-van-rustige-revalidatie>

⁸ Ekkelboom, E. (2021, 4 juni). Post-COVID-patiënt lijkt op te knappen van rustige revalidatie. *Revalidatie Nederland*. <https://www.revalidatie.nl/revalidatie-nederland/nieuws-rn/post-covid-patient-lijkt-op-te-knappen-van-rustige-revalidatie>

Ontspanning speelt dus een belangrijke rol bij het tot rust brengen van het autonome zenuwstelsel. Naast dat mensen ontspanning kunnen vinden door het laten staan van middelen zoals koffie of het doen van lichamelijke oefeningen, blijken mensen ook baat te kunnen hebben bij een geruststellend gesprek. Mensen kunnen in contact met een hulpverlener ook rust ervaren door de sociale steun die ervaren wordt (Szkody & McKinney, 2020; Uvnäs-Moberg, 1997) en door veranderingen in de interpretatie van en verwachtingen over de klachten (Baer, 2003; Jamieson, Hangen, & Lee, 2017; Szkody & McKinney, 2020). Steeds meer onderzoeken laten zien dat er een sterke verwevenheid is tussen verschillende dimensies van gezondheid en dat deze elkaar sterk beïnvloeden (Fitchett, 2017; Gonçalves, Luchchetti, & Menezes, 2017; Khalfa, Belle, & Roy, 2003; Maugeri et al., 2020; Tabei, Zarei, & Joulaei, 2016).

De WHO noemt drie dimensies van gezondheid: fysiek, sociaal en psychologisch (Dhar, Chaturvedi, & Nandan, 2011). De spirituele dimensie wordt door de WHO als een belangrijke vierde dimensie genoemd in de palliatieve zorg (Sepúlveda, Marlin & Yoshida et al., 2002). Omdat de geestelijke verzorging zich ook grotendeels op deze dimensie bevindt, wordt gezondheid in dit onderzoek opgevat als bestaande uit deze vier dimensies. Bij elke dimensie horen verschillende zorgverleners die zich primair op deze dimensie richten (en secundair op de andere dimensies). Denk bij fysieke dimensie aan bijvoorbeeld artsen, bij sociaal aan (medisch) maatschappelijk werkers, bij psychologisch aan psychologen en psychiaters en bij spiritueel aan geestelijk verzorgers. Soms is samenwerking tussen deze verschillende disciplines gewenst. Denk bijvoorbeeld aan wanneer mensen twijfelen over een bepaalde behandeling vanwege hun religieuze overtuigingen en het daardoor lastig vinden om een beslissing te maken. Een geestelijk verzorger kan hier dan begeleiding bij bieden.

1.5 Psychologische gezondheid en herstel

Den Ridder, Miltenburg, & Steenvoorden et al. (2020) zagen dat veel Nederlanders (62%) zich in april 2020 (tamelijk of veel) zorgen maakten over het coronavirus. De zorgen gingen toen vooral over gezondheid (van kwetsbare groepen) en economie (recessie en werkloosheid). In juli gingen de zorgen nog steeds vooral over gezondheid en economie, aangevuld met (nieuwe) zorgen over een tweede golf en over gebrekkige naleving van de coronamaatregelen door anderen.

In oktober 2020 waren de mensen pessimistischer over Nederland dan aan het begin van de crisis. Oorzaken daarvoor waren onder andere de hoogte van het aantal besmettingen

en een gebrek aan saamhorigheid. Daarnaast denkt 66% dat de pandemie de tegenstellingen vergroot door controverses en tegengestelde belangen, door sociale en economische gevolgen, doordat mensen meer stress hebben, en doordat mensen minder worden gematigd in hun opvattingen omdat ze geen andersdenkenden meer ontmoeten. In oktober maakte 56% zich zorgen en die gingen die ook weer over economie en gezondheid, iets minder dan een half jaar daarvoor. Wat betreft de zorgen over de gezondheid ging het iets vaker over de zorg dat mensen zelf besmet raken. Uit een Britse steekproef bleek dat vooral jongere mensen, vrouwen en personen die identificeerden als behorend tot een COVID19-risicogroep een verhoogde psychologische morbiditeit hadden (Jia et al., 2020).

Uit een onderzoek van het Sociaal en Cultureel planbureau bleek dat mensen die besmet raakten met COVID19 een iets lager psychisch welbevinden hadden dan mensen die niet waren besmet (De Klerk, Olsthoorn, & Plaisier, 2021). Wanneer mensen daadwerkelijk besmet raken, brengt dat mogelijk aanvullende zorgen met zich mee zoals: kan ik ooit weer aan het werk? Of: zal ik ooit weer helemaal herstellen? Mensen hebben te maken met onzekere prognoses. Vooral mensen met een verhoogd risico op de ziekte zoals ouderen, mensen met een gecompromitteerde immuun functie en in een gemeenschappelijke omgeving wonen of zorg krijgen en mensen met al bestaande medische, psychiatrische of middelengebruiksproblemen, hebben een verhoogd risico op nadelige psychosociale uitkomsten. Boven op de stress die voortkomt uit het hebben van de ziekte zelf, zijn er ook andere aspecten zoals de grootschalige *lockdown* en bijbehorende beperkingen die van invloed zijn op de psychische gezondheid (Pfefferbaum & North, 2020).

Zoals al eerder genoemd kunnen mensen met langdurige klachten voor zowel hun fysieke als psychologische gezondheid baat hebben bij het verminderen van stress omdat ontspanningsoefeningen zijn geassocieerd met veranderingen in het immuunsysteem (Gruzelier, 2002; Vedamurthachar et al., 2006), waarbij ontstekings- of beschermingsreacties verminderen en er meer positieve gevoelens worden ervaren (Davidson, Kabat-Zinn, & Schumacher, 2005; Gruzelier, 2009) en dat kan samengaan met minder vermoeidheid, benauwdheid en pijn (symptomen van Long Covid).

Op de website van Revalidatie Nederland wordt een voorbeeld genoemd van iemand die thuis uit kon zieken, maar voor wie het herstel erg lang duurt. Zij had tijdens de eerste golf last van kriebels in haar keel en verkoudheid, wat overging in benauwdheid en extreme vermoeidheid. Later kwamen daar cognitieve klachten zoals concentratie- en geheugenproblemen bij. Door inzicht te krijgen in welke activiteiten haar energie kostten en (mentale) energie gaven, kon ze het leven weer langzaam oppakken. Na een aantal maanden

kon ze goed genoeg bewegen om bij de fysiotherapeut oefeningen te doen en tweemaal een half uur per dag thuiswerken. Daarnaast hielpen ontspanningsoefeningen: ‘Omdat ik nog steeds moeite had met ademhaling en tijdens het werk last kreeg van mijn stem, ben ik naar een logopedist gegaan. Er was geen sprake van stress, maar de ontspanningsoefeningen die ik kreeg, hebben wel geholpen. Binnenkort werk ik waarschijnlijk weer fulltime.’⁹

1.6 Sociale gezondheid (eenzaamheid) en herstel

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, maakte een inventarisatie van Nederlandse COVID19 onderzoeken¹⁰. Daaruit blijkt dat de eenzaamheid van de algemene bevolking toenam in 2020 ten opzichte van 2019, vooral bij ouderen (De klerk et al. 2020, Plaisier et al., 2020; Van der velden et al., 2021). Mensen hun mentale welbevinden hing samen met de maatregelen die door de overheid werden ingesteld in verband het beheersen van de COVID19 uitbraak: wanneer de maatregelen strenger werden daalde het mentale welbevinden en als ze werden versoepeld steeg het weer (Du Long & Verhoeven, 2020; Engbersen et al., 2020; Lifelines Corona Research, 2021; RIVM GGD GHOR Nederland en 25 GGD'en, 2021; Van Lindert et al., 2020).

Het *lifelines* onderzoek laat zien dat er tijdens de 2^e lockdown sprake is van geen verandering, dan wel een verslechtering van mentaal welbevinden ten opzichte van de periode daarvoor (afhankelijk van de uitkomstmaat) (Lifelines Corona Research, 2021). Ook blijkt uit kwalitatief onderzoek van het RIVM dat tijdens de tweede lockdown de veerkracht en mentale gezondheid van mensen steeds meer onder druk is komen te staan (RIVM, 2020). Geestelijk verzorger Marieke Schoenmakers vertelde in de Trouw over de eenzaamheid en angst van patiënten met COVID19 in het ziekenhuis ‘Het kan in één keer keihard achteruitgaan. Bovendien is het lastig om afleiding te vinden. Als ze de tv aanzetten bij hun bed, is het alleen maar corona, corona, corona.’ Een collega van haar, Mustafa Bulut, werkzaam in het Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg, noemt dat de eenzaamheid bij de patiënten van de gezichten is af te lezen:

⁹ Ekkelboom, E. (2021, 4 juni). Post-COVID-patiënt lijkt op te knappen van rustige revalidatie. *Revalidatie Nederland*. <https://www.revalidatie.nl/revalidatie-nederland/nieuws-rn/post-covid-patient-lijkt-op-te-knappen-van-rustige-revalidatie>

¹⁰ Harbers, M., Hulshof, T., Schaink, R., & Schrijvers, C. (2021) Inventarisatie Nederlandse COVID-19 Onderzoeken: Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke vraagstukken, 9: mentaal welbevinden. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*. <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-03/Inventarisatie%20Nederlandse%20COVID19%20onderzoeken%20rapportage%20nr%209.pdf>

Ik vroeg een Molukse meneer hoe het gaat, en het eerste wat hij zei is: “Er mag niemand meer komen”. De mensen zijn dan heel blij dat wij er nog zijn. En verder wens ik dat ze *sabr* hebben, een islamitische term voor geduld. Dat is niet alleen maar: rustig gaan zitten en naar buiten kijken. Maar blijven doorgaan met wat het leven van jou vraagt. En ik bid dat Allah ons de kracht geeft om zo snel mogelijk genezing te vinden. Om mensen in de medische wereld, iedereen die zich hier nu in laboratoria mee bezighoudt, energie te geven.¹¹

De gemiddelde opnameduur op de quarantaineafdeling van de revalidatiecentra was veertien dagen. Contact met een partner verliep veelal telefonisch omdat de partner niet op de quarantaine-afdeling zelf kon komen. Het gemis aan (fysiek) contact met naasten was voor mensen die revalideerden na de eerste golf groot. Als ze van de quarantaineafdeling mochten, kwamen veel patiënten op een reguliere revalidatieafdeling. Na gemiddeld 25 dagen volgde ontslag (Baadjou, Vints, & Erens, 2021).

Naast zorgen over ouderen, maakten mensen zich ook zorgen over de impact van eenzaamheid op jongeren tijdens de pandemie. Eenzaamheid in de adolescentie is gecorreleerd met depressie, slechtere zelf gerapporteerde gezondheid en metabolische risicofactoren die worden geassocieerd met cardiovasculaire ziekte (Goosby, Bellatorre, & Walsemann, 2013). Ook bij ouderen kan eenzaamheid negatieve gezondheidsgevolgen hebben. Ook bij ouderen zijn positieve correlaties gevonden tussen eenzaamheid en doktersbezoeken (Gerst-Emmerson & Jayawardhana, 2015). Er zijn daarnaast veel verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de relatie tussen eenzaamheid en spiritueel welzijn. Deze onderzoeken werden voornamelijk uitgevoerd onder patiënten met verschillende soorten (chronische) ziekten. Er zijn correlaties gevonden tussen eenzaamheid en slaapproblemen, persoonlijkheidsstoornissen, Alzheimer, diabetes, obesitas, hartziekten en hypertensie. In sommige onderzoeken wordt duidelijk geconcludeerd dat eenzaamheid grote consequenties kan hebben voor mensen hun psychologische en fysieke gezondheid (Mushtaq, Shoib, & Shah et al., 2014).

¹¹ Van Beek, M. (2020, 3 april). Er zijn voor stervenden, kan dat met een mondkapje op? *Trouw*. <https://www.trouw.nl/nieuws/er-zijn-voor-de-stervenden-kan-dat-met-een-mondkapje-op~b64971c2/>.

1.7 Zingeving en spiritualiteit als dimensie van zorg en herstel

Shamain Websters, 42 jaar en een evangelisch Christen woont in de buitenwijken van Dallas. Zij ziet al een tijdje de tekenen van een komende Apocalyps, precies zoals de bijbel voorspelde. Ze leerde uit het Bijbelboek Lucas dat Jezus zijn discipelen leerde dat koninkrijk tegen koninkrijk zou opstaan. Webster ziet wijdverbreide politieke verdeeldheid in haar land, de Verenigde Staten. Ze noemt dat Jezus zei dat er vreselijke gebeurtenissen en tekenen uit de hemel zullen komen. Ze ziet Bijbelse waarden wegglijpen. Een regering die niet handelt in het belang van de mensen en nu dit: een pandemie. Webster luisterde naar de online toespraken van een van haar favoriete prekers die de pandemie een ‘*divine reset*’ noemde. Dit heeft haar angst weggenomen: ‘*These kind of moments really get you to re-evaluate everything, as everyone goes through a period of isolation, God is using it for good, to teach us and train us how to live life better.*’¹²

1.7.1 Betekenisgeving

In het geval van Webster gaat het om betekenisgeving rondom de pandemie in zijn geheel. Vergelijkbare betekenisgeving is denkbaar rondom het krijgen van COVID19. Bij het krijgen van een ziekte speelt een fysieke component mee. De fysieke component speelt in de betekenisgeving, maar zorgt vaak ook voor een groot ingrijpen op het dagelijks leven. Bijvoorbeeld wanneer mensen worden beperkt in hun bewegingsvrijheid of te maken krijgen met onbegrip. Geestelijk verzorgers kunnen patiënten helpen om te gaan met existentiële, religieuze en zingevingsvragen. Zij kunnen patiënten uitdagen om met een nieuwe kijk en met meer afstand naar hun situatie te kijken, hun situatie te herdefiniëren en te kijken naar manieren waarop zij deze kunnen veranderen (Cobb & Robshaw, 1998).

Betekenisgeving is bij negatieve situaties vaak een helpende strategie voor herstel en veerkracht (Park, 2016). Een situatie overdenken en daarbij openstaan voor religieuze verandering omdat de betekenis mede wordt gevonden door een zoektocht gericht op religie, is gecorreleerd aan posttraumatische groei. Het lijkt erop dat hoe meer en sneller na de gebeurtenis dit wordt gedaan, hoe beter het werkt. Meer overdenken en ‘herkauwen’ kort na de gebeurtenis en een grotere openheid voor religieuze verandering is gerelateerd aan meer posttraumatische groei (Calhoun, Can, & Tedeschi, 2000).

¹² Dias, E. (2020, 2 april). The Apocalypse as an ‘Unveiling’: What religion Teaches Us About the End of Times. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/04/02/us/coronavirus-apocalypse-religion.html>

Uit een studie naar het betekenisgeving model MINE, dat staat voor *meaning-making in negative experiences*, dat werd uitgevoerd in China, bleek dat mensen meer neigden naar MINE tijdens de COVID19 uitbraak dan drie maanden voor de uitbraak. De verhoogde betekenisgeving voorspelden minder psychische problemen zoals depressie, angst en stress (Yang, Ji, & Yang, 2021).

1.7.2 Religieuze coping

Koenig (2012) laat in een overzicht zien dat religieuze coping belangrijk is voor veel mensen die te kampen hebben met aandoeningen zoals chronische pijn (Büssing et al., 2009), nierziekte (Tix & Frazier, 1998), kanker (Shaw, Han, & Kim, 2007; Yoshimoto, et al., 2006), hart- en vaatziekten (Ai, Park, & Huang, 2007; Hughes et al., 2004) en neurologische stoornissen (Giaquinto, Spiridigliozzi & Caracciolo, 2007). Religieuze coping is het gebruiken van religieuze overtuigingen om de emotionele onrust die gepaard gaat met verlies of verandering te verminderen. Ze kunnen hun zorgen bijvoorbeeld weggeven (aan God), of ze geloven bijvoorbeeld dat er een reden is voor wat ze meemaken.

Geestelijk verzorgers kunnen patiënten helpen met religieuze coping door middel van samen bidden, mediteren, het lezen van religieuze teksten, deelnemen aan religieuze diensten of het uitvoeren van (religieuze) rituelen of door het ervaren van steun (Koenig, 2007). Coping helpt patiënten dus in eerste instantie op emotioneel op het gebied. Wanneer we kijken naar wat emoties zijn, behoren zij voornamelijk tot het fysieke domein: men *voelt* zich emotioneel, heeft *gevoelens* van blijdschap of verdriet. De effecten daarvan zijn dus ook terug te zien in het lichaam.

1.7 Discussie effectmetingen

In ziekenhuizen blijken hulpverleners vaak niet goed te begrijpen wat spirituele zorg is en waarom het belangrijk is. Verschillende artikelen betogen daarom dat het belangrijk is dat verschillende disciplines elkaars taal leren spreken ter bevordering van interdisciplinair onderzoek en interdisciplinaire samenwerking. In het geval van geestelijke verzorging in relatie tot de medische wereld betekent dit dat het belangrijk is dat er *evidence based* onderzoek plaatsvindt (Kruizinga, Schrerer-Rath, & Schilderman, 2018).

Een kritische noot bij het doen van effectmetingen is de vraag of de kern van de activiteiten niet te filosofisch is om te onderzoeken (Timmins et al., 2017). Zoals Baart in *Een theorie over de presentie* (2004) omschrijft maken geestelijk verzorgers zich vaak los van een eigen agenda in gesprekken en in plaats daarvan reageren ze op de problemen en vragen die

zich voordoen bij een patiënt en op wat de patiënt naar voren brengt. Daarbij kan het argument worden genoemd dat onderzoek naar effecten ervoor zal zorgen dat de geestelijke verzorging zich ook meer zal moeten gaan richten op deze effecten, wanneer eenmaal bewezen is dat geestelijke verzorging een positief (gezondheids)effect kan hebben. Dit zou het werkveld alleen maar versmallen.

Daarop aansluitend is er een groep geestelijk verzorgers die ervoor pleit dat er niet te veel effectmetingen binnen de geestelijke verzorging worden uitgevoerd omdat de geestelijke verzorging op dit moment een vrijplaats is. Zij zijn bang dat er door een toename van effectmetingen in de geestelijke verzorging ervoor zal zorgen dat geestelijk verzorgers zich zullen moeten gaan verantwoorden over welke resultaten zij hebben behaald. Dat kan de vrijplaats in gevaar brengen. Het zou (daarnaast) niet mogelijk moeten zijn om het nut of het effect aan te tonen omdat de inhoud van de gesprekken vanuit het uitgangspunt van de vrijplaats binnen gesloten muren hoort te blijven. De verantwoording voor een vrijplaats vanuit een sociaal of psychologisch perspectief staat volgens hen in contrast met de benadering van een vrijplaats vanuit een meer doelmatig perspectief gebaseerd op effecten.

