

Geloofsgebaseerde copingsmechanismen bij chronische pijn patiënten

Delize Steyn

Afstudeeropdracht, Hogeschool Utrecht, afdeling fysiotherapie, juni 2008

INLEIDING

Chronische pijn is een significant probleem in het dagelijks leven van mensen met chronische ziekten/aandoeningen, vooral in situaties waar hun pijn niet afdoende behandeld wordt. Boodschappen tillen, traplopen en wandelen worden dan een dagelijkse kwelling. Dit alles heeft ook ingrijpende gevolgen voor de geestelijke weerbaarheid van de mensen. Klachten zoals oplopende frustraties (54%), snel prikkelbaar zijn (47%), slapeloosheid (42%), alsook depressiviteit (26%) en pure wanhoop (5%) illustreren dat het dagelijks leven ingrijpend verandert door chronische pijn (www.fysionet.nl). Verschillende onderzoekers hebben gevonden dat individuen zich tot een groot aantal cognitieve en gedragsmatige copingsmechanismen wenden, als men onderhevig is aan chronische pijn. Aanvullend zijn er groeiende bewijzen voor het bestaan van een relatie tussen gezondheid en het gebruik van geloofsgebaseerde coping in het omgaan van pijn (Dunn & Horgas 2004). In dit artikel wordt antwoord gegeven op de volgende vraag:

Wat is de invloed van geloofsgebaseerde coping op de fysieke en psychische gezondheid van chronische pijn patiënten?

Deze vraag wordt beantwoord door te verduidelijken wat er onder religie/spiritualiteit verstaan wordt en wat geloofsgebaseerde coping inhoudt. Verder wordt er gekeken naar wat de invloed van geloofsgebaseerde coping is op de fysieke en psychische gezondheid in onderzoeken die gedaan zijn onder chronische pijn patiënten.

METHODE

Er is gezocht met de zoekmachines: Google Scholar, Cochrane Databanken, SUMSearch, PEDro, EBSCO, Medline (Pubmed), Center for Evidence Based Physiotherapy Maastricht (CEBP). Tevens is gezocht in de catalogi van de Hogeschool Utrecht en de catalogi van het Universitair Medisch Centrum te Utrecht.

Trefwoorden: *spirituality AND health, koenig hg, religion AND medicine, spirituality, coping.*

De gebruikte artikelen bestaan uit één meta-analyse, twee reviews, één descriptive cross-sectional study, één exploratory cross-sectional analysis, één preliminary study en verscheidene andere studies.

In-/exclusie criteria: Nederlands of Engelstalig, niet ouder dan zeven jaar en het betreft geloofsgebaseerde copingsmechanismen bij chronische pijn patiënten.

Knelpunten: Door het bescheiden aantal artikelen over dit onderwerp is er ook gebruik gemaakt van artikelen ouder dan vijf jaar. Het merendeel van de chronische pijn patiënten bestaat uit ouderen en in de literatuur wordt ook vaak onderzoek onder ouderen gedaan. Desondanks zal in dit artikel geen onderscheid gemaakt worden in leeftijd, omdat het alle chronische pijn patiënten betreft en dit het aantal artikelen teveel zal beperken.

De level of evidence van de gebruikte artikelen is level 3 volgens de richtlijnen van het CBO.

ACHTERGROND

Er zijn 2,5 miljoen Nederlanders (>18 jaar) die worden geconfronteerd met langdurige (chronische) pijn. Vooral senioren (>60 jaar) worden hierdoor gekweld. Ruim 800.000 ouderen (28%) geven aan last te hebben van chronische pijn; één op de vijf hiervan worden langer dan 20 jaar vrijwel dagelijks gehinderd door ernstige pijn. De belangrijkste oorzaken van chronische pijn zijn gewrichtsklachten. Bij ongeveer 300.000 ouderen wordt de chronische pijn veroorzaakt door artrose. De behandeling die men krijgt voor de pijn bestaat voornamelijk uit medicijnen en fysiotherapie (www.fysionet.nl).

Bij onderzoek naar geloofsgebaseerde coping moet men in gedachten houden dat het op twee vooronderstellingen berust (Harrison et al, 2001). Ten eerste wordt er verondersteld dat de stress van chronische pijn ervoor zorgt dat mensen veranderingen en problemen ondergaan. Ten tweede wordt er verondersteld dat mensen een actieve rol vervullen in hun coping. Daarbij maken zij gebruik van hun referentiekader en hebben zij veelvuldige keuzemogelijkheden. Pargament (1997 in Tarakeshwar, Pargament & Mahoney 2003) stelt dat het copen (omgaan) met problemen/uitdagingen een geloofsgebaseerde dimensie behuist wanneer geloof aanwezig en toegankelijk is. In het bijzonder wanneer de grenzen van het menselijk kunnen worden opgezocht. Hierbij moet men in acht nemen dat stress een prikkel is tot verandering. Met dit gegeven kan het van belang zijn voor de fysiotherapeut te weten wat de invloeden zijn van geloofsgebaseerde coping en wat dit betekent voor de fysieke en psychische gezondheid van de patiënt.

TERMINOLOGIE

Om de context van geloofsgebaseerde coping te verduidelijken zullen eerst enkele termen zoals chronische pijn, religie en spiritualiteit uitgelegd worden. Ook zal er worden in gegaan op de betekenis van geloofsgebaseerde coping.

