Lectoraat Zorg & Zingeving

2013

Onderzoeksrapport

Spiritualiteit in de AGZ

Studenten	C.E. Veldkamp, A.J. Foppen, G.A. Dalsem
Inleverdatum	20 december 2013
Titel onderzoek	Spirituele zorg door verpleegkundigen in de Algemene Gezondheidszorg
Opdrachtgever	Lectoraat Gereformeerde Hogeschool; Lector Dr. R.R. van Leeuwen
Begeleider/eerste beoordelaar	J. R. Schaaf MScN
Tweede beoordelaar	Dr. A.E. Schep-Akkerman

Samenvatting

De aanleiding van dit onderzoek is het ontbreken van zicht op afdelingsspecifieke of sectorspecifieke aspecten van spirituele zorg. Met aspecten van spirituele zorg wordt bedoeld in hoeverre door verpleegkundigen (respondenten) spirituele zorg wordt verleend in de praktijk en op welke manier dit tot uiting komt. Hiervoor is de volgende hoofdvraag opgesteld door het lectoraat Zorg & Zingeving van de Gereformeerde Hogeschool (GH) te Zwolle:

> *'Hoe beoordelen verpleegkundigen uit algemene ziekenhuizen binnen de specialismen Cardiologie, Neurologie, Interne geneeskunde en Chirurgie hun competentie voor het verlenen van spirituele zorg en welke factoren zijn daarop van invloed?'*

In dit onderzoeksrapport is te lezen hoe competent verpleegkundigen, werkzaam in de Algemene Gezondheidszorg (AGZ), zich achten in het verlenen van spirituele zorg. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst bestaande uit een demografisch deel, de Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) (McSherry, 2007), Spiritual Care Competence Scale (SCCS) (Leeuwen, 2008) en Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL) ((Berg & Jager, 2007).

De deelnemende ziekenhuizen van dit onderzoek zijn het Scheper Ziekenhuis Emmen, Rijnstate Ziekenhuis Arnhem, Amphia Ziekenhuis Breda en Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdelingen Cardiologie, Chirurgie, Interne geneeskunde, Neurologie en Oncologie. Er hebben 137 verpleegkundigen deelgenomen aan het onderzoek. De populatie bestaat uit gediplomeerde MBO-, HBO of In Service (A/B/Z) opgeleide verpleegkundigen. Dit is een kwantitatief onderzoek, omdat de resultaten zijn vastgelegd middels een likert-schaal die bestaat uit cijfers. De resultaten zijn ingevoerd in het statistische programma SPSS en daarna weergegeven in tabellen (Verhoeven, 2011).

In de periode van het afnemen van de vragenlijsten is een literatuurstudie uitgevoerd om de begrippen spiritualiteit en spirituele zorg te verhelderen en om na te gaan wat er al bekend is over het verlenen van spirituele zorg binnen de deelnemende specialismen.

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten zich gemiddeld genomen competent voelen in het verlenen van spirituele zorg. Er is verschil aan te tonen tussen de ziekenhuizen, maar deze verschillen zijn niet heel groot. Tussen de specialismen zijn wel verschillen aan te tonen. De respondenten die werkzaam zijn op de afdelingen Neurologie en Oncologie voelen zich het meest competent in het verlenen van spirituele zorg. De respondenten die werken op de afdeling Interne geneeskunde vinden zichzelf het minst competent in het verlenen van spirituele zorg. Beïnvloedende factoren op het verlenen van spirituele zorg zijn leeftijd en opleiding. De respondenten die een HBO- of In Service opleiding gevolgd hebben voelen zichzelf competenter in de uitoefening van spirituele zorg, evenals de groep van 31 jaar en ouder. De respondenten die regelmatig zingeving ervaren in de werkzaamheden vinden zichzelf competenter in het uitvoeren van spirituele zorg. De respondenten die in aanraking komen met spiritualiteit kunnen hun competenties beter tot uiting brengen.

Er zijn aanbevelingen richting de deelnemende ziekenhuizen geformuleerd, met als doel de spirituele zorgverlening in te voeren in de dagelijkse zorg of een eventueel vervolgonderzoek te verbeteren.

Eén van de aanbevelingen is dat verpleegkundigen handvatten aangereikt krijgen voor het verlenen van spirituele zorg, bijvoorbeeld met behulp van een geestelijk verzorger. Voor een mogelijke scholing wordt de 'Verpleegkundige standaard spirituele nood' van Els Groeneveld (2008) aanbevolen. Daarnaast is het van belang dat de competenties uit de vragenlijst onder de aandacht van de verpleegkundigen worden gebracht. Het doel hiervan is het creëren van bewustwording van eigen handelen en het vormen van een duidelijk beeld van hun eigen houding ten opzichte van spiritualiteit.

