



KU LEUVEN



UNIVERSITEIT GENT



UNIVERSITEIT ANTWERPEN



Vrije Universiteit Brussel

VU BRUSSEL

## **INTERUNIVERSITAIRE MANAMA-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG**

### **SPIRITUALITEIT EN GEZONDHEID BIJ DE ADOLESCENT**

**Dr. Ria Wouters**

**Promotor: Prof. Dr. AM. Depoorter**

**Verhandeling voorgedragen tot  
het behalen van de graad van  
ManaMa in de Jeugdgezondheidszorg**

**September 2007**



## **Dankwoord**

Hierbij richt ik eerst en vooral een dankwoord aan mijn promotor, Prof. AM Depoorter. Zij is steeds rustig achter dit onderwerp blijven staan, ook al twijfelde ik in het begin erg aan de haalbaarheid. Ik dank haar ook voor de commentaren bij het doornemen van de teksten.

Verder ben ik veel dank verschuldigd aan Prof. D. Hutsebaut voor zijn vrijblijvende hulp en advies. Hij is het die mij inhoudelijk voldoende ruggesteun gegeven heeft om dit werk tot een goed einde te brengen.

Ook Prof. JP Van Bendegem wil ik bedanken voor zijn interesse in het onderwerp en advies over de filosofische aspecten in deze studie.

Tot slot dank ik mijn familie, vrienden en collega's die me het laatste jaar in raad en daad en door dik en dun hebben bijgestaan.

## Inhoudstafel

|   |       |
|---|-------|
| 1. Voorwoord  | 1     |
| 2. Onderzoeksmethode  | 2-3   |
| 3. Inleiding: Spiritualiteit en Wetenschap                  | 4-6   |
| 4. Spiritualiteit en cultuur, filosofie en maatschappij     | 7-10  |
| 5. Definitie van de termen spiritualiteit en gezondheid     |       |
| 5.1 Definitie van het concept spiritualiteit                | 11-17 |
| 5.2 Definitie van het concept gezondheid                    | 18-19 |
| 6. Spiritualiteit en gezondheid in de algemene populatie    |       |
| 6.1 Inleiding   | 20-23 |
| 6.1 Meetinstrumenten  | 24-30 |
| 6.3 Spiritualiteit en fysieke gezondheid                    | 30-34 |
| 6.4 Spiritualiteit en gezondheid via fysiologische factoren | 34-39 |
| 6.5 Spiritualiteit en gezondheid via psychosociale factoren | 39-44 |
| 6.6 Spiritualiteit en gezondheidsbevorderende gedragingen   | 44-46 |
| 6.7 Spiritualiteit en mentale gezondheid                    | 46-50 |
| 6.8 Spiritualiteit en kwaliteit van leven                   | 50-54 |
| 7. Spiritualiteit en gezondheid bij de adolescent           |       |
| 7.1 Spiritualiteit bij de adolescent                        | 55-59 |
| 7.2 Spiritualiteit en fysieke gezondheid                    | 59    |
| 7.3 Spiritualiteit en gezondheidsbevorderende gedragingen   | 59-62 |
| 7.4 Spiritualiteit en mentale gezondheid                    | 62-68 |
| 7.5 Spiritualiteit en kwaliteit van leven                   | 69    |
| 8. Besluit  |       |
| 8.1 Wat is spiritualiteit?                                  | 70    |
| 8.2 Is er een verband tussen spiritualiteit en gezondheid?  | 70-71 |
| 8.3 Wat is het belang hiervan voor de jeugdgezondheidszorg  | 71-73 |
| 8.4 Tips voor verder onderzoek                              | 73-74 |
| 9. Discussie  |       |
| 9.1 Het concept spiritualiteit                              | 75-76 |
| 9.2 Het concept gezondheid                                  | 76-77 |
| 9.3 Beperkingen   | 77    |
| 10. Samenvatting  | 78    |
| 11. Literatuurlijst   | 79-82 |
| 12. Overzicht van figuren, tabellen en bijlagen             | 83    |
| 13. Bijlagen  | 84-98 |

## 1. Voorwoord

De klassieke opleiding geneeskunde die ik genoot was voornamelijk gericht op de fysieke dimensie van gezondheid. Dit was voor mij steeds een reden tot ongenoegen. Het werk in het CLB, dat gekenmerkt wordt door multidisciplinair werken, geeft me meer voldoening. Ook de opleiding jeugdgezondheidszorg werd gekenmerkt door die multidisciplinariteit.

De vraag naar de link tussen spiritualiteit en gezondheid werd aangespoord door 2 vaststellingen:

- (1) de toenemende aandacht aan het begrip spiritualiteit in de maatschappij. Je hoeft maar een boekenwinkel binnen te stappen en je ziet dat het aantal boeken in verband met spiritualiteit de laatste jaren enorm toegenomen is.
- (2) De frustratie die ik ondervond bij gezondheidspromotiecampagnes die voor kort bijna uitsluitend gericht waren op kennisoverdracht en die in de praktijk weinig effect bleken te hebben.

Aldus rees bij mij de vraag: is spiritualiteit een dimensie die we kunnen aanspreken in de jeugdgezondheidszorg, meer bepaald, kan spiritualiteit, door het aansterken van het zelfvertrouwen, het effect van gezondheidspromotie bevorderen?

Bij een eerste confrontatie met de bestaande literatuur werd me duidelijk hoe complex het onderwerp is en hoe voorzichtig men moet zijn bij uitvoeren en interpreteren van dit wetenschappelijk onderzoek.

Daarom heb ik me in eerste instantie toegelegd op de volgende vragen:

- (1) Wat is spiritualiteit?
- (2) Is er een link tussen spiritualiteit en gezondheid en waaruit bestaat die link?
- (3) Wat is het belang hiervan voor de jeugdgezondheidszorg?

Ik spitste mij vooral toe op adolescenten, enerzijds zijn dat de groep leerlingen waarmee ik hoofdzakelijk werk, anderzijds bezitten ze door hun leeftijdsspecifieke ontwikkeling voldoende capaciteiten om over spirituele onderwerpen te kunnen reflecteren. Het is ook die leeftijdsgroep die qua gezondheidsgedragingen leert beroep te doen op eigen gezag in plaats van op een autoriteit buiten zichzelf.

Ik wil met deze studie een overzicht geven van de bestaande literatuur om alzo de basis te leggen van waaruit later een veldstudie kan worden opgezet.

## 2. Onderzoeksmethode

Er werd een literatuurstudie uitgevoerd. Een systematische review over het onderwerp was echter niet mogelijk. Dit om volgende redenen:

1. De vraagstelling is zeer algemeen en verkennend.
2. Het begrip spiritualiteit is relatief nieuw en complex, zodat studies niet altijd vertrekken vanuit eenzelfde concept.
3. Vele studies bevatten daarenboven weinig of geen theoretische onderbouw.

Dit heeft tot gevolg dat wetenschappelijke studies niet op een georganiseerde manier werden uitgevoerd zodat er ook geen georganiseerde kennis bestaat. De relatie tussen een enorme waaier spiritueel gerelateerde determinanten en een enorme waaier outcome variabelen werd onderzocht.

Ik heb besloten het onderwerp breed te bekijken omdat het begrip van de complexiteit ervan noodzakelijk is voor verder wetenschappelijk veldonderzoek.

Bij het zoeken naar literatuur ben ik als volgt te werk gegaan:

### **1. Via raadpleging van de medische databank van Pubmed**

Is er een link tussen spiritualiteit en gezondheid bij de algemene populatie?

Via de zoekmachine van **Pubmed**

Inclusie van de zoektermen: spirituality and health

Exclusie van: diseases, disorders, death, palliative, healing

Eerst zocht ik naar (systematische) reviews, daarna naar afzonderlijke studies gepubliceerd na datum van de artikels die in de gevonden reviews besproken werden.

Zijn er studies in verband met de link spiritualiteit en gezondheid bij adolescenten?

Hier volgde ik dezelfde procedure, nu met een leeftijdslimiet van 0-18 jaar.

### **2. Via contactname met experten**

**Prof. JP Van Bendegem** Centrum voor Logica en Wetenschapsfilosofie, VUB. Hij bracht me in contact met het boek van L. Apostel. Daarnaast hielp hij mij om enkele filosofische begrippen te verduidelijken.

**Prof. D Hutsebaut**, Centrum voor godsdienstpsychologie, KUL. Hij is expert in het veld van de godsdienstpsychologie. Met hem heb ik de eerste versie van de door mij uitgeschreven teksten overlopen. Dit gaf me de bevestiging dat mijn interpretatie en oordeel over de literatuur in de juiste richting ging. Hij bracht me in contact met het boek "Handbook of the psychology of religion and spirituality" van Paloutzian en Park en met de onderzoeken door

hun centrum uitgevoerd. Deze artikels heb ik niet via pumed gevonden omdat ze het keyword “religion” dragen. Ze leverden nochtans een belangrijke bijdrage tot deze literatuurstudie.

**Prof. AM Depoorter**, Maatschappelijke Gezondheidszorg, VUB, promotor van dit eindwerk, bracht me in contact met o.a. de werken van Kerkhofs en Elchardus in verband met de European Values Study en de artikels over quality of life bij de adolescent.

**3. Via Google:** zoektermen waren spiritualiteit en gezondheid. Zo vond ik de 2 thesissen van de faculteit psychologie van de KUL, onder leiding van Prof. Hutsebaut, die handelden over het concept spiritualiteit.

Opdat de lezer een duidelijk overzicht zou behouden over de gebruikte bronnen heb ik deze op het einde van elk hoofdstuk vermeld. Meestal parafraseer ik de inhoud en waarbij ik verwijs naar de auteur en jaartal van publicatie. Letterlijke citaten zijn herkenbaar door gebruik van aanhalingstekens en expliciete vermelding van de bron. Bepaalde delen van de tekst zijn *cursief* gedrukt. Dit om duidelijk te maken dat het gaat over mijn *persoonlijke bedenkingen*.

### 3. Inleiding: Spiritualiteit en wetenschappelijk onderzoek

*Alhoewel het bij de opzet van deze studie niet de bedoeling was, gebruik ik in de loop van het onderzoek de termen religie en spiritualiteit vaak samen. Ik kort ze dan af met **R/S**. R/S staat voor religie/spiritualiteit of religieu(s)(ze)/spirituel(e)l(e). Ik leg in hoofdstuk 5 “Definitie van de termen spiritualiteit en gezondheid” uit waarom ik de term religie wel betrek.*

R/S is tot recent een onderbestudeerde variabele in de gezondheidswetenschappen. Er liggen 2 stellingen aan de grondslag van deze verwaarlozing : (1) de stelling dat spiritualiteit niet wetenschappelijk *mag* onderzocht worden (2) de stelling dat spiritualiteit niet wetenschappelijk *kan* onderzocht worden.

De stelling dat R/S **niet mag bestudeerd worden** is eerder een ethisch filosofische kwestie. De wetenschappelijke methode zelf bepaalt wat er mag bestudeerd worden.

Wetenschappelijk worden gevoelens, percepties, gedragingen en effecten, gerelateerd aan R/S bestudeerd. Dit zijn vanuit het standpunt van sommige R/S mensen fysische manifestaties die tekort doen aan de essentie van R/S. Deze beleving creëert een inherente spanning in de wetenschappelijke studie van spiritualiteit en voor sommigen zal dit wetenschappelijk onderzoek als “desacraliserend” overkomen.

Volgens het standpunt dat R/S **niet wetenschappelijk kan onderzocht** worden zijn wetenschappelijke methoden ongeschikt om spiritualiteit te bestuderen. R/S is volgens dit standpunt dogmatisch en fundamenteel subjectief en onbespreekbaar. Dit is echter een niet wetenschappelijk gebaseerd filosofisch standpunt. Wetenschap kan ook fenomenen bestuderen die niet direct observeerbaar zijn, maar waarnaar er indirect kan verwezen worden.

**Dat religie en spiritualiteit een belangrijke rol kunnen spelen op vlak van gezondheid en gedrag** van mensen is **niet nieuw**. R/S wordt vaak aangesproken wanneer mensen in moeilijke situaties terecht komen zoals ziekte en dood. Het is ook niet “nieuw” om R/S wetenschappelijk te bestuderen. Reeds in het begin van de 20ste eeuw was er interesse hiervoor, vooral in het veld van de psychologie, maar dit wetenschappelijk onderzoek bleef geïsoleerd van de overige hoofdzakelijk positieve wetenschappen.

**Na 1990 begon dit researchgebied zich verder uit te rijpen waardoor de kwantiteit zowel als de kwaliteit toenam.** Onderzoeksinitiatieven werden gestart in de Verenigde Staten, onder andere in het National Institute of Health (NIH). Research op de relatie tussen



R/S en gezondheid verscheen in wetenschappelijke tijdschriften zoals onder andere the Journal of Health Psychology, the Annals of Behavioral Medicine, the Journal of Marital and Family therapy.

Het valt op dat de meeste, maar niet alle onderzoekgegevens, uit de Verenigde Staten afkomstig zijn. Recent werden er ook studies in Europa en andere werelddelen uitgevoerd.

Zoals in elk ander wetenschappelijke onderzoek, is het **uitermate belangrijk om objectief te blijven**, zeker omdat het hier een onderwerp betreft dat handelt over diepmenselijke overtuigingen. Een te groot scepticisme kan de wetenschapper blind maken voor een echt, waarachtig fenomeen, terwijl een te enthousiaste overtuiging kan leiden tot enorme misinterpretaties.

In de bestudering van de relatie tussen gezondheid en R/S lijkt het dus belangrijk **enig voorbehoud** in beschouwing te nemen. De recente aandacht aan de invloed van R/S op gezondheid houdt immers ook enkele gevaren in. Hoewel niet openlijk gesteld is één van de mogelijk onderliggende redenen het verlangen om de waarde van religie en spiritualiteit (of het gebrek aan waarde) te evalueren of misschien zelfs in sommige gevallen te demonstreren. Onderzoekers dragen immers steeds hun eigen waarden en veronderstellingen met zich mee. Wetenschappers zullen de kosten of baten van een mogelijke invloed van R/S op gezondheid wellicht nooit op een waardenvrije manier kunnen evalueren. Daarom is het belangrijk dat ze de **openheid** hebben zowel voor het religieuze/spirituele als het niet religieuze/spirituele en dat ze zich zoveel mogelijk bewust zijn van hun vooroordelen of a priori's, en deze expliciet open voor kritiek maken.

Er is ook geen mogelijkheid om het impact van **niet gepubliceerde studies** in te schatten. Het is mogelijk dat studies die geen of een negatief effect van R/S op gezondheid vaststelden niet gepubliceerd werden en zo de huidige indrukken over die relatie zouden verzwakken. Anderzijds is het ook mogelijk dat de voordelen van R/S op gezondheid onderschat worden door de **onnauwkeurige meettechnieken**.

Studies van R/S onderwerpen kunnen een **betekenisvolle bijdrage leveren tot gezondheidswetenschappelijk onderzoek**, zelfs als zulke studies de uiteindelijk waarde of waarheid van religie en spiritualiteit niet kunnen evalueren. *Het ligt evenmin in het opzet van deze studie om een evaluatie te maken van de waarde of waarheid van religie en spiritualiteit.*

## Bronnen

1. Kenis A. De invloeden van religie en spiritualiteit op gelukkig zijn. Niet gepubliceerde verhandeling Psychologie o.l.v. Prof. Dr. D. Hutsebaut, KuLeuven, Centrum voor ontwikkelingspsychologie, 2005.
2. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, Religion and Health, an Emerging Research Field. *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):24-35
3. Oman D, Thoresen CE. Do religion and spirituality influence health? In: Paloutzian RP, Park CL, editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 435-59

## 4. Spiritualiteit en cultuur, filosofie en maatschappij

Het concept spiritualiteit is een concept in evolutie. Om dit te kaderen moeten we even terug in de tijd. Sinds rond 380 de christelijk kerk de officiële staatsgodsdienst van het Romeinse Rijk werd, groeide het geestelijke, morele en ook politieke gezag van de kerk in Europa aanzienlijk.

In dat christelijk Europa werd **spiritualiteit** eerder als een deel van hun **religieuze ervaring** beschouwd, en stond het begrip sterk in contrast met de seculiere "wereldsheid". Zo sprak men bijvoorbeeld van een charismatische, een eucharistische of een franciscaanse spiritualiteit.

Sinds de 17<sup>de</sup> en 18<sup>de</sup> eeuw ontwikkelt zich echter de Verlichting. Dit is de cultuurfilosofische stroming die als belangrijkste principe hanteert dat men de waarheid omtrent bepaalde zaken kan vinden met behulp van de ratio in plaats van wat bijvoorbeeld kerkelijke autoriteiten zeiden zonder meer voor waar aan te nemen. Traditioneel bestaat er tussen Verlichting en de vele kerken aldus onbegrip en vijandschap. De Vrijzinnigheid ontwikkelde zich als de voortzetting van de Verlichting. In België wordt vrijzinnigheid bijna uitsluitend geassocieerd met het begrip **atheïsme** of met **agnosticisme**, minstens met een houding die volledig buiten de Katholieke kerk staat.

Het begrip **spiritualiteit evolueert** dan naar een bijzondere, maar **niet noodzakelijk confessioneel begrepen** religieuze levenshouding van de mens. **Apostel** introduceert zo de term **atheïstische spiritualiteit** in zijn gelijknamige boek.

Naast deze religieuze-atheïstische dimensie kan men de ontwikkeling van het begrip spiritualiteit ook kaderen binnen de **postmodernistische stroming**. Het postmodernisme is ontstaan als kritiek op het modernisme dat een voortzetting is van de Verlichting. Het **postmodernisme** gaat uit van een gebrekkige fundering van kennis. Omdat het fundament, het middel (de taal) en de rede daartoe ontbreken, kan men niet tot consensus komen, en heerst er een onophefbare pluraliteit van denken. De 'Waarheid' als dusdanig bestaat dan ook niet. Dit leidt tot waardenpluralisme en –relativisme. In recentere tijden is **spiritualiteit** in die optiek dan ook meer gaan betekenen dat iemands beleving meer persoonlijk, minder dogmatisch en met meer **openheid** voor nieuwe ideeën en invloeden en meer **pluralistisch** is dan het geloof van de gevestigde religies. Zij die liever van "spiritualiteit" spreken dan van "religie" zijn geneigd aan te nemen dat er vele "spirituele wegen" zijn en dat er geen objectieve waarheid bestaat over welke weg men het beste zou kunnen volgen. Op grond

daarvan worden keuzes voor het volgen van zo'n spirituele weg doorgaans bepaald door **subjectieve** verlangens en de verwachte meerwaarde voor de persoonlijke belevingswereld.

Er is heden ten dage immers een sterke **cultureel maatschappelijke evolutie** naar het **subjectieve leven**. Dobbelaere (2000) verwijst in die zin naar twee culturele stromingen. Het post materialisme dat de **verantwoordelijkheid** van het individu beklemtoont en dat het "zijn" meer waardeert dan het hebben, en anderzijds het expressief individualisme dat nadruk legt op de vrijheid van het individu en zijn **zelfrealisatie**. Volgens Heelas (2005) zullen we door het toenemend belang van het "subjectieve" een afname zien van spiritualiteit waarbij de nadruk ligt op een transcendente bron van zinvolheid en een toename van spiritualiteit die de innerlijke zingeving en autoriteit benadrukt en die het sacrale van het unieke subjectieve leven cultiveert.

Hierdoor is er een **ommezwaai van "leven volgens externe verwachtingen" naar een "subjectief leven" in diepe connectie met de eigen ervaring van het "zelf"**. Dit betekent dat men "goed" leeft in volledig bewustzijn van zijn "zelf", het verrijken van zijn ervaringen, manieren vinden om om te gaan met negatieve emoties, om te ontdekken hoe men de kwaliteit van zijn leven kan bevorderen. Het doel is niet te verwijzen naar een hogere autoriteit, maar naar een eigen autoriteit, niet te worden wat anderen willen dat ik word, maar te worden wie ik waarachtig ben. Deze evolutie gaat in de richting van **zelfrealisatie of zelfactualisatie**.

De termen, leven volgens externe verwachtingen en subjectief leven, kunnen ook het onderscheid tussen religie en spiritualiteit verduidelijken waarbij we leven volgens externe verwachtingen vooral terugvinden in religie en subjectief leven vooral in spiritualiteit. Het onderscheid is echter niet helemaal duidelijk, en er zijn zeker **overlappingen**.

Onderzoek na onderzoek toont aan dat een **toenemend aantal mensen zich eerder "spiritueel" noemen dan "religieus"**. In België, zoals in de meeste West-Europese landen zijn de meeste mensen niet meer geassocieerd met een religieuze denominatie. Slechts 45% vindt religie belangrijk en slechts 11% gaat regelmatig naar de kerk. In het Leuven onderzoek van Luchtmeijer et al (2001) noemde 49% van de onderzochte populatie zich matig spiritueel, 36% erg spiritueel, 45% noemde zich matig religieus, 35% erg religieus.

In een recent onderzoek van van Hove (2000) in Dobbelaere (2000), gebruikten betrokkenen eerder de term spiritualiteit om enerzijds hun oppositie naar het hiërarchische dogmatisch kerkelijke uit te spreken, maar anderzijds toch te getuigen van een zekere openheid voor het

“onuitsprekelijke”, van een geloof “dat er iets meer is”, waarnaar men op zoek is. In mijn gesprek met Prof. Hutsebaut noemde hij dit het “ietsisme”. Het ietsisme is een algemene term voor uiteenlopende overtuigingen waarbij mensen "aannemen" dat er "iets" is tussen hemel en aarde, zonder concreet een welbepaalde religie aan te hangen.

Ook in de VS noemt 20% van de bevolking zichzelf spiritueel, maar niet religieus. (Fuller, 2001 in Miller, 2003).

We zien dus een toename in het gebruik van het begrip spiritualiteit. Wat is de betekenis van die **shift naar het spirituele in de maatschappij**? Volgens sommigen zou het gaan om een laatste ademtocht van de dimensie van “het sacrale” die uiteindelijk gedoemd is om te verdwijnen in het Westen. Volgens anderen gaat het om een aardverschuiving in het landschap van “het sacrale”, dat veel ingrijpender zou kunnen worden dan de Protestantse Reformatie in de 16de eeuw.

In zijn boek “atheïstische spiritualiteit” schrijft Leo Apostel :” In drie millennia hebben culturen doorslaggevende wijzigingen ondergaan. Ze zijn daarbij grondig met elkaar in contact gekomen en ze hebben democratieën, wetenschappen en technologieën ontwikkeld. Daarom lijkt het waarschijnlijk dat bestaande spiritualiteiten zich zullen transformeren. De innerlijke diversiteit van elke traditie zal veel groter worden en de onderlinge interpenetratie van de verschillende tradities zal toenemen.”

*De toekomst zal de evolutie van de betekenis van spiritualiteit in de maatschappij verder uitwijzen.*

*Met dit hoofdstuk heb ik willen aantonen dat het begrip spiritualiteit sterk bepaald wordt door maatschappelijke, culturele en filosofische stromingen. In het onderzoek over het verband tussen spiritualiteit en gezondheid is het noodzakelijk inzicht te verwerven in deze evoluties. Het bij elkaar brengen van onderzoeken uit verschillende disciplines kan enkel bijdragen tot een betere conceptualisatie het begrip spiritualiteit. Dit is nodig om eenduidig en georganiseerd wetenschappelijk onderzoek te kunnen uitvoeren. Het volgend hoofdstuk handelt dan ook over de definitie van het concept spiritualiteit.*

#### Bronnen

1. Apostel L. Atheïstische spiritualiteit. Brussel:VUB Press 1998
2. Dobbelaere K, Elchardus M, Kerkhofs J, Voyé L, Bawin-Legrod B. Verloren zekerheid. Tielt: Lannoo; 2000

3. Glendinning T, Bruce S. New ways of believing or belonging: is religion giving way to spirituality? *Br J Sociol.* 2006 Sep;57(3):399-414.
4. Heelas, P. & Woodhead, L. (2005) *The Spiritual Revolution. Why Religion is Giving Way to Spirituality.* Malden-Oxford-Carlton, Blackwell Publishing.
5. Luchtmeijer G, Verbiest K, Wouters I. *Spiritualiteit, een bepaling van het concept. Een zoektocht naar eenheid in de veelheid.* Niet gepubliceerde verhandeling Psychologie o.l.v. Prof. Dr. D. Hutsebaut, KuLeuven, Centrum voor ontwikkelingspsychologie, 2001
6. Miller WR, Thoresen CE, *Spirituality, Religion and Health, an Emerging Research Field.* *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):24-35

## 5. Definitie van de termen spiritualiteit en gezondheid

### 5.1 Definitie van het concept spiritualiteit

**5.1.1 De conceptuele definitie van spiritualiteit** is moeilijk. Recent zijn er echter ontwikkelingen naar een meer eenduidige definiëring. Dit is noodzakelijk aangezien er, zonder duidelijke bepaling van het concept, geen eenduidig wetenschappelijk onderzoek mogelijk is.

Dat het concept “religie” en “spiritualiteit” ergens verwant zijn aan elkaar zien we in de definitie die William James geeft over religie. Hij is een van de eerste wetenschappers die in het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw reeds de relatie tussen religie en gezondheid bestudeerde. Volgens **William James** in “The varieties of religious experience”(1902) geciteerd in Hill (2003) kan religie best gedefinieerd worden als “Gevoelens, gedragingen en ervaringen van de individuele mens in zijn eenzaamheid...in relatie tot wat hij/zij als het goddelijke beschouwt”.

Een huidige invloedrijke definitie van spiritualiteit in het veld van de psychologie is de definitie van **Pargament** (Pargament, 1999 geciteerd in Boyatzis, 2005). Deze luidt als volgt “Spiritualiteit is de **zoektocht naar en relatie met** wat het individu als **heilige of sacrale transcendente eenheid** beschouwt”. De expertgroep aangesteld door het NIH (National Institute of Health) van de VS beschrijft de ‘zoektocht naar het sacrale’ als de kern van R en S (Hill, 2003).

Deze benadering duidt op het belang van het meer **dynamische, ervaringsgerichte, emotionele, doelgerichte** en **gedragmatige** aspect van R en S. Al die aspecten kunnen wetenschappelijk bestudeerd worden. Het sacrale houdt volgens Pargament concepten in als god, het goddelijke, de ultieme waarheid, het transcendente of elk ander aspect van het leven dat door zijn buitengewoon karakter een associatie met of representatie van de opgesomde concepten opwekt. Het sacrale wordt algemeen gezien als de fysische grenzen van tijd en ruimte, materie en energie overschrijdend, en is dus **niet observeerbaar**. De aspecten van “**de zoektocht naar...**” zijn wel **observeerbaar** zoals mediteren, bidden en andere spiritueel gemotiveerde gedragingen. Een zoektocht geeft richting en doel aan het leven, dit geeft de **existentiële dimensie** van R/S weer. Door de zoektocht naar het sacrale als kern te zien van R en S voldoet deze definitie ook aan een **pluralistisch** perspectief. Er is immers een grote verscheidenheid van wegen mogelijk. Hierdoor staat deze definitie ook open voor **zowel positieve als negatieve aspecten** van R/S aangezien mensen zowel

constructieve als destructieve wegen kunnen bewandelen. De concepten religie en spiritualiteit worden dan weer van elkaar gescheiden vermits het in deze zoektocht zowel kan gaan om **persoonlijk** geconstrueerde wegen, gebaseerd op een eigen geloof met eigen praktijken, als om bestaande rituelen en voorgeschreven gedragingen die ingebed liggen in een **religieuze instituties**. Het zou echter ook niet juist zijn te stellen dat spiritualiteit “strikt” persoonlijk is, aangezien het verschijnt in een **socio-culturele context** en de uitdrukking ervan niet in een sociaal vacuüm kan gebeuren.