Volgens de International Association for the Study of Pain spreekt men van chronische pijn als: de pijn onbeperkt aanhoudt en langer duurt dan de gewone duur van de acute ziekte, dit is 3 tot 6 maanden na het initieel letsel.

Volgens Koenig et al. (2001) is *religie* een georganiseerd systeem, ontworpen om nabijheid te ervaren/bewerkstelligen met het heilige of hogere (God, hogere macht of absolute waarheid/realiteit).

Breder dan religie is de term *spiritualiteit* (Cawley 1997, Nagai-Jacobson & Burkhardt 1989 in Baldacchino & Draper 2001). Dit woord is afgeleid van het Latijnse woord *spiritus*, wat letterlijk 'geest' betekent. De geest is de vitale levenskracht die mensen motiveert (Golberg 1998 in Baldacchino & Draper 2001) en die invloed heeft op iemands leven, gezondheid, gedrag en relaties (Stuart et al, 1989 in Baldacchino & Draper 2001).

Spiritualiteit wordt ook wel omschreven als de persoonlijke zoektocht antwoorden te vinden/krijgen op essentiële vragen over het leven, over zingeving en over relaties met het heilige of het hogere. Dit kan leiden tot of kan voortkomen uit de ontwikkeling van religieuze rituelen en de vorming van een gemeenschap (Koenig et al. 2001).

McSherry en Burnhard (respectievelijk 1997, 1988 in Baldacchino & Draper 2001) maken duidelijk dat wanneer spiritualiteit enkel een synoniem zou zijn voor religie en een geloof in God, er veel personen (zoals atheïsten, agnostici, humanisten en hedonisten) buitengesloten worden in het gebruik van geloofsgebaseerde copingsmechanismen.

In de wetenschappelijke literatuur over religie/spiritualiteit worden de termen 'religiosity' (godsdienstigheid) en 'spirituality' (spiritualiteit) het meest gebruikt. Over de definities van deze termen zijn de meningen aanzienlijk verdeeld en het gebruik ervan inconsistent. Om deze verwarring in terminologie te voorkomen, is ervoor gekozen in dit artikel alleen de termen *geloof* en *geloofsgebaseerde coping* te gebruiken. Op deze manier wordt getracht een eenduidige term te gebruiken waar ook religie of spiritualiteit zou kunnen staan.

De *coping* van een persoon wordt door Folkman en Lazarus (1984 in Burker et al, 2005) gedefinieerd als de constant veranderende cognitieve en gedragsmatige inspanningen om met specifieke interne en/of externe eisen om te gaan, die gezien worden als veeleisend of over de grenzen van iemands kunnen heen gaan.

De term *geloofsgebaseerde coping* duidt op het vertrouwen op geloofsgebaseerde ideeën en activiteiten om emotionele stress of fysiek ongemak te hanteren (Koenig 1994 in Dunn & Horgas 2004). Geloofsgebaseerde copingsmechanismen zijn multi-dimensioneel. Zij weerspreken het stereotype beeld van geloof als simpelweg een afweermechanisme of een passieve vorm van coping. Harrison et al. (2001) en Dunn & Horgas (2004) beschrijven een grote verscheidenheid van copingsmechanismen zoals te zien is in respectievelijk overzicht 1 en overzicht 2. De beschreven copingsmechanismen variëren van actief tot passief, van probleemgeconcentreerd tot gevoelsgeconcentreerd, van positief tot negatief en van gedragsmatig tot interpersoonlijk en geloofsgebaseerd (Harrison et al, 2001).

Overzicht 1. Geloofsgebaseerde copingsmechanismen (Harrison et al, 2001)

- Goedaardig geloofsgebaseerde herwaardering. Herdefiniëring van de stressor door het geloof als goedaardig en mogelijk nuttig.
- Bestraffende God herwaardering. Stressor als straf van God op zijn/haar zonden te herinterpreteren.
- Demonische herwaardering. Stressor als het werk van de duivel herinterpreteren.
- Herwaardering van Gods kunnen. Gods kunnen herinterpreteren als invloed hebbend op de stressvolle situatie.
- Samenwerken met God. Controle zoeken door samen te werken met God.
- Afwachtende geloofsgebaseerde coping. Passief afwachten tot God de situatie onder controle heeft.
- Zelfgeleide geloofsgebaseerde coping. Controle zoeken door eigen initiatief in tegenstelling tot vertrouwen op God.
- Zoeken van religieuze steun. Zoeken van comfort en geruststelling door Gods liefde en zorg.
- Geloofsgericht. Deelnemen aan geloofsactiviteiten om de aandacht van de stressor af te leiden.
- Geloofsgebaseerde reiniging. Zoeken naar spirituele reiniging door geloofsactiviteiten.
- Geloofsgebaseerde verbondenheid. Verbondenheid zoeken met krachten die boven het individu uitstijgen.
- Ontevredenheid met het geloof. Uiten van verwarring, vervreemding en ontevredenheid met God.
- Steun vinden bij de gemeenschap. Comfort en bevestiging zoeken door middel van liefde en zorg van de gemeenschap.
- Helpen vanuit het geloof. Proberen anderen te helpen met spirituele steun en troost.
- Inter-persoonlijke geloofsontevredenheid. Uiten van verwarring en ontevredenheid met de gemeenschap.
- Geloofsgebaseerde vergeving. Tot geloof keren voor hulp in het loslaten van boosheid, pijn en angst voor anderen.
- Geloofsgebaseerde verandering. Radicale verandering door geloof verwachten.