Inhoudsopgave

Woord vooraf **5**

Hoofdstuk 1. Inleiding **6**

1.1 Aanleiding 6
1.2 Probleemstelling 6
1.3 Doelstelling 7
1.4 Verpleegkundige relevantie 7
1.5 Leeswijzer 8

Hoofdstuk 2. Literatuurstudie **9**

2.1 Zoekstrategie 9
2.2 Spiritualiteit 9
2.3 Spirituele zorg 10
2.4 Spirituele zorg en verpleegkundigen 11
2.4.1 Spirituele zorg in kaders 11
2.4.2 Spirituele zorg in het verpleegproces 12
2.4.3 Spiritualiteit van de verpleegkundige 13
2.4.4 Beïnvloedende factoren m.b.t. spirituele zorg in de praktijk 13
2.5 Spirituele zorg en Cardiologie 14
2.6 Spirituele zorg en Chirurgie 15
2.7 Spirituele zorg en Interne geneeskunde 16
2.8 Spirituele zorg en Neurologie 16
2.9 Conclusie literatuurstudie 17

Hoofdstuk 3. Methodiek van onderzoek **19**

3.1 Typering van het onderzoek 19
3.2 Populatie en steekproefstrekking 19
3.3 Wijze van gegevensverzameling 21
3.3.1 Demografisch deel 21
3.3.2. Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) 21
3.3.3 Spiritual Care Competence Scale (SCCS) 21
3.3.4 Spiritual attitude and involvement list (SAIL) 22
3.4 Wijze van gegevensanalyse 22
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit 22
3.6 Ethische implicaties 23

Hoofdstuk 4. Resultaten **24**

4.1 Algemene resultaten 25
4.2 SCCS (Spiritual Care Competence Scale) 27
4.3 Demografisch deel 32
4.4 Afsluiting hoofdstuk resultaten 36

Hoofdstuk 5. Conclusie **37**

5.1 Deelvraag 1: Hoe beoordelen verpleegkundigen hun competentie? 37
5.2 Deelvraag 2: Zijn er verschillen aan te tonen tussen de vier ziekenhuizen? 37
5.3 Deelvraag 3: Zijn er verschillen aan te tonen binnen de vier specialismen? 38
5.4 Deelvraag 4: Welke factoren van verpleegkundigen zijn van invloed op de beoordeling van hun competentie op het gebied van spirituele zorg? 38
5.5 Conclusie op de hoofdvraag 39

Hoofdstuk 6. Aanbevelingen **40**

6.1 Organisatie 40
Aanbeveling 1. Handvatten 40
Aanbeveling 2. Scholing 40
Aanbeveling 3. Voorlichting competenties 40
6.2 Vervolgonderzoek 41
Aanbeveling 1. Perceptie verpleegkundigen en patiënten 41
Aanbeveling 2. Verspreiden van de vragenlijst 41
Aanbeveling 3. Vragenlijst 41
Aanbeveling 4. Interviews afnemen onder verpleegkundigen 42
6.3 Algemeen 42
Aanbeveling 1. Opleiding 42

Hoofdstuk 7. Discussie **43**

7.1 Discussie op de literatuurstudie 43
7.2 Discussie op de methodische aanpak 43
7.2.1 Discussie op betrouwbaarheid en validiteit 43
7.2.2 Discussie op de vragenlijst 44
7.3 Discussie op de resultaten en conclusie 44
7.4 Verpleegkundige visievorming 45

Bibliografie **46**

Bijlagen **49**

Bijlage 1. Verpleegkundige standaard spirituele nood – Els Groeneveld 50
Bijlage 2. Overzicht benaderde ziekenhuizen 51
Bijlage 3. Overige resultaten 52
Bijlage 4. Vragenlijst 55

Woord vooraf

Voor u ligt het onderzoeksrapport van het onderzoek 'Spirituele zorg door verpleegkundigen in de algemene gezondheidszorg'. Het onderzoek is uitgevoerd door drie studenten van de Gereformeerde Hogeschool Zwolle, te weten Clarie Veldkamp, John Foppen en Eline Dalsem.

Op de voorkant van dit verslag wordt uitgebeeld wat betekenis geeft aan ons leven: sport, (te zien aan het voetbal shirt) muziek maken (door middel van een muziekinstrument) en reizen (te zien aan het fotoalbum). Daarnaast hebben wij uniform jasjes aan, omdat het verpleegkundig beroep betekenis geeft aan ons leven. Naast het feit dat dit belangrijke zaken voor ons zijn kunnen wij dit ook tegenkomen in ons beroep als verpleegkundige. Een voorbeeld hiervan is de mogelijke hulpvraag van een patiënt, omdat de patiënt door ziekte deze interesses tijdelijk of nooit meer tot uiting kan brengen.