*Wat in de definitie van Pargament niet heel duidelijk naar voor komt is een verwijzing naar de **cultureel maatschappelijke evolutie naar het subjectieve**. (zie hoofdstuk 4). **Spiritualiteit** betekent immers meer en meer het beleven van het sacrale dat de innerlijke zingeving en autoriteit benadrukt en het unieke subjectieve leven cultiveert **in diepe connectie met de eigen ervaring van het “zelf”**. In die optiek zijn er volgens Coyle (2001) in de wetenschappelijke literatuur twee benaderingen van het transcendente terug te vinden. De **transpersoonlijke** benadering die zich richt op een gevoel van verbondenheid met god, een hogere kracht of bewustzijn, en de **intrapersoonlijke** transcendentie die zich richt op de persoonlijke mogelijkheden van het “zelf”. Door spirituele groei worden de innerlijke mogelijkheden vergroot en wordt het “zelf” versterkt. *Pargament zegt “...relatie met wat het individu als **heilige of sacrale transcendente eenheid** beschouwt”. Misschien kan dit, alhoewel niet expliciet vermeld, zowel wijzen naar een trans- als naar een intrapersoonlijke transcendentie.**

*Bovendien vind ik de term **zelfactualisatie**, die binnen de cultureelmaatschappelijke evolutie van het begrip spiritualiteit aan belang wint, niet terug in de definitie van Pargament.* Zelfactualisering is een term uit de humanistische psychologie en geeft uiting aan de behoefte de eigen menselijke mogelijkheden optimaal te **ontwikkelen en te benutten**. Zelfactualisatie kan als een **zoektocht** naar het sacrale begrepen worden. **Pender** (1961) geciteerd in Callaghan (2003) beschrijft zelfactualisatie wel als de kern van spiritualiteit. “Spirituele gezondheid is de mogelijkheid van het individu om zijn spirituele natuur ten volle te ontwikkelen. Dit houdt in: zijn levensdoel ontdekken, liefde, vreugde, vrede en voldoening ervaren en zichzelf en anderen helpen hun capaciteiten tot het uiterste te ontwikkelen.” Opmerkelijk is dat *we in de definitie van gezondheid van de WHO een verwijzing vinden naar zelfactualisatie.* (zie verder)

*Vooraf mis ik de term “**ervaring**” in de definitie van Pargament*. Emmons en Paloutzian (2003) geciteerd in Boyatzis (2005) zeggen immers dat “ervaring de meest verwaarloosde



dimensie is in de studie van spiritualiteit". Boyatzis (2005) argumenteert dat de ervaring van de relatie met het sacrale op het knooppunt ligt tussen religie en spiritualiteit.

*Verder zijn de gebruikte termen religieus, meer bepaald Joods-Christelijk, gekleurd. Zo duidt de term "relatie" eerder naar een relatie met een persoonlijke god daarom verkies ik de term "verbondenheid met". Ook het woord "sacrale" heeft een religieuze bijklank. Soms wordt er voor een meer neutrale term gekozen zoals "datgene dat ons zelf overstijgt". Dit kan zowel wijzen op een trans- als intrapersoonlijke transcendentie. Ik verwijs hiervoor naar de definitie die Apostel geeft aan spiritualiteit.*

Volgens **Apostel** (1998) is het wezen van de **theïstische zowel als de niet-theïstische** spiritualiteit het zich **inschakelen** in het **grootste geheel** en de **decentralisatie** (het leven vanuit het **centrum dat we niet zelf zijn en dat ons overstijgt**). *Het "zich inschakelen in het grootste geheel" kunnen we zien als verbondenheid met het sacrale en zou kunnen wijzen op het transpersoonlijke transcendentie. "Het leven vanuit het centrum dat we niet zijn" zou kunnen wijzen naar het intrapersoonlijke transcendentie.*

Tot slot vermeld ik nog de definitie voor spiritualiteit van **Benson** ea, 2003 geciteerd in Wong ea, 2006: "Spiritualiteit is de **intrinsieke menselijke capaciteit** tot zelftranscendentie, waarin het zelf is ingebed in iets groter dan het zelf, met inclusie van het sacrale. Dit motiveert de zoektocht naar verbondenheid, zinvolheid, doelgerichtheid en contributie. " *Opvallend is dat hij spiritualiteit benoemt als intrinsieke menselijke capaciteit.*

Definities zijn meest bruikbaar indien ze conceptueel gegrond zijn en daarnaast ook **resoneren in het populaire gebruik** van de termen. Dit komt de validiteit van meetinstrumenten op basis van vragenlijsten ten goede. Indien populaire en wetenschappelijke definitie niet overeenkomen zit men met een interpretatieprobleem van die wetenschappelijke studies.

**5.1.2 Een operationele definitie** legt het verband tussen concepten en waarneembare gebeurtenissen en identificeert termen op grond van de empirische condities die worden gebruikt om ze te meten of te hanteren.

De definiëring van spiritualiteit als "zoektocht naar het sacrale" wordt ook bevestigd in het kwantitatief en kwalitatief exploratief **Vlaams** onderzoek van G. Luchtmeijer ea (2001) naar een begripsbepaling van de concepten spiritualiteit en religiositeit. Hierin vond men dat het gemeenschappelijk element tussen spiritualiteit en religiositeit de betrokkenheid op het

transcendente is en het differentiële element voornamelijk het institutioneel karakter van religiositeit is. In een kerk kan men zowel religieuze als spirituele mensen aantreffen, maar ook buiten een kerk kan men spirituele mensen aantreffen. Wat het concept “het transcendente” betreft geeft de grote meerderheid van respondenten in het onderzoek aan dat het transcendente “niet bereikbaar, bovenmenselijk, onkenbaar, onvatbaar, bovennatuurlijk is voor de mens” is. De **betrokkenheid op het transcendente** toont inhoudelijk een grote overeenkomst met wat hoger in de definitie van Pargament genoemd werd als “een relatie met en zoektocht naar het sacrale”

Chiu L. ea (2004) deed een review over het concept spiritualiteit in 73 research artikels vanuit **verschillende culturen**. Ze besluiten dat spiritualiteit volgende elementen inhoudt: **existentiële realiteit, verbondenheid, transcendentie, macht/kracht/energie en dat die elementen universeel zijn**. Het existentiële hield spirituele ervaringen, zin, doel van het leven en hoop in. Verbondenheid hield relatie met Zelf, Anderen, Natuur, en Hoger Wezen in.

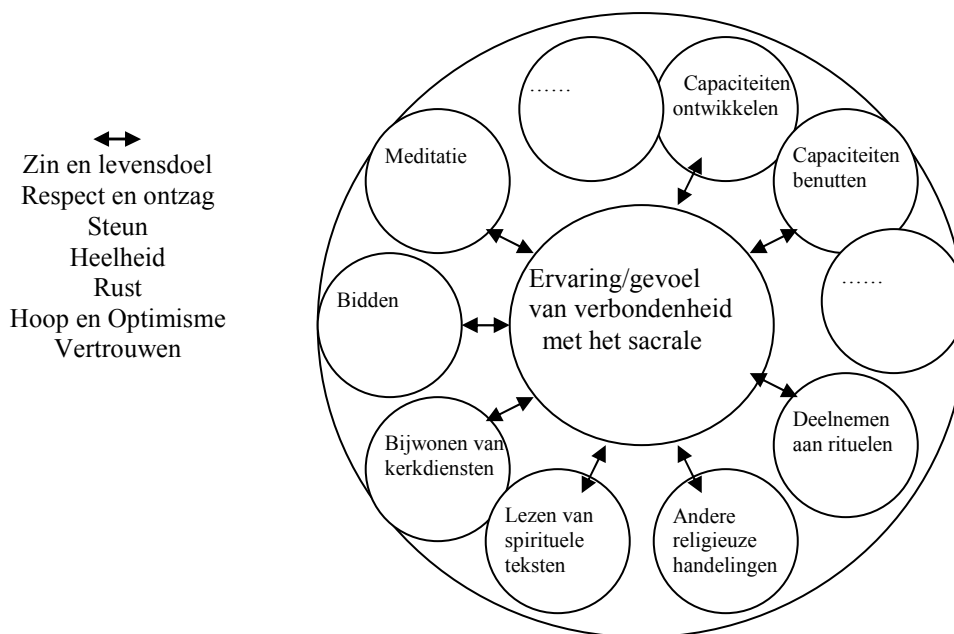
**Transculturele** definities van R/S die veralgemeend zouden kunnen worden zijn belangrijk voor de interculturele samenwerking op wetenschappelijke gebied. De WGO heeft hier een uitgebreide poging toe gedaan. In de **WHO** (World Health Organization) **QOL** (Quality of Life) vragenlijst vinden we vragen terug die de dimensie “spiritualiteit” trachten te meten. Hoe is men tot dimensie in de QoL-vragenlijst gekomen?

Een internationale beraadslaging van experts suggereerde een aantal facetten gerelateerd aan SRPB (spirituality, religion, personal believes), die in 92 focus groepen in 15 landen besproken werden. Deze focusgroepen werden per land over minstens 4 religies samengesteld. Participerende religies waren: het christendom, boeddhisme, hindoeïsme, jodendom, islam, andere (o.a. agnostici, atheïsten). De 8 facetten die op basis hiervan geselecteerd werden zijn “Connectedness to a spiritual being or force” (**verbondenheid met een spiritueel wezen of een spirituele kracht**) “meaning of life” (**zinggeving, levensdoel**) “awe” (**gevoelens van ontzag en respect**) “wholeness and integration” (**heelheid en integratie van geest lichaam en ziel**), “spiritual strength” (**spirituele sterkte**), “inner peace/serenity/harmony” (**innerlijke rust/sereniteit/harmonie**), “hope & optimism” (**hoop en optimisme**), “Faith” (**geloof, vertrouwen**) A. Moreira-Almeida en H. Koenig (2006) uitten in een reactie op deze studie volgende kritiek. De vragen in de WHO vragenlijst betreffende R/S, meer bepaald de vragen rond zinggeving, ontzag, heelheid en integratie, innerlijke vrede, sereniteit en harmonie en hoop en optimisme zijn volgens deze auteurs vragen over die aspecten van psychische well-being, die een gevolg kunnen zijn van R/S maar niet zélf

religieus of spiritueel zijn. Hierdoor krijgt men overlappende begrippen en daardoor is het dan ook niet verwonderlijk dat dusdanige meting van R/S gecorreleerd is met psychische gezondheid. Volgens beide auteurs is het een belangrijke valkuil om, bij het ontwikkelen van een wereldwijd aanvaardbare meting van R/S, te 'breed' te gaan en daardoor de kern te verliezen. Ze menen dat betreffende vragen heel erg belangrijk zijn in een QOL instrument maar om deze constructen "spiritueel" te noemen enkel tot verwarring zal leiden.

Spiritualiteit is echter een **complexe multidimensionele** constructie die eigenschappen bevat die niet observeerbaar zijn en die **geen duidelijke grenzen** heeft. "Een grens trekken tussen spiritualiteit en psychologie is niet mogelijk" dixit prof. Hutsebaut. Een gelijkaardig concept is bijvoorbeeld gezondheid. **Geen enkelvoudige meting of dimensie kan het volledige concept omvatten.** Het begrip spiritualiteit wordt schematische weergegeven in Fig 5.1.

*Fig. 5.1.1 Het concept spiritualiteit*



*Voor die schematische voorstelling vertrek ik van de definitie van Pargament. Zijn definitie van spiritualiteit is "zoektocht naar en relatie met wat het individu als heilige of sacrale transcendente eenheid beschouwt." De term relatie heb ik vervangen door **verbondenheid** om redenen die ik hierboven reeds beschreven heb. De **ervaring/ het gevoel** van die **verbondenheid** is de kern van spiritualiteit.*

*Verbondenheid waarmee? Het invullen van deze term hangt af van de gevolgde weg/zoektocht en hoe de persoon die ervaring benoemt. Volgens de specifiek gevolgde weg en het subjectieve aanvoelen, kan dit genoemd worden: "het Ware Zelf", "God", "het*

Transcendente”, “de Natuur”, “de Anderen”, “het Groter Geheel” en nog vele andere termen. Ik schrijf dit steeds met hoofdletter omdat het die ervaring van verbondenheid een diepmenselijke existentiële betekenis kan hebben.

Om echter een niet heel nieuwe definitie te ontwikkelen hou ik het bij het woord “**sacrale**”. De woorden “sacraal” en “heilig” zullen in deze studie dan ook terugkomen. Deze woorden dienen **symbolisch** geïnterpreteerd te worden en kunnen een religieuze zowel als een profane betekenis hebben.

De kleine cirkels in de periferie duiden op de **verschillende mogelijke wegen** in de zoektocht. De zoekwegen kunnen afhankelijk van het kader waaruit ze gevolgd worden opgedeeld worden in religieus gekaderde wegen en individueel, persoonlijk gekaderde wegen. Er is echter een mogelijke overlapping. Iemand die een **persoonlijke weg** volgt kan ook gebruik maken van religieuze wegen, iemand die een **institutionele weg** volgt kan ook gebruik maken van persoonlijke wegen. **Er is maatschappelijk een tendens naar persoonlijke zoekwegen.**

De ervaring van verbondenheid met het sacrale kan leiden tot een waaier van **positieve gevoelens** (pijltjes gaan in 2 richtingen) zoals **ontzag, rust, steun, eenheid, vertrouwen, hoop, optimisme**. Spiritualiteit kan richting en doel geven aan het leven en heeft dus een **existentiële betekenis**. Het vormt ook een **motiverende kracht**.

Verder in **deze literatuurstudie** wordt er uitgegaan van de definitie van spiritualiteit zoals weergegeven in figuur 5.1.1. **Spiritualiteit is de zoektocht naar en het ervaren van verbondenheid met wat het individu als sacraal beschouwt. Religie ligt ingebed in het concept spiritualiteit, het wordt gezien als een van de mogelijke wegen naar de kern van spiritualiteit.** De meeste studies tot op vandaag hebben het concept religie bestudeerd. Dit is mede de reden waarom ik **de afkorting R/S** vaak gebruik, religie is immers een deelaspect van spiritualiteit. Recentere studies spitsen zich meer toe op de persoonlijke zoekwegen zoals zelfactualisatie

#### Bronnen

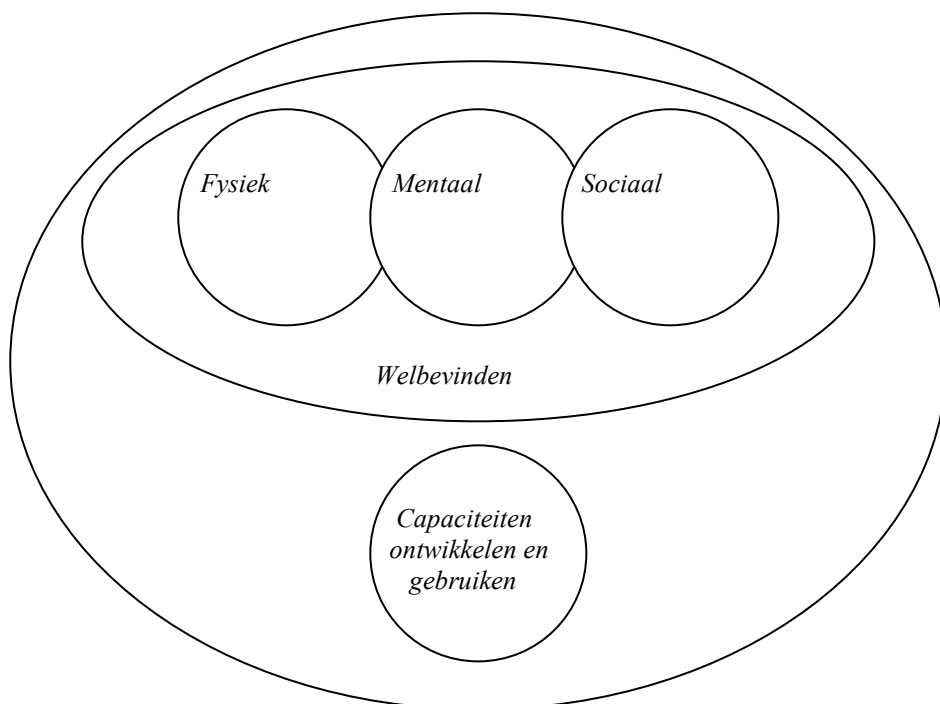
1. Apostel L. Atheïstische spiritualiteit. Brussel:VUB Press 1998
2. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. West J Nurs Res 2004 Jun;26(4):405-28

3. Boyatzis CJ. Religious and spiritual development in childhood. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 123-41
4. Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *J Adv Nurs* 2002;37(6):589-97
5. Hill PC, Pargament KI. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research. *AM Psychol* 2003 Jan;59(1):64-74
6. Hutsebaut D: persoonlijke mededeling, 10 juli 2007
7. Kenis A. De invloeden van religie en spiritualiteit op gelukkig zijn. Niet gepubliceerde verhandeling Psychologie o.l.v. Prof. Dr. D. Hutsebaut, KuLeuven, Centrum voor ontwikkelingspsychologie, 2005
8. Luchtmeijer G, Verbiest K, Wouters I. Spiritualiteit, een bepaling van het concept. Een zoektocht naar eenheid in de veelheid. Niet gepubliceerde verhandeling Psychologie o.l.v. Prof. Dr. D. Hutsebaut, KuLeuven, Centrum voor ontwikkelingspsychologie, 2001
9. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, Religion and Health, an Emerging Research Field. *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):24-35
10. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). *Soc Sci Med.* 2006 Aug;63(4):843-5. Epub 2006 May 2. Erratum in: *Soc Sci Med.* 2006 Nov;63(10):2753.
11. O Connel KA, Skevington SM. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health related quality of life: themes from focus groups in Britain. *Br J Health Psychol* 2005 Sep;10(Pt 3):379-98
12. Oman D, Thoresen CE. Do religion and spirituality influence health? In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 435-59
13. WHOQOL SRPB Group, A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med.* 2006 Mar;62(6):1486-97
14. Wong YJ, Rew L, Slaikeu KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues Ment Health Nurs.* 2006 Feb-Mar;27(2):161-83.

## 5.2 Definitie van het concept gezondheid

Het **concept gezondheid** heeft zich de laatste jaren ontwikkeld als iets dat veel meer is dan alleen de afwezigheid van ziekte. Het begrip gezondheid wordt in deze studie beschouwd zoals beschreven in de definitie van de **WGO** (Wereld Gezondheid Organisatie), “Gezondheid is een toestand van een zo optimaal mogelijk fysiek, mentaal en sociaal welbevinden, waarbij iedereen de kans moet hebben om als mens capaciteiten te ontwikkelen en te gebruiken met een maximaal aantal vrijheidsgraden en keuzemogelijkheden.”(WHO, 1986 geciteerd in [www.vig.be](http://www.vig.be)) Het begrip gezondheid wordt schematisch weergegeven in Fig. 5.2.

Fig. 5.2.1 Het concept gezondheid.



**Wanneer men de schematische voorstellingen van het begrip gezondheid en spiritualiteit bekijkt, kan men de vraag stellen of ze beide via het begrip zelfactualisatie, namelijk het ontwikkelen en benutten van capaciteiten, met elkaar verbonden zijn. Bij het besluit van dit eindwerk zal ik enkele aanpassingen maken aan deze schematische voorstellingen en een eventuele link tussen beide concepten voorstellen.**

*Na deze definiëring van de termen spiritualiteit en gezondheid wordt in volgende hoofdstukken bestaande literatuur over het verband tussen beide beschreven eerst bij de algemene populatie, daarna bij de adolescent.*

Bron

1. VIG. Gezonde School. Ruim Begrip. [Online]. [cited 2007 August 10]; [1 screen]. Available from URL: [www.vig.be](http://www.vig.be)

## 6. Spiritualiteit en gezondheid in de algemene populatie

### 6.1 Inleiding

*Ik heb de vraag: “Is of kan er volgens u een relatie zijn tussen spiritualiteit en gezondheid?” gesteld aan beide experts.*

Prof. Hutsebaut antwoordde: “Vanuit studies over de relatie tussen geloof en mentale gezondheid zien wij inderdaad enkele verbanden. Een gesloten geloof, strak, dogmatisch, wat angstig, hangt samen met minder goede mentale gezondheid, maar een open geloof, interpreterend en zoekend hangt samen met een goede mentale gezondheid.”

Verder meldde hij dat bij een specifieke populatie, zoals bij mensen die op een of andere manier geconfronteerd worden met het einde van het leven, er doorgaans een sterker verband gevonden wordt tussen religie en (mentale) gezondheid, dixit Prof. Hutsebaut.

Prof. Van Bendegem antwoordde:

“Ik ben geneigd om te zeggen dat de mogelijkheid van deze relatie evident is. Gegeven dat het mentale en het fysieke aan elkaar gekoppeld zijn, moet het ene een effect kunnen hebben op het andere en omgekeerd. Tegelijkertijd is het even belangrijk om op te merken dat dit zowel positief als negatief kan zijn.”

Grote epidemiologische studies hebben het verband tussen het bijwonen van kerkdiensten en gezondheid onderzocht. Recent heeft men echter ingezien dat R/S een multidimensioneel begrip is en heeft men ook andere aspecten onderzocht.

Batson ea (1993) in Dezutter ea (2006) stelde dat R/S metingen zich kunnen focussen op R/S betrokkenheid en gedrag of op R/S attitudes en oriëntaties. De term **betrokkenheid** duidt op de mate van verbondenheid met het sacrale. De term **gedrag** duidt op de mate dat het individu R/S gedragingen uitvoert zoals vb bidden, de kerkdienst bijwonen.

In het kader van de link tussen R/S en gezondheid is het immers niet enkel van belang is om te weten of en de mate waarin iemand religieus of spiritueel is maar meer nog **hoe (attitudes en oriëntaties)**.

Er zijn **3 belangrijke oriëntaties**. Allport en Ross (1967) in Dezutter (2006) formuleerden op basis van **onderliggende doelen en motieven** twee verschillende R/S oriëntaties, namelijk intrinsieke versus extrinsieke R/S. Bij intrinsieke beleving staat R/S centraal, het is dé motiverende kracht in het leven. Deze mensen leven vanuit R/S. Bij extrinsieke beleving wordt R/S gebruikt voor motieven die in de buitenwereld liggen, enerzijds sociale motieven



bijvoorbeeld status en zelfrechtvaardiging en anderzijds persoonlijke motieven zoals gebed voor bescherming tegen ziekte. Op basis hiervan spreekt men van intrinsiek georiënteerde R/S personen en extrinsiek georiënteerde personen. Naast deze intrinsiek/extrinsieke oriëntatie is er ook nog de quest oriëntatie (Batson ea, 1991 in Egbert ea, 2004) die het zoeken naar antwoorden op ultieme vragen beklemtoont.

Ook Apostel (1998) vermeldt dat het van belang is om het onderscheid te maken tussen authentieke versus niet-authentieke spiritualiteit. Hij geeft 4 criteria om beide te onderscheiden.

- (1) Magie. Spiritualiteit kan niet magisch zijn. Magie is een poging om door innerlijk of uiterlijk handelen macht te krijgen over andere mensen, de natuur of bovennatuur.
- (2) Gnosis. Authentieke spiritualiteit kan geen gnosis zijn. Gnosis is een poging om door spiritualiteit kennis te verwerven die voor niet-spirituele personen onbereikbaar is.
- (3) Hedonisme. Spiritualiteit kan niet gebruikt worden om te genieten van rust en extase. Een spirituele weg is slechts authentiek indien men verkiest om iets meer en iets anders te kunnen doen voor andere mensen, en voor de natuur.
- (4) Hoogmoed. Spiritualiteit is vrij van hoogmoed.

Recente en minder recente gebeurtenissen in de wereld laten er geen twijfel over bestaan dat R/S gebruikt kan worden om **haat en onverdraagzaamheid** te rationaliseren. De begrippen extrinsieke R/S zowel als niet-authentieke spiritualiteit laten ook toe te begrijpen dat de beleving van R/S kan **leiden tot of voortkomen uit** een grote **afhankelijkheid, obsessionele denkpatronen, perfectionisme, schuldgevoelens of angst**.

Bij de vraag of R/S gezondheid ook positief kunnen beïnvloeden en of die dan opwegen tegen de negatieve gevolgen is het dus zeker **van belang oog te hebben voor de wijze waarop een persoon R/S is**.

Volgens Hill en Pargament (2003) is er recent vooruitgang gemaakt in het aflijnen van R/S aspecten die functioneel gerelateerd zijn aan fysische en mentale gezondheid. Zij bespreken 4 belangrijke items. Bijkomend vermelden Dezutter ea (2006) nog een bijkomend 5<sup>de</sup> item namelijk R/S attitudes.

### 1. Mate van verbondenheid met het sacrale

De theoretische achtergrond voor het belang van die maatstaf voor fysieke en psychische gezondheid ligt in de hechtingstheorie. Hierin wordt gesuggereerd dat mensen die een

veilige gehechtheid met het sacrale ervaren meer sterkte en vertrouwen hebben in het dagelijkse leven en zeker in stressvolle situaties waardoor er minder fysiologische stress zou ontstaan en minder eenzaamheidsgevoelens, minder depressie, een beter zelfvertrouwen, meer relationele volwassenheid en grotere psychosociale competentie.

## 2. R/S als oriënterende en motiverende kracht

R/S kan gezien worden als een zingevingsysteem, het kan een kader vormen dat mensen motiveert en richting geeft in het leven. Theoretisch gezien kan R/S leiden tot het beschouwen van bepaalde aspecten van het leven als “heilig” vb het lichaam, de psyche, waardoor er met respect mee omgegaan wordt. Het gevoel van “heiligheid” kan een bron zijn van sterkte, motivatie, coping. R/S kan mensen een ultiem doel in het leven verschaffen en bijdragen tot existentiële well being. Spiritueel streven kan zorgen voor empowerment, stabiliteit, steun en richting. Het kan leiden tot een duidelijke levensfilosofie die leent tot een meer coherente persoonlijkheid. R/S kan mensen in stressvolle situaties ook leiden tot R/S coping mogelijkheden zoals gebed, meditatie, overgangsrituelen. Een persoon die R/S groei nastreeft zal eerder “ondeugden” mijden (vb alcoholmisbruik, afgunst, hoogmoed...) en eerder “deugden” beoefenen (zoals dankbaarheid, vergeving, hoop). Verscheidene empirische studies (zie later) wijzen in die richting.

R/S kan het zelfconcept van de persoon beïnvloeden. Gerelateerd aan het zelfconcept is de term self-efficacy, het vermogen en de overtuiging om adequaat en efficiënt te handelen in een gegeven situatie. Hoe hoger het gevoel van self-efficacy, hoe groter de motivatie tot handelen. Dit is van belang in gezondheids promotie. (zie ook hoofdstuk 6.6 over gezondheidsbevorderend gedrag)

## 3. R/S steun

Onderzoek suggereert dat steun die individuen ondervinden in een geloofsgemeenschap een aantal voordelen biedt op het vlak van gezondheid. Ze kan zowel materieel als psychisch als spiritueel zijn en een bron zijn van zelfvertrouwen, en kameraadschap bij stressvolle levensgebeurtenissen. Alhoewel het belang van sociale steun voor gezondheid bewezen is, is dit item in de studie van spiritualiteit niet of minder van belang aangezien het hier eerder gaat om een persoonlijk individueel gebeuren. De beleving van spiritualiteit voltrekt zich echter niet in een sociaal vacuüm. Ook spiritueel georiënteerde groeperingen (of relaties) kunnen misschien een gelijkaardige steun verlenen aan hun leden.

## 4. R/S conflicten

Het gaat hier om interpersoonlijke, intrapersoonlijke conflicten of conflicten met het sacrale. Deze conflicten kunnen bijzonder stressvol zijn omwille van het feit dat ze een uitdaging

vormen voor die aspecten van het leven die het meest “heilig” zijn en deze conflicten kunnen harde ultieme onveranderbare waarheid impliceren over de menselijkheid. Deze conflicten zijn geassocieerd met psychische stress, angst, depressie, negatieve gemoedsstemming, verminderde levenskwaliteit, paniekstoornissen en zelfmoordneigingen. Anderzijds kunnen deze conflicten ook geassocieerd zijn met positieve outcome, zoals grotere stressbestendigheid, spirituele groei, openheid van geest, zelfverwezenlijking en een vermindering van vooroordelen. R/S conflicten wordt in de DSMIV beschreven als een aandoening of een probleem dat een reden voor zorg kan zijn.

### 5. R/S attitudes

Attitudes geven de sociaal-cognitieve benadering van R/S weer. Een open en zoekende houding tegenover R/S is positief gerelateerd aan psychisch welbevinden en negatief aan psychisch lijden. (zie verder hoofdstuk 6.7). Volgens Maltby and Day (2003) in Dezutter (2006) bepalen R/S attitudes de mate waarin en de manier waarop R/S gebruikt wordt als mechanisme om stressvolle gebeurtenissen te beoordelen en te verwerken. Dit zou het effect op welzijn verklaren.

*Dit hoofdstuk geeft weer dat de relatie tussen R/S en gezondheid een zeer complexe relatie zal zijn. Het gaat immers om een relatie tussen 2 multidimensionele begrippen die elkaar zowel positief als negatief zouden kunnen beïnvloeden. In het volgende hoofdstuk worden de meettechnieken besproken. Daar komen de moeilijkheden met de omschrijving van de concepten oriëntaties en attitudes opnieuw aan bod. Daarna wordt er overgegaan op bespreking van de wetenschappelijke studies.*

### Bronnen

1. Apostel L. Atheïstische spiritualiteit. Brussel:VUB Press 1998
2. Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors versus religious attitudes. *Pers Individ Dif* 2006;40: 807-818
3. Egbert N, Mickley J, Coeling H. A review and application of social scientific measures of religiosity and spirituality: assessing a missing component in health communication research. *Health Commun* 2004;16(1):7-27
4. Hill PC, Pargament KI. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research. *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):64-74
5. Hutsebaut D: persoonlijke mededeling, 10 juli 2007
6. Van Bendegem JP: persoonlijke mededeling, 7 juli 2007

## 6.2 Meetinstrumenten

### 6.2.1 Inleiding

Alvorens een opsomming te geven van de bestaande meetinstrumenten bespreek ik de 4 criteria die van belang zijn bij het **evalueren van psychometrische testen**.