Overzicht 2. Geloofsgebaseerde copingsmechanismen (Dunn & Horgas 2004)

Samenwerkende copingsmechanismen

- Als ik pijn heb, praat ik er met God over en samen beslissen wij wat de betekenis daarvan is.
- Samen met God zet ik mijn plannen om met de pijn om te gaan over in actie.
- Als het er op aan komt hoe ik met mijn pijn om moet gaan, werken God en ik samen als partners.
- Als ik nadenk over hoe ik met mijn pijn om moet gaan, werken God en ik samen aan een oplossing.
- Als ik een probleem met pijn oplos, werk ik samen met God om het te begrijpen.
- Als ik mij zorgen maak over pijn, werk ik samen met God om mijn zorgen te verlichten.

Zelfgeleide copingsmechanismen

- Als ik pijn heb, hanteer ik mijn gevoelens zonder Gods hulp.
- Ik probeer met mijn pijn om te gaan zonder Gods hulp.
- Als ik moeite heb om mijn pijn onder controle te houden, besluit ik zelf wat het betekent, zonder Gods hulp.
- Als ik nadenk over hoe ik met mijn pijn om kan gaan, probeer ik oplossingen te bedenken zonder Gods hulp.
- Bij het maken van een keuze voor de behandeling van pijn, maak ik een keuze zonder Gods hulp.
- Na een moeilijke periode om mijn pijn onder controle te houden, probeer ik het te begrijpen zonder te vertrouwen op God.

Uitstel copingsmechanismen

- In plaats van zelf een oplossing te vinden voor het onder controle houden van mijn pijn, laat ik God besluiten hoe ik er mee om moet gaan.
- Als pijn mij angstig maakt, wacht ik tot God mijn angsten weg neemt.
- Ik denk niet vaak aan de pijn die ik heb gehad, God geeft het een doel.
- Als ik ernstige pijn heb, laat ik het aan God over om te besluiten wat het voor mij betekent.
- Voordat ik mijn pijn behandel, wacht ik op God om de leiding te nemen en weet ik dat Hij het zal oplossen.
- Ik hoef niet na te denken over hoe ik met mijn pijn om ga, want God doet het voor mij.

ONDERZOEK NAAR DE INVLOED VAN COPING

Verscheidende onderzoekers hebben aangetoond dat personen met artritis zich tot een grote verscheidenheid aan cognitieve en gedragsmatige copingsmechanismen wendden als men hoge mate van chronische pijn ervaart (Keefe et al, 2000 in Dunn & Horgas 2004). Affleck en collega's (1992, 1999 in Dunn & Horgas 2004) onderzochten de gewoonten in dagelijkse activiteiten bij patiënten met artritis en vonden dat de meerderheid van de deelnemers rapporteerden dat zij tenminste één copingsmechanisme per dag gebruikten. Keefe et al. (1987, 1991 in Dunn & Horgas 2004) rapporteerden dat de copingsmechanismen die gebruikt werden door patiënten met chronische kniepijn bestonden uit coping zelfstatements (bijvoorbeeld "*Ik zeg tegen mijzelf dat ik de pijn kan overwinnen*"), bidden en hopen, de pijn negeren, ontspanning, afleiding en beweging. Brown et al. (1989 in Dunn & Horgas 2004) onderzochten de relatie tussen pijn, het gebruik van actieve en passieve pijn copingsmechanismen en depressie. Zij vonden dat actieve pijn copingsmechanismen significant vaker geassocieerd waren met een betere psychische en fysieke gezondheid dan passieve copingsmechanismen.

ONDERZOEK NAAR DE INVLOED VAN GELOOFSGEBASEERDE COPING

Een stap verder in het onderzoek naar copingsmechanismen bij chronische pijn patiënten is te kijken naar wat de invloed is van geloofsgebaseerde copingsmechanismen. Er is in toenemende mate bewijs dat er een relatie bestaat tussen gezondheid en geloofsgebaseerde coping in het hanteren van pijn (Dunn & Horgas 2004).

In een meta-analyse van 49 studies deden Ano & Vasconcelles (2005) een kwantitatief onderzoek naar de relatie tussen geloofsgebaseerde coping en psychologische aanpassing aan stress. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat geloofsgebaseerde copingsmechanismen een significante relatie hebben met psychologische adaptatie aan stress. Meer specifiek tonen de resultaten van deze meta-analyse aan dat er een gematigd positieve relatie bestaat tussen positieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen en positieve bevindingen met betrekking tot stressvolle gebeurtenissen.