Aan de andere kant is er vanuit Nederlandse geestelijke verzorgers juist veel vraag naar wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van geestelijke verzorging op patiënten. Dat bleek uit een Delphi onderzoek waaraan ruim 170 respondenten deelnamen. Zij konden onderzoeksprioriteiten aangeven voor de komende tien jaar. Op de derde plek stond onderzoek naar het effect van geestelijke verzorging op patiënten (Damen, Schuhmann, & Lensvelt-Mulders, 2019). In een Europees en Amerikaans onderzoek staat effectonderzoek van geestelijke verzorging op patiënten ook hoog op de agenda (Damen, Delaney & Fitchett, 2018; Selman, Young, & Vermandere, 2014).

Hierbij wil ik beargumenteren dat het zinvol is om te kijken naar de effecten van geestelijke verzorging, omdat het waarschijnlijk bij kan dragen aan het herstel van mensen die COVID19 hebben gehad. Er is binnen de wetenschap nog geen volledige consensus over de correlatie tussen spiritualiteit en fysieke gezondheid (Cragun, Cragun, & Nathan, 2016). Steeds meer onderzoeken laten echter zien dat aandacht voor de spirituele dimensie, met oog op bijvoorbeeld positieve religieuze overtuigingen en benaderingen, voordelen kunnen opleveren voor het herstel van mensen die te maken hebben met chronische of acute ziekten (Tabei, Zarei, & Joulaei, 2016).

Het doen van effectmetingen is daarnaast een manier om geestelijke verzorging op andere dimensies van zorg aan te laten sluiten. Wanneer meer bekend wordt over fysieke effecten van geestelijke verzorging, ontstaat er waarschijnlijk meer wisselwerking (en

daarmee samenwerking) tussen de verschillende beroepen. Bovendien waarborgt het ook het bestaan van geestelijke verzorging. Niet alleen voor mensen uit andere beroepsgroepen kan geestelijke verzorging een onduidelijk terrein zijn, ook voor geestelijk verzorgers zelf bestaat vaak onduidelijkheid over hun rol (Snowden, 2021). Wanneer duidelijker wordt wat geestelijke verzorging kan bieden, kan het bovendien ook makkelijker worden vergoed. Als het bieden van rust, sociale steun en hulp bij betekenisgeving een positief effect kunnen hebben op het zenuwstelsel, is dat dan niet zelfs de verantwoordelijkheid van de geestelijke verzorging om hier meer onderzoek naar te doen?

1.8 Doelstelling

Met deze scriptie wil ik meer inzicht bieden in hoe geestelijke verzorging bij kan dragen aan het lichamelijke herstel van mensen die COVID19 hebben gehad. Hiervoor wordt gekeken naar welke plek geestelijke verzorging binnen de herstellzorg inneemt (naast de inzet van andere disciplines). De focus ligt op wat geestelijke verzorging specifiek kan bijdragen in de multidisciplinaire zorg voor Long Covid patiënten.

1.9 Vraagstelling

IS ER EEN SAMENHANG TUSSEN GEESTELIJKE VERZORGING EN DE FYSIEKE GEZONDHEID VAN MENSEN DIE HERSTELLEN VAN COVID19?

1.10 Structuur van het onderzoek

In het volgende hoofdstuk komt het theoretisch kader aan bod. In de eerste paragraaf zal worden ingegaan op wat geestelijke verzorging precies is, vervolgens zullen de doelen en methoden van de geestelijke verzorging aan bod komen en ten slotte volgt een uiteenzetting van hoe die zich verhouden tot fysieke gezondheid. In het hoofdstuk daarna wordt uitgelegd welke methoden worden gebruikt in dit onderzoek. In de resultatensectie wordt meer duidelijk over de ontvangen zorg en de gezondheid van de participanten. Daarna volgt de conclusie waarin de hoofdvraag wordt beantwoord. In de discussie worden de interpretaties van de uitkomsten en de tekortkomingen van het onderzoek besproken en worden suggesties gegeven voor vervolgonderzoek.

2. Geestelijke verzorging: doelen, methoden en fysieke gezondheid

2.1 Wat is geestelijke verzorging?

2.1.1 Definitie van geestelijke verzorging

Er blijkt onder verschillende auteurs binnen het wetenschappelijke veld van de geestelijke verzorging nog geen consensus te zijn over de definitie van geestelijke verzorging (Sharma et al., 2021; Timmins et al., 2021). Ook de geestelijk verzorgers zelf voelden zich zowel voor als tijdens de COVID19 uitbraak vaak niet duidelijk over hun rol (Snowden, 2021). De Vereniging van GeestelijkVerzorgers, de beroepsvereniging van geestelijk verzorgers (hierna VGVZ genoemd), definieert geestelijke verzorging als volgt: ‘Geestelijke verzorging is professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing’ (VGVZ, 2016, p. 10). Ze noemen dat levensbeschouwing en zingeving samen verschillende aspecten omvatten van betekenisvinding en religieuze praktijken. Zingeving en levensbeschouwing worden daarbij in vier dimensies onderscheiden: de existentiële dimensie, de spirituele dimensie, de ethische dimensie en de esthetische dimensie.

2.1.2 Beroepsprofiel

Geestelijk verzorgers hebben een opleiding in de theologie, humanistiek of religiewetenschappen op universitair masterniveau of hbo-niveau. Inzichten en vaardigheden uit sociale wetenschappen met het oog op professionele zorg- en dienstverlening zijn hierin geïntegreerd. Hun bevoegdheid krijgen zij ofwel via zending door een maatschappelijk erkend levensbeschouwelijk genootschap, zoals onder andere de levensbeschouwelijke genootschappen die de overheid erkent voor de zending van geestelijke verzorgers die bij haar in dienst zijn, ofwel via een machtiging door de Raad voor Institutioneel Niet-Gezonden Geestelijk Verzorgers (RING-GV). Een geestelijk verzorger is werkzaam in institutioneel verband of als vrijgevestigde. Geestelijk verzorgers met een zending vanuit een levensbeschouwelijk genootschap zijn bevoegd om als representant van deze gemeenschap op te treden (VGVZ, 2016).

2.1.3 Competenties

Verder noemt de VGVZ dat hoewel de competenties per geestelijk verzorger kunnen verschillen, doordat zij onder andere in verschillende contexten werken, er een aantal overeenkomstige kenmerken zijn. Elke geestelijk verzorger hoort in staat te zijn om te

reflecteren op levensbeschouwelijke, spirituele en ethische thema's die zich in het persoonlijke leven en binnen organisaties voordoen. Inhoudelijk hebben zij een brede kennis van zingevingsprocessen en levensbeschouwing, godsdienst, spirituele bronnen en ethiek. Procesmatig kunnen zij hun kennis en reflecties delen met anderen en kunnen zij verbindend aanwezig zijn. Ze hebben een persoonlijk doorleefde spiritualiteit die ze actief onderhouden en die de basis vormt van waaruit zij hun werk doen. Hun kennis en vaardigheden houden zij op peil door bij- en nascholing. Zij werken op drie niveaus:

1. Het *microniveau* betreft begeleiding bij persoonlijke vragen naar zin, motivatie en inspiratie, bij worsteling met verlies en tegenslag in het leven, bij verlangen naar een goed leven en het streven om het eigen geloof en de eigen levensbeschouwing en levenskunst vorm te geven.
2. Het *mesoniveau* betreft de advisering van professionals en vrijwilligers en de facilitering van zorg- en dienstverlening zoals bijvoorbeeld ook moreel beraad en educatieve activiteiten.
3. Het *macroniveau* betreft beleidsadvies, ondersteuning van de identiteit van organisaties en participatie in maatschappelijke netwerken en discussies (VGVZ, 2016).

2.1.4 De plek van religie

Eeuwen geleden werden kerkelijke handboeken gebruikt waarin de ordening van de samenleving werd beschreven in nauwkeurige aanwijzingen hoe men naar rang en stand, naar beroep en binnen gezinsverband hoorde te leven en te gedragen. Normen en waarden liggen nu minder vast. Mensen zijn nu steeds bezig met het balans brengen van eigenheid en uniformiteit (Ganzevoort & Visser, 2007). Er is afbrokkeling, maar ook een groei van levensbeschouwelijke netwerken. Spiritualiteit, godsdienstigheid en levensbeschouwelijkheid bevindt zich steeds meer buiten de joodschristelijke en humanistische kaders. Het aantal moslims, christenmigranten, oude en nieuwe aanhangers van oosterse godsdiensten en van esoterische of therapeutische stromingen zijn groeiende in Nederland. Deze identiteit wordt steeds opnieuw geformuleerd in de ontmoeting tussen de geestelijk verzorger en de cliënt (Van Dijk & Buuren, 2006).

Ganzevoort en Visser schrijven dat geestelijke verzorging vanouds gezien werd als een vorm van pastoraat buiten de kerk. Het ging dan bijvoorbeeld om mensen die door omstandigheden zoals ziekte, detentie of werk in de krijgsmacht geen deel uit konden maken

van de geloofsgemeenschap. Het recht op godsdienst werd door de overheid gewaarborgd door in deze gevallen geestelijke verzorging aan te bieden (2007). In veel gezondheidsorganisaties werd geestelijke verzorging dan ook gezien als een ondersteuning van de behoeften rondom geloof en pastoraat (Orton, 2008). Vandaag de dag is dit niet langer per definitie de hoofdreden voor het aanbieden van deze zorg.

Ganzevoort en Visser noemen rondom het thema religie en geestelijke verzorging Brouwer (2005) die een onderscheid maakt tussen het (kerkelijk) pastoraat en geestelijke verzorging wat betreft het uitgangspunt in het gesprek: het levensbeschouwelijke kader van de gesprekspartner of de religieuze traditie waar de geestelijk verzorger uit voortkomt. Zij beargumenteren echter dat inmiddels ook pastors binnen de kerkelijke context rekening heeft te houden met en religieuze veelkleurigheid. Mensen vormen hun eigen levensbeschouwelijke collage. Ze noemen dat er daarnaast weinig onderscheid is in de levensthema's die aan bod komen. Daarom maken zij geen scherp of principieel onderscheid tussen pastoraat en geestelijke verzorging (Ganzevoort & Visser, 2007).

Ongeveer 70% van de Nederlanders identificeert zichzelf als niet religieus. Ook mensen die zichzelf als niet spiritueel beschouwen, krijgen vaak te maken met levensbeschouwelijke vragen (Alcorn et al., 2010). Levensbeschouwing wordt hier dus bredere opgevat dan als religie. Geestelijke verzorging is een van de weinige disciplines binnen het reguliere zorgsysteem die zich primair richt op het levensbeschouwelijk gebied, terwijl veel mensen in een ingrijpende situatie verkeren zichzelf vragen gaan stellen als: 'Wat betekent dit nou allemaal voor mij?'.

Sinds de late jaren in 1950 heeft Nederland niet-religieuze geestelijk verzorgers in ziekenhuizen, universiteiten, gevangenissen en in het leger. De geestelijk verzorgers in ziekenhuizen bieden geestelijke verzorging aan zowel religieuze en niet religieuze patiënten. Als een patiënt religieus is en daarop aansluitend geestelijke verzorging wenst, wordt vaak een geestelijk verzorger uit die richting gevraagd (Woodhouse, 2019). Bij veel instellingen werken geestelijk verzorgers vanuit verschillende denominaties. In seculiere contexten wordt de term 'pastorale zorg' vaak verruild voor 'spirituele zorg'. Ook geestelijk verzorgers die in seculiere instellingen werken verlenen zorg aan religieuze en niet religieuze mensen (Schuhmann & Damen, 2018). In 2014 werd ongebonden geestelijke verzorging erkend als een officiële sector van de Vereniging van Geestelijk VerZorgers (Zock, 2019).

2.2 Wat zijn de doelen van de geestelijke verzorging?

Er zijn weinig overzichten van de doelen en methoden van geestelijke verzorging. Sharma et al. (2021) schrijven dat het veld van de geestelijke verzorging ook niet over een gestandaardiseerd vocabulaire beschikt voor de activiteiten die pastores in verschillende instellingen en settingen uitvoeren. Via het analyseren van EPIC-patiëntendossiers van het Mount Sinai Hospital in New York City, kwamen de onderzoekers tot drie categorieën: beoogde effecten, methoden en interventies. Om te beginnen waren de meest gebruikte beoogde effecten: het demonstreren van zorg en zorgzaamheid (51%), een rustige aanwezigheid overbrengen (44%), geloof bevestiging (42%) en het bouwen van een relatie van zorg en support (40%). Op de andere categorieën wordt verder ingegaan in de volgende hoofdstukken. Hieronder volgt eerst meer uitleg over de doelen die geestelijk verzorgers gebruiken.

Visser, Damen en Schuhmann (A. Visser, persoonlijke communicatie, 24-8-2021) maakten middels een Nederlands literatuuronderzoek een uitgebreid overzicht met de doelen van geestelijk verzorgers. In dit artikel beredeneerden zij dat het voordat je kijkt naar de uitkomsten van geestelijke verzorging, het belangrijk is om eerst te bepalen wat de doelen zijn van geestelijk verzorgers. Want daarmee wordt ook duidelijker welke relevante uitkomsten kunnen ontstaan. Daarnaast kan het kaderen van de doelen geestelijk verzorgers helpen bij het ontwikkelen van een eigen 'taalsysteem', waarmee zij hun eigen criteria hebben voor *evidence-based practice*. Dat zorgt voor een verkleining van het risico dat ze worden beoordeeld op die van andere professies. De onderzoekers noemen dat het hiermee ook mogelijk wordt om de doelen van geestelijk verzorgers en andere beroepen te vergelijken, waarmee de dialoog tussen geestelijk verzorgers en andere professionals wordt versterkt.

Met behulp van 86 fragmenten uit 33 bronnen categoriseerden de onderzoeken zes doelen. Dit zijn: (1) levensbeschouwelijke vitaliteit en aannemelijkheid, (2) verwerking van levensgebeurtenissen, (3) verdieping van spiritualiteit, (4) relationele bevestiging, (5) welzijn en (6) het uitoefenen van vrijheid van godsdienst. Dit artikel krijgt een belangrijke plek in dit theoretische kader omdat het ten eerste de meest omvattende bron is over de doelen van geestelijke verzorging en ten tweede omdat de bron is gericht op de Nederlandse literatuur en daarmee waarschijnlijk meer met de Nederlandse praktijk overeenkomt dan buitenlandse of internationale literatuur. Hieronder volgt daarom eerst een samenvatting van wat er onder de categorieën wordt verstaan. Hierbij noem ik alleen de (sub)categorieën die van toepassing zijn op de gezondheidszorg.

2.2.1 Wereldbeeld vitaliteit en aannemelijkheid

Dit is de grootste en meest complexe categorie. Deze categorie bevat de doelen rondom de wereldbeelden van de cliënten. Hieronder vallen ook de synoniemen zoals: levensvisie, perspectief op het leven, levensfilosofie en betekenis kader. Onder vitaliteit en aannemelijkheid worden meerdere auteurs genoemd en de termen worden verschillend gebruikt. Smit (2015) definieert het als het hebben van een wereldbeeld waaraan men kracht, motivatie en richting ontleent in de huidige situatie (vitaliteit), en dat voldoende verankerd is in iemands sociaal-maatschappelijke -culturele context (plausibiliteit). Schuhmann en Damen (2018) verstaan hieronder meer het vinden van oriëntatie in de morele ruimte. Janssen (Körver, 2014) schrijft dat geestelijk verzorgers mensen ondersteund in ‘het zoeken naar en het vinden van een betekenisvol wereldbeeld’ (p. 80) en Schok en Mooren noemen ‘wereldbeeld (her)oriëntatie’ als een centraal doel van de geestelijke verzorging (Van Iersel, Van Bruggen & De Boer, 2014, p. 51).

Visser et al. hebben uit de verschillende fragmenten meerdere aspecten gevonden die zijn te verdelen in vijf subcategorieën: (1) het verduidelijken van iemands wereldbeeld, (2) het personaliseren van iemands wereldbeeld, (3) het integreren van nieuwe perspectieven in iemands wereldbeeld, (4) het leven (in samenhang met) iemands wereldbeeld en (5) het vinden van antwoorden op levensvragen.

2.2.2 Het verwerken van levensgebeurtenissen

Deze categorie beschrijft de doelen waarin iemands wereldbeeld wordt aangeroepen om betekenis te bieden aan een of meerdere levensgebeurtenissen. Hier wordt in fragmenten (VGVZ, 2016; Hengelaar, 2018; Zock & Van 't Hoog, 2014) in algemene zin over gesproken, maar ook als een manier om in contact te komen met de realiteit. Een voorbeeld:

The encounter leads to a “happening”, a receiving of reality that we did not have before. In the encounter life has to be able to unfold as it shows itself, if that happens then both conversation partners are confirmed in who they are.

(Van den Bosch, 2014, p. 196)

Daarnaast wordt het verwerken van levensgebeurtenissen in verband gebracht met heling. Bijvoorbeeld wanneer ziekte en gezondheid worden begrepen in verbinding met de situatie van de persoon (Van Iersel, 2014). Ten slotte wordt de verwerking verbonden met het herstellen van fouten of het in het reine komen met zichzelf en het verleden.

2.2.3 Het verdiepen van spiritualiteit

Binnen deze categorie ligt de focus op transcendentie, waarbij transcendentie wordt geïnterpreteerd als het vergroten van persoonlijke grenzen of het uitreiken buiten zichzelf. Niet alleen als een actief proces, maar ook als iets dat verkregen kan worden. Hieronder vallen de doelen van geestelijke verzorging om mensen te ondersteunen bij het vinden van innerlijke motivatie, vertrouwen hoop, inspiratie, kracht en ijver.

2.2.4 Spirituele groei en menselijke bloei

In de woorden van Jorna (2014) is het spirituele groei waardoor mensen zich openen voor datgene wat er echt toe doet in hun leven. De Fruyt (2014) noemt dat het bij geestelijke verzorging gaat om ondersteuning bieden bij het vinden van een spiritueel leven dat zo betekenisvol mogelijk is. Een ander voorbeeld dat wordt is gegeven komt uit een fragment van Duyndam en Frank (2019), die schrijven dat menselijke bloei afhankelijk is van kritisch denken en samenleven, omdat mensen dan om kunnen gaan met de tragedie van het leven en vreugde, schoonheid en verbinding kunnen ervaren.

2.2.5 Relatieve affirmatie

Deze categorie gaat specifiek over de relatie tussen de geestelijk verzorger en de cliënt en de functie daarvan. Een waarde binnen de geestelijke verzorging is dat de cliënt zich gezien en gehoord voelt zodat diegene kan bloeien in de relatie (Ajouaou, 2019; Humanistisch Verbond, 2019; Jorna, 2014; Groote Schaarsberg-Visser in Körver, 2014; Rijper, 2014; Van den Bosch, 2014; Van Iersel in Van Iersel et al., 2014).