(1) Er moet **een theoretische basis** zijn. De meetinstrumenten worden bepaald door (a) de conceptualisatie van R/S en (b) door wat de onderzoekers als volwassen vorm van religiositeit/spiritualiteit beschouwen. Vandaar dat meetinstrumenten voortdurend dienen bijgesteld te worden in functie van beide zaken.

(2) **Representatieve onderzoekspopulatie**: vaak zijn de onderzoekspopulaties op basis waarvan meetinstrumenten ontwikkeld zijn niet representatief. Vele meetinstrumenten reflecteren een christelijke bias zelfs wanneer ze niet geïdentificeerd zijn als meetinstrumenten voor de christelijke religie. Er is een tekort aan niet christelijke, niet Westerse meetinstrumenten.

(3) **De betrouwbaarheid** wordt gemeten door 2 technieken: (1) de interne consistentie die de interne structuur van het meetinstrument beschrijft en de (2) test-retest betrouwbaarheid. De meeste R/S testen steunen op de interne consistentie test van Cronbach's coëfficiënt alfa. De test-retest meting van betrouwbaarheid wordt minder vaak gebruikt.

(4) De **validiteit** bepaalt of wat een instrument meet ook hetgeen is wat men werkelijk wil meten. De validiteit van R/S meetinstrumenten is vaak gecompromitteerd door niet representatieve onderzoekspopulaties en door een tekort aan aanhoudend wetenschappelijk onderzoek bij verschillende populaties.

Hierna volgt een selectie van die R/S meetinstrumenten die het meest gebruikt worden in het wetenschappelijk onderzoek naar het verband met gezondheid. Zoals in vorig hoofdstuk beschreven is het niet enkel van belang te weten of en de mate waarin iemand R/S is maar ook hoe. Tsang en Mc Cullough (2005) in Hill (2005) stellen voor om bij onderzoek **steeds deze twee niveaus te meten**. Niveau 1 of het algemene niveau meet of en de mate waarin iemand R/S is, met andere woorden betrokkenheid en gedrag, en Niveau 2 of het operationele of functionele niveau meet attitudes en oriëntaties.

### 6.2.2 Niveau 1: Algemene R/S meetinstrumenten.

De **Spiritual Well-Being scale (SWB) (Paloutzian en Ellison, 1982)** is ongetwijfeld het **meest gebruikte** sociopsychometrische instrument in verband met onderwerp spiritualiteit. De SWB heeft 2 subschalen (1) de Religious Well Being schaal die de verticale component meet, met name het gevoel van verbondenheid met (in de originele test wordt er verwezen naar god) het sacrale en de (2) horizontale component, de Existential Well Being schaal (de

spirituele doelgerichtheid en voldoening in het leven); Deze test is betrouwbaar consistent en valide bevonden maar er wordt kritiek gegeven rond religieuze bias van de gebruikte termen.

Voor non-theïstische overtuigingen is het gebruik van de ***Mysticism Scale (Hood, 1975)*** goed onderzocht. Deze schaal focust op ervaringen zoals ervaringen van eenheid of leegte. Hiertegenover staat de ***Daily Spiritual Experience Scale (Underwood, 1999)*** deze meet dagelijkse ervaringen van verwondering, vreugde, innerlijke rust. ***De Spiritual Assessment Inventory (SAI) (Hall & Edwards, 1996)*** heeft 5 dimensies: bewustzijn, instabiliteit, defensieve stijl en ontgoocheling, grootsheid, realistische aanvaarding. Deze schaal gaat uit van het idee dat mensen zich verhouden tot het sacrale met dezelfde psychologische processen als ze zich verhouden tot andere mensen.

Er werd één algemeen meetinstrument ontwikkeld in **Vlaanderen**, namelijk de **Spiritualiteitsvragenlijst (Luchtmeijer ea 2001)**. Zij ontwikkelden dit meetinstrument op basis van theoretisch, kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Dit leverde een meetinstrument dat 5 factoren bevatte: (1) **betrokkenheid op het transcendente**, dit duidt op de sterkte van de relatie met het transcendente, (2) **relativisme**, dit duidt op het idee dat visies en conceptualisaties nooit absoluut zijn, (3) **levensdoel**, dit duidt erop dat men een doel heeft in het leven en zich daarvoor dient in te zetten, (4) **medemenselijkheid**, dit geeft weer dat men vertrouwt op het goede in de mens en zich ook verantwoordelijk voelt dit in stand te houden, (5) **ambivalentie**, dit is de zwakste factor en duidt op een zekere weerstand tegen communiceren over het spirituele

De opgesomde schalen zijn voornamelijk gebruikt en getest bij joods-christelijke al dan niet geseclariseerde populaties. Sommige wetenschappers pleiten voor meer specifieke vragenlijsten gericht naar specifiek religieuze populaties, andere voor meer veralgemeende meetinstrumenten, bruikbaar in populaties met verschillende geloofsovertuigingen.

In die optiek ontwikkelde de **WHO recent (2006) het WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life)** meetinstrument voor beoordeling van **SRPB** (spirituality, religion and personal beliefs) in een cross-culturele onderzoekspopulatie over 18 landen. Dit instrument wordt afzonderlijk in hoofdstuk 6.8 besproken.

### **6.2.3 Niveau 2: Operationele R/S meetinstrumenten**

***Religious Orientation Scale (ROS) (Allport en Ross, 1967)*** is een van de eerste en een zeer invloedrijk operationeel meetinstrument. Deze meet 11 items betreffende extrinsieke R/S, en 9 items betreffende intrinsieke R/S. Deze schaal heeft echter ook een christelijke

bias en problemen betreffende sociale wenselijkheid. Dit instrument wordt vooral gebruikt in studies betreffende het verband tussen gezondheid en de sociale steun enerzijds (extrinsiek), anderzijds de persoonlijke ervaring van die ondersteunende relaties (intrinsiek) in christelijke populaties.

Vele andere meetinstrumenten zijn ontwikkeld op basis van deze schaal, onder andere de **Age Universal I-E scale (Gorsuch & Venable, 1983)**. Deze kenmerkt zich door een eenvoudiger taalgebruik en is bruikbaar bij volwassenen en universiteitsstudenten, er zijn geen gegevens over consistentie bij jongere populaties. Ook hier worden de items zo verwoord dat religiositeit vooropgesteld wordt. Een verdere aanpassing gebeurde in de **Amended Age Universal I-E scale (Maltby & Lewis, 1996)** waardoor de betrouwbaarheid en de validiteit verbeterde en deze schaal ook kan gebruikt worden bij hogeschool studenten. De **Intrinsic Religious Motivation Scale (IRMS)(Hoge, 1972)** is eveneens afgeleid van de ROS. Hier wordt er gefocust op **motivatie** achter intrinsiek geloof en religie. De termen zijn algemeen zodat deze schaal kan gebruikt worden voor verschillende religies. De **Duke Religion Index (DUREL)(Koenig et al, 1997)** is een verzameling van 3 items van de IRMS die vooral intrinsieke religie meet. Het is een test met aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit. **De Index of Core Spiritual Experiences (INSPRIT (Koenig et al, 2001))** is breder dan vorige metingen van religieus geloof, ze identificeert ervaringen die meer intens zijn dan een amorf "ik geloof in god". Deze test meet wat conceptueel overeenkomt met intrinsieke religiositeit.

De **Quest scale (Batson en Schoenrade, 1991)** is een schaal die naast intrinsieke en extrinsieke religiositeit nog een **andere motivationele factor** onderzoekt namelijk iemands **zoektocht** naar antwoorden op ultieme vragen. Een aanpassing van deze schaal door Maltby&Day (1998), verbeterde de validiteit en de interne consistentie van deze test. Deze schaal is toepasbaar voor **religieuze en niet-religieuze** populaties en werd tot nog toe enkel gebruikt in hogeschool studenten. Deze studies waren niet gezondheids gerelateerd. Misschien kan deze schaal gebruikt worden in studies die willen onderzoeken hoe de manier waarop iemand zoekt naar zingeving in zijn leven gerelateerd is aan zingeving aan gezondheid en ziekte.

De vorige meetinstrumenten focussen zich op motivationele factoren in R/S. De volgende meet de rol van R/S bij coping in stressvolle omstandigheden.

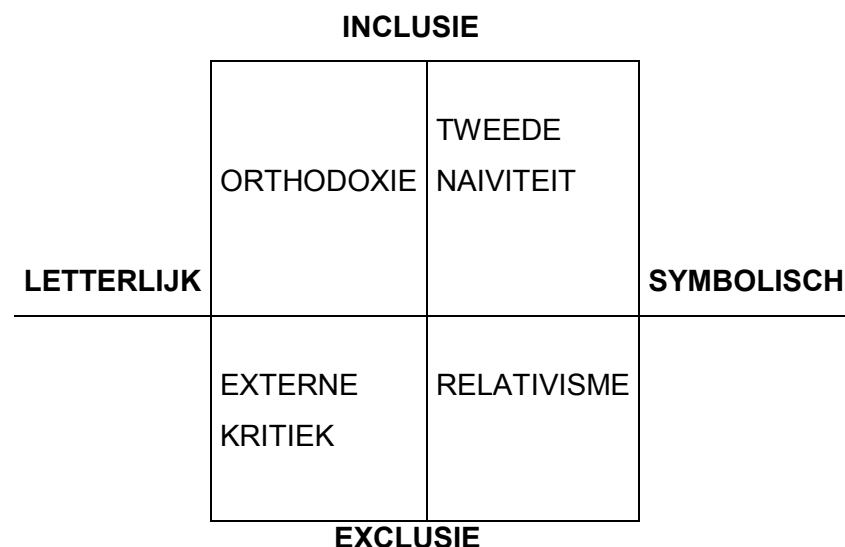
**RCOPE en BRIEFCOPE (Pargament et al, 2001)**. Dit instrument wordt gebruikt om vast te stellen hoe religie iemand helpt om **het hoofd te bieden aan stress**. Hiervoor werd de RCOPE de Brief RCOPE ontwikkeld. De 3 subschalen zijn: (1) **zelf directief** (bij een

stressvolle gebeurtenis probeer ik een oplossing te zoeken zonder daarbij op god te steunen) (2) **samenwerkend** (wanneer ik een stressvol probleem moet oplossen werk ik samen met god een oplossing uit) (3) **vermijden/uitstellen** (bij een stressvolle gebeurtenis zal ik eerder god voor een oplossing laten zorgen dan zelf voor een oplossing te zorgen). De vermijdende stijl is meer geassocieerd met een extrinsiek geloof, de zelf directieve stijl met een quest oriëntatie, en de samenwerkende stijl is geassocieerd met intrinsiek geloof. Deze schaal werd ontwikkeld en getest in joods-christelijke populaties.

Alle tot nu toe beschreven operationele schalen zijn Engelstalig en ontwikkeld in de Verenigde Staten, meestal voor joods-christelijke populaties. Gezien de duidelijke afname van het impact van geïnstitutionaliseerde religie op de bevolking in Vlaanderen, zijn deze testen hier minder geschikt.

De **Post-Kritische Geloofsschaal (Hutsebaut, 1996, Duriez et al., 2000) (PKG)** werd in **Vlaanderen** ontwikkeld. Het instrument is gesitueerd op het niveau van sociale cognitie en meet R/S **attitudes** ten opzichte van het christendom bij de religieuze en niet religieuze populatie. De PKG werd ontwikkeld op basis van het model van Wulff. Volgens Wulff (1991, 1997) in Duriez (2004) zijn er verschillende **mogelijke benaderingen van religie** die kunnen samengevat worden in 2 dimensies. (1) De exclusie versus inclusie van het transcendente en (2) het letterlijk versus symbolisch omgaan met geloofsinhouden. Die 2 dimensies zijn voldoende om de relaties van de 4 items van de PKG uit te leggen. Zie Fig. 6.2.3.1.

Fig. 6.2.3.1 Hutsebauts Model voor de Post-Kritische Geloofsschaal (1996)



- (1) Orthodoxie = letterlijk geloven in het transcendente (bijvoorbeeld "Maria is werkelijk maagd gebleven, ook al gaat dit in tegen het moderne denken")
- (2) Externe Kritiek = afwijzen van het transcendente op basis van letterlijke interpretatie (bijvoorbeeld "Geloven is een uiting van een zwakke persoonlijkheid")
- (3) Relativisme=de symbolische betekenis zien, maar afwijzen van het transcendente (bijvoorbeeld "Wereldlijke en religieuze levensbeschouwelijke opvattingen geven even waardevolle antwoorden op belangrijke levensvragen")
- (4) Tweede Naïviteit= niet letterlijk maar symbolisch geloven in het transcendente (bijvoorbeeld "De historische juistheid van de bijbelverhalen is irrelevant voor mijn geloof in God").

Bij letterlijke interpretatie ontbreekt elke vorm van persoonlijke invulling. Bij symbolische interpretatie wordt er op een creatieve manier omgegaan met het religieuze dat zo persoonlijke relevantie krijgt. Uit onderzoek van Luchtmeijer ea (2001) blijkt dat de factor **Tweede Naïviteit** het nauwst samenhangt met wat de onderzochte populatie **spiritualiteit** noemt. De PKG werd gebruikt in onderzoek naar verband met psychische en sociale gezondheid. Het werd zowel in een volwassen populatie als bij adolescenten gebruikt. De betrouwbaarheid en validiteit is uitvoerig bestudeerd en goed bevonden.

*Eigen bedenking, besproken met Prof. Hutsebaut: Het meetinstrument meet hier specifiek de attitudes tegenover het christendom, maar zou mits aanpassing ook bruikbaar zijn voor het meten van attitude tegenover andere religies en tegenover meer persoonlijke wegen in de zoektocht naar het sacrale. Dan zou je volgende attitudes kunnen meten (1) orthodoxie: het letterlijk en vastklampend aanhangen van één weg als de enige ware mogelijke weg in de zoektocht naar het sacrale; (2) externe kritiek: het volledig afwijzen van elke zoektocht naar het sacrale (aangezien het transcendente/sacrale hier afgewezen wordt); (3) relativisme: zoektochten naar het sacrale vb meditatie, kunnen een belangrijke waarde hebben op zichzelf, los van het transcendente (sacrale); (4) tweede Naïviteit: er zijn verschillende wegen in de zoektocht naar het sacrale, de eigen gekozen weg wordt gevolgd met een openheid naar het sacrale en dit op een open, niet letterlijk vastklampende manier*

In **Nederland** werd de **Receptiviteitschaal (van Uden ea, 2005)** ontwikkeld als meetinstrument voor **religieuze coping**. Aan de basis van Pargament's conceptualisatie van religieuze coping ligt de onderliggende gedachte van een persoonlijke god en dit houdt geen rekening met een onpersoonlijke god die frequenter voorkomt in Nederland en in Vlaanderen. Mensen zijn in hun R/S beleving niet altijd gericht op probleemoplossing met of zonder god. Een receptieve houding stelt de mens in staat open te staan voor wat men niet kan controleren. De receptiviteit items resulteerden in 2 componenten: (1) de **receptiviteit-**



**agens**: dit verwijst naar een actief agens dat aanwezig is en iets onthult, men kan zich dit agens voorstellen als een min of meer persoonlijke god. En (2) de **receptiviteit non-agens**: dit verwijst naar een zich openstellen voor het lot, of de wetten van de kosmos. Het agens is afwezig en iets onthult zichzelf. De totale receptiviteit hangt samen met **religiositeit**, **betrokkenheid op het transcendente** en “basic trust” of **basisvertrouwen**, een concept van Erikson. In een studie uitgevoerd in Vlaanderen door Neyrinck ea (2004) in R van Uden (2005) waarin de receptiviteitschaal werd onderzocht vond men dat mate van receptiviteit positief correleert met de **symbolische dimensie**, betrokkenheid op het transcendente en basisvertrouwen.

#### **6.2.4 Besluit**

*Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de meest gebruikte vragenlijsten in het wetenschappelijk onderzoek naar een verband tussen R/S en gezondheid zonder daarbij volledig te willen zijn. Voor een meer volledige beschrijving van R/S vragenlijsten verwijs ik naar het boek van Paloutzian RP en Park CL. Buiten de WHOQOL, de PKG, de spiritualiteitsvragenlijst en de receptiviteitschaal zijn deze psychometrische testen alle ontwikkeld voor Amerikaanse, meestal joods-christelijke populaties.*

*Het overzicht van bestaande vragenlijsten geeft een indruk van de complexiteit en de evolutie van het begrip R/S en de mogelijke vraagstellingen rond het verband tussen R/S en gezondheid. Ze meten R/S als (1) de mate van verbondenheid met het sacrale, (2) motiverende kracht, of als (3) attitude.*

#### Bronnen

- 1 Duriez B, Fontaine J, Hutsebaut D. A further elaboration of the Post-Critical Belief scale: Evidence for the existence of four different approaches to religion in Flanders-Belgium. *Psychol Belg* 2000;40: 153-181
- 2 Egbert N, Mickley J, Coeling H. A review and application of social scientific measures of religiosity and spirituality: assessing a missing component in health communication research. *Health Commun* 2004;16(1):7-27
- 3 Hill P. Measurement in the Psychology of Religion and Spirituality. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 43-59
- 4 Luchtmeijer G, Verbiest K, Wouters I. Spiritualiteit, een bepaling van het concept. Een zoektocht naar eenheid in de veelheid. Verhandeling aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Licentiaat in de Psychologie o.l.v. Prof. Dr. D. Hutsebaut. 2001

- 5 Van Uden R, Pieper J, Alma H, Bridge over Troubled Water. Resultaten van onderzoek naar receptiviteit. Gedrag Gezond (2005)33, 167-80
- 6 WHOQOL SRPB Group, A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med. 2006 Mar;62(6):1486-97

### **6.3 Spiritualiteit en fysieke gezondheid**

De studies aangaande de link tussen R/S en fysieke gezondheid zijn vooral studies die religie meten en vaak een-dimensioneel, namelijk kerkbezoek of tot welk kerkgenootschap men behoort. Deze studies worden toch beschreven omdat we er van uitgaan dat religie ingebed ligt in het begrip spiritualiteit.

Over het onderwerp, R/S en gezondheid, werden in de *American Psychologist* (January 2003) een reeks van 4 artikels gepubliceerd door een groep van onderzoekers in opdracht van het **NIH** (National Institute of Health) van de Verenigde Staten<sup>1</sup>. Het gaat om een literatuurstudie waarin conservatieve a priori criteria, gemodelleerd op de Cochrane Library technieken, gebruikt werden. De methode van onderzoek wordt beschreven in bijlage B.

Men vertrok van verschillende hypothesestellingen om de studies te kunnen groeperen.

#### **6.3.1. Onderzochte hypothesen**

##### **6.3.1.1 Kerkbezoek geeft een reductie van mortaliteitsrisico**

Er is een grote en **overtuigende evidentie** (11 onafhankelijke, longitudinale studies) dat het **bijwonen van religieuze diensten** geassocieerd is met een **lagere incidentie van mortaliteit** in die populaties. Deze evidentie bleef aanwezig na aanpassing voor mogelijke versturende variabelen zoals demografische factoren, socio-economische status, en andere risicofactoren zoals levensstijl, sociale ondersteuning, depressie. Een dosis-respons relatie werd gevonden waar een frequenter kerkbezoek gerelateerd werd aan een lager mortaliteit. Ook de mechanismen van de associatie werden bestudeerd. Men zag dat wekelijks kerkbezoek geassocieerd was met een verbetering van **gezondheidsgedragingen**. Dit kan echter niet de volledige verklaring zijn aangezien er een verschil van 25% mortaliteit blijft na inbrengen van deze risicofactoren in het multivariate analysemodel.

---

<sup>1</sup> Het NIH is een afdeling van het ministerie van volksgezondheid van de VS en heeft als opdracht het uitvoeren en financieel ondersteunen van medisch wetenschappelijk onderzoek onder meer ook op het gebied van complementaire en alternatieve geneeskunde.

*Het is mogelijk dat niet alle invloedrijke determinanten en versturende variabelen in rekening gebracht werden. Gezondheidsgedragingen vormen een belangrijke verklaring voor het verminderd mortaliteitsrisico.*

#### **6.3.1.2 R/S beschermt tegen cardiovasculaire aandoeningen.**

Er zijn 4 wetenschappelijk prospectieve studies die deze hypothese vooropstelden en die een gelijklopend resultaat toonden. Alle studies vonden dat het **wekelijks bijwonen van een kerkdienst** beschermt tegen cardiovasculair lijden en dat het effect niet significant afneemt na aanpassing voor demografische factoren en de gezondheidsstatus voordien. Doch indien men de **gezondheidsgedragingen** ging invoeren vond men dat de reductie van cardiovasculair lijden verminderde of niet meer significant was. **Dit suggereert dat de relatie tussen cardiovasculair lijden en wekelijks kerkbezoek vooral kan verklaard worden doordat wekelijks kerkbezoek geassocieerd is met gezondheidsbevorderend gedrag.** De auteurs besluiten dat er **enige aanwijzing** is voor deze hypothese.

#### **6.3.1.3 Kerkbezoek beschermt tegen kankermortaliteit**

Voor deze hypothese vond men **geen aanwijzing**.

#### **6.3.1.4 Religieuze betrokkenheid beschermt tegen algemene mortaliteit**

Om religieuze betrokkenheid te meten gebruikte men in de verschillende studies verschillende metingen, o.a. mate van verbondenheid met god, steun die mensen ervaren via het geloof, en religieuze gedragingen zoals kerkbezoek, gebed. Er wordt voor deze hypothese **geen aanwijzing** geleverd.

#### **6.3.1.5 R/S beschermt tegen beperkingen**

Ook hier werden met verschillende meettechnieken verschillende dimensies van R gemeten. Ook hiervoor is er **geen aanwijzing**.

#### **6.3.1.6 R/S vertraagt de progressie van kanker**

De dimensies van R die hier gemeten werden waren vooral algemene metingen en metingen van R gedrag. Er werd **geen verband** gevonden.

#### **6.3.1.7 Religie gebruiken als coping in moeilijke situaties verhoogt de levensduur**

Voor deze hypothese vond men **geen aanwijzing**.

#### **6.3.1.8 Religie of spiritualiteit verbetert herstel na acute ziekte**

Een ganse waaier van R dimensies werden gemeten. Er werd **geen aanwijzing** voor deze hypothese geleverd. Er is **enige aanwijzing voor het tegengestelde**. Dit was zo in gevallen waarbij de patiënten een R/S crisis vertoonden.

### **6.3.2 Besluit**

Evidentie is het sterkst voor de hypothese dat het **bijwonen van de kerkdienst** beschermt tegen algemene **mortaliteit**. Het aannemen van **gezondheidsbevorderende gedragingen** speelt hierin een belangrijke rol. Volgens de NIH onderzoeksgroep kunnen bijkomend nog andere factoren meespelen.

- (1) Regelmatig kerkbezoek kan het aannemen van een betekenisvolle sociale rol stimuleren en een positief zelfwaarde gevoel en zingeving bevorderen door het stimuleren van vrijwillige hulpverlening. Hiervan is aangetoond dat het mortaliteit verlaagt.
- (2) Religieuze sociale ondersteuning is misschien breder en dieper dan seculaire sociale ondersteuning
- (3) Regelmatig kerkbezoek kan geassocieerd zijn met meer positieve gevoelens, niet enkel tijdens de kerkdienst, maar ook daarbuiten. De waarde van een regelmatige rustpauzes als een bron van energie of draagkracht zoals “zondag is rustdag” of de rust tijdens het bijwonen van een kerkdienst of het uitvoeren van meditatie of gebed is onvoldoende bestudeerd.
- (4) Frequent kerkbezoek kan de mogelijkheid vergroten tot het observeren van hen die een model functie hebben in een verscheidenheid van positieve, hoopvolle, compassievolle en (ver)zorgende gedragingen en attitudes. Dit kan vooral hulp biedend zijn in stressvolle situaties.
- (5) Regelmatig kerkbezoek kan daarbij vooral positief werken voor degenen die maatschappelijk het meest benadeeld zijn. Er zijn gegevens die suggereren dat zieken, minoriteiten, mensen met een laag opleidingsniveau en vrouwen een groter positief effect op de gezondheid door regelmatig kerkbezoek zouden ondervinden. Dit zou mogelijk zijn door het aanbieden van sociale verbondenheid, een coherent geloofssysteem dat gevoelens van vervreemding, isolatie en wanhoop tegengaat, en door het verhogen van de self-efficacy.

### **6.3.3 Discussie**

J. Kier en D. Davenport (2003) schrijven in een reactie op deze artikels het volgende: “Deze artikels vertonen een uitgesproken bias in het voordeel van de gestelde hypothesen en het tekort aan artikels die enige tegenspraak aantonen wekt irritatie zeker in een prestigieus tijdschrift als de “American Psychologist””. *Spijtig genoeg werd er niet vermeld over welke*

*artikels het gaat. Ook stelden zich vragen rond de controle groep waarmee de religieuze populatie werd vergeleken. “Is het zo dat ze vergeleken werden met mensen die zich vragen stelden rond hun religieuze overtuigingen, waren het mensen in spirituele crisis die zich daardoor in een toegenomen stresstoestand bevinden en daardoor meer ongezond? Waren het atheïsten en/of agnostici? Atheïsten zijn een groep mensen die vaak mis begrepen worden en als verderfelijk gezien worden. Zij behoren daardoor tot een minderheid en het is bekend dat minderheden een minder goede gezondheid vertonen dan de meerderheid. Atheïsten hebben vaak ook niet de sociale ondersteuning die in kerkgemeenschappen wel aanwezig is. Om overtuigende bewijzen te leveren is het van belang betere data te bezorgen over de controle groep. Misschien is het grootste probleem dat de NIH groep niet voorzag dat door het publiek en de pers conclusies uit hun context kunnen genomen worden. De eenzijdige beklemtoning van het joods-christelijk geloof doet afbreuk aan de generaliseerbaarheid van de tot nu toe opgedane kennis. Gezien de macht van de religieuze fundamentalisten in de VS kunnen de resultaten van dit onderzoek daardoor leiden tot nog meer vooroordelen en discriminatie” (Kier ea, 2003)*

*Dit artikel is Amerikaans, en het komt inderdaad erg Amerikaans over.*

De maatschappijopbouw in de VS is daarenboven zeer bijzonder. Niet alleen is de VS het meest gelovige Westerse land, belangrijker nog dan de religiositeit op zich is het gegeven dat het sociale leven in belangrijke mate via lokale kerkgemeenschappen verloopt. Waarschijnlijk is de samenhang tussen kerkelijke praktijk enerzijds en de intensiteit van de sociale contacten van steun en afwezigheid van eenzaamheid anderzijds, er veel hechter dan in de Europese samenlevingen. *Het is daarom zinvol de samenhang tussen spiritualiteit en gezondheid in België te onderzoeken, dat veel meer gesecculariseerd is dan Noord-Amerika.*

*Verder zijn kerkbezoekers en religieuze mensen geen homogene groep spirituele mensen, maar bestaan uit een groep die naar de kerk gaat/religieus is met als doel spiritueel te groeien (eerder intrinsieke religiositeit) en een andere groep die om andere redenen gaat vb sociale status.(extrinsieke religiositeit). Het **belang** van de invloed van het concept **spiritualiteit op gezondheid** is in deze studie daarom **niet te achterhalen**.*

*Het belangrijkste besluit mijns inziens is dat in de VS het regelmatig bijwonen van de kerkdienst geassocieerd is met een verminderd mortaliteitsrisico en dat dit waarschijnlijk hoofdzakelijk gemedieerd wordt door gezondheidsbevorderend gedrag.*

## Bronnen

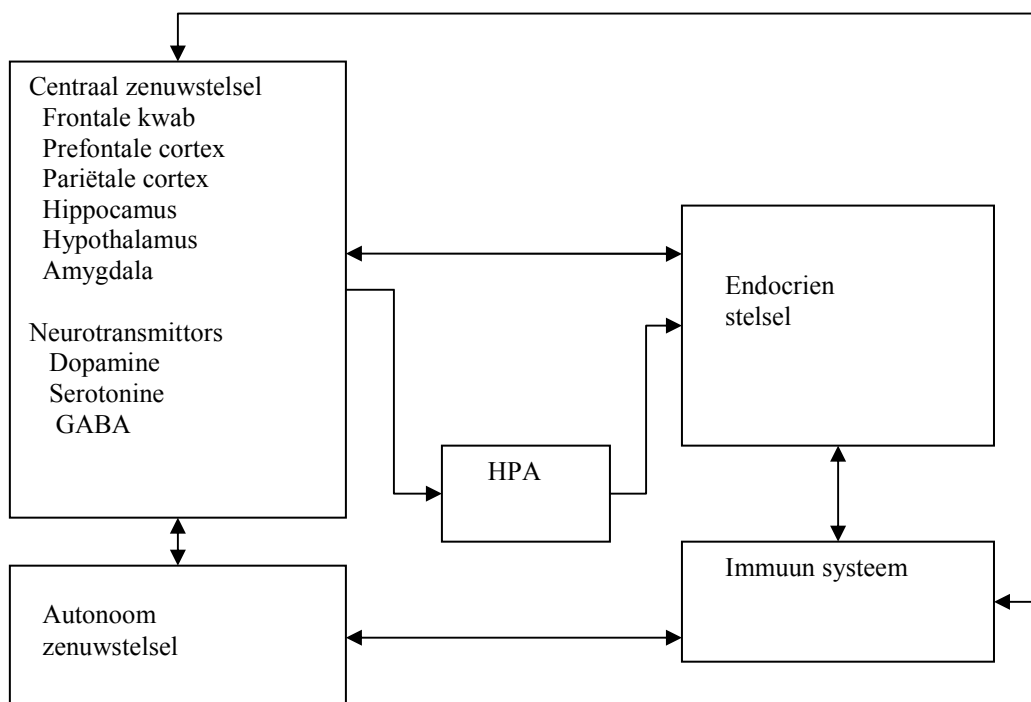
1. Elchardus M, Smits W. Het grootste geluk. Leuven:LannooCampus; 2007
2. Kier FJ, Davenport DS. Unaddressed problems in the study of spirituality and health. Am Psychol 2003 Jan;59(1):53-4
3. Oman D, Thoresen CE. Do religion and spirituality influence health? In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 435-59
4. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and Spirituality. Linkages to Physical Health. Am Psychol 2003 Jan;59(1):36-52

## 6.4 Spiritualiteit en gezondheid via fysiologische wegen

### 6.4.1 Theorie

Volgens Seybold (2007) is er een logische anatomo-fysiologische uitleg voor de invloed van R/S op gezondheid. Hij argumenteert dat er aanwijzingen zijn dat samenkomen in een sociale groep, zoals bijvoorbeeld een geloofsgemeenschap, het mediteren en andere religieuze/spirituele praktijken de frontale hersenkwab, prefrontale cortex en andere delen van de hersenen stimuleren. Het effect van R/S op gezondheid zou daarom kunnen verlopen via het neuro-immuno-endocrino systeem.