Dit onderzoeksrapport zou niet tot stand zijn gekomen zonder de opdrachtgever Dr. R.R. van Leeuwen, lector aan de Gereformeerde school. Daarnaast willen we graag J.R. Schaaf MScN en Dr. A.E. Schep-Akkerman bedanken voor hun hulp en begeleiding bij dit onderzoek. Ze hebben handvatten aangereikt om de inhoud van het onderzoeksverslag te optimaliseren. Daarnaast gaat onze dank uit naar de deelnemende ziekenhuizen:

- Amphia Ziekenhuis Breda
- Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn
- Scheper Ziekenhuis Emmen
- Rijnstate Ziekenhuis Arnhem

Eveneens gaat onze dank uit naar de verpleegkundigen die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek. Als laatste bedanken wij de mensen in onze nabije omgeving voor de steun en hulp tijdens dit onderzoek. Wij hopen dat dit onderzoeksverslag u op een duidelijke wijze zal informeren over het bieden van spirituele zorg door verpleegkundigen werkzaam in de AGZ.

Zwolle, december 2013.
Clarie Veldkamp, John Foppen en Eline Dalsem
Studenten HBO- Verpleegkunde (verkorte route)

Hoofdstuk 1. Inleiding

Het doel van dit hoofdstuk is het geven van inzicht op de volgende onderwerpen: de aanleiding en doelstelling van dit onderzoek, de centrale vraagstelling, de ondersteunende deelvragen en de verpleegkundige relevantie. Tevens wordt middels een leeswijzer duidelijk gemaakt wat er verder in dit onderzoeksrapport beschreven zal worden.

1.1 Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek komt voort uit het lectoraat 'Zorg & Zingeving' van de Gereformeerde Hogeschool. Het lectoraat doet onderzoek naar de betekenis van geloof en levensbeschouwing in de zorgrelatie tussen patiënten en zorgverleners en de zorgverleners onderling (Lectoraat Zorg & Zingeving, 2013). Dit project is gestart in opdracht van het lectoraat 'Zorg & Zingeving' onder leiding van lector Dr. R.R. van Leeuwen. Hij is verpleegkundige en lector binnen het lectoraat 'Zorg & Zingeving'. Hij heeft onderzoek gedaan naar zorg en spiritualiteit en schreef hier verschillende boeken over. Dit onderzoek is een aanvulling op een eerder onderzoek uitgevoerd door Beltman et al. (2012) eveneens vanuit het lectoraat 'Zorg & Zingeving'. Uit dat onderzoek kwam als aanbeveling naar voren een aanvullend onderzoek te doen om duidelijk te krijgen hoe verpleegkundigen, werkzaam op de deelnemende specialismen binnen de AGZ, scoren op het verlenen van spirituele zorg. Daarnaast moet duidelijk worden in hoeverre demografische gegevens als leeftijd en geslacht van de verpleegkundigen van invloed zijn op hun manier van spirituele zorgverlening.

Voor dit onderzoek is gekozen omdat de onderzoekers de verpleegkundigen van de toekomst zijn en daadwerkelijk spirituele zorg willen en moeten gaan verlenen. Vanuit hun gezamenlijke levensopvatting vinden zij dit een belangrijk onderdeel van het leven en het werk. De onderzoekers willen graag leren op welke manier zij een professionele en bekwame invulling kunnen geven aan spiritualiteit in de beroepspraktijk. Beroepsmatige motieven om tegemoet te komen aan de spirituele behoeften van de patiënt zijn het naleven van de beroepscode. Hierin wordt omschreven dat iedere patiënt de zorg verleend krijgt die hij of zij nodig heeft en dat de verpleegkundige de zorg zoveel mogelijk afstemt op de levensbeschouwelijke opvattingen van de patiënt (V&VN, 2007). Dit kan betekenen dat de verpleegkundige zelf ingaat op de behoefte van de patiënt of een geestelijk verzorger in consult vraagt, wanneer zij dit nodig acht. Het 'Beroepsprofiel Verpleegkundigen' voor 2020 vraagt van de verpleegkundige dat hij/zij in staat is om zingevingvraagstukken te bespreken met collega's en patiënten. Daarnaast moet hij/zij kennis hebben van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen. Tevens wordt van de verpleegkundige verwacht dat hij/zij zich bewust is van eigen morele en ethische waarden en dat ze hier professioneel naar kan handelen (Schuurmans, 2012).