2.2.6 Welzijn

Welzijn wordt ook wel als het ultieme of uiteindelijke doel gezien van geestelijke verzorging en het communiceren over wereldbeelden als het directe doel (Smeets & Morice-Calkhoven, 2014). Anders verwoord door de Vereniging van Geestelijk VerZorgers: ‘Door gerichte en methodische aandacht voor zingeving en levensbeschouwing draagt geestelijke verzorging bij aan het welbevinden van mensen in relatie tot zichzelf, anderen en hun omgeving.’ (2015, p. 9).

2.2.7 Het uitoefenen van vrijheid van godsdienst

Visser et al. noemen dat deze categorie ambigu is omdat het discutabel is of ‘het uitoefenen van vrijheid van godsdienst’ een voorwaarde is voor geestelijke verzorging of een doel.

Omdat in teksten wordt genoemd dat dit een doel van geestelijke verzorging is, hebben zij dit wel opgenomen als categorie. In de fragmenten werd genoemd dat geestelijke verzorgers dit recht, gebaseerd op artikel 6 van de grondwet, horen te faciliteren (A. Visser, persoonlijke communicatie, 24-8-2021).

De vrijplaats van geestelijk verzorger houdt in dat een geestelijk verzorger op grond van religieuze of kerkelijke motiveren het recht heeft om cliënten zonder verwijzing te benaderen en zorg te verlenen (Schilderman, 2006). Op de website van Geestelijke Verzorging in Nederland staat hierover op de pagina Wetgeving de volgende tekst:

Als je langer dan 24 uur in een instelling verblijft heb je recht op een veilige plek om alles te kunnen bespreken wat je wilt bespreken zonder dat een hulpverlener hiervan op de hoogte is. Dat kan zijn een luisterend oor, een troostend woord, een goed gesprek, hulp bij dilemma's of de mogelijkheid vieringen en groepsbijeenkomsten bij te wonen. De geestelijk verzorger biedt deze vrijplaats.¹³

2.2.8 Samenhang categorieën

Visser et al. noemen dat veel acteurs de categorieën met elkaar in verband brachten, zoals bijvoorbeeld dat wereldbeeld vitaliteit en aannemelijkheid belangrijk is voor het verwerken van levensgebeurtenissen (Ajouaou, 2019; Kortekaas, 2019; Smit, 2015; Smedema, 2017; Smeets & Morice-Calkhoven, 2014; Ubels, 2018). Daarnaast geven ze aan dat de connecties tussen de categorieën vaak niet werden toegelicht, behalve door Smit (2015), Schuhmann en Damen (2018b) en in mindere mate door Kortekaas (2019) en Van Iersel et al. (2014), zij putten daarbij uit bronnen uit de psychologie en filosofie.

¹³ Wetgeving rond geestelijke verzorging. *Geestelijke Verzorging in Nederland*. <https://geestelijkeverzorging.nl/wetgeving/>

2.3 Methoden waarmee geestelijk verzorgers deze doelen willen bereiken

Zoals we in het vorige deel hebben kunnen lezen, hebben geestelijk verzorgers niet op dezelfde manier een doel voor ogen van een bepaalde geestelijke staat die bereikt moet worden zoals bijvoorbeeld artsen dat hebben bij fysieke gezondheid of psychologen bij psychologische gezondheid. Geestelijk verzorgers hebben geen antwoorden op vragen als ‘wat is het goede?’ (Damen & Schuhmann, 2018). Het gesprek voorzichtig openen met interesse, maar neutraal geformuleerd helpt de ander om aandacht te geven aan wat hem of haar werkelijk interesseert (Ganzevoort & Visser, 2007). Het gaat daarbij dus om een houding van niet-weten. Daarom stuurt de geestelijk verzorger het gesprek niet, maar bepaalt de cliënt waarvoor hij de gespreksruimte wil gebruiken. Geestelijk verzorgers zullen mensen sensitief en aandachtig ondersteunen bij het zoeken naar en uitzoeken van hun eigen antwoorden (Doehring 2015; Lynch 2002).

Toch beogen geestelijk verzorgers wel iets met hun begeleiding zoals blijkt uit de reviews van Visser et al. (persoonlijke communicatie, 24-8-2021) en het onderzoek van Sharma et al. (2021). En daarvoor worden verschillende methoden gebruikt. Uit het onderzoek van Sharma et al. (2021) bleek dat volgende methoden het meest werden gebruikt: emotionele steun bieden (64%), spirituele/religieuze steun bieden (61%), steun bieden (31%), acceptatie tonen (29%) en het aanmoedigen van het delen van gevoelens (25%). Zij zagen dat binnen deze methoden de volgende interventies het meest werden ingezet: actief luisteren (79%), geleide vragen stellen (44%), bidden (41%) en de huidige situatie erkennen (38%). Grofweg zijn deze methoden in relatie tot cliënten of patiënten in te delen in twee categorieën: gespreksvoering en ritueel.

2.3.1 Gespreksvoering

Gespreksvoering neemt een zeer belangrijke plek in binnen de geestelijke verzorging en is dan ook de methode die centraal staat in het beroep. Bosma en Kronemeijer (2006) spreken over het werkveld van de geestelijke verzorger binnen de revalidatie als ‘het innerlijk leven van de revalidant’. Zij maken hierbij onderscheid tussen drie terreinen: de *ervaringen* van mensen die zijn opgenomen in een revalidatiecentrum, de manier van *omgaan met* die ervaringen, en de wijze waarop zij *betekenis geven aan* hun ervaringen. In de komende paragrafen wordt hier wat meer over toegelicht, zodat we met de doelen van geestelijke verzorging in ons achterhoofd, een beter beeld krijgen over hoe geestelijk verzorgers te werk gaan binnen het werkveld van de revalidatie. We beginnen bij de diagnostiek, omdat dit

steeds vaker wordt toegepast binnen de geestelijke verzorging en kan dienen als startpunt van het gesprek.

Diagnostiek

Pastorale of levensbeschouwelijke diagnostiek is in de laatste jaren aan het toenemen omdat dit onder andere beleidsmatig van belang is in de gezondheidszorg en andere instellingen waar de geestelijke verzorging gestalte krijgt. Profilering en professionalisering zijn voorwaarden voor erkenning en financiering. Er zijn verschillende diagnostische modellen denkbaar. Ganzevoort en Visser (2007) noemen hierbij de categorieën die Bouwer (1998) heeft onderscheiden: historisch-biografische benaderingen, medisch klinische, theologische, structuur-ontwikkelingspsychologische en holistische modellen. Daaraan voegen ze toe dat ook narratieve modellen diagnostische betekenissen kunnen krijgen (Ganzevoort & Visser, 2007).

In ziekenhuizen wordt ook wel gebruik gemaakt van levensbeschouwelijke anamneses. Dit zijn vragenlijsten met levensbeschouwelijke vragen en zingevingsvragen. Hiermee wordt kennisgemaakt en iemands levensbeschouwing in kaart gebracht. Vervolgens wordt er afgetast of een patiënt baat heeft bij geestelijke verzorging. Zo'n eerste gesprek wordt ook wel omschreven in drie stappen: kennismaken, contract opstellen (wat heeft de patiënt nodig en wat kan de geestelijk verzorger bieden) en afronding. Dit eerste gesprek kan op zichzelf ook al een waardevol gesprek zijn doordat mensen stilstaan bij hun levensbeschouwing en zingeving.

Ervaringen

Op het terrein van de ervaringen, hebben de geestelijk verzorgers aandacht voor het lichamenlijk welbevinden. Het is belangrijk dat wordt stilgestaan bij de vermoeidheid, pijn en onrust die zich opdringen. Wat voelen de patiënten en hoe voelt het? Bij de alledaagse activiteiten is het belangrijk dat er aandacht is voor bijvoorbeeld gevoelens van onmacht en kleinheid. Op het gebied van de participatie/handicap is aandacht voor verlies van taken, veranderingen in relaties en verlies van een betekenisvolle rol in de samenleving (Bosma & Kronemeijer, 2006).

Omgaan met

Daarnaast is bij de problematiek aandacht voor bijvoorbeeld de omgang met pijn, vermoeidheid en onlustgevoelen. Daarbij kan aan bod komen hoe mensen denken over hoe zij zich hiertoe moeten verhouden. De manier waarop zij dat doen heeft te maken met persoonlijkheid en eerdere ervaringen. Op het gebied van activiteiten is aandacht voor pogingen om controle terug te winnen, de moeite die dat kost, de onzekerheid die dat met zich meebrengt, het verdriet als het niet lukt en (soms) de neiging om de moed op te geven. Qua handicap/participatie gaat het om aandacht voor pogingen om een nieuwe plaats in de samenleving te vinden, maar ook om zorgen die zij hebben met betrekking tot de toekomst. Een voorbeeld hiervan is de angst die kan meespelen om weer onder de mensen te komen (Bosma & Kronemeijer, 2006).

Betekenisgeving

Ten slotte is rondom betekenisgeving vaak aandacht voor het lichaamsbeeld. Niet alleen voor hoe het eruitziet, maar ook de betekenisgeving rondom de ervaring van het lichaamsbeeld wat als vreemd kan worden ervaren door de veranderingen die het doorgaat vanwege de ziekte. Door daarbij stil te staan kunnen mensen hun eigen lichaam weer opnieuw leren kennen en waarderen. Rondom activiteiten/beperkingen is er ten eerste aandacht voor het zelfbeeld. Het beeld dat de revalidant van zichzelf had is veranderd en ook de omgeving kan anders naar de betreffende persoon kijken. Daarnaast kan bijvoorbeeld de vraag meespelen hoe God naar diegene kijkt. Ten slotte wordt aandacht besteed aan vragen als: wie of wat geeft houvast in deze situatie? Hoe zie ik mijn plek in de wereld? Wat voor mensbeeld heb ik? (Bosma & Kronemeijer, 2006).

Verhalen

Een ander aspect waar in gesprekken vaak aandacht aan wordt besteed is aan verhalen. Door het vertellen van biografische verhalen kunnen mensen voeling houden met hun identiteit, hun basis. Vooral oudere mensen staan er vaak om bekend dat zij verhalen opnieuw vertellen. Esser (2006) schrijft hierover dat het een manier is om ervoor te zorgen dat we blijven bestaan, omdat er zonder herinnering niet zoveel van ons over blijft. Verhalen uit het verleden zijn daarom een soort erfenis.

Daarnaast heeft hervertellen als effect dat iemand steeds vanuit een andere bril naar het leven kijkt. Hierdoor kunnen mensen het verhaal in verschillende levensfasen weer anders beoordelen. De veranderende bril kan zorgen voor relativering of acceptatie waardoor het een helend effect kan hebben. Het kan het begrip van de cliënt voor zichzelf en van de geestelijk verzorger voor de cliënt doen groeien. Met name aan het einde van iemands leven kunnen verhalen helpen om tot een goed inzicht te komen van zichzelf. Daarbij kunnen vragen spelen als: heb ik het goed gedaan? Had ik dingen anders moeten doen en zo ja, is daar nu nog iets aan te doen? Verhalen kunnen de zin en de reden van bepaalde handelingen weergeven (Esser, 2006).

2.3.2 Rituelen

Wanneer het verstandelijke tekort schiet, zoals wanneer oude zingevingssystemen niet meer werken in een nieuwe realiteit, en ook gesprekken met een geestelijk verzorger niet helpen bij het vinden van nieuwe zingeving, kan het symbolische helpen. In rituelen kunnen tegenstellingen met elkaar worden verbonden zonder dat deze worden opgeheven (Hekking, 2006). Menken-Bekius (2001) stelt dat in een goed ritueel denken, voelen, weten en ervaren op elkaar betrokken zijn en zoveel mogelijk worden geïntegreerd. Rituelen kennen veel verschillende vormen en er is onder wetenschappers dan ook geen duidelijke consensus over wat een ritueel precies is. Dit komt doordat er veel verschillende soorten rituelen zijn en veel daarvan verbonden zijn aan verschillende culturen en religies. Ook binnen religies zelf kunnen rituelen veel verschillende vormen aannemen. Daarnaast hoeven rituelen niet per se religieus te zijn.

Menken-Bekius heeft een model opgesteld, waarin de drie functies zijn te vinden (ook wel de functiedriehoek genoemd) waaraan elk ritueel volgens haar in meer of mindere mate voldoet. Daarnaast zijn de drie onderdelen belangrijk om betekenis toe te kennen aan gebeurtenissen. Dit model kan geestelijk verzorgers helpen om een idee te krijgen van wat een ritueel voor iemand zou kunnen betekenen. De drie functies zijn:

- (a) de psychohygiënische functie (individu), een verbinding met de binnenwereld en de buitenwereld;
- (b) sociale functie (groep);
- (c) het symbolische betekenisstelsel met een bezinnende en lerende functie.

Menken-Bekius noemt dat het lichaam ook een belangrijke plaats heeft in de rituelen. De kennis die we opdoen in een ritueel is niet alleen een cognitieve functie, het kan ook een

lichamelijke en geestelijke respons oproepen. Rituelen kunnen op die manier ook lerend zijn omdat we kennis kunnen verwerven door te bezinnen en stil te staan bij een gebeurtenis.

Mindfulness

In sommige ziekenhuizen wordt meditatie en mindfulness aangeboden door geestelijk verzorgers. Mindfulness werd voor het eerst onderzocht in boeddhistische tradities (Hofmann & Gómez, 2017). De term 'mindfulness' komt van het Sanskriet *smṛiti* en wijst naar het cultiveren van aandacht als onderdeel van spirituele training (Trungpa, 2003). In sommige Nederlandse ziekenhuizen en verzorgingstehuizen wordt het aan patiënten en personeel gegeven door (boeddhistisch) geestelijk verzorgers. Baarsen, Oldenhof en Kruijne (2016) schrijven dat naast geestelijk verzorgers ook (medisch) psychologen en verpleegkundigen mindfulness geven. Twee belangrijke mindfulness trainingen in de zorg zijn MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) en MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*). De auteurs omschrijven de functie van de trainingen als volgt:

Deelnemers aan de trainingen ontwikkelen, onder andere door meditatie, een geestelijke gesteldheid die zich kenmerkt door een aandachtige presentie. De trainingen zijn gericht op het ontwikkelen van het vermogen om aanwezige gevoelens en gedachten op te merken en te accepteren zoals ze zich aandienen, zonder er helemaal mee samen te smelten en zonder meegesleept te worden door de inhoud van de gedachten. (p. 37-38)

Baarsen et al. leggen uit dat de *Mindfulness-Based Stress Reduction* vaak aan patiënten wordt aangereikt om daar zelf mee aan de slag te gaan. Daarbij halen de auteurs Van Orsouw (2012) aan, die noemt dat MBCT ongewenste automatische negatieve gedachtepatronen en gewoonten beoogt te doorbreken door een niet-oordelende open en accepterende houding aan te nemen ten aanzien van gedachtepatronen, lichaamsgewaarwordingen en emoties.

De andere mindfulness training, de *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, is ontwikkeld door Jon Kabat-Zinn. Van Orsouw noemt dat deze training erop is gericht om bewust te worden van gedachten, gevoelens, spanningen en automatische reflexen om daar via aandachtstraining niet helemaal mee samen te vallen (2012). Bij deze training spelen de levensbeschouwelijke aspecten een grotere rol dan bij de eerste training. Daarom past de MBCT goed bij het terrein van een geestelijk verzorger en minder goed bij bijvoorbeeld het terrein van een verpleegkundige (Baarsen, Oldenhof, & Kruijne, 2016).

2.4 Wat heeft geestelijke verzorging te maken met fysieke gezondheid?

2.4.1 Definitie fysieke gezondheid

In de revalidatie maakt men gebruik van de ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). Hierbinnen wordt het functioneren van mensen beschreven vanuit drie perspectieven: (1) het perspectief van de mens als organisme, als ‘lichaam’ met bepaalde functies, (2) het perspectief van het menselijk handelen en (3) het perspectief van participatie, deelname aan het maatschappelijk leven. Wanneer de functies en de eigenschappen van het menselijk lichaam niet optimaal zijn, dan is er sprake van een stoornis. Wanneer iemand moeite heeft met bepaalde handelingen (activiteiten of vaardigheden) dan is er volgens het ICF sprake van een beperking. Bij problemen rondom participatie of deelname aan het maatschappelijk leven is er sprake van een handicap. Het streven binnen de revalidatie is om zoveel mogelijk te werken aan behoud of herstel van functies en vaardigheden, met als doel dat de patiënt kan deelnemen aan het maatschappelijk leven (Bosma & Kronemeijer, 2006).

Positieve gezondheid

Wat daarop aansluit is de nieuwe definitie van gezondheid van Huber (2014), deze wordt steeds meer omarmd binnen de gezondheidszorg. Hierin wordt gezondheid als een meer dynamisch concept opgevat waarin minder wordt gekeken naar gezondheid als de afwezigheid van ziekte en meer naar hoe mensen zich aanpassen aan de situatie en wat zij nog allemaal wél kunnen. Deze benadering komt deels overeen met de definitie van de WHO uit 1948: ‘*Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.*’¹⁴ Huber’s kritiek op de definitie van de WHO is ten eerste dat de absoluutheid van “*complete*” ons het grootste deel van de tijd als ongezond definieert¹⁵. Huber beargumenteert dat dit de tendens van de medische technologie- en geneesmiddelenindustrie in samenwerking met professionele organisaties ondersteund in het herdefiniëren van ziekten en de reikwijdte van het gezondheidszorgsysteem uit te breiden.

Huber noemt dat de technologie steeds geavanceerder wordt waarmee afwijkingen kunnen worden gedetecteerd op een niveau dat dit geen ziektes zou kunnen veroorzaken.

¹⁴ World Health Organization. (1946, juni). Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. In *International Health Conference, New York* (p. 19-22).

¹⁵ Smith R. (2008, 8 juli). The end of disease and the beginning of health. BMJ Group Blogs 2008. <http://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>

Farmaceutische bedrijven produceren daarop aansluitend steeds meer medicijnen voor ‘aandoeningen’ die voorheen niet als gezondheidsproblemen werden gedefinieerd. Hierdoor komen ook steeds meer mensen in aanmerking voor screenings en interventies, wat vervolgens tot hogere risico’s en medische afhankelijkheid leidt. Het ouder worden met chronische ziekten is de norm geworden en dat oefent een grote druk uit op het zorgsysteem en de duurzaamheid daarvan. De definitie van Huber beweegt zich dus meer richting welzijn en het succesvol aanpassen aan verandering, en is meer gericht op een persoonlijke aanpak dan op een vooropgesteld behandelplan dat voor iedereen hetzelfde is.