Fig 6.4.1.1 Fysiologische mechanismen en hun interacties die mogelijk het effect van R/S op gezondheid mediëren (Seybold, 2007)



Centraal staat de HPA-as. HPA staat voor hypothalamus-pituitary-adrenal axis of de hypothalamo-hypofyse-bijnierschors as. De HPA-as is betrokken bij de regulatie van stressreacties. Meerdere studies demonstreren dat R/S ervaringen zoals meditatie specifieke delen van het centrale zenuwstelsel waaronder de prefrontale cortex activeren en het peil van bepaalde neurotransmitters zoals serotonine, GABA (Gamma-aminobutyric acid) en dopamine doen toenemen. Hierdoor kan er via ondermeer de connectie met de hypothalamus invloed uitgeoefend worden op het autonoom zenuwstelsel, en via de HPA as op het endocrien stelsel en zo op het immuun en cardiovasculair systeem. Via deze weg zou R/S stress kunnen reduceren en resulteren in positieve effecten op de lichamelijke gezondheid.

### **6.4.2 Onderzoeken**

Een van de reeks artikels van het NIH, gepubliceerd in the American Psychologist, is een review door Seeman (2003) over de mogelijke fysiologische effecten van spiritualiteit. (voor methode van onderzoek zie bijlage B)

#### **6.4.2.1 Joods christelijke religieuze praktijken en fysiologische effecten**

Er is een groot aantal studies die een relatie vaststellen tussen **kerkbezoek en lagere bloeddruk**. Het bewijs komt echter meestal van transversale studies. Sommige studies handelen over niet representatieve onderzoekspopulaties. 2 meer recente studies vonden een cross-sectioneel bewijs van lagere bloeddruk bij degenen die een frequenter kerkbezoek of een groter belang aan religie in hun dagelijks leven rapporteerden via transversale bevraging. De NIH onderzoeksgroep besloot dat er een **redelijke aanwijzing** is voor een verband tussen kerkbezoek en lagere bloeddruk.

Er waren 2 studies die het effect van R/S op **vetten** in het bloed onderzochten. In beide studies werd er een vergelijking gemaakt tussen **orthodoxe joden** en seculaire personen. Men vond een verminderd vetgehalte in het bloed bij de orthodox joden. In de eerste studie was het verschil hoofdzakelijk te wijten aan voedingsgewoonten, in de andere studie werd er niet gecontroleerd voor voeding. Er werd besloten dat er **enige aanwijzing** voor deze hypothese.

In een aantal recente onderzoeken werd de link tussen R/S en **immuniteit** bestudeerd. In die studies werden er **verschillende R/S variabelen** gemeten, waarbij sommige variabelen meer religieus gekleurd waren, anderen meer spiritueel. De auteurs besluiten - hoewel de bevindingen wat gemengd zijn - dat er toch een relatief zwak bewijs geleverd wordt dat

religieuze betrokkenheid geassocieerd is met een betere immuunfunctie. Voor hen is er een **redelijke aanwijzing** voor deze hypothese.

*Er is hier mijns inziens een zekere tegenspraak tussen de beschrijving van de zwakheden van de studies en het toch besluiten dat er enige of een redelijke aanwijzing is.*

#### 6.4.2.2 Meditatietechnieken in fysiologische effecten

Er is een groter aantal studies aangaande een waaier van meditatietechnieken zoals zen, yoga, transcendentale en mindfulness meditatie, en fysiologische effecten. Deze technieken zijn een belangrijke component in vele Oosterse religies. Nochtans wordt de verwijzing naar en de inbreng van de persoonlijke beleving van religie of spiritualiteit in de meeste studies niet duidelijk of helemaal niet vermeld. Er is wel gerapporteerd dat mindfulness meditatie die de bedoeling heeft een grotere aandacht en relaxatie te cultiveren resulteert in een toename van spirituele ervaringen.

De sterkste evidentie werd gevonden tussen **meditatie** en **lagere bloeddruk**.

Een gerandomiseerde studie door Schneider ea (1995) in Seeman (2003) onderzocht het effect van TM (transcendentale meditatie) versus spierrelaxatie versus gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) bij wat oudere Afrikaanse Amerikanen. TM bleek 2 maal meer effectief dan enkel maar relaxatie en beiden waren meer effectief dan GVO. Dit onderzoek werd beschreven als methodologisch zeer stevig. Een andere studie werd uitgevoerd door Patel ea.(1985) in Seeman (2003) Het gaat om een gerandomiseerde longitudinale studie bij mensen met een hoog risico profiel voor cardiovasculair lijden waarbij er een vergelijking werd gemaakt tussen een groep die meditatie en relaxatie en GVO volgde versus een groep die enkel GVO volgde. Degenen van de meditatie/relaxatiegroep/GVO-groep vertoonden een significant lagere bloeddruk na 8 weken tot 4 jaren en lagere cholesterol na 8 weken en 8 maanden. De auteurs besluiten dat er een **redelijk tot overtuigend aanwijzing** geleverd wordt voor het verband tussen meditatietechnieken en lage bloeddruk.

Er zijn een heel aantal studies die het verband tussen meditatie en het bloedpeil van **stress hormonen of tekens voor oxidatieve stress** bestuderen. Vaak gaat het om een zichzelf geselecteerde onderzoeksgroep, de meeste studies behandelen **TM**. Men vond een lager peil van stresshormonen bij de TM groepen en men zag dat het **peil daalde naargelang de duur** van de TM praktijk toenam. Hierdoor rijst de vraag of de duur van de praktijk invloed heeft op de mate van fysiologisch effect.



Wenneberg ea (1997) in Seeman (2003) voerden een studie uit over de relatie tussen TM en **verminderde fysiologische reactiviteit**, namelijk **bloeddruk**. Dit artikel rapporteert een gerandomiseerde studie van een 4 maanden durende TM versus een stress-educatie programma. De groepen werden getest voor verschillen in fysiologische respons op gestandaardiseerde laboratorium stresstesten. Een ander artikel van MacLean (1997) in Seeman (2003) beschrijft de relatie tussen de TM groep en **stresshormoon**reactiviteit. De NIH auteurs melden dat het hier zou kunnen gaan over dezelfde onderzoeksgroep en dat de onderzoeksgroep zeer klein is (N=29). In beide studies werd de hypothese bevestigd. Daarom besluiten ze dat er **enige aanwijzing** is voor een verband.

Een laatste onderzoeksgebied handelt over de relatie tussen meditatie/relaxatie en **hersenactiviteit**. Er zijn verscheidene recente studies betreffende hersenactiviteit en functionele beeldvorming. Ze bestuderen alle een populatie die reeds lang een of andere meditatietechniek beoefent. De resultaten van deze studies zijn overeenkomstig met studies die oudere technologieën (oa EEG) gebruikten en die suggereren dat meditatie resulteert in een lagere fysiologische (re)activiteit door verschillende effecten op patronen van hersenactiviteit. Men besluit dat er een **redelijke aanwijzing** is voor dit verband.

*Alhoewel het over een spirituele techniek gaat werd er in de meeste studies niet of niet duidelijk verwezen naar de beleving van R/S. Er kunnen dus geen besluiten getrokken worden dienaangaande.*

In het artikel van **Wachholtz ea (2005)** dat verscheen na de publicatie van de artikels van het NIH, worden de spirituele, psychische, cardiale effecten en het effect op de pijndrempel bestudeerd voor een **seculaire versus een spirituele vorm van meditatie**. De populatie bestond uit 68 hoge school studenten die vrijwillig aan de studie deelnamen. Ze werden verdeeld in 3 groepen die ofwel spirituele meditatie (mantra met focus op het transcendente zoals "god is goed") of seculaire meditatie (mantra met focus op zichzelf vb "ik ben goed") of relaxatie werden aangeleerd. Deze technieken werden dagelijks gedurende 20 minuten geoefend. Na 2 weken werd er een pijndrempeltest uitgevoerd tijdens het beoefenen van de meditatietechniek. De pijndrempel, hartritme, angst, gemoedstoestand en spirituele well-being werden getest. Men vond bij de spirituele groep een grotere **daling van angst**, meer **positieve gemoedstoestand** en meer **spirituele well-being** dan in de andere 2 groepen. Ze verdroegen **pijn** ook 2 maal langer. Er werd echter geen verschil gevonden in cardiale reactiviteit. Deze studie heeft een belangrijk zwak punt namelijk dat de pijndrempelmeting niet zowel pre- als postinterventie opgenomen werden zodat de groepen met betrekking tot deze meting al op voorhand zouden kunnen verschillen.

*Dit artikel geeft aan dat het spirituele aspect van meditatie een bijkomend element zou kunnen zijn bij het verminderen van angst, vermeerderen van positieve gemoedsstemming en spiritueel welbevinden en de verlaging van de pijndrempel, maar niet bij het verminderen van cardiale reactiviteit.*

Onder impuls van de **Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)** werd er recent (juni 2007) nog een studie gepubliceerd over het effect van een waaier van meditatie praktijken op gezondheid door het Evidence based Practice Center (EPC) van de University of Alberta. Zij melden dat er geen duidelijke besluiten kunnen getrokken worden uit de beschikbare wetenschappelijke literatuur. Het grootste probleem is dat de studies geen gemeenschappelijke theoretische onderbouw bezitten en dat de kwaliteit van de methodologie is niet altijd voldoende.

#### **6.4.3 Besluit**

Ook Seeman ea (2003) besluiten dat er in de literatuur nog maar een **beginnend, relatief schaars en niet eenduidige hoeveelheid evidentie** is die suggereert dat er een verband is tussen aspecten van religie/spiritualiteit en fysiologische processen die gerelateerd zijn aan gezondheid. Er is wat betere maar geen eenduidig, evidentie dat er een verband is tussen meditatie en vermindering van fysiologische (re)activiteit. De sterkste bewijzen komen van een kleiner aantal gerandomiseerde studies die een heilzaam fysiologisch effect beschrijven van interventies in de klinische praktijk die meditatie of een verzameling van meditatie/relaxatie en ander cognitie/emotionele ondersteuning inhouden. Toch is er zeker heel wat meer onderzoek met **sterkere methodologie** nodig in dit veld. Volledig gerandomiseerde studies zijn niet altijd mogelijk. Daarom is het des te belangrijker meer aandacht te besteden aan verstoringe variabelen en minder te steunen op een populatie die vrijwillig deelneemt of op speciale groepen.

Interessant is dat door de ontwikkeling van minder invasieve **onderzoeksmethoden voor fysiologische parameters** zoals het meten van cortisol in het speeksel en het meer precies kunnen meten van de hersenfunctie door fMRI (Functional magnetic resonance imaging) nieuwe mogelijkheden tot onderzoek geboden worden in verband met het effect van spirituele gedachten, ervaringen, praktijken op deze fysiologische parameters.

*De vraag in hoeverre spiritualiteit in de besproken onderzoeksgroepen een rol speelde enerzijds en of spiritualiteit enige invloed heeft op biologische parameters anderzijds is niet beantwoord. Er werd wel een theoretische basis gelegd voor verder onderzoek.*

## Bronnen

1. Ospina MB, Bond TK, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, et al. Meditation Practices for Health: State of the Research. Evidence Report/Technology Assessment No. 155. (Prepared by the University of Alberta Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0023.) AHRQ Publication No.07-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2007.[Online]. [cited 2007 August 10]; [1 screen]. Available from URL: [www.ahrq.gov/clinic/tp/medittp.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/tp/medittp.htm)
2. Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/Spirituality and Health. A Critical Review of the Evidence for Biological Pathways. *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):53-63
3. Seybold K, Physiological Mechanisms Involved in Religiosity/Spirituality and Health. *J Behav Med*. 2007 Aug;30(4):303-9. Epub 2007 Jun 5.
4. Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation and relaxation on spiritual, psychological, cardiac and pain outcomes. *J Behav Med* 2005 Jul 28;1-16

## **6.5 Spiritualiteit en gezondheid via psychosociale factoren**

*In vorig hoofdstuk zagen we de anatomofysiologische mediërende factoren waarlangs R/S de lichamelijke gezondheid kan beïnvloeden. In dit hoofdstuk wordt er aandacht besteed aan de psychosociale mediërende factoren. De meeste studies zijn echter niet stevig theoretische onderbouwd. Het is pas recent dat Park (2007) een theoretisch raamwerk voor deze studies aanbood. Dit wordt beschreven op het einde van dit hoofdstuk.*

### **6.5.1 Studies betreffende R/S en psychosociale effecten**

De volgende tekst is hoofdzakelijk gebaseerd op het hoofdstuk "Do religion and spirituality influence health?" in het boek "Handbook of the psychology of religion and spirituality" van Paloutzian en Park.

#### **6.5.1.1 Gezondheidsgedragingen**

Veel kerkgenootschappen sporen aan tot gezondheidsbevorderend gedrag uit respect voor het lichaam als instrument van god. In transversale studies vindt men dat personen die kerkdiensten bijwonen meer frequent gezondheidsbevorderend gedragingen vertonen zoals meer lichaamsbeweging en minder alcohol misbruik en minder roken, minder risicovol seksueel contact. Men vind echter ook positieve verbanden tussen deze R/S factoren en een hogere prevalentie van overgewicht en obesitas. Er is slechts één longitudinale studie van Strawbridge ea (2001) in Oman (2005) die een representatieve onderzoekspopulatie

van 2500 volwassenen over 30 jaren volgde. Personen die frequent **kerkdiensten bijwoonden** hadden meer kans op het **aannemen én onderhouden van gezondheidsbevorderend gedrag** zoals lichaamsbeweging en het afzien van roken en van overdreven alcohol gebruik. Dit effect was meer uitgesproken bij vrouwen dan bij mannen.

Verder zijn er studies die wijzen in de richting van een groter gebruik van **preventieve gezondheidszorg** en een grotere **therapietrouw** bij individuen die een groter belang hechten aan **R/S**.

Ik verwijs verder naar een theoretisch gekaderd onderzoek van Callaghan (2003) in hoofdstuk 6.6 Spiritualiteit en gezondheidsbevorderend gedrag.

#### 6.5.1.2 Verbeterde copingmechanismen

Een meer effectief stress copingmechanisme kan leiden tot een verminderde fysieke belasting wat kan leiden tot gezondheidsbevordering. Wetenschappelijke bevindingen suggereren dat **R/S coping** een betere aanpassing aan stressvolle levensomstandigheden of gebeurtenissen voorspelt dan puur seculaire copingmechanismen. R/S coping zou seculaire coping aanvullen door het geven van **antwoorden op grenzen van het menselijk en persoonlijk kunnen**. Niet alle R/S coping is voordelig. Personen die **collaboratieve coping** mechanismen gebruikten waarin het goddelijke als een partner wordt gezien zouden een grotere mate van welbevinden vertonen dan personen die een primair onderdanige en **passieve copingstijl** hadden en dan personen die een **zelfdirectieve coping** stijl vertoonden. Deze strategieën worden gebruikt om **betekenis te kunnen geven** aan ingrijpende gebeurtenissen, een gevoel van competentie en **beheersbaarheid** te krijgen, **innerlijke rust** te vinden, **sociale solidariteit** en een **eigen identiteit** te bewerkstelligen en **heroriëntatie** tot stand te brengen door **nieuwe bronnen van betekenis** in de plaats te stellen van vroeger overtuigingen en waardeoordelen. Positieve religieuze hertaxatie, samenwerkende religieuze coping, het zoeken van spirituele steun bij geestelijken of leden van de kerkgemeenschap bleken veelal samen te gaan met positieve gevolgen. Stressvolle gebeurtenissen zien als straf van god en interpersoonlijke religieuze onvrede bleken in het algemeen gerelateerd te zijn aan negatieve gevolgen. Een passieve afwachtende houding aannemen dan wel eigen initiatieven ontplooiën bleken veelal uit te monden in een mengeling van positieve en negatieve gevolgen. Er werden **geen bewijzen** gevonden als zou RS coping, als een afzonderlijke RS dimensie, een langere **overleving** voorspellen.

*Spiritualiteit zou dus, afhankelijk van de copingstijl die men volgt, aanleiding kunnen geven tot betere stresshantering. Men kon echter geen effect op overlevingsduur aantonen.*

### 6.5.1.3 Sociale ondersteuning

Sociale ondersteuning is een multidimensioneel begrip. Verschillende dimensies zoals sociale netwerken en het ervaren van sociale ondersteuning zouden het risico op morbiditeit en mortaliteit verlagen, maar het mechanisme hiervan blijft onduidelijk. Sommigen suggereren dat sociale ondersteuning gezien kan worden als een soort van copinghulp.

Verschillende studies hebben verscheidene dimensies van R/S-betrokkenheid in verband gebracht met grotere en meer stabiele sociale netwerken en/of met het ervaren van een grotere sociale en emotionele ondersteuning. Hoe groot de bijdrage van deze factor in de relatie RS en gezondheid is, is nog onduidelijk.

Er is slechts één longitudinale studie in verband met dit onderwerp die rapporteerde dat frequente kerkdienstbezoekers minder kans hadden om na 28 jaar sociaal geïsoleerd te worden of te blijven. Oman en Thoresen vermelden verder dat er ook een aanzienlijke hoeveelheid bewijs is dat religieus actieve families meer stabiele sociale ondersteuning bieden door verminderde echtscheiding en een betere huwelijksrelatie en een aantal bevindingen die wijzen naar een meer positief ouderschap dat beter aangepast is aan het kind.

*De factor van **sociale netwerking speelt minder wanneer men enkel spiritualiteit bekijkt aangezien het concept spiritualiteit meer betrekking heeft op een individueel en persoonlijk gebeuren. Toch zou het kunnen dat spiritualiteit leidt tot een beter relationeel en sociaal functioneren. Ook spiritueel georiënteerde groeperingen (of relaties) kunnen misschien een gelijkaardige steun verlenen aan hun leden.***

### 6.5.1.4 Positieve psychische gevoelens.

R/S betrokken personen zouden een betere psychische gezondheid kunnen ervaren en meer positieve gevoelens ervaren zoals **vreugde, hoop en compassie**, misschien door het gebruiken van R/S coping mechanismen tegen stress. Die positieve gevoelens kunnen ook veroorzaakt worden door spiritueel gerelateerde streefdoelen. Daardoor kan er een afname zijn van negatieve gevoelens zoals angst, verdriet en woede en een toename van optimisme en geloof. Ook **zingeving en bewustzijn** kunnen hierin een rol spelen. Positieve emoties zouden op hun beurt aanleiding kunnen geven tot een betere fysieke gezondheid door een vermindering van chronische systeembelasting die zou kunnen leiden tot een verminderde cardiovasculaire reactiviteit en een verbeterde immuunrespons. Deze positieve gevoelens zouden ook een rol kunnen spelen in het overwinnen van obstakels bij het aannemen van

**gezondheidsbevorderende gedragingen** en in het vormen **van ondersteunende sociale relaties of netwerken**.

#### 6.5.1.5 Vergevingsgezindheid

Vergevingsgezindheid wordt in de meeste religies en spirituele tradities onderschreven. Er is toenemend wetenschappelijk bewijs dat vergevingsgezindheid zou kunnen leiden tot betere fysieke en mentale gezondheid door het verminderen van ruminerende gedachten en bevorderen van positieve gevoelens. Er is een verband tussen niet-vergevingsgezinde gedachten en aversieve emoties enerzijds en verhoogde musculaire tensie ter hoogte van het aangezicht, verhoogde huidgeleiding, hartslag en bloeddruk anderzijds. Het gezondheidsvoordeel kan het gevolg zijn van een vermindering van self-focus en ruminatie, een meer aangepaste coping, en hierdoor een verbetering van mentale en sociale gezondheid. ***Het verschil tussen spirituele en seculiere vergevingsgezindheid werd niet bestudeerd.***

#### 6.5.1.6 Altruïsme

Ook altruïsme wordt door de meeste religieuze en spirituele tradities onderschreven. Recent wetenschappelijk onderzoek heeft altruïsme in verband gebracht met gezondheid. Beschermende effecten kunnen het gevolg zijn van reductie in focus op zichzelf, verminderde stress reactiviteit, en verhoogde sociale ondersteuning. Formeel vrijwilligerswerk werd in verband gebracht met een grotere overleving alsook met een verbeterde perceptie van eigen gezondheid en mentale gezondheid. Informeel hulp bieden alsook zelfhulp tussen patiënten is gerelateerd met een reductie van depressie, verhoogd zelfvertrouwen, zelfbewustzijn en het opnemen van de eigen rol. 2 studies toonden aan dat de langere overleving door vrijwilligerswerk meer uitgesproken was bij personen die frequent religieuze diensten bijwoonden. ***De invloed van de spirituele betrokkenheid werd niet bestudeerd.***

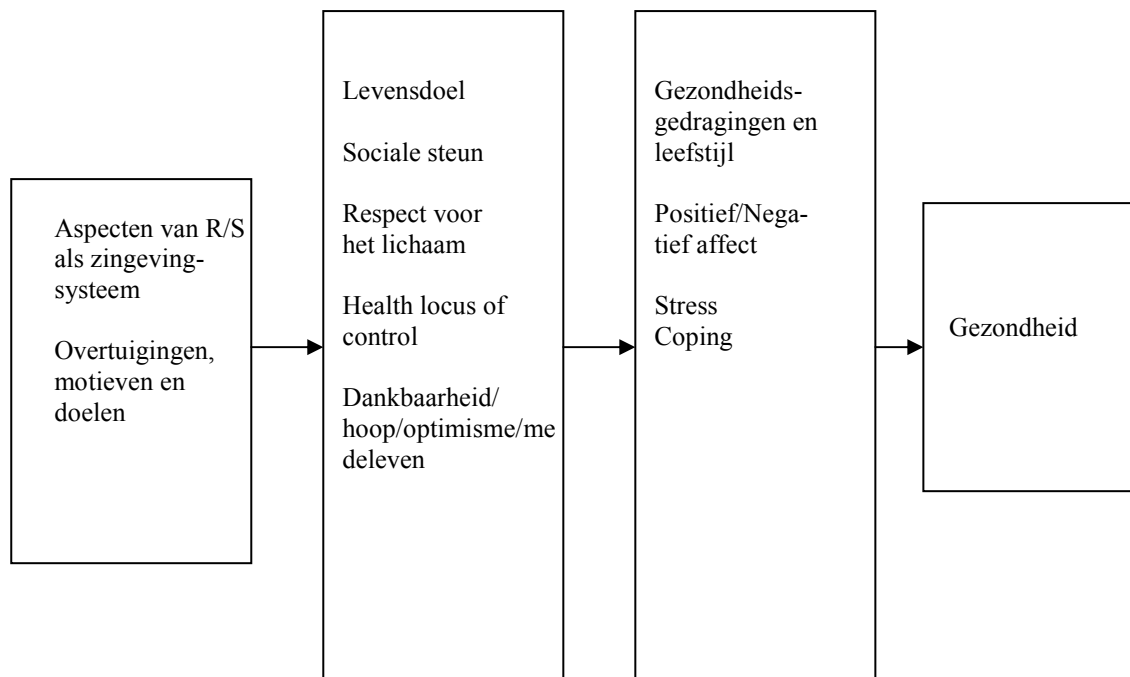
#### 6.5.1.7 Deugdzaamheid

Van deugden zoals compassie, zelf controle, hoop, wijsheid en liefde wordt er gesuggereerd dat het klassieke menselijke krachten zijn die gezondheid kunnen bevorderen door een reeks van mechanismen. Samen met positieve kwaliteiten zoals geconcentreerde aandacht en mindfulness lijken dezen deugden een eigen profiel te hebben van specifieke eigenschappen en onderlinge verbanden. Deze deugden kunnen elkaar versterken en de karaktersterkte beïnvloeden en kunnen gezondheid bevorderen door mechanismen zoals het bevorderen van wijze besluitvorming en vergroten van zelfcontrole. ***Wat de extra bijdrage van spiritualiteit in dit verband zou kunnen zijn is niet bestudeerd.***

### **6.5.2 R/S als zingevingsysteem: een theoretisch kader**

Vroeger uitgevoerde onderzoeken rond R/S en gezondheid vertonen een tekort aan theoretische omkadering zodat er een veelheid van resultaten is die moeilijk in een geheel samen te brengen en te begrijpen zijn. Daarom wil Park (2007) een theoretisch kader ontwerpen waarin toekomstige onderzoeken kunnen worden uitgevoerd. Ze doet dit door R/S als zingevingsysteem voor te stellen. Een zingevingsysteem bestaat uit cognitieve, motivationele, en affectieve componenten die gereflecteerd worden in algemene overtuigingen, doelen en een gevoel van betekenis en zingeving. Algemene overtuigingen bevatten de kernschema's via dewelke mensen hun ervaringen in de wereld interpreteren. Globale doelen refereert naar idealen, toestanden of objecten die mensen als het meest belangrijke in hun leven beschouwen. Deze overtuigingen en globale doelen creëren een gevoel van zinvolheid in het leven. Aangezien een zingevingsysteem de lens is waardoor iemand zijn ervaringen en ontmoetingen interpreteert, evalueert en beantwoordt kan dit via deze weg gezondheid beïnvloeden. Psychosociale factoren die een rol kunnen spelen in het verband tussen R/S en fysische gezondheid worden hieronder weergegeven.

Fig. 6.5.2.1 Spiritualiteit als zingevingsysteem naar Park (2007)



*Meer theoretisch gekaderd onderzoek naar het verband tussen spiritualiteit en psychosociale factoren die de gezondheid kunnen beïnvloeden, is nodig. Een theoretisch gekaderd onderzoek wordt besproken in volgend hoofdstuk.*

Bronnen:

1. Oman D, Thoresen CE. Do religion and spirituality influence health? In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 435-59
2. Pargament KI, Ano GG, Wachholtz AB. The religious dimension of coping. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 479-92
3. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and Spirituality. Linkages to Physical Health. Am Psychol 2003 Jan;59(1):36-52
4. Park C. Religiousness/Spirituality and Health: A meaning system perspective. J Behav Med. 2007 Aug;30(4):319-28. Epub 2007 Jun 5.

## **6.6 Spiritualiteit en gezondheidsbevorderende gedragingen**

*Gezondheidsbevorderend gedrag kan niet alleen geassocieerd zijn met regels opgelegd door een externe autoriteit zoals een kerk, maar kan ook geassocieerd zijn met de eigen autoriteit. Dit heeft dan meer te maken met de interne locus of control en past in het theoretisch model van Park (zie hoofdstuk 6.5). Callaghan (2003) heeft tot doel de relatie tussen gezondheidsbevorderende zelfzorggedragingen, zelfzorg-efficaciteit en zelfzorgbekwaamheid te onderzoeken. Kunnen deze concepten in elkaar geïntegreerd worden zodat hieruit kan afgeleid worden **welke interventies de bekwaamheid bevorderen van het individu om aan zelfzorg te doen?***

Het **conceptueel raamwerk** voor deze studie bestond uit het gezondheidspromotie model van Pender, de sociaal-cognitieve theorie van Bandura en de zelfzorg theorie van Orem.