Het onderzoek zal worden uitgevoerd in de sector AGZ binnen vier Nederlandse ziekenhuizen op vier verschillende afdelingen; Cardiologie, Neurologie, Interne geneeskunde en Chirurgie. In één ziekenhuis is op de afdeling Interne Oncologie eveneens de vragenlijst afgenomen. Dit is een verzoek vanuit het ziekenhuis, omdat dit onderzoek aansluit bij een project dat al loopt in dat specifieke ziekenhuis.

1.2 Probleemstelling

Uit de bevindingen van het lectoraat 'Zorg & Zingeving' is gebleken dat er geen zicht is op afdelingsspecifieke of sectorspecifieke aspecten, ofwel spiritueel gerelateerde handelingen van verpleegkundigen op het gebied van spirituele zorg. Het inzicht is nodig om aanbevelingen te kunnen geven voor implementatie van spirituele

zorg in de AGZ en in het bijzonder op de genoemde specifieke afdelingen. Het lectoraat geeft aan dat het van belang is dat de competenties van verpleegkundigen ontwikkeld worden. Het door Beltman et al. (2012) uitgevoerde onderzoek heeft geen antwoord gegeven op de vraag hoe competent verpleegkundigen zijn op het gebied van spirituele zorg. Dat is een reden voor verder onderzoek op specifiek gebied.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is dat er zicht komt op de sector- en afdelingsspecifieke aspecten van spirituele zorgverlening. De mate waarin verpleegkundigen zichzelf competent achten in het verlenen van spirituele zorg wordt in kaart gebracht. Dit leidt tot aanbevelingen, zodat spirituele zorgverlening beter kan worden ingevoerd in de AGZ. Er is gezocht naar wat verpleegkundigen nodig hebben om hun competentie te vergroten. De centrale vraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

> *'Hoe beoordelen verpleegkundigen uit algemene ziekenhuizen binnen de specialismen cardiologie, neurologie, interne geneeskunde en chirurgie hun competentie voor het verlenen van spirituele zorg en welke factoren zijn daarop van invloed?'*

Deze centrale vraag wordt ondersteund door de volgende deelvragen:

- Hoe beoordelen verpleegkundigen hun competentie?
- Zijn er verschillen aan te tonen tussen de vier ziekenhuizen?
- Zijn er verschillen aan te tonen binnen de vier specialismen?
- Welke factoren van verpleegkundigen zijn van invloed op de beoordeling van hun competentie op het gebied van spirituele zorg?

1.4 Verpleegkundige relevantie

In het vernieuwde beroepsprofiel (Schuurmans, 2012) wordt beschreven dat verpleegkundigen als taak hebben om patiënten te ondersteunen naar zelfmanagement. Het accent moet hierbij gelegd worden op wat de patiënt nog wél kan en niet wat men niet meer kan. Volgens de beroepscode staat de patiënt centraal en verleent de verpleegkundige zorg op alle zorg gerelateerde gebieden. Bij het onderdeel zorg op de psychische variabele staat 'zingevingsproblemen' benoemd (Schuurmans, 2012). Een voorbeeld hierbij is dat ziekte het toekomstbeeld van een patiënt kan veranderen. Dit kan veel zingevingsvragen oproepen. Als onderdeel van het zorgproces onderneemt de verpleegkundige actie en stelt ze interventies op. De kaders met betrekking tot spiritualiteit, zoals beroepscode en beroepsprofiel, worden verder toegelicht in de literatuurstudie.

In de laatste jaren blijkt uit diverse onderzoeken dat er meer behoefte is aan spiritualiteit en spirituele zorgverlening. In het artikel dat Rudor (2013) heeft geschreven komt tevens naar voren dat verpleegkundigen niet goed weten hoe ze spirituele zorg moeten aanbieden in de praktijk. Op het gebied van oncologie is al veel geschreven over het implementeren van spirituele zorgverlening. Dit is vormgegeven door richtlijnen op te stellen die in de praktijk gehanteerd kunnen worden. Op gebied van palliatieve zorg is een multidisciplinaire richtlijn geschreven voor het verlenen van spirituele zorg. Er is gebleken dat verpleegkundigen wel zorg willen verlenen op spiritueel gebied, maar kampen met tijdsgebrek of personeelstekort. Hieruit blijkt dat spirituele zorg nog niet volledig is geïmplementeerd in de verpleegkundige zorgverlening (Rudor, 2013) (Leeuwen, 2009).

1.5 Leeswijzer

In dit verslag komen verschillende facetten van onderzoek naar voren.

Hoofdstuk 2 bevat een literatuurstudie over spiritualiteit en spirituele zorgverlening. Hierin wordt een begripsverheldering