

Laatste vragen van kwetsbare ouderen

De relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden,
kwetsbaarheid, zorgcomplexiteit en algemeen welbevinden, bij
kwetsbare ouderen

Klaas Alkema afstudeeronderzoek
Juli 2012

Laatste vragen van kwetsbare ouderen

De relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden,
kwetsbaarheid, zorgcomplexiteit en algemeen welbevinden, bij
kwetsbare ouderen

Masterscriptie Geestelijke Verzorging
Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap
Rijksuniversiteit Groningen

Scriptiebegeleiding
Dr. J. Schaap-Jonker
Dr. E. J. Finnema

Drs. K. Alkema
S0002607
Omslag en drukwerk: Grafisch centrum Talant

Juli 2012

'Wat hebt u voor boodschap voor jonge mensen?' ... Rabbi Abraham Joshua Heschel antwoordde: 'Laten ze eraan denken dat er voorbij de absurditeit betekenis is. Laten ze er zeker van zijn dat elke daad telt, dat elk woord kracht heeft, en dat we allemaal het onze kunnen doen om de wereld te verlossen, ondanks alle absurditeiten en alle frustraties en alle teleurstellingen. En laten ze er vooral om denken...een leven op te bouwen alsof het een kunstwerk is' (Dohmen & Baars, 2010, p. 350).

Voorwoord

Deze scriptie is de neerslag van een onderzoek naar existentieel en spiritueel welbevinden van kwetsbare ouderen in relatie tot andere vormen van welbevinden. Dit onderzoek is onderdeel van een groter onderzoeksproject binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg. Het is tevens een afsluitende opdracht voor de opleiding tot geestelijk verzorger aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Het schrijfproces van de scriptie bestreek ongeveer een studiejaar; er waren nog andere werkzaamheden die aandacht vroegen. Naarmate het onderzoeksproces vorderde werd mij de complexiteit van de materie steeds duidelijker. Dat is wellicht ook niet vreemd want het gaat tenslotte over diepe innerlijke processen die iemand - de kwetsbare oudere in dit onderzoek – kunnen doen ervaren dat het leven zin heeft om geleefd te worden of kunnen doen ervaren dat het leven in vrede verlaten kan worden. Ik hoop dat ik er in geslaagd ben de complexiteit voelbaar te houden en tegelijkertijd één en ander te verhelderen.

Zonder de begeleiders van dit onderzoeksproject was deze scriptie nooit geworden zoals het is geworden. De feedback tijdens het schrijfproces was steeds genoeg voor mij om door te kunnen gaan en was niet te veel, zodat het voor mijn gevoel mijn eigen scriptie is geworden. Hoewel het onderwerp van existentieel en spiritueel welbevinden bij kwetsbare ouderen me na aan het hart ligt, is het niet door mij bedacht maar ingebracht door dr. J. Schaap-Jonker en prof. dr. T.H. Zock. Beiden zijn werkzaam aan de Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap van de Rijksuniversiteit Groningen en beiden zijn gespecialiseerd in de psychologie achter godsdienstige en zingevende processen. Ik dank hen voor het vertrouwen dat ze mij schonken om dit onderwerp te mogen uitwerken. Dr. J. Schaap-Jonker die namens de faculteit het onderzoeksproces begeleidde dank ik voor de ruimte die ik heb ervaren om het onderzoeksverslag op een eigen wijze vorm te kunnen geven. De kritiek was altijd helder en dat werkte prettig. Dr. E. J. Finnema begeleidde van buiten de faculteit. Haar dank ik voor de wijze waarop ze het avontuur aanging, want het thema van existentieel en spiritueel welbevinden was nieuw voor haar en we kenden elkaar nauwelijks. De materie van de kwetsbare ouderen daarentegen is voor haar bekend terrein en mijn inbreng werd door haar kritisch getoetst.

Voor dat ik met de scriptie begon kwam ik op intensieve wijze in aanraking met de praktijk van kwetsbare mensen door stage te lopen in een algemeen ziekenhuis. Met het schrijven van de scriptie had ik meer dan eens de patiënten voor ogen die ik tijdens de stage had gesproken. Ik voelde dan bijvoorbeeld het verlangen van mijnheer X. toen hij de hoop uitsprak om, voordat hij zou sterven, nog een volièrre te kunnen bouwen om de vogeltjes daarin te bekijken. Ook zag ik mevrouw Y. voor me. Met haar had ik een vrijmoedig en nuchter gesprek over haar gewenste dood. Of mijnheer Z. kwam in me op, hij zocht in zijn wanhoop naar God. Deze gesprekken hebben hun invloed gehad op deze scriptie al is niet aan te wijzen hoe precies.

Deze scriptie is het sluitstuk van een aantal jaren van werken en studeren gecombineerd met mijn rol in mijn gezin. Mijn werkgever was kritisch maar gaf me ook ruimte, waarvoor dank. Ik weet dat ik zo nu en dan collega's tekort heb gedaan, ik zal het proberen recht te trekken. Het afronden van de prachtige studie tot geestelijk verzorger was natuurlijk nooit gelukt zonder het vertrouwen en de steun van mijn vrouw Rita en mijn kinderen Anne en Jasper. Voor hen is het woord dankbaarheid hier meer dan op zijn plaats en er is veel meer te zeggen. Dat valt echter buiten het kader van dit voorwoord.

Inhoud

| | | |
|-----------|---|----|
| VOORWOORD | | |
| 1 | LAATSTE VRAGEN VAN KWETSBARE OUDEREN | 7 |
| 1.1 | Algemeen welbevinden en existentieel en spiritueel welbevinden | 7 |
| 1.2 | Vraagstelling en onderzoeksvragen | 8 |
| 1.3 | Existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot algemeen welbevinden: definities, verheldering van concepten en kaders van dit onderzoek | 9 |
| 1.4 | Relevantie van onderzoek naar existentieel en spiritueel welbevinden binnen het project <i>Analyse van zorgbehoeften</i> | 11 |
| 1.5 | De verdere opbouw van dit onderzoek | 13 |
| 2 | KWETSBAARHEID EN DE EXISTENTIËLE EN SPIRITUELE DIMENSIE VAN ALGEMEEN WELBEVINDEN | 14 |
| 2.1 | Inleiding | 14 |
| 2.2 | Kwetsbare ouderen: kwetsbaarheid als voorspeller van een specifieke zorgbehoefte, de aanleiding voor het project <i>Analyse van zorgbehoeften</i> | 14 |
| 2.2.1 | Wat is kwetsbaarheid en welke factoren beïnvloeden kwetsbaarheid? | 15 |
| 2.3 | Kwetsbaarheid vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere: Welbevinden | 17 |
| 2.3.1 | Algemeen welbevinden en de theorie van de socialeproductiefuncties | 18 |
| 2.3.2 | De existentiële en spirituele dimensie van algemeen welbevinden en de theorie van de socialeproductiefuncties | 20 |
| 2.4 | Psychologen over zingeving: de veerkracht van ouderen? | 21 |
| 2.5 | Onderliggende innerlijke processen van zingeving die zich uiten in existentieel en spiritueel welbevinden en algemeen welbevinden: twee theorieën | 23 |
| 2.5.1 | Existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot algemeen welbevinden: zingeving en stress | 24 |
| 2.5.2 | Existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot algemeen welbevinden: zingeving en 'to feel that life is real, to find life worth living' | 26 |
| 2.6 | Empirische studies naar existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot andere vormen van welbevinden | 28 |
| 2.6.1 | Existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot algemeen welbevinden in Nederlands empirisch onderzoek | 29 |
| 2.7 | Concluderende opmerkingen bij het theoretische kader | 31 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3 | HET EMPIRISCHE DEEL VAN HET ONDERZOEK | 33 |
| 3.1 | De hypothese | 33 |
| 3.2 | Onderzoeksmethode (deelnemers, meetschalen, procedure en analyses) | 33 |
| 3.3 | Resultaten | 36 |
| 3.4 | Discussie | 39 |
| 3.5 | Beperkingen | 42 |
| 4 | CONCLUSIES EN DISCUSSIE | 43 |
| 4.1 | De beantwoording van de onderzoeksvragen | 43 |
| 4.2 | Discussie: de empirische resultaten in relatie tot het theoretische kader | 45 |
| 4.2.1 | Wie maken er gebruik van het potentieel van existentiële reflectie? | 47 |
| 4.3 | Discussie: vervolgvragen en de betekenis van dit onderzoek voor de zorg voor het existentieel en spiritueel welbevinden | 51 |
| | Tenslotte | 52 |

REFERENTIES

BIJLAGE: Vragenlijst 'Zin van het leven'

1

Laatste vragen van kwetsbare ouderen

1.1 Algemeen welbevinden en existentieel en spiritueel welbevinden

Niemand heeft een rustig leven als hij teveel nadenkt hoe hij het kan verlengen, als hij een hoge leeftijd rekent onder het beste wat een mens kan overkomen. ... Veel mensen klampen zich juist aan het leven vast zoals drenkelingen in een bergstroom aan doornstruiken en scherpe rotsen. ... Bezit baat alleen wie ook het verlies ervan kan accepteren. Maar niets raak je zo gemakkelijk kwijt als wat na verlies niet gemakkelijk gemist kan worden (Seneca, 2004, [brief 4]).

De Romeinse staatsman en filosoof Seneca (ca. 4 v. Chr.-65 n. Chr.) schrijft in de hier geciteerde brief over de mogelijke vreugden van het bereiken van een evenwichtig zielenleven bij het ouder worden. Echter onze neiging om ons vast te klampen aan het leven als een drenkeling in de bergstroom aan doornstruiken en scherpe rotsen, gooit roet in het eten. Wat ons het meest dierbaar is, ons leven, daarvan is het (idee van) gemis het moeilijkst te accepteren. Vastklampen baat ons niet, aldus Seneca. Wat te doen en hoe? Seneca geeft in dit citaat het advies aan zijn vriend Lucilius om niet slechts na te denken over hoe het leven te verlengen. Hij wil zijn vriend laten profiteren van de vreugden van vrede en welbevinden met het zicht op de naderende dood. Seneca geeft advies vanuit een existentieel perspectief, in dit geval een stoïcijnse levensvisie. Seneca behoort tot de groep denkers van uiteenlopende tradities die aan de basis staat van onze cultuur en die de laatste jaren - in toenemende mate lijkt het - geraadpleegd wordt om van te leren hoe we kunnen leven en oud kunnen worden (Dohmen & Baars, 2011). Voor deze denkers gaat de reflectie over ons welbevinden tijdens de ouderdom samen met reflectie over onze gehele existentie: hoe de ouderdom past in het grotere geheel van het leven en de dood, waarnaar te streven en hoe. Welbevinden heeft voor deze denkers een existentiële dimensie.

Deze belangstelling voor de ouderdom vertaalt zich de laatste jaren ook in empirisch onderzoek. Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) is hier een voorbeeld van. Het NPO, zo stelt de website, is een landelijk programma dat beoogt de zorg te verbeteren voor ouderen met complexe hulpvragen door middel van een meer “samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen” (Beschrijving, paragraaf 1). In het noorden van het land is in 2009, binnen het verband van het NPO, het project *Analyse van zorgbehoeften en organiseren van zorg en ondersteuning vanuit het perspectief van de oudere* opgestart, om concreet invulling te kunnen geven aan de doelstellingen van het NPO. Vanwege het kunnen vóórkomen van meerdere kwalen tegelijkertijd bij ouderen, neemt hun kwetsbaarheid toe. Daarmee neemt hun lichamelijke en mentale vitaliteit dusdanig af, dat kleine incidenten grote gevolgen kunnen hebben voor de zelfredzaamheid en hun gezondheid. Deze kwetsbare oudere heeft een specifieke zorgbehoefte en het huidige zorgaanbod – dat bestaat uit een optelsom van enkelvoudige behandelingen samen - sluit daar veelal onvoldoende op aan (Slaets, 2009, pp. 11-13). Daarbij komt dat als gevolg van de toenemende kwetsbaarheid van de oudere het algehele functioneren vermindert en daarmee het welbevinden. “Het is van het grootste belang dit te onderkennen: in plaats van volledig herstel heeft welbevinden de hoogste prioriteit, ook vanwege de beperkte fysieke

reserves van de oudere” (Slaets, 2009, p. 11). Kwetsbaarheid, zorgcomplexiteit en welbevinden zijn de belangrijkste concepten die onderdeel uitmaken van het project *Analyse van zorgbehoeften*, dat “implementatie van welbevinden- en vraaggestuurde ouderenzorg in de praktijk beoogt”, gebaseerd op “integratie van de expertise van zorgverleners en de door ouderen ervaren problemen” (Slaets, 2009, p. 14).

Het welbevinden wordt in het project *Analyse van zorgbehoeften* gemeten door middel van de Welbevinden lijst. Deze lijst beoogt die zaken vast te stellen die veel mensen belangrijk vinden in het dagelijkse leven. De gebruikelijke lijsten zoals Kwaliteit van leven, Verminderd functioneren en Lichamelijk herstel, hebben belangrijke beperkingen omdat ze “vanuit een bepaalde ziekte of gezondheidsperspectief zijn ontwikkeld” (Slaets, 2009, p. 17). Maar lichamelijk herstel bijvoorbeeld, is bij ouderen met beperkte en afnemende reserves veelal niet aan de orde. Daarom richt de Welbevinden lijst zich op praktische en voor de ouderen relevante doelen.

Hoewel de te ontwikkelen Welbevinden lijst beoogt generiek te zijn, zou er wel eens sprake kunnen zijn van een leemte want “is er nauwelijks aandacht voor spiritueel of levensbeschouwelijk welbevinden en de eventuele behoefte aan spirituele zorg/geestelijke verzorging” (Schaap-Jonker & Zock, 2011). De dagelijkse ervaring – maar ook de literatuur – leert ons dat met de ouderdom, de laatste fase van ons leven, mensen terugkijken op het leven dat geleefd is en er wordt vooruitgekeken naar de naderende dood. Vragen – vanuit een existentieel perspectief – naar zin en betekenis van het leven worden gesteld, al dan niet uitgesproken en al dan niet religieus benaderd. Er wordt gezocht naar een perspectief op het leven van waaruit vragen over thema’s als “hoop en wanhoop, verbondenheid en isolement, regie en controle bevredigend kunnen worden beantwoord” (Schaap-Jonker & Zock, 2011). Zogenaemde ‘laatste vragen’ worden gesteld. Bevredigende antwoorden op deze ‘laatste vragen’ uiten zich in existentieel en of spiritueel welbevinden. In een Amerikaans onderzoek bleek bijvoorbeeld religie een positief verband te hebben met sociaal welbevinden. Er was sprake van meer positieve relaties met anderen en betrokkenheid bij de gemeenschap. Spiritualiteit liet in dit onderzoek een positief verband zien met welbevinden dat voortkwam uit een gevoel van betrokkenheid bij creatieve levenstaken waardoor kennis en wijsheid wordt opgedaan (Dillon & Wink, 2003, pp. 916-924).

Nu is de Nederlandse context een andere dan de Amerikaanse. Het verzamelen van empirisch materiaal over existentieel en spiritueel welbevinden en dat koppelen aan eerder verkregen materiaal over algemeen welbevinden, complexiteit van de zorgsituatie en kwetsbaarheid, kan meer inzicht geven in de relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden aan de ene kant en andere vormen van welbevinden aan de andere kant, binnen de Nederlandse context. Deze doelstelling leidt tot de volgende vraagstelling.

1.2 Vraagstelling en onderzoeksvragen

De centrale vraag in dit onderzoek is: welke relatie heeft het existentieel en spiritueel welbevinden met kwetsbaarheid, complexiteit van de zorgsituatie en algemeen welbevinden. De volgende onderzoeksvragen vloeien hieruit voort:

1. Hoe verhoudt existentieel en of spiritueel welbevinden zich tot algemeen welbevinden?
2. In hoeverre hangt existentieel en of spiritueel welbevinden samen met kwetsbaarheid?

3. In hoeverre hangt existentieel en of spiritueel welbevinden samen met de lichamelijke, psychische, sociale en de totale complexiteit van de zorgsituatie?

Om deze vragen te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van gegevens over welbevinden, kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie die in het kader van het NPO zijn verzameld, aangevuld met data over existentieel en spiritueel welbevinden.

1.3 *Existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot algemeen welbevinden: definities, verheldering van concepten en kaders van dit onderzoek*

Existentieel en spiritueel welbevinden kan gedefinieerd worden als het welbevinden dat we ervaren wanneer we doelen vinden waaraan we ons kunnen committeren, waarin de ultieme zin van het bestaan wordt betrokken (Ellison, 1983, p. 330; vert. KA). Deze definitie is ontleend aan de definitie die ten grondslag ligt aan de *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS-schaal) van Paloutzian en Ellison. Deze schaal wordt hier gebruikt om de mate van existentieel en spiritueel welbevinden te meten (Paloutzian & Ellison, 1982, pp. 224-237). De commitments waarover hier gesproken wordt, zijn het soort commitments dat iemand in staat stelt bij lijden - psychisch en of lichamenlijk - , dit lijden zodanig te interpreteren dat het past in een context van een diepere positieve betekenis en zin (Ellison, 1983, p. 332).¹ Existentieel en spiritueel welbevinden beïnvloedt en wordt beïnvloed - zo is de veronderstelling - door psychisch en lichamenlijk lijden of (niet-)welbevinden (Ellison, 1983, p. 332). Daarmee staat het existentieel en spiritueel welbevinden ook in relatie tot het algemeen welbevinden, omdat algemeen welbevinden de resultante is van de onderliggende aspecten zoals lichamenlijke, sociale en psychologische (en dus de existentiële en spirituele). De mate waarin existentieel en spiritueel welbevinden samenhangt met algemeen welbevinden is onderdeel van de vraagstelling van dit onderzoek.

Mensen zijn geïntegreerde wezens, echter existentieel en spiritueel welbevinden bestaat uit twee dimensies, die elkaar mogelijk beïnvloeden vanwege onze geïntegreerde aard. De twee dimensies functioneren evenmin geïsoleerd van onze psyche en lichaam, maar functioneren als een soort integrerende kracht. Het zal derhalve - zo stelt Ellison - ons psychische functioneren beïnvloeden, maar ook omgekeerd. In mindere mate zal spiritueel welbevinden - zo wordt door Ellison verondersteld - beïnvloed worden door ons lichamenlijk functioneren.²

De existentiële dimensie, of *horizontale* component, verwijst naar het welbevinden dat ontstaat als we in ons leven een gevoel van doelgerichtheid en bevrediging hebben dat verband houdt met de ultieme zin en betekenis die we aan het leven toekennen. Deze zin en betekenis kan ontleend worden aan intermenselijke relaties, richtinggevende waarden en idealen, of aan voorstellingen van heilheid die in kunst tot uitdrukking kunnen komen: een horizon van het menselijk streven (Ellison, 1983, pp.330-331; Zock, 2007, 18; Alma, 2005, pp. 49-57). Dit laatste wordt 'horizontale transcendentie' genoemd. In deze studie spreken we

¹ Ellison verwijst hier naar de psychiater Victor Frankl, die beschouwd wordt als een grote - misschien wel dé grote - inspirator van het onderzoek naar onze behoefte aan zin- en betekenisgeving aan ons bestaan. Frankl constateerde op basis van zijn eigen observaties in de Duitse vernietigingskampen - waar ook hij gevangen zat - dat om te overleven allereerst zingeving nodig was (Frankl, 2005). Deze visie conflicteert met de behoeftepiramide van Maslov.

² Ellison verwijst hier wederom naar Victor Frankl, die zijn ervaringen in een concentratiekamp heeft verwerkt in een existentiële benadering van zijn patiënten met psychische ziektes.

dan van *existentieel welbevinden*. *Spiritueel welbevinden*, of de *verticale* component, verwijst naar het welbevinden dat ervaren wordt in relatie tot iets goddelijks (in onze tijd ontbreekt daarbij steeds meer een expliciet transcendent object), dit wordt dan 'verticale transcendentie' genoemd. We spreken bij dit soort ervaringen en gevoelens in deze studie dan van spiritueel welbevinden (Ellison, 1983, pp. 330-331; Zock, 2007, p. 18).

Beide dimensies verwijzen naar het vermogen van mensen tot transcendentie en de behoefte eraan: om voorbij te gaan aan wat nu is (Ellison, 1983, p. 330-331). "De bestaanswerkelijkheid van de mens is meer dan wat hier en nu met de zintuigen waarneembaar en met het verstand bevatbaar is" (Zock, 2007, p. 17). Alle grote godsdiensten, maar ook niet godsdienstige schrijvers en bewegingen wijzen op transcendentie als een pad om welbevinden te ervaren (Ellison, 1982, p. 332; Alma, 2005, pp. 49-58; Walker, 1999). Omdat de mens een wezen is dat tijdruimtelijk bepaald is en zich van zichzelf bewust is, kan hij reflecteren over zijn plaats in de wereld – zijn existentie – en zich daarmee bewust worden van zijn begrensdheid. Een centrale existentiële vraag die we ons kunnen stellen – tevens een identiteitsvraag – is: 'wie ben ik en hoe wil ik mij verhouden tot de wereld en mijn medemensen'. Andere vragen zijn: 'nu ik oud ben, welk doel kan het leven dan nog hebben', 'hoe kan ik blijven hopen', 'waarom grijpt God niet in nu ik hem nodig heb', 'als ik zo moet lijden, waar haal ik dan de kracht vandaan', 'welke keuzes heb ik gemaakt in mijn leven en heb ik dat wel goed gedaan?' Deze thema's worden existentiële of zingevingvragen genoemd, ook wel laatste vragen, ultieme vragen, trage vragen en levensvragen. Het zijn vragen naar wat niet waarneembaar, maakbaar en controleerbaar is. De antwoorden zijn evenmin waarneembaar, controleerbaar of maakbaar. De inspiratie die ontleent wordt aan intermenselijke relaties, richtinggevende waarden of idealen, of iets goddelijks veronderstelt "een geraakt worden, een affectieve betrokkenheid die nooit volledig maakbaar is" (Zock, 2007, p. 17).

Existentieel en spiritueel welbevinden is de expressie van een dieper liggend bevredigend verlopen innerlijk proces van zingeving, zoals een goede gelaatskleur of rustige polsslag een generieke indicator is van gezondheid (Ellison, 1983, p. 332). Een zingevingproces is voor het menselijke zelf een biologisch noodzakelijk cognitief en affectief basisproces, omdat de mens in tegenstelling tot dieren over weinig instincten en geringe specialisatie beschikt. De mens wordt om die reden blootgesteld aan een overvloed aan prikkels die voor hem waarneembaar zijn. Om zich te kunnen handhaven en te kunnen overleven moet de mens actief hierin ordening en structuur aanbrengen. Zingeving geeft deze ordening en structuur (van der Lans, 2006, pp. 72-94; Kuin & Westerhof, 2002, 301-313; Kuin & Westerhof, 2007, pp. 176-187; Heymans, 2002, pp. 251-292).

Het innerlijk psychisch proces van zingeving leidt tot een impliciet of expliciet wereldbeeld, levensvisie of levensbeschouwing. Deze uit zich – als een polsslag – in meer of minder existentieel en spiritueel welbevinden. Met ons wereldbeeld, levensfilosofie of levensbeschouwing wordt een antwoord geformuleerd op de (levens)vragen zoals 'wie ben ik en hoe wil ik mij verhouden tot de wereld en mijn medemensen'. Als deze antwoorden afdoende zijn voor ons (vaak worden ze ons aangereikt door de sociaal-culturele omgeving waarin we opgroeien), dan kunnen we ons beeld van de wereld gebruiken als bron van zingeving als we schokken in ons leven ervaren. Er zijn aanwijzingen dat het streven naar een coherente levensvisie een positief verband heeft met algemeen welbevinden (Kuin & Westerhof 2007, pp. 176-189). Ook zijn er aanwijzingen dat religie – als een specifieke inhoudelijke levensbeschouwing – een bescherming kan zijn tegen depressie (Braam et al., 1994). Als de antwoorden niet afdoende zijn voor de persoon in kwestie, dan ontstaat er een

zingevingsprobleem. Als het zingevingsprobleem – zo is de veronderstelling - niet met behulp van (her)formulering van het wereldbeeld, levensdoel en ideale zelf kan worden opgelost, dan ontstaat een gevoel van zinloosheid dat gezondheidsrisico's geeft als gevolg van stress. Vanuit divers empirisch onderzoek zijn er aanwijzingen voor een relatie tussen verlieservaringen, zingeving en depressie en (zingevende) doelen en depressie. (Braam et al., 2008, pp. 221-237; Kuin & Westerhof, 2007, pp. 176-187). Kortom, ons algemeen welbevinden en andere vormen van welbevinden kunnen worden aangetast als we te weinig existentieel en spiritueel welbevinden ervaren.