In het gezondheidsbevorderingsmodel volgens Pender worden **leefstijlpatronen** of **gezondheidsbevorderende gedragingen** gemeten als **een expressie van gezondheid**. Deze gedragingen behelzen het gebied gezondheidsverantwoordelijkheid, fysieke activiteit, voeding, interpersoonlijke relaties, spirituele groei, en stressmanagement. Bij verder onderzoeksveld vind ik dat "spirituele groei" in de vroegere uitgaven van de test



“zelfactualisatie” genoemd wordt. (Walker, 1987). **Zelfactualisatie** wordt in de definitie van het concept spiritualiteit als een van de wegen naar de kern van spiritualiteit vernoemd. Voor de definitie van spiritualiteit van Pender verwijs ik naar hoofdstuk 5.

De theorie van **zelf-efficaciteit** is een component van Bandura's sociale leertheorie. Zelf-efficaciteit geeft de mate weer waarin een individu gelooft (1) dat hij zijn gedrag kan veranderen. Dit beïnvloedt het besluit om een bepaald gedrag te stellen, de energie die erin gestoken wordt, en de persistentie in het behouden van dit gedrag. (2) Ook de mate waarin het individu gelooft dat dit gedrag een bepaald resultaat zal hebben, wordt bepaald door de zelf-efficaciteit.

De zelfzorg theorie van Orem behandelt de **bekwaamheid** van een individu om aan de zelfzorg vereisten te voldoen. Deze eigenschap bestaat uit 3 componenten: basis bekwaamheden, een component kracht die het uitvoeren van zelfzorg handelingen mogelijk maakt, en ten derde de bekwaamheden om zelfzorghandelingen uit te voeren. Die zelfzorghandelingen bestaan uit 3 stappen: (1) de inschatting, dit behelst het onderzoeken van de condities en factoren in het individu zelf en zijn omgeving die significant zijn voor zelfzorg (2) de overgangsfase, dit betekent oordelen en beslissen over wat men kan, zou moeten en moet doen om aan de eigen zelfzorg noden te beantwoorden (3) de productieve fase, dit betekent het uitvoeren van de maatregelen om aan zelfzorg te voldoen. Dit is dus een zeer complex en multidimensioneel concept.

Er wordt een zeer duidelijke en volledige omschrijving gegeven van de **methodologie** van het onderzoek, de onderzoekspopulatie, het verzamelen en analyseren van gegevens. De onderzoekspopulatie bestond uit een 712 volwassenen (leeftijd 18 tot 92 jaar) die deelnamen op vrijwillige basis. De instrumenten die gebruikt werden om deze concepten te meten waren de HPLPII (Health Promoting Lifestyle profile II), de SRAPH (the Self Rated Abilities for Health Practices), de ESCA (the Exercise of Self-Care Agency) en een demografische vragenlijst. De HPLPII meet volgende variabelen: gezondheidsverantwoordelijkheid, fysieke activiteit, voeding, spirituele groei, interpersoonlijke relaties en stress management. De SRAHP meet voeding, fysiek welbevinden, fysieke activiteiten, verantwoord gezondheidsgedrag, veerkracht. De ESCA meet het zelfbeeld, initiatief, verantwoordelijkheid, informatiezoekend gedrag, passiviteit en veerkracht.

Na analyse kwam men tot het **resultaat** dat **spirituele groei** de enige factor was die invloed had op de **zelfzorgbekwaamheid**. Personen die laag scoorden op HPLPII subschaal van

spirituele groei hadden ook lagere scores op de ESCA subschalen van **zelfbeeld, initiatief en verantwoordelijkheid**.

Daarmee besluit de auteur **dat door de spirituele groei te bevorderen** de bekwaamheid tot zelfzorg kan toenemen wat zou resulteren in een **toename van gezondheidsbevorderend gedrag** en aldus een **betere gezondheid**.

Callaghan herhaalde dit onderzoek bij een oudere populatie en bij adolescenten, telkens met een gelijkaardig resultaat. Het onderzoek bij adolescenten wordt in hoofdstuk 7.3 besproken.

*Ik beoordeel dit artikel als wetenschappelijke zeer betrouwbaar. De conceptuele onderbouw wordt goed uitgewerkt. De hypothese wordt duidelijk gesteld. De methodologie wordt zo beschreven dat het onderzoek gemakkelijk reproduceerbaar is. Er worden door dit onderzoek aanwijzingen geleverd dat spirituele groei geassocieerd is met een toename in gezondheidsbevorderend gedrag.*

Bronnen

1. Callaghan DM. Health-promoting self-care behaviors, self-care self efficacy, and self-care agency. Nurs Sci Q 2003 Jul;16(3):247-54
2. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987 Mar-Apr;36(2):76-81.

## **6.7 Spiritualiteit en mentale gezondheid**

Mentale gezondheid is net als spiritualiteit een multidimensioneel construct en houdt een variëteit van motivationele en gedragselementen in. Er is geen duidelijke eensgezindheid waaruit mentale gezondheid precies bestaat. Operationele veronderstellingen maken vaak deel uit van het conceptueel raamwerk.

Een unidirectionele relatie tussen R/S en mentale gezondheid is een illusie en de realiteit is heel subtiel en complex. Daarbij komt nog dat iemands R/S overtuiging en/of beschouwing een fluctuerend proces is dat ontwikkelt of evolueert met de leeftijd en vaak meebepaald wordt door levensomstandigheden. Het is niet alleen onduidelijk of er een positieve of negatieve relatie is, ook de causale richting blijft onduidelijk.

Drie religieuze oriëntaties zijn vooral in de VS **extensief bestudeerd** geweest: de intrinsieke, de extrinsieke en de quest oriëntatie. (zie hoofdstuk 6.1 en 6.2)

**Extrinsieke** R/S correleert met **meer psychische problemen**, minder effectieve coping strategieën, meer kans op vooroordelen en intolerantie en sociaal onaangepast gedrag. (Batson ea, 1993, Ventis ea, 1995 en Smith ea, 2003 in Miller ea, 2005)

**Intrinsieke** R/S correleert met **grotere welbevinden**, meer realistische effectieve coping en meer aangepast sociaal gedrag. (Batson ea, 1993 en Ventis, 1995 in Miller ea, 2005)

Wat de **quest** oriëntatie betreft zijn er **gemengde resultaten**. De onzekerheid van de quest zou aanleiding kunnen geven tot angst, twijfels en depressie, terwijl de quest ook ervaren kan worden als een voldoening gevend spiritueel pad waar het geloof wordt gezuiverd als antwoord op het leven, en niet als antwoord op een dogmatische zekerheid. Er is een positieve associatie tussen quest en openheid van geest. (Batson ea, 1993 in Miller ea, 2005)

Ook in **Vlaanderen** werden er studies uitgevoerd betreffende religie en mentale gezondheid. **Ten Have ea (2005)** bestudeerden het verband tussen religie en **subjectief welbevinden** (SWB). De auteurs gaan er van uit dat SWB uit een cognitieve en een affectieve component bestaat. De cognitieve component bestaat uit tevredenheid met het leven en levensdoel, de affectieve uit een positief en negatief affect.

De onderzoekpopulatie bestond uit 734 vrijwillige deelnemers van 17-84 jaar oud. 54% vond religie (erg) belangrijk, 46% vond religie minder tot niet belangrijk. 30% ging nooit naar de kerk, 34% enkel op feestdagen en 36% 1 of meer maal per maand.

Volgende meetinstrumenten werden gebruikt:

Voor religie werd de Postkritische Geloofsschaal (PKG) (Duriez et al., 2000; Fontaine, Durieze, Luyten & Hutsebaut, 2003), voor positief affect de Oxford Happiness Questionnaire (OHQ; Hills & Argyle, 2002), voor negatief affect de Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977). Tevredenheid met het leven werd gemeten met de Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985), levensdoel werd gemeten met Purpose of Life Test (PIL; Crumbaugh & Maholick, 1964). Betrouwbaarheid en validiteit werden besproken. Een multivariate hiërarchische regressie werd uitgevoerd.

De resultaten waren:

1. Een **letterlijke gelovige** interpretatie (orthodoxie) hangt samen met **negatief affect**
2. De louter verwerpende houding (**externe kritiek**) staat in een **negatief** verband ten aanzien van **affect en cognitie** (tevredenheid met het leven en levensdoel).

3. Een **persoonlijk doorleefde religiositeit** (tweede naïviteit) hangt samen met een **cognitieve tevredenheid**
4. Voor **relativisme** (het symbolisch interpreteren en verwerpen van het transcendente) werd er **geen verband** met SWB aangetoond.

Mogelijke verklaringen:

(1) deze geloofshouding is onpersoonlijk, er is geen aansluiting met het individuele leven  
(2) depressie en negatieve cognities (alles somber zien) zijn verbonden met een algemene tendens tot verwerpen

(3) het zou kunnen dat het verbinden van een eigen persoonlijke interpretatie met een geloofstraditie aanleiding geeft tot een meer tevreden kijk op het leven

(4) relativisme is voor het individu de meest ongebonden geloofshouding

De vraag naar de richting van de gevonden verbanden blijft echter open.

In de studie uitgevoerd door **Dezutter ea (2006)** bestudeerde men de relatie tussen enerzijds de religieuze betrokkenheid, oriëntatie en attitude en anderzijds psychisch lijden en psychische welbevinden.

De onderzoekspopulatie bestond uit 472 volwassenen in Vlaanderen. Voor 51% was religie middelmatig tot zeer belangrijk, voor 49% was religie niet of weinig belangrijk. 34% ging regelmatig naar de kerk, 66% ging praktisch nooit. Naast deze 2 algemene vragen naar betrokkenheid op religie gebruikte men volgende meetinstrumenten: de Age-Universal I-E Schaal-12 (Maltby, 1999) en de Postkritische Geloofsschaal (PKG) (Duriez et al., 2000; Fontaine, Durieze, Luyten & Hutsebaut, 2003). Psychisch lijden werd gemeten met de Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977), de Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ-2; Harder & Zalma, 1990) en de Anxiety Scale of Dutch Symptom Checklist 90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986). Psychisch welzijn werd gemeten met de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; rosenberg, 1965), de Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985), deel A van de Purpose of Life Test (PIL; Crumbaugh & Maholick, 1964), de Self-Actualization Index (SAI; Jones en Crandall's, 1986) en ten slotte met de Oxford Happiness Questionnaire (OHQ; Hills & Argyle, 2002). Een hiërarchische multiple regressie werd uitgevoerd.

**Religieuze betrokkenheid was voorspellend noch voor psychisch welbevinden, noch voor psychisch lijden.**

Orthodoxie en externe kritiek, dus het feit dat mensen religieuze inhouden **letterlijk** interpreteren, is positief gecorreleerd met **psychisch lijden**. Wat psychische **welbevinden** betreft waren beide, de PKG variabelen en de religieuze oriëntaties, voorspellend.

**Intrinsieke** oriëntatie voorspelt **meer** welbevinden, **extrinsieke** oriëntatie **minder** welbevinden. Daarbij voorspelt **letterlijke interpretatie** een **lager** welbevinden. Dit wordt schematisch weergegeven in Tabel 6.7.1.

Tabel 6.7.1 Schematische weergave van de gevonden verbanden tussen R/S en psychische gezondheid in de studie van Dezutter ea (2006)

|                               | Psychisch lijden | Psychische welbevinden |
|-------------------------------|------------------|------------------------|
| Religieuze betrokkenheid      | 0                | 0                      |
| Letterlijke interpretatie     | +                | -                      |
| Inclusie van het transcendent | 0                | 0                      |
| Intrinsieke oriëntatie        | 0                | +                      |
| Extrinsieke oriëntatie        | 0                | -                      |

0=geen verband, + positieve verband, - negatieve verband

Dit bevestigt dat R/S **oriëntaties en attitudes meer indicatief** zijn voor het persoonlijk algemeen functioneren **dan** de oppervlakkige aspecten van **religieuze betrokkenheid**. Van **letterlijke denkers** is aangetoond dat ze hoog scoren op geslotenheid en laag op openheid naar ervaring en flexibel identiteitmanagement. Daarom ervaren ze **stress** waarschijnlijk als bedreigend en hanteren ze rigide en malapdatieve copingmechanismen die op hun beurt een kwetsbaarheid scheppen voor **negatief welbevinden**. Dit moet verder onderzocht worden.

Verder onderzoek is ook nodig om de richting van het effect te kennen. Beïnvloeden R/S oriëntaties en attitudes psychische gezondheid of omgekeerd? Hiervoor is longitudinaal onderzoek nodig. Om verder de voorspellende waarden van R/S attitudes te evalueren zijn studies nodig in zowel niet-geseculariseerde als geseculariseerde culturen nodig.

*Deze studies zijn conceptueel/theoretisch goed gestructureerd, de hypothese wordt duidelijk besproken, de methoden van datacollectie duidelijk uitgelegd alsook de analyse. De studie kan aldus door andere onderzoekers worden. Ook de bespreking is volledig.*

*Besluit: Zoals oriëntaties en attitudes bij het beleven van religie van belang zijn kunnen zijn in verband met psychische gezondheid, zo kunnen ze ook van belang zijn bij het beleven van spiritualiteit in het algemeen. Ook spiritualiteit kan men beleven op een intrinsieke, extrinsieke of quest manier. Verder kunnen de attitudes tegenover religie ook aangenomen worden tegenover spiritualiteit. Daarom besluit ik dat er aanwijzingen zijn voor een verband tussen mentale gezondheid en oriëntaties en attitudes in de beleving van spiritualiteit. Er zijn*

*aanwijzingen dat een letterlijke attitude ten opzichte van religieuze/spirituele inhoud in een negatief verband staat met psychisch welbevinden. Er zijn aanwijzingen dat een persoonlijk doorleefde religiositeit/spiritualiteit samen gaat met psychisch welzijn.*

Bronnen:

1. Dezutter J, Soenens B, & Hutsebaut D. Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors versus religious attitudes. *Pers Individ Dif* 2006;40, 807-18
2. Miller L, Kelley BS. Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 460-74
3. Ten Have NAW, Hutsebaut D. Religie en subjectief welbevinden een letterlijk negatieve link. *Gedrag Gezond* 2005;33, 181-97

## **6.8. Spiritualiteit en kwaliteit van leven**

*Aangezien er verbanden werden aangetoond tussen bepaalde R/S factoren enerzijds en fysieke en psychosociale gezondheid anderzijds valt er te verwachten dat er ook een verband is met levenskwaliteit. De WHO(2006) heeft dit verband uitvoerig en transcultureel bestudeerd. Elchardus (2007) heeft in Vlaanderen onder andere ook het verband tussen geloof/levensovertuiging en geluk in Vlaanderen bestudeerd. Zonder dat ik de concepten geluk en QOL wil gelijkschakelen vermeld ik deze studie in het hoofdstuk QOL omdat in de meting naar geluk hij aspecten betreft vanuit de psychische sociale en fysieke dimensie.*

### **6.8.1 Studie van de WHO**

Voorheen werden aspecten van religie en spiritualiteit en existentiële well-being enkel beoordeeld om de QOL (quality of life) te meten bij kankerpatiënten, HIV patiënten en stervenden.

De auteurs gaan ervan uit dat bestaande literatuur suggereert dat sommige domeinen van QOL beïnvloed worden door R/S, namelijk sociale en psychische aspecten zoals positieve gevoelens, sociale ondersteuning, zelfwaardering, depressie, angst en hopeloosheid, persoonlijke groei, controle en beheersing, geluk en voldoening. Studies hebben ook aangetoond dat R/S belangrijk is in het aankunnen van stressvolle situatie zoals bij een levensbedreigende ziekte. Zoals het belang van gezondheid toeneemt bij ziekte kan het

**belang van SRPB (spiritualiteit, religie en persoonlijke levensbeschouwing) toenemen in die stressvolle situaties.** Het huidige wetenschappelijke onderzoek is meestal uitgevoerd in Westerse landen. Het belang en betekenis van R/S kan echter cultureel gebonden zijn. Ook het concept gezondheid varieert met tijd en cultuur. Zonder accurate meetinstrumenten kan er geen bewijs geleverd worden van de impact van SRPB op ziekte en genezing, welbevinden, gezondheid of QOL. Het is dan ook de **bedoeling van de WHO om een accuraat meetinstrument te ontwikkelen.**

Deze studie rapporteert over het WHOQOL meetinstrument voor beoordeling van SRPB in een cross-culturele onderzoekspopulatie over 18 landen. De bedoeling is om een verslag uit te brengen over de voorlopige psychometrische eigenschappen, uit te maken **hoe SRPB relateert tot andere domeinen van QOL en om verschillen te identificeren wat betreft geslacht, leeftijd, opleiding en gezondheidsstatus.**

De WHOQOL is een algemeen meetinstrument dat handelt over 24 facetten van QOL in 6 domeinen: de fysieke gezondheid, de psychische toestand, mate van onafhankelijkheid, de sociale relaties, de omgeving en spiritualiteit plus nog een 25<sup>ste</sup> algemeen facet dat handelt over algemene QOL dat vraagt naar “hoe tevreden bent u over uw QOL?” en over gezondheid “Hoe tevreden bent u met uw gezondheid?”

In de WHOQOL SRPB werd het domein spiritualiteit uitgebreid. Dit domein was in de originele WHOQOL test immers zeer algemeen en weinig uitgebreid en de vraag was of dit voldoende was om het multidimensionele aspect van SRPB te capteren. Er werden internationale experts geconsulteerd die een aantal facetten met betrekking tot SRPB suggereerden, die in 92 focusgroepen werden besproken in 15 landen (Argentinië, Brazilië, Uruguay, Egypte, Israël, Italië, Litouwen, Spanje, Turkije, Verenigd Koninkrijk, China, India, Japan, Maleisië, Thailand) De focusgroepen bespraken het belang van de facetten en suggereerden items voor inclusie in de vragenlijst. 15 facetten werden als belangrijk bevestigd en een pilootstudie werd uitgevoerd. Na een serie van analyses werden er 8 facetten weerhouden zijnde **“verbondenheid met een spiritueel wezen of een spirituele kracht” “zingeving, levensdoel” “gevoelens van ontzag en respect” “heelheid en integratie van geest lichaam en ziel”, “spirituele steun/kracht”, “innerlijke rust/sereniteit/harmonie”, “hoop en optimisme”, “geloof/vertrouwen”**

De vragen rond SRPB vindt u terug in de bijlage C. In de inleiding van de SRPB vragenlijst maakt men de deelnemer erop attent dat, alhoewel sommige vragen woorden bevatten zoals spiritualiteit, ze moeten opgevat worden in termen van het eigen persoonlijk

levensbeschouwing of het nu spiritueel, religieus of persoonlijk is. *Dit sluit aan bij een pluralistische opvatting van spiritualiteit.*

Het WHOQOL SRPB instrument werd dan getest in 18 centra (N=5087) verdeeld over 15 landen. De gemiddelde leeftijd was 41.3 (+- 15,3) gaande van 16 tot 90. 48,9% waren mannen. Het opleidingsniveau was gelijkmatig verdeeld. De religies waartoe deelnemers behoorden waren voornamelijk Christelijk ( de landen van Zuid-Amerika, Afrika, en Europa), Moslim, Boeddhistisch, Hindoe, Joods en anderen.

Na analyse kwam men tot het besluit dat de SRPB facetten konden gezien worden als een **onafhankelijk construct, los van de andere domeinen van QOL.**

De bevindingen tonen wel dat SRPB gecorreleerd is aan andere domeinen van QOL en het sterkste aan het psychische en sociale domein. Terwijl alle domeinen bijdragen tot de algemene QOL zag men wel dat de bijdrage van SRPB kleiner was dan die van omgeving, psychisch en sociaal domein. Dit suggereert dan het SRPB domein minder belangrijk is voor de algemene populatie dan de andere traditionele componenten. Voor mensen die de **minst goede gezondheid** rapporteerden, zag men dat het belang van het SRPB domein toenam samen met het belang van het fysieke domein. Vergelijking van geslachten toonde aan dat **vrouwen** een sterker gevoel van spirituele verbondenheid en geloof/vertrouwen rapporteerden. **Ouderen** toonden een groter geloof/vertrouwen, innerlijke rust en sterkte, eenheid en integratie en spirituele verbondenheid. De **jongeren** toonden meer hoop en optimisme. Degenen met een **lager opleiding** rapporteerden een groter geloof/vertrouwen, maar minder hoop en optimisme, zingeving en gevoelens van ontzag en respect en spirituele verbondenheid.

Tot slot wordt er gesuggereerd dat **SRPB** routinematig zou moeten gemeten worden in de beoordeling van QOL, omdat het een **substantieel verschil** kan maken, zeker voor degenen die ziek zijn of aan het einde van het leven.

Ook stelt men zich vraag wat de bijdrage van SRPB kan zijn in het al dan niet succesvol verlopen van **gezondheids promotie**. *Dit leunt aan bij mijn originele vraagstelling.* Het biopsychosociaal model van gezondheid wordt op dit ogenblik algemeen aanvaard en gewaardeerd in de gezondheidspsychologie omdat het een betere en juistere benadering inhoudt dan het oude biomedische model. Na deze studie kan men zich de vraag stellen of het niet nog beter zou zijn om een **biopsychosociospiritueel model** in te voeren.



*Ik beoordeel deze studie van de WHO als zeer waardevol. Ze is uniek in haar benadering en levert een enorme bijdrage aan het onderzoek aangaande het belang van spiritualiteit in de levenskwaliteit. In mijn onderzoek is het een van de studies die zeer duidelijk is in opzet en beschrijving van de resultaten en die het meest raakt aan het concept spiritualiteit. Daarbij wordt er ook aangetoond dat het mogelijk is deze term intercultureel te gebruiken wat aanleunt bij het begrip spiritualiteit als een pluralistisch begrip. Als besluit kan gesteld worden SRPB als afzonderlijk domein minder belangrijk is voor de algemene populatie dan traditionele componenten. Voor de mensen die de minst goede gezondheid rapporteerden zag men dan het belang van het SRPB domein toenam samen met het fysieke domein. SRPB aspecten zouden misschien in de toekomst ook kunnen ingebouwd worden in QOL vragenlijsten voor adolescenten. De volgende hoofdstukken handelen over spiritualiteit bij adolescenten.*

### **6.8.2 Studie van Elchardus**

In zijn boek "Het grootste geluk" wijdt Elchardus in het hoofdstuk "Lof der Wijsheid" aandacht aan de relatie geloof/levensbeschouwing en geluk.

Uit het onderzoek van de European Values Study in België in 1999 bleek dat mensen die veel belang hechten aan geloof of levensbeschouwing iets meer kans hebben om tot de groep van zeer gelukkige mensen te behoren. In de groep die weinig of geen belang hechtte aan geloof was 18% zeer ongelukkig, terwijl slechts 12% van de mensen die geloof en levensbeschouwing belangrijk vinden tot de zeer ongelukkigen behoort. Dit verschil was statistisch significant. Het koppelen van geloof en regelmatige praktijk of het strikt naleven van de voorschriften, draagt nog eens extra bij tot het geluk. Het is mogelijk dat dit laatste te maken heeft met het opgenomen zijn in een gemeenschap van gelijkgezinden die men regelmatig ontmoet. Hij identificeerde verder in het betreffende hoofdstuk nog drie houdingen die bijdragen tot geluk namelijk, voldaanheid, interne locus of control en optimisme.

*Interessant is dat een duidelijke levensbeschouwelijke overtuiging geassocieerd is met meer geluk. Dit zou te maken kunnen hebben met een duidelijker zingeving. Een regelmatige praktijk of een strikte naleving kan te maken hebben met opgenomen zijn in een gemeenschap maar het kan ook te maken hebben met regelmatig leven, dat op zich geassocieerd is met een betere gezondheid (dixit Prof. Depoorter). De houdingen voldaanheid, interne locus of control en optimisme zijn aspecten (zie model van Park hoofdstuk 6.5 en WHOQOL SRPB) die hun oorsprong kunnen vinden in spiritualiteit, dat also invloed kan uitoefenen op QOL en/of geluk.*

Bronnen :

1. Connel KA, Skevington SM. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health related quality of life: themes from focus groups in Britain. *Br J Health Psychol* 2005 Sep;10(Pt 3):379-98
2. Depoorter AM: persoonlijke mededeling, 20 juli 2007
3. Elchardus M, Smits W. *Het grootste geluk*. Leuven:LannooCampus; 2007
4. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). *Soc Sci Med*. 2006 Aug;63(4):843-5. Epub 2006 May 2. Erratum in: *Soc Sci Med*. 2006 Nov;63(10):2753.
5. WHOQOL SRPB Group, A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*. 2006 Mar;62(6):1486-97

## 7. Spiritualiteit en gezondheid bij de adolescent

### 7.1 Spiritualiteit bij de adolescent

Adolescentie wordt algemeen gedefinieerd als leeftijdsfase tussen kind zijn en maatschappelijk volwassen zijn. Men kan die periode opdelen in (1) vroegadolescentie: 12/13-14/15 jaar, (2) midden-adolescentie: 14/15-16/17 jaar, (3) laatadolescentie 16/17-20/21 jaar, en ten slotte de eindfase: 20/21 tot 24/25 jaar.

De ontwikkelingstaken in de adolescentie van 12-15 jaar zijn: omgaan met de veranderingen van het lichaam, het in vraag stellen van **normen en waarden**, het opbouwen van een **eigen referentiekader/identiteit**, vaardiger omgaan met anderen. De ontwikkelingstaken van 15-20 jaar zijn: verder **onafhankelijk** worden van feed-back van de ouders, leraren en anderen, ontwikkelen van een steviger **zelfwaardegevoel**, verdere verwerving van **sociale en beroepsvaardigheden**, zich losmaken van ouders en oplossen van loyaliteitsconflicten. Deze ontwikkelingstaken gaan samen met een ware metamorfose.

7.1.1 De lichamelijke ontwikkeling, hier ga ik niet verder op in omdat dit in het kader van dit eindwerk niet van belang is.

7.1.2 De cognitieve ontwikkeling: de adolescenten leren **formeel-operationeel denken**, ze leren abstract denken, hypothetisch deductief, combinatorisch denken, kritisch denken. De adolescenten kunnen symbolen hanteren en hypothesen en theorieën formuleren. De cognitieve ontwikkeling uit zich in een verandering van inhoudelijke belangstelling, ze kunnen **interesse** tonen onder andere voor wereldproblemen, milieu, normen en waarden, R/S. Ze kunnen actief denken over mogelijkheden om problemen op te lossen. Ook **zelfreflectie**, het nadenken van de persoon over zichzelf wordt mogelijk. *Door de mogelijkheid van zelfreflectie en abstract denken wordt het denken over het existentiële en R/S onderwerpen mogelijk. Een adolescent kan zich R/S vragen gaan stellen en hierdoor een spirituele crisis doormaken.*

Volgens Fowler (2004) wordt de adolescent bewust van een aantal spirituele teleurstellingen. De algemeen aangenomen religieuze praktijken en levensbeschouwelijke overtuigingen veranderen of gaan verloren. De adolescent wordt sceptisch, stelt vragen en zoekt naar antwoorden.

Ook is er bij de adolescent een ontwikkeling van wijsheid. In een onderzoek hier rond besluiten de auteurs Pasupathi ea (2001) in De Wit (2004) dat de adolescentie bij uitstek de

levensperiode is waarin “zaden van wijsheid” ontkiemen die later (bij sommige volwassenen) tot bloei komen. *Misschien zou dit hetzelfde kunnen betekenen voor “zaden van spiritualiteit” die later tot bloei kunnen komen?*

Ook de **sociale cognitie** ofwel het denken over de sociale werkelijkheid ontwikkelt zich. In de vroege adolescentie wordt het mogelijk de **diverse standpunten meer op afstand**, vanuit het gezichtspunt van een derde persoon te zien. Jongeren kunnen zo naar zichzelf kijken en naar hoe ze doen en denken. De **mate van zelfbewustzijn** neemt toe. Later in de adolescentie neemt er een verdieping en vermaatschappelijking plaats. Er komt een besef van de relativiteit van standpunten die individuen en maatschappelijke groeperingen innemen en het besef dat deze standpunten worden ingegeven door bepaalde belangen, en dat er ook andere standpunten mogelijk zijn. *Dit is belangrijk voor de attitude van de adolescent naar R/S, zie hoofdstuk 7.4.*

7.1.3 De emotionele ontwikkeling : adolescenten verschillen niet alleen van kinderen doordat ze emotioneel labiel zijn, soms zijn ze ook apathisch, maar ook doordat ze beschikken over meer impliciete **en expliciete kennis van emoties** en over het **reguleren** van emoties. Er zijn aanwijzingen dat die kennis van emoties doorgaat tot in de volwassenheid. *Door die kennis over emoties is het mogelijk dat ze de kern van spiritualiteit namelijk de **ervaring/gevoel van verbondenheid** met het sacrale kunnen ervaren en verwoorden.*

7.1.4 De identiteitontwikkeling: identiteit houdt de kenmerken in die een persoon een gevoel van eigenheid en continuïteit geven en die persoon tot één en dezelfde mens maken in de ogen van de anderen. Het **zelfconcept** ontwikkelt zich, dit is het beeld dat de persoon van zichzelf heeft, de zelfwaardering is de positieve, negatieve of neutrale betekenis die aan elementen van het zelfbeeld gegeven wordt. Deze ontwikkeling werk ik verder uit omdat dit van belang is voor het begrijpen van de research artikels die ik later beschrijf.