Als het gaat om resultaten in onderzoeken naar geloofsgebaseerde coping wordt er voornamelijk gekeken naar de gemoedstoestand van de mens, vooral de mate van depressieve symptomen. Over het algemeen worden de laagste scores van depressieve symptomen in verband gebracht met positieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen, zoals 'zoeken van religieuze steun' en 'uiten van geloofstevredenheid'. Met uitzondering van 'geloofsgebaseerde ontkenning en apathie' (Pargament et al, 1998 in Harrison et al, 2001), worden negatieve geloofsgebaseerde coping, zoals 'uiten van ontevredenheid met het geloof' en 'inter-persoonlijke geloofsgebaseerde conflict' geassocieerd met meer depressieve symptomen. Deze relaties zijn al herhaaldelijk gelegd in communautaire steekproeven (Bickel et al, 1998; Corbett, 1999; Oler, 1998; Pargament et al, 1998 in Harrison et al, 2001), klinische steekproeven (Bush et al, 1999; Koenig et al, 1998b; Woods et al, 1999 in Harrison et al, 2001) en steekproeven in de zorg (Chang et al, 1998; Mickley et al, 1998; Pargament et al, 1999 in Harrison et al, 2001). Er is wel één prospectieve studie over veranderingen in depressieve symptomen in verloop van tijd die een beschermend effect door geloofsgebaseerde coping niet ondersteunde (Tix & Frazier, 1998 in Harrison et al, 2001).

ONDERZOEK NAAR DE INVLOED VAN GELOOFSGEBASEERDE COPING BIJ CHRONISCHE PIJN PATIËNTEN

Om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling: 'wat is de invloed van geloofsgebaseerde coping op de fysieke en psychische gezondheid van chronische pijn patiënten?' worden hier vier onderzoeken naar geloofsgebaseerde coping bij chronische pijn patiënten verder uitgewerkt. Daarbij wordt per onderzoek gekeken naar het doel, de in-/exclusiecriteria, de meetinstrumenten, de vraagstellingen, de resultaten en de conclusies.

ONDERZOEK ÉÉN: THE RELATIONSHIP BETWEEN RELIGION/SPIRITUALITY AND PHYSICAL HEALTH, MENTAL HEALTH, AND PAIN IN A CHRONIC PAIN POPULATION (RIPPENTROP ET AL, 2005)

- *Doelstelling*
Rippentrop et al. (2005) onderzochten de relatie tussen religie/spiritualiteit en gezondheid bij patiënten met chronische pijn (n=122).
- *Inclusiecriteria*
>18 jaar, moedertaal is Engels en pijn >3 maanden.
- *Exclusiecriteria*
Pijn niet ten gevolge van een terminale aandoening of een acuut letsel zoals een fractuur en geen cognitieve beperking of ernstig leerprobleem.
- *Meetinstrumenten*
De geloofsgebaseerde coping werd gemeten met behulp van de religieuze/spirituele copingsschaal de BMMRS (the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality). De BMMRS richt zich op drie belangrijke domeinen van copingsmechanismen: (1) positieve geloofsgebaseerde coping; meet de manier waarop men met een stressvolle situatie of pijn omgaat of evalueert dat berust op een goedaardig beeld van God of een hogere macht, (2) negatieve geloofsgebaseerde coping; meet de manier waarop men met een stressvolle situatie of pijn omgaat of evalueert dat berust op een onzekere relatie met God of een hogere macht en (3) invloed van geloof in coping; meet de mate waarin geloof beschouwd wordt als een invloed op de coping van een stressvolle situatie.
- *Vraagstellingen*
In deze studie worden de hypothesen gesteld dat geloof een significante bijdrage levert aan: (1) een betere fysieke gezondheid, (2) een betere mentale gezondheid en (3) een lagere intensiteit van pijn en minder pijngerelateerde beperkingen in het leven.
- *Resultaten*
 1. Geloof zou significant gerelateerd zijn aan een betere fysieke gezondheid.
Daarentegen is fysieke gezondheid significant en negatief gerelateerd aan persoonlijke geloofsgebaseerde activiteiten, dus hoe vaker een persoon deelnam aan persoonlijk gebed, meditatie of lezen in de Bijbel, hoe slechter de fysieke gezondheid.
 2. Geloof zou significant gerelateerd zijn aan een betere mentale gezondheid. Betere mentale gezondheid was gerelateerd aan meer dagelijkse geloofsgebaseerde ervaringen ($p < 0,05$), vergeving en steun van de geloofsgemeenschap. Gecompromitteerde mentale gezondheid was gerelateerd aan negatieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen ($p < 0,05$), zoals: zich gestraft en verlaten voelen door God; geen steun ervaren van de geloofsgemeenschap; en geen dagelijkse geloofsgebaseerde ervaringen hebben. Personen die zichzelf als zeer gelovig beschouwen, hadden een betere mentale gezondheid dan degenen die zichzelf niet als gelovig zien.
 3. Een hoger niveau van geloof zou gerelateerd zijn aan minder pijn en minder beperkingen in het leven door de pijn. De intensiteit van de pijn van de deelnemers had een negatieve correlatie met vergeving en een positieve correlatie met negatieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen ($p < 0,05$). Dus, hoe minder vergevend een persoon was en hoe meer negatieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen hij/zij gebruikt, hoe intenser de pijn. Gebrek aan vergeving was ook gerelateerd aan meer beperkingen in het leven van de deelnemer door pijn.
- *Conclusies*
Hier volgen nog enkele conclusies die niet van belang zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling in dit artikel, maar wel interessant zijn om te vermelden:
 - Leeftijd was significant en positief gerelateerd aan bijna alle geloofsgebaseerde copingsmechanismen.
 - Deelnemers die deel uit maakten van een invaliditeit-/compensatieprogramma hadden een significant lager overall mentale gezondheid, hogere pijnintensiteit en meer beperkingen door pijn dan deelnemers die niet aan zulke programma's meededen.

Deelnemers van zulke programma's hadden een lager niveau van vergeving en gebruikte meer negatieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen.