Deze opvatting van gezondheid heeft veel overlap met hoe geestelijk verzorgers naar gezondheid kijken. Vaak ondersteunen zij patiënten bij vragen die te maken met hun behandeling. Niet zelden vanuit de religie of spiritualiteit van de patiënt omdat geloofsovertuigingen medische beslissingen kunnen beïnvloeden of in strijd kunnen zijn met medische beslissingen (Koenig, 2007).

2.4.2 Definitie spiritualiteit

In de beroepsstandaard van de VGVZ wordt spiritualiteit omschreven als een onderdeel van zingeving. Zingeving wordt daar dan ook als centrale term gebruikt om het domein van de geestelijk verzorger te omschrijven. Zingeving duidt op een meer actief, informeel en individueel aspect van het proces waarmee mensen hun leven ordenen en betekenis geven. Levensbeschouwing wordt opgevat als het meer reflectieve, formele en gezamenlijke aspect van zingeving zoals dat bijvoorbeeld in religieuze en humanistische tradities wordt vormgegeven. Zij benoemen dat in de buitenlandse literatuur vaak niet zingeving, maar *spirituality* het meest wordt gebruikt en een centrale plek inneemt (VGVZ, 2016).

Hoewel zingeving steeds vaker wordt genoemd als een domein waar de geestelijke verzorging zich op richt, is dit een nog minder bekend en onderzocht terrein dan spiritualiteit in relatie tot de zorg. Daarnaast valt zingeving lastig te vertalen naar de Engelse literatuur. Voor zingeving wordt vaak *meaning making* gebruikt, maar *meaning making* wordt ook gebruikt en vertaald als betekenisgeving. Hoe wordt de term *spirituality* dan gedefinieerd? Heeft dit een andere betekenis dan zingeving of komt het ermee overeen?

De VGVZ noemt de ‘*consensus definition*’ die is gepubliceerd van spiritualiteit in palliatieve zorg: ‘*Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, ad to the significant or sacred.*’ Hierbij wordt Walton (2012) genoemd voor de beschrijving van vijf verschillende niveaus waarop de term

‘spiritualiteit’ wordt gedefinieerd: (1) als een type van menselijke ervaring, (2) als een activiteit of verzameling van praktijken, (3) als een dimensie van menselijk bestaan met betrekking tot betekenis en doel, (4) als een verwijzing naar specifieke tradities en instituties en (5) als een verwijzing naar een transcendente dimensie.

Uit deze definities valt op te maken dat spiritualiteit over betekenisgeving, doelen en verbinding met het zelf, anderen en het heilige gaat. Dit heeft veel raakvlakken met zingeving en levensbeschouwing (het individuele en het meer gezamenlijke). Vanwege pragmatische redenen zoals de meetbaarheid en de toepasbaarheid van de Engelse literatuur voor de brede definitie van spiritualiteit gekozen als het primaire terrein van de geestelijke verzorging. Hier wordt verder op ingegaan in het methoden hoofdstuk.

2.4.3 De invloed van gesprekken

In deze paragraaf en in de komende paragrafen wordt met behulp van eerdere onderzoeken verder ingegaan op hoe de verschillende doelen en methoden van geestelijk verzorgers kunnen bijdragen aan de verschillende dimensies van gezondheid, met uiteindelijk vooral de focus op de fysieke gezondheid.

Allereerst noem ik hier het onderzoek van Iler, Obenshain, & Camac (2001). Zij deden een *randomized trial* naar het effect van geestelijke verzorging op angst van mensen met een chronische bronchitis en/of emfyseem (COPD). Patiënten werden willekeurig ingedeeld om dagelijks geestelijke verzorging te krijgen of helemaal geen verzorging te krijgen (maar alleen de andere zorg in het ziekenhuis). Voor de toewijzing hadden de patiënten dezelfde mate van angst. Bij ontslag was de angst bij alle patiënten afgenomen, maar er was een significant grotere afname bij patiënten die geestelijke verzorging hadden ontvangen.

Bij een andere *randomized trial*, onder patiënten die een coronaire bypassoperatie ondergingen, bleken patiënten die wel geestelijke verzorging hadden gekregen (vier bezoeken voor hunzelf en één voor hun familie tijdens de operatie), dat zij na zes maanden hogere levels hadden van positieve religieuze coping en lagere levels van negatieve religieuze coping (Bay, Beckman, & Trippi, 2008). Daarnaast werd in een onderzoek onder 150 patiënten met gevorderde kanker een relatie gevonden tussen hogere levels van depressie en zorgen onder degenen die minder spirituele zorg hadden gekregen dan dat zij hadden gewenst (Pearce, Coan, & Herndon, 2012).

Spirituele gezondheid

Een geestelijk verzorger richt zich dus voor een aanzienlijk deel op de spirituele gezondheid van een cliënt. Eerdere onderzoeken lieten zien dat er verschillende verbanden bestaan tussen iemands religie/spiritualiteit (hierna R/S genoemd) en fysieke gezondheid. R/S heeft een transformerende invloed op hoe iemand zijn ziekte ervaart (Alcorn et al., 2010), ermee omgaat (Pargament, Koenig, & Tarakeshwar, 2004) en hangt samen met de kwaliteit van dagelijks leven (Brady, Peterman, & Fitchett, 1999; Winkelman et al., 2011). Koenig, Pargament en Nielson (1998) vonden in een studie een verband tussen een slechtere gezondheid (zoals het aantal medische diagnoses, beperking in dagelijkse activiteiten en zelf gerapporteerde gezondheid) en religieuze worsteling.

Religieuze worsteling is niet alleen een probleem van mensen die zichzelf beschouwen als gelovig of spiritueel. Alcorn et al. (2010) laten zien dat ook mensen die zichzelf niet als spiritueel beschouwen te maken krijgen met levensbeschouwelijke vragen. Onder de 22% van de patiënten die aangaf dat R/S ‘niet belangrijk’ was voor hun ervaring van hun ziekte, had ten minste twee derde een spiritueel probleem zoals last van schuldgevoel of het gevoel hebben verlaten te zijn door god. 40% van de patiënten rapporteerde vier of meer spirituele problemen. Hoe meer of groter de stressvolle situaties waren, hoe groter de religieuze of spirituele worsteling (Stauner, Exline, & Pargament, 2019). Uit een ander onderzoek lieten mensen met een spirituele visie lagere levels van depressie, wanhoop en cognitieve stoornissen zien met positieve trends van herstel (Peselow, Lopez, & Besada, 2014).

Religieuze coping

Wanneer iemands geloof een belangrijke rol speelt bij de omgang met de ziekte, wordt dit vaak religieuze coping genoemd. Over het algemeen wordt er een onderscheid gemaakt tussen negatieve religieuze coping en positieve religieuze coping. Met een 2-jarige studie lieten Pargament et al. (2004) zien dat *negatieve* religieuze coping, waarbij ze keken naar overtuigingen als ‘*Wondered whether God had abandoned me*’, ‘*Questioned God’s love for me*’ en ‘*Decided the devil made this happen*’, een voorspeller is van sterfte onder ouderen.

Bij dit onderzoek werd rekening gehouden met andere zaken die van invloed zijn op sterfte zoals de fysieke gezondheid, psychologische gezondheidsstatus en demografische factoren. Ze noemden in hun onderzoek dat er andere studies zijn met vergelijkbare conclusies, zoals studies waaruit (na controle van andere *confounding* effecten) bleek dat frequent kerkbezoek een voorspeller is voor een lager risico van sterfte (Hummer, Rogers, & Nam et al., 1999; Kark et al., 1996; Koenig et al., 1999; Oxman, Freeman, & Manheimer,

1995; Strawbridge, Cohen, & Shema, 1997). Een studie van een paar jaar later van Pargament et al. (2004) bevestigde dat negatieve religieuze coping (zoals bijvoorbeeld een herwaardering van een straffende god) een voorspeller was van verminderingen in gezondheid en omgekeerd werd positieve religieuze coping geassocieerd met verbetering in gezondheid.

Spiritualiteit en overtuigingen

Doelen rondom het wereldbeeld van de patiënt en geloof bevestiging hebben veel te maken met de overtuigingen van patiënten. Patiënten gaven in een Amerikaans onderzoek aan dat bezoeken van een geestelijk verzorger had bijgedragen aan hun gereedheid om naar huis te gaan en aan een sneller herstel. Wat hun vooral bleek te helpen is dat de geestelijk verzorger hun hielp om te realiseren dat God om hun geeft (VandeCreek, 2004). Zoals al eerder genoemd, spreken geestelijke verzorgers naast over spiritualiteit ook over andere levensvragen en de manier waarop patiënten zich verhouden tot de ziekte (met daar bijkomende overtuigingen).

Door verandering van overtuigingen, kunnen neurologische veranderingen optreden. Dat concluderen De Lange, Koers en Kalkman et al. (2008) in een onderzoek naar het chronische-vermoeidheidssyndroom (hierna CVS genoemd). Bij aanvang van dit onderzoek werd bij mensen met het CVS (vergeleken met gezonde deelnemers) een afname van het corticale grijze stofvolume gedetecteerd vergeleken met een gezonde controlegroep. Het was onduidelijk of dit een oorzaak of een gevolg van de ziekte was. Bij de therapie die de deelnemers tijdens het onderzoek kregen werd fysieke activiteit gecombineerd met een psychologische benadering die gedachten en overtuigingen over CVS, die het herstel konden belemmeren, aanpakte. De interventie leidde tot een significante verbetering van de gezondheidstoestand, fysieke activiteit en cognitieve prestaties. Ten slotte vertoonden de patiënten een significante toename van het volume van de grijze stof, gelokaliseerd in de laterale prefrontale cortex. Dit duidt dus op de mogelijke positieve relatie tussen het omvormen van negatieve overtuigingen naar positieve overtuigingen en fysieke veranderingen.

Sociaal contact

Een ander belangrijk aspect binnen de doelen en interventies van de geestelijk verzorger is het sociale aspect zoals relationele affirmatie en het bouwen van een relatie van zorg en support. De meeste studies evalueren sociale isolatie en eenzaamheid als risicofactoren en de gezondheidscondities als uitkomsten, maar de relatie tussen sociale isolatie en eenzaamheid is

vaak bi-directioneel. Gezondheidsproblemen vormen ook risicofactoren voor sociale relaties en eenzaamheid (National Academy of Sciences, 2020). Mensen die corona hebben gehad rapporteerden vaak dat zij naast het isolement van de lockdown zich ook vaak eenzaam voelden vanwege het onbegrip van naasten en bijvoorbeeld werkgevers.

Vooraf voor veel mensen die in het ziekenhuis lagen of in een verzorgingstehuis zaten, kan eenzaamheid een groot probleem zijn geweest. Voor de mensen die (daarnaast) fysiek weinig konden doen, waren nog minder mogelijkheden om afleiding te vinden. Zoals in Nederland werden ook mensen in de Verenigde Staten gesommeerd zoveel mogelijk vanuit huis te werken en hun huis alleen voor noodzakelijkheden te verlaten. Een studie naar eenzaamheid tijdens de lockdown periode in de Verenigde Staten liet een sterke correlatie met depressie en suïcidale gedachten (Killgore, Cloonan, & Taylor, 2020).

In andere onderzoeken zijn verbanden gevonden tussen hoge levels van eenzaamheid en weinig contact met familie en vrienden, een lage participatie in groepsactiviteiten en het risico op dementie en cognitieve achteruitgang bij oudere volwassenen (Kuiper, Zuidersma, & Voshaar, 2015). Ten slotte vergroten slechte sociale relaties het risico op het ontwikkelen van een coronaire hartziekte en beroerte, onafhankelijk van traditionele cardiovasculaire ziekterisico factoren (Valtorta, Kanaan, & Gilbody et al., 2016).

Tevredenheid zorg

Meer algemeen laten verschillende onderzoeken die een relatie laten zien tussen geestelijke verzorging en de tevredenheid over zorg. Fitchett (2017) geeft een overzicht van verschillende onderzoeken die laten zien dat patiënten die gesprekken met geestelijk verzorgers hebben gehad, aangaven meer tevreden te zijn met de zorg en over het algemeen meer tevreden waren met het verblijf in het ziekenhuis (VandeCreek, 2004; Flannelly, Oettinger, & Galek et al., 2009; Marin et al., 2015; Williams, Meltzer, & Arora et al., 2011).

In het onderzoek van Williams et al. (2011) werd bij de analyse van hun onderzoek een groep mensen die graag gesprekken had over religie/spiritualiteit (r/s) in tweeën gesplitst: de ene groep kreeg deze gesprekken wel en de andere groep niet. Bij de mensen die wel gesprekken over r/s hadden, was de kans 60% groter dat zij een hogere beoordeling gaven van de zorg in het algemeen, er was een 40% grotere kans dat zij aangaven extreem tevreden te zijn over de zorg van artsen, een 70% grotere kans om meer vertrouwen in de zorg van artsen te rapporteren en het was 120% meer waarschijnlijk dat ze excellent teamwork tussen artsen en verpleegsters rapporteerden. In aanvulling daarop noemt Fitchett (2017) dat er ook onderzoeken zijn die bevestigen dat er associaties zijn tussen niet beantwoording van de

spirituele behoeften van patiënten en lagere scores op de kwaliteit van hun zorg en tevredenheid over hun zorg (Astrow, Arnold, & Angus et al., 2008).

2.4.4 De invloed van rituelen

Bidden is een van de veelvoorkomende vormen van religieuze praktijken die (religieus) geestelijk verzorgers uitvoeren. Geestelijk verzorgers begeleiden rituelen voor zowel individuen als in groepsverband. Vanwege de maatregelen rondom de pandemie zijn veel rituelen in groepsverband stilgelegd gedurende meerdere maanden. Daarom gaat er meer aandacht uit naar individuele vormen van ritueel.

Gebed

Bij een onderzoek naar gebed als coping mechanisme bij het omgaan met pijn, werden associaties gevonden tussen bidden en een hogere pijngrens. Er werd in dit onderzoek onderscheid gemaakt tussen actief gebed (zoals ‘God help me de pijn doorstaan’), passief gebed (zoals ‘God haal de pijn weg’) en geen gebed. Vooral actief gebed leek te helpen bij het omgaan met pijn en de pijngrens te verhogen (Meints, Mosher, & Rand, et al., 2018). Onderzoek van Mercado, Carroll, & Cassidy (2005) laat zien dat er een belangrijk onderscheid is tussen passief gebed en actief gebed. Passieve coping, waaronder de passieve vorm van bidden, bleek een voorspeller te zijn voor invaliderende nek en/of rugpijn. Ook bij dit onderzoek hielden ze rekening met *confounding* effecten.

Geestelijk verzorgers kunnen begeleiding bieden bij de aard, de strekking en de inhoud van het gebed. Breslin en Lewis (2008) stelden theoretische modellen op voor de mogelijke causale mechanismen waardoor gezondheid door gebed kan worden beïnvloed. Hierbij gebruikten zij psychologische literatuur over bidden. Ze categoriseerden zes verbanden: (1) gebed kan de gezondheid verbeteren vanwege het placebo-effect; (2) personen die bidden, laten zich mogelijk ook in met gezondheid gerelateerd gedrag; (3) gebed kan helpen door de aandacht af te leiden van gezondheidsproblemen; (4) gebed kan de gezondheid bevorderen door bovennatuurlijk ingrijpen van God; (5) gebed kan latente energieën activeren, zoals *chi*, die niet empirisch zijn geverifieerd, maar die niettemin gunstig kunnen zijn voor de gezondheid; en (6) gebed kan resulteren in een eenheid van bewustzijn die de overdracht van genezing tussen individuen vergemakkelijkt. De laatste categorieën zijn op dit moment moeilijk te bewijzen of te ontkrachten, maar op de eerste categorieën ga ik nog wat verder in met de focus op de fysieke effecten die rituelen kunnen hebben. Met name onderzoeken over het placebo-effect kunnen ons hier wellicht meer inzicht in bieden.

Placebo-effect

Vanuit het wetenschappelijk veld van de gezondheidspsychologie dat zich richt op het placebo-effect, blijkt dat verwachtingen en overtuigingen een belangrijke rol spelen bij lichamelijke veranderingen (Evers et al., 2018). Bij deze onderzoeken is gekeken naar de rituelen van een arts rondom een behandeling. Daaronder valt bijvoorbeeld de kleding die de dokter draagt, de manier waarop de dokter zijn of haar stem gebruikt en welke materialen er worden gebruikt of hoe de medicijnen eruitzien. Placebo-effecten en nocebo-effecten (negatieve verwachtingseffecten) zijn significant en meetbaar voor veel condities zoals pijn, depressie, Parkinson, vermoeidheid, allergie en immuun afwijkingen (Kaptchuk & Miller, 2015).

Meerdere factoren kunnen van invloed zijn op de mate van het placebo-effect. Denk hierbij aan bijvoorbeeld verwachtingen (Evers et al., 2018) en verbale suggesties (Laarhoven et al., 2011; Colloca, Sigauco, & Benedetti, 2008). Daarnaast bleek uit een onderzoek naar de effectiviteit van een placebo interventie bij pijn, dat angst zorgde voor een verminderd placebo-effect (Lyby, Forsberg, & Åsli, 2012). Daaruit is de conclusie te trekken dat ook gevoelens invloed hebben op het placebo-effect. Colloca (2018) legt uit dat wanneer een persoon een placebo-analgetisch effect (een pijn verminderend effect) verwacht en ervaart, cognitieve en emotionele circuits worden geactiveerd met ervaring van pijnvermindering en verbeteringen in andere symptomen. En dat daarnaast het zelf genezend vermogen om endogene opioïde en niet-opioïde netwerken te activeren wat wordt geassocieerd met de toediening van een placebo (Pecina & Zubieta, 2018) of andere chirurgische en farmacologische interventies.

Dat wijst op een soort innerlijke apotheek met overlevings- en evolutionaire betekenissen. Colloca noemt dat de symptomatische verbeteringen door placebo gedeeltelijk wordt bepaald door genetische factoren (Colagiuri, Schenk, Kessler, Dorsey, & Colloca, 2015), wordt onderhouden door leermechanismen en ondersteund door de cognitieve dynamische integratie van verwachtingen rond de therapeutische omgeving, de relatie tussen de patiënt en de arts en de handeling van het toedienen van een interventie (Colloca, 2018).

Het blijkt bij het placebo-effect niet alleen over verwachting te gaan door misleiding zoals wanneer mensen verwachten een echt medicijn te krijgen. Bij een onderzoek waarbij de deelnemers zich bewust waren van dat zij een placebo kregen, ontstond namelijk ook een effect (Colloca & Howick, 2018). Andersom blijkt ook dat wanneer iemand negatieve verwachtingen heeft (door bijvoorbeeld eerdere negatieve ervaringen), er sprake kan zijn van een nocebo-effect (Colloca, 2017; Klinger, Blasini, & Schmitz et al., 2017). Verwachtingen

kunnen worden veranderd met behulp van psychologische interventies. Uit een onderzoek waarin interventies voor het optimaliseren van verwachtingen werden ingezet voor patiënten voordat ze een hartoperatie kregen, bleek dat patiënten die daaraan hadden deelgenomen zes maanden na de operatie betere klinische uitkomsten hadden (Doering, Glombiewski, & Rief, 2018).