Hier is het van belang is te onderkennen dat de plaats en functie van wereldbeelden en levensbeschouwingen – waaronder religie - in onze postmoderne samenleving aan grote veranderingen onderhevig is. Toen religie in onze westerse samenleving nog dominant aanwezig was, vervulde religie voor veel mensen een funderende rol voor hun identiteit en zingeving. Ook andere 'grote verhalen' of collectieve mythen konden deze rol vervullen, zoals maatschappijanalyses van het liberalisme, socialisme en het technologisch vooruitgangdenken waarmee we ons lot meenden te kunnen beheersen. Onze tijd kenmerkt zich echter door ongeloof in de 'grote verhalen'. Daarentegen is postmoderne kennis gebaseerd op kleine verhalen, vanuit specifieke invalshoeken en vanuit meerdere contexten, zoals bijvoorbeeld religie én wetenschap. De kleine verhalen worden beschouwd als geconstrueerde verhalen, als producten van onze eigen geest (Ward, 2003, pp. 690-693; Silverman, 2006, pp. 316-319).

De vraag naar zin en betekenis, naar wie we zijn en hoe we ons moeten verhouden tot de sociale en natuurlijke omgeving, daarop kunnen in onze postmoderne tijd vele antwoorden worden geformuleerd. Ook zingeving is in onze tijd geïndividualiseerd. Dit betekent voor de (organisatie van) zorg en begeleiding van kwetsbare ouderen met laatste vragen, dat het perspectief op het leven of het wereldbeeld van de individuele kwetsbare oudere centraal zou moeten staan (Vreeman, Quartier & Smeets, 2009; Bohlmeier, Mies & Westerhof, 2007, pp. 12-13; McAdams, 1993, pp. 19-37).

Omdat zowel existentieel als spiritueel welbevinden beide transcendent van aard zijn, worden beide in de literatuur vaak als spiritueel benoemd. De concepten 'kwetsbaarheid', 'complexiteit van de zorgsituatie' en 'algemeen welbevinden' worden verder uitgewerkt in het volgende hoofdstuk.

1.4 *Relevantie van onderzoek naar existentieel- en spiritueel welbevinden binnen het project Analyse van zorgbehoeften*

Binnen het project *Analyse van zorgbehoeften* wordt er van uitgegaan dat de ouder wordende mens een specifieke zorgbehoefte heeft, waarbij nu onvoldoende wordt aangesloten. Deze mismatch – die voor een belangrijk deel voortkomt uit het gericht zijn op fysiek herstel in plaats van op welbevinden - kan leiden tot ongewenste gezondheidsuitkomsten en verminderd welbevinden. Bij ouderen als groep – zo blijkt uit onderzoek - is er sprake van een toenemende zorgbehoefte, maar wat die behoefte dan precies is (de feitelijke behoefte) is veelal niet duidelijk (Slaets, 2009, p. 14). Het is ook onvoldoende duidelijk wat door professionals, instanties en instellingen gedaan kan worden – door middel van preventie en of interventie - om behoud of verbetering van welbevinden te bewerkstelligen.

Zoals reeds aangegeven, richt de Welbevinden lijst zich op praktische en voor de ouderen relevante doelen en behoeften. Deze behoeften en doelen van ouderen – zo is de

veronderstelling - zijn vooral gericht op behoud of herstel van welbevinden. Omdat er in deze vragenlijst nauwelijks sprake is van aandacht voor existentieel of spiritueel welbevinden, is het mogelijk dat de oudere een vorm van zorg onthouden zal gaan worden die op oudere leeftijd mogelijk van groot belang is, namelijk zorg voor het, existentieel en of spiritueel welbevinden. Als deze behoefte namelijk niet is gemeten omdat er niet naar gevraagd is, dan zal de mogelijke behoefte niet of nauwelijks een vertaling vinden in een zorgaanbod door middel van de multidisciplinaire zorgpaden.

De focus in dit onderzoek ligt op existentieel en spiritueel welbevinden en de mogelijke behoefte aan zorg die gericht is op dit domein. Deze focus heeft wetenschappelijke relevantie, aangezien er een lacune bestaat in wetenschappelijke kennis en theorievorming aangaande existentieel en spiritueel welbevinden bij ouderen in de gesecculariseerde context van West-Europa in de 21^e eeuw. Amerikaanse onderzoeken hebben weliswaar de relatie onderzocht naar 'religion and aging', maar zijn niet gemakkelijk toepasbaar in de Nederlandse situatie, vanwege verschillen in de sociaal-culturele context. In Nederland zijn in een longitudinale studie bij ouderen (LASA; zie o.a. Braam et al., 1994; Braam et al., 2008) wel religieuze en spirituele variabelen meegenomen, maar is het existentiële en spirituele welbevinden geen focus van onderzoek (Schaap-Jonker & Zock, 2011).

Juist in de zorgverlening aan ouderen is deze kennis over existentieel en spiritueel welbevinden belangrijk, aangezien met de ouderdom of tijdens ziekte mensen vaak vragen stellen die existentieel en spiritueel van aard zijn en niet simpel te beantwoorden. Een ieder die geconfronteerd wordt met deze vragen dient zelf een antwoord te vinden. De beantwoording van deze vragen vergt een zingevingproces. Het bevredigend beantwoorden van de laatste vragen en de ontwikkeling van een levensperspectief kan motiverend en acceptierend werken voor de kwetsbare oudere en als zodanig een positieve uitwerking hebben op algemeen welbevinden, de mate van kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie. Met dit onderzoek wordt dan ook recht gedaan aan de integrale mensvisie (het biopsychosociaal-spirituele model [BPSS-model] van zorg) om tot vraaggestuurde zorg te kunnen komen binnen de context van doelen van het NPO-programma en het transitieproject *Analyse van zorgbehoeften*. Met de toevoeging van de laatste 'S', is er met andere woorden oog voor de 'existentiële onderneming' van de ouder wordende mens. Dit gaat verder dan het gebruikelijke 'model of agency', dat binnen de sociale wetenschappen en ook de filosofie vaak wordt gehanteerd. "Yet a deeper picture of the sort of creatures we are suggests that this account of agency is deeply incomplete. For there is another normative enterprise at the heart of human agency. Key to being a human self, rather than merely a knower of facts or pursuer of ends, is maintaining a certain subjective reality – a sense of oneself as relatively intact and secure and of one's world as relatively safe and familiar. The self as a self does not come already made; we need to work to achieve it" (Halpern & Little, 2009, p. 150; Walker, 2009, pp. 1-20).

Dit onderzoek heeft ook relevantie voor de beroepsgroepen die geconfronteerd worden met existentiële vragen van patiënten. Dit geldt in het bijzonder voor geestelijk verzorgers wiens expertise het is om in gesprek te zijn over existentiële vragen met kwetsbare mensen. Dit onderzoek kan hun bijdragen theoretisch en empirisch onderbouwen. Daarnaast kan dit onderzoek relevantie hebben voor verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, psychologen en psychiaters. Ook zij worden in hun werk met ouderen geconfronteerd met vragen van existentiële en spirituele aard.

1.5 *De verdere opbouw van dit onderzoek*

Op basis van literatuurstudie wordt in hoofdstuk 2 gestart met de vraag wat in de huidige literatuur bekend is over kwetsbaarheid in relatie tot ouder worden, vanuit zowel het perspectief van de beleidsmakers, onderzoekers en hulpverleners als vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere. Met de beantwoording van deze vraag worden tevens de twee andere centrale concepten van het transitieproject *Analyse van zorgbehoeften* beschreven: 'complexiteit van de zorgsituatie' en 'algemeen welbevinden'. Vervolgens zal de relatie onderzocht worden tussen existentieel en spiritueel welbevinden en algemeen subjectief welbevinden, zoals die in de literatuur theoretisch wordt beschreven. Vanuit de empirie wordt de relatie belicht door enkele Amerikaanse en Nederlandse studies te bespreken. Zo wordt een theoretisch kader gelegd voor de relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden en de centrale concepten van het project *Analyse van zorgbehoeften*. In hoofdstuk 3 komt het empirische deel van het onderzoek aan bod. In het vierde en laatste hoofdstuk worden de empirische resultaten in verband gebracht met het theoretisch kader, de onderzoeksvragen worden beantwoord en tot slot zal geschetst worden wat de verdere betekenis is van dit onderzoek.

2

Kwetsbaarheid en de existentiële en spirituele dimensie van algemeen welbevinden

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden en algemeen welbevinden centraal vanuit een theoretisch perspectief. Door middel van literatuurstudie worden de volgende vragen onderzocht:

1. Wat is er in de Nederlandse literatuur op dit moment bekend over kwetsbaarheid, zowel vanuit het perspectief van de overheid, onderzoekers en hulpverleners als vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere zelf (welbevinden).
2. Hoe werkt het onderliggende innerlijke zingevingproces dat zich uit in existentieel en spiritueel welbevinden en wat is de relatie met algemeen welbevinden?

Gestart wordt met de vraag hoe in de Nederlandse literatuur aangekeken wordt tegen het begrip kwetsbaarheid bij ouderen. Immers deze groep - en de zorgbehoeften ervan – staat centraal in het project *Analyse van zorgbehoeften*. Bespreking van het begrip kwetsbaarheid gebeurt vanuit twee perspectieven, namelijk het perspectief van beleidsmakers van de overheid, onderzoekers en hulpverleners aan de ene kant en het perspectief van de kwetsbare oudere aan de andere kant. Het begrip kwetsbaarheid is namelijk een begrip dat vooral door beleidsmakers van de overheid, onderzoekers en hulpverleners wordt gehanteerd, omdat gebleken is dat kwetsbare ouderen een specifieke zorgbehoefte hebben (Slaets 2009, p. 11). Voor beleidsmakers, onderzoekers en hulpverleners is dan de vraag hoe hiermee om te gaan. Binnen het project *Analyse van zorgbehoeften* heeft echter het perspectief van de oudere de hoogste prioriteit.

Met de beantwoording van de tweede vraag komt het zingevingproces aan de orde en wat zin en zinbeleving eigenlijk is. Zo wordt de relatie met algemeen welbevinden duidelijk. Vanuit meerdere psychologische scholen is er – weliswaar mondjesmaat – aandacht geweest voor zingeving. Twee van deze benaderingen - deze worden in de (Nederlandse) godsdienstpsychologie gebruikt – hebben de relatie tussen existentieel en of spiritueel welbevinden en algemeen welbevinden als thema. De eerste theorie is gebaseerd op het stressmodel van Lazarus, op het werk van Epstein ('een persoon is een individu dat een theorie verworven heeft om zijn ervaringen te ordenen') en op de narratieve psychologie. De andere theorie is gebaseerd op de relationele psychoanalyse of objectrelatie theorie, een recente loot aan de stam van de psychoanalytische school.

Aan het einde van het hoofdstuk wordt literatuur besproken waarbij empirisch de relatie is onderzocht tussen existentieel en spiritueel welbevinden en andere vormen van welbevinden.

2.2 Kwetsbare ouderen: kwetsbaarheid als voorspeller van een specifieke zorgbehoefte, de aanleiding voor het project *Analyse van zorgbehoeften*

De World Health Organisation (WHO) omschrijft de ontwikkeling van vergrijzing en ontgroening in onze samenleving als een "quiet, almost unseen social revolution" (von

Faber, 2002, p.4). De interesse in ouderen van de overheid en van onderzoekers is voor een groot deel gebaseerd op deze demografische verschuiving. Ouderen doen een groter beroep op de kostbare gezondheidszorg dan niet-ouderen en de kosten van de gezondheidszorg moeten grotendeels opgebracht worden door het werkende deel van de bevolking (SCP, 2011, p. 17).

De groep kwetsbare ouderen is groeiende. Uitgaande van een gangbare definitie van kwetsbaarheid – waarover straks meer - is de populatie van kwetsbare ouderen (65-plus) in 2010 ongeveer tussen de 600.000 en 700.000 groot. Ongeveer 500.000 á 600.000 kwetsbare ouderen woont zelfstandig. De rest verblijft in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Een kwart van de ouderen die zelfstandig woont is kwetsbaar, in instellingen ligt dit percentage veel hoger (van 75% tot bijna 100%). Het aantal kwetsbare 65-plussers zal tussen 2010 en 2030 toenemen van circa 700.000 tot 1 miljoen (SCP, 2011, p. 51-81). Deze cijfers schetsen een beeld dat een toenemende zorgbehoefte suggereert. Maar de feitelijke behoefte is vaak onbekend. Het is op dit moment eveneens onvoldoende bekend wat en door wie – preventief of via interventie - gedaan zou moeten worden om het welbevinden van de ouderen te behouden of te verbeteren. Het project *Analyse van zorgbehoeften* beoogt deze lacunes in kennis inzichtelijk te maken.

Ouderen kunnen kwetsbaar worden omdat ze meerdere aandoeningen tegelijkertijd kunnen krijgen die elkaar ook nog eens beïnvloeden. Van de ouderen tussen de 65 en 75 jaar hebben twee van de drie minstens twee chronische aandoeningen en bij 85-plussers is dat toegenomen tot 85%. Algemeen wordt erkend dat kwetsbaarheid een ‘generiek kenmerk’ is onafhankelijk van ziekte. Dat wil zeggen dat de prognose van een kwetsbare oudere met een heupfractuur slechter is dan die van een niet-kwetsbare oudere. Kwetsbaarheid speelt met andere woorden een rol op zichzelf, en verdient daarom aandacht: “de kwetsbare oudere met multimorbiditeit heeft een specifieke zorgbehoefte” (Slaets, 2009, p. 11). Bovendien is gebleken dat niet zozeer ouderdom een voorspeller is voor zorgbehoefte maar de mate van kwetsbaarheid (SCP, 2011, p. 39). Binnen het project *Analyse van zorgbehoeften* wordt verondersteld dat indien nauw aangesloten kan worden op deze specifieke zorgbehoefte als gevolg van kwetsbaarheid, er minder ongewenste gezondheidsuitkomsten zullen optreden. Over de specifieke zorgbehoefte van kwetsbare ouderen is echter nog weinig bekend. Kwetsbaarheid verdient een plaats in het klinisch denken en handelen, zo parafraseert het Sociaal Cultureel Planbureau de inzichten van vele onderzoekers (SCP, 2011, p. 39).

2.2.1 *Wat is kwetsbaarheid en welke factoren beïnvloeden kwetsbaarheid?*

Ouderen kunnen zich vaak nog goed staande houden. Als gevolg van een opeenstapeling van lichamelijke (vaak kleine), psychische en sociale tekorten, worden ouderen echter vatbaar voor ernstige gezondheidsproblemen. Deze problemen kunnen leiden tot een behoefte aan intensieve verzorging in verzorgingshuizen, verpleeginstellingen en ziekenhuizen.³ Kwetsbaarheid is een begrip, gebruikt door beleidsmakers en onderzoekers, bedoeld om risicogroepen te signaleren en zorg te organiseren en niet als een diagnostisch instrument. Afhankelijk van ondermeer de breedte van de definitie is de groep kwetsbare ouderen kleiner of groter. Er lijkt consensus te bestaan over de noodzaak van een brede definitie van kwetsbaarheid. Dat wil zeggen dat zo’n definitie vele levensdomeinen omvat. Op basis van (inter)nationaal literatuuronderzoek en het raadplegen van Nederlandse, Amerikaanse en

³ Wat dit betekent voor de opleiding van professionals in de zorg zie Finnema, 2011.

Canadese experts op het gebied van kwetsbaarheid stelt het SCP een brede conceptuele definitie van kwetsbaarheid voor:

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden) (SCP, 2011, p.45).

Kwetsbaar worden is dus een proces van opeenstapeling van tekorten en kwalen. De complexiteit van de zorgsituatie (lichamelijk, psychisch, sociaal en het totale zorgsysteem) hangt vanwege deze opeenstapeling van tekorten, samen met kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid wordt vaak samen genoemd met begrippen als 'beperkingen', 'zelfredzaamheid' en 'multimorbiditeit' (meerdere aandoeningen). Kwetsbare ouderen kunnen een redelijke tot goede kwaliteit van leven ervaren. Kwetsbaarheid is niet hetzelfde als ouderdom. Sommige personen worden kwetsbaar rond hun 60ste, anderen rond hun 80ste. Er is wel een statistisch verband met ouderdom. Kwetsbaarheid lijkt echter eerder samen te hangen met ingrijpende gebeurtenissen en de omgang daarmee door de persoon zelf en de omgeving (SCP, 2011, p. 19).

De definitie maakt ook duidelijk dat als beleidsmakers of hulpverleners weten hoe ze de dynamiek van opeenstapeling kunnen beïnvloeden, ze ook - de mate van - kwetsbaarheid zouden kunnen beïnvloeden. In een overzichtsrapport schrijft het Sociaal Cultureel Planbureau dat anno 2010 "kwetsbare ouderen nog onvoldoende in beeld zijn bij beleidsmakers" (2011, p.20). "Ook ontbreekt het beleidsmakers aan inzicht in de determinanten en de dynamiek van kwetsbaarheid en daarmee aan mogelijke handvatten om ouderen te beschermen tegen kwetsbaarheid" (SCP, 2011, p. 20). Met wellicht enkele eenvoudige interventies – huishoudelijke hulp of maatschappelijk werk – kunnen ouderen misschien wel in relatief goede gezondheid verder leven.

Hoewel kwetsbare ouderen en de dynamiek van kwetsbaarheid nog onvoldoende in beeld is bij beleidsmakers, is al wel het nodige onderzoek gedaan. Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) richt zich op lokale interventiestudies. Het project Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA) – dat landelijk representatief is - heeft tot doel inzicht te verkrijgen in hoe kwetsbaarheid zich met de tijd ontwikkelt - het beloop van kwetsbaarheid – en welke factoren kwetsbaarheid kunnen beïnvloeden.⁴ De uitkomsten van deze studie zijn nog niet vertaald naar lokaal of landelijk beleid, maar geven wel enig zicht op het mogelijke beloop van kwetsbaarheid (SCP, 2011, pp. 19-20).

Tijdelijke kwetsbaarheid komt niet vaak voor, maar mensen kunnen herstellen van algemeen kwetsbaar zijn. Blijvend kwetsbaar zijn vooral ouderen, vrouwen, weduwen en weduwnaren, en mensen met een lage opleiding. Preventie van ongezonde leefstijlen kan algemene kwetsbaarheid onder de ouderen beperken. Fysieke kwetsbaarheid, zoals slecht kunnen lopen, slecht evenwicht kunnen bewaren en lichamelijke vermoeidheid, neemt geleidelijk toe met de toename van de leeftijd. Door bijvoorbeeld aanpassingen in de woning en faciliteiten in de buurt kan fysieke kwetsbaarheid worden vermeden. Fysiek kwetsbaar worden blijkt vaak samen te gaan met een toename van zowel sociale als vooral psychische kwetsbaarheid (SCP, 2011, pp. 95-103).

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor psychische kwetsbaarheid. Onder psychische kwetsbaarheid worden hier geheugenklachten, sombere en angstige gevoelens

⁴ Er zijn weinig longitudinale studies gedaan naar kwetsbaarheid. Een groot onderzoek betreft de Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA), waarop het SCP zich voornamelijk baseert.

en gevoelens van nervositeit en hulpeloosheid verstaan. Veroudering gaat vaak gepaard met een toename van psychische klachten, cognitieve beperkingen en eenzaamheid. Weduwen en weduwnaren en mensen die twee of meer chronische ziekten of functionele beperkingen hebben, zijn het vaakst psychisch kwetsbaar. Er is een samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en eenzaamheid, een sterke samenhang tussen psychische en fysieke kwetsbaarheid en een minder duidelijke samenhang tussen psychische en sociale kwetsbaarheid (SCP, 2011, pp. 107-116).

Van sociale kwetsbaarheid wordt gesproken bij tekorten in de sociale relaties: dat wil zeggen het ontbreken van een partner, een vertrouwenspersoon, het ontbreken van steun, het weinig participeren in sociale verbanden zoals de familie, de buurt, kerk en andere organisaties, met als mogelijk gevolg een bepaalde mate van ervaren eenzaamheid (eenzaamheid is hier het tekort aan sociale steun en contact). Met andere woorden, men is sociaal kwetsbaar als men onvoldoende mensen heeft om op terug te vallen in moeilijke tijden of onvoldoende steun ondervindt van mensen uit de omgeving. Sociale kwetsbaarheid kan wel leiden tot fysieke en psychische kwetsbaarheid, maar er is meer bewijs voor een omgekeerd causaal verband (SCP, 2011, pp. 121-134).

Sociaaleconomische status – eigen opleidingsniveau en inkomen van het huishouden - blijkt samen te hangen met het voorkomen van kwetsbaarheid. De opleiding van de vader en de moeder en de status van de buurt spelen geen rol. De relatie tussen de woonzorgsituatie en kwetsbaarheid is erg onduidelijk. Verhuizing naar een gelijkvloerse woning heeft geen verband met een verandering in kwetsbaarheid. Wel is er een verband met de beleving van de woonomgeving. Een als onveilig beleefde leefomgeving heeft een negatief effect op langdurige kwetsbaarheid (SCP, 2011, pp. 137-144).

2.3 Kwetsbaarheid vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere: welbevinden

Kwetsbaarheid is een begrip dat weinig betekenis heeft voor de oudere. "Ouderen denken niet in termen van kwetsbaarheid over zichzelf. (...) Hun aandacht gaat vooral uit naar de kwaliteit van het leven en welbevinden; zij vragen zich bijvoorbeeld af 'wat is belangrijk', 'waar hecht ik aan' en 'wat geeft zin aan mijn leven' " (SCP, 2011, p. 11).⁵ Het SCP (2011) stelt dat bij het begrip kwetsbaarheid de nadruk ligt op een tekort aan fysiek, sociaal en/of psychisch functioneren, terwijl bij de begrippen 'kwaliteit van leven', 'algemeen welbevinden' en 'succesvol oud' de focus meer ligt op hoe (te helpen) bronnen te vinden om met dit tekort om te gaan. Deze begrippen sluiten meer aan bij de beleving van de kwetsbare oudere omdat het de subjectieve beleving van de oudere in het onderzoek betreft. De begrippen sluiten ook aan bij de ontwikkeling in de gezondheidszorg. Want als gevolg van betere behandelmethoden overlijden steeds minder mensen dan voorheen aan dodelijke ziektes, maar moeten mensen – vooral ouderen - wel leren leven met een chronische ziekte of beperking. Om inzicht te krijgen in wat kwetsbaar precies is, is "niet alleen een heldere definitie nodig, maar is het ook van belang om verwante begrippen te verkennen" en deze verwante begrippen zijn 'succesvol oud', 'kwaliteit van leven' en 'welbevinden' (SCP, 2011, p. 40). Deze begrippen spelen ook een prominente rol in de zogenoemde Kwaliteit van Leven studies (eng.: Quality of Life) in relatie tot kwetsbare ouderen in Nederland (Leiden 85-plus Studie, LASA, NPO). In het onderhavige onderzoek

⁵ Wat ouderen het meest van belang vinden voor de kwaliteit van leven verandert met de mate van kwetsbaarheid. Niet-kwetsbare ouderen vinden gezondheid het belangrijkste, kwetsbare ouderen hechten meer waarde aan sociale contacten (SCP, 2011, p. 42).

zullen de begrippen verkennend onderzocht worden, waarbij ook gekeken wordt naar het existentiële gehalte van deze begrippen.

Over het begrip 'succesvol oud' is discussie. Voorstanders wijzen op de (theoretische) waarde van het concept voor het oproepen van onderzoeksvragen die gericht zijn op het begrijpen van het proces van veroudering en het ontwikkelen van interventies. De vraag is dan welke de factoren zijn die tot betere - succesvollere - fysiologische veroudering of succesvollere aanpassing leiden. De Leiden 85-plus Studie is hier een voorbeeld van (von Faber, 2002, pp. 3-11). Tegenstanders wijzen ondermeer op het gevaar van normativiteit in de gezondheidszorg. Ten eerste is het de vraag wie er bepaalt wat succesvol is. Uit onderzoek blijkt dat hoewel de gezondheid vanuit het perspectief van de arts of beleidsmaker objectief gezien achteruit gaat, de patiënt dezelfde mate van welbevinden ervaart; hij geeft anders betekenis aan zijn gezondheid dan de dokter of beleidsmaker. Dit wordt de *disability* paradox genoemd, die in de Leiden 85-plus Studie is geconstateerd (von Faber, 2002, p. 12/166).⁶ Ten tweede houdt het begrip 'succesvol oud' de ouder wordende mens voor wat goed leven is, namelijk een succesvol leven in fysiologische en/of psychologische zin. Dat kan problematisch zijn, zowel vanuit (zorg)ethisch als klinisch perspectief (Halpern & Little, 2009, pp. 143-161; Dehue, 2008; von Faber, 2002, p. 163). Ten derde kunnen er vragen gesteld worden bij de effectiviteit van normatieve gezondheidszorg. Dat wil zeggen, als onvoldoende wordt aangesloten bij de *existentiële* belevingswereld van de patiënt, de effectiviteit van interventies van hulpverleners en beleidsmakers mogelijk laag zal zijn (Halpern & Little, 2007, pp. 143-161; von Faber, 2002).⁷

De begrippen 'kwaliteit van leven' en 'welbevinden' zijn verwant aan het begrip 'succesvol oud'. De drie begrippen worden soms door elkaar gebruikt, maar zijn toch anders (SCP, 2011, pp. 40-42). Het perspectief van de kwetsbare oudere komt met de ontwikkeling van de begrippen 'kwaliteit van leven' en 'algemeen welbevinden' definitief centraal te staan (SCP, 2011, p. 41). Vanuit een theoretisch perspectief worden de begrippen 'kwaliteit van leven' en 'welbevinden' hier verder beschouwd, waarmee de keuze voor het theoretische kader binnen het project *Analyse van zorgbehoeften* wordt toegelicht. Steeds wordt met een existentieel oog gekeken naar hetgeen besproken wordt. Immers in dit onderzoek wordt verondersteld dat het onderscheiden van een existentiële en spirituele dimensie, van toegevoegde waarde kan zijn in de zorg voor het welbevinden van de kwetsbare oudere.