Volgens Erikson (1950) in Levenson ea (2005) is de primaire ontwikkelingstaak van de adolescent de vorming van een geïntegreerd gevoel van **persoonlijke identiteit**. In het zoeken en exploreren van zijn identiteit wordt er van de adolescent verwacht dat hij een **persoonlijke kijk ontwikkelt op vlak van politiek, beroep, filosofie en R/S**. De empirische research op de theorie van Erikson 's theorie van identiteitsontwikkeling is gebaseerd op het identiteitsstatus paradigma van Marcia (1966, 1967, 1980, 1982) in Soenens (2005). Marcia beschrijft identiteit echter in termen van een blijvende outcome en stabiele dispositionele kenmerken. Daarom hebben een aantal auteurs een meer

procesgeoriënteerd model van identiteitsontwikkeling voorgesteld. Een model hiervoor is het model van Berzonsky (1989,1990) in Soenens (2005). Berzonsky zocht naar de sociaal cognitieve onderbouw van Marcia's identiteitsstatussen.

Duriez B ea (2004) gaan ervan uit dat de ervaring van **conflict in de ontwikkeling van een persoonlijke identiteit** een belangrijke determinant is in de **ontwikkeling van R/S overtuigingen**. (zie hoofdstuk 7.4) Ze zien identiteitsontwikkeling als **een proces** zoals beschreven door **Berzonsky**, dat **3 identiteitsstijlen** beschrijft. Dit zijn manieren van informatieverwerking en coping die typisch naar boven komen in identiteitscrisissen. Ze zijn te beschouwen als **sociale cognities** waarmee de adolescent de **realiteit waarneemt en verwerkt**.

- (1) **Informatiezoekende stijl**: actief uitzoeken, verwerken en gebruiken van relevante informatie in de context van de identiteitsontwikkeling. Wanneer het individu geconfronteerd wordt met informatie die niet overeenkomt met zijn zelfperceptie zal hij bereid zijn om deze aan te passen.
- (2) **Normatieve stijl**: individuen focussen op de normatieve verwachtingen en voorschriften van significante anderen (ouders, andere autoriteitsfiguren, R/S traditie, peergroep) Ze zijn daarbij rigide en inflexibel in de bestaande identiteitsstructuren en staan niet open voor informatie die niet overeenstemt met het zelfbeeld.
- (3) **Diffuus/vermijdende stijl**: deze individuen zijn gekenmerkt door uitstel van beslissingen over persoonlijke problemen en identiteit. Dit resulteert in een gefragmenteerde niet geïntegreerde persoonlijkheidsstructuur.

Zoals beschreven in hoofdstuk 7.4 zijn identiteitsstijlen geassocieerd met **attitudes ten opzichte van R/S**. Identiteitsontwikkeling vindt niet enkel plaats tijdens de adolescentie, het is een levenslang proces.

Dobbelaere (2000) schrijft: " De jongerencultuur kan de kerkelijke cultuur moeilijk integreren, daar zij een andere waardenbeleving vertegenwoordigt – ondermeer het expressief individualisme en het "postmaterialisme" . Dit wil niet zeggen dat jongvolwassenen geen zingevingsysteem hebben. Jongeren zetten zich af tegen een dogmatisch geloof dat autoritair wordt opgedrongen en bouwen een eigen zingevingsysteem uit dat religieuskerkelijke elementen kan bevatten, maar ze sprokkelen ook geloofselementen uit andere religies die ze combineren met waarden en praktijken uit de seculiere wereld. Zo ontstaat een bricolage, zingevingsysteem à la carte, dat voortdurend getoetst en bijgewerkt wordt en zin geeft aan hun leven".

Aan de experten stelde ik volgende vraag:

**“Is het niet enkel van belang om in het onderwijs handvaten aan te bieden voor het ontwikkelen van een gezond lichaam, gezonde psyche en gezonde sociale interacties, zoals dat nu al het geval is, maar ook voor het ontwikkelen van “gezonde” spiritualiteit?”**

Prof. Hutsebaut antwoordde : “Ik denk dat dit zeker van belang is. Hoe mensen aankijken tegenover het leven, wat ook een spirituele dimensie heeft, kan van invloed zijn op mentale en eventueel zelfs fysieke gezondheid. Ook hier zijn er zeker studies te vinden.”

Prof. Van Bendegem antwoordde: “Als ik spiritualiteit hier zeer ruim mag interpreteren, namelijk als “zich deel weten van een groter geheel (wat een groep mensen, de maatschappij, de aarde, het universum of meer kan zijn)”, dan is het belangrijk dat de jeugd hiermee in contact wordt gebracht. Het zich kunnen situeren in een groter geheel is fundamenteel belangrijk voor de eigen zinvolheid, om het eigen leven als zinvol te ervaren.”

*Uit dit hoofdstuk blijkt dat adolescenten zowel emotioneel als cognitief capaciteiten ontwikkelen om bewust met R/S om te gaan. Ze gaan daarbij door een fase van identiteitsontwikkeling die R/S vragen kan doen rijzen. De stijl die ze bij die identiteitsontwikkeling gebruiken is meebepalend voor hun attitude tegenover R/S. Bijlage D bevat cijfergegevens over R/S bij de adolescent in Vlaanderen.*

#### Bronnen

1. De Wit J, Slot W, van Aken M. (red.) Psychologie van de adolescentie. Basisboek. Baarn: HBUitgevers. 2004
2. Dobbelaere K, Elchardus M, Kerkhofs J, Voyé L, Bawin-Legrod B. Verloren zekerheid. Tielt: Lannoo; 2000
3. Duriez B, Soenens B, Beyers W. Personality, Identity Styles and Religiosity: An integrative study among late adolescents in Flanders (Belgium). J Pers 2004;72: 877-910.
4. Duriez B, Soenens B, Beyers W. Personality, Identity Styles and Religiosity: An integrative study among late adolescents in Flanders (Belgium). J Pers 2004;72: 877-910.
5. Fowler JW, Dell ML. Stages of faith and identity: birth to teens. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2004 Jan;13(1):17-33
6. Hutsebaut D: persoonlijke mededeling, 10 juli 2007
7. Levenson MR, Aldwin CM, D’Mello. Religious development from adolescence to middle adulthood. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 144-60

8. Soenens B, Duriez B, Goossens L. Social-psychological profiles of identity styles: Attitudinal and social-cognitive correlates in late adolescence. *J Adolesc* 2005;28:107-125.
9. Van Bendegem JP: persoonlijke mededeling, 7 juli 2007

## **7.2 Spiritualiteit en fysieke gezondheid**

Cotton ea (2006) vond in een traditionele review over R/S en gezondheid 18 studies van 1987 tot en met 2004. Er waren **geen studies** die het verband tussen R/S en fysieke gezondheid bij de algemene adolescenten populatie bestudeerden. Zie bijlage E.

Bronnen

1. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *J Adolesc Health*. 2006 Apr;38(4):472-80.

## **7.3 Spiritualiteit en gezondheidsbevorderende gedragingen**

*In de originele versie van de vraagstelling voor mijn eindwerk schreef ik: Zou het niet mogelijk zijn dat spiritualiteit, door het aansterken van het geloof in zichzelf, het gezondheidsbevorderend gedrag bij de adolescent bevordert?*

**Callaghan** (2005) levert een belangrijke bijdrage aan het antwoord op deze vraag. Zij herhaalde het onderzoek dat ze bij volwassenen uitvoerde bij adolescenten. Voor de gebruikte begrippen en studieopzet verwijs ik naar de bespreking van het onderzoek bij volwassenen in hoofdstuk 6.6. De **onderzoekspopulatie** bestond in dit onderzoek uit 256 adolescenten van 14 tot 19 jaar, gerekruteerd op vrijwillige basis, van een middelbare school, gekozen om de diversiteit in etniciteit en economische status.

Ook hier vond ze, zoals in het onderzoek bij volwassenen, dat de subschaal van “**spirituele groei**” van de HPLP II significant in verband staat de **bekwaamheid tot zelfzorg**, meer specifiek met de component “**initiatiefname**” en “**verantwoordelijkheid**”.

Deze resultaten suggereren dat **spirituele groei** sterker geassocieerd is met **bekwaamheid tot zelfzorg** dan met de zelf-efficaciteit.

**Cotton ea (2006)** deden in verband met dit onderwerp een traditionele review van 18 studies (15 cross-sectioneel en 3 kwalitatief) uitgevoerd in de VS van 1987 tot en met 2004. Adolescentie werd gesitueerd van 10 tot 20 jaar. Zie bijlage F. Deze review focuste op de

**proximale domeinen** van R/S, meer bepaald **zingeving, coping, spirituele steun**, en niet zozeer op distale domeinen zoals gedragingen, het bijwonen van kerkdiensten en gebed en de mate waarin iemand zich religieus noemt. Ze gaan ervan uit dan het distale domein het gedrag beïnvloedt via voorgeschreven gedrageregels van de externe autoriteit van de geloofsgemeenschap. Het proximale domein zou meer invloed kunnen hebben op individueel protectieve factoren zoals verbeterd zelfvertrouwen. *Hiermee herformuleren Cotton ea mijn originele vraagstelling met dat verschil dat ik de term spiritualiteit gebruikte in plaats van het proximale domein van R/S. De distale en proximale domeinen kunnen misschien geplaatst worden in het model "R/S als zingevingssysteem" van Park in de 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> kolom (zie hoofdstuk 6.5).*

Een aantal studies toonden een statistisch significant **negatief** verband tussen enerzijds het **proximale domein** met **middelengebruik en vrijwillige seksuele activiteit**. Terwijl het distale domein enkel negatief correleert met verminderd alcohol gebruik.

Verder voerde **Cotton ea (2005)** een studie uit bij 134 ad random geselecteerde adolescenten (gemiddelde leeftijd van 16,4 jaar) uit een randstad middelbare school.

De onderzoeksvraag peilde naar de bijdrage van spiritualiteit op depressieve symptomen en gezondheidsrisicogedragingen. Algemene religieuze betrokkenheid werd gemeten door vragen naar belang van het geloof en geloof in een hogere macht. Spiritualiteit werd gemeten aan de hand van de Spiritual Well-Being schaal. Depressie werd gemeten met de Children's Depression Inventory Short Form, Risicovol gedrag werd gemeten met de Youth Risk Behavior Survey. Deze houdt items in betreffende (1) intentioneel en niet intentioneel veroorzaakte verwondingen (2) tabaksgebruik, (3) alcohol- en druggebruik (4) risicovol seksueel gedrag (5) voedingsgewoonten (6) fysieke activiteit. Een multivariate regressie analyse werd uitgevoerd. Mannelijk geslacht en **minder existentieel welbevinden** gingen samen met **meer risicovol gedrag**. De algemene metingen van religiositeit hadden geen invloed.

**Rew ea (2006)** voerden in het kader R/S en gezondheidsbevorderend attitudes en gedrag een systematische review uit over de publicatiejaren 1998 tot 2003. 43 kwantitatieve studies (12 thesissen en 31 artikels) werden geselecteerd. Alle studies werden uitgevoerd in de VS. De gemiddelde leeftijd van de onderzochte populaties was minimum 10 en maximum 20. Resultaat:

- Meer dan de helft van de studies waren atheoretisch of hadden geen duidelijk theoretisch kader
- 37 verschillende R/S variabelen werden geïdentificeerd



- Slechts 3 studies bevatten een algemene meting van spiritualiteit
- Minder dan de helft vermeldde iets over betrouwbaarheid en validiteit van het meetinstrument
- Alle 43 studies zeiden iets over gezondheidsrisicogedragingen, slechts 7 handelden over gezondheidsbevorderend gedrag: de meest gemeten gezondheidsgedragingen waren alcohol, druggebruik en seksuele activiteit.

De meeste studies (76,7%) toonden, na controle voor covariaten, dat er **een positief verband** is tussen **R/S metingen en gezondheidsattitudes en gedragingen**.

De laatste studie die ik hier bespreek is een longitudinale studie van **Seeman ea** (2006). Zij gaan uit van een aparte kijk op spiritualiteit. Ze maken namelijk het onderscheid tussen NDUSS (**non drug use specific spirituality**) en DUSS (**drug use specific spirituality**) als predictoren voor druggebruik bij hoog risico jongeren. De onderzoekspopulatie bestond uit 501 adolescenten van 14 tot 19 jaar uit een hoog risico populatie in Zuid California. In vroeger onderzoek rond druggebruik vond men herhaaldelijk dat er een overlapping was van 2 predictoren voor druggebruik, namelijk spiritualiteit en moraal betreffende druggebruik. Meerder auteurs suggereerden daarom dat mensen ook drugs kunnen gebruiken om spirituele ervaringen te bevorderen, dit zou vooral het geval zijn voor marihuana en hallucinogenen. Bepaalde drugs werden/worden in bepaalde culturen hiervoor gebruikt. Er werd een meetinstrument ontwikkeld om DUSS en NDUSS te meten. Betrouwbaarheid en validiteit voldeden. DUSS geeft weer of het individu uitgaat van het feit dat het gebruik van drugs geoorloofd is als deel van een spirituele praktijk. Bij NDUSS meet men hoe spiritueel de persoon is, de participatie in spiritueel georiënteerde groeperingen en deelname aan spirituele praktijken zoals het gebed. Daarnaast werd het druggebruik gemeten over de laatste 30 dagen. Het betrof sigaretten, alcohol, marihuana, stimulerende middelen en hallucinogenen. De meting van druggebruik werd herhaald na 1 jaar.

De sterkste predictor voor druggebruik na 1 jaar was druggebruik bij het begin van het onderzoek. Het is algemeen geweten dat de beste predictor voor toekomstig gedrag, het gedrag uit het verleden is. Na **controle van het baseline druggebruik was NDUSS negatief predictief voor alcohol, marihuana en stimulantia 1 jaar later. DUSS was positief predictief voor het sigaretten en hallucinogenen gebruik**. Deze gegevens betreffen echter een specifieke hoog risico groep en zijn daarom misschien niet toepasbaar op een algemene populatie. Deze studieresultaten zijn de eerste die aanduiden dat bepaalde vormen van spiritualiteit druggebruik kunnen doen toenemen en andere druggebruik doen afnemen. *Dit duidt er nogmaals op dat het niet enkel belangrijk is of men al dan niet spiritueel is, maar vooral hoe. Het gaat hier om spiritualiteit die gebruikt wordt om*

*een extern doel te bereiken, dus extrinsiek georiënteerd. In die zin kunnen we spreken over wat Apostel hedonistische spiritualiteit noemt, een spiritualiteit die men gebruikt om te genieten van rust en extase.*

*Als besluit van dit hoofdstuk kan men zeggen dat er aanwijzingen zijn van een verband tussen R/S variabelen en gezondheidsbevorderend gedrag. De studie van Callaghan geeft een duidelijk verband tussen spirituele groei en gezondheidsbevorderend gedrag. De studie van Sussman geeft weer dat het belangrijk is de oriëntaties van spiritualiteit in rekening te brengen bij het onderzoek naar het verband tussen spiritualiteit en gezondheid.*

#### Bronnen

1. Callaghan DM. The influence of spiritual growth on adolescents' initiative and responsibility for self-care. *Pediatr Nurs.* 2005 Mar-Apr;31(2):91-5, 115.
2. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behavior. *J Adolesc Health* 2005 Jun;36(6):529
3. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *J Adolesc Health.* 2006 Apr;38(4):472-80.
4. Rew L, Wong YJ, A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health* 2006 Apr;38(4):433-42
5. Sussman S, Skara S, Rodriguez Y, Pokhrel P. Non drug use- and drug use-specific spirituality as one-year predictors of drug use among high-risk youth. *Subst Use Misuse.* 2006;41(13):1801-16.

## **7.4 Spiritualiteit en mentale gezondheid**

Het begrip geestelijke gezondheid wordt in dit hoofdstuk breed geconceptualiseerd, met zowel negatieve (zoals depressie en angst) als positieve dimensies. Deze positieve dimensies houden in emotioneel welbevinden (vb positief affect), psychosociaal welbevinden (zoals zelfaanvaarding, positieve relaties, en levensdoel) en sociaal welbevinden (vb positieve attitudes naar anderen).

Geestelijke gezondheid is een van de gezondheidsindicatoren Health People 2010 (US Department of Health and Human Services, 2000) Volgens NIH zou 10% van kinderen en

adolescenten in de VS een mentale ziekte vertonen die voldoende ernstig is om functioneel tekort te veroorzaken. Ook hier in België is er een toenemende prevalentie van depressie. Op het einde van de adolescentie hebben ongeveer een 20% van de jongeren een depressie doorgemaakt. In 40% tot 70% van de gevallen is er een belangrijke comorbiditeit gaande van angststoornis, gedragsstoornis, middelengebruik, leerproblemen, ADHD tot persoonlijkheidsstoornis.

**Wong ea** (2006) voerden een systematische review uit over religie/spiritualiteit en mentale gezondheid bij adolescenten. De methode van de studietoets werd uitvoerig besproken. Er voldeden een 20-tal studies, gepubliceerd van 1998 tot en met 2004, aan de vooropgesteld criteria. Ze werden allen uitgevoerd in de VS. De studies handelen over jongeren met een gemiddelde leeftijd tussen 10 en 20 jaar. De uitkomstvariabelen waren een waaier van geestelijke gezondheid indicatoren waaronder algemeen welbevinden, depressie, angst, zelfvertrouwen, sociale acceptatie. De onafhankelijke R/S variabelen werden in categorieën ingedeeld op basis van in de literatuur gevonden voorstellen. Metingen betreffende het sociale en gedragsaspect (vb. bijwonen van de kerkdienst) werden als "institutioneel" gecodeerd, variabelen betreffende geloofsovertuigingen (vb. belang van religie) als "ideologisch", variabelen zoals persoonlijke devotie en intrinsieke religieuze oriëntatie (vb. bidden) als "persoonlijke devotie", variabelen die spiritueel waren en niet expliciet religieus (vb. existentieel welbevinden) werden als "existentieel" gecodeerd, metingen van een combinatie van variabelen (vb. belang van religie en frequentie van religieuze praktijk) werden "multidimensioneel" gecodeerd en algemene, vage metingen (vb. de vraag naar hoe religieus de persoon is) werden als "algemeen" gecodeerd. In 17 van de 20 studies werd er een positieve associatie gevonden, 2 studies vonden geen associatie, in 1 studie (Pearce ea 2003, zie verder) werd er zowel een positieve als een negatieve associatie gevonden. In slechts 8 studies werd een multivariate analyse van gegevens uitgevoerd. (zie Tabel 7.4.1)

**Tabel 7.4.1** Analyse van 8 studies waarin multivariate vergelijking van R/S variabelen met mentale gezondheidsvariabelen werd onderzocht (naar Wong ea (2006))

| Categorieën           | Aantal R/S metingen | Aantal R/S metingen met ten minste 1 significante relatie met geestelijke gezondheid |
|-----------------------|---------------------|--|
| <b>Institutioneel</b> | <b>6</b>            | <b>5</b>   |
| Ideologisch           | 5                   | 1  |
| Persoonlijke devotie  | 5                   | 1  |
| <b>Existentieel</b>   | <b>3</b>            | <b>3</b>   |
| Multidimensioneel     | 3                   | 2  |
| Algemeen              | 1                   | 0  |

**Institutionele R/S variabelen en existentiële variabelen waren de meest robuuste predictoren voor psychische gezondheid bij adolescenten.**

Wat betreft de institutionele variabelen staat dit resultaat in contrast met de resultaten met de meta analyse uitgevoerd door Hackney en Sanders (2003) in Wong ea (2006) bij hoofdzakelijk volwassen populaties, waar werd gevonden dat persoonlijke devotie het sterkst was geassocieerd met mentale gezondheid terwijl institutionele variabelen het zwakst waren geassocieerd. Wong ea suggereert dat misschien het sociale en gedragsmatige impact van institutionele R/S variabelen meer van belang kan zijn voor adolescenten omdat deze zouden kunnen zorgen voor een gevoel van ergens thuis te horen, in een al mogelijke tumultueuze periode van de ontwikkeling.

De associatie was sterker uitgesproken voor jongens en oudere adolescenten. Het is mogelijk dat de associatie mentale gezondheid en R/S groter is bij oudere adolescenten omdat ze meer mogelijkheid bezitten om te reflecteren en eigen keuzes te maken onafhankelijk van verwachtingen van belangrijke anderen. Waarom er bij jongens een sterkere associatie gevonden werd blijft een open vraag.

Verder vermeldt ook deze review dat er meerdere tekortkomingen zijn in methodologie en onderzoeksopzet. Meer dan 1/3 van de studies gebruikte slechts één variabele om het concept R/S te meten. In 4/10 studies werd er niet gesproken over betrouwbaarheid van de metingen, in 2/3 werd er niets vermeld over de validiteit. 85% van de studies bestudeerden cross-sectionele data en spraken toch over een causale relatie tussen beiden.

Ook is er een mogelijke overlapping van de concepten R/S, namelijk existentieel welbevinden, en mentale gezondheid. Hierover bestaat er discussie.

Ook de studie van **Cotton ea (2005)**, beschreven in hoofdstuk 7.3, wees er op dat **meer existentieel welbevinden gecorreleerd was aan minder depressieve symptomen.**

**Minder existentieel welbevinden en een hogere mate van belang gehecht aan religie waren gecorreleerd aan meer depressieve symptomen.** In deze studie had existentiële welbevinden een sterkere relatie met gezondheid dan traditionele religieuze items. *Dit is in tegenspraak met de resultaten van Wong die zegt dat de institutionele variabelen ook sterke invloed hadden.*

Het feit dat het groter **belang hechten aan religie** gerelateerd was aan een **vermeerdere depressieve symptomen** werd ook teruggevonden in de studie van Pearce ea (2003) in Cotton ea (2005). Het is mogelijk dat adolescenten depressief worden omwille van de eisen gesteld door betreffende religie of dat adolescenten met depressieve symptomen bij religie te rade gaan voor sociale ondersteuning of in hun zoektocht naar zingeving.

Als besluit zegt Cotton (2005): "Gezien de uitdagingen waar vele adolescenten voor staan is het van belang voor de gezondheidszorg om bewust te zijn van mogelijke bronnen van ondersteuning. Spiritualiteit kan adolescenten voorzien van ondersteuning die hen zingeving en doelgerichtheid kan geven. Hierdoor kan dan de veerkracht versterkt worden en uiteindelijk de gezondheid van de adolescent bevorderd worden"

*De relatie van de term "belang gehecht aan religie" met depressieve symptomen werd in 2 richtingen verklaard dit werd niet gedaan voor de andere bevindingen. Zo zou de relatie minder existentieel welbevinden en meer depressieve symptomen ook kunnen verklaard worden door het feit dat depressie juist gepaard gaat met een gevoel van "zinloosheid". Ook de relatie minder welbevinden en meer risicovolgedrag, zoals beschreven in hoofdstuk 7.3, zou kunnen verkaart worden door het feit dat externaliserend gedrag kan samengaan met depressie dat op zijn beurt een gevoel van zinloosheid geeft.*

*Nochtans wijzen de gegevens van deze studies op een verband tussen (1) institutionele variabelen van R/S en psychisch welbevinden en (2) existentieel welbevinden en psychisch welbevinden. De vraag stelt zich: is het zo dat we de dimensie van spiritualiteit in deze onderzoeken, misschien meer bepaald het existentieel welbevinden, meer moeten en kunnen aanspreken in de preventie van psychisch lijden?*

*Moeten we wachten tot er voldoende longitudinale studies zijn in die richting? Of kunnen we op basis van de gegevens (het afnemende belang van religie, het afwezig zijn van een duidelijke gestructureerd aanbod van spiritualiteit of levensbeschouwing en een aantal studies die weliswaar cross-sectioneel op een verband duiden) en het meer voorkomen van depressie en risicovol gedrag reeds besluiten dat we in die richting wat te doen hebben? En als we wat te doen zouden hebben, wat is het dan dat we zouden kunnen doen, met in het achterhoofd de pluralistische definitie van spiritualiteit? Dit wordt verder in het besluit besproken.*

Een heel ander soort onderzoek, uitgevoerd in **Vlaanderen**, gaat meer in de richting van sociaal welbevinden. Het onderzoek van **Duriez ea** (2004,2006) vertrekt dan ook vanuit een heel ander gezichtspunt. Het bestudeert attitudes ten aanzien van religie. *De gedachtegang die dit artikel volgt, is ook doortrekken naar spiritualiteit. (zie beschrijving PKG in het hoofdstuk 6.2 Meetinstrumenten)*

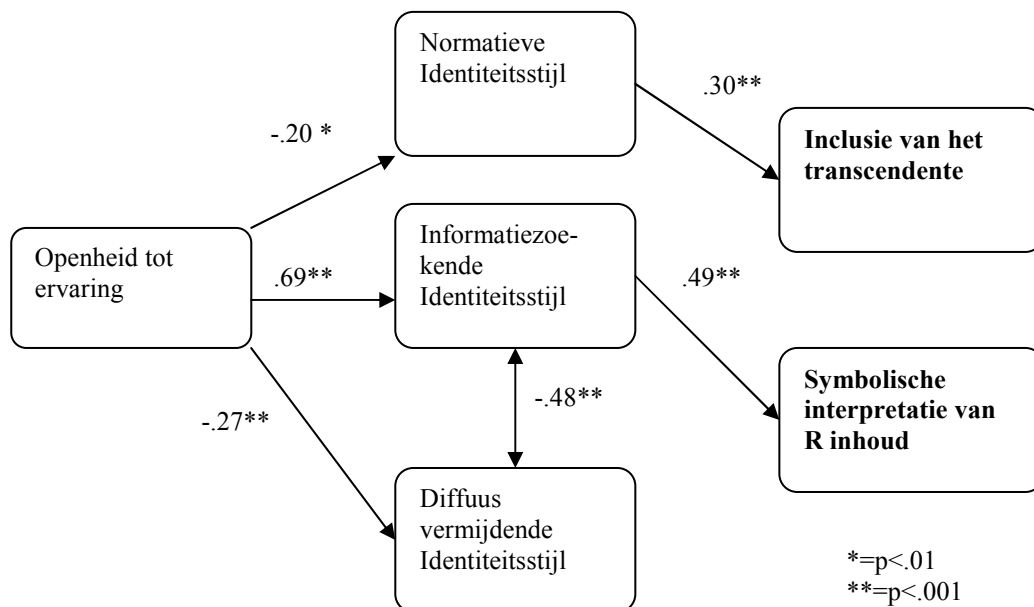
Er wordt een geïntegreerd model vooropgesteld waarin de relatie tussen persoonlijkheid en religiositeit gedurende de late adolescentie verloopt via sociaal-cognitieve processen in de identiteitsontwikkeling.

Het onderzoek werd uitgevoerd bij 335 Vlaamse jongeren van 17 tot 25 jaar, gemiddeld 18 jaar. 90% van hen waren gedoopt, 8% ging 1 of meer maal per maand naar de kerk, 14% minder dan 1 maal per maand, 55% bij speciale gelegenheden, 23% bijna nooit.

Meetinstrumenten waren het Five Factor Model van Costa & McCrae (1978, 1992) (zie bijlage F), The Identity Style Inventory van Berzonsky (1990) (zie hoofdstuk 7.1) en de religiositeitmeting werd gedaan met de Post Kritische Geloofsschaal (PKG, Duriez et al., 2000) (zie hoofdstuk 6.2).

De analyse van de gegevens werd zeer extensief uitgelegd. De resultaten zijn samengevat in figuur 7.4.1. **Persoonlijkheidskenmerken** bepalen niet of de adolescent al dan niet religieus is, maar beïnvloeden wel **via de identiteitsstijlen de manier waarop er met R/S inhouden wordt omgegaan**. De informatiezoekend stijl en de diffuus vermijdende stijl zijn tegengestelde stijlen en staan in negatief verband met elkaar. Laat-adolescenten die de informatiezoekende identiteitsstijl hanteren interpreteren religieuze inhouden op een **persoonlijke en symbolische manier**. Laat adolescenten die een normatieve stijl gebruiken zijn meer religieus, ten minste in een context gekarakteriseerd met een religieuze traditie. De **informatiezoekende identiteitsstijl was de sterkste mediator**.