Zoals we eerder hebben kunnen lezen in de hoofdstukken over wat geestelijk verzorgers doen en wat hun doelen zijn, richten geestelijk verzorgers zich voor een deel op de (religieuze) overtuigingen van een patiënt. Er wordt gekeken naar het wereldbeeld van de patiënt, hoe er met levensvragen wordt omgaan en hoe zij zich verhouden tot hun ziekte (en behandeling). Bovenstaande onderzoeken over het placebo-effect slaan mogelijk een brug tussen religieuze coping en de positieve gezondheidseffecten die daarmee gepaard kunnen gaan. In de onderzoeken naar religieuze coping is namelijk vooral gekeken naar overtuigingen (zoals ‘de duivel heeft dit doen gebeuren’ of ‘God leidt me over dit pad’).

Geestelijk verzorgers kunnen overtuigingen bevestigen, ontkrachten of versterken via gesprekken en rituelen. En zoals we lazen zijn mensen die een geestelijk verzorger spreken zijn vaak meer tevreden over de zorg. Deze verschillende aspecten in relatie tot de onderzoeken over het placebo-effect, waarin duidelijk wordt dat overtuigingen over (het effect van) de behandeling invloed hebben op de fysieke reacties, waarbij dus ook de verhouding tot de zorgverlener van invloed is, maken het aannemelijk dat ook geestelijke verzorging kan bijdragen aan het fysieke herstel. In de volgende paragrafen komen nog twee voorbeelden aan bod van rituelen die geestelijk verzorgers gebruiken en de verschillende fysieke effecten die deze methoden kunnen hebben.

Meditatie

Meditatie is een andere vorm van het uitoefenen van religie die ik hier onder ritueel plaats vanwege het feit dat het een spirituele praktijk is (naast bijvoorbeeld geloof en doctrine). Door geestelijk verzorgers wordt meditatie onder andere ingezet in hospices bij stervensbegeleiding (Halifax, 2014; Neminda, 2015) en in verschillende ziekenhuizen. Hoewel meditatie - net als mindfulness - een belangrijke praktijk is in oosterse levensbeschouwingen en ook wordt verbonden aan christelijke praktijken, wordt het vandaag de dag in het Westen ook wel als een meer seculiere praktijk opgevat met een therapeutische en pragmatische focus (West, 2016). Onderzoek suggereert dat een religieus-therapeutische meditatieve praktijk een preventieve werking zou kunnen hebben voor emotionele stoornissen (Knabb, Vazquez, Fernando, 2020). Ander onderzoek wijst op een vermindering van depressieve klachten en

een verhoging van veerkracht onder gebruikers van een meditatieapp (Flayt, Hayne, Riordan, 2019).

Daarnaast rapporteren verschillende onderzoekers dat meditatie stress verlagend werkt (Azam, Mohabir, & Ritvo, 2016; Pascoe, Thompson & Ski, 2020). Het werkt in op het endocrien systeem wat ook wel het hormoonstelsel wordt genoemd. Het verlaagt bijvoorbeeld de cortisollevels; cortisol is een neuro-endocrien hormoon. Het hormoonstelsel speelt een belangrijke rol bij het reageren op en het reguleren van stress en is nauw verbonden met (de balans van) het zenuwstelsel (Pascoe et al., 2020).

Kavita Vedhara, professor gezondheidspsychologie aan de Universiteit van Nottingham, noemt over haar studie naar COVID19 en stress (Jia et al., 2020), dat hoge cortisollevels worden geassocieerd met slechte COVID19 uitkomsten en dat medicijnen die ervoor zorgen dat de afgifte van het hormoon worden geblokkeerd de uitkomsten lijken te verbeteren.¹⁶ Uit onderzoek bleek dat behandeling met dit middel zorgde voor een lager sterftcijfer. Dit gold echter alleen voor mensen die ernstig ziek waren van COVID19, niet voor de meer milde gevallen (Group, 2020; Ledford, 2020). Dit medicijn blijkt op korte termijn nuttig te zijn, maar het kan gevaarlijk zijn tijdens het herstel, omdat het medicijn niet alleen schade beperkt, maar ook cellen remt die antilichamen aanmaken (Theoharides & Conti, 2021).

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen cortisol en COVID19. Het lijkt er in ieder geval op dat hoe ernstiger mensen ziek zijn van COVID19, hoe hoger de cortisolwaarden (Tan et al., 2020). Een verhoging van cortisolwaarden heeft ten eerste een functie. Het leidt tot adaptieve veranderingen in het metabolisme, de cardiovasculaire functie en de immuun regulatie (Téblick, Peeters, & Langouche et al, 2019). Een hoge cortisolwaarde brengt echter ook veel nadelen met zich mee. Het kan de bijnieren uitputten en voor vermoeidheid zorgen. Wanneer de cortisolwaarden te hoog worden, kan dit dus ook juist gevaarlijk worden.

Cortisollevels kunnen onder andere te hoog worden door psychologische stress. Hannibal en Bishop (2014) schrijven dat overdreven psychosociale reacties op pijn zoals hulpeloosheid, angst, vermijding en de situatie erger maken in je hoofd de pijn groter kunnen maken en het herstel kan belemmeren (George & Stryker, 2011; Lucchetti, Oliveira, & Mercante, 2012; Lumley et al., 2011). Dit komt doordat deze stressreacties cortisol afgifte versterken wat een fysiologische stressreactie veroorzaakt. Bij een overdreven stressreactie

¹⁶ Parshley. E. (2020, 3 september). Why researchers are worried about chronic stress and COVID19. *Vox*. <https://www.vox.com/2020/9/3/21419902/covid-19-risk-factors-chronic-stress-racism-immune-system>

ontstaat een ‘cortisol-disfunctie’ wat ontsteking en pijn in stand houdt. Omgekeerd kunnen coping, cognitieve herwaardering of confrontatie van stressoren de afgifte van cortisol minimaliseren en chronische terugkerende pijn voorkomen (Hannibal & Bishop, 2014).

Wanneer er dus gesproken wordt over het in balans brengen van het zenuwstelsel gaat het over het in balans brengen van de verhouding van actie en rust. Het verlagen van de cortisol is dus waarschijnlijk alleen gewenst bij mensen wiens immuunsysteem (voor een deel) tot rust moet worden gebracht is daarom waarschijnlijk hooguit een deel van de oplossing. Uit eerdere ervaringen blijken ontspanningsoefeningen wel een positieve bijdrage te zijn voor mensen met Long Covid. Ten eerste liet het voorbeeld van Piena ons dat zien, zij kreeg ontspanningsoefeningen bij een logopedist. Ook fysiotherapeuten leren mensen ademhalingsoefeningen doen die zijn gericht op techniek en ontspanning om kortademigheid te verminderen (naast lichamelijke oefeningen die zijn gericht op spierkracht, conditie en energieniveau).¹⁷

Ook mensen die zangoefeningen deden bleken baat te hebben bij ontspanningsoefeningen. Zij gaven aan dat deze bijdroegen aan plezier, ontspanning en energie.¹⁸ Zingen wordt ook door geestelijk verzorgers regelmatig ingezet bij groepsbijeenkomsten, herdenkingsbijeenkomsten of (wekelijkse) liturgische bijeenkomsten. Al ligt de nadruk dan meestal niet op ademhalingstechnieken maar bijvoorbeeld op de beleving. Bij zowel meditatie als bij andere rituelen wordt daarnaast in meer algemene zin vaak muziek ingezet door geestelijk verzorgers. Ook dit kan helpen de cortisollevels te verlagen (Khalifa, Belle, Roy, 2003).

Mindfulness

Ook mindfulness, wat vaak wordt genoemd als een vorm van meditatie, wordt vaak ingezet om mensen meer rust te laten ervaren. Ook wordt het ingezet om mensen te helpen om beter voor zichzelf te zorgen en mensen te helpen om een patroon te doorbreken (Baarsen, Oldenhof en Kruijne, 2018). Daarnaast kan mindfulness helpen bij pijnregulering doordat mensen zich anders leren te verhouden tot het lichaam. Dit laat onder andere een onderzoek naar chronische pijn patiënten zien. De patiënten die hieraan meededen ondervonden geen

¹⁷ Impact Paramedisch centrum. *Fysiotherapie na Corona / COVID-19*.
<https://www.pmcimpact.nl/behandeling/fysiotherapie-na-corona>

¹⁸ NOS nieuws. (2020, 29 september). *Zangles helpt long-covid patiënten: ‘Minder kortademig en veel energie’*.
<https://nos.nl/video/2399739-zangles-helpt-long-covid-patienten-minder-kortademig-en-veel-energie>; Wishful singing. (2020, 29 september). *Eerste resultaten pilot Zing je sterk hoopgevend voor Long Covidpatiënt*.
<https://www.wishfulsinging.nl/eerste-resultaten-pilot-zing-je-sterk-hoopgevend-voor-long-covidpatiënt/>

verbeteringen met traditionele medische zorg. Voor hen werd een 10-weken durende mindfulness-meditatie-traject gestart die was gericht op zelfregulatie. Er werd gefocust op een aandacht-houding naar proprioceptie, ook wel bekend als *detached observation*. Dit lijkt een ‘ontkoppeling’ te veroorzaken van de sensorische dimensie van de pijnervaring van de affectieve/evaluatieve alarmreactie en de ervaring van lijden via cognitieve herwaardering te verminderen. Na tien weken ervaarde 50% van de patiënten een vermindering 50% of meer van het totale gemiddelde van de *Pain Rating Index* (Baer, 2003).

Mindfulness kan ook positief bijdragen aan de werking van vaccins. Dit blijkt uit een onderzoek naar de relatie tussen het krijgen van een griepvaccin en mindfulness. Bij mensen die meededen met het mindfulness meditatieprogramma, werd vergeleken bij de wachtlijst controlegroep significante toenames gevonden in de activering van het brein aan de linkerzijde anterior, een patroon dat is geassocieerd met positief affect. Ook werd er een toename van antilichaamtiter tegen het griepvaccin gevonden bij de meditatie groep (vergeleken met de wachtlijst controlegroep). De omvang van de toename in de linkszijde activering voorspelde de grootte van de stijging van de antilichaamtiter na het vaccin (Davidson, Kabat-Zinn, & Schumacher et al., 2005).

2.4.9 Samenvatting

Samenvattend is in de inleiding besproken hoe de verschillende dimensies van gezondheid (fysiek, sociaal, psychologisch en spiritueel) zich verhouden tot herstel en in het theoretische kader zijn deze dimensies in relatie tot geestelijke verzorging geplaatst. In de inleiding werd duidelijk dat mensen na COVID19 nog lang last kunnen hebben van fysieke klachten en daarnaast ook sociale, psychologische en spirituele problemen kunnen krijgen. Deze problemen kunnen op hun beurt ook weer leiden tot fysieke klachten. Andersom lijkt zorg op deze gebieden ook te kunnen leiden tot een vermindering van fysieke klachten. Het herstel van Long Covid blijkt voor sommigen een lang proces te zijn en in de revalidatie wordt op dit moment onder andere ingezet op het tot rust brengen van het zenuwstelsel. Dit wordt met fysieke oefening, psychologische begeleiding en eventueel medicijnen gedaan.

In het theoretische kader volgde een uiteenzetting van wat geestelijke verzorging is en wat de doelen en methoden van geestelijk verzorgers zijn. Daarna is ook weer naar hoe de verschillende gezondheidsdimensies zich tot elkaar verhouden. Zoals eerdere genoemd behoren tot verschillende dimensies verschillende zorgverleners. Geestelijke verzorgers horen primair bij de spirituele dimensie, maar zoals we uit de literatuur konden opmaken begeven zij zich ook op de sociale en psychologische dimensie. Via deze dimensies verhouden zij zich

(secundair) tot de fysieke dimensie. De verbindingen tussen de verschillende dimensies zijn niet eenduidig. Daarom wordt er ook in het vervolg van deze scriptie gekeken naar hoe de verschillende dimensies zich tot elkaar en geestelijke verhouden. Als er een verband is tussen geestelijke verzorging en fysieke gezondheid, hoop ik op deze manier ook duidelijkheid te krijgen in hoe dit verband tot stand is gekomen.

3. Methoden

3.1 Onderzoek ontwerp

Voor deze scriptie is kwantitatief onderzoek uitgevoerd via een vragenlijst. Ik heb hiervoor gekozen om een zo goed mogelijke vergelijking te kunnen maken tussen mensen die wel en geen geestelijke verzorging hebben gekregen. Bij kwalitatief onderzoek is minder gelegenheid voor generaliseerbaarheid. Het voordeel van kwalitatief onderzoek is dat er meer context duidelijk kan worden rondom bepaalde mechanismen. Om toch wat inzicht te krijgen in mogelijke oorzaken en implicaties van uitkomsten zijn er in de vragenlijst wel een aantal open vragen gesteld.

3.2 Kenmerken van participanten

N = 181

Mensen die <i>geen</i> geestelijke verzorging hebben gehad	Mensen die <i>wel</i> geestelijke verzorging hebben gehad
n = 165, 159 vrouwen, 4 mannen, 2 identificeerden zich als “anders”.	n = 16, 15 vrouwen, 1 man.
Leeftijd: gem. = 44, min. = 16, max. = 83, St. Dev. = 12; normale verdeling	Leeftijd: gem. = 42, min. = 18, max. = 60, St. Dev. = 16; bimodale verdeling
36 % (60) = Geen levensbeschouwing 36% (59) = Christendom 15% (25) = Opengelaten 6 % (9) = Overig 3% (5) = Boeddhisme 2% (4) = Humanisme Waarvan 31 % (52) een gebedshuis of ander levensbeschouwelijk gebouw bezocht.	56% (9) = Christendom 20 % (3) = Opengelaten 20 % (3) = Geen levensbeschouwing 6 % (1) = Overig Hiervan bezocht 75% (12) een gebedshuis of ander levensbeschouwelijk gebouw.

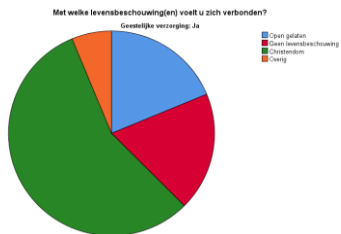
Tabel 1: Kenmerken participanten

Zie hieronder een visuele weergave van de levensbeschouwingen van de 165 mensen die *geen* geestelijke verzorging hebben gehad:



Figuur 1: Levensbeschouwing controlegroep

Van de mensen die *wel* geestelijke verzorging hebben gehad, ziet de verdeling van de levensbeschouwingen er zo uit:



Figuur 2: Levensbeschouwing interventiegroep

3.3 Sampling procedure

Voor het werven van participanten heb ik alle facebook groepen benaderd die zijn opgericht voor mensen die corona hadden. In totaal heb ik twaalf groepen benaderd met het verzoek om een oproep met een link naar de enquête te delen op de hoofdpagina's. De oproep is uiteindelijk in zes groepen gedeeld. Redenen voor groepen om het niet te plaatsen waren bijvoorbeeld: 'een overvloed aan oproepen' en 'geen terugkoppeling gekregen van eerdere onderzoekers'. De groepen waarin de oproep wel is gedeeld zijn: Coronapatiënten met langdurige klachten (Nederland), Corona lotgenoten groep, Corona Support Groep, Jongeren (15-25 jr.) met langdurige Corona klachten (Nederland en België), Ziek door corona en ervaringen delen, en de Long COVID Nederland groep.

Mensen die herstellende waren van COVID19 kwamen in aanmerking om de vragenlijst in te vullen. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen, heb ik aan de beheerders gevraagd om de oproep te plaatsen zodat ik zelf uit de groepen kon blijven. Bij vier van de zes facebookgroepen is dit gebeurt. Bij de overige twee groepen gaven de beheerders wel toestemming voor het delen van de oproep, maar wilden ze het niet zelf plaatsen. Voor die groepen heb ik een bekende gevraagd om dit te doen, zodat ook de respondenten binnen deze groepen voor mij anoniem zouden blijven.

In de introductietekst hebben de respondenten kunnen lezen dat het onderzoek onderdeel is van een Masterscriptie voor de afstudeerrichting Geestelijke Verzorging aan de RUG. Daarnaast is genoemd dat het onderzoek ging over het welzijn van de participanten, dat de data anoniem opgeslagen zou worden en de resultaten zouden worden gedeeld met het RadboudUMC. De introductietekst is te lezen in Bijlage A van deze scriptie.

De groepen bestonden in totaal uit zo'n 30.000 leden, maar het is niet bekend hoeveel mensen de oproepen daadwerkelijk hebben gelezen. De vragenlijst kon worden ingevuld vanaf 31 mei tot en met 20 juni. Iedereen heeft ten minste tien dagen gehad om na het plaatsen van een oproep de vragenlijst in te vullen. In de oproep werd genoemd dat de data anoniem zou worden opgeslagen. In totaal hebben 181 mensen de vragenlijst volledig ingevuld.

3.4 Kwaliteit van de metingen

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden heb ik gekozen om alle vier de gezondheidsdimensies (fysiek, psychologische, sociaal en spiritueel) te meten om een zo groot mogelijk inzicht te krijgen in hoe geestelijke verzorging zich verhoudt tot fysieke gezondheid. Door de verschillende dimensies te meten, kon bovendien (wanneer zou blijken dat geestelijke verzorging samenhangt met fysieke gezondheid) gecontroleerd worden op eventuele mediërende invloeden van bijvoorbeeld sociale relaties en psychologische gezondheid. Daarom is er ook een open vraag toegevoegd waarin de participanten werd gevraagd naar door wie of wat ze zich het meest gesteund hebben gevoeld in de afgelopen periode.

3.4.1 Dimensies gezondheid

Om de vier dimensies van gezondheid te meten, heb ik gebruik gemaakt van twee gevalideerde vragenlijsten. De eerste vragenlijst is de WHOQol-Bref (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) (De Vries & Van Heck, 1997) voor de schalen *fysieke gezondheid*, *psychologisch* en *sociale relaties* (de schaal ‘omgeving’ uit de WHOQol-Bref heb ik weggelaten omdat dit buiten het onderzoek valt). Er is voor deze vragenlijst gekozen omdat deze niet alleen de gezondheid meet, met vragen over bijvoorbeeld het concentratievermogen of vermoeidheid, maar ook over maatregelen die mensen nemen voor hun gezondheid met daarnaast aandacht voor hun functioneren en hoe hun gezondheid impact heeft op het dagelijks leven.