2.3.1 Algemeen welbevinden en de theorie van de socialeproductiefuncties

In meer recente literatuur wordt ten aanzien van het begrip 'kwaliteit van leven' de subjectieve beleving van de kwetsbare oudere centraal gesteld. Op de theorievorming en de meting van ons kwaliteit van leven zal hier kort worden ingegaan, omdat één van de theorieën – de theorie van de socialeproductiefuncties – in dit onderzoek het theoretische kader vormt. De keuze voor deze theorie wordt hier toegelicht en de theorie wordt kort

⁶ “ ... afhankelijk van hun situatie zoeken [ouderen] naar mogelijkheden om de balans tussen gezondheid en welbevinden te handhaven door middel van verschillende strategieën zoals het herdefiniëren van hun situatie. Om deze reden blijft onderzoek naar het belevingsperspectief van ouderen noodzakelijk” (von Faber, 2002, p. 167).

⁷ Voor het probleem van normatieve gezondheidszorg in relatie tot copingprocessen: “There has been a frustrating gap between raising patient’s awareness of the healthrisks certain behavior carry and conveying such risks in a way that actually motivates a change in behaviour” (Halpern & Little, 2007, p. 143).

beschreven. Daarmee wordt tevens het begrip 'algemeen welbevinden' dat in het onderhavig onderzoek wordt gebruikt verhelderd.

De theorie van de socialeproductiefuncties (SPF-theorie) gaat er van uit dat alle mensen dezelfde basale doelen hebben en deze willen bevredigen. Ten tweede gaat de theorie er van uit dat mensen geneigd zijn om hun situatie en hun hulpbronnen te bestendigen en te verbeteren. Onder hulpbronnen wordt verstaan de fysieke, sociale en psychologische mogelijkheden van individuele mensen om hun situatie te optimaliseren. Al deze bronnen staan hiërarchisch in relatie tot het basale algemeen menselijke doel, maar staan dus ook ten opzichte van elkaar in verband. Het doel waarnaar alle mensen streven is volgens de SPF-theorie het algemeen subjectief psychologisch welbevinden, 'zich goed voelen'. Daarover is algehele consensus binnen de Kwaliteit van Leven studies (Gerritsen & Steverink, 2007, pp. 253-267).

Het algemeen subjectief psychologische welbevinden wordt bereikt door het vervullen van twee andere universele menselijke behoeften – die daarmee dus hiërarchisch onder de psychologisch welbevinden staan en deze 'produceert'. Dit zijn het fysieke welbevinden en sociaal welbevinden. Deze worden weer gevoed door twee fysieke behoeften en drie sociale behoeften. De fysieke behoeften bestaan uit comfort - eten, drinken, beschutting, afwezigheid van pijn, ziekte en hulpbehoefte - en stimulatie, dat bestaat uit een plezierige mate van fysieke en mentale activering en afwezigheid van verveling. Onze basale sociale behoefte bestaat uit de dimensies affectie, gedragsbevestiging en status. Affectie betreft de bevrediging van liefde, intimiteit en genegenheid. Gedragsbevestiging is de behoefte om door anderen bevestigd te worden dat je bij hen hoort en door hen wordt goedgekeurd. Bij status gaat het er om dat je gewaardeerd wordt in het beter of anders zijn dan de ander. Voor al deze behoeften, zo veronderstelt de SPF-theorie, heeft de mens de beschikking over hulpbronnen die context en individueel gebonden zijn (de hierboven genoemde dimensies zijn universeel). Vele bronnen zijn extern, zoals aanwezigheid van voedsel, onderwijs, gezondheidszorg, geld, partner, vrienden, werk. Interne bronnen betreffen de vaardigheden – zelfmanagementvaardigheden - om de fysieke en sociale bronnen aan te boren, ermee om te gaan en ze te behouden. Gedurende het leven van het individu veranderen niet zozeer de behoeften maar wel de bronnen waaruit geput kan worden en de manieren waarop de basisdimensies van algemeen welbevinden worden bereikt. (Gerritsen & Steverink, 2007, pp. 253-267).

Het is voor het inzicht in het welbevinden van belang te weten welke dimensie veel bijdraagt en welke minder veel aan het algemeen welbevinden. Daarbij kan het ook interessant zijn te weten of de ene dimensie de andere kan compenseren. Of bijvoorbeeld bij fysieke beperkingen, de psychologische dimensie de negatieve effecten op het algemeen welbevinden deels of helemaal kan opheffen. Als iemand een partner verliest en hij heeft een groot sociaal netwerk, of dan het verlies deels of helemaal gecompenseerd kan worden. In een analyse van zes theorieën bleek de SPF-theorie als enige iets te zeggen over de relaties tussen de dimensies en algemeen welbevinden – zoals hierboven beschreven - en de relaties tussen de dimensies onderling. Met betrekking tot de relaties tussen de dimensies onderling zegt de SPF-theorie bijvoorbeeld dat substitutie van doelen mogelijk is. Helemaal boven in de hiërarchie is de mogelijkheid van substitutie van doelen beperkt. Daarentegen is er algehele substitutie mogelijk tussen de lager gelegen doelen. Bijvoorbeeld als iemand status verliest dan kan hij dit compenseren door de productie van affectie en gedragsbevestiging (van Bruggen, 2001, pp. 25-73, 72). Uit onderzoek blijkt dat ouderen die beschikken over een gevarieerde hoeveelheid aan hulpbronnen en de vaardigheid hebben

om deze ook aan te wenden, beter zijn toegerust om de mogelijke verliezen tijdens de ouderdom te compenseren en het hoofd te bieden (Gerritsen & Steverink, 2007, pp. 253-267). De SPF-theorie gaat volgens van Bruggen (2001) ook expliciet en toetsbaar in op de ultieme behoeften van mensen en hoe in die behoeften te voorzien (p. 74-75). Dit ontbreekt volgens van Bruggen (2001) meestal in de Kwaliteit van Leven studies (p. 19).

2.3.2 *De existentiële en spirituele dimensie van algemeen welbevinden en de theorie van de socialeproductiefuncties*

De SPF-theorie vormt de basis voor veel onderzoek naar interventies in relatie tot het welbevinden van kwetsbare ouderen, waaronder ook het project *Analyse van zorgbehoeften*.⁸ Deze interventiestudies richten zich op de manier waarop de kwetsbare ouderen hun hulpbronnen door zelfmanagementvaardigheden kunnen leren aanboren. Daarmee kunnen de verliezen die de ouderdom met zich meebrengt mogelijk gecompenseerd worden en daarmee kan hun algemeen subjectief welbevinden worden bestendigd of worden verbeterd. De vraag in deze paragraaf is of de SPF-theorie uitspraken toelaat en voorspellingen kan doen over existentieel en spiritueel welbevinden van kwetsbare ouderen. De tweede vraag is of uitspraken over existentieel en spiritueel welbevinden nodig zijn voor het verklaren en voorspellen van algemeen welbevinden van kwetsbare ouderen. Met andere woorden heeft het onderscheiden van een existentiële en spirituele dimensie binnen de SPF-theorie een toevoegende waarde voor het verklaren en voorspellen van algemeen subjectief welbevinden van kwetsbare ouderen?

De SPF-theorie kan veel gedrag verklaren dat kan leiden tot algemeen subjectief welbevinden, maar de SPF-theorie lijkt – op grond van de onderzochte literatuur - geen uitspraken te kunnen doen over existentieel en spiritueel welbevinden van kwetsbare ouderen.⁹ In de dimensies, doelen en de behoeften die ten grondslag liggen aan het algemeen welbevinden in de context van de SPF-theorie, ontbreekt namelijk een mogelijke behoefte aan existentieel en spiritueel welbevinden. Een mogelijke verklaring van de geconstateerde lacune is de veronderstelde doel-middelen-rationaliteit van gedrag van mensen in de SPF-theorie.¹⁰ Dit betekent dat mensen zich aanpassen – zo is het uitgangspunt - door middel van een proces van rationeel doelen (bij)stellen en de beschikbare middelen - bronnen en capaciteiten - erbij te zoeken. Echter, passen mensen zich slechts aan op basis van een rationeel proces van doelen (bij)stellen en de beschikbare

⁸ Zie ondermeer: Slaets, 2004; Steverink, 2009; Steverink, Lindenberg & Ormel, 1998; Schuurmans, 2004; Kuiper, Pool, Visser & Steverink, 2011; en het grip en glans programma: <http://www.gripenglans.nl/>.

⁹ In het eerste hoofdstuk is reeds geconstateerd dat in de Welbevinden lijst nauwelijks aandacht is voor existentieel en spiritueel welbevinden en de eventuele behoefte aan zorg hiervoor.

¹⁰ 'The main distinctive characteristic of Rational Choice (RC) theory is - obviously – the assumption of rational behaviour. This assumption holds that, in any specific situation, people behave rationally, that is, in a way that best serves their interests given the restrictions they face. This core assumption implies a number of sub-assumptions that, from the perspective of quality of life studies, it may be helpful to make explicit: 2) people have interests or can experience 'utility'; people actively seek to maximise their utility or further their interests in the face of *scarcity*, which means that they need to make *choices*; 3) people choose between alternative actions by weighing the costs and expected utility of these alternatives, implying that people do not blindly maximise present utility but consider delayed consequences as well. Note that this is an *assumption*: rational choice theorists do not claim or believe that all concrete persons do in all concrete situations rationally weigh the expected benefits and costs of all possible actions, but they hold that as a generally applicable simplification, this assumption provides a good approximation of reality. Zie van Bruggen, 2001, pp. 45-46.

middelen erbij te zoeken? Is de mens zo autonoom en rationeel, met name in omstandigheden van kwetsbaarheid?

De zorgethiek, de cognitieve psychologie, de narratieve psychologie, de neurowetenschappen en de relationele psychoanalyse stellen dat wij als mensen minder autonoom en rationeel zijn dan we denken (Scully, 2008, pp. 8/90). Deze visie hangt samen met een visie op identiteit. Volgens de aangehaalde wetenschapsgebieden is onze identiteit sterk geworteld in een sociaal-culturele context. Identiteit is de resultante van de interactie van de 'sense of self as particular self' en de sociaal culturele omgeving die ons aangeeft wat van betekenis is. Deze sociaal culturele informatie maakt elke identiteit existentieel van aard, want deze informatie in interactie met ons 'self' geeft betekenis aan wie we zijn en in welke wereld we geworpen zijn: het verschaft ons een wereldbeeld. Als we ons in onze identiteit bedreigd voelen, wil dat zeggen dat we onze wezenlijke funderende doelen met onbewust geïncorporeerde betekenis die ons gevoel van zelf constitueren, mogelijk niet kunnen verwezenlijken: ons betekenisvolle beeld van de wereld wankelt. Aanpassing en coping bestaat er dan uit om dit gevoel van 'ongoingness' veilig te kunnen stellen.¹¹ Daarmee is coping niet slechts een instrumenteel doel-middel proces maar ook – soms misschien wel vooral – een existentieel proces (Halpern & Little, 2009, pp. 143-161; Scully, pp. 107-151).

Als coping mede - en soms wellicht vooral - een existentieel proces is, dan kan het onderscheiden van een existentiële en spirituele dimensie binnen de SPF-theorie een toevoegende waarde hebben voor het verklaren en voorspellen van algemeen subjectief welbevinden van kwetsbare ouderen. Het betekent ook dat de SPF-theorie dan op dit punt tekort schiet. Vanuit ondermeer de zorgethiek is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van zorginterventies en geconstateerd dat het inspelen op de *existentiële* en of de *spirituele* belevingswereld van de individuele patiënt, kan bijdragen aan het algemeen welbevinden van het individu en de effectiviteit van zorginterventies zou kunnen verhogen (Halpern & Little, 2007, pp. 143-161; Walker, 1999; Seneca, 2004 [brief 4]; Schaap-Jonker & Zock, 2011). Vanwege de motiverende en accepterende werking die uitgaat van existentieel en of spiritueel welbevinden, wordt in dit onderzoek verder verondersteld dat existentieel en of spiritueel welbevinden naast de positieve uitwerking op het algemeen welbevinden, ook een positieve uitwerking zal hebben op de mate van kwetsbaarheid en de mate van complexiteit van de zorgsituatie.

In de volgende paragrafen wordt onderzocht hoe de antwoorden op de laatste vragen bij kunnen dragen aan het algemeen welbevinden. Het proces van zingeving ligt hieraan ten grondslag. Alvorens theoretisch dit proces uit te diepen, zal in de breedte geschetst worden hoe psychologen aankijken tegen zingeving en de existentiële dimensie van ons bestaan.

2.4 Psychologen over zingeving: de veerkracht van ouderen?

In de gerontologie wordt vaak bewonderend gesproken over de veerkracht en het aanpassingsvermogen van de ouder wordende mens, waarbij de veronderstelling is dat dit aanpassingsvermogen en deze veerkracht mogelijk verband houden met zingeving (Kuin & Westerhof, 2002, pp. 301-317) . Zingeving verwijst dan naar de betekenis (herkenning,

¹¹ Waarmee niet is gezegd dat we geen risico's willen lopen. Er blijft een spanning bestaan tussen het verlangen naar geborgenheid en de betrokkenheid op de wereld waardoor we geraakt kunnen worden. Zie verder: Alma, 2005, pp. 23-27.

waardering en evaluatie) die gegeven wordt aan hetgeen iemand overkomt in het leven. Het al dan niet bevredigend verlopen zingevingproces uit zich in meer of minder existentieel en spiritueel welbevinden.

Traditioneel is zingeving het domein van de religie en de filosofie, waarbij de zingeving van het leven inhoudelijk conform de betreffende religie of levensfilosofie wordt ingevuld. In de komende paragrafen worden de psychologische processen achter zingeving onderzocht. Psychologen leggen de focus op het *proces* van zingeving in plaats van op de inhoudelijke invulling ervan, zoals in religies en filosofieën. Een groot bezieler – of dé grote bezieler - van onderzoek naar zingeving, de psychiater Victor Frankl, ziet zingeving als een basale menselijke behoefte. Deze visie conflicteert met de behoeftepiramide van Maslov. Frankl constateerde vanuit zijn eigen observaties in de Duitse vernietigingskampen - waar ook hij gevangen zat – dat om te overleven, allereerst zingeving nodig was (Frankl, 2005).

Psychologisch onderzoek naar betekenisgeving en zingeving in relatie tot ouder worden is schaars (Kuin & Westerhof, 2007, p. 176; Kuin & Westerhof, 2002, p. 302). In veel psychologisch onderzoek naar de ouder wordende mens staat vooral het objectief van buiten waarneembare functioneren van de oudere mens centraal, zoals het cognitieve functioneren of de veranderingen van de persoonlijkheid.¹² Ouderen zelf zijn gericht op kwaliteit van leven; meer concreet: op de subjectieve betekenisgeving, op zingeving (Kuin & Westerhof, 2002, p. 302). In een klassiek geworden onderzoek van Reker en Wong (1988) naar zingeving in relatie tot ouderen, worden drie psychologische componenten van zingeving onderscheiden. Ten eerste de cognitieve betekenisgeving van hetgeen iemand overkomt. Op grond van de cognities die mensen hebben over zichzelf en de wereld kennen mensen waarde toe aan wat hen overkomt. Ten tweede is zingeving volgens deze studie een motivationeel proces. Op basis van de betekenisgeving vindt de ouder wordende mens een doel en richting in het leven, waarmee ze hun leven verder vorm geven. En tot slot heeft zingeving volgens deze studie een affectief aspect, want als de ouder wordende mens zowel cognitief betekenis kan geven én richting kan geven aan hun leven dan zullen ze – als vanzelf – positieve gevoelens gaan ervaren (Kuin & Westerhof, 2007, p. 176; Kuin & Westerhof, 2002, p. 302). Vanuit de godsdienstpsychologie en vanuit de psychotherapeutische praktijk wordt aan deze drie componenten een relationele component toegevoegd. Zingeving leidt ook tot engagement en verbinding met de ander en de wereld om ons heen (Alma, 2005; van der Lans, 2006; Schaap-Jonker, 2008; Yalom, 1980; Zock, 1997/1998).

De eerste drie componenten zijn volgens Kuin en Westerhof (2007) in kwantitatief empirisch onderzoek terug te vinden, maar in beperkte mate (pp. 176-177) . Er zijn volgens de literatuur drie problemen met dit onderzoek. Ten eerste zijn de meetinstrumenten die in het meeste onderzoek worden gebruikt niet vanuit deze drieledige structuur van zingeving opgesteld, maar meten ze slechts één of twee aspecten ervan.¹³ Er is daarbij wel vastgesteld dat het motivationele aspect een relatie heeft met depressie. Ook is er een verband tussen het streven naar een positieve cognitieve coherente levensvisie en het algemeen welbevinden. Er zijn meerdere studies die een verband tonen tussen een sterk gevoel van algehele zinbeleving en betere fysieke en mentale gezondheid (Krause, 2009, p. 517.) Ook is er een verband aangetoond in een longitudinaal onderzoek tussen een sterke zinbeleving – met name het aspect van doelgerichtheid - en levensverwachting (Krause, 2009). Ten

¹² Vanuit de sociologie wordt veel onderzoek gedaan naar de veranderende rol en status bij het ouder worden.

¹³ De schalen die gebruikt worden bij dit schaarse onderzoek zijn: de Purpose- in- life schaal, de life-regard index, het SELE-instrument. Deze schalen gebruiken niet de drie constituerende structurerende aspecten van zingeving en de relaties ertussen. Zie verder: Kuin & Westerhof 2007, 176-189.

tweede laat het onderzoek – weliswaar impliciet - zien dat het zingeving beschouwt als een proces dat helemaal aan het individu gebonden is, terwijl zingeving in een sociale- en culturele context plaats heeft. En ten derde blijven de onderlinge relaties van de drie aspecten onduidelijk en bestaat er zelfs een studie die laat zien dat het aangehaalde driedelige model niet adequaat zou zijn, wat later overigens weer is ontkracht (Kuin & Westerhof, 2002, p. 301-313; Kuin & Westerhof, 2007, p. 177). Empirisch onderzoek naar de relationele component is voor zover hier bekend alleen expliciet gedaan in relatie tot godsbeelden (Braam et al., 2008; Schaap-Jonker, 2008). De relationele component wordt in dit onderzoek ook belicht. Met het bevragen van de respondenten over hun engagement en verbinding met het leven en eventueel met God, wordt hun existentiële en spirituele welbevinden gemeten.

Het is opvallend dat er zo weinig onderzoek is gedaan met de focus op zingeving door psychologen, terwijl meerdere invloedrijke psychologen van diverse psychologische scholen zich wel expliciet hebben beziggehouden met de existentiële en spirituele dimensie van het bestaan: waarnaar te streven (teleologisch) en hoe te leven (normatief). Voorbeelden zijn Freud, Jung, Fromm, Erik Erikson, Maslov, Winnicott, Frankl, en Yalom (de Vries-Schot, 2006, pp. 11-71; Vermeersch & Westerink, 2007, p.177, pp. 183-198; Yalom, 1980). Mogelijk hangt de inhoud van hun theorie van de psyche zelfs samen met hun beschouwing op onze existentie, maar dit aspect wordt hier niet verder uitgewerkt.

In de hulpverlening is de koppeling van het psychische functioneren en het existentiële aspect van het mens-zijn nauwelijks aanwezig. Dit lijkt niet alleen discutabel vanuit een theoretisch perspectief op de psyche, maar ook vanuit een empirisch perspectief. Verlieservaringen kunnen een rol van betekenis hebben bij depressies en verlieservaringen zijn vaak aanleiding voor zingevingvragen, omdat het bestaande individuele zingevingssysteem niet meer als voldoende ervaren wordt (Kuin & Westerhof, 2007, 185-187; Muthert, 2010).¹⁴

2.5 *Onderliggende innerlijke processen van zingeving die zich uiten in existentieel en spiritueel welbevinden en algemeen welbevinden: twee theorieën*

In deze paragraaf worden twee psychologische theorieën van zingeving behandeld. Een geslaagd zingevingproces – het beleven van positieve zin - verwijst naar een ‘complexe psychische toestand’ dat zich uitdrukt in een ‘gemotiveerd commitment’ en in een gevoel van welbevinden (van der Lans, 2006, pp.77,78, 82). Er wordt hier geen antwoord gegeven op de vraag wat inhoudelijk zin geeft aan het leven, maar wel wat de psychologische voorwaarden zijn voor een proces van zingeving. Wat bepaalt nu of de ene persoon zin ervaart en de andere persoon niet? Ouderen of kwetsbare ouderen worden in de hier besproken theorieën niet als een aparte categorie gezien. Maar vooral ouderen en in het bijzonder kwetsbare ouderen worden geconfronteerd met de grenzen van het leven en de grenzen van het zelf. Juist dán kan het van belang zijn om na te denken over de identiteit, de

¹⁴ Hulpverleners besteden niet zozeer vanwege onwil geen aandacht aan zingevingvragen, maar eerder vanwege de verlegenheid en vervreemding ten aanzien van dit soort thema's. De verlegenheid en vervreemding met betrekking tot dit aspect van ons mens-zijn, kan geweten worden aan twee oorzaken. Ten eerste het gebrek aan kennis over godsdiensten en levensfilosofieën, waardoor er schroom is om op dit aspect in te gaan. Ten tweede als gevolg van tegenoverdracht in het contact: onbewust bestrijdt, vermijdt of belijdt de hulpverlener het wereldbeeld of levensbeschouwing dat aan de orde komt (de Vries-Schot, 2006, pp. 11-13).

zin van het leven, levensdoel en het levensproject. De laatste vragen moeten dan soms – ter wille van het algemeen welbevinden - worden gesteld, zo stelt de literatuur (van der Lans, 2006, pp. 85-93; Muthert, 2010).

2.5.1 *Existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot algemeen welbevinden: zingeving en stress*

Zingeving is een biologisch noodzakelijk proces voor de mens, omdat de mens ten opzichte van dieren beschikt over weinig instincten en geringe specialisatie. Om zich te kunnen handhaven en te overleven moet de mens actief ordening aanbrengen in een overvloed van voor hem waarneembare prikkels. Een impliciet of expliciet wereldbeeld, levensfilosofie of godsdienst geeft deze ordening. Het innerlijk psychisch proces van zingeving leidt tot een impliciet of expliciet wereldbeeld, levensvisie of levensbeschouwing. Deze uit zich – als een polsslak - in meer of minder existentieel en spiritueel welbevinden.

Zinvragen verwijzen naar behoeften, doelen en verlangens die volgens van der Lans drie constituerende elementen in zich dragen. Gevoelens van zinloosheid ontstaan als het ontbreekt aan één of meer constituerende elementen van zin, waarmee ook ons gevoel van algemeen welbevinden wordt aangetast (van der Lans, 2006, p. 77, pp. 73-90). De twee eerste elementen komen min of meer overeen met de elementen die de psychologen Reker en Wong onderscheiden (Reker & Wong, 1988). De eerste betreft onze behoefte aan cognitief-affectieve controle of coherentie. Als onze aangeleerde cognitieve schema's die geworteld zijn in ons eigen leven en onze eigen cultuur niet meer voldoen, dan kunnen niet meer onze schouders ophalen en verder gaan; dan wordt ons idee en of gevoel van ons 'zelf' met zijn idealen en waarden aangetast. Het tweede element betreft onze behoefte aan doelgerichtheid. Deze is in het geding als we een situatie, relatie of activiteit niet meer als waardevol beschouwen, want dan past het niet meer binnen onze doelen die we willen realiseren. Doelgerichtheid is een voorwaarde voor engagement, betrokkenheid en verbondenheid.¹⁵ Het affectieve element van Reker en Wong vult van der Lans anders in, of beter gezegd: hij voegt er het idee van lust aan toe. Het derde element is volgens van der Lans dan onze behoefte aan vitaal lust- en geluksgevoel of *Funktionlust*. Dit betekent zoiets als de beleving van vreugde in de activiteit zelf. Eén van de grondkenmerken van het leven zelf is het zich uitdrukken, de expressie van zichzelf. Dit gaat voorbij onze doelen in het leven. Zonder deze lust om te leven worden doelen lasten. Zinbeleving is ook gewoon lust.