- Hoe langer deelnemers al pijn hadden, hoe minder vergevend ze waren en hoe minder steun ze ervoeren van de geloofsgemeenschap.

ONDERZOEK TWEE: RELIGIOUS AND NONRELIGIOUS COPING IN OLDER ADULTS EXPERIENCING CHRONIC PAIN (DUNN & HORGAS, 2004)

- *Doestelling*

Dunn & Horgas (2004) onderzochten in een cross-sectional study wat de invloeden zijn van geloofsgebaseerde en niet-geloofsgebaseerde coping op chronische pijn bij ouderen (n=200), waarvan vrouwen (n=154) en mannen (n=46). De gemiddelde leeftijd was 76,36 jaar (SD=6,55).

- *Inclusiecriteria*

>65 jaar, chronische pijn >3 maanden en joodse/christelijke overtuiging (bijvoorbeeld katholiek, protestant of joods). Het onderzoek beperkte zich tot een joodse/christelijke overtuiging, omdat verwacht werd dat deze doelgroep gebruik zou maken van geloofsgebaseerde coping in hun omgang met pijn.

- *Exclusiecriteria*

Het exclusie criterium was een cognitieve beperking (het onvermogen om 10 of meer dieren te noemen in de 'Animal Naming Test').

- *Meetinstrumenten*

De pijn werd gemeten met behulp van een pijnvragenlijst en de VAS-score. De niet-geloofsgebaseerde copingsmechanismen werden uitgevraagd met de CSQ (Coping Strategies Questionnaire) en de geloofsgebaseerde copingsmechanismen werden uitgevraagd met de RPS (Religious Problem-Solving Scale).

- *Vraagstellingen*

In het onderzoek van Dunn & Horgas (2004) werd er gekeken naar: (1) hoe ouderen chronische pijn ervaren, (2) hoe vaak en welke geloofsgebaseerde of niet-geloofsgebaseerde copingsmechanismen ouderen gebruiken om met hun chronische pijn om te gaan en (3) er werd gekeken of er verschillen zijn tussen sekse en afkomst in het gebruik van geloofsgebaseerde en niet-geloofsgebaseerde copingsmechanismen.

- *Resultaten*

1. Over het algemeen gaven de deelnemers aan gematigd last te hebben van pijn. De pijn bevond zich voornamelijk in de onderste extremiteiten.
2. Ouderen gebruiken een grote verscheidenheid aan copingsmechanismen (medicatie, etc.) om met de pijn om te gaan. Ouderen gebruiken vaker actieve, oplossingsgerichte copingsmechanismen dan passieve mechanismen. Van de niet-geloofsgebaseerde copingsmechanismen werden de volgende het meest gebruikt: pijnmedicatie, pijn rapporteren bij dokter of verpleging, afleiding zoeken en oefeningen doen. Deze resultaten veronderstellen dat:

- ouderen er op gericht waren om hun pijnprobleem op te lossen zodat zij hun alledaagse activiteiten gemakkelijker zouden kunnen doen;
- ouderen chronische pijn als behandelbaar ervaren;
- ouderen professionele hulp zoeken om hun pijn te hanteren;
- combinaties van pijnmedicatie en cognitieve copingsmechanismen het meest gebruikt worden.

Van de geloofsgebaseerde copingsmechanismen worden samenwerkende copingsmechanismen het meest gebruikt. Het meest genoemde samenwerkende copingsmechanisme was "als ik mij zorgen maak over pijn, werk ik samen met God om het te begrijpen". Van de zelfgeleide copingsmechanismen was "bij het maken van een keuze voor de behandeling van pijn, maak ik een keuze zonder Gods hulp" het meest gebruikte mechanisme. Bij uitstel copingsmechanismen was dat "ik denk niet vaak aan de pijn die ik heb gehad, God geeft het een doel".

3. Oudere vrouwen gebruiken afleiding en het doen van oefeningen vaker dan mannen. Oudere vrouwen maken vaker gebruik van niet-geloofsgebaseerde coping ($p=0,05$), samenwerkende geloofsgebaseerde coping ($p=0,0$), uitstel geloofsgebaseerde coping en het totaal aan geloofsgebaseerde copingsmechanismen ($p=0,01$) dan de oudere mannen. De niet-blanke deelnemers gaven aan vaker gebruik te maken van samenwerkende geloofsgebaseerde coping, uitstel geloofsgebaseerde coping en het totaal aan geloofsgebaseerde coping dan de blanke deelnemers.
- *Conclusies*
Onderbehandelde of slecht gecontroleerde pijn kan het fysieke, psychische, sociale, emotionele en spirituele welzijn van ouderen beïnvloeden. Horgas & Dunn, 2001 (in Dunn & Horgas 2004) vonden een significant hogere mate van depressie en lagere mate van welzijn bij ouderen wier pijn niet onderkend werden door hun verzorgende in tegenstelling tot de bewoners waarbij de pijn werd genoteerd. Kahana en collega's 1997 (in Dunn & Horgas 2004) vonden dat ouderen met pijn minder in staat waren om deel te nemen aan sociale interacties, meer moeite hadden met zelfverzorging, vaker depressief waren en een hogere graad van negatieve belevingen hadden dan ouderen zonder pijn. Ouderen rapporteerden dat pijn invloed had op hun vermogen deel te nemen aan en te genieten van activiteiten, ze waren minder mobiel, hun slaap was onregelmatig en zij hadden een hogere mate van depressieve symptomen en angsten (Ferrel et al, 1990 in Dunn & Horgas 2004).