Hierdoor ontstaat een meer globaal beeld van gezondheid dan wanneer alleen naar specifieke symptomen wordt gevraagd. Deze manier van meten is geschikt om een breder beeld te krijgen van gezondheid. Dat is nodig omdat er nog geen afgebakende definitie bestaat van Long Covid en de klachten erg uiteen kunnen lopen. Daarnaast zijn de klachten voor sommigen mensen lastig te omschrijven, wanneer er dan ook wordt gekeken naar functioneren en het dagelijks leven kan de impact van de ziekte toch enigszins worden gemeten. Zie hieronder per dimensie een opsomming van de thema's waar de vragen over zijn gesteld:

(1) Fysiek: activiteiten in het dagelijks leven, afhankelijkheid van medicijnen en medische hulpmiddelen, energie en vermoeidheid, mobiliteit, pijn en discomfort, slaap en rust en werkvermogen.

(2) Psychologisch: lichaamsbeeld en verschijning, negatieve gevoelens, positieve gevoelens, zelfvertrouwen, spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen en ‘denken, leren, geheugen

en concentratie’.

(3) Sociaal: persoonlijke relaties, sociale support en seksuele activiteit.

De tweede vragenlijst die is gebruikt is de SAIL (Spirituele Attitude en Interesse Lijst) (De Jager Meezenbroek, Garssen, & Van den Berg et al., 2012). Van deze lijst is van elke schaal een vraag gebruikt waarvan uit onderzoek (Visser, persoonlijke communicatie 31-5-2021) is gebleken dat die vraag de meeste samenhang met de andere vragen uit de categorie had. De makers van de SAIL omschrijven dat de vragenlijst is ontwikkeld om spiritualiteit te onderzoeken als een universele menselijke ervaring bij mensen met verschillende religieuze en seculiere achtergronden. Daarmee sluit de vragenlijst aan bij de brede definitie van spiritualiteit die is omschreven in het theoretische kader. Spiritualiteit wordt bij deze vragenlijst namelijk gemeten aan de hand van drie hoofdcategorieën. Die weer elk gemeten worden aan de hand van de sub schalen:

(1) Verbondenheid met zichzelf: zingeving, vertrouwen, acceptatie en aanwezigheid in het hier en nu.

(2) Verbondenheid met de omgeving: zorg voor anderen en verbondenheid met de natuur.

(3) Verbondenheid met het transcendente: spirituele activiteiten en transcendente ervaringen (De Jager Meezenbroek et al., 2012).

Door van elke schaal een vraag te gebruiken konden de verschillende onderdelen worden bevraagd en de vragenlijst toch behapbaar blijven voor de participanten die bijvoorbeeld last hebben van vermoeidheid en concentratieproblemen. Van een werden twee vragen gebruikt omdat uit het eerdergenoemde onderzoek van Visser nog niet was gebleken welke van de twee meer geschikt was. Daarnaast heb ik twee vragen over betekenisgeving toegevoegd omdat hier nog niet naar werd gevraagd in de lijst.

In totaal bestond de vragenlijst uit 28 vijf-puntschaal vragen. Twee vragen over de kwaliteit van leven en de tevredenheid over gezondheid, zeven vragen over de fysieke gezondheid, zes vragen over de psychologische gezondheid, drie over de sociale gezondheid en tien over de spirituele gezondheid. Daarnaast is er nog een gesloten vraag gesteld over het geslacht van de respondenten en zeven (gedeeltelijk) open vragen over: leeftijd, levensbeschouwing, het bezoeken van gebedshuizen of andere levensbeschouwelijke gebouwen, zorgverleners, ervaring met geestelijke verzorging en de ontvangen steun. Zie voor de vragenlijst Bijlage B.

3.4.2 Geestelijke verzorging

De vraag: “Welke zorgverleners hebt u gezien?” is geïncludeerd om te bepalen of mensen naast geestelijke verzorging ook te maken hebben gehad met andere zorgverleners. Dit betrof een keuzevraag met ruimte voor toevoegingen. Omdat mensen naast geestelijke verzorging ook andere vormen van geestelijke zorg kunnen hebben gehad, kan met deze vraag dus worden gekeken naar andere mediërende invloeden. Om dezelfde reden is er ook een vraag over levensbeschouwing gesteld: “Met welke levensbeschouwing(en) voelt u zich verbonden?”. Hier konden de participanten een open antwoord op geven. Van deze antwoorden zijn tijdens de analyse zeven categorieën gemaakt: (1) Opengelaten, (2) Geen levensbeschouwing, (3) Atheïsme, (4) Christendom, (5) Boeddhisme, (6) Humanisme, (7) Overig. Ten slotte is over dit onderwerp nog een open vraag gesteld over het bezoeken van levensbeschouwelijke gebouwen in de vragenlijst opgenomen. Daarmee kan worden gekeken of mensen ook buiten de ‘geestelijke verzorging’ geestelijke of spirituele zorg kregen.

3.5 Analyse

Door middel van de Cronbach’s Alpha zijn de vragen binnen de schalen gecontroleerd op homogeniteit. De vragen over spiritualiteit, psychologische en fysieke gezondheid vertoonden genoeg samenhang om samengenomen te worden tot één schaal. De vragen over sociale relaties vertoonden te weinig samenhang (ook als er een vraag zou worden verwijderd), waardoor deze schaal afviel.

Tabel 1: Cronbach’s Alpha per schaal

Fysieke gezondheid	Psychologisch	Sociale relaties	Spiritualiteit
7 items; $\alpha = .850$	6 items; $\alpha = .790$	3 items; $\alpha = .550$	10 items; $\alpha = .813$

De data van de verschillende schalen is normaal verdeeld. Om de hoofdvraag te beantwoorden is de analyse voornamelijk gericht geweest op verschillen (of overeenkomsten) tussen de groepen die wel geestelijke verzorging heeft gehad en de groep die dit niet heeft gehad. Met de onafhankelijke t-toets is eerst gekeken naar de twee vragen over de kwaliteit van leven en de tevredenheid over de gezondheid. Deze test is ook gebruikt om het verschil te meten tussen de gezondheidsdimensies tussen beide groepen. Om te kijken naar de verschillende samenhangen van de verschillende gezondheidsdimensies is gebruik gemaakt van de Pearson toets. Om te bepalen of de groepen vergelijkbare levensbeschouwelijke steun hebben gehad is de chi-kwadraattoets uitgevoerd.

4. Resultaten

Met de onafhankelijke t-toets is dus eerst gekeken of er een verschil was in kwaliteit van leven en de tevredenheid over de gezondheid tussen mensen die wel en geen geestelijke verzorging hebben gehad. Uit de Levene's test voor gelijkheid van varianties bleek dat de variantie van beide groepen voor beide items gelijk was. Het verschil op de scores tussen de mensen die wel en geen geestelijke verzorging hebben gekregen bleek niet significant ($p > 0,05$). Zie voor de resultaten de tabel hieronder.

Tabel 2: Kwaliteit van leven en tevredenheid gezondheid per groep

	<i>M (SD)</i> gehele groep	<i>M (SD)</i> interventiegroe p	<i>M (SD)</i> controlegroe p	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Kwaliteit van leven	2,95	2,69	2,98	1.18 (179)	.241
Tevredenheid gezondheid	2,09	2,31	2,07	- 1.01 (179)	.315

4.1 Verschillende gezondheidsdimensies

Daarnaast is met de onafhankelijke t-toets gekeken of er verschillen waren tussen de fysieke, psychologische en spirituele gezondheid van mensen die wel en geen geestelijke verzorging hebben gekregen. Uit de Levene's test voor gelijkheid van varianties bleek dat de variantie van beide groepen voor fysieke en psychologische gezondheid gelijk was. De variantie van de groepen binnen spiritualiteit was niet gelijk. De verschillen op de schalen tussen de mensen die wel en geen geestelijke verzorging hebben gehad bleken niet significant ($p > 0,05$). Zie voor de precieze resultaten tabel 3 op de volgende pagina.

Tabel 3: Fysieke, psychologische en spirituele gezondheid per groep

	<i>M (SD)</i> gehele groep	<i>M (SD)</i> interventiegroep	<i>M (SD)</i> controlegroep	<i>t(df)</i>	<i>p</i>
Fysieke gezondheid	2,4 (.57)	2,3 (.58)	2,5 (.45)	.72(179)	.472
Psychologisch	3,2 (.59)	3,2 (.60)	3,3 (.49)	.53(179)	.594
Spiritualiteit	3,3 (.58)	3,3 (.56)	3,3 (.78)	.24(16)	.816

Om inzicht te krijgen in hoe schalen met elkaar samenhangen, is daar met de Pearson toets (2-tailed) naar gekeken voor beide groepen. Zoals verwacht kan worden op basis van de gegevens uit bovenstaande tabel, zaten er geen grote verschillen tussen de groepen. Voor beide groepen was de samenhang tussen de spirituele en de psychologische schaal significant. Voor de interventiegroep was de samenhang sterker ($r = 0,755$, $p = 0,001$) dan bij de controlegroep ($r = 0,214$, $p = 0,006$). Bij de controlegroep werd daarnaast een significante samenhang gevonden tussen fysiek en psychologisch ($r = 0,650$, $p = 0,000$), maar bij de interventiegroep was dit niet het geval ($r = 0,377$, $p = 0,150$). Zie voor het overzicht onderstaande tabel.

Tabel 4: samenhang schalen per groep

	Schalen	Pearson Correlatie	<i>p</i>	N
Controlegroep	Fysiek en psychologisch	0,650	0,000	165
	Fysiek en spiritueel	0,090	0,251	165
	Psychologisch en spiritueel	0,214	0,006	165
Interventiegroep	Fysiek en psychologisch	0,377	0,150	16
	Fysiek en spiritueel	0,277	0,398	16
	Psychologisch en spiritueel	0,755	0,001	16

4.2 Geestelijke verzorging

Op de open vraag hoe de geestelijke verzorging werd ervaren (voor participanten die geestelijke verzorging hebben ontvangen) bleek uit de antwoorden dat de meeste ervaringen positief waren geweest. Een greep uit de antwoorden: ‘begrip’, ‘ik voelde me serieus genomen’, ‘positief’, ‘fijn’, ‘prettig’, ‘medeleven en gebed’, ‘hulp bij acceptatie’, ‘een luisterend oor’, ‘het hielp mij erop te vertrouwen dat God bij mij is’ en ‘belangstelling en bemoediging’. Voor twee participanten was het een minder goede ervaring. Zij noemden als kritiekpunt dat de kennis van de geestelijk verzorgers over de ziekte niet voldoende was: ‘toch weinig begrip. Wel goed bedoeld natuurlijk, maar ze snappen niet altijd hoe het nou echt is’ en ‘ze hebben geen verstand van Long COVID’.

4.3 Steun

Op de vraag “Door wie of wat voelde u zich de afgelopen periode het meest gesteund?” antwoordden de meeste participanten dat ze zich gesteund voelden door familie, vrienden, werkgevers, verschillende soorten zorgverleners en lotgenootgroepen (op facebook). Participanten die geestelijke verzorging kregen bleken zich meer gesteund te voelen door hun geloof, de kerk en hun geloofsgemeenschap dan mensen die geen geestelijke verzorging kregen. Deze categorie is ‘levensbeschouwelijke steun’ genoemd. Uit de chi-kwadraattoets blijkt dat het verschil significant is ($\chi^2(2) = 22.213$; $p = .000$). Zie in de tabel hieronder hoe de frequenties over de antwoord categorieën zijn verdeeld:

Tabel 5: levensbeschouwelijke steun per groep

	Geen levensbeschouwelijke steun	Wel levensbeschouwelijke steun	Missende antwoorden	Totaal
Interventiegroep	10	6	0	16
Controlegroep	148	8	9	165

4.4 Ontvangen zorg

Mensen die *geen* geestelijke verzorging kregen zagen gemiddeld vier zorgverleners en mensen die *wel* geestelijke verzorging kregen zagen gemiddeld vijf zorgverleners. Omdat er in totaal zo’n 30 verschillende soorten zorgverleners bij de zorg betrokken zijn geweest, die

zich soms op verschillende dimensies van gezondheid richtten, was het lastig om hier duidelijke categorieën in te onderscheiden gebaseerd op de verschillende dimensies van gezondheid. Daarom is gekeken naar de top 5 meest geziene zorgverleners per groep. Hieraan is te zien dat er geen grote verschillen waren. Zie hieronder de tabel daarvan:

Tabel 6: Zorgverleners per groep

Interventiegroep	Controlegroep
1. Huisarts 100% (16)	1. Huisarts 93% (151)
2. Fysiotherapeut 88% (145)	2. Fysiotherapeut 88% (14)
3. Psycholoog 38% (6)	3. Ergotherapeut 42% (68)
4. Ergotherapeut 31% (5) Alternatief complementair verzorger 31% (5)	4. Psycholoog 26% (52)
5. Logopedist 18% (3)	5. Alternatief complementair zorgverlener 23% (38)

5. Conclusie

De hoofdvraag in deze scriptie was: IS ER EEN SAMENHANG TUSSEN GEESTELIJKE VERZORGING EN DE FYSIEKE GEZONDHEID VAN MENSEN DIE HERSTELLEN VAN COVID19?

Om deze vraag te beantwoorden heb ik ten eerste gekeken naar de vragen over kwaliteit van leven en de tevredenheid over de gezondheid van beide groepen. Hieruit bleek dat de groep die wel geestelijke verzorging kreeg een lagere kwaliteit van leven rapporteerde en een grotere mate van tevredenheid over de gezondheid dan de controlegroep.

Vervolgens is gekeken of er verschillen waren tussen de groepen wat betreft de scores op de verschillende gezondheidsdimensies. Om te beginnen was er geen significant verschil tussen de fysieke gezondheid van de groep die wel geestelijke verzorging heeft gekregen en de controlegroep. Ook tussen de andere schalen waren geen significante verschillen gevonden. De cijfers wezen op een lagere fysieke gezondheid van de groep die geestelijke verzorging kreeg, een iets lagere psychologische gezondheid en een gelijke spirituele gezondheid vergeleken met de controlegroep.

Daarna is gemeten of er significante samenhangen waren tussen de gezondheidsdimensies van beide groepen. Meerdere samenhangen bleken significant te zijn. De groep die wel geestelijke verzorging kreeg liet een sterke samenhang ($r = 0,755$) zien tussen de spirituele en de psychologische dimensie. De controlegroep liet dezelfde samenhang zien, maar een zwakkere ($r = 0,214$), met daarnaast een middelmatige samenhang tussen de fysieke en de psychologische dimensie ($r = 0,650$). De laatste samenhang werd niet gevonden bij de groep die geestelijke verzorging kreeg.

Vervolgens is gekeken naar waar de mensen uit de verschillende groepen de meeste steun aan ontleenden. De groep die geestelijke verzorging kreeg bleek vaker levensbeschouwelijke steun te ervaren via bijvoorbeeld hun kerk of geloofsgemeenschap dan de controlegroep. Ten slotte bleek uit de resultaten dat er geen grote verschillen waren tussen de soorten zorgverleners die beide groepen zagen, maar dat de mensen die geestelijke verzorging kregen wel gemiddeld één zorgverlener meer zagen dan de mensen uit de controlegroep.

6. Discussie

De centrale hypothese in dit onderzoek was dat er een samenhang zou worden gevonden tussen geestelijke verzorging en de fysieke gezondheid van mensen die herstellende zijn van COVID19. Deze hypothese wordt dus niet door de resultaten ondersteund: er is geen significant verschil gevonden tussen de fysieke gezondheid van de groep die geestelijke verzorging heeft gekregen en de groep die dit niet heeft gekregen. Het lijkt er zelfs op dat de interventiegroep een lagere kwaliteit van leven had en een iets lagere fysieke en psychische gezondheid. Hoewel de verschillen niet significant waren, scoorde de interventiegroep lager op de kwaliteit van leven, zijn ze wel meer tevreden met hun gezondheid en rapporteerden ze een gelijke mate van spiritualiteit.

6.1 Interpretatie van resultaten

Wordt geestelijke verzorging misschien vooral ingeschakeld bij ziekere mensen en is het effect van geestelijke verzorging daarom niet een betere gezondheid maar het brengen van een slechtere gezondheid op hetzelfde niveau als dat van minder zieke mensen? Of ligt het effect van geestelijke verzorging meer in coping dan in werkelijke gezondheid? Er is alleen subjectieve gezondheid gemeten en er zijn geen fysieke metingen gedaan. Subjectieve rapportage is sterk onderhevig aan coping strategieën zoals her-evaluatie en waardering. In de literatuur zagen we dat herwaardering ook fysieke effecten teweeg kan brengen. Naast dat het een idee over een situatie kan doen veranderen, kan het bijvoorbeeld ook pijn doen verminderen (Baer, 2003). Toch lijkt het er niet op dat deze effecten zich hebben voorgedaan bij de participanten.

De eerste verklaring, namelijk dat mensen die geestelijke verzorging kregen bij aanvang zieker waren, is wel te verwachten gezien de aard van geestelijke verzorging. We weten namelijk dat geestelijke verzorging zich vooral richt op het spirituele en psychosociale domein en dat mensen bij ingrijpende gebeurtenissen zoals ziekte te maken krijgen met existentiële vragen en juist dan geestelijk verzorgers worden ingeschakeld. In relatie tot de ziekte wordt er met een geestelijk verzorger ook vaak gekeken naar hoe iemand vanuit religieuze coping met de ziekte omgaat. Wanneer een patiënt zich op een positieve manier vanuit zijn of haar religie/spiritualiteit tot zijn of haar gezondheid verhoudt, heeft dat vaak invloed op de psychologische dimensie (Pearce et al., 2012).

Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de sterkere correlatie tussen de psychologische en spirituele dimensie van mensen die geestelijke verzorging kregen

vergeleken met de controlegroep. De groep die geestelijke verzorging kreeg bleek over het algemeen meer levensbeschouwelijke steun te ontvangen. Dat er een link is met de psychologische dimensie is dan logisch. Dit verklaart echter nog niet waarom er bij de controlegroep wel een relatie werd gevonden tussen de fysieke gezondheid en de psychologische gezondheid, terwijl dit bij de groep die geestelijke verzorging kreeg niet werd gevonden.

Vanwege de gewoonlijk bi-directionele samenhangen van de gezondheidsdimensies, wat onder andere betekent dat een fysieke beperking over het algemeen invloed heeft op de psychologische en spirituele dimensie van mensen, zou wel worden verwacht dat hier een samenhang tussen gevonden zou worden. Een mogelijke verklaring voor de afwezigheid hiervan, is dat als het klopt dat mensen die geestelijke verzorging kregen zieker waren dan de controlegroep, dat kan betekenen dat zij bovengemiddeld hebben geïnvesteerd in zorg op spiritueel en psychologisch gebied. En dat de invloed van deze zorg op de fysieke gezondheid afwezig of zo klein is, dat we dit niet terugzien in de resultaten en de (eventueel oorspronkelijke) samenhang tussen de gezondheidsdimensies niet (meer) is terug te zien.