Met ons wereldbeeld, levensfilosofie of levensbeschouwing – dat gedragen wordt door de drie hierboven genoemde componenten - wordt een antwoord geformuleerd op de (levens)vragen zoals 'wie ben ik en hoe wil ik mij verhouden tot de wereld en mijn medemensen'. Als deze antwoorden afdoende zijn voor ons (vaak worden ze ons aangereikt door de sociaal-culturele omgeving waarin we opgroeien), dan kunnen we ons beeld van de wereld gebruiken als bron van zingeving als we schokken in ons leven ervaren. Als de antwoorden niet afdoende zijn omdat één van de dragende elementen van zin ontbreekt, of voor de persoon in kwestie in de loop van zijn leven is gaan ontbreken, dan ontstaat er een zingevingprobleem. Dan is bewuste reflectie op het existentiële niveau van belang om de verstoring te verhelpen. Als het zingevingprobleem – zo is de veronderstelling - niet met behulp van (her)formulering van het wereldbeeld, levensdoel en ideale zelf kan worden opgelost, dan ontstaat een gevoel van zinloosheid dat gezondheidsrisico's geeft als gevolg

¹⁵ Zie ook Frankl, 2005.

van stress (van der Lans, p. 84; Kuin & Westerhof, 2002, 301-313; Kuin & Westerhof, 2007, pp. 176-187; Heymans, 2002, pp. 251-292).

Conceptueel vangt van der Lans bovenstaande in een model dat aansluit bij het stressmodel van Selye, Lazarus en Folkman.¹⁶ Met de koppeling die van der Lans aanbrengt tussen de constituerende elementen van zinbeleving en het stressmodel wordt de relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden en algemeen welbevinden verhelderd.

Voor ons existentiële welbevinden is het juist *dán* van belang dat er nagedacht wordt over de identiteit, de zin van het leven, levensdoel en levensproject, als de grenzen van ons zelf worden ervaren (van der Lans, 2006, pp. 85-93).¹⁷ De grenzen van dit zelf kunnen op twee manieren worden ervaren. Beide manieren kunnen zich voordoen bij kwetsbare ouderen. Ten eerste bij existentiële grenssituaties die gevoeld kunnen worden bij ongelukken, plotseling verlies of invaliderende ziektes. Er kan sprake zijn van een identiteitscrisis, men voelt zich ontredderd. De gestelde vraag is dan vaak 'waarom': waarom overkomt mij dit, waarom ben ik anders dan anderen, waarom grijpt God niet in. Het antwoord vinden is een zoektocht. Er is een confrontatie met een mysterie, er zijn geen kant en klare antwoorden. Maar bij een ervaring van een groot verlies moet toch een antwoord gezocht worden. De filosoof Thomas Attig spreekt in dit verband over *relearning the world*. In dit noodzakelijke proces moet de persoon een antwoord vinden op de chaos, de ruis op de verbindingslijn met het leven. De betrokkene zoekt de antwoorden in levensfilosofieën, waarin visies en symbolen gevonden kunnen worden die raken aan de ervaringen en er betekenis aan kunnen geven (Muthert, 2010, pp. 497-512).

De tweede soort grens betreft de concreet lichamelijke confrontaties met het onbekende en de begrensdheid waarvoor de mens geen redelijke verklaring kan geven, bijvoorbeeld bij de naderende dood in de ouderdom. Deze ondoorgrondelijkheid kan algemeen menselijke gevoelens van vrees, verwondering en zinloosheid oproepen.¹⁸ Levensbeschouwing in het algemeen en verlangens naar het ideale in het bijzonder kunnen een belangrijke functie vervullen bij het omgaan met de grenservaringen. Het ideale kan present gemaakt worden in symbolen, ritens, verbeelde voorstellingen (kunst) en waarden, waarbij de mens de mogelijkheid krijgt boven zichzelf uit te kunnen stijgen.¹⁹

¹⁶ Hierbij wordt aangesloten bij het stressmodel van Selye en Lazarus en Lazarus en Folkman. De confrontatie met een problematische of bedreigende situatie roept meerdere – in dit geval twee - reacties of coping-activiteiten op. De eerste betreft de *primary appraisal* of *problem focused coping*; hierbij staat het attributieproces centraal, men zoekt een verklaring. Maar daar stopt het verwerkingsproces niet. Het is vaak veel belangrijker om een aanvaardbare rechtvaardiging te vinden van de gebeurtenis. Met andere woorden een antwoord op de vraag 'waartoe'. De tweede coping-activiteit betreft de *secondary appraisal* of *emotion-focused coping*; hierbij schat de persoon in kwestie in of hij het probleem kan oplossen. Deze activiteit is gericht op het handhaven of het hervinden van controle en hij zoekt antwoord op de vraag 'kan ik het aan' (van der Lans, 2006, 99).

¹⁷ In de vakliteratuur wordt vaak verondersteld dat levensbeschouwing de aangewezen bron is voor zingeving. Uit empirisch onderzoek blijkt dat dit niet het geval is. Een verklaring hiervoor kan zijn dat in het dagelijkse leven vele zingevingbronnen gebruikt worden en pas de meer existentiële zingevingvragen worden gesteld als de dagelijkse bronnen van zingeving onvoldoende hun functie kunnen vervullen. Ook aanpassing van het zelfbeeld en de levensdoelen zijn bronnen van zingeving die bevraagd moeten worden bij zingevingproblemen (van der Lans, 2006, p.77)

¹⁸ Deze gevoelens kunnen gezien worden als de universele psychologische grondslag van religies en levensbeschouwingen.

¹⁹ Het is interessant om te zien dat in onze tijden dat ideale volop present gesteld wordt. De schoonheidsidealen en excellerende BN-ers, sporters en filmsterren zijn niet van het scherm te slaan. De druk om te presteren en te excelleren lijkt alom aanwezig en mogelijk is dit een oorzaak van de toename van depressie als ziekte. Dat is niet het ideale wat hier bedoeld wordt. Hier gaat het om het ideale als

Van der Lans maakt helder waarom expliciete interventie ten aanzien van zingeving motiverend en acceptierend kan werken en tot stressreductie kan leiden. Zingeving leidt tot grip, engagement en verbinding met de ander en de wereld om ons heen. Zingeving heeft daarom ook een relationeel aspect, maar van der Lans benoemt dit niet als zodanig. Er is ook kritiek mogelijk. Bij van der Lans en bij de andere besproken psychologische publicaties over zingeving, wordt de relatie tussen de componenten cognitie, affecten en motivatie/doelgerichtheid niet expliciet theoretisch gelegd. Het wordt niet duidelijk hoe het affectieve samenhangt met het cognitieve. We moeten maar aannemen dat als iemand een coherent cognitief wereldbeeld heeft en voldoende richting in zijn leven, we als vanzelf positieve emoties zullen beleven.

Als we deze theorie over zingeving accepteren, rijst de vraag hoe dit aspect op te nemen in een model van zorg voor kwetsbare ouderen. Als het innerlijk proces van zingeving stopt kan hulp een belangrijke behoefte zijn. Een bijkomend argument om te komen tot een uitbreiding van het model op zorg voor kwetsbare ouderen zou kunnen zijn dat het zingevingproces in onze tijden steeds meer op de voorgrond lijkt te treden, vanwege de aard van die tijden. De postmoderne individualistische tijd waarin we leven lijkt in toenemende mate een beroep te doen op onze reflectieve existentiële en spirituele vaardigheden. Religie en andere 'grote verhalen' of collectieve mythen zoals liberalisme, socialisme en het technologisch vooruitgangdenken vervullen steeds minder een rol bij zingeving. Er zijn veel interpretaties van de werkelijkheid mogelijk. Deze vrijheid kan positief worden ervaren, maar kan ook gepaard gaan met gevoelens van leegheid en twijfel. Zingeving dient in toenemende mate gebaseerd te zijn op ons individuele persoonlijke verhaal met de eigen ervaringen met het leven, waarvoor bewuste reflectie in toenemende mate nodig is (Ward, 2003, pp. 690-693; Silverman, 2006, pp. 316-319; Bohlmeijer, 2007, pp. 12-13; McAdams, 1993, pp. 19-37). Het is niet vanzelfsprekend dat mensen hiertoe in staat zijn. Bovendien is het construeren van een persoonlijk verhaal een proces met vele voetangels en klemmen, waarbij ongezonde vroege psychologische relaties en beperkende ongezonde machtsrelaties een grote rol kunnen spelen (McAdams, 1993, Walker, 1999; Scully, 2008).

2.5.2 *Existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot algemeen welbevinden: zingeving en 'to feel that life is real, to find life worth living'*

De relationele psychoanalyse – ook wel de object-relatie theorie genoemd - verbindt affectieve zin of *Funktionlust* en de cognitieve aspecten van het zingevingproces, aangezien volgens deze theorie cognitieve betekenissen – ons wereldbeeld - affectief geladen raken als gevolg van het zingevingproces. Dit thema wordt hieronder uitgewerkt.

In de relationele psychoanalyse staat het proces van zelfwording in relaties centraal. Het psychische vermogen dat hieraan ten grondslag ligt is *geloof* in de betekenis van vertrouwen. De ervaring van zin en zinloosheid vloeien direct voort uit dit relationele proces. "De interactie met de buitenwereld bepaalt of en hoe het leven als zinvol wordt beleefd" (Zock, 1998, p.29).

Een kind gaat volgens de relationele psychoanalyse vanaf het begin een relatie aan met de buitenwereld – dat wil zeggen met zijn eerste verzorger (hier moeder genoemd). Via processen van spiegeling met de moeder – een affectief geladen beeld - leert het kind zichzelf zien en deze relationele patronen bepalen de structuur van het zelf. Het beeld van

contrastervaring bij grenservaringen: dat er voorbij ons zelf een mogelijkheid van en hoop op heelheid blijft bestaan.

het zelf en het beeld van de (buiten)wereld zijn dus affectief geladen en hebben een sterk verband. Dit proces van zelfwording in relaties stopt nooit, in alle verdere relaties gaat dit proces door. Het begrip relatie in het leven van de volwassene moet ruim worden opgevat: met dingen, de natuur, beroepsgroep, culturele grootheden zoals een religieuze traditie, filosofische school of wetenschappelijk methode. De relatie met bijvoorbeeld een religieuze traditie veronderstelt een andere interactie dan spiegeling met de moeder. Maar het principe is hetzelfde: met een soort vertrouwen wordt een relatie met de buitenwereld aangegaan. Subjectieve verlangens, behoeften en problemen worden op de buitenwereld geprojecteerd, die zo mede bepalend zijn voor hoe naar de buitenwereld gekeken wordt (projecties en illusies zijn dus noodzakelijk voor dit transitionele functioneren en derhalve voor het beleven van zin, dit in tegenstelling tot Freud). Maar de buitenwereld is niet helemaal te vormen op grond van deze verlangens en behoeften, ze biedt weerstand.

Het leven maken we met andere woorden niet helemaal zelf, maar we worden ook door onze sociaal-culturele omgeving gevormd en begrensd. Vanuit de wereld waarin we als kind geworpen zijn, worden ons beelden uit de cultuur – alledaagse, religieuze, filosofische – aangedragen. Deze beelden krijgen echter pas betekenis als we ons deze cognitieve beelden toe-eigenen. Dat wil zeggen dat deze cognitieve beelden interacteren met onze innerlijke verlangens, behoeften en problemen. Pas dan worden deze door de cultuur aangedragen beelden ervaren als onze – psychologische – werkelijkheid, waarheid en wereldbeeld. De mate waarin een subject voldoende ruimte ervaart, dat wil zeggen open en creatief kan interacteren met de buitenwereld, is bepalend voor de mate waarin deze relatie een bijdrage kan leveren aan zelfwording en een gevoel van zinbeleving. Als dit proces stopt zal geen zinvolle relatie ervaren worden met de werkelijkheid en gaan mensen met klachten van leegheid en zinloosheid naar hulpverleners die deze klacht vervolgens over het hoofd zien (Zock, 1998, p. 39).

Volgens de relationele psychoanalyse gaat het subject een relatie aan met iets wat hem te boven gaat, waar hij geen invloed op heeft en wat hem mede vormt. Zelfwording veronderstelt volgens deze theorie dus transcendentie. In eerste instantie wordt een relatie aangegaan met de spiegelende beelden van de moeder, later met de aangedragen beelden uit de culturele werkelijkheid. De psychische motor achter het willen aangaan van deze transcendente relaties - om zo tot creatieve omgang met de objectwereld te kunnen komen - , is volgens Winnicott *geloof* (engels: *faith*) in de zin van vertrouwen. Geloof betekent voor Winnicott een affectieve houding van vertrouwelijk openstaan naar de wereld die nog niet helemaal bekend en eigen gemaakt is. Een wereld die uitstijgt boven en voorbij gaat aan het 'zelf'. Dit inzicht heeft psychologen die zich bezighouden met de psychische dynamiek achter religie getriggerd, want in de theologie wordt deze affectieve houding aangeduid met *fides qua* (de cognitieve invulling van het geloof – de geloofsinhoud – wordt met *fides quae* aangegeven). De affectieve attitude van geloof en vertrouwen moet volgens Winnicott in de allereerste fase van het leven tot ontwikkeling komen door vertrouwenwekkende ervaringen in relatie tot de eerste verzorgers. Erik Erikson noemde dit *basic trust* (Schaap-Jonker, 2008; Zock, 1998, 32-40; Alma, 2005, 23-27).

Winnicott probeert niets minder te begrijpen dan 'what it is that makes [a person] go on living' en wat iemand er toe brengt 'to feel that life is real, to find life worth living' (aangehaald in Zock, 1998, p. 38). Zijn antwoord is 'creative living'. Creatieve omgang met de objectwereld is volgens Winnicott de psychische motor achter zinbeleving. Alleen door dit soort ervaringen kunnen de mensen het leven als zinvol beleven. Winnicott was niet erg geïnteresseerd in de vraag welke beelden vanuit de objectwereld vooral zinvolheid kunnen

oproepen. Dit kan het bespelen van een muziekinstrument zijn, sociale bezigheden, het kijken naar een volièrre met vogeltjes of een rode sportauto of een godsbeeld.²⁰ Mits er voldoende ruimte en openheid gelaten wordt voor subjectieve projecties. Om die reden had Winnicott enige afkeer van religie, want religie kan de neiging vertonen met zekerheden en dogma's te werken, waarbij mogelijk te weinig ruimte geboden wordt voor deze subjectieve projecties.

Dit is opmerkelijk te noemen omdat religies als wereldbeelden pretenderen zin te geven. In de psychologie die de onderliggende dynamiek achter zingeving onderzoekt wordt een opvatting verdedigd waarbij religie zingeving wel degelijk kan stimuleren, er zelfs beter voor is toegerust dan andere culturele bronnen (Zock, 1998, 40-41).

De psychologie van Winnicott sluit dit niet uit, maar volgens Winnicott kunnen beelden van zeer verschillende aard een gevoel van zinvolheid oproepen. Hij noemt het bedrijven van wetenschap als een goede bron van zinvolle ervaringen, omdat voor wetenschap veel twijfel, openheid, creativiteit en vertrouwen in een goede uitkomst nodig is. De relationele psychoanalyse is dan ook eerder de psychologie van de zin te noemen dan de psychologie van de religie en lijkt in een gesecculariseerde omgeving van de westerse wereld geschikt te zijn om het proces van zin- en betekenisgeving te bestuderen (Zock, 1997, p. 47). Op grond van de theorie van Winnicott kan de vraag gesteld worden hoe de kwetsbare oudere dan een zinvolle relatie met zijn leefwereld kan behouden. Vervulling van behoeftes aan transcendentie, creatieve omgang met het leven in het algemeen en de laatste vragen in het bijzonder, geloof in de zin van vertrouwen en voldoende ruimte voor hoop en verlangen lijken kernelementen te zijn in de beantwoording van die vraag, zonder deze elementen hier inhoudelijk in te vullen.

2.6 Empirische studies naar existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot andere vormen van welbevinden

De in voorgaande paragrafen besproken theorieën over de psychologische voorwaarden voor de ervaring van zin, laten zich niet uit over de inhoudelijk invulling van de wereldbeelden en andere door de cultuur aangeboden beelden om tot die zinervaring te komen. Zij stellen alleen dat er vele mogelijkheden zijn. Zowel vanuit theoretisch als empirisch perspectief blijkt dat existentieel en spiritueel welbevinden tot uiting komt als aan bepaalde psychologische voorwaarden is voldaan (van de Lans, 2006; Schaap-Jonker, 2008; Zock, 1997/1998; Alma, 2005; Bohlmeijer, 2007; McAdams, 1993; Muthert, 2010; Kuin & Westerhof, 2002/2007; Frankl, 2005; Reker en Wong, 1988; Krause, 2009).

Omdat zingeving in de geschiedenis van onze cultuur een kernthema is geweest van de joods-christelijke religieuze traditie (en veel minder in onze filosofische traditie), is het niet verassend dat veel empirisch onderzoek naar existentieel en spiritueel welbevinden ook een stempel draagt van deze religieuze context. Bij dit onderzoek is het steeds de vraag hoe de begrippen existentieel en spiritueel conceptueel (inhoudelijk) zijn ingevuld, met welke schalen gemeten is, op grond van welke theoretische uitgangspunten. Bij de bespreking van deze onderzoeken dienen deze beperkingen in het achterhoofd gehouden te worden.

Onderzoek naar religie – dat hier dus gezien wordt als een inhoudelijke invulling van een psychologisch zingevend proces - en vormen van welbevinden bij ouderen (religion and aging studies) is veelal afkomstig uit de Verenigde Staten. In vele van deze empirische

²⁰ Het kijken naar een volièrre met vogeltjes en de rode sportauto zijn voorbeelden uit de praktijk die tijdens de stage in een algemeen ziekenhuis zijn opgedaan.

studies worden de hypothesen bevestigd die in de sociologie en psychologie van religie al lang bestaan. Die hypothesen veronderstellen dat religieuze geloofsvoorstellingen, religieuze praktijken en betrokkenheid, positief correleren met een betere algemene gezondheid en algemeen welbevinden. De verklaring die hiervoor gegeven wordt, is dat de levens van religieuze mensen gewoonweg verschillen van niet religieuze mensen. Het verschil zit – heel gecondenseerd geformuleerd - in de betrokkenheid bij en het willen verbeteren van de eigen kwaliteit van leven. Dit verschil speelt een nog grotere rol als mensen ziek of oud worden en beperkingen een rol gaan spelen en risico's lopen om kwetsbaar te worden (Idler & Kasl 1997a, p. 304). Kerkgang bijvoorbeeld blijkt een sterke voorspeller te zijn voor het algehele functioneren van de ouder met beperkingen (Idler & Kasl, 1997b). In een longitudinaal Amerikaans onderzoek werd de relatie onderzocht tussen religiositeit én spiritualiteit en drie sleuteldimensies van psychosociaal functioneren in de late volwassenheid. Het bleek dat tijdens de late volwassenheid, religie positief verband hield met het sociaal welbevinden (positieve relaties met anderen, betrokkenheid bij en in de gemeenschap) en generativiteit. Spiritualiteit hield positief verband met welbevinden dat voortkwam uit een gevoel van persoonlijke groei, met betrokkenheid in creatieve levensstaken waardoor kennis wordt opgedaan, en met wijsheid (Wink & Dillon, 2003). Noch religiositeit, noch spiritualiteit correleerde met narcisme (ten aanzien van spiritualiteit wordt dat soms verondersteld).

Met betrekking tot gemeten existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot lichamelijk, sociaal, psychisch en algemeen welbevinden blijkt er in de Verenigde Staten een overvloed aan empirisch bewijs te bestaan voor de positieve invloed van existentieel en spiritueel welbevinden op alle deze dimensies van welbevinden. “Research in the United States that operationalizes spirituality in terms of judeo-christian beliefs demonstrates abundant evidence for healing, particularly in terms of emotional protection and healing” (Koenig, 1995, p. 95). Datzelfde geldt voor sociaal welbevinden (Ellison & George, 1994, pp. 46-61). Ten aanzien van lichamelijk welbevinden is er empirisch bewijs in de Verenigde Staten dat religie kan helpen om boven de problemen uit te stijgen door de lichamelijke problemen in een context te plaatsen waarin het lichamelijke probleem niet zo erg meer is (Idler, 1994)

Omdat de Nederlandse context nogal verschilt van de Amerikaanse kunnen de resultaten van dit Amerikaanse onderzoek niet zomaar toegepast worden in de Nederlandse samenleving. Daarom is het van belang om het Nederlandse onderzoek apart te belichten.

2.6.1 Existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot algemeen welbevinden in Nederlands empirisch onderzoek

In het kader van het LASA-project is een empirische studie gedaan naar de relatie tussen de religie en depressieve stemming bij ouderen. Religie is nu niet geconceptualiseerd als kerkgang, religieuze betrokkenheid of intrinsieke motivatie – zoals in de vele Amerikaanse studies - maar als godsbeeld waarmee een cognitieve en emotionele relatie wordt aangegaan. Studies als deze zijn in de Europese context zeldzaam, stellen de onderzoekers (Braam et al., 2008, p. 221). De hypothese in deze studie was dat positieve beelden van God zouden correleren met minder depressieve symptomen of gevoelens van schuld en omgekeerd: negatieve godsbeelden (ondermeer straffend) met meer depressieve symptomen en schuldgevoelens. De eerste hypothese is niet bevestigd. De omgekeerde hypothese werd wel bevestigd. Namelijk dat een negatief godsbeeld met meer depressieve

symptomen gepaard gaat en meer schuldgevoelens. De laatste hypothese is ook in Amerikaanse studies bevestigd (Braam et al., 2008, p. 235). In een eerder Nederlands onderzoek werd een samenhang gevonden tussen 'sterk geloof' en minder depressie (Braam et al., 1994).

De SWBS-schaal die in onderhavig onderzoek wordt gebruikt, is eerder in Nederland gebruikt. Deze onderzoeken werden gehouden onder psychiatrische patiënten. In het eerste onderzoek werden patiënten bevraagd die langdurig verbleven in een instelling (Pieper & van Uden, 2000). De vraag van patiënten hoe met de situatie van langdurige verblijf om te gaan is vooral gericht op de emotionele omgang met de situatie (emotion-focused coping in plaats van problem-focused coping). Er werd verondersteld dat religie juist bij een behoefte aan emotion-focused coping een positieve rol kan spelen, vanwege de mogelijkheden tot sociale integratie, ondersteuning door de geloofsgemeenschap en het bieden van een zingevingskader (Pieper en van Uden, 2000, p. 41). Een vergelijkbaar onderzoek werd opgezet onder forensisch psychiatrische tbs-gestelden. De positief ervaren bijdrage van levensbeschouwing/religie aan de *omgang* met psychische problemen leidde in het tweede onderzoek (in het eerste onderzoek was dit niet onderzocht) *niet* tot een toename van existentieel welbevinden en afname van angstgevoelens (Pieper & van Uden, 2006, pp. 48-49). De score op de schaal van *existentieel* welbevinden correleerde wel met een afname van angstgevoelens (Pieper & van Uden, 2006, p. 22).

De Nederlandse onderzoeken laten een ander beeld zien ten aanzien van de invloed van religie op het welbevinden dan de Amerikaanse onderzoeken. In de Nederlandse onderzoeken bij ouderen en psychiatrische patiënten komt een positieve relatie met God en een positieve omgang met psychische problemen *niet* tot uiting in reductie van depressieve gevoelens, schuldgevoelens en angstgevoelens. De – theoretisch mogelijke - negatieve effecten van religie zijn in Nederlands onderzoek wel empirisch geconstateerd, zowel bij ouderen als bij de tbs-gestelden (Pieper & van Uden, 2006, pp. 48-49; Braam, et al., 2008).

Deze bevindingen betekenen voor ons onderzoek het volgende. In Amerikaans onderzoek wordt meer betrokkenheid bij het willen verbeteren van de eigen kwaliteit van leven en meer betrokkenheid bij creatieve levenstaken als een belangrijke verklaring gegeven voor de gevonden positieve effecten. Voor kwetsbare ouderen in Nederland zou dit kunnen betekenen dat het organiseren van dit soort betrokkenheid andere vormen van welbevinden van deze groep zou kunnen verbeteren. In de Amerikaanse context wordt deze betrokkenheid georganiseerd door religie. In de Nederlandse context speelt religie een veel minder grote rol. De plaats van religie zou in de Nederlandse context kunnen worden ingenomen door zorg voor het bredere begrip zingeving vanuit het individuele existentiële perspectief van de kwetsbare oudere.²¹ Een innerlijk proces van zingeving kan immers betrokkenheid of engagement en een betere gezondheid tot gevolg hebben. Geconstateerd is dat zingeving pas tot stand komt als aan psychologische voorwaarden is voldaan. Dit zou dan het uitgangspunt moeten zijn bij de (organisatie van) existentiële en spirituele zorg aan kwetsbare ouderen. Voor de zorg voor de individuele ouderen betekent het onderzoek dat vooral ingezet zou moeten worden op het wegnemen van de negatief geladen relatie met God.