ONDERZOEK DRIE: RELIGIOUS COPING, PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND DISABILITY AMONG PATIENTS WITH END-STAGE PULMONARY DISEASE (BURKER, EVON, SEDWAY & EGAN, 2004)

- *Doelstelling*
Burker, Evon, Sedway & Egan (2004) onderzochten de geloofsgebaseerde copingsmechanismen van patiënten met longziekten die wachten op een transplantatie ($n=90$). Er wordt een vergelijking gemaakt tussen patiënten met cystische fibrose (CF) ($n=62$) en patiënten met recent ontstane ernstige longziekten (non-CF) ($n=28$). Tevens wordt er gekeken welke copingsmechanismen gerelateerd zijn aan depressie en invaliditeit.
- *Inclusiecriteria*
Gediagnosticeerd zijn met een longziekte, staan op de wachtlijst voor een longtransplantatie, vragenlijsten zijn voor de transplantatie ingevuld.
- *Exclusiecriteria*
Deze werden niet beschreven.
- *Meetinstrumenten*
De gebruikte vragenlijsten bestonden uit; RCOPE (Religious Coping inventory), STAI (Spielberger Trait Anxiety Inventory), BDI (the Beck Depression Inventory) en de SIP (Functional status and Disability).
- *Vraagstellingen*
Er worden drie hypothesen gesteld:
 1. Patiënten zouden positieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen vaker gebruiken dan negatieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen.
 2. Patiënten met CF zouden vaker gebruik maken van positieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen dan de patiënten met non-CF.
 3. 'Goedaardig herwaarderen', 'samenwerkend geloofsgebaseerde coping' en 'zoeken naar geloofsgebaseerde steun' zouden een negatieve relatie hebben met psychologische distress en problematiek. En 'als straf van God ervaren' en 'ontevreden in geloof' zouden een positieve relatie hebben met psychologische distress en problematiek.
- *Resultaten*
In het onderzoek werden er geen aparte resultaten beschreven.

- *Conclusies*

1. Beide groepen gebruiken positieve geloofsgebaseerde coping vaker dan negatieve geloofsgebaseerde coping ($p < 0,001$).
2. De patiënten met non-CF zochten vaker steun bij God en de geloofsgemeenschap dan de patiënten met CF. De patiënten met non-CF gaven de controle over aan God (passieve doorverwijzing $p < 0,01$) en de patiënten met CF hadden meer de neiging zelf de verantwoordelijkheid te nemen en gebruik te maken van 'zelfgeleide coping' ($p < 0,01$). Er waren geen verschillen gevonden in de mate van psychologische distress of problematiek.
3. 'Goedaardige herwaardering', 'samenwerkend geloofsgebaseerde coping' en 'zoeken naar geestelijke steun' zouden een negatieve relatie hebben met psychologische distress en problematiek. En 'bestraffende God herwaardering' en 'ontevreden in geloof' zouden een positieve relatie hebben met psychologische distress en problematiek. Voor deze hypothese is geen onderbouwing gevonden. Geloofsgebaseerde copingsmechanismen voorspelden voor 27% de verscheidenheid in het voorkomen van depressie, waarvan 'bestraffende God herwaardering' en 'goedaardige herwaardering' de belangrijkste voorspellende factoren waren voor de verschillen in de prevalentie van depressie.

Naast de conclusies aan de hand van de drie gestelde hypothesen werden er nog enkele conclusie getrokken:

- Personen met een hogere algemene invaliditeitscore waren meer geneigd om steun te zoeken bij en samen te werken met God.
- Er is geen duidelijk verband tussen geloofsgebaseerde coping en lichamelijke invaliditeit.
- Bij patiënten die psychosociaal niet voldoende functioneren (negatieve gemoedstoestand, sociale isolatie, communicatiestoornissen, etc.) vond men de copingsmechanismen van 'bestraffende God herwaardering', 'steun zoeken bij God' en 'samenwerken met God'.

ONDERZOEK VIER: LIVING WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: THE ROLE OF DAILY SPIRITUALITY AND DAILY RELIGIOUS AND SPIRITUAL COPING (KEEFE ET AL, 2001)

- *Doelstelling*

Keefe et al. (2001) onderzochten de rol van dagelijkse geloofservaringen en van dagelijkse geloofsgebaseerde coping bij chronische pijn patiënten als gevolg van Reumatoïde Artritis (RA) ($n=35$; vrouwen $n=31$, mannen $n=4$; gemiddelde leeftijd 60,17 jaar ($SD=11,4$)).

- *Inclusiecriteria*

Deelnemers moeten gediagnosticeerd zijn met RA en geen andere gewrichtsaandoening.

- *Exclusiecriteria*

Deze werden niet beschreven.

- *Meetinstrumenten*

Aan patiënten met RA werd gevraagd een gestructureerd dagboek bij te houden gedurende een periode van dertig dagen. Het dagboek bevatte gestandaardiseerde meetinstrumenten, ontworpen om; geloofservaringen, geloofsgebaseerde coping, invloed van geloof in coping, effecten van geloofsgebaseerde coping, pijn, gemoedstoestand en ervaren sociale ondersteuning te meten.