Hoe kunnen de resultaten zo verschillen met de hypothese van dit onderzoek? De onderzoeken die in het theoretische kader werden genoemd, zoals het onderzoek van De Lange (2008), waaruit naar voren kwam dat positieve overtuigingen veranderingen teweeg kunnen brengen in het brein (wat op zijn beurt weer positieve gezondheidseffecten kan hebben), zijn gericht uitgevoerd vanuit een hypothese met bijpassende methoden. Hetzelfde geldt voor de andere onderzoeken waaruit de verwachting ontstond dat de focus van geestelijk verzorgers op religieuze coping, het sociale contact en rituelen, zou kunnen zorgen voor een rustgevend effect op het zenuwstelsel. Die methoden kunnen geestelijk verzorgers gebruiken, maar het is niet gezegd dat ze die ook gebruiken of hebben gebruikt in het contact de participanten uit dit onderzoek. De contacten met de geestelijk verzorgers zijn (daarnaast) waarschijnlijk best wel uiteenlopend geweest. Zowel wat betreft inhoud als vorm en sluiten misschien niet zo goed aan op uitgangspunten en methoden waarop de onderzoeken uit het theoretische kader zijn uitgevoerd.

6.2 Tekortkomingen onderzoek

Tegelijkertijd moet er rekening worden gehouden met de methodologische tekortkomingen in het onderzoek, zoals het aantal deelnemers dat geestelijke verzorging heeft gekregen en het missen van mogelijke specifieke effecten. In dit onderzoek is de gezondheid via retrospectieve rapportage gemeten en de vragen gingen over de gehele fysieke gezondheid en

waren niet toegespitst op de klachten die mensen ervaren door Long Covid (ook al werd er wel naar sommige symptomen gevraagd). Nu steeds meer bekend wordt over Long Covid zou er bij vervolgonderzoek meer kunnen worden gekeken naar specifieke klachten in relatie tot methoden waarvan bekend is dat die kunnen helpen bij het verlichten van deze specifieke klachten.

Waar ook rekening mee moet worden gehouden is dat de onderzochte groep waarschijnlijk niet representatief is voor de gehele populatie. Het is niet helemaal bekend hoeveel mensen Long Covid hebben, maar in totaal hebben 181 mensen de vragenlijst ingevuld, waarvan 16 mensen geestelijke verzorging hebben gekregen en alleen de facebookgroepen bestonden in totaal al uit zo'n 30.000 leden. Met name de groep die geestelijke verzorging kreeg was dus erg klein. Vanwege de breedheid van het vak geestelijke verzorging, zou om te kijken wat de invloed daarvan is op de fysieke gezondheid een veel grotere steekproef plaats moeten vinden.

Daarnaast konden mensen vrijwillig reageren op een oproep. Deze indirecte (online) benadering maakt de kans groot dat mensen met veel klachten de vragenlijst niet hebben ingevuld wanneer het een te grote inspanning zou zijn geweest. Ook mensen zonder facebook zijn dus niet geïnccludeerd in dit onderzoek. Een aselecte en grotere steekproef zou waarschijnlijk voor een meer representatieve groep hebben gezorgd.

Ten slotte zag de praktijk van de geestelijke verzorging er anders uit tijdens de pandemie dan daarvoor. Uit een internationaal onderzoek uitgevoerd door Snowden (2021) onder 1675 geestelijk verzorgers (uit 36 landen), bleek dat tijdens de COVID19 pandemie, vrijwel alle geestelijk verzorgers te maken hadden met grote veranderingen in hun werk. Ten eerste kwam het werk van veel geestelijke verzorgers in eerste instantie stil te liggen door de *lockdown* en ten tweede werd (vervolgens) veel contact gedigitaliseerd. In sommige gevallen ontmoetten zij patiënten buiten bepaalde afdelingen. De impact van het afstand moeten nemen van patiënten was voor geestelijk verzorgers het meest problematische aspect wat betreft de directe gevolgen van de pandemie. Dit kan natuurlijk ook invloed hebben gehad op het werk en de methoden die de geestelijk verzorgers hebben gebruikt. Hierdoor sloot de praktijk misschien niet helemaal aan op de doelen en methoden die zijn genoemd in het theoretische kader.

6.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek naar de relatie tussen fysieke gezondheid en geestelijke verzorging wordt in ieder geval aangeraden om bij aanvang van een onderzoek fysieke metingen uit te voeren voor de interventie- en de controlegroep. Naast zelfrapportage kunnen er eventueel ook fysieke metingen worden gedaan op basis van biomedische indicatoren. Daarbij is het voor het complete beeld ook goed om vast te leggen hoelang mensen al ziek zijn. Op die manier kan ten eerste worden bepaald of mensen die geestelijke verzorging krijgen bij aanvang inderdaad zieker zijn en ten tweede kan op die manier het verloop beter in beeld worden gebracht. Met tussentijdse metingen en kwalitatieve interviews worden gekeken of er naar aanleiding van de gekregen zorg veranderingen zijn in de fysieke gezondheid.

De participanten uit dit onderzoek voor wie de geestelijke verzorging geen goede ervaring was, gaven aan dat ze vonden dat de geestelijk verzorgers te weinig kennis hadden van COVID19. Voor de toekomst is het dus belangrijk dat geestelijk verzorgers daar meer kennis van hebben. Ook met het oog op de integrale zorg, is het belangrijk dat zorgverleners kennis hebben van de andere zorggebieden. Om te beginnen omdat fysieke gezondheid invloed heeft op de spirituele gezondheid en geestelijk verzorgers met kennis over COVID19 deze invloed dan kunnen herkennen. Daarnaast is deze kennis dus belangrijk vanwege de (secundaire) invloed die geestelijke verzorging mogelijk heeft op de andere dimensies. Zoals de onderzoeken uit het theoretische kader laten zien, liggen hier waarschijnlijk nog veel mogelijkheden. Het is daarom nodig om te begrijpen waar de behoeftes liggen van mensen die herstellen van COVID19, zodat de zorg daar eventueel op kan worden afgesteld.

6.4 Tot slot

De onderzoeksvraag van deze scriptie is gesteld om meer inzicht te krijgen in hoe geestelijk verzorgers bij kunnen dragen aan het fysieke herstel van mensen die COVID19 hebben gehad. Er werd dus geen significant verschil gevonden tussen de fysieke gezondheid van de groep die geestelijke verzorging kreeg en de controlegroep. Een hypothese die naar aanleiding van de resultaten is ontstaan, is dat ziekere mensen eerder geestelijke verzorging krijgen. Een tweede hypothese die hierop voortbouwt is dat mensen die geestelijke verzorging kregen vooral verbeteringen zagen in hun psychologische en spirituele gezondheid omdat zij meer hebben geïnvesteerd in zorg op deze gebieden (en dat een kloof heeft veroorzaakt tussen deze dimensies en hun fysieke gezondheid). Hopelijk weten we hierover meer in toekomstig onderzoek.

Literatuur

- Ai, A. L., Park, C. L., Huang, B., Rodgers, W., & Tice, T. N. (2007). Psychosocial mediation of religious coping styles: A study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(6), 867-882.
- Ajouaou, M. (2019). Islamic spiritual care of the Custodial Institutions Agency. Commissioned by the Dutch Muslim Organization for Government Relations (CMO).
- Alcorn, S. R., Balboni, M. J., Prigerson, H. G., Reynolds, A., Phelps, A. C., Wright, A. A., ... & Balboni, T. A. (2010). "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *Journal of palliative medicine*, 13(5), 581-588.
- Astrow, A. B., Wexler, A., Texeira, K., He, M. K., & Sulmasy, D. P. (2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care?. *Journal of Clinical Oncology*, 25(36), 5753-5757.
- Baadjou, V., Vints, W., Erens, T., van Horn, Y., & Verbunt, J. (2021). Ervaringen in de COVID-19 revalidatiezorg. *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde*, 29(1), 22-25.
- Baart, A. (2004). Een theorie van de presentie. Amsterdam: Boom Lemma
- Baarsen, A. van, Oldenhof, W. & Kruijne, F. (2016). Mindfulness past bij geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 19(82), 36-45.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
- Barizien, N., Le Guen, M., Russel, S., Touche, P., Huang, F., & Vallée, A. (2021). Clinical characterization of dysautonomia in long COVID-19 patients. *Scientific Reports*, 11(1), 1-7.
- Bay, P. S., Beckman, D., Trippi, J., Gunderman, R., & Terry, C. (2008). The effect of pastoral care services on anxiety, depression, hope, religious coping, and religious problem solving styles: a randomized controlled study. *Journal of religion and health*, 47(1), 57-69.
- Bouwer, J. (1998). Grondslagen van geestelijke zorgverlening als wetenschappelijke discipline (1st Inaugural address).
- Bouwer, J. (2005). 'Van koffie drinken naar koffiedik kijken', *Theologisch Debat* 2/1, 15-25.
- Bosma, H. & Kronemeijer, E. (2006). Nu nog hier, maar volgend jaar... In J. Doolaard (Ed.) *Nieuw handboek geestelijk verzorging* (pp. 353-364). Uitgeverij Kok – Kampen.

- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 417-428.
- Breslin, M. J., & Lewis, C. A. (2008). Theoretical models of the nature of prayer and health: A review. *Mental health, religion and culture*, 11(1), 9-21.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H. J., Grünther, R. A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A., & Matthiessen, P. F. (2009). Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions?. *Pain medicine*, 10(2), 327-339.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(3), 521-527.
- Callard, F., & Perego, E. (2021). How and why patients made Long Covid. *Social Science & Medicine*, 268, 113426.
- Carfi, A., Bernabei, R., & Landi, F. (2020). Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *Jama*, 324(6), 603-605.
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*, 57(6), 365-388.
- Colloca, L., Sigauco, M., & Benedetti, F. (2008). The role of learning in nocebo and placebo effects. *Pain*, 136(1-2), 211-218.
- Colloca, L. (2018). The fascinating mechanisms and implications of the placebo effect. *International review of neurobiology*, 138, xv.
- Colloca, L., & Howick, J. (2018). Placebos without deception: outcomes, mechanisms, and ethics. *International review of neurobiology*, 138, 219-240.
- Cragun, D., Cragun, R. T., Nathan, B., Sumerau, J. E., & Nowakowski, A. C. (2016). Do religiosity and spirituality really matter for social, mental, and physical health?: A tale of two samples. *Sociological Spectrum*, 36(6), 359-377.
- Damen, A., Delaney, A., & Fitchett, G. (2018). Research priorities for healthcare chaplaincy: Views of US chaplains. *Journal of health care chaplaincy*, 24(2), 57-66.
- Damen, A., Schuhmann, C., Lensvelt-Mulders, G & Leget, C. (2019). Research priorities for health care chaplaincy in the Netherlands. A Delphi study among Dutch chaplains. *Journal of Health Care Chaplaincy*. Epud ahead of print.

- Dani, M., Dirksen, A., Taraborrelli, P., Torocastro, M., Panagopoulos, D., Sutton, R., & Lim, P. B. (2021). Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies. *Clinical Medicine*, 21(1), e63.
- De Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., Van den Berg, M., Tuytel, G., Van Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W. B. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience: Development of the Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL). *Journal of psychosocial oncology*, 30(2), 141-167.
- De Vries, J., & Van Heck, G. L. (1997). The World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL-100): validation study with the Dutch version. *European journal of psychological assessment*, 13(3), 164-178.
- De Klerk, M., Olsthoorn, M., Plaisier, I., Schaper, J., & Wagemands F. (red.). (2021). *Een jaar met corona. Ontwikkelingen in de maatschappelijke gevolgen van corona*. Sociaal en Cultureel planbureau. Den Haag.
- De Lange, F. P., Koers, A., Kalkman, J. S., Bleijenberg, G., Hagoort, P., Van der Meer, J. W., & Toni, I. (2008). Increase in prefrontal cortical volume following cognitive behavioural therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *Brain*, 131(8), 2172-2180.
- Den Ridder, J., Miltenburg, E., Steenvoorden, E., van der Meer, T., & Dekker, P. (2020). *Burgerperspectieven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2011). Spiritual health scale 2011: Defining and measuring 4th dimension of health. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 36(4), 275.
- Doehring, C. (2015). Resilience as the relational ability to spiritually integrate moral stress. *Pastoral Psychology*, 64(5), 635-649.
- Duyndam, J., & Frank, J. (2019). *Wegwijs in levensvragen. Over humanistisch geestelijke verzorging*. Delft: Eburon.
- Engbersen G, Van Bochove M, De Boom J, Burgers J, Etienne T, Krouwel A, et al. (2020). *De heropening van de samenleving. De maatschappelijke impact van covid-19 in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam & Nederland*. Rotterdam: Kenniswerkplaats Leefbare Wijken.
- Esser, H. (2006). Een doos vol verhalen. In J. Doolaard (Ed.) *Nieuw handboek geestelijk verzorging* (pp. 421-424). Uitgeverij Kok – Kampen.

- Evers, A. W., Colloca, L., Blease, C., Annoni, M., Atlas, L. Y., Benedetti, F., ... & Kelley, J. M. (2018). Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: expert consensus. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(4), 204-210.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., & Davidson, R. (2005). Well-being and affective style. *The science of well-being*, 107-140.
- Doering, B. K., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2018). Expectation-focused psychotherapy to improve clinical outcomes. *International review of neurobiology*, 138, 257-270.
- 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*, 44(4), 333.
- Fitchett, G. (2017). Recent progress in chaplaincy-related research. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 71(3), 163-175.
- Flannelly, K. J., Oettinger, M., Galek, K., Braun-Storck, A., & Kreger, R. (2009). The correlates of chaplains' effectiveness in meeting the spiritual/religious and emotional needs of patients. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 63(1-2), 1-16.
- Fruyt, K. de (2014). We lijken meer op elkaar dan we denken. Over zin, levenskunst en spiritualiteit en herstelondersteuning in de ggz. In G. Glas, R. Janssen, E. van Meekeren, M. Coture, K. de Fruyt, A. Verleyen & F. Schaffler, *Zuinig op zin: Aandacht voor zingeving als kostenpost en als winstfactor in de zorg*, 42-84.
- Tilburg: KSGV. Ganzevoort, R. R., & Visser, J. (2007). *Zorg voor het verhaal: Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. Meinema.
- George, S. Z., & Stryker, S. E. (2011). Fear-avoidance beliefs and clinical outcomes for patients seeking outpatient physical therapy for musculoskeletal pain conditions. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 41(4), 249-259.
- Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American journal of public health*, 105(5), 1013-1019.
- Giaquinto, S., Spiridigliozzi, C., & Caracciolo, B. (2007). Can faith protect from emotional distress after stroke?. *Stroke*, 38(3), 993-997.
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. (2009). Stress damages immune system and health. *Discovery medicine*, 5(26), 165-169.
- Goosby, B. J., Bellatorre, A., Walsemann, K. M., & Cheadle, J. E. (2013). Adolescent loneliness and health in early adulthood. *Sociological inquiry*, 83(4), 505-536.

- Gonçalves, J. P. D. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2017). Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PloS one*, *12*(10), e0186539.
- Group, T. R. C. (2020). Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19—preliminary report. *The New England journal of medicine*.
- Gruzelier, J. H. (2002). A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. *Stress*, *5*(2), 147-163.
- Gruzelier, J. (2009). A theory of alpha/theta neurofeedback, creative performance enhancement, long distance functional connectivity and psychological integration. *Cognitive processing*, *10*(1), 101-109.
- Halifax, J. (2014). *Being with dying. Cultivating compassion and fearlessness in the presence of death*. Boulder, Verenigde Staten: Shambhala Publications Inc.
- Hannibal, K. E., & Bishop, M. D. (2014). Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. *Physical therapy*, *94*(12), 1816-1825.
- Hekking, R.W.M. (2006). Rituelen helpen – over rituelen in het verpleeghuis. In J. Doolgaard (Ed.) *Nieuw handboek geestelijk verzorging* (pp. 171-191). Uitgeverij Kok – Kampen.
- Hengelaar, G. (2018). Raadsman, wat moet ik doen? Humanistiek in de praktijk van geüniformeerde beroepen. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, *21*(89), 22-30.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, *40*(4), 739-749.
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Proefschrift Universiteit Maastricht.
- Hughes, J. W., Tomlinson, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J., Sketch Jr, M. H., & Watkins, L. L. (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annals of Behavioral Medicine*, *28*(3), 179-185.
- Humanistisch Verbond. (2019). *Beroepsstandaard humanistisch geestelijke verzorging*. Geraadpleegd op 28 oktober 2021. Van <https://files.humanistischverbond.nl/app/uploads/2020/02/05075144/Beroepsstandaard-2019.pdf>

- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and US adult mortality. *Demography*, *36*(2), 273-285.
- Iler, W. L., Obenshain, D., & Camac, M. (2001). The impact of daily visits from chaplains on patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A pilot study. *Chaplaincy Today*, *17*(1), 5-11.
- Jamieson, J. P., Hangen, E. J., Lee, H. Y., & Yeager, D. S. (2018). Capitalizing on appraisal processes to improve affective responses to social stress. *Emotion Review*, *10*(1), 30-39.
- Jankowski, K. R., Handzo, G. F., & Flannelly, K. J. (2011). Testing the efficacy of chaplaincy care. *Journal of Health Care Chaplaincy*, *17*(3-4), 100-125.
- Jia, R., Ayling, K., Chalder, T., Massey, A., Broadbent, E., Coupland, C., & Vedhara, K. (2020). Mental health in the UK during the COVID-19 pandemic: cross-sectional analyses from a community cohort study. *BMJ open*, *10*(9), e040620.
- Jorna (2014). Mijn werkzame leven: In dienst van de geestelijke begeleiding. *Waardenwerk*, *58-59*, 199-212.
- Kaptchuk, T. J., & Miller, F. G. (2015). Placebo effects in medicine. *N Engl J Med*, *373*(1), 8-9.
- Kark, J. D., Shemi, G., Friedlander, Y., Martin, O., Manor, O., & Blondheim, S. H. (1996). Does religious observance promote health? mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. *American Journal of Public Health*, *86*(3), 341-346.
- Khalifa, S., Belle, S. D., Roy, M., Peretz, I., & Lupien, S. J. (2003). Effects of relaxing music on salivary cortisol level after psychological stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *999*(1), 374-376.
- Killgore, W. D., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., & Dailey, N. S. (2020). Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry research*, *290*, 113117.
- Knabb, J. J., Vazquez, V. E., Garzon, F. L., Ford, K. M., Wang, K. T., Conner, K. W., Warren, S. E., & Weston, D. M. (2020). Christian meditation for repetitive negative thinking: A multisite randomized trial examining the effects of a 4-week preventative program. *Spirituality in Clinical Practice*, *7*(1), 34-50.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of nervous and mental disease*, *186*(9), 513-521.