**Fig. 7.4.1:** Geïntegreerd hypothetisch model van de relatie tussen openheid tot ervaring, identiteitsstijl en religiositeitsdimensies met gestandaardiseerde richtingscoëfficiënt naar Duriez ea (2004)



Deze studie werd herhaald in 2 andere onderzoekpopulaties. De eerste populatie betrof een 336 tal jongeren met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar, een tweede populatie betrof 336 jongeren met een gemiddelde leeftijd van 16 jaar. Men volgde dezelfde onderzoeksmethodiek. Ook hier werd gevonden dat de **informatiezoekende identiteitsstijl** de factor was tussen openheid tot ervaring en **symbolische verwerking van R/S** inhoud.

Er is een groeiend hoeveelheid bewijs dat **interventieprogramma's** de stijl van identiteitsontwikkeling kunnen beïnvloeden. Door de **informatieve identiteitsstijl te ontwikkelen** kunnen adolescenten geleerd worden om R/S inhoud symbolisch te verwerken. Uit onderzoek blijkt immers dat letterlijk geloven gepaard gaat met **minder morele competentie, racisme, vooroordeel, sociale dominantie, tekort aan empathie, cultureel conservatisme, intolerantie voor ambiguïteit en closed mindedness**. Hieruit kan men besluiten dat het tussenkomen in identiteitsvormingsproces ons een mogelijkheid biedt om **maatschappelijke problemen** in verband met religieus conservatisme en fundamentalisme aan te pakken.

Aangezien identiteitsontwikkeling een levenslang proces is zou dit model bij volwassenen kunnen getest worden, en ook in culturen die een andere of geen sterk religieuze traditie hebben.

*In het onderzoek van Luchtmeijer ea (2001) werd een sterk verband gevonden tussen wat mensen spiritualiteit noemen met het symbolisch verwerken van R/S inhouden en inclusie van het transcendente. Toch zou ik me ook een dogmatische en dus letterlijke houding ten opzichte van een niet religieuze spirituele weg kunnen voorstellen. Het zou dan ook interessant zijn aan de hand van de meettechniek van de PKG, die de attitude ten opzichte van het christendom meet, een meettechniek te ontwikkelen voor de attitude ten opzichte van andere spirituele wegen. Een belangrijk besluit uit deze studies van Duriez ea is dat we jongeren in hun identiteitsontwikkeling kunnen stimuleren een informatiezoekende stijl aan te nemen. Dit staat in negatief verband met letterlijk omgaan met religieuze inhouden wat op zijn beurt samen gaat met verminderd psychisch welzijn en vermeerderd psychisch lijden bij volwassenen (Dezutter (2006)) en een houding van vooroordeel, en intolerantie.*

#### Bronnen

1. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behavior. J Adolesc Health 2005 Jun;36(6):529
2. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. J Adolesc Health. 2006 Apr;38(4):472-80.
3. Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors versus religious attitudes. Pers Individ Dif 2006;40: 807-18
4. Duriez B, Soenens B. Personality, Identity Styles and Religiosity: An integrative study among late and middle adolescents. J Adolesc 2006;29:119-135
5. Duriez B, Soenens B, Beyers W. Personality, Identity Styles and Religiosity: An integrative study among late adolescents in Flanders (Belgium). J Pers 2004;72: 877-910.
6. Luchtmeijer G, Verbiest K, Wouters I. Spiritualiteit, een bepaling van het concept. Een zoektocht naar eenheid in de veelheid. Niet gepubliceerde verhandeling Psychologie o.l.v. Prof. Dr. D. Hutsebaut, KuLeuven, Centrum voor ontwikkelingspsychologie, 2001
7. Wong YJ, Rew L, Slaikeu KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. Issues Ment Health Nurs. 2006 Feb-Mar;27(2):161-83.



## 7.5 Spiritualiteit en levenskwaliteit

*Ik verwijs hiervoor naar het onderzoek van de WHO bij volwassenen (hoofdstuk 6.8) SRPB aspecten zouden misschien in de toekomst ook kunnen ingebouwd worden in QOL vragenlijsten voor adolescenten.*

Er zijn meer dan 50 Health Related Quality of Life (HRQOL) instrumenten voor kinderen en adolescenten. De meeste zijn ontworpen voor kinderen met specifieke gezondheidsproblemen. Slechts 35% is bruikbaar bij algemene populaties. De YQOL (Youth Quality of Life instrument) is het enige QOL instrument bij adolescenten (12 tot 18 jaar) *waar ik de dimensie spiritualiteit terug gevonden heb*. De test werd ontwikkeld volgens hetzelfde principe als de WHOQOL SRPB. Eerst werd er door kwalitatief onderzoek vastgesteld wat voor jongeren belangrijk was in hun QOL. Op basis hiervan werd een conceptueel model ontwikkeld. In de YQOL wordt er gepeild naar volgende R/S uitspraken: “My life has meaning” “Personal believes give me strength” (“Mijn leven is zinvol” “Persoonlijke overtuigingen geven mij steun”.)

*Ik heb geen informatie gevonden over wat de bijdrage was van het peilen naar deze uitspraken in de QOL meting.*

### Bronnen

1. Edwards TC, Huebner CE, Connell FA, Patrick DL. Adolescent quality of life, part I: conceptual and measurement model. *J Adolesc.* 2002 Jun;25(3):275-86
2. Patrick DL, Edwards TC, Topolski TD. Adolescent quality of life, part II: initial validation of a new instrument. *J Adolesc.* 2002 Jun;25(3):287-300.
3. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N, Wetzel R, Nickel J, Bullinger M. Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: methodological considerations. *Pharmacoeconomics.* 2006;24(12):1199-220.

## 8. Besluit

*De drie onderzoeksvragen worden beantwoord.*

### 8.1 Wat is spiritualiteit ?

*Spiritualiteit is een concept in evolutie, sterk meebepaald door cultuurfilosofische en maatschappelijke stromingen. Spiritualiteit is een complexe multidimensionele constructie die eigenschappen bevat die niet observeerbaar zijn en die geen duidelijke grenzen heeft. Er wordt uitgegaan van de definitie: "spiritualiteit is de zoektocht naar en het ervaren van verbondenheid met wat het individu als sacraal beschouwt". Religie wordt beschouwd als een institutionele zoektocht die ingebed ligt in het begrip spiritualiteit. Maatschappelijk is er een verschuiving van institutionele naar meer subjectieve zoektochten, waarin het begrip zelfactualisatie regelmatig genoemd wordt. Spiritualiteit is een pluralistische begrip dat ook transcultureel kan onderzocht worden.*

### 8.2 Is er een verband tussen spiritualiteit en gezondheid?

*Ten eerste toont deze literatuurstudie aan dat het **wetenschappelijk onderzoek** van het verband tussen spiritualiteit en gezondheid **mogelijk** is.*

**Bestaande meetinstrumenten die gebruikt werden in het onderzoek naar een verband met gezondheid, meten R/S als (1) de mate van verbondenheid met het sacrale, (2) motiverende kracht, of als (3) attitude.**

**De literatuur betreffende algemene populatie toont dat er aanwijzingen zijn dat:**

- (1) het regelmatig bijwonen van de kerkdienst geassocieerd is met een verminderde mortaliteitsincidentie. Dit wordt hoofdzakelijk gemedieerd door gezondheidsbevorderend gedrag.**
- (2) meditatie kan leiden tot een vermindering van fysiologische (re)activiteit.**
- (3) spirituele groei, vanuit zelfactualisatie, staat in positief verband met gezondheidsbevorderend gedrag.**
- (4) oriëntaties en attitudes ten opzichte van R/S zoekwegen zijn geassocieerd met mentale gezondheid. Een open zoekende en persoonlijk doorleefde spiritualiteit is geassocieerd met psychisch welbevinden.**
- (5) spirituele, religieuze en persoonlijke overtuigingen (SRPB) een afzonderlijk domein vormen in de meting van QOL**

(6) een **duidelijke levensbeschouwing** bijdraagt tot geluk

**De literatuur betreffende adolescenten wijst in dezelfde richting en toont aan dat**

- (1) **adolescenten** zowel emotionele als cognitieve **capaciteiten** bezitten om bewust met R/S om te gaan.
- (2) Ze door een fase van **identiteitsontwikkeling** gaan die **existentiële en R/S vragen** kan doen rijzen.
- (3) **spirituele groei, vanuit zelfactualisatie**, in positief verband staat met **gezondheidsbevorderend gedrag**
- (4) de **stijl** die ze bij die identiteitsontwikkeling gebruiken meebepalend is voor hun **attitude tegenover R/S** die op zijn beurt geassocieerd kan zijn met **extremisme en fundamentalisme**
- (5) er aanwijzingen zijn voor een associatie tussen (1)**institutionele variabelen van R/S en psychische welbevinden** en (2) **existentiële welbevinden en psychisch welbevinden**.
- (6) SRPB aspecten op dit moment weinig of **niet in QOL** vragenlijsten voor adolescenten worden ingebouwd.

Er zijn **dus zeker aanwijzingen voor een verband** tussen R/S en gezondheid, maar dat verband is zeer complex. Er zijn ook aanwijzingen die suggereren dat aspecten van spiritualiteit in verband staan met **fysiologische processen** die gerelateerd zijn aan gezondheid. Het effect van spiritualiteit op gezondheid zou kunnen verlopen via het **neuro-immuno-endocrino systeem en/of via psychosociale factoren** zoals zelfvertrouwen en self-efficacy die op hun beurt gezondheidsbevorderend gedrag zouden kunnen bevorderen. **Meer theoretisch gekaderd** onderzoek naar het verband tussen spiritualiteit enerzijds en fysiologische en psychosociale factoren die gezondheid kunnen beïnvloeden anderzijds is nodig.

### **8.3 Wat is het belang hiervan voor de jeugdgezondheidszorg?**

Op de vraag "Is het niet enkel van belang om in het onderwijs handvaten aan te bieden voor het ontwikkelen van een gezond lichaam, gezonde psyche en gezonde sociale interacties, zoals dat nu al het geval is, maar ook voor het ontwikkelen van "gezonde" spiritualiteit?" antwoorden beide **experten positief**. Ook deze literatuurstudie geeft aanwijzingen voor de **relevantie van spiritualiteit** met betrekking tot de **gezondheid** van de **adolescent** en dus

tot de jeugdgezondheidszorg . Volgende **suggesties** voor de **jeugdgezondheidszorg** maken dit duidelijk.

- (1) *Is het omwille van de toegenomen populariteit van het begrip spiritualiteit niet nuttig om medici, paramedici en psychologen en andere jeugdgezondheidswerkers op de hoogte te brengen van bestaande wetenschappelijke literatuur?*
- (2) *Is er voldoende aandacht in het CLB voor existentiële vragen waarmee adolescenten kunnen worstelen? Worden die voldoende serieus genomen? Wie kan die het best opvangen?*
- (3) *Worden antwoorden en vragen in verband met R/S op een onbevooroordeelde manier besproken die persoonlijke deelname en denken bevordert?*
- (4) *Is het aangeraden dat de schoolarts tijdens het algemeen consult peilt naar de spirituele/existentiële/psychische welbevinden van de adolescent ? Rekening houdend met de tijdsdruk kan dit bijvoorbeeld met de eenvoudige vraag: “Is er iets waarnaar je uitkijkt in de nabije of verre toekomst?” of tijdens een selectief consult, indien er nood is aan een dieper gesprek “Wat is voor jou belangrijk/het doel in je leven?” ?*
- (5) *Is het aan te raden om adolescenten, en kinderen in het algemeen meditatietechnieken aan te leren? Dit kan in het kader van de les lichamelijke opvoeding, of vrijblijvend als activiteit tijdens de pauzes. Enerzijds kan dit van belang zijn om fysiologische reactiviteit te verminderen, anderzijds, geeft dit een mogelijkheid om op een pluralistische manier spiritualiteit te laten beleven. Is er een stille ruimte?*
- (6) *Worden er op school interventies gedaan om adolescenten tijdens hun identiteitsontwikkeling een informatiezoekende stijl aan te leren? Dit zou kunnen leiden tot een meer open, zoekende houding ten opzichte van religieuze, spirituele en levensbeschouwelijke onderwerpen en een vermindering van een fundamentalistische houding.*
- (7) *Is er op school voldoende aandacht voor het ontwikkelen van een duidelijke en persoonlijk doorleefde levensbeschouwing?*
- (8) *Moet er in het project van de “gezonde school” waarin er nu aandacht gegeven wordt aan gezondheid zoals gedefinieerd door de WHO ([www.vig.be](http://www.vig.be)), ook aandacht gegeven worden aan de spirituele dimensie?*
- (9) *In het kader van gezondheids promotie: Is er in school en CLB een attitude en sfeer van openheid om gezondheid te bespreken in het licht van levensbeschouwelijke, spirituele en religieuze overtuigingen?*

Aangezien de literatuur geen georganiseerde en slechts een gelimiteerde hoeveelheid wetenschappelijke studies bevat kunnen er **geen evidence based** besluiten getrokken worden voor de jeugdgezondheidszorg. **Meer theoretisch gekaderd veldonderzoek** is noodzakelijk, ook in de jeugdgezondheidszorg. Naast onderzoeksvragen die te maken hebben met bovenvermelde suggesties kunnen er ook meer algemene vragen gesteld worden zoals (1) is er een verband tussen spiritualiteit en gezondheidsbevorderend gedrag bij de adolescent en hoe wordt dit gemedieerd? (2) wordt spiritualiteit door adolescenten gebruikt als stress coping mechanisme? (3) is er bij de adolescent een verband tussen spiritualiteit als zingevingsysteem en psychisch welbevinden?

Vele vragen die op een wetenschappelijk gebaseerd antwoord wachten. Ik eindig met nog een vraag: moeten we wachten tot er een overtuigend wetenschappelijk bewijs is geleverd van een verband tussen spiritualiteit en gezondheid alvorens we hiervoor stappen ondernemen in de praktijk?

## **8.4 Tips voor verder onderzoek**

Zorg voor een **duidelijke conceptualisatie** van het te meten construct en een duidelijk uitgeschreven **theoretische onderbouw** voor de hypothesestelling. Bestudeer het verband tussen spiritualiteit enerzijds en fysiologische en/of psychosociale variabelen die gezondheid kunnen beïnvloeden anderzijds. De definitie van gebruikte termen zoals religie, spiritualiteit en “het sacrale” moeten voor iedereen duidelijk zijn. Houd vooral rekening met **attitudes en oriëntaties**.

Neem **kwantitatieve onderzoekstechnieken** in overweging. Het overwicht van transversale technieken en zelfrapportering met behulp van psychometrische tests is een algemene kritiek op R/S onderzoek.

Bij het gebruik van **vragenlijsten** is het van belang rekening te houden met volgende factoren:

1. *bekijk of onderzoek de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument.*
2. *bekijk de praktische bruikbaarheid van de schaal (lengte, leesbaarheid...)*
3. *er is naast een specifieke, steeds een globale meting nodig*

Het uitvoeren van de studie mag **geen extra belasting** bezorgen aan leden van de onderzoekspopulatie. Zeker mensen die al in een kwetsbare positie verkeren kunnen gevoelig zijn voor het feit dat men R/S factoren relateert aan de gezondheid. Het onderzoek

*mag geen onzekerheden of extra bezorgdheden opwekken. Het voorzien van nazorg kan nodig zijn. De waarden van de deelnemers dienen gerespecteerd te worden. Wat een gezondheidsprobleem voor de onderzoeker is, is dit niet noodzakelijk voor de deelnemer. Het is ethisch niet verantwoord om R/S variabelen in een manipulatieve manier te gebruiken om de deelnemer te “veranderen” volgens de overtuigingen van de onderzoeker. Het belang van het voorleggen van een onderzoek aan een **Ethische Commissie** is een protectieve factor hiertegen.*

*Vooroordelen van de onderzoekers kunnen de resultaten of de bespreking ervan beïnvloeden. De voorzichtige en zo objectief mogelijke interpretatie van de resultaten door **meer dan 1 onderzoeker** kan beschermen tegen deze fout.*

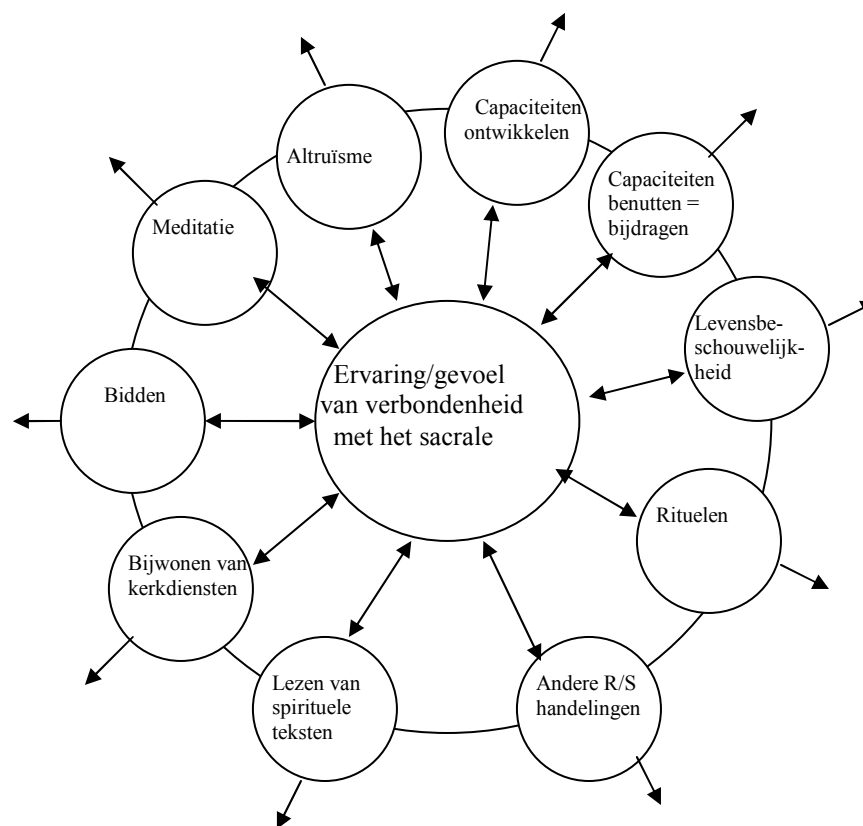
## 9. Discussie

Tot slot wil ik nog even ingaan op de concepten spiritualiteit en gezondheid.

De gegevens uit deze literatuurstudie brachten me er toe om wijzigingen aan te brengen aan de in hoofdstuk 5 vermelde schematische voorstellingen van de concepten spiritualiteit en gezondheid.

### 9.1 Het concept spiritualiteit

Fig. 9.1.1. Het concept spiritualiteit



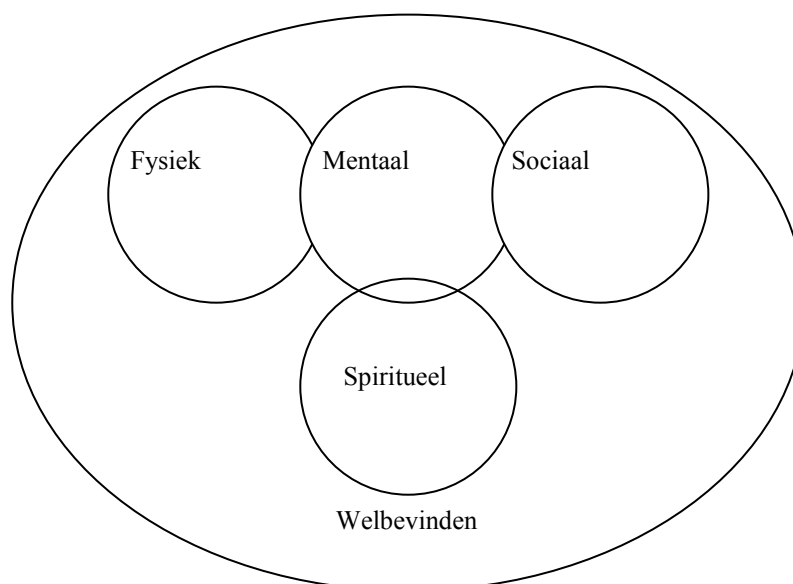
Ik teken nu een **deel van alle perifere cirkels**, die de **zoekwegen** voorstellen, buiten de grote cirkel van spiritualiteit, met een pijl **naar buiten**, omdat de zoektocht niet altijd gericht is naar het gevoel van verbondenheid.. De inhoud van de grote cirkel kan "**spiritueel welbevinden**" genoemd worden en kan bestaan uit positieve gevoelens zoals de **ervaring van verbondenheid** en van daaruit **kracht, steun, eenheid, rust, vertrouwen, optimisme, hoop, verwondering, richting en doel**. Een **extrinsiek uitvoeren of het letterlijk interpreteren** van een zoektocht is geassocieerd met een verminderd welbevinden. (pijltjes naar buiten) De pijlen geven ook aan dat het om een **dynamisch** proces gaat.

Verder heb ik de zoekweg “**levensbeschouwelijkheid**” toegevoegd. Dit om het pluralistische aspect van spiritualiteit te beklemtonen. Levensbeschouwelijkheid heeft immers iets te maken met het zich plaatsen in het grootste geheel. Ook Hutsebaut zegt dat het leven beschouwen een spirituele dimensie heeft. **Altruïsme** heb ik bijgevoegd, aangezien altruïsme door de meeste religieuze en spirituele tradities wordt onderschreven. Ook Apostel plaatst het iets kunnen doen voor andere mensen en natuur centraal. Eigenlijk kunnen mijn inziens alle handelingen die men binnen de eigen capaciteiten uitvoert zoekwegen zijn naar de centrale kern voor zover men ze, zoals Apostel zegt, gedecentreerd uitvoert.

## 9.2 Het concept gezondheid

Op basis van de associaties die gevonden werden en vooral op basis van het resultaat van het onderzoek van de WHO kan men argumenteren om spiritualiteit te zien als afzonderlijke dimensie in het begrip gezondheid. Gezondheid zou dan kunnen voorgesteld worden zoals in figuur 9.2.1.

Fig. 9.2.1 Een concept gezondheid.



Ik teken de spirituele dimensie overlappend met de **mentale** omdat er mogelijk geen duidelijke grens is tussen beide. Uit deze literatuurstudie is niet op te maken in hoeverre het concept spiritueel welbevinden het concept existentieel welbevinden overlapt. De cirkel in



*verband met het ontwikkelen en gebruiken van eigen capaciteiten heb ik opgenomen in de cirkel van spiritueel welbevinden aangezien dit, als zelf-actualisatie, beschouwd kan worden als een van de zoekwegen naar de kern van spiritualiteit.*

### **9.3 Beperkingen**

*De resultaten van dit onderzoek zijn onder andere gelimiteerd door de onderzoekstechniek. Er werd enkel gezocht op de zoektermen “spiritualiteit” en “gezondheid” bij algemene populaties. De term religie werd niet opgenomen. Nochtans bleek later uit het contact met Prof. Hutsebaut dat er ook studies in verband met religie inzichten konden leveren aangaande het verband tussen spiritualiteit en gezondheid. Verder is het zo dat bij een specifieke populatie, zoals bij mensen die op een of andere manier geconfronteerd worden met het einde van het leven, doorgaans een sterker verband wordt gevonden tussen religie en (mentale) gezondheid. Het feit dat er in deze literatuurstudie enkel onderzoeken bij de algemene populatie werden opgenomen brengt met zich mee dat er een aantal bestudeerde associaties, die misschien van belang kunnen zijn in de preventieve gezondheidszorg, niet vermeld werden.*

*In het kader van dit eindwerk konden ook niet alle aspecten tot in de diepte uitgewerkt worden. Zo blijft de vraag naar overlapping van de begrippen spiritueel en existentieel welbevinden open.*

*Verder heb ik getracht bestaande wetenschappelijke literatuur zo objectief mogelijk weer te geven. Ik draag echter zoals alle onderzoekers mijn eigen waarden en veronderstellingen mee.*

*Tot slot: Met dit eindwerk heb ik een antwoord willen vinden op de vraag of spiritualiteit van belang kan zijn voor de gezondheid van adolescenten? Ik heb daarbij getracht een deel van het web van “alles is verbonden met alles” in kaart te brengen. Het is voor mij persoonlijk zeer leerrijk geweest en ik hoop van harte dat dit ook voor u het geval mag zijn.*

## 10. Samenvatting

Het doel van dit eindwerk is een antwoord te vinden op vragen: (1) Wat is spiritualiteit? (2) Is er een link tussen spiritualiteit en gezondheid en waaruit bestaat die link? (3) Wat is het belang hiervan voor de jeugdgezondheidszorg? Door een overzicht te geven van de bestaande literatuur wordt de basis gevormd voor een latere veldstudie.

Literatuur werd gezocht via Pubmed op de termen “spirituality” en “health” en experts werden bevroegd. Selectie van het empirisch wetenschappelijk onderzoek gebeurde op basis van de onderzochte populaties namelijk (1) de algemene populatie (2) adolescenten, met exclusie van zieke of stervende populaties.

Spiritualiteit is een complexe multidimensionale constructie die eigenschappen bevat die niet observeerbaar zijn en die geen duidelijke grenzen heeft. Er wordt uitgegaan van de definitie “spiritualiteit is de zoektocht naar en het ervaren van verbondenheid met wat het individu als sacraal beschouwt”. Religie wordt gezien als ingebed in het begrip spiritualiteit. Gezondheid wordt begrepen zoals beschreven in de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). Bestaande meetinstrumenten voor religie/spiritualiteit worden besproken. In de relatie met gezondheid is het enorm van belang om te hebben voor de onderliggende motivatie en de attitude naar religieus/spirituele inhoud. Er zijn aanwijzingen voor een verband tussen spiritualiteit en fysieke, mentale en sociale gezondheid, ook voor een verband tussen spiritualiteit en het aannemen van gezondheidsbevorderende gedragingen. De WGO besluit in een studie naar een meetinstrument voor algemene levenskwaliteit dat spiritualiteit een aparte dimensie vormt waarmee men rekening dient te houden. De verbanden met gezondheid zouden kunnen gemedieerd worden door het neuro-immuno-endocrino systeem en/of door psychosociale factoren zoals sociale steun, zelfvertrouwen, interne locus of control, positief affect, het hebben van een doel in het leven.

De adolescent is in een ontwikkelingsfase waarin hij bewust kan leren omgaan met spirituele en levensbeschouwelijke vragen. Studies bij de adolescent zijn beperkter in aantal, maar wijzen in dezelfde richting en geven alzo aanwijzingen voor de relevantie van spiritualiteit voor de gezondheid van de adolescent en dus voor de jeugdgezondheidszorg.

De gegevens zijn op dit ogenblik te beperkt om op basis hiervan evidence based besluiten te nemen. Er kunnen enkel bijkomende vragen en suggesties gegeven worden. Meer theoretisch gekaderd onderzoek is nodig, ook in de jeugdgezondheidszorg. Hiervoor worden er een aantal tips gegeven.

## 11. Literatuurlijst

1. Apostel L. Atheïstische spiritualiteit. Brussel:VUB Press 1998
2. Boyatzis CJ. Religious and spiritual development in childhood. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 123-41
3. Callaghan DM. Health-promoting self-care behaviors, self-care self efficacy, and self-care agency. Nurs Sci Q 2003 Jul;16(3):247-54
4. Callaghan DM. The influence of spiritual growth on adolescents' initiative and responsibility for self-care. Pediatr Nurs. 2005 Mar-Apr;31(2):91-5, 115.
5. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. West J Nurs Res 2004 Jun;26(4):405-28
6. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behavior. J Adolesc Health 2005 Jun;36(6):529
7. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. J Adolesc Health. 2006 Apr;38(4):472-80.
8. Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. J Adv Nurs 2002;37(6):589-97
9. De Rijdt L, Faché C. Een lastige puber, een gril of iets meer? Mei 2004 [Online]. [cited 2007 August 10];[10 screens]. Available from URL: [www.vwvj.be](http://www.vwvj.be)
10. De Wit J, Slot W, van Aken M. (red.) Psychologie van de adolescentie. Basisboek. Baarn: Hbuitgevers 2004
11. De Witte H, Hooghe L. Jongeren in Vlaanderen gemeten en geteld. Leuven: Universitaire Pers; 2000
12. Depoorter AM: persoonlijke mededeling, 20 juli 2007
13. Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors versus religious attitudes. Pers Individ Dif 2006;40: 807-818
14. Dobbelaere K, Elchardus M, Kerkhofs J, Voyé L, Bawin-Legrod B. Verloren zekerheid. Tielt: Lannoo; 2000
15. Duriez B, Soenens B. Personality, Identity Styles and Religiosity: An integrative study among late and middle adolescents. J Adolesc 2006;29:119-135.
16. Duriez B, Fontaine J, Hutsebaut D. A further elaboration of the Post-Critical Belief scale: Evidence for the existence of four different approaches to religion in Flanders-Belgium. Psychol Belg 2000;40: 153-181.