Dat de Nederlandse bevindingen contrasteren met de Amerikaanse houdt mogelijk verband met omvang en de betekenis van de geïnstitutionaliseerde religie in de samenleving. In de Verenigde Staten is deze groot, in West-Europa en Nederland veel kleiner

²¹ Er worden reeds cursussen Grip en Glans georganiseerd, zie <http://www.gripenglans.nl/> . Hier wordt uiteraard de toevoegende waarde van zorg voor zingeving bedoeld.

(van de Donk, Jonkers, Kronjee & Plum, 2006, p. 82). Hierop wordt in hoofdstuk 4 teruggekomen, bij de interpretatie van de empirische resultaten van ons onderzoek.

2.7 Concluderende opmerkingen bij het theoretische kader

De volgende vragen stonden in dit hoofdstuk centraal: (1) wat is er momenteel in de Nederlandse literatuur bekend over kwetsbaarheid, zowel vanuit het perspectief van de overheid, onderzoekers en hulpverleners enerzijds als vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere zelf anderzijds (welbevinden); (2) hoe werkt het onderliggende innerlijke zingevingproces dat zich uit in existentieel en spiritueel welbevinden en wat is de relatie met algemeen welbevinden?

In de literatuur wordt het belang onderstreept van het opnemen van het begrip kwetsbaarheid in het klinisch denken en handelen. Een belangrijke reden hiervoor is dat kwetsbaarheid meer dan ouderdom een voorspeller is van een specifieke zorgbehoefte. Als het beloop van kwetsbaarheid kan worden beïnvloed, kunnen daarmee ongunstige ontwikkelingen van de gezondheid van ouderen worden voorkomen en daarmee dure zorginterventies worden uitgesteld. Echter, het is nog onvoldoende duidelijk voor beleidsmakers, onderzoekers en hulpverleners hoe kwetsbaarheid precies te beïnvloeden is. Kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie gaan samen vanwege de opeenstapeling van kwalen.

Voor de kwetsbare oudere betekent het begrip kwetsbaarheid niet veel. De kwetsbare oudere leeft eerder met de vraag wat kwaliteit van leven en zin geeft. Dit perspectief van de kwetsbare oudere staat in recente theorievorming en in recent empirisch onderzoek over kwaliteit van leven in relatie tot kwetsbaarheid centraal, zoals ook in het project *Analyse van zorgbehoeften*. De theorie die het theoretische kader van het project *Analyse van zorgbehoeften* vormt, is de theorie van de socialeproductiefunctie (SPF-theorie). Deze theorie vormt ook het kader van deze studie. Het door beleidsmakers, onderzoekers en hulpverleners (leren) kijken vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere is mede zo belangrijk omdat normativiteit in de (organisatie van) zorg ineffectief is en mogelijk zelfs contraproductief uitwerkt.

De tweede vraag, naar het onderliggend innerlijk proces van zingeving dat zich uit in existentieel en of spiritueel welbevinden, wordt vooral beantwoord door psychologen. Vóór de psychologen aan het woord kwamen is vastgesteld dat het onderscheiden van een existentiële en spirituele dimensie in het kader van de SPF-theorie van belang kan zijn om uitspraken te kunnen doen over algemeen welbevinden. De existentiële en spirituele dimensie ontbreekt in de SPF-theorie. Meerdere wetenschapsgebieden maken duidelijk dat coping (mede) een existentieel proces is. Het vakgebied van de zorgethiek stelt dit expliciet: het inspelen op de existentiële en of spirituele belevingswereld van de kwetsbare oudere kan de effectiviteit van zorginterventies verhogen. Op grond hiervan wordt in dit onderzoek verondersteld dat existentieel en of spiritueel welbevinden niet alleen een positieve invloed heeft op het algemeen welbevinden, maar ook op de complexiteit van de zorgsituatie en op kwetsbaarheid.

Het innerlijk proces van zingeving doet de relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden en andere vormen van welbevinden tot stand komen, zo veronderstellen de behandelde psychologische theorieën. Dit wordt bevestigd – voor verschillende aspecten van zingeving - door empirisch onderzoek. Expliciete reflectie op zingeving kan noodzakelijk zijn bij existentiële grenssituaties. Juist kwetsbare ouderen worden hiermee geconfronteerd

vanwege allerlei soorten verliezen en het naderende einde van het leven. Zingeving leidt tot engagement, verbinding, betrokkenheid en relatie met de wereld om ons heen. De psychologische voorwaarden voor dit zinvolle engagement kunnen op basis van de behandelde theorieën en het empirisch onderzoek in relatie tot zingeving als volgt samenvattend worden geformuleerd: (1) zelf antwoorden vinden op laatste vragen door middel van een toegeëigende min of meer coherente levensvisie, met symbolen en waarden die raken aan de eigen ervaring in het leven; (2) de voorwaarde van doel en richting in het leven van het individu, waarmee het eigen leven vorm kan worden gegeven; (3) positieve affectieve gevoelens die deels het gevolg zijn van de voorgaande twee voorwaarden en deels tot uiting komen door de volgende voorwaarde; (4) de voorwaarde van het engagement dat deels een gevolg is van de voorgaande voorwaarden, maar ook een autonome kracht vormt. Deze kracht ontstaat als iemand in staat is tot voldoende creatieve en eigen omgang met de beelden die aangereikt worden door de cultuur, waarbij er voldoende ruimte is voor hoop en verlangen naar heelheid.

Zingeving is in de geschiedenis van onze cultuur een kernthema geweest van de joods-christelijke religieuze traditie (en veel minder in onze filosofische traditie). Veel empirisch onderzoek naar existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot andere vormen van welbevinden draagt dan ook stempel van deze religieuze context. De besproken Amerikaans en Nederlandse onderzoeken laten een verschillend beeld zien ten aanzien van de invloed van religie - als inhoudelijke invulling van het zingevingproces - op het welbevinden. In de Verenigde Staten bestaat een overvloed aan empirisch bewijs voor een positief verband. Betrokkenheid bij en engagement met het willen verbeteren van de eigen kwaliteit van leven en met creatieve levensstaken waar we allemaal in ons leven mee worden geconfronteerd spelen in dit onderzoek een verklarende rol. In Nederlands empirisch onderzoek ontbreekt dit positieve verband met andere vormen van welbevinden. Wel wordt het theoretisch mogelijke negatieve verband aangetoond. Er is een groot verschil tussen de Verenigde Staten en Nederland ten aanzien van de plaats van religie in de maatschappij. Mogelijk is dit een verklaring voor dit opvallende empirische verschil.

Voor de zorg voor kwetsbare ouderen in Nederland betekent één en ander dat door hulpverleners vooral ingezet zou moeten worden op het wegnemen van de negatief geladen relatie met God en andere theoretisch mogelijke negatieve invloeden van religie. De positieve bevindingen van het Amerikaans onderzoek kunnen mogelijk vertaald worden naar de Nederlandse context door het element betrokkenheid of engagement in de Nederlandse context toe te passen. Het bredere begrip zingeving vanuit het existentiële perspectief van de kwetsbare oudere zou hierbij leidend moeten zijn. Theoretisch en empirisch is geconstateerd dat zingeving pas tot stand komt als aan psychologische voorwaarden is voldaan (zoals ondermeer een creatieve en eigen omgang met de aangereikte beelden uit de cultuur met voldoende ruimte voor hoop en verlangen naar heelheid). Deze voorwaarden zouden dan het uitgangspunt kunnen zijn bij de (organisatie van) existentiële en spirituele zorg aan kwetsbare ouderen.

3

Het empirische deel van het onderzoek

3.1 *De hypothese*

Het doel van deze studie is inzicht te verkrijgen in de relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden enerzijds en andere vormen van welbevinden anderzijds, binnen de Nederlandse context. De andere vormen van welbevinden zijn in deze studie: kwetsbaarheid, de complexiteit van de zorgsituatie (lichamelijk, psychisch, sociaal en totaal) en het algemeen welbevinden. Deze doelstelling leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe verhoudt existentieel en of spiritueel welbevinden zich tot algemeen welbevinden?
2. In hoeverre hangt existentieel en of spiritueel welbevinden samen met kwetsbaarheid?
3. In hoeverre hangt existentieel en of spiritueel welbevinden samen met de lichamelijke, psychische, sociale en de totale complexiteit van de zorgsituatie?

Op basis van de literatuurstudie van het voorgaande hoofdstuk wordt de volgende hypothese geformuleerd:

Existentieel en of spiritueel welbevinden zal positief correleren met algemeen welbevinden en negatief correleren met kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie (de fysieke, de psychische, de sociale en de totale).

3.2 *Onderzoeksmethode (deelnemers, meetschalen, procedure, analyses)*

De deelnemers

Er zijn 121 enquêtes ingevuld. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 86,9 jaar. Van de respondenten was 69,5% vrouw en 30,6% man (N=121). De woonsituatie van de respondenten was (N=121): alleen in verzorgingshuis (66,9%); alleen in een verpleeghuis (16,5%); met partner in een verzorgingshuis (8,3%); zelfstandig zonder partner (4,1%); alleen in een aanleunwoning of zorgwoning (2,5%); zelfstandig met partner (0,8%); met partner in een aanleunwoning of zorgwoning (0,8%). Het overgrote deel van de respondenten is dus alleenstaand en woont in een verpleeg- of verzorgingshuis.

De respondenten deelden zichzelf in bij de volgende levensbeschouwelijke stromingen (N=117; van vier respondenten geen informatie): PKN (46,2%); Geen (24,8%); Gereformeerd in de naam (12,0%); Christendom (9,4%); Rooms Katholieke Kerk (3,4%); Evangelisch, Pinkster-, of Baptistengemeente (2,6%); Humanistisch Verbond (1,7%). De respondenten gaan met de volgende frequentie naar de één of andere levensbeschouwelijke bijeenkomst (N=117): eens per week of vaker (27,4%); twee of drie keer per maand (10,3%); maandelijks (0,9%); enkele malen per jaar (9,4%); eens per jaar of minder (2,6%); nooit (49,6%). Op de vraag 'hoe vaak bidt of mediteert u?' werd als volgt geantwoord (N=114): meermalen per dag (20,2%); dagelijks (31,6%); enkele malen per week (5,3%); eens per week (2,6%); twee tot drie keer per maand (1,8%); maandelijks of minder (5,3%); nooit (33,3%).

De meetschalen

Voor het meten van de mate van existentieel en spiritueel welbevinden wordt de *Spiritual Wellbeing Scale* (SWBS-schaal) gebruikt. De SWBS-schaal is in de jaren tachtig van de vorige eeuw in de Verenigde Staten ontwikkeld en heeft als doel het welbevinden te meten dat de expressie is van de onderliggende bevrediging van de behoefte aan de twee dimensies van transcendentie, de horizontale en de verticale. Deze twee dimensies vinden hun expressie in respectievelijk existentieel welbevinden en verticaal welbevinden. De SWBS-schaal meet onafhankelijk van de inhoudelijke invulling van de transcendente behoeften; behalve dan de relatie met God, als dat als inhoudelijk gezien kan worden (Ellison, 1982, p. 330). De schaal is één van de meest gebruikte en best gevalideerde voor dit doel (Hill & Dwiwardani, 2010, p. 324). De SWBS-schaal bestaat uit 20 items (self-report; antwoordcategorieën op vijfpuntsschaal, 1= zeer mee oneens, 5 = zeer mee eens). Elk van de dimensies van transcendentie wordt gemeten door tien items. De totaalscore van het existentieel en spiritueel welbevinden meet de algehele mate waarin iemand zich voldaan voelt vanwege de behoefte aan horizontale en verticale transcendentie (Ellison & Paloutzian, 1991). Deze vragenlijst is eerder gebruikt in Nederlandse onderzoeken (Pieper & Van Uden, 2007, 2006; Van Uden & Pieper, 2001, 2000). Er wordt ook gevraagd naar de behoefte aan gesprek over belangrijke zaken in het leven, met 'iemand', 'een pastor of geestelijk verzorger' of 'in een groep' (antwoordcategorieën op vijfpuntsschaal, 1= zeer mee oneens, 5 = zeer mee eens). Als achtergrondvariabelen wordt gevraagd naar religieuze binding en religieus gedrag. Bij religieus gedrag wordt gevraagd naar frequentie van kerkgang of bezoek van een levensbeschouwelijke bijeenkomst, en frequentie van gebed of meditatie (vgl. Duke Religion Index, Koenig, Meador & Parkerson, 1997). De vragenlijst sluit aan bij het geldende idee dat algemeen welbevinden een optelsom is van de bevrediging van behoeften op het gebied van materiële zaken, relaties en psychische aspecten. Paloutzian en Ellison voegen de behoefte aan transcendentie er aan toe.

Door middel van de Groningen Frailty Indicator (GFI) wordt vastgesteld in hoeverre ouderen kwetsbaar zijn. De vragenlijst bestaat uit 15 items. Deze lijst is gemakkelijk door de ouderen zelf in te vullen en heeft een goede predictieve validiteit. Zowel in nationale als internationale settings wordt deze lijst inmiddels gebruikt (Slaets 2009, p. 16)²² De zorgsituatie en zorgcomplexiteit wordt gemeten met de INTERMED-lijst. Deze lijst meet in vier domeinen de complexiteit van de zorgsituatie: biologisch of fysiek, psychologisch, sociaal en het totale zorgsysteem. Ook deze lijst is gemakkelijk in te vullen (door zorgverleners) en is in vele landen gevalideerd. De kwaliteiten van de lijst wordt in veel onderzoek onderschreven (Huyse et al., 1999; Stiefel et al., 1999a; Stiefel et al., 1999b; de Jonge, Huyse, Stiefel, Slaets & Gans, 2001b; Gangi Herms, Pinggera, de Jonge, Strasser & Sollner, 2003). Voor het project *Analyse van zorgbehoeften* is het instrument aangepast naar een instrument dat door de oudere zelf is in te vullen, zodat hun eigen perspectief centraal staat in plaats van die van de zorgverlener. Deze INTERMED cliënt versie wordt verder

²² De definitie van kwetsbaarheid die bij de Groningen Frailty Indicator wordt gehanteerd wijkt af van de definitie die in dit onderzoek is gegeven op basis van literatuurstudie, die conceptueel van aard is. De definitie bij de GFI-schaal is operationeel van aard. Over de GFI-schaal valt nog op te merken: "Momenteel zijn er verschillende multidimensionale instrumenten waarmee kwetsbaarheid bij ouderen kan worden vastgesteld, zoals de Edmonton Frail Scale (Rolfson et al., 2006), de Frailty Index (Jones et al., 2004) en de Groningen Frailty Indicator (gfi) (Schuurmans et al., 2004). In Nederland worden binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) diverse meetinstrumenten gebruikt om de mate van kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen. Van consensus over wat het beste meetinstrument is, is nog geen sprake" (SCP, 2011, p. 46).

gevalideerd in een afzonderlijke project binnen het NPO Regio Noord (Slaets, 2009, 16).²³ De mate van complexiteit blijkt samen te hangen met multimorbiditeit en daarom is het van groot belang de mate van complexiteit vast te stellen. Ouderen zonder complexe zorgbehoeften vinden het wellicht prima om behandeling via standaard zorgpaden te ontvangen, maar ouderen met complexe zorgbehoeften hebben misschien een voorkeur voor meer vraaggestuurde zorg. Juist deze verschillen dienen in kaart gebracht te worden en te leiden tot zorgpaden die daadwerkelijk bij de behoeften aansluiten (Slaets, 2009, p. 17). Het algemene welbevinden wordt gemeten met de Welbevinden lijst, die tijdens het project ontwikkeld zal worden. De Welbevinden lijst stelt die zaken vast die veel mensen belangrijk vinden in het dagelijkse leven. Gebruikelijke vragenlijsten zoals Kwaliteit van Leven, Verminderd functioneren en Lichamelijk herstel hebben hun beperkingen omdat ze zijn ontwikkeld vanuit een perspectief van ziekte of gezondheid dat in het project *Analyse van zorgbehoeften* vermeden wordt. Bovendien is het vaststellen van (lichamelijk) herstel veelal niet aan de orde bij kwetsbare ouderen met beperkte lichamelijke reserves. Om deze redenen wordt het relevanter geacht zich te richten op praktische en voor ouderen relevante doelen. De oudere wordt bevestigd op acht items – de mate van tevredenheid en de mate van realisatie van persoonlijke doelen - op het gebied van dagelijkse ervaringen (bijvoorbeeld genieten van eten en drinken; lekker slapen en rusten; plezierige relaties en contacten). Het theoretisch kader wordt gevormd door de theorie van de sociale productiefunctie. De Welbevinden lijst wordt gevalideerd in een afzonderlijk NPO Regio Noord onderzoek (Slaets, 2009, p. 17).²⁴

Procedure

Met het project *Analyse van zorgbehoeften* binnen het NPO zijn gegevens verzameld over algemeen welbevinden, de complexiteit van de zorgsituatie en de mate van kwetsbaarheid. Bij dezelfde ouderen is vlak daarna de vragenlijst over existentieel en spiritueel welbevinden afgenomen door een verzorgende of vrijwilliger.

Analyses²⁵

Om de samenhang tussen existentieel en spiritueel welbevinden enerzijds en kwetsbaarheid, complexiteit en algemeen welbevinden anderzijds vast te stellen, zijn correlaties berekend van de totaalscores op de SWBS-schaal en de scores op de subschalen (existentieel en spiritueel welbevinden) met de totaalscores op de meetinstrumenten voor algemeen welbevinden, kwetsbaarheid en complexiteit, alsook de subschalen van de INTERMED-lijst die complexiteit meet. Vervolgens zijn deze correlaties nogmaals berekend voor subgroepen van de sample. De subgroepen werden onderscheiden op hun al dan niet religieuze

²³ Dit project betreft: Het triage-instrument: (predictieve) validiteit van de Groninger Frailty Indicator, de INTERMED cliëntversie en de Welbevinden lijst (ZonMw 60-61900-98-218) (Slaets, 2009, p.16).

²⁴ Zie noot 23.

²⁵ Om van een verband tussen existentieel en of spiritueel welbevinden en de centrale concepten van het project *Analyse van zorgbehoeften*, te kunnen spreken wordt enige tot goede correlatie vereist ($r > ,30$ [$r < -,30$] bij $p < ,01$ en $r > ,35$ [$r < -,35$] bij $p < ,05$). Om een idee te geven wat deze correlaties betekenen: bij $r = +/-,50$ wordt ongeveer 13% van de fluctuaties van deze concepten verklaard, bij $r = +/-,30$, ongeveer 5% (De formule is: $1 - \sqrt{1 - r^2(x, y)}$ = [percentage van de fluctuaties van x, y door y, x verklaard]/100).

achtergrond en hun religieus gedrag. Iemand werd als religieus beschouwd als iemand zichzelf beschouwde als tot een religieuze denominatie behorend. Kerkgaand is iemand die twee of drie keer per maand of vaker naar de kerk gaat. Iemand werd beschouwd als biddend als iemand één keer per dag of vaker bidt.

3.3 Resultaten

De invloed van de achtergrondvariabelen

Berekeningen van Pearson correlaties tussen leeftijd en geslacht (invloed van demografische variabelen) enerzijds en existentieel en spiritueel welbevinden anderzijds leidden niet tot significante resultaten. In vervolganalyses zijn deze demografische variabelen daarom buiten beschouwing gelaten.

De resultaten voor de gehele groep

Voor de gehele groep werden de correlaties berekend, zoals deze in Tabel 1 zijn weergegeven. De totaalscore op de SWBS-schaal (ESWB) bleek geen significante verbanden te hebben met algemeen welbevinden, kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie. Hetzelfde geldt voor de subschaal die het spirituele welbevinden (SWB) meet. De subschaal die het existentieel welbevinden meet (EWB) laat wel significante verbanden zien met kwetsbaarheid ($r=-,24$, $p<,05$) en de verschillende aspecten van de complexiteit van de zorgsituatie: fysiek ($r=-,21$, $p<,05$); psychisch ($r=-,24$, $p<,05$); sociaal ($r=-,29$, $p<,05$) en de totale zorgsituatie ($r=-,29$, $p<,05$). Toch werden deze verbanden als te klein bevonden op basis van de gestelde eisen aan correlatie ($r>,30$ [$r<-,30$] bij $p<,01$ en $r>,35$ [$r<-,35$] bij $p<,05$) en op basis van de verwachting gebaseerd op het theoretische kader. Daarom is verder gezocht naar verbanden door subgroepen te onderscheiden en de correlaties opnieuw te berekenen voor deze subgroepen.

De resultaten voor de subgroepen

De resultaten voor de subgroepen zijn in Tabel 1 weergegeven. De subgroepen zijn onderscheiden op wel of niet religieus zijn en op religieuze variabelen. Met betrekking tot de groep religieuzen zijn drie aspecten van religie bekeken: lidmaatschap, kerkgang als vorm van religieus gedrag met een sociale en liturgische component en gebed als vorm van religieus gedrag met een psychologische component, die zich kenmerkt door een relatie met God, iets goddelijks of het mysterie. Nu werden sterkere verbanden gevonden.

Naarmate de niet religieuze respondenten hoger (lager) scoren op de gehele SWBS-schaal (ESWB), neemt de score op de complexiteit van hun zorgsituatie af (toe) of andersom (Cmpl-totaal $r=-,49$, $p<,01$; Cmpl-sociaal $r=-,47$, $p<,05$). Met andere woorden, hoe meer (minder) de behoefte aan horizontale en verticale transcendentie is vervuld bij niet religieuze mensen, hoe minder (meer) complex hun totale en sociale zorgsituatie. Of andersom: als de ervaren complexiteit lager (hoger) is, dan is het existentieel en spiritueel welbevinden hoger (lager). Voor de groep bidders geldt dit eveneens, maar in mindere mate ($r=-,38$, $p<,01$). Daarnaast is er voor de bidders ook een verband met kwetsbaarheid: hoe hoger (lager) hun existentieel en spiritueel welbevinden hoe lager (hoger) hun kwetsbaarheid, of andersom ($r=-,36$, $p<,05$). Er worden geen noemenswaardige verbanden geconstateerd tussen scores op de SWBS-schaal en algemeen welbevinden en kwetsbaarheid (behalve enigszins voor de bidders, maar niet voldoende significant voor dit onderzoek, met kwetsbaarheid en de sociale complexiteit van de zorgsituatie).

Tabel 1. De resultaten: correlaties tussen existentieel welbevinden (EWB), spiritueel welbevinden (SWB) en existentieel en spiritueel welbevinden totaalscore (ESWB-totaal) enerzijds en anderzijds algemeen welbevinden (AWB), de complexiteit van de zorgsituatie (fysieke [cimpl-bi], de psychische [cimpl-psych], de sociale [cimpl-sociaal] en de totale [cimpl-totaal]) en kwetsbaarheid.

| | | AWB | Cmpl-tot. | Cmpl-bio | Cmpl-psych | Cmpl-sociaal | Kwetsbaarheid |
|--------------------------------|--------------------------|-------------|----------------------|--------------|--------------|----------------------|---------------------|
| ESWB totaal | | | | | | | |
| gehele groep N=98 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,08 ,43 | -,08 ,42 | -,02 ,87 | -,06 ,53 | -,17 ,09 | -,08 ,46 |
| religieuzen N=70 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,17 ,17 | -,09 ,45 | -,10 ,40 | -,10 ,41 | -,11 ,36 | -,13 ,30 |
| niet religieuzen N=28 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,05 ,79 | -,49** ,01 | -,14 ,47 | -,37 ,06 | -,47* ,01 | -,29 ,13 |
| kerkgangers N=37 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,21 ,20 | -,07 ,66 | -,06 ,72 | -,12 ,47 | -,05 ,75 | -,28 ,09 |
| niet kerkgangers N=61 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,00 1,0 | ,01 ,97 | ,04 ,75 | ,02 ,89 | -,05 ,72 | ,07 ,59 |
| bidders N=49 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,15 ,32 | -,28* ,05 | -,12 ,41 | -,29* ,05 | -,38** ,01 | -,36* ,01 |
| niet bidders N=49 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,11 ,46 | -,02 ,90 | -,05 ,72 | ,11 ,46 | -,09 ,54 | ,05 ,71 |
| EWB | | | | | | | |
| gehele groep N=104 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,15 ,12 | -,29** ,00 | -,21* ,03 | -,24* ,02 | -,29** ,00 | -,24* ,01 |
| religieuzen N=75 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,24* ,04 | -,28* ,02 | -,28* ,02 | -,23* ,05 | -,21 ,07 | -,28* ,02 |
| niet religieuzen N=29 | Piercon C. Sig. (2-t) | -,03 ,90 | -,40* ,03 | -,09 ,63 | -,35 ,06 | -,48** ,01 | -,24 ,21 |
| kerkgangers N=39 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,23 ,15 | -,24 ,15 | -,29 ,08 | -,19 ,25 | -,05 ,75 | -,23 ,17 |
| niet kerkgangers N=65 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,08 ,53 | -,29* ,02 | -,17 ,19 | -,26* ,04 | -,32** ,01 | -,23 ,06 |
| bidders N=51 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,14 ,33 | -,35* ,01 | -,22 ,12 | -,30* ,04 | -,37** ,01 | -,34* ,02 |
| niet bidders N=53 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,21 ,13 | -,30* ,03 | -,27* ,05 | -,23 ,11 | -,23 ,10 | -,22 ,11 |
| SWB | | | | | | | |
| gehele groep N=107 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,04 ,67 | ,05 ,63 | ,10 ,33 | ,04 ,70 | -,09 ,37 | ,04 ,72 |
| religieuzen N=76 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,10 ,40 | ,04 ,76 | ,02 ,87 | ,01 ,96 | -,03 ,83 | ,02 ,87 |
| niet religieuzen N=28-30 | Piercon C. Sig. (2-t) | -,03 ,87 | -,19 ,31 | ,02 ,92 | -,17 ,37 | -,14 ,47 | -,11 ,56 |
| kerkgangers N=40 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,09 ,60 | ,13 ,41 | ,11 ,48 | ,03 ,85 | ,02 ,88 | -,10 ,53 |
| niet kerkgangers N=67 | Piercon C. Sig. (2-t) | -,04 ,75 | ,17 ,16 | ,17 ,16 | ,15 ,24 | ,08 ,50 | ,19 ,12 |
| bidders N=54 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,16 ,25 | -,18 ,20 | -,01 ,97 | -,22 ,11 | -,29* ,03 | -,29* ,04 |
| niet bidders N=53 | Piercon C. Sig. (2-t) | ,01 ,96 | ,14 ,32 | ,10 ,48 | ,23 ,10 | ,03 ,86 | ,17 ,23 |

** Correlatie is significant op het 1% niveau; * Correlatie is significant op het 5% niveau

Hoe hoger (lager) de niet religieuze respondenten scoren op de existentieel welbevinden (EWB), hoe minder (meer) complex hun zorgsituatie is (Cmpl-totaal $r = -,40$,

$p < ,05$; Cmpl-sociaal $r = -,48$, $p < ,01$). Voor de groep niet kerkgangers geldt eveneens een verband met het sociale aspect van de complexiteit van de zorgsituatie: naarmate bij niet kerkgangers het sociale aspect van de complexiteit van de zorgsituatie toeneemt (afneemt), neemt het existentieel welbevinden af (toe), of andersom ($r = -,32$, $p < ,01$). Ditzelfde geldt voor de respondenten die bidden ($r = -,37$, $p < ,01$).

Er zijn verder geen verbanden gevonden tussen existentieel welbevinden en algemeen welbevinden en kwetsbaarheid die aan de gestelde statistische eisen voldoen. De resultaten laten wel trends zien, dit zou in een vervolgonderzoek bij een grotere steekproef nader onderzocht kunnen worden.

Voor de scores op de subschaal die de mate van religieuze vervulling meet op basis van de relatie met God (SWB), kunnen geen noemenswaardige verbanden geconstateerd worden met algemeen welbevinden, kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie (er is wel enig verband bij de bidders in relatie tot kwetsbaarheid).

Contact over wezenlijke zaken van het leven

Vijf vragen gingen over het contact en de behoefte aan contact van de respondenten over wezenlijke zaken van het leven. Op de vraag 'ik heb regelmatig contact met een pastor of geestelijk verzorger' antwoordt 25,4% zeer mee oneens, 28,9% mee oneens, 12,1% niet eens/niet oneens, 24,6% mee eens, 8,8% zeer mee eens (N=114). Ongeveer twee op de drie respondenten heeft dus niet regelmatig contact met een geestelijk verzorger of pastor. Op de vraag 'ik heb geen behoefte om met een pastor of geestelijk verzorger te spreken over de dingen die mij bezig houden' antwoordt 19,3% zeer mee oneens, 30,7% mee oneens, 12,3% niet eens/niet oneens, 21,9% mee eens, 15,8% zeer mee eens (N=114). Met andere woorden ongeveer de helft van de respondenten heeft een duidelijke behoefte aan contact met de geestelijk verzorger of de pastor, ongeveer één op de drie heeft duidelijk geen behoefte en één van de acht weet het nog niet. De vraag 'soms lijkt het me fijn om met iemand mijn vragen en gedachten over de zin van het leven te delen' werd als volgt beantwoord (N=114): zeer mee oneens (13,4%), mee oneens (8,0%), niet eens/niet oneens (15,2%), mee eens (47,3%), zeer mee eens (16,1%). Dat wil zeggen dat bijna twee van de drie respondenten een duidelijke behoefte heeft aan individueel contact met 'iemand' over belangrijke zaken in het leven of de zin van het leven. 'Fijn om met een pastor of geestelijk verzorger vragen en gedachten over de zin van het leven te delen', daarmee is het 15,8% zeer mee oneens, 15,8% mee oneens, 14,9 niet eens/niet oneens, 41,2% mee eens, 12,3% zeer mee eens (N=114). Wederom heeft ongeveer de helft van de respondenten behoefte aan contact met de geestelijk verzorger of pastor en één van de drie heeft duidelijk geen behoefte. 'Fijn om in een groep bezig te zijn met levensbeschouwing of religie', daarover is het 21,9% zeer mee oneens, 33,3% mee oneens, 21,1% niet eens/niet oneens, 19,3% mee eens, 4,4% zeer mee eens (N=114). Ongeveer één op de vier respondenten zou het fijn vinden om in een groep te spreken over levensbeschouwing.

Er is meer behoefte aan contact met 'iemand' (bijna twee van de drie respondenten) dan met de pastor of geestelijk verzorger (ongeveer de helft van de respondenten). Dit kan er op wijzen dat de pastor en of de geestelijk verzorger niet aan de behoeftes voldoet van ongeveer 15% van de respondenten. Er is meer behoefte aan contact met een pastor of geestelijk verzorger (50,1% zeer oneens of oneens dat er geen behoefte is) dan dat er daadwerkelijk contact is (33,4% mee eens of zeer mee eens). Dit kan betekenen dat ook deze behoefte onvervuld blijft. Aan gesprek in een groep is veel minder behoefte (ongeveer

en kwart vindt het fijn) dan aan een individueel gesprek (de helft tot tweederde vindt het fijn).

Correlaties tussen de gebruikte meetschalen

Het verband tussen de twee subschalen van de SWBS-schaal is voor de onderscheiden groepen als volgt: gehele groep $r=0,39$, $p<,01$; niet religieuzen geen verband; religieuze respondenten $r=,47$, $p<,01$; de kerkgangers $r=0,62$, $p<,01$; de niet kerkgangers geen verband; de bidders $r=,73$, $p<,01$; de niet bidders geen verband. Het verschil in deze correlaties betekent dat in de beleving van de verschillende groepen de existentieel welbevinden schaal en de spiritueel welbevinden schaal al dan niet of in verschillende mate bij elkaar horen. Voor de bidders geldt dat de schalen het meest bij elkaar horen; dat dus existentieel welbevinden en spiritueel welbevinden in belangrijke mate bij elkaar horen.²⁶ De relatie met God of het goddelijke speelt met andere woorden een grote rol, of als oorzaak of als gevolg van het existentieel welbevinden. Datzelfde geldt voor de groep kerkgangers, maar dan in mindere mate. In nog wat mindere mate geldt dit voor de groep religieuze respondenten. Voor de groep niet religieuzen en de groep niet kerkgangers is er geen verband. Met andere woorden de relatie met God of het goddelijke speelt voor deze twee groepen geen rol in relatie tot het existentieel welbevinden, wat ook niet te verwachten viel.

De correlaties tussen algemeen welbevinden enerzijds en kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie anderzijds zijn respectievelijk $r=-,41$, $p<,01$ en $r=-,35$, $p<,01$). Naarmate de score op algemeen welbevinden dus toeneemt (of afneemt) neemt de score op kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie af (toe), of andersom: naarmate de kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie afneemt (toeneemt), neemt de score van het algemeen welbevinden toe (af). Kwetsbaarheid correleerde sterk met complexiteit van de totale zorgsituatie (voor de gehele groep: $r=,69$, $p<,01$). Met andere woorden, als er hoog dan wel laag gescoord wordt op kwetsbaarheid, wordt ook hoog dan wel laag gescoord op de complexiteit van de totale zorgsituatie.

3.4 Discussie

De respondenten zijn voor het overgrote deel alleenstaand, wonen grotendeels in een verpleeg- of verzorgingshuis en twee op de drie is vrouw. De respondenten lijken relatief weinig buitenkerkelijk en relatief weinig katholiek. De kerkgang lijkt iets lager dan voor deze generatie gebruikelijk is in Nederland (SCP, 2006, p. 46).²⁷ Voor de respondenten als geheel werden weliswaar verbanden geconstateerd, maar deze voldeden niet aan de verwachting die gebaseerd was op het theoretische kader en voldeden niet aan de eisen die gesteld waren aan de correlatie. Daarom is verder gezocht door subgroepen te onderscheiden.

Voor de totaalscore op de SWBS-schaal (ESWB-totaal) gold dat voor de niet religieuze respondenten de grootste verbanden werden gevonden, namelijk met de complexiteit van de zorgsituatie (totaal en sociaal). Dezelfde verbanden – maar minder groot - werden voor de groep bidders gevonden. Er is voor geen enkele groep voldoende verband gevonden met algemeen welbevinden; evenmin met kwetsbaarheid, op de bidders na.

Voor de subschaal die het existentieel welbevinden meet (EWB) gold wederom dat de gevonden verbanden voor de niet religieuze respondenten het sterkst waren. Het ging hierbij om verbanden tussen existentieel welbevinden en (aspecten van) de complexiteit van

²⁶ Zie ook noot 25.

²⁷ De respondenten wonen merendeels in een instelling. Dat is mogelijk de verklaring van iets minder kerkgang.

de zorgsituatie. In mindere mate gold ditzelfde voor de respondenten die *niet* naar de kerk gaan en de bidders. Er zijn geen noemenswaardige verbanden gevonden met algemeen welbevinden en kwetsbaarheid, hoewel het soms niet veel scheelde. De meting van het existentieel welbevinden is gebaseerd op de onderliggende vervulling van horizontale (psychosociale) existentiële behoeften. Het zijn de antwoorden op de vragen over doel van iemands leven, de zin van het leven en identiteit (wie ik ben, waar ik vandaan kom en waar ik naar toe ga) die een verband laten zien met andere levensdomeinen, met name aspecten van de complexiteit van de zorgsituatie. De inhoudelijke invulling van deze elementen is voor de respondenten niet onderzocht, behalve dan het element van de relatie met God. Het valt op dat existentieel welbevinden nauwelijks verband heeft met algemeen welbevinden. Wellicht houdt dit verband met de Welbevinden lijst die zich toespitst op alledaagse concrete zaken gesitueerd in het hier en nu. Existentieel en of spiritueel welbevinden krijgt mogelijk gestalte op een 'diepere' laag. Dat wil zeggen dat existentiële of laatste vragen de kern raken van iemands bestaan, het wezenlijke en eigenlijke van de identiteit. Dat fungeert wellicht enigszins los van het alledaags welbevinden (of ik wel of niet mijn eigen nagels kan knippen heeft weinig invloed op mijn existentieel en spiritueel welbevinden). Kortom, mogelijk meet de Welbevinden lijst vooral *alledaags* welbevinden en niet zozeer *algemeen* welbevinden. De lacune in de Welbevinden lijst die de aanleiding was voor deze studie, komt dan - zo geredeneerd - juist tot uitdrukking in de resultaten. In dit geval niet vanwege correlaties, maar vanwege het gebrek eraan. De correlaties tussen existentieel welbevinden en kwetsbaarheid vallen meerdere keren net buiten de gestelde statistische grenzen.

Voor de subschaal die meet in hoeverre de respondenten zich spiritueel of religieus voldaan voelen (SWB) – op basis van de relatie met God of het goddelijke - zijn er geen noemenswaardige verbanden gevonden met algemeen welbevinden, de mate van kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie. Het spiritueel welbevinden heeft met andere woorden bij deze respondenten nauwelijks of geen verband met andere levensdomeinen. Ook niet bij de subgroep bidders. Als bidders zich voornamelijk richten zich tot God, het goddelijke of een hogere macht, dan is dit een opvallende uitkomst. Echter, bidden kan ook een meditatief aspect hebben, het op orde krijgen van het hoofd. Het existentieel welbevinden van de bidders laat een verband zien met de complexiteit van de zorgsituatie en met kwetsbaarheid. Bidden leidt bij de respondenten blijkbaar tot een soort gevoel van zin en betekenis, voornamelijk als gevolg van de vervulling van een behoefte aan *horizontale* transcendentie.

Er zijn duidelijke verschillen te zien tussen de verschillende subgroepen die zijn onderscheiden. Niet religieuze respondenten laten de sterkste verbanden zien. Dit lijkt er op te wijzen dat het existentieel welbevinden van de niet religieuze respondenten meer geïntegreerd is met andere levensdomeinen (in dit onderzoek voornamelijk de complexiteit van de zorgsituatie en soms met kwetsbaarheid). Afhankelijk van het causale verband dat wordt verondersteld kan dit verschillende betekenissen hebben. In het geval dat bijvoorbeeld een toename van het existentiële welbevinden de ervaren complexiteit van de zorgsituatie doet verminderen, kan dit er mogelijk op wijzen dat de niet religieuze respondenten beter in staat zijn dan de andere groepen respondenten, het zinvolle engagement te integreren met andere vormen van welbevinden. Een verklaring zou dan kunnen zijn dat deze groep wellicht psychologisch relatief meer ruimte heeft gehad om een eigen creatieve levensvisie te ontwikkelen (dit was één van de psychologische voorwaarden voor een zinvol engagement in relatie tot andere vormen van welbevinden, zie 2.7). Bij een omgekeerd causaal verband - indien bijvoorbeeld bij een toename van de complexiteit van

de zorgsituatie, het existentieel welbevinden sterk afneemt - kan dit betekenen dat er bij de niet religieuze respondenten relatief weinig 'existentiële buffers' zijn. Een verklaring zou dan kunnen zijn dat bij de niet religieuze respondenten in mindere mate sprake is van een coherente levensvisie dan bij religieuze en kerkgaande respondenten (een eigengemaakte coherente levensvisie is ook een psychologische voorwaarde voor een zinvol engagement, zie 2.7). Ten tweede valt op dat bij religieuze respondenten, kerkgaande respondenten en niet biddende respondenten nauwelijks significante verbanden gevonden worden. Lidmaatschap van een kerkgemeenschap en het sociale en liturgische element van religie speelt met andere woorden nauwelijks een rol in relatie tot andere levensdomeinen, ze beïnvloeden elkaar niet. Het argument van een mogelijke 'existentiële buffer' door het lidmaatschap van een kerkgemeenschap en kerkgang, zou mogelijk een rol kunnen spelen bij de specifieke causale relatie die hierboven is geschetst voor de groep niet religieuze respondenten. Bij de kerkgaande en religieuze respondenten zou dan als gevolg van een bufferend effect van bijvoorbeeld kerkgang, kwetsbaarheid, algemeen niet-welbevinden en of een als complex ervaren zorgsituatie weinig vat hebben op het existentiële en spirituele welbevinden. Daartegen spreekt – deze redenering volgend - dat diezelfde positieve bufferende (causale) invloed bij kerkgangers – via het existentieel en spiritueel welbevinden - een positief effect zou moeten hebben op de mate van complexiteit van de zorgsituatie. Dit effect lijkt bij deze respondenten niet aanwezig, want er is geen statistische relatie geconstateerd.

Het psychologische aspect van religie speelt wel een rol in relatie tot de onderzochte concepten, want bij de bidders zijn wel duidelijke verbanden zichtbaar. Dit psychologische aspect speelt eerder een rol vanwege de bevrediging van horizontale transcendente behoeften (bijvoorbeeld intermenselijke relaties of richtinggevende waarden of idealen), dan vanwege de bevrediging van verticale transcendente behoeften (de relatie met God of het goddelijke). De theoretisch mogelijke positieve rol van religie komt in dit onderzoek dus vooral tot uiting vanwege de psychologische component ervan en vanwege de vervulling van horizontale transcendente psychologische behoeften. Met andere woorden religie is voor deze respondenten eerder antropocentrisch gericht dan theocentrisch. Dit kan weer betekenen dat de zingevingfunctie van religie vooral op het aardse en het hier en nu is gericht. Tegenover het idee dat religie mogelijk vooral op het hier en nu is gericht staat het argument dat richtinggevende waarden en idealen ook voorbij kunnen gaan aan wat hier en nu is. Intermenselijke relaties hebben ook een existentieel aspect dat voorbij gaat aan het hier en nu (zie 4.2).

Religie speelt mogelijk ook nog een remmende rol in relatie tot andere vormen van welbevinden. Dit heeft dan betrekking op het sociale en of liturgische aspect van religie. Namelijk kerkgaande respondenten laten geen verbanden zien, niet kerkgaande respondenten wel. Niet kerkgaande respondenten hebben mogelijk - net als de niet religieuze respondenten – meer ruimte gehad om een eigen creatieve levensvisie te ontwikkelen. Kerkgang zou – deze redenering volgend - deze creativiteit dan remmen, want kerkgang leidt niet tot meer existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot complexiteit van de zorgsituatie, kwetsbaarheid en algemeen welbevinden. De groep die niet bidt laat geen verbanden zien. Met andere woorden als je niet bidt houdt het existentieel en spiritueel welbevinden geen verband met kwetsbaarheid, complexiteit van de zorgsituatie en het algemeen welbevinden.

De meerderheid van de respondenten heeft behoefte aan individueel contact over belangrijke zaken in het leven en de zin van het leven. Echter, er wordt niet geheel voldaan

aan deze behoefte: er is meer behoefte aan contact met de geestelijk verzorger dan er gegeven wordt en er is meer behoefte aan contact met *iemand* dan met de geestelijk verzorger. Dit betekent ook dat er niet onderzocht is wat de onderzochte verbanden zouden zijn als er optimaal zou zijn ingespeeld op de behoefte aan empathie met de existentiële en spirituele belevingswereld van de respondenten. Mogelijk zijn de verbanden dan anders of zelfs groter; groter, omdat empathie op dit terrein de effecten van het existentieel welbevinden mogelijk zal doen toenemen vanwege innerlijke integrerende krachten die dan de ruimte krijgen.

Tussen algemeen welbevinden enerzijds en kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie anderzijds zijn significante statistische verbanden gevonden. Kwetsbaarheid correleerde sterk met complexiteit van de totale zorgsituatie. Dit sterke verband komt overeen met de literatuur over kwetsbare ouderen. De correlaties tussen existentieel welbevinden en kwetsbaarheid vallen meerdere keren net buiten de gestelde statistische grenzen.

3.5 Beperkingen

Er is onderzoek gedaan naar empirische bestaande verbanden bij de respondenten. Oorzakelijke verbanden blijken niet uit de empirische resultaten, een longitudinale studie is hiervoor noodzakelijk. Ten aanzien van de onderscheiden subgroepen valt op te merken dat deze weliswaar groot genoeg waren om verbanden te onderzoeken, maar soms klein waren (N=28-30, voor de niet religieuze subgroep).

Een volgende beperking van dit empirische onderzoek kan gezocht worden in de aard van het project *Analyse van zorgbehoeften*, dat in ontwikkeling is. Binnen het NPO worden er volgens het SCP (2011) meerdere meetinstrumenten gebruikt om de mate van kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen en van consensus over wat het beste meetinstrument is, zou nog geen sprake zijn (p. 46). De INTERMED lijst is uitvoerig gevalideerd, maar de cliënt versie ervan en de Welbevinden lijst worden verder gevalideerd in een afzonderlijke project binnen het NPO Regio Noord (Slaets, 2009, p. 16). De Welbevinden lijst lijkt van alle gebruikte instrumenten het minst gevalideerd te zijn. Met andere woorden, het is nog niet goed bekend of deze lijst wel meet wat het wil meten. Wellicht verklaart dit mede waarom er geen correlaties zijn gevonden met existentieel en spiritueel welbevinden.

De gebruikte SWBS-schaal is in de Amerikaanse context van dertig jaar terug ontwikkeld en nu toegepast in Nederland, een West-Europees land. West-Europa onderscheidt zich van andere landen in de wereld doordat hier een minderheid religie zeer belangrijk vindt (van de Donk, 2006, p. 82). Vanwege het verschil in sociaal-culturele context, zou dit een bezwaar kunnen zijn, want de spirituele dimensie van de schaal wordt door Paloutzian en Ellison geconceptualiseerd als de relatie met God. De Nederlandse godsdienstpsycholoog Zock (2007) constateert dat het in onze gesecculariseerde westerse samenlevingen en met name in de Nederlandse context steeds meer ontbreekt aan God als een transcendent object (p.18). Tegenover deze bezwaren staat dat de SWBS-schaal juist ook existentieel welbevinden meet, waarbij de inhoudelijke invulling ontbreekt; en juist daar worden verbanden gevonden. Bovendien is de SWBS-schaal in meerdere Nederlandse onderzoeken gebruikt. Een eventuele discussie over de SWBS-schaal staat de vergelijking van de onderzoeksresultaten met ander onderzoek niet in de weg. Daarbij komt dat naar de respondenten duidelijk is gecommuniceerd dat 'God' ook gelezen kan worden als 'het goddelijke', 'een hogere macht' of een eigen woord.

4

Conclusies en discussie

4.1 De beantwoording van de onderzoeksvragen

Het doel van deze studie was om inzicht te verkrijgen in de relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden enerzijds en andere vormen van welbevinden anderzijds, binnen de Nederlandse context. De andere vormen van welbevinden waren in deze studie kwetsbaarheid, de complexiteit van de zorgsituatie (lichamelijk, psychisch, sociaal en totaal) en het algemeen welbevinden. Deze doelstelling leidde tot de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe verhoudt existentieel en of spiritueel welbevinden zich tot algemeen welbevinden?
2. In hoeverre hangt existentieel en of spiritueel welbevinden samen met kwetsbaarheid?
3. In hoeverre hangt existentieel en of spiritueel welbevinden samen met de lichamelijke, psychische, sociale en de totale complexiteit van de zorgsituatie?

Om deze vragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van gegevens over welbevinden, kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie die in het kader van het NPO zijn verzameld, aangevuld met data over existentieel en spiritueel welbevinden.

Deze studie vond plaats binnen het project *Analyse van zorgbehoeften* dat is opgezet om concreet invulling te kunnen geven aan de doelstellingen van het NPO. De relevantie van het project *Analyse van zorgbehoeften* is dat er momenteel onvoldoende wordt aangesloten op de toenemende en specifieke zorgbehoefte van de ouder wordende mens. Dit kan leiden tot ongewenste gezondheidsuitkomsten en verminderd welbevinden. De aanleiding voor ons onderzoek was dat er binnen het project *Analyse van zorgbehoeften* nauwelijks aandacht was voor existentieel en spiritueel welbevinden. De kwetsbare oudere wordt dan mogelijk een vorm van zorg onthouden die op oudere leeftijd mogelijk van groot belang is, namelijk zorg voor het existentieel en of spiritueel welbevinden. De focus die in dit onderzoek lag op existentieel en spiritueel welbevinden en de mogelijke behoefte aan zorg hiervoor, heeft wetenschappelijke relevantie. Er bestaat een lacune in wetenschappelijke kennis en theorievorming aangaande existentieel en spiritueel welbevinden bij ouderen in de gesecculariseerde context van West-Europa in de 21^e eeuw. Daarmee is dit onderzoek ook relevant voor de beroepsgroepen die geconfronteerd worden met vragen van existentiële en spirituele aard. Dit geldt in het bijzonder voor geestelijk verzorgers, wiens expertise het is om in gesprek te zijn over existentiële vragen met kwetsbare mensen, maar ook voor verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, psychologen en psychiaters. Ook zij worden geconfronteerd met laatste vragen. Juist in de zorgverlening aan ouderen is kennis over existentieel en spiritueel welbevinden belangrijk, aangezien met de ouderdom of tijdens ziekte mensen vaak vragen stellen die existentieel en spiritueel van aard zijn en niet simpel te beantwoorden.