- Koenig, H. G., Hays, J. C., Larson, D. B., George, L. K., Cohen, H. J., McCullough, M. E., ... & Blazer, D. G. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 54(7), M370-M376.
- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what*. Philadelphia: Templeton Foundation Press. Rev. & expanded 2nd ed.
- Koopmans, R. T., Verbeek, H., Bielderma, A., Janssen, M. M., Persoon, A., Lesman-Leegte, I., ... & Gerritsen, D. L. (2021). Reopening the doors of Dutch nursing homes during the COVID-19 crisis: results of an in-depth monitoring. *International Psychogeriatrics*, 1-8.
- Kortekaas, P. (2019). Zinvinding en levensvisie. Over geestelijke begeleiding in postmoderne context. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 22(95), 60-66.
- Körver, S. (2014). *In het oog in het hart*. Nijmegen: Valkhof Pers.
- Kruizinga, R., Scherer-Rath, M., Schilderman, H. J., Puchalski, C. M., & van Laarhoven, H. H. (2018). Toward a fully fledged integration of spiritual care and medical care. *Journal of pain and symptom management*, 55(3), 1035-1040.
- Kuiper, J. S., M. Zuidersma, R. C. Oude Voshaar, S. U. Zuidema, E. R. van den Heuvel, R. P. Stolk, and N. Smidt. 2015. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews* 22, 39– 57.
- Lifelines Corona Research. (2021). *Corona barometer*. Geraadpleegd op 28 oktober 2021, van <https://coronabarometer.nl>
- Low, L. F., Hinsliff-Smith, K., Sinha, S., Stall, N., Verbeek, H., Siette, J., ... & Comas-Herrera, A. (2021). Safe visiting at care homes during COVID-19: A review of international guidelines and emerging practices during the COVID-19 pandemic. *International Long-Term Care Policy Network*. Geraadpleegd op 28 oktober 2021 van: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2021/01/Care-home-visiting-policies-international-report-19-January-2021-1.pdf>
- Lyby, P. S., Forsberg, J. T., Åsli, O., & Flaten, M. A. (2012). Induced fear reduces the effectiveness of a placebo intervention on pain. *PAIN®*, 153(5), 1114-1121.
- Lynch, G. (2002). *Pastoral care & counselling*. Sage.
- Lucchetti, G., Oliveira, A. B., Mercante, J. P. P., & Peres, M. F. P. (2012). Anxiety and fear-avoidance in musculoskeletal pain. *Current pain and headache reports*, 16(5), 399-406.

- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ... & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology, 67*(9), 942-968.
- Marin, D. B., Sharma, V., Sosunov, E., Egorova, N., Goldstein, R., & Handzo, G. F. (2015). Relationship between chaplain visits and patient satisfaction. *Journal of Health Care Chaplaincy, 21*(1), 14-24.
- Maugeri, G., Castrogiovanni, P., Battaglia, G., Pippi, R., D'Agata, V., Palma, A., Di Rosa, M. & Musumeci, G. (2020). The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. *Heliyon, 6*(6), e04315.
- Meints, S. M., Mosher, C., Rand, K. L., Ashburn-Nardo, L., & Hirsh, A. T. (2018). An experimental investigation of the relationships among race, prayer, and pain. *Scandinavian journal of pain, 18*(3), 545-553.
- Menken-Bekius, C. *Werken met rituelen in het pastoraat*. Kok.
- Mercado, A. C., Carroll, L. J., Cassidy, J. D., & Côté, P. (2005). Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain, 117*(1-2), 51-57.
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 8*(9), WE01.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. National Academies Press.
- Neminda, V. N. (2015). Buddhist meditation chaplaincy: spiritual care for death. *Journal Of International Buddhist Studies College (JIBSC), 1*(2), 30-41.
- Orton, M. J. (2008). Transforming chaplaincy: The emergence of a healthcare pastoral care for a post-modern world. *Journal of Health Care Chaplaincy, 15*(2), 114–131.
- Oxman, T. E., Freeman, D. H., & Manheimer, E. D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic medicine, 57*(1), 5-15.
- Paneroni, M., Simonelli, C., Saleri, M., Bertacchini, L., Venturelli, M., Troosters, T., ... & Vitacca, M. (2021). Muscle strength and physical performance in patients without previous disabilities recovering from COVID-19 pneumonia. *American journal of physical medicine & rehabilitation, 100*(2), 105-109.

- 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, 9*(6), 713-730.
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., & Ski, C. F. (2020). Meditation and endocrine health and wellbeing. *Trends in Endocrinology & Metabolism, 31*(7), 469-477.
- Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon, J. E., Koenig, H. G., & Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 20*(10), 2269-2276.
- Peselow, E., Pi, S., Lopez, E., Besada, A., & IsHak, W. W. (2014). The impact of spirituality before and after treatment of major depressive disorder. *Innovations in clinical neuroscience, 11*(3-4), 17.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine, 383*(6), 510-512.
- RIVM GGD GHOR Nederland en 25 GGD' en (2021, 26 februari). Gedragwetenschappelijk onderzoek naar percepties, gedrag en welzijn van burgers tijdens de coronapandemie: Een dynamic cohort en interview studie. *Welbevinden en leefstijl tijdens de coronacrisis*.
- Rosenberg, M., Luetke, M., Hensel, D., Kianersi, S., & Herbenick, D. (2020). Depression and loneliness during COVID-19 restrictions in the United States, and their associations with frequency of social and sexual connections. *MedRxiv*.
- Selman, L., Young, T., Vermandere, M., Stirling, I. & Leget, C. (2014). Research priorities in spiritual care: an international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management, 48* (4), 518-531.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management, 24*(2), 91-96.
- Schuhmann, C., & Damen, A. (2018). Representing the good: Pastoral care in a secular age. *Pastoral psychology, 67*(4), 405-417.
- Sharma, V., Marin, D. B., Zhong, X., Mazumdar, M., Keogh, M., Costello, Z., & Jandorf, L. (2021). Using the taxonomy: a standard vocabulary of chaplain activities. *Journal of health care chaplaincy, 27*(1), 43-64.
- Shaw, B., Han, J. Y., Kim, E., Gustafson, D., Hawkins, R., Cleary, J., ... & Lumpkins, C. (2007). Effects of prayer and religious expression within computer support groups on

- women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(7), 676-687.
- Smeets, W., & Morice-Calkhoven, T. (2014). From ministry towards spiritual competence. Changing perspectives in spiritual care in the Netherlands. *Journal of Empirical Theology*, 27(1), 103–129.
- Smedema, I. (2017). Met stroopwafels en met God: persoon, professie en ambt. Geestelijke verzorging in de krijgsmacht. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 20(86), 35-40.
- Smit, J. (2015). Antwoord geven op het leven zelf: Een onderzoek naar de basismethodiek van de geestelijke verzorging. Utrecht: Eburon.
- Snowden, A. (2021). What Did Chaplains Do During the Covid Pandemic? An International Survey. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 75, 6-16.
- Stauner, N., Exline, J. J., Pargament, K. I., Wilt, J. A., & Grubbs, J. B. (2019). Stressful life events and religiousness predict struggles about religion and spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality*, 11(3), 291.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87(6), 957-961.
- Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., Graham, M. S., Penfold, R. S., Bowyer, R. C., ... & Steves, C. J. (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature medicine*, 27(4), 626-631.
- Ubels, K.H. (2018). Een front battle. Over de ambtelijke zending van krijgsmachtpredikanten. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 21(89), 43-48.
- VandeCreek, L. (2004). How satisfied are patients with the ministry of chaplains? *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 58(4), 335-342.
- Van Iersel, F., Van Bruggen, J.P. & De Boer, R. (Eds). (2014). Terug van de missie: Zorg voor veteranen en de bijdrage van de Geestelijke Verzorging. Budel: Uitgeverij DAMON.
- Van Orsouw, F. (2012). *Mindfulness: therapie, spirituele oefening of levenshouding?*. Utrecht: Masterscriptie Universiteit voor Humanistiek.
- Szkody, E., & McKinney, C. (2020). Appraisal and social support as moderators between stress and physical and psychological quality of life. *Stress and Health*, 36(5), 586-595.
- Tabei, S. Z., Zarei, N. & Joulaei, (2006). The impact of spirituality on health. *Shiraz e medical journal*, 17(6).

- Tan, T., Khoo, B., Mills, E. G., Phylactou, M., Patel, B., Eng, P. C., ... & Dhillon, W. S. (2020). Association between high serum total cortisol concentrations and mortality from COVID-19. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 8(8), 659-660.
- Téblick, A., Peeters, B., Langouche, L., & Van den Berghe, G. (2019). Adrenal function and dysfunction in critically ill patients. *Nature Reviews Endocrinology*, 15(7), 417-427.
- Theoharides, T. C., & Conti, P. (2020). Dexamethasone for COVID-19? Not so fast. *J Biol Regul Homeost Agents*, 34(3), 1241-1243.
- Timmins, F., Caldeira, S., Murphy, M., Pujol, N., Sheaf, G., Weathers, E., ... & Flanagan, B. (2018). The role of the healthcare chaplain: A literature review. *Journal of health care chaplaincy*, 24(3), 87-106.
- Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 411.
- Trungpa, C. (2003). *The essential Chögyam Trungpa*. Boston: Shambhala.
- Uvnäs-Moberg, K. (1997). Physiological and endocrine effects of social contact. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807(1), 146-163.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009– 1016.
- Van den Borst, B., Peters, J. B., Brink, M., Schoon, Y., Bleeker-Rovers, C. P., Schers, H., ... & van den Heuvel, M. (2020). *Comprehensive health assessment three months after recovery from acute COVID-19*. Clinical Infectious Diseases.
- Van den Bosch, L. (2014). Professionele moed: Sleutelbegrip tot relatie. *Waardenwerk*, 58-59, 189-197.
- Van Dijk, A. M. G., & Buuren, A. V. (2006). Identiteit en interculturalisatie. In J. Doolgaard (Ed.) *Nieuw handboek geestelijk verzorging* (pp. 171-191). Uitgeverij Kok – Kampen.
- Van Iersel, T. (2014). Zin in mantelzorg. Gespreksgroep voor mantelzorgers van verpleeghuisbewoners. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 17(75), 36-39.
- Van Laarhoven, A. I., Vogelaar, M. L., Wilder-Smith, O. H., van Riel, P. L., van de Kerkhof, P. C., Kraaijmaat, F. W., & Evers, A. W. (2011). Induction of nocebo and placebo effects on itch and pain by verbal suggestions. *Pain*, 152(7), 1486-1494.

- Van Lindert J, Van Heck L, Etienne T, Kutiyiski Y, Krouwel A. (2020). *Impact van het coronavirus (covid-19) op het sociale welzijn van gelderlanders - achtste wave*. Kieskompas.
- Vedamurthachar, A., Janakiramaiah, N., Hegde, J. M., Shetty, T. K., Subbakrishna, D. K., Sureshbabu, S. V., & Gangadhar, B. N. (2006). Antidepressant efficacy and hormonal effects of Sudarshana Kriya Yoga (SKY) in alcohol dependent individuals. *Journal of affective disorders*, 94(1-3), 249-253.
- VGvZ. (2016). *Beroepsstandaard geestelijk verzorger 2015*. Vereniging van Geestelijk VerZorgers. Geraadpleegd op 28 oktober 2021, van <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/07/Beroepsstandaard-2015.pdf>
- Walton, M. N. (2012). Assessing the construction of spirituality: Conceptualizing spirituality in health care settings. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 66(3), 1-16.
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., ... & Peng, Z. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*, 323(11), 1061-1069.
- West, M. A., ed. 2016. *The Psychology of Meditation: Research and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Williams, J. A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., & Curlin, F. A. (2011). Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 26(11), 1265-1271.
- Winkelman, W. D., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Peteet, J. R., Block, S. D., ... & Balboni, T. A. (2011). The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *Journal of Palliative Medicine*, 14(9), 1022-1028.
- Woodhouse, C. (2019). Chaplaincy for the non-religious. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, 25(5), 32-31.
- Yang, Z., Ji, L. J., Yang, Y., Wang, Y., Zhu, L., & Cai, H. (2021). Meaning making helps cope with COVID-19: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 174, 110670.
- Yoshimoto, S. M., Ghorbani, S., Baer, J. M., Cheng, K. W., Banthia, R., Malcarne, V. L., ... & Varni, J. W. (2006). Religious coping and problem-solving by couples faced with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 15(5), 481-488.

Zock, T. H., & Van 't Hoog, M. N. (2014). *Zin in politiewerk: Een onderzoek naar systematische aandacht voor zingeving bij de politie en de rol van geestelijke verzorging daarbij*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Bijlage A

Introductietekst vragenlijst

Voor mijn afstudeerscriptie aan de Rijksuniversiteit Groningen, richting Geestelijke Verzorging, doe ik onderzoek naar het welzijn van mensen die corona hebben gehad. Daarom vraag ik u deze vragenlijst in te vullen. De resultaten van het onderzoek zullen gedeeld worden met de corona Nazorgpoli van het Radboudumc. Uw antwoorden zullen daarin niet herkenbaar terugkomen.

U wordt gevraagd om in deze vragenlijst aan te geven welke zorg u heeft ontvangen en wat u vindt van uw kwaliteit van leven, gezondheid en andere levensgebieden. Beantwoord alstublieft alle vragen. Mochten er toch vragen zijn die u liever niet beantwoord, dan kunt u deze open laten. Als u onzeker bent over het antwoord dat u wilt geven op een vraag, kies dan het antwoord dat het meest toepasselijk lijkt. Dit kan vaak uw eerste reactie zijn.

De vragenlijst is volledig anoniem en het invullen duurt ongeveer 5 tot 10 minuten. Als u vragen hebt over de enquête dan kunt u mailen naar: t.minartz@student.rug.nl. We stellen uw inbreng erg op prijs.

Tashina Minartz

- Ik ga hiermee akkoord (1)
- Ik ga hier niet mee akkoord (2)

Bijlage B

Vragenlijst

Q2 Wat is uw geslacht?

- Man (1)
- Vrouw (2)
- Anders (3)
- Wil ik niet zeggen (4)
-



Q3 Wat is uw leeftijd?

Q4 Met welke levensbeschouwing(en) voelt u zich verbonden?

Q5 Naar welke levensbeschouwelijke gebouwen of gebedshuizen gaat u?

- Kerk (1)
- Moskee (2)
- Synagoge (3)
- Anders: (4) _____
- Ik ga niet naar levensbeschouwelijke gebouwen of gebedshuizen (5)
-

Q6 Welke zorgverlener(s) hebt u gezien sinds u corona hebt gekregen?

(Huis)arts (1)

Verpleegkundige (2)

Fysiotherapeut (3)

Psycholoog (4)

Geestelijk verzorger (5)

Maatschappelijk werker (6)

Alternatief complementair genezer (7)

Anders: (8) _____

Q7 Indien u in die periode ook een Geestelijk verzorger hebt gesproken, hoe hebt u dat ervaren? Licht uw antwoord kort toe:

Q8 Door wie of wat voelde u zich gesteund in de afgelopen periode?

[Geen Q9]

Q10 In de volgende vragen wordt gevraagd in welke mate u in de afgelopen twee weken bepaalde dingen hebt ervaren.

	Erg slecht (1)	Tamelijk slecht (2)	Goed noch slecht (3)	Tamelijk goed (4)	Erg goed (5)
Hoe zou u uw kwaliteit van leven inschatten? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q11 -

	Erg ontevreden (1)	Tamelijk ontevreden (2)	Tevreden noch ontevreden (3)	Tamelijk tevreden (4)	Erg tevreden (5)
Hoe tevreden bent u met uw gezondheid? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q12 -

	Helemaal niet (1)	Weinig (2)	Middelmatig (3)	Zeer veel (4)	Een extreme hoeveelheid (5)
In welke mate vindt u dat pijn u afhoudt van wat u moet doen? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoeveel behoefte hebt u aan medische behandeling om in uw dagelijks leven te kunnen functioneren? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoeveel geniet u van het leven? (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welke mate voelt u dat uw leven betekenisvol is? (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q13 In de volgende vragen wordt gevraagd naar de mate waarin u in de afgelopen twee weken bepaalde dingen heeft ervaren of in staat was te doen.

	Helemaal niet (1)	Bijna niet (2)	Gemiddeld (3)	Behoorlijk (4)	Helemaal (5)
Hoe goed kunt u zich concentreren? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebt u genoeg energie voor het leven van alledag? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunt u uw lichamelijke uiterlijk accepteren? (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe tevreden bent u met uw slaap? (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u tevreden met uw vermogen om alledaagse activiteiten te verrichten? (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u tevreden met uw werkvermogen? (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u tevreden met uzelf? (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke relaties? (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q14 In de volgende vragen wordt gevraagd naar hoe tevreden of ontevreden u in de afgelopen twee weken bent geweest met de verschillende aspecten van uw leven.

	Erg ontevreden (1)	Tamelijk ontevreden (2)	Tevreden noch ontevreden (3)	Tevreden (4)	Erg tevreden (5)
In welke mate bent u tevreden met uw seksuele leven? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe tevreden bent u met de steun die u krijgt van uw vrienden? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u tevreden met uw leefomstandigheden? (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q15 De volgende vraag verwijst naar hoe vaak u bepaalde dingen hebt gevoeld of ervaren, bijvoorbeeld de steun van uw familie of vrienden of negatieve ervaringen, zoals onveilig voelen.

	Nooit (1)	Zelden (2)	Redelijk vaak (3)	Zeer vaak (4)	Altijd (5)
Hoe vaak heeft u negatieve gevoelens, zoals een sombere stemming, wanhoop, angst, depressie? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q16 Ten slotte gaan de volgende stellingen over spiritualiteit. Geef alstublieft per stelling aan in welke mate u het ermee eens bent [zie volgende pagina].

	Helemaal niet (1)	Nauwelijks (2)	In redelijke mate (3)	In hoge mate (4)	In zeer hoge mate (5)
De schoonheid van de natuur ontroert mij (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ervaar dat de dingen die ik doe betekenisvol zijn. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik probeer het leven te nemen zoals het komt. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als ik in de natuur ben voel ik me daar sterk mee verbonden. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik accepteer dat het leven mij onvermijdelijk soms pijn geeft. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik probeer in mijn leven wat voor de maatschappij te betekenen. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb ervaringen gehad waarbij alle dingen deel leken van een groter geheel. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ik mediteer of
bid, of neem
op andere
wijze tijd om
tot innerlijke
rust te komen.
(8)

Door mijn
ziekte leer ik
mijzelf beter
kennen. (9)

Door mijn
ziekte denk ik
(meer) na over
wat werkelijk
belangrijk is
in mijn leven.
(10)

Q17 Hebt u nog opmerkingen, aanvullingen of vragen?

End of Block: Default Question Block