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de BMMRS (the Brief Multidimensional Measure of Religion/Spirituality), om de verschillende domeinen van geloof (religie/spiritualiteit) te meten die significant geacht zijn voor de gezondheid.

- *Vraagstellingen*

In het onderzoek werden vier hoofdvragen gesteld:

1. Hoe vaak geven patiënten met RA aan dagelijks geloofservaringen te beleven en dagelijks gebruik te maken van geloofsgebaseerde copingsmechanismen om de pijn van de artritis te hanteren.
2. In welke mate wisselen geloofservaringen en geloofsgebaseerde copingsmechanismen van dag tot dag?
3. Hoe zijn dagelijkse geloofservaringen en geloofsgebaseerde coping gerelateerd aan pijn en gemoedstoestand?
4. Hoe zijn dagelijkse geloofservaringen en geloofsgebaseerde coping gerelateerd aan sociale ondersteuning?

- *Resultaten*

In het onderzoek werden er geen aparte resultaten beschreven.

- *Conclusies*

Onderzoek wijst uit dat leven met aanhoudende pijn als gevolg van RA er voor kan zorgen dat sommige mensen sterkere banden met religie krijgen en meer spirituele diepgang ontwikkelen. Sommige mensen met RA zoeken actief troost in geloof als een dagelijkse strategie om hun pijnervaringen te veranderen of te accepteren.

Antwoorden op de vier hoofdvragen gesteld in de vraagstelling:

1. De deelnemers van deze studie gaven aan geloofservaringen, zoals “geraakt voelen door de schoonheid van de natuur” of “het verlangen voelen dicht bij God te willen zijn”, relatief vaak te ervaren. Zij gaven ook aan vaker gebruik te maken van positieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen dan van negatieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen.
2. Hoewel de grootste variatie in de metingen te verklaren was door verschillen tussen de deelnemers, toonden de metingen ook significante variatie van dag tot dag bij dezelfde deelnemer. Er waren net zoveel (of meer) variaties in deze metingen met verloop van tijd als variatie in pijnervaring. Op dagen dat deelnemers hun vermogen om pijn te controleren en verminderen door gebruik van geloofsgebaseerde copingsmechanismen hoog schatten, was het minder waarschijnlijk dat ze gewrichtspijn zouden ervaren. Op deze dagen was het ook meer waarschijnlijk dat de deelnemers eerder een positieve gemoedstoestand hadden dan negatief en ervoeren ze meer emotionele steun en algemene sociale ondersteuning.
3. De frequentie van dagelijkse geloofservaringen en geloofsgebaseerde coping was gerelateerd aan een dagelijks positievere gemoedstoestand en grotere sociale ondersteuning, maar niet aan dagelijkse pijn. Deelnemers die dagelijkse geloofservaringen aangaven hadden een hogere mate van dagelijkse positievere gemoedstoestand, lagere mate van dagelijkse negatieve gemoedstoestand en hogere mate van sociale ondersteuning.
4. Deelnemers die zeiden dat geloof een heel belangrijke rol speelde in hun omgang (coping) met pijn, gaven aan meer instrumentale, emotionele, artritis gerelateerde en algemeen sociale ondersteuning te ervaren.

Alles bij elkaar genomen suggereren deze resultaten dat dagelijkse geloofservaringen en dagelijkse geloofsgebaseerde copingsmechanismen een belangrijke rol spelen in het begrijpen van de ervaringen van patiënten met RA. Ook wordt gesuggereerd dat nieuw ontwikkelde dagelijkse methodes waarbij men een dagboek bijhoudt van bruikbare methodologische waarde kan zijn in het onderzoek naar de invloeden van religie/spiritualiteit op leven met RA.

SAMENVATTING RESULTATEN

Hieronder worden de resultaten van de onderzoeken naar geloofsgebaseerde coping onder chronische pijn patiënten samengevat.

Dunn & Horgas (2004) vonden dat actieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen significant geassocieerd waren met een betere psychische en fysieke gezondheid dan passieve copingsmechanismen. Echter stellen Rippentrop et al. (2005) dat geloof negatief gerelateerd is aan fysieke gezondheid. Verdere onderzoeken laten geen evidente relatie tussen geloofsgebaseerde coping en fysieke gezondheid zien.

Negatieve geloofsgebaseerde coping is positief gerelateerd aan een slechtere mentale gezondheid, hogere intensiteit van pijn, meer beperking in het leven en hogere mate van depressie (Rippentrop et al, 2005).

Positieve geloofsgebaseerde coping is positief gerelateerd aan het ervaren van minder pijn, positieve gemoedstoestand, het ervaren van meer emotionele steun en algemene sociale ondersteuning (Rippentrop et al, 2005 en Keefe et al, 2001).

Enkele uitkomsten die niet direct een link hadden met de vraagstelling worden kort genoemd, maar verder niet opgenomen in de conclusie. Positieve geloofsgebaseerde coping wordt vaker gebruikt dan negatieve geloofsgebaseerde coping. Ouderen gebruiken vaker actieve, oplossingsgerichte copingsmechanismen dan passieve copingsmechanismen. Vrouwen maken vaker gebruik van geloofsgebaseerde copingsmechanismen dan mannen. Niet-blanken maken vaker gebruik van geloofsgebaseerde copingsmechanismen dan blanken (Dunn & Horgas 2004, Burker et al, 2004 en Keefe et al, 2001).