17. Duriez B, Soenens B, Beyers W. Personality, Identity Styles and Religiosity: An integrative study among late adolescents in Flanders (Belgium). *J Pers* 2004;72: 877-910.
18. Edwards TC, Huebner CE, Connell FA, Patrick DL. Adolescent quality of life, part I: conceptual and measurement model. *J Adolesc* 2002 Jun;25(3):275-86
19. Egbert N, Mickley J, Coeling H. A review and application of social scientific measures of religiosity and spirituality: assessing a missing component in health communication research. *Health Commun* 2004;16(1):7-27
20. Elchardus M, Smits W. *Het grootste geluk*. Leuven:LannooCampus; 2007
21. Fowler JW, Dell ML. Stages of faith and identity:birth to teens. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2004 Jan;13(1):17-33
22. Glendinning T, Bruce S. New ways of believing or belonging: is religion giving way to spirituality? *Br J Sociol.* 2006 Sep;57(3):399-414.
23. Heelas P, Woodhead L. *The Spiritual Revolution. Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Malden-Oxford-Carlton, Blackwell Publishing; 2005
24. Hill P. Measurement in the Psychology of Religion and Spirituality. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 43-59
25. Hill PC, Pargament KI. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research. *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):64-74
26. Hutsebaut D: persoonlijke mededeling, 10 juli 2007
27. Kenis A. De invloeden van religie en spiritualiteit op gelukkig zijn. Niet gepubliceerde verhandeling Psychologie o.l.v. Prof. Dr. D. Hutsebaut, KuLeuven, Centrum voor ontwikkelingspsychologie, 2005
28. Kerkhofs J. *De Europeanen en hun waarden*. Leuven: Davidsfonds; 1997
29. Kier FJ, Davenport DS. Unaddressed problems in the study of spirituality and health. *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):53-4
30. Levenson MR, Aldwin CM, D'Mello. Religious development from adolescence to middle adulthood. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 144-60
31. Luchtmeijer G, Verbiest K, Wouters I. *Spiritualiteit, een bepaling van het concept. Een zoektocht naar eenheid in de veelheid*. Niet gepubliceerde verhandeling Psychologie o.l.v. Prof. Dr. D. Hutsebaut, KuLeuven, Centrum voor ontwikkelingspsychologie, 2001

32. Miller L, Kelley BS. Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 460-74
33. Miller WR, Thoresen CE, Spirituality, Religion and Health, an Emerging Research Field. *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):24-35
34. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). *Soc Sci Med*. 2006 Aug;63(4):843-5. Epub 2006 May 2. Erratum in: *Soc Sci Med*. 2006 Nov;63(10):2753.
35. O Connel KA, Skevington SM. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health related quality of life: themes from focus groups in Britain. *Br J Health Psychol* 2005 Sep;10(Pt 3):379-98
36. Oman D, Thoresen CE. Do religion and spirituality influence health? In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 435-59
37. Ospina MB, Bond TK, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, et al. Meditation Practices for Health: State of the Research. Evidence Report/Technology Assessment No. 155. (Prepared by the University of Alberta Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0023.) AHRQ Publication No.07-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2007.[Online]. [cited 2007 August 10]; [1 screen]. Available from URL: [www.ahrq.gov/clinic/tp/medittp.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/tp/medittp.htm)
38. Pargament KI, Ano GG, Wachholtz AB. The religious dimension of coping. In: Paloutzian RP, Park CL, editors. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York (USA): The Guilford Press; 2005. p. 479-92
39. Park C. Religiousness/Spirituality and Health: A meaning system perspective. *J Behav Med*. 2007 Aug;30(4):319-28. Epub 2007 Jun 5.
40. Patrick DL, Edwards TC, Topolski TD. Adolescent quality of life, part II: initial validation of a new instrument. *J Adolesc*. 2002 Jun;25(3):287-300.
41. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and Spirituality. Linkages to Physical Health. *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):36-52
42. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N, Wetzel R, Nickel J, Bullinger M. Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: methodological considerations. *Pharmacoeconomics*. 2006;24(12):1199-220.
43. Rew L, Wong YJ, A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health* 2006 Apr;38(4):433-42

44. Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/Spirituality and Health. A Critical Review of the Evidence for Biological Pathways. *Am Psychol* 2003 Jan;59(1):53-63
45. Seybold K, Physiological Mechanisms Involved in Religiosity/Spirituality and Health. *J Behav Med*. 2007 Aug;30(4):303-9. Epub 2007 Jun 5.
46. Soenens, B, Duriez, B, & Goossens, L. Social-psychological profiles of identity styles: Attitudinal and social-cognitive correlates in late adolescence. *J Adolesc* 2005;28:107-125.
47. Sussman S, Skara S, Rodriguez Y, Pokhrel P. Non drug use- and drug use-specific spirituality as one-year predictors of drug use among high-risk youth. *Subst Use Misuse*. 2006;41(13):1801-16.
48. Ten Have NAW, Hutsebaut D. Religie en subjectief welbevinden een letterlijk negatieve link. *Gedrag Gezond* 2005;33:81-97
49. Van Bendegem JP: persoonlijke mededeling, 7 juli 2007
50. Van Uden R, Pieper J, Alma H. Bridge over Troubled Water. Resultaten van onderzoek naar receptiviteit. *Gedrag Gezond* 2005;33:167-80
51. VIG. Gezonde School. Ruim Begrip. [Online]. [cited 2007 August 10]; [1 screen]. Available from URL: [www.vig.be](http://www.vig.be)
52. Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation and relaxation on spiritual, psychological, cardiac and pain outcomes. *J Behav Med* 2005 Jul 28;1-16
53. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*. 1987 Mar-Apr;36(2):76-81.
54. WHOQOL SRPB Group, A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*. 2006 Mar;62(6):1486-97
55. Wong YJ, Rew L, Slaikeu KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues Ment Health Nurs*. 2006 Feb-Mar;27(2):161-83.

## 12. Overzicht figuren, tabellen en bijlagen

Fig. 5.1.1 Het concept spiritualiteit

Fig. 5.2.1 Het concept gezondheid

Fig. 6.2.3.1 Hutsebauts Model voor de Post-Kritische Geloofschaal (1996)

Fig 6.4.1.1 Fysiologische mechanismen en hun interacties die mogelijk het effect van R/S op gezondheid mediëren (Seybold, 2007)

Fig. 6.5.2.1 Spiritualiteit als zingevingsysteem naar Park (2007)

Tabel 6.7.1 Schematische weergave van de gevonden verbanden tussen R/S en psychische gezondheid in de studie van Dezutter ea (2006)

Tabel 7.4.1 Analyse van 8 studies waarin multivariate vergelijking van R/S variabelen met mentale gezondheidsvariabelen werd onderzocht (naar Wong ea (2006))

Fig. 7.4.1: Geïntegreerd hypothetisch model van de relatie tussen openheid tot ervaring, identiteitsstijl en religiositeitsdimensies met gestandaardiseerde richtingscoëfficiënt naar Duriez ea (2004)

Fig. 9.1.1. Het concept spiritualiteit

Fig. 9.2.1 Een concept gezondheid

Bijlage A: Cijfergegevens in verband met R/S in de algemene populatie op basis van de EVS (1990-1999)

Bijlage B: Studie- en beoordelingsmethode voor de review over spiritualiteit en gezondheid van de NIH groep(2003)

Bijlage C: Overzicht van Studies in de review van Cotton ea (2006)

Bijlage D: Cijfergegevens in verband met R/S bij adolescenten in Vlaanderen 1998-1999

Bijlage F: Het Five-Factor model voor persoonlijkheid van Costa & McCrae (1978,1992)

## Bijlage A

### Gegevens uit de European Values Study (1990)

Godsopvattingen in de VSA en West-Europa 1990 (in %)

| Opvattingen | Noord-Amerika | West Europa |
|-------------|---------------|-------------|
| Christelijk | 67            | 28          |
| Deïstisch   | 25            | 40          |
| Agnostische | 6             | 19          |
| Atheïstisch | 2             | 13          |

Bron: Kerkhofs J. De Europeanen en hun waarden. Leuven: Davidsfonds; 1997 p. 118

### Gegevens uit de European Values Study (1999)

Godsopvattingen naar jaartal in België 1999 (in %)

| Godsopvattingen                     | 1981 | 1990 | 1999 |
|-------------------------------------|------|------|------|
| God als persoon                     | 39   | 29   | 26   |
| God als soort levenskracht of geest | 24   | 20   | 36   |
| Weet niet wat te denken             | 15   | 29   | 20   |
| Geloof niet                         | 8    | 14   | 16   |
| Geen antwoord                       | 14   | 8    | 2    |

Bron: Dobbelaere K, Elchardus M, Kerkhofs J, Voyé L, Bawin-Legrod B. Verloren zekerheid. Tielt: Lannoo; 2000 p. 141

Deelname aan kerkelijke rituelen naar jaartal in België 1998 (in % \*)

| Kerkelijke rituelen   | 1980 | 1990 | 1998 |
|-----------------------|------|------|------|
| Wekelijks kerkbezoek  | 26,7 | 17,9 | 11,2 |
| Doopsel               | 82,4 | 75,0 | 64,7 |
| Kerkelijk huwelijk    | 75,7 | 59,1 | 49,2 |
| Kerkelijke begrafenis | 83,0 | 81,4 | 76,6 |

\*Wekelijks kerkbezoek (in relatie tot het aantal inwoners van 5 tot 69 jaar), doopsel (in relatie tot levendgeborenen), kerkelijk huwelijk (in relatie tot aantal huwelijken), kerkelijke begrafeningen (in relatie tot het aantal begrafeningen)

Bron: Dobbelaere K, Elchardus M, Kerkhofs J, Voyé L, Bawin-Legrod B. Verloren zekerheid. Tielt: Lannoo; 2000 p. 123



Levensbeschouwelijke zelfdefinitie in België (1999) in % (n=1869)

| Levensbeschouwing                             | Percentage |
|---|------------|
| Vrijzinnig, lid van vrijzinnige beweging      | 1,1        |
| Vrijzinnig                                    | 7,4        |
| Ongelovig                                     | 8,8        |
| Het geloof laat me onverschillig              | 5,9        |
| Christelijk maar niet protestant of katholiek | 15,3       |
| Protestant                                    | 1,2        |
| Katholiek                                     | 47,4       |
| Andere levensbeschouwing                      | 3,2        |
| Ik bepaal zelf wat ik geloof                  | 9,7        |

Bron: Dobbelaere K, Elchardus M, Kerkhofs J, Voyé L, Bawin-Legrod B. Verloren zekerheid.

Tielt: Lannoo; 2000 p. 119

Levensbeschouwing bij leden van de katholieke kerk in België in % (n=1070)

| Levensbeschouwing            | Percentage |
|------------------------------|------------|
| Katholiek                    | 75,1       |
| Christelijk                  | 15,0       |
| Ik bepaal zelf wat ik geloof | 2,7        |
| Onverschillig                | 1,6        |
| Ongelovig                    | 1,7        |
| Vrijzinnig                   | 3,4        |
| Andere labels                | 0,5        |

Bron: Dobbelaere K, Elchardus M, Kerkhofs J, Voyé L, Bawin-Legrod B. Verloren zekerheid.

Tielt: Lannoo; 2000 p. 120

## **Bijlage B**

### **Studie- en beoordelingsmethode voor de review over spiritualiteit en gezondheid van de NIH groep(2003)**

Studies werden gevonden via Medline en PsycINFO, bibliografieën van vorige reviews en consultatie van experts in het gebied. Enkel studies betreffende R/S en fysieke gezondheid werden weerhouden. Studies betreffende de link tussen R/S en alle psychosociale outcomes zoals zelfmoord, depressie, middelenmisbruik werden niet opgenomen. De beschikbare literatuur werd dus geëvalueerd volgens door de NIH groep vooropgestelde criteria. Tijdens de review kregen de artikels een quotering A tot en met C door elke auteur onafhankelijk van elkaar. Deze quotering werd gegeven op basis van het studieopzet, de sampling methode en verder op basis van de meet- en analyseinstrumenten en -methoden. Dan werden de quoteringen bediscussieerd en er werd tot een consensus gekomen. Een A score werd toegewezen aan een studie, gepubliceerd in een peer-reviewed wetenschappelijk tijdschrift en methodologisch voldoende stevig (vb prospectief of gerandomiseerd) om bewijsmateriaal te kunnen leveren. Een A/B studie is een A studie die verzwakt werd door andere studie eigenschappen. Een score B werd toegekend aan studies met een algemeen aanvaardbare methodologie maar met minstens één methodologische zwakte waardoor interpretatie van gegevens bemoeilijkt werd (vb transversaal onderzoek, gebruik van een niet-representatieve onderzoekspopulatie). Een B/C studie was een B studie met belangrijke methodologische fouten, maar niet zo sterk dat men er geen conclusies meer uit kon trekken. Een score C werd toegekend aan studies met belangrijke methodologische fouten zodat er geen conclusie uit kon getrokken worden.

Op basis hiervan werd voor elke hypothese besloten of er voldoende bewijsmateriaal was. Elke hypothese kreeg een score: 3 = overtuigend bewijs, dit wil zeggen tenminste 3 A studies of ten minste 5 studies met A en/of B score. Een score 2 = redelijk bewijs (2 categorie A studies of een combinatie van 4 A en/of B studies. Een score van 1 betekent dat er enige evidentie is (ten minste 1 A studie of ten minste 2 B studies), een score 0 betekent onvoldoende evidentie.

Bron:

Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and Spirituality. Linkages to Physical Health. Am Psychol 2003 Jan;59(1):36-52

## **Bijlage C**

### **WHOQOL Spiritual Religious and Personal Beliefs facetten en vragen**

#### *Connectedness to a spiritual being or force*

To what extent does any connection to a spiritual being help you to get through hard times?

To what extent does any connection to a spiritual being help you to tolerate stress?

To what extent does any connection to a spiritual being help you understand others?

To what extent does any connection to a spiritual being provide you with comfort/reassurance?

#### *Meaning of Life*

To what extent do you find meaning of life?

To what extent does taking care of other people provide meaning of life for you?

To what extent do you feel life has a purpose?

To what extent do you feel you are here for a reason?

#### *Awe*

To what extent are you able to experience awe from your surroundings? (e.g. nature, art, music)

To what extent do you feel spiritually touched by beauty?

To what extent do you have feelings of inspiration/excitement in your life?

To what extent are you grateful for the things in nature that you can enjoy?

#### *Wholeness & integration*

To what extent do you feel any connection between your mind, body and soul?

How satisfied are you that you have a balance between your mind, body and soul?

To what extent do you feel the way you live is consistent with what you feel or think?

How much do you believe help you to create coherence between what you do, think and feel?

#### *Spiritual strength*

To what extent do you feel inner spiritual strength?

To what extent can you find spiritual strength in difficult times?

How much does spiritual strength help you to live better?

To what extent does your spiritual strength help you feel happy in life?

*Inner peace/serenity/harmony*

To what extent do you feel peaceful with yourself?

To what extent do you have inner peace?

How much are you able to feel peaceful when you need to?

To what extent do you feel a sense of harmony in your life?

*Hope & Optimism*

How hopeful do you feel?

To what extent are you hopeful about your life?

To what extent does feeling optimistic improve your quality of life?

How able are you to remain optimistic in times of uncertainty?

*Faith*

To what extent does faith contribute to your well-being?

To what extent does faith give you comfort in daily life?

To what extent does faith give you strength in daily life?

To what extent does faith help you to enjoy life?

Bron:

WHOQOL SRPB Group, A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med. 2006 Mar;62(6):1486-97

## Bijlage D

### Interdisciplinair onderzoek bij een representatief staal leerlingen uit het (gewoon voltijds) secundair onderwijs bij 5000 jongeren tussen 12 en 18 jaar gedurende het schooljaar 1998-1999 in Vlaanderen

Religieuze zelfdefinitie (n= 4641)

| Omschrijving      | Percentage |
|-------------------|------------|
| Gelovig           | 22,1       |
| Katholiek         | 12,6       |
| Christelijk       | 17,5       |
| Ongelovig         | 21,3       |
| Vrijzinnig        | 18,6       |
| Overtuigd atheïst | 1,8        |
| Ander geloof      | 6,2        |

Bron: De Witte H, Hooghe L. Jongeren in Vlaanderen gemeten en geteld. Leuven: Universitaire Pers; 2000 p. 284

Opvallend is dat naarmate de leeftijd stijgt minder jongeren zich gelovig, christelijk of katholiek noemen.

Religieuze zelfdefinitie naar leeftijd (in %) (n= 4641)

| Omschrijving                      | 12 jaar | 15 jaar | 18 jaar |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|
| Gelovig, christelijk of katholiek | 70,6    | 49,5    | 43,6    |
| Ongelovig, vrijzinnig of atheïst  | 25,4    | 44,1    | 48,7    |
| Ander geloof                      | 4,0     | 6,4     | 7,7     |

Bron: De Witte H, Hooghe L. Jongeren in Vlaanderen gemeten en geteld. Leuven: Universitaire Pers; 2000 p. 285

Godsbeeld: in welke mate geloof je in het bestaan van een (al dan niet persoonlijke) God, of een bovennatuurlijke werkelijkheid? (in %) (n= 4716)

| Omschrijving | Percentage |
|--------------|------------|
| Gelovigen    | 38,4       |
| Twijfelaars  | 20,4       |
| Ongelovigen  | 30,7       |
| Agnosten     | 10,5       |

Bron: De Witte H, Hooghe L. Jongeren in Vlaanderen gemeten en geteld. Leuven: Universitaire Pers; 2000 p. 287

Belang van geloof en levensbeschouwing voor de jongeren (in %)

|   | (Helemaal) niet akkoord | Akkoord/Niet akkoord | (Helemaal) akkoord |
|---|-------------------------|----------------------|--------------------|
| Geloof en levensbeschouwing zijn belangrijk in mijn leven | 45,8                    | 33,1                 | 21,1               |

Slechts 1 op 5 van de jongeren vindt geloof en levensbeschouwing belangrijk in zijn/haar leven. Naarmate de jongeren ouder worden, worden geloof en levensbeschouwing minder belangrijk.

Bron: De Witte H, Hooghe L. Jongeren in Vlaanderen gemeten en geteld. Leuven: Universitaire Pers; 2000 p.289

## Bijlage E

Tabel: Reviewed studies examining proximal domains of spirituality/religion and adolescent health ,

Overgenomen uit Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D.

Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. J Adolesc Health. 2006 Apr;38(4):472-80

| Reference               | Purpose/design   | Sample  | Proximal domains of religion/spirituality studied   | Results   |
|-------------------------|--|---|---|---|
| <b>Health behaviors</b> |  |   |   |   |
| Hodge et al, 2001       | To explore the relationship between spirituality, religious participation and substance use<br><br>Cross-sectional           | N: 475<br><br>Age: 12–17 years<br><br>Ethnicity: majority Hispanic<br><br>Religion: majority Catholic | Experimental relationship with God (or ultimate transcendence)  | Higher levels of spirituality were associated inversely with the likelihood of using marijuana or hard drugs  |
| Holder et al, 2000      | To determine the association between certain dimensions of spirituality and voluntary sexual activity<br><br>Cross-sectional | N: 141<br><br>Age: 11–25 years<br><br>Ethnicity: majority African-American<br><br>Religion: mixed     | Intrinsic and extrinsic religious motivation, belief in divine support, existential aspects of spirituality, and spiritual interconnectedness | Higher levels of spiritual interconnectedness with friends were inversely associated with rates of voluntary sexual activity. Younger age and higher levels of spirituality were associated with a lower likelihood of engaging in voluntary sexual activity. |
| Miller et al, 2000      | To examine the relationship between religiosity and substance use in   | N: 676<br><br>Age: 15–19 years  | Personal devotion (active personal relationship with the Divine, including seeking spiritual comfort)   | Personal devotion was inversely associated with use of marijuana or cocaine and with substance dependence or abuse  |

| Reference              | Purpose/design  | Sample  | Proximal domains of religion/spirituality studied  | Results  |
|------------------------|---|---|--|--|
|                        | adolescents<br><br>Cross-sectional survey   | Ethnicity:<br>majority<br>Caucasian<br><br>Religion:<br>majority<br>Roman<br>Catholic or<br>Baptist     |  |  |
| Resnick et al, 1993    | To examine the relationships of protective factors (i.e., experience of caring and connectedness) with quietly disturbed and acting-out behaviors<br><br>Cross-sectional survey | N: 36,254<br><br>Age: 7th–12th grade<br><br>Ethnicity: not reported<br><br>Religion: not reported       | Spiritual connectedness: self-identification as a religious or spiritual person                      | Sense of spirituality was inversely associated with acting-out behaviors and with quietly disturbed behaviors in girls, and with acting-out behaviors in boys. |
| Ritt-Olson et al, 2004 | To examine the influence of spirituality (and health values) as protective factors vis-à-vis substance use<br><br>Cross-sectional survey  | N: 587<br><br>Age: 9th–12th grade<br><br>Ethnicity:<br>majority<br>Latino<br><br>Religion: not reported | Spiritual activities, spiritual coping, and spiritual beliefs as distinct from religious connotation | Spirituality was associated with lower rates of substance use among adolescents at varying risk  |
| Sussman et al, 1993    | To examine the relationship between coping strategies and cigarette smoking   | N: 125<br><br>Age: 7th grade  | Seeking spiritual comfort  | Seeking spiritual comfort was positively related to perceived need of refusal training, and emerged as a coping strategy                                       |



| Reference                    | Purpose/design   | Sample   | Proximal domains of religion/spirituality studied  | Results   |
|------------------------------|--|--|--|---|
|                              | Cross-sectional  | Ethnicity:<br>majority<br>Caucasian<br><br>Religion: not<br>reported                                   |  |   |
| <b>Mental health</b>         |  |  |  |   |
| Balk, 1991                   | To examine the impact of religious attitudes on the grief reactions of teenagers bereaved over a sibling's death<br><br>Qualitative (interviews) | N: 42<br><br>Age: 14–19 years<br><br>Ethnicity:<br>Caucasian<br><br>Religion:<br>52%<br>Protestant     | Religious coping   | Religion provided a source of coping with the death and was considered valuable                                 |
| Batten and Oltjenbrans, 1999 | To examine the relationship between grief following a significant loss and spirituality<br><br>Qualitative (interviews)                          | N: 4<br><br>Age: 15–18 years<br><br>Ethnicity: not reported<br><br>Religion: not reported<br>reactions | An individual's effort to make meaning out of life using religious/spiritual beliefs, as well as pursuing a relationship with a higher force, being, power, or God | Death of a loved one may serve as a catalyst to grow spiritually and help an individual's quest to find meaning |
| Davis et al, 2003            | To examine the relationship between spiritual well-being and anxiety<br><br>Cross-sectional  | N: 45<br><br>Age: 14–17 years<br><br>Ethnicity:<br>36%   | Spiritual well-being as defined by one's sense of well-being in relation to God and one's sense of life purpose and life satisfaction                              | Greater spiritual well-being predicted lower trait anxiety  |

| Reference                      | Purpose/design  | Sample   | Proximal domains of religion/spirituality studied  | Results   |
|--------------------------------|---|--|--|---|
|                                |   | Caucasian,<br>27%<br>Hispanic,<br>11% African-American   |  |   |
| Frydenberg et al, 2003         | To examine how adolescents cope with concerns<br><br>Cross-sectional survey                   | N: 572<br><br>Age: mean = 14.2–16.1 years<br><br>Nationality: Australian, Colombian, German, Palestinian<br><br>Religion: not reported | Seeking spiritual support as a coping mechanism  | Palestinian and Colombian adolescents were the most likely to seek spiritual support  |
| Greening and Stoppelbein, 2002 | To identify protective factors in perceived risk for suicide<br><br>Cross-sectional survey    | N: 1098<br><br>Age: mean = 15.9 years<br><br>Ethnicity: majority Caucasian<br><br>Religion: plurality Catholic                         | Commitment to core Christian beliefs; social support   | Personal commitment to core beliefs was inversely related to perceived suicide risk   |
| Pearce et al, 2003             | To examine the relationship between depressive symptoms and religiousness, and to examine the | N: 744<br><br>Age: mean = 13.1 years   | Self-identification as a religious/spiritual person and using religious/spiritual community as a source of support | Being spiritual/religious and having had positive interpersonal religious experiences were associated with lower levels of depressive symptoms, whereas having had negative experiences |

| Reference               | Purpose/design  | Sample   | Proximal domains of religion/spirituality studied  | Results  |
|-------------------------|---|--|--|--|
|                         | moderating influence of gender and ethnicity on this relationship<br><br>Cross-sectional survey               | Ethnicity: majority Caucasian<br><br>Religion: majority Catholic   |  | was associated with greater levels of depressive symptoms.                           |
| Rew et al, 2001         | To identify correlates of recent suicide attempts<br><br>Cross-sectional survey                               | N: 8806<br><br>Age: 7th, 9th and 11th graders<br><br>Ethnicity: majority Caucasian<br><br>Religion: not reported | Religious influence: use of religious/spiritual beliefs in determining whether or not to engage in fights, alcohol or drug use, or sexual activity | Religious influence was inversely related to suicide attempts                        |
| Wright et al, 1993      | To examine the relationship between meaningfulness of religion and depressive symptoms<br><br>Cross-sectional | N: 451<br><br>Age: 9th–12th graders<br><br>Ethnicity: mostly ethnic minorities<br><br>Religion: not reported     | An individual's effort to make meaning out of life using religious/spiritual beliefs, and seeking spiritual support                                | Higher levels of spiritual support were associated with fewer symptoms of depression |
| <b>Physical health</b>  |   |  |  |  |
| Silber and Reilly, 1985 | To study the spiritual concerns of hospitalized adolescents   | N: 114<br><br>Age: 11–19 years   | Endorsement of spiritual concerns  | Illness severity was positively associated with spiritual concerns                   |

| Reference           | Purpose/design  | Sample   | Proximal domains of religion/spirituality studied  | Results  |
|---------------------|---|--|--|--|
|                     | Cross-sectional   | Ethnicity: not reported<br><br>Religion: Catholic or Protestant  |  |  |
| Snethen et al, 2004 | To identify coping strategies in adolescents with end stage renal disease<br><br>Cross-sectional        | N: 35<br><br>Age: 13–18 years<br><br>Ethnicity: majority Caucasian<br><br>Religion: not reported   | Seeking spiritual support  | Adolescents with end-stage renal disease did not differ from healthy adolescents in regards to seeking spiritual support as a source of coping   |
| Spilka et al, 1991  | To examine the role of religious/spiritual coping with childhood cancer<br><br>Qualitative (interviews) | N: = 259 (patients and parents)<br><br>Age: mean of 15.1 years and 43.7 years, respectively<br><br>Ethnicity: not reported<br><br>Religion: not reported | Religious/spiritual coping   | Religious/spiritual coping was positively related to familial support of the patient and to academic performance. As religious coping commitment levels increased following diagnosis, family's social field narrowed and relationships with close friends strengthened. |
| Tebbi et al, 1987   | To study the relationship of religious beliefs and internal-external locus                              | N: 28<br><br>Age: 10–23 years  | Religious coping, existential aspects of spirituality (e.g., meaning in life), personal beliefs and behaviours | Religious coping provided support by offering security in the face of death and helped in understanding and accepting the chronic condition; religiosity was   |

| Reference | Purpose/design  | Sample  | Proximal domains of religion/spirituality studied | Results                                 |
|-----------|---|---|---|---|
|           | of control orientation<br>in oncology patients<br><br>Cross-sectional | Ethnicity: not<br>reported<br><br>Religion:<br>majority<br>Catholic |   | not associated with locus<br>of control |

## Bijlage F

Het Five-Factor model voor persoonlijkheid van Costa & McCrae (1978,1992)

**Extraversie:** geeft de kwaliteit en de intensiteit van interpersoonlijke interactie, activiteit, nood aan stimulans en capaciteit tot vreugde

**Agreeableness** (aangenaamheid): interpersoonlijke oriëntatie naar het continuüm van medeleven tot antagonisme in gedachten, gevoelens en acties

**Conscientiousness** (gewetensvolheid) duidt op de graad van organisatie, doorzettingsvermogen en motivatie in doelgericht gedrag.

**Neurose:** duidt op aanpassing versus emotionele instabiliteit en identificeert individuen met maladaptieve coping, psychisch lijden, onrealistische ideeën en uitgesproken craving (hunkering/verlangen).

**Openheid tot ervaring:** wijst op tolerantie en exploratie van hetgeen onbekend is en een appreciatie van die ervaring op zichzelf.

Bron:

Duriez B, Soenens B, Beyers W. Personality, Identity Styles and Religiosity: An integrative study among late adolescents in Flanders (Belgium). J Pers 2004;72: 877-910