In het literatuuronderzoek zijn de volgende vragen beantwoord: (1) wat is er momenteel in de Nederlandse literatuur bekend over kwetsbaarheid, zowel vanuit het perspectief van de overheid, onderzoekers en hulpverleners enerzijds als vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere zelf anderzijds (welbevinden); (2) hoe werkt het

onderliggende innerlijke zingevingproces dat zich uit in existentieel en spiritueel welbevinden en wat is de relatie met algemeen welbevinden? Kwetsbaarheid is meer dan ouderdom een voorspeller van een specifieke zorgbehoefte. Echter, het is nog onvoldoende duidelijk voor beleidsmakers, onderzoekers en hulpverleners hoe kwetsbaarheid precies te beïnvloeden is. Kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie gaan samen vanwege de opeenstapeling van kwalen. Voor de kwetsbare oudere betekent het begrip kwetsbaarheid niet veel. De kwetsbare oudere leeft eerder met de vraag wat kwaliteit van leven en zin geeft. Dit perspectief van de kwetsbare oudere staat centraal in het project *Analyse van zorgbehoeften*. Het (leren) kijken door beleidsmakers, onderzoekers en hulpverleners vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere is mede zo belangrijk omdat normativiteit in de (organisatie van) zorg ineffectief is en mogelijk zelfs contraproductief uitwerkt. De theorie die het theoretische kader van het project *Analyse van zorgbehoeften* vormt, is de theorie van de socialeproductiefunctie (SPF-theorie). Deze theorie vormt ook het kader van deze studie. Er is vastgesteld dat het onderscheiden van een existentiële en spirituele dimensie in het kader van de SPF-theorie van belang kan zijn om uitspraken te kunnen doen over algemeen welbevinden. De existentiële en spirituele dimensie ontbreekt momenteel in de SPF-theorie. Meerdere wetenschapsgebieden maken duidelijk dat coping (mede) een existentieel proces is. Het vakgebied van de zorgethiek stelt dit expliciet: het inspelen op de existentiële onderneming van de kwetsbare oudere – door middel van het proces van beantwoording van laatste vragen - kan motiverend en accepterend werken. Als zodanig kan dit proces een positieve uitwerking hebben op andere vormen van welbevinden. In dit onderzoek zijn deze andere vormen van welbevinden de mate van kwetsbaarheid, de complexiteit van de zorgsituatie en het algemeen welbevinden. De tweede vraag, naar het onderliggend innerlijk proces van zingeving dat zich uit in existentieel en of spiritueel welbevinden, wordt vooral beantwoord door psychologen. Het innerlijk proces van zingeving doet de relatie tussen existentieel en spiritueel welbevinden en andere vormen van welbevinden tot stand komen, zo veronderstellen de behandelde theorieën. Dit wordt bevestigd – voor verschillende aspecten van zingeving - door empirisch onderzoek. Expliciete reflectie op zingeving kan noodzakelijk zijn bij existentiële grenssituaties. Juist kwetsbare ouderen worden hiermee geconfronteerd vanwege allerlei soorten verliezen en het naderende einde van het leven. Zingeving leidt tot engagement, verbinding, betrokkenheid en relatie met de wereld om ons heen. Om tot dit zinvolle engagement te kunnen geraken moet voldaan zijn aan psychologische voorwaarden die op grond van de behandelde theorieën zijn geformuleerd. Het literatuuronderzoek gaf aanleiding tot de volgende hypothese:

Existentieel en of spiritueel welbevinden zal positief correleren met algemeen welbevinden en negatief correleren met kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie (de fysieke, de psychische, de sociale en de totale).

Er zijn vooral verbanden gevonden tussen existentieel welbevinden (EWB) en de complexiteit van de zorgsituatie, die weer sterk correleerde met kwetsbaarheid. De correlaties varieerden tussen $r = -.49$, $p < .01$ voor de niet religieuze respondenten en $r = -.38$, $p < .01$ voor de groep biddende respondenten. Voor de *niet* kerkgaande respondenten geldt eveneens een verband met het sociale aspect van de complexiteit van de zorgsituatie ($r = -.32$, $p < .01$). Soms was er sprake van een verband met kwetsbaarheid, voor de biddende respondenten was dit verband $r = -.36$, $p < .05$. Er zijn verder geen verbanden gevonden tussen existentieel welbevinden en algemeen welbevinden en kwetsbaarheid die aan de gestelde

statistische eisen voldeden. De resultaten laten wel trends zien, dit zou in een vervolgonderzoek bij een grotere steekproef nader onderzocht kunnen worden.

Voor de scores op de subschaal die de mate van religieuze vervulling meet op basis van de relatie met God (SWB), kunnen bij deze respondenten geen noemenswaardige verbanden geconstateerd worden met algemeen welbevinden, kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie (er is wel enig verband bij de bidders in relatie tot kwetsbaarheid). De relatie met het algemeen welbevinden is in dit onderzoek niet aangetoond. Mogelijk houdt dit verband met de aard van de Welbevinden lijst die het algemeen welbevinden meet. Het proces van valideren van deze lijst is nog gaande. Mogelijk meet de lijst vooral alledaags welbevinden. Existentieel en of spiritueel welbevinden krijgt wellicht gestalte op een 'diepere' laag, die wellicht enigszins los functioneert van het alledaags welbevinden.

Ten aanzien van de behoefte aan contact over wezenlijke zaken van het leven kan het volgende geconcludeerd worden. Er is meer behoefte aan contact met 'iemand' (bijna twee van de drie respondenten) dan met de pastor of geestelijk verzorger (ongeveer de helft van de respondenten). Er is meer behoefte aan contact met een pastor of geestelijk verzorger (ongeveer de helft van de respondenten) dan dat er daadwerkelijk contact is (ongeveer één van de drie). Er blijven dus behoeftes onvervuld. Deels kan in deze behoeften worden voorzien door de geestelijk verzorger en pastor, zoals deze nu functioneren. Echter er blijft ook een behoefte onvervuld om over wezenlijke zaken te spreken waarin volgens de respondenten niet door de geestelijk verzorger of pastor in kan worden voorzien.

4.2 Discussie: de empirische resultaten in relatie tot het theoretische kader

De geconstateerde verschillen tussen de groepen respondenten geven informatie over de dynamiek van zingeving in relatie tot andere vormen van welbevinden. Deze dynamiek lijkt *niet* bepaald te worden door het al dan niet religieus zijn van de respondenten. Evenmin door de medische, sociale en psychische situaties van de respondenten, die mogelijk wel invloed hebben op het existentieel welbevinden, maar niet de verschillen tussen de groepen respondenten kunnen verklaren. Welke factoren kunnen deze verschillen dan wel verklaren? In hoofdstuk 2 zijn op basis van literatuuronderzoek psychologische elementen en voorwaarden besproken die theoretisch en empirisch in relatie staan tot zingeving. Deze psychologische factoren vinden volgens de literatuur hun expressie in existentieel welbevinden en andere vormen van welbevinden en kunnen verklaren waarom de ene persoon wel en de andere persoon geen zingeving (en de expressie ervan) ervaart in dezelfde soort omstandigheden. Deze factoren kunnen dus worden gebruikt bij de interpretatie van de resultaten om de verschillen tussen de groepen respondenten te begrijpen. Daaraan worden soms enkele factoren toegevoegd zoals de algemene sociaal-culturele context om ondermeer het verschil te verklaren tussen Amerikaanse en Nederlandse studies en de specifieke context, om te kunnen focussen op de situatie waarin de respondenten verkeerden ten tijde van het onderzoek. Er worden dus ook psychologische factoren onbesproken gelaten, zoals de persoonlijke biografie en de persoonlijkheidskenmerken van het individu. Deze kunnen ook een rol spelen bij zingeving, maar verklaren niet de verschillen tussen grotere groepen (McAdams, 1993; Bohlmeier, 2007; Piedmont, 2005). Voordat gestart wordt met het interpreteren van de verschillen tussen de groepen, wordt eerst nog stilgestaan bij de spannende conclusie dat existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot andere vormen van welbevinden niet bepaald lijkt te

worden door de inhoudelijke vulling van zin, doel en identiteit. Want zowel bij niet religieuze als religieuze biddende respondenten worden duidelijke verbanden aangetoond en de kans lijkt aannemelijk dat de inhoudelijke vulling van zin, doel en identiteit bij deze twee groepen verschilt.

Dit bevestigt de bevindingen van hoofdstuk 2, waarbij het de psychologische voorwaarden van zingeving zijn die de relatie tot andere vormen van welbevinden bepalen. Zoals Winnicott al expliciet veronderstelde, kan de inhoud van de door de sociaal-culturele context aangeboden beelden divers zijn - ook divers van aard - om het leven als zinvol te ervaren ('to feel that life is real, to find life worth living'). Dit blijkt ook uit onze resultaten. Zowel zich religieus noemende respondenten als zich niet religieus noemende respondenten laten verbanden zien. De conclusie dat existentieel en spiritueel welbevinden in relatie tot andere vormen van welbevinden niet bepaald lijkt te worden door de inhoudelijke vulling van zin, doel en identiteit lijkt wellicht spannend in het kader van dit onderzoek, maar het is niet onwaarschijnlijk dat het voor veel mensen in het dagelijkse verkeer erg voor de hand ligt, omdat dit dichtbij hun praktijk ligt. Toch ligt het zwaartepunt van de beleidsmatige aandacht en zorg rond zingeving nog steeds vooral bij de inhoudelijke invulling ervan en bij de institutionele vormgeving van deze inhoud (waar het aanbod van zorg dan mogelijk op wordt afgestemd). "De mogelijkheid dat mensen een geloof of levensbeschouwing hebben die ze niet in georganiseerd verband, binnen een kerk of genootschap, (wensen te) beleven wordt stelselmatig [in relevante beleidsstukken] buiten beschouwing gelaten" (Vreeman, Quartier & Smeets, 2009, p. 44). Dit in weerwil van de feitelijke situatie in West-Europa dat grote (zo niet de grootste) groepen mensen hun levensvisie buiten georganiseerd verband beleven (Vreeman, Quartier & Smeets, 2009, p. 44). Deze situatie werkt ook belemmerend voor de wetenschappelijke legitimering van het beroep van geestelijk verzorger, want onderzoek naar de inhoud van zinbeleving van een individu is complex, zo niet onmogelijk. Als dit soort onderzoek al mogelijk is, dan zou wel eens kunnen blijken dat de inhoud van de innerlijke zinbeleving van religieuze en niet religieuze respondenten in het geheel niet eenduidig is, maar sterk afhankelijk is van ondermeer de sociaal-culturele context, innerlijke conflicten en psychische structuren (van der Lans, 2006, p. 77; ter Haar Romeny, 2007, p. 11; Ariès, 2003; van der Heijst, 1993; Vergote, 1987; Scully, 2008; Schaap-Jonker, 2008). Daarnaast is de situatie niet in het belang van de zinzoekende kwetsbare ouderen met existentiële nood. Want het gebeurt in de praktijk maar al te vaak dat patiënten geen geestelijk verzorger wensen of nodig denken te hebben, omdat ze denken dat ze dan lid moeten zijn of worden van een kerkelijke of levensbeschouwelijke groepering (Vreeman, Quartier & Smeets, 2009, p. 45). Dit schaadt het imago van de geestelijk verzorger en haar toekomst. (Vreeman, Quartier & Smeets, 2009).

De complexe methodologische discussie over de metingen van innerlijk zingevende processen is in volle gang. Daarbij is het overigens zeer aannemelijk dat de meetinstrumenten die existentiële en spirituele processen meten informatie genereren die *niet* door bestaande traditionele modellen van de persoonlijkheid worden gerepresenteerd. Dit betekent dat een dimensie van onze persoonlijkheid wordt blootgelegd die niet door de traditionele psychologische modellen wordt gezien (Piedmont, 2005, p. 263). De resultaten van ons onderzoek liggen hiermee in lijn, omdat er een duidelijke relatie is aangetoond tussen existentieel welbevinden en de complexiteit van de zorgsituatie.

4.2.1 *Wie maken er gebruik van het potentieel van existentiële reflectie?*

De empirische resultaten van dit onderzoek lijken ook in lijn te liggen met het empirische onderzoek dat in hoofdstuk 2 is besproken. In dat onderzoek waren er verbanden tussen het onderliggende motivationele aspect van zingeving en algehele zinbeleving en levensverwachting en depressie; een algemeen/totaal en een psychisch aspect. In dit onderzoek zijn er verbanden gevonden tussen de onderliggende zingevende componenten (de expressie van de bevrediging van horizontale transcendente behoeften) en het totale en het sociale aspect van de complexiteit van de zorgsituatie (die sterk gerelateerd is aan kwetsbaarheid).

Voor de subschaal die het existentieel welbevinden meet (EWB) gold dat de gevonden verbanden voor de niet religieuze respondenten het sterkst waren. De meting van het existentieel welbevinden is gebaseerd op de onderliggende vervulling van horizontale (psychosociale) existentiële behoeften, waarvan de inhoudelijke vulling niet is onderzocht. Deze inhoudelijke vulling kan bestaan uit intermenselijke relaties, richtinggevende waarden en idealen, of aan voorstellingen van heelheid die in kunst tot uitdrukking kunnen komen: een horizon van het menselijk streven (Ellison, 1983, pp. 330-331; Zock, 2007, 18; Alma, 2005, pp. 49-57). Deze elementen zijn constituerend voor existentieel welbevinden en daarbij interfereren deze met elkaar. Want intermenselijke relaties blijken positief beïnvloed te worden door reflectie op laatste vragen (Wink & Dillon, 2003, p. 922).²⁸ Dit is wederom in lijn met de resultaten van ons onderzoek, waarbij existentieel welbevinden duidelijke significante verbanden heeft met de sociale component van de complexiteit van de zorgsituatie (van sociale kwetsbaarheid is sprake bij het ontbreken van meer of minder intieme contacten). Noodzakelijke voorwaarden voor het welslagen van dit zingevend proces van reflectie op laatste vragen is dat de kwetsbare oudere eigen individuele – mogelijk niet traditionele - antwoorden vindt op de laatste vragen (Wink & Dillon, 2003, p. 922). Een voorwaarde die daaraan mogelijk aan toegevoegd zou moeten worden is dat de ander als ‘ander’ ervaren wordt (Zock, 2007, p. 18). Deze gevonden verbanden met andere levensdomeinen kunnen mogelijk toenemen als ouderen hierin worden ondersteund in hun behoeften aan gesprek over wezenlijke zaken. De behoefte is er zo blijkt uit de empirische resultaten. Nader onderzoek is nodig om de effecten hiervan te meten.

Hoewel reflectie op laatste vragen al dan niet via een positief verband met intermenselijke relaties, bij kan dragen aan existentieel welbevinden in relatie tot andere vormen van welbevinden, wordt hiermee nog niet verklaard waarom de ene groep meer en de andere groep minder verbanden met andere vormen van welbevinden tot stand weet te brengen. Met andere woorden waarom weten de niet religieuze respondenten en de biddende respondenten beter gebruik te maken van het potentieel dat impliciete of expliciete existentiële reflectie biedt, dan de andere groepen?

Op grond van de empirische resultaten – het geconstateerde feit dat er een verband is aangetoond - en van hetgeen in hoofdstuk 2 is besproken zouden de niet religieuze respondenten blijkbaar beter voldoen aan de psychologische voorwaarden van zingeving. Ten eerste, omdat ze mogelijk relatief meer open staan voor nieuwe en andere ervaringen, omdat ze onbewust toch op zoek zijn naar verklaringen voor het mysterie of het leven (de vervulling van hun horizontale transcendente behoeften). Ten tweede omdat ze mogelijk relatief meer autonoom zijn om op een eigen en creatieve wijze omgang hebben met de

²⁸ Intermenselijk contact is een essentiële menselijke behoefte met een transcendent aspect: het kan iemand doen reflecteren over zijn (gewenste) plaats in de wereld – zijn existentie – en zijn begrensdheid (Zock, 2007, p. 18).

wereld, want deze groep respondenten krijgt een en ander niet aangereikt via een lidmaatschap van een levensbeschouwelijke vereniging. Een open en creatieve omgang met de wereld kan stimulerend werken voor zingeving, zo bleek uit de literatuurstudie. Er zijn voor zover bekend weinig tot geen empirische gegevens bekend over de aparte groep seculiere respondenten in relatie tot zingeving (Piedmont, 2005, p. 268). Ook worden ze in relevante beleidstukken genegeerd (Vreeman, Quartier & Smeets, 2009, p. 44). Het perspectief van (empirisch) onderzoek lijkt niet gericht op deze groep. Ten eerste omdat algemeen psychologisch onderzoek naar zingevende componenten geen onderscheid maakt naar levensbeschouwing. Ten tweede omdat de godsdienstpsychologie, zo stelt de godsdienstpsycholoog Piedmont, eenzijdig is gericht op godsdienstigheid en op christelijke respondenten. Ook in Nederlands onderzoek gold tot dusverre: “voor de meeste respondenten zal levensbeschouwing met geloof samenvallen”(Pieper en van Uden, 2006, p. 11). In toekomstig onderzoek zou dat verholpen moeten worden, zo stelt Piedmont (2005, p. 263/268). Deze eenzijdigheid lijkt seculier-zijn mogelijk zelfs tot iets negatiefs te maken omdat het gekenmerkt wordt – zo wordt verondersteld – door een afwijzende houding tegenover het goddelijke en deze verwerpt. “Hoe complex de psychologie van het atheïsme evenals van de godsdienstigheid ook moge zijn, het is significant dat de oppositie haar kristallisatiepunt vindt in het verwerpen van een bovennatuurlijk gezag waarvan men geen meester is” (Vergote, 1987, p. 208-209). Dit is mogelijk waar, maar wellicht aanvaarden seculieren andere meesters in hun innerlijk, bijvoorbeeld het onontkoombare feit van het ouder worden. De opvatting staat ook haaks op die van Winnicott die stelt dat geloven niet religieus hoeft te worden ingevuld. De groep seculiere zingevende mensen die – zo is in dit onderzoek verondersteld – ook transcendentie behoeften hebben lijken in het wetenschappelijk onderzoek tussen wal en schip te vallen. Hopelijk draagt dit onderzoek bij aan het opvullen van deze lacune (hoewel er maar 28 personen zijn ondervraagd).

De godsdienstpsychologie van dit moment zoekt naar een *universele* existentiële dimensie van onze persoonlijkheid die niet door de traditionele psychologische modellen wordt gezien en waar we allemaal over beschikken (Piedmont, 2005, p. 263). Voor zover in deze studie gesproken kan worden van een universele existentiële dimensie – en wij denken dat dat kan – dan lijkt deze in elk geval aanwezig bij de niet religieuze respondenten, vanwege de sterke correlaties tussen hun existentiële welbevinden en andere vormen van welbevinden. De manier waarop deze groep de behoefte aan transcendentie vormgeeft zou een thema kunnen zijn voor nader onderzoek. Dit lijkt een braakliggend terrein te zijn.

Ook biddende respondenten laten duidelijke verbanden zien. Bidden is het in gesprek gaan met het goddelijke waaronder het stellen van vragen en het open staan voor antwoorden (Vergote, 1987, p. 256). Winnicott stelde dat het vertrouwend openstaan naar de wereld van belang is voor het beleven van zin. Dit vergt veel geloof in de betekenis van *faith* en *fides qua*. Dit geloof in de zin van vertrouwelijk openstaan hoeft niet religieus te worden ingevuld, maar Winnicott sluit dat ook niet uit. De affectieve houding van vertrouwend openstaan kan ons ertoe kan brengen om een algemene positieve en psychisch geïntegreerde levenshouding uit te drukken. Onder de voorwaarde dat de relatie tot God of het mysterie of de natuur bepaald wordt door “een algemeen patroon van in het leven staan, waarin alles wat op het relationele vlak gebeurt geïntegreerd wordt” en ruimte biedt voor openheid en creativiteit, kan God of het goddelijke een bijdrage geven tot zinbeleving (Zock, 1998, p. 43). Deze psychologische component van religie komt in dit onderzoek vooral tot uiting vanwege de vervulling van *horizontale* transcendentie psychologische behoeften. Met andere woorden religie lijkt voor deze respondenten eerder

antropocentrisch gericht dan theocentrisch. Dit betekent dat de zingevingfunctie van religie bij de biddende respondenten vooral op het aardse is gericht. Een verklaring kan gezocht worden in de precaire aard van een relatie met God of het goddelijke. Deze relatie is namelijk sterk afhankelijk van onze psychische structuren en onderhevig aan innerlijke conflicten. De relatie met het goddelijke moet in een mensenleven steeds weer veroverd worden en is dus bij religieuze mensen zeker niet vanzelfsprekend (Vergote, 1987, pp. 187-254).

De kerkgaande respondenten laten nauwelijks verbanden zien. Een mogelijke verklaring vanuit onze literatuurstudie kan zijn dat kerkgang mogelijk de creativiteit en vorming van een *eigen* levensvisie remt, want bij niet kerkgaande respondenten zijn wel verbanden aangetoond. Kerkgang kan intrinsiek gemotiveerd zijn en heeft ook een psychologische functie, bijvoorbeeld bij het luisteren naar een preek (Schaap-Jonker, 2008). Daarentegen kan kerkgang ook extrinsiek gemotiveerd kan zijn en extrinsiek gemotiveerd religieus gedrag correleert nauwelijks met de vijf dimensies van de persoonlijkheid (op neuroticisme na), die een rol spelen bij andere vormen van welbevinden (Piedmont, 2005, p. 262).²⁹ Als kerkgang vooral een sociale functie heeft raakt het geloof geïsoleerd van het psychisch functioneren. Dat verklaart ook dat mensen verbaasd zijn dat hun geloof geen rol speelt als ze in een zingevingcrisis komen (Zock, 1998, pp. 43-48).³⁰ Kerkgang dat vooral een sociale functie heeft kan wel een rol spelen bij zingeving door verbondenheid met anderen te ervaren en daaraan zin te ontleen. Er is niet onderzocht waarom de respondenten naar de kerk gaan. In een vervolgonderzoek zou meegenomen kunnen worden wat het verschil in verbanden met andere vormen van welbevinden is tussen extrinsiek en intrinsiek gemotiveerd religieus gedrag en tussen de psychologische en sociale functie van kerkgang.

In Amerikaanse studies worden bij kerkgaande respondenten opvallend sterke verbanden gezien (Idler en Kasl, 1997b). De opmerkelijke verschillen tussen Amerikaans empirisch onderzoek en Nederlands empirisch onderzoek zoals in hoofdstuk 2 is geconstateerd, kan mogelijk veroorzaakt worden door de verschillen in sociaal-culturele context. In de Verenigde Staten is religie in de cultuur dominant aanwezig is, in Nederland en West-Europa niet meer. Dit betekent ten eerste dat de in een context waarin gevraagd wordt naar religie en de invloed van religie, de context mede de antwoorden op vragen daarover bepaalt (van de Donk, 2006, pp. 71 -72). Dit is een probleem bij een onderlinge vergelijking van de enquête-uitkomsten (van de Donk, pp. 71 -72). Bovendien is het lastig een onderscheid te maken tussen religieuze praktijken en het maatschappelijke leven, zoals bij kerkgang het geval kan zijn, vooral in de Verenigde Staten. "Als het één sterk met het ander is verbonden, kan er een overschatting ontstaan van de betekenis van religie voor het individu, doordat het in een dergelijke samenleving niet wenselijk is hier afstand van te nemen, ook niet in de context van een enquête. Tegelijkertijd kan er in een andere maatschappelijke omgeving sprake zijn van een onderschatting, als die sociale wenselijkheid ontbreekt en de ondervraagden in een enquête niet onderkennen dat de cultuur en het dagelijkse leven sterk door de religie worden beïnvloedt" (van de Donk, 2006, pp. 71 -72).

²⁹ Onderzoekers hebben vijf dimensies onderscheiden die in grote mate onafhankelijk van elkaar zijn, waarmee de persoonlijkheid van een individu kunnen worden beschreven. De score op elk van deze dimensies beschrijft de persoonlijkheid van iemand. Deze dimensies zijn erg stabiel tijdens de levensloop. Ze zijn voor een groot deel genetisch bepaald: hoe iemand denkt, zich gedraagt en voelt. Dit model heeft grote empirische waarde en een krachtig voorspellend vermogen ten aanzien van andere psychologisch relevante factoren (Piedmont, 2005, p. 261).

³⁰ Dit viel ook op tijdens mijn stage als geestelijk verzorger in een algemeen ziekenhuis.

Los van dit methodologische probleem kan ook het volgende aspect een rol spelen, dat een tegengestelde beweging suggereert. Indien religieuze beelden dominant aanwezig zijn in een cultuur dan kan het religieuze welbevinden zich gemakkelijker vertalen naar andere vormen van welbevinden omdat deze beelden dan ook een belangrijk deel zijn van de persoonlijke identiteit. Indien religie in een samenleving niet dominant aanwezig is, is religie wellicht veel minder dominant aanwezig in de persoonlijke identiteit dan wel verondersteld wordt (ter Haar Romeny, 2007, p. 11). Zingeving wordt dan doorslaggevend bepaald door de dominantie culturele beelden van een cultuur, ook bij religieuze mensen.³¹ De *zorgethica* van der Heijst (1993) toont aan dat een dominant zingevingssysteem in een cultuur in het lichaam en de psyche van een ieder voelbaar is.³² Een derde element dat een rol kan spelen is dat de kwetsbare ouderen die de respondenten vormen opgegroeid zijn in een algemene context waarin religie dominant was en nu leven in een sociaal-culturele context waarin religie dat niet meer is. De tegengestelde normatieve boodschappen die ze hebben ontvangen in hun leven hebben mogelijk innerlijk tot gevolg dat deze twee polen psychisch niet geïntegreerd raken; waardoor een relatie met andere vormen van welbevinden ook niet tot stand komt. De tegengestelde normatieve boodschappen die ontvangen zijn kunnen ook nog veroorzaakt zijn omdat de respondenten afkomstig zijn uit het minder religieuze 'rode' noorden van het land.