CONCLUSIE

Alles bij elkaar genomen zijn er drie conclusies op de vraag: *‘wat is de invloed van geloofsgebaseerde coping op de fysieke en psychische gezondheid van de chronische pijn patiënt?’*.

1. Actieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen hebben een matig positieve invloed op de fysieke en psychische gezondheid van chronische pijn patiënten.
2. Negatieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen hebben een negatieve invloed op de mentale gezondheid, de intensiteit van pijn, de mate van beperkingen en de mate van depressie bij chronische pijn patiënten.
3. Positieve geloofsgebaseerde copingsmechanismen hebben een positieve invloed op de ervaren pijn, de gemoedstoestand, de ervaren emotionele steun en de ervaren sociale ondersteuning bij chronische pijn patiënten.

DISCUSSIE

Tot slot volgt hier de mening van de auteur en enkele kritische noten ten aanzien van de gebruikte artikelen.

De gevonden artikelen richtten zich vooral op zorg in de verpleging en door huisartsen. Aangezien de behandeling voor chronische pijn patiënten voornamelijk bestaat uit medicatie en fysiotherapie is het van belang dat er onderzoek gedaan wordt vanuit een fysiotherapeutisch oogpunt. Daarbij kan men zich de vraag stellen wat de rol is van de fysiotherapeut als een patiënt gebruik maakt van negatieve geloofsgebaseerde coping. Heeft de fysiotherapeut alleen een signalerende functie of kan hij er ook mee aan de slag. Hoe een fysiotherapeut zelf tegen het onderwerp ‘geloof’ aankijkt kan zeer verschillen. In onze samenleving is het altijd van belang potentieel gevoelige onderwerpen als ‘geloof’ te benaderen met respect, toestemming en sensitiviteit.

In het onderzoek naar geloofsgebaseerde coping is weinig rekening gehouden met de karaktereigenschappen van de patiënten. De vraag of het karakter van een persoon bepaalt van welke geloofsgebaseerde coping hij/zij gebruik maakt of dat het geloof de bepalende factor is, blijft onbeantwoord. Ook hierover is verder onderzoek gewenst.

De selectie van patiëntengroepen in de onderzoeken wordt vaak willekeurig gedaan. Bij het onderzoek van Dunn & Horgas (2004) is het hebben van een joods/christelijke overtuiging een inclusiecriteria. Hierdoor wordt het onderzoek beperkt in de vorm van geloof waar aanspraak op gemaakt wordt. Ook de grootte van de onderzoeksgroepen is niet altijd representatief.

In de literatuur is er ook geen eenduidige lijst van geloofsgebaseerde coping (zie overzicht 1 en 2). Er zijn veel overeenkomsten, maar ook verschillen.

LITERATUURLIJST

Ano G.G., Vasconcelles E.B.

Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis

Journal of clinical psychology, Vol. 61(4), 461-480 (2005)

Aufdemkampe G., Van den Berg J., Van der Windt D.A.W.M.

Hoe vind ik het? Zoeken, interpreteren en opzetten van fysiotherapeutisch onderzoek

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem (2000)

Baldacchino D.R., Draper P.

Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature

Journal of Advanced Nursing, Vol. 34(6), 833-841 (2001)

Burker E.J., Evon D.M., Sedway J.A., Egan T.

Religious and non-religious coping in lung transplant candidates: does adding God to the picture tell us more?

Journal of Behavioral Medicine, Vol. 28, No. 6 (December 2005)

Burker E.J., Evon D.M., Sedway J.A., Egan T.

Religious coping, psychological distress and disability among patients with end-stage pulmonary disease

Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, Vol. 11, No. 3 (September 2004)

Dunn K.S., Horgas A.L.

Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain

Pain Management Nursing, Vol. 5, No 1: pp 19-28 (March 2004)

Harrison M.O., Koenig H.G., Hays J.C., Eme-Akwari A.G., Pargament K.I.

The epidemiology of religious coping: a review of recent literature

International Review of Psychiatry, Vol. 13, 86-93 (2001)

Jadad A.

Randomised Controlled Trials

BMJ Books, Londen (1998)

Keefe F.J., Affleck G., Lefebvre J., Underwood L., Caldwell D.S., Drew J., Egert J., Gibson J., Pargament K.

Living with Rheumatoid Arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping

The Journal of Pain, Vol. 2, No 2: pp 101-110 (April, 2001)

Tarakeshwar N., Pargament K.I., Mahoney A.

Initial development of a measure of religious coping among Hindus

Journal of community psychology, Vol. 31, No. 6, 607-628 (2003)

Rippentrop A.E., Altmaierb E.M., Chena J.J., Founda E.M., Keffalaa V.J.
The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population
Pain, Vol. 116, 311-321 (2005)

VandeCreek L., Paget S., Horton R., Robbins L., Oettinger M., Tai K.
Religious and nonreligious coping methods among persons with rheumatoid arthritis
Arthritis Care & Research, Vol. 51, No. 1, pp 49–55 (February 15, 2004)

Internet

www.cbo.nl

- richtlijnen level of evidence

www.fysionet.nl

- onderdeel van het KNGF

www.iasp-pain.org

- International Association for the Study of Pain

www.macses.ucsf.edu

- copingstrategieën

www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/scIBrCOPE.html

- cope, the "dispositional" version of the COPE Inventory

- brief cope, an abbreviated version of the COPE Inventory