De relatie met God zo blijkt uit de resultaten correleert grotendeels te zwak met andere levensgebieden of andere vormen van welbevinden. De verwachting in dit onderzoek was anders, te meer omdat met het klimmen der jaren het godsbeeld positiever - in de zin van meer ondersteunend - ervaren wordt (Braam, 2008, p. 231). Toch zijn de resultaten in lijn met ander Nederlands onderzoek, ook het onderzoek waarin de SWBS-schaal is gebruikt (Pieper & van Uden, 2006/2007; Braam, 2008). Dit betekent niet dat spiritueel welbevinden in dit onderzoek in het geheel geen verband heeft met andere levensgebieden. Ten eerste doen de resultaten voor groep biddende respondenten vermoeden dat er mogelijk verbanden zouden kunnen zijn, hoewel deze in dit onderzoek te zwak zijn bevonden. Dit zou verder onderzocht moeten worden. Ten tweede kan het spiritueel welbevinden tot uiting komen via het existentieel welbevinden waarmee het vooral bij de bidders in dit onderzoek, sterk correleert. Dit lijkt inderdaad het geval. Deze verklaring wordt door Amerikaanse onderzoekers ondersteund (Park, 2005, p. 303). De verbanden met andere levensgebieden via de correlatie met de subschaal die existentieel welbevinden meet, zijn niet exact vastgesteld. Dit zou in een vervolg onderzoek meegenomen kunnen worden.

De specifieke context waar de kwetsbare ouderen zich in bevinden wordt gekenmerkt door een lange verblijfsduur (gemiddeld ongeveer een jaar) en afhankelijkheid.

³¹ Vergelijk een grote studie naar onze opvattingen over de dood in onze cultuur door de historicus Philippe Ariès (Ariès, 2003).

³² Van der Heijst stelt dat in de jaren vijftig van de vorige eeuw - toen onze respondenten jong waren en religie nog dominant aanwezig was in de Nederlandse maatschappij - het lichamelijke en het psychische voelen, gekenmerkt werd bepaald door zeer weinig zelfbepaling. Onze huidige tijd kenmerkt zich daarentegen door een sterke nadruk op eigen verantwoordelijkheid en zelfbepaling - het liberale verlichte wereldbeeld. Dit laatste dominante zingevingssysteem ontwikkelt zich in onze postmoderne tijd zelfs tot overtuigingen die de boodschap in zich dragen dat als je niet succesvol bent of als je ziek bent, dit je eigen verantwoordelijkheid is en dit mogelijk zelfs aan je zelf ligt: een doorgeslagen maakbaarheidsideaal (van der Heijst, 1993, pp. 136-184; Dehue, 2008). Dit kan grote gevolgen hebben voor het ontwikkelen van ziektes en de omgang met het lijden in een samenleving (van der Heijst, 1993; Dehue, 2008). Mogelijk speelt dit dominante zingevingssysteem ook een rol in de individuele beleving van religie, waarbij afhankelijkheid (van God of het goddelijke) een grote rol speelt.

Het is een psychologische wet dat afhankelijkheid en machtsrelaties leiden tot zeer sterke beïnvloedbaarheid. Het zijn de dominante beelden van de omgeving die dan de maat gaan slaan. Welke beelden dat zijn zou nader onderzocht moeten worden. Wat invoelbaar is dat de relatie met de verzorgers wat belangrijker is dan die met God of belangrijk wordt als gevolg van een afhankelijkheidsrelatie. De afhankelijkheidsrelatie kan er toe leiden dat als er innerlijk gekozen moet worden de relatie met God of het goddelijke psychisch geïsoleerd raakt, waardoor er geen verbanden ontstaan met andere vormen van welbevinden. Deze relatie is bovendien op zichzelf al fragiel van aard (en persoonlijk) als gevolg van de invloed van innerlijke conflicten en de schaamte om er voor uit te komen (Vergote, 1987, p. 252). Deze verklaringen verschillen van de verklaring die door Pieper en van Uden (2000/2006) gegeven wordt bij hun onderzoek naar patiënten die langer verblijven in een instituut. Hoewel het bij Pieper en van Uden gaat om een andere doelgroep (psychiatrische ouderen en tbs-gestelden) wijzen zij erop dat religie in de context van langdurig verblijf in een instituut extra geschikt is voor emotionele aanpassing - hoewel dit in hun onderzoek niet leidde tot een toename van existentieel welbevinden en afname van angstgevoelens (Pieper & van Uden, 2006, pp. 48-49). Wij wijzen op de fragiele aard van religie – in de zin van de relatie met God – in de context van een instituut. De verklaringen hoeven elkaar niet tegen te spreken, maar leggen wel een ander accent.

De relatie met algemeen welbevinden is in dit onderzoek niet aangetoond. Dit was wel de verwachting op basis van het literatuuronderzoek. Het bevreemdt des te meer omdat in een statistisch onderzoek de EWB-subschaal ook duidelijke verbanden heeft vier van de vijf dimensies van het vijffactoren model: negatief met neuroticisme en positief met extraversie, zorgvuldigheid, goedaardigheid (niet: openheid).³³ Deze vier factoren hebben een voorspellende rol ten aanzien van algemeen welbevinden en coping-vaardigheden (Piedmont, 2005, p. 263). Mogelijk speelt een rol dat de Welbevinden lijst vooral alledaags welbevinden meet en nog niet gevalideerd is.

4.3 Discussie: vervolgvragen en de betekenis van dit onderzoek voor de zorg voor het existentieel en spiritueel welbevinden

In de voorgaande paragraaf zijn reeds aanknopingspunten aangegeven voor nader onderzoek. Deze worden hier niet herhaald. In algemene zin kan gezegd worden dat veel onderzoek nodig is om exact vast te stellen welke de invloeden zijn van de transcendent aspecten van iemands bestaan, op de rest van zijn innerlijke belevingswereld (Piedmont, 2005, p. 268). Bij de verklaringen en interpretaties van de resultaten stonden meerdere op gespannen voet met elkaar, bijvoorbeeld ten aanzien van de invloed van de specifieke context op het existentieel en spiritueel welbevinden van de kwetsbare oudere. Deze discussiepunten kunnen even zoveel aanleidingen vormen voor nader onderzoek.

Het lijkt dat we in dit onderzoek - ook binnen de Nederlandse context - op het spoor zijn gekomen van een existentiële dimensie van onze persoonlijkheid die andere vormen van welbevinden (i.c. de complexiteit van de zorgsituatie) kan beïnvloeden en niet verklaard kan worden door algemene psychologische persoonlijkheidsmodellen zoals het vijf factorenmodel. Longitudinaal onderzoek is nodig om de oorzakelijke verbanden - waarvan we op grond van de literatuurstudie bij de interpretatie van de resultaten zijn uitgegaan - verder te kunnen bevestigen. In een eventueel vervolgonderzoek zijn grotere steekproeven

³³ Zie noot 29.

nodig om de correlaties nauwkeuriger te kunnen vaststellen. In een vervolgonderzoek zouden ook gegevens verzameld kunnen worden over de persoonlijkheid van de respondenten. De vraag zou dan kunnen zijn of deze algemeen psychologische variabelen de fluctuaties van andere vormen van welbevinden kunnen verklaren en in hoeverre de existentiële en of spirituele dimensie een rol speelt. Er is verder gebleken dat de behoefte aan contact over wezenlijke zaken in het leven deels niet vervuld wordt. Een fundamentele vraag die in een vervolgonderzoek meegenomen kan worden is in hoeverre de mate van vervulling van behoefte aan dit soort contact de relaties met andere vormen van welbevinden beïnvloedt. Een dergelijk onderzoek stelt de bijdrage van de geestelijk verzorging expliciet ter discussie. Het onderzoek dat nu is verricht zou overgedaan kunnen worden in een verder stadium van het project *Analyse van zorgbehoeften*, met een grotere steekproef en na verdere validering van onder meer de Welbevinden lijst.

Dit onderzoek heeft getracht een bescheiden bijdrage te leveren aan een aantal lacunes. Ten eerste een wetenschappelijk lacune, maar ook een lacune ten aanzien van de groep niet religieuze inwoners van Nederland (hoewel er maar 28 bevestigd zijn). Veel meer onderzoek is nodig met betrekking tot de vraag hoe de verschillende groepen respondenten vorm geven aan hun transcendente behoeften. De twee besproken theorieën over zingeving zouden een theoretische fundering kunnen vormen. Dit soort onderzoek is zeer complex, omdat niet eenduidig is vast te stellen welke inhoudelijke beelden en innerlijke processen en conflicten precies een rol spelen (Vergote, 1987, p. 195). De aandacht kan dan wellicht beter uitgaan naar verder empirisch statistisch onderzoek naar de psychologische voorwaarden en in hoeverre deze de verschillen tussen groepen respondenten kunnen verklaren.

Dit onderzoek kan het volgende betekenen voor de zorg voor het existentieel en spiritueel welbevinden. Op grond van het literatuuronderzoek en de empirische resultaten is er aanleiding te veronderstellen dat de zorg voor existentieel en spiritueel welbevinden een goede bijdrage kan leveren aan het totale welbevinden van de kwetsbare ouderen. Waarbij het *proces* van zingeving – met de psychologische voorwaarden die daarbij gesteld zijn – en niet zozeer de inhoudelijk aspect van zingeving de nadruk zou moeten krijgen. Er zijn in de literatuur veel en duidelijke aanwijzingen dat elke vorm van normativiteit in de (organisatie) van de zorg voor het existentieel en spiritueel welbevinden ineffectief is en mogelijk zelfs contraproductief uitpakt. De zorg voor kwetsbare ouderen zou zich op grond van de bevindingen van dit onderzoek niet zozeer moeten richten op de relatie met God of het goddelijke, behalve door de negatieve aspecten ervan te helpen wegnemen. De zorg zou zich met name moeten richten op de vervulling van de horizontale transcendente behoeften (waarbij God of het goddelijke overigens een rol kan spelen).

Tenslotte

Aan het einde gekomen van dit onderzoeksverslag wordt een laatste vraag gesteld, in de dubbele betekenis van deze woorden, over de dood. We begonnen met het benoemen van het einde van het leven door Seneca te citeren. De dood en het leven maken beide onlosmakelijk deel uit van de symbolische voorstellingen die we maken om zingeving te zoeken. De stoïcijnen hadden er hun ideeën en beelden bij, zoals in elke tijd en in elke cultuur er beelden over de dood domineren. Hoe is dat in onze tijd? Welk teken geeft de dood? Beelden van de dood lijken zich in onze tijd te onttrekken aan de beeldzoeker (Ariès, 2003, p. 235). Er is het beeld van het niets. De God die de dood overwint lijkt op de achtergrond te geraken. Het niets laat zich echter niet denken en voorstellen; niet geschikt

voor zingeving zo lijkt het en voer voor nihilisme. Want kunnen we blijven hopen met het niets? “En toch kan het wel”, zo stelt Ariès (2003, p. 236). Hij illustreert de onderhuidse symboliek die hij in onze tijd meent gevonden te hebben met de beroemde en populaire scene uit *Cries and Whispers*, een film van Ingmar Bergman. Anna het mooie dienstmeisje kleedt zich uit en neemt haar stervende mevrouw in de armen, alsof ze haar vitaliteit en warmte zo op de stervende over kan brengen. Het beeld doet aan primitieve hekserij denken. Het roept het beeld op van de eeuwenoude strijd tussen leven en dood, evenals het belang van tederheid, liefde, hart en vlees (Ariès, 2003, p. 236). Einde.

Referentielijst

- Alma, H.A. (2005). *De parabel van de blinden: Psychologie en het verlangen naar zin*. Amsterdam: Humanistics University Press.
- Ariès, P. (2003). *Het Beeld van de Dood* (2^e druk). Amsterdam: SUN
- Ariès, P. (2003). *Het uur van onze dood. Duizend jaar sterven, begraven, rouwen en Gedenken* (2^e druk). Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Becker, J., & De Hart, J. (2006). *Godsdienstige veranderingen in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Bohlmeier, E., Mies, L., & Westerhof, G. (2007). *De betekenis van levensverhalen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Braam, A.W., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Van Tilbur, W. (1994). Religiositeit en depressieve symptomen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, (509-519).
- Braam, A.W., Schaap-Jonker, J., Mooi, B., De Ritter, D., Beekman, A. T. F., & Deeg, D. J. H. (2008). God image and mood in old age: Results from a community-based pilot study in the Netherlands. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(2), (221-237). doi.org/10.1080/13674670701245274
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie: over de plicht het lot in eigen hand te nemen*. Amsterdam: Augustus.
- De Jonge P., Huysse F.J., Stiefel F.C., Slaets J.P., & Gans R.O. (2001b). INTERMED--a clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics*, 42, (106-109).
- De Mul, J. (2007). Echo's van een laatste God, voorbij het einde van de kunst. *Filosofie & Praktijk, praktische problemen in filosofisch perspectief*, 28(1), (16-24). Budel: Damon.
- Dohmen, J., & Baars, J. (2011). *De kunst van het ouder worden. De grote filosofen over ouderdom*. Amsterdam: Ambo.
- Donk, W.B.H.J. van de, Jonkers, A.P., Kronjee, G.J., & Plum, R.J.J.M. (red.). (2006). *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*. Amsterdam: Amsterdam University Press. Ook beschikbaar via www.wrr.nl.
- Ellison, C.W. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, (330-340).
- Ellison, C. G., & George, L. K. (1994). Religious Involvement, Social Ties, and Social Support of Religion in a Southeastern Community. In H. G. Koenig (Ed.), *Research on Religion And Aging, an Annotated Bibliography* (p. 88). London: Greenwood press.
- Finnema, E.J. (2011). *Lang zullen we leven!* Lectorale rede. Leeuwarden: NHL Hogeschool.
- Frankl, V. E. (2005). *De zin van het bestaan*. Rotterdam: AD. Donker.
- Gangi Herms, A.M., Pinggera, G.M., de Jonge P., Strasser H., & Sollner W. (2003). Assessing health care needs and clinical outcome with urological case complexity: a study using INTERMED. *Psychosomatics*, 44, (196-203).
- Gerritsen, D., & Steverink, N., (2007). Kwaliteit van leven. In A. M. Pot, Y. Kuin & M. Vink (red.), *Handboek voor ouderenpsychologie* (pp. 253-267). Utrecht: De Tijdstroom.
- Halpern, J., & Little, M. O. (2009). Motivating Health, Empathy and the Normative Activity of Coping. In H. Lindemann, M. Verkerk en M. U. Walker (Eds.), *Naturalized Bioethics* (pp. 143-161). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heymans, P. G. (2002). Ontwikkeling van persoonlijkheid en emoties over de levensloop. In J. F. Schroots (red.), *Handboek Psychologie van de Volwassen Ontwikkeling & Veroudering* (pp. 251-299). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

- Hill, P.C. & Dwiwardani, C. (2010). Measurement at the interface of psychiatry and religion: issues and existing measures. In P.J. Verhagen, H.M. Praag, J.J. López-Ibor, J.L. Cox, & D. Moussaoui (Eds.), *Psychiatry and Religion: Beyond Boundaries* (pp. 329-339). Chicester: Wiley Blackwell.
- Huyse F.J., Lyons J.S., Stiefel F.C., Slaets J.P., de Jonge P., Fink P., ... Gans .R.O. (1999). "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry*, 21, (39-48).
- Huyse F.J., Lyons J.S., Stiefel F., Slaets J., de Jonge P., & Latour C. (2001). Operationalizing the biopsychosociale model: the intermed. *Psychosomatics*, 42, (5-13).
- Idler, E. L. (1994). Religion, health, and non-physical sense of self. In H.G. Koenig, *Research on Religion and Aging. An Annotated Bibliography* (p. 99). London: Greenwood Press.
- Idler, E.L., & Kasl, S.V. (1997a). Religion Among Disabled and Nondisabled Persons I: Cross-sectional Patterns in Health Practices, Social Activities, and Well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, (294-305).
- Idler, E.L. and Kasl, S.V. (1997b). Religion Among Disabled and Nondisabled Persons II: Attendance at Religious Services as a Predictor of the Course of Disability. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, (306-316).
- Koenig, H.G. (1993). Judeo-Christian spirituality and mental health. In H.G. Koenig, *Research on Religion and Aging. An Annotated Bibliography* (p. 87). London: Greenwood Press.
- Koenig, H.G. (1995). *Research on Religion and Aging. An Annotated Bibliography*. London: Greenwood Press.
- Koenig, H.G., Meador, K., & Parkerson, G. (1997). Religion Index for Psychiatric Research: A 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry*, 154, (885-886).
- Krause, N. (2009). Meaning in life and mortality. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(4), (517-527). doi:10.1093/geronb/gbp047
- Kuin, Y., Westerhof, G. (2007). Zingeving. In A. M. Pot, Y. Kuin & M. Vink (red.), *Handboek voor ouderenpsychologie* (pp. (175-189). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kuiper, D., Pool, M., Visser, A., & Steverink, N. (2011). Grip en Glans- Toolkit. *Kwaliteit in Zorg*, 2. Geraadpleegd via Leiden 85-plus study, <http://www.lasa-vu.nl/index.htm>
- McAdams, D. P. (1993). *The Stories We Live by. Personal Myths and the Making of the Self*. New York: The Guilford Press.
- Muthert, H. J. K. (2010). Coming to Terms with Loss in Schizophrenia – The search for Meaning. . In P.J. Verhagen, H.M. Praag, J.J. López-Ibor, J.L. Cox, & D. Moussaoui (Eds.), *Psychiatry and Religion: Beyond Boundaries* (pp. 497-512). Oxford: Wiley Blackwell.
- Nationaal Programma Ouderenzorg. (2011). Geraadpleegd via <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/het-programma/beschrijving/>
- Oman, D., & Thoresen, C.E. (2005). Do religion and spirituality influence health? In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 435-455). New York/London: The Guilford Press.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In A. Peplau & D. Porlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and theory*. New York: Wiley.

- Park, C.L. (2005). Religion and Meaning. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 295-314). New York/London : The Guilford Press.
- Piedmont, R.L. (2005). The Role of Personality in Understanding Religious and Spiritual Constructs. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 253-273). New York/London: The Guilford Press.
- Pieper, J.Z.T., & Van Uden, M.H.F. (2006). *Religie in een forensisch psychiatrische setting. Patiënten van de Pompestichting over geloof/levensbeschouwing en geestelijke verzorging*. Tilburg: KSGV.
- Pieper, J.Z.T., Van Uden, M.H.F. (2007). Unchain my Heart ... Religious Coping and Well-Being in a Forensic Psychiatric Institution. *Archiv für Religionspsychologie*, 29, (289-304).
- Reker, G. T., & Wong, P. T. P. (1988). Towards a theory of personal meaning. In J. E. Birren, & V. L. Bengtson (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 214-246). New York: Springer Publishing Co.
- Schaap-Jonker, J. (2008). *Before the face of God: An Interdisciplinary Study of the Meaning of the Sermon and the Hearer's God Image, Personality and the Affective State*. Zürich: Lit Verlag.
- Schaap-Jonker, J., & Zock, T.H. (2011). Brief aan: de werkplaatsen die deelnemen aan NPO-project *Analyse van zorgbehoefte en organiseren van zorg en ondersteuning vanuit het perspectief van de oudere*.
- Schuurmans, H. (2004). *Promoting well-being in frail elderly people: theory and intervention*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Groningen: University of Groningen. Geraadpleegd via <http://irs.ub.rug.nl/ppn/264412974>
- Scully, J. L. (2008). *Disability Bioethics, Moral Bodies, Moral Difference*. Plymouth: Rowman & Littlefield.
- Seneca, L. A. (2005). *Leren sterven. Brieven aan Lucilius*. (V. Hunink, vert.). Amsterdam: Atheneum-Polak & Van Gennep (oorspronkelijk werk gepubliceerd ca. 62-64 na Chr.).
- Silverman, H. J. (2006). Modernism and Postmodernism. In D. M. Borchert (ed.), *Encyclopedia of Philosophy*, Vol. 6. 2nd ed. (316-319).
- Slaets, J.P. (2004). 51-tools for case finding and care coordination in a consultation-liaison Service for elderly. *Journal of psychosomatic research*, 56(6), (577).
- Slaets, J. P. (2009). Project Analyse van zorgbehoefte en organiseren van zorg en Ondersteuning vanuit het perspectief van de oudere. *Programma Ouderenzorg Subsidieaanvraag/grant application form dossier number 60-61900-98-122*. Groningen: UMCG .
- Steverink, N. (2009). Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 40 (6), (244-252).
- Steverink, N., Lindenberg, S., & J. Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing. Patterned change in resources and goals. *Ageing and Society*, 18(4), (441-467).
- Stiefel F.C., de Jonge P., Huyse F.J., Guex P., Slaets J.P., Lyons J.S.,... Spagnoli J. (1999a). "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiatry* (21), (49-56).
- Stiefel F.C., de Jonge P., Huyse F.J., Slaets J.P., Guex P., Lyons J.S., ... Vannotti M. (1999b). INTERMED--an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. *Spine* 24, (378-384).

- Stiefel F.C., Huyse F.J., Sollner W., Slaets J.P., Lyons J.S., Latour C.H., ...Van der Wal, N. (2006). Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. *Med Clin North Am*, 90, (713-758).
- Sulmasy, D.P. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist*, 42, 24-33.
- Ter Haar Romeny, B. (2007). *Religie en cultuur: wie is de baas?* NWO-Huygenslezing. Geraadpleegd via http://www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOP_5SMFM6, 19 april, 2011.
- Uden, M.H.F. van, & Pieper, J.Z.T. (2000). *Geestelijke verzorging op Van Gogh. Onderzoek onder cliënten van het Vincent van Gogh Instituut naar hun geloof/ levensbeschouwing en hun behoefte aan geestelijke verzorging*. Venray: Van Gogh
- Van Bruggen, A. C. (2001). *Individual production of well-being: an exploratory study*. Proefschrift Rijks Universiteit Groningen. Groningen: RUG.
- Van Campen, C. (red.), (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. Geraadpleegd via http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011
- Van der Heijst, A. (1993). *Leesbaar lichaam, verhalen van lijden bij Blaman en Dorrestein*. Kampen: Kok Agora.
- Van der Lans, J. M. (2006). Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress. In J.M. van der Lans, *Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen*. Tilburg: KSGV.
- Vandermeersch, P. M. G. P., & Westerink, H. (2007). *Godsdienstpsychologie in cultuurhistorisch perspectief*. Amsterdam: Boom.
- Vergote, A. (1987). *Religie, Geloof en Ongeloof. Psychologische studie* (2^e druk). Kapellen: De Nederlandse Boekhandel.
- Von Faber, M. (2002). *Maten van succes bij ouderen: Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Rotterdam: Optima. Geraadpleegd via <http://www.narcis.nl/>
- Vreeman, T., Smeets, W., & Quartier, T. (2009). Geestelijke verzorging in het kader van geestelijk welbevinden. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 12(53), (44-49).
- Vries-Schot, M. de (2006). *Gezonde godsdienstigheid en heilzaam geloof: Verheldering van concepten vanuit de psychologie, psychiatrie en de theologie*. Delft: Eburon.
- Walker, M.U. (1999). Getting out of line: Alternatives to Life as a Career. In J. Dohmen & J. Baars (red.), *De kunst van het ouder worden* (pp. 384-397). Amsterdam: Ambo.
- Walker, M. U. (2009). Introduction: Groningen Naturalism in Bioethics. In H. Lindemann, M. Verkerk en M. U. Walker (Eds.), *Naturalized Bioethics* (pp. 1-19). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ward, G. (2003). Postmodernism. In J. Wentzel Vrede van Huyssteen (ed.), *Encyclopedia of Science and Religion*, Vol. 2. (690-693).
- Westerhof, J. & Kuin, Y. (2002). Zingeving en ouder worden. In J. J. F. Schroot (red.), *Handboek Psychologie van de Volwassen Ontwikkeling & Veroudering* (pp. 301- 316). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Westerhof, J., & Kuin, Y. (2007). Zingeving. In A.M. Pot & Y. Kuin (red.), *Handboek Ouderenpsychologie* (pp. 176-189). Utrecht: De Tijdstroom.
- Wink, P. & Dillon, M. (2003). Religiousness, Spirituality, and Psychosocial Functioning in Late Adulthood: Findings From a Longitudinal Study. *Psychology and Aging*, 18, (916-924).
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: BasicBooks.
- Zock, T. H. (1997). Religie als transitioneel fenomeen. Het belang van D.W. Winnicott voor de

- godsdienspsychologie. *Nederlands Theologisch Tijdschrift*, 51.1, (31-48).
- Zock, T. H. (1998). Relationaliteit en zinbeleving, geloof als basis voor religie en zinbeleving. In M. van Uden & J. Pieper (red.), *Wat baat religie, godsdienspsychologen en godsdienssociologen over het nut van religie* (pp. 27-45). Nijmegen: KSGV.
- Zock, T. H. (2007). *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienspsychologisch perspectief*. Tilburg: KSGV.

Bijlage

Vragenlijst 'Zin van het leven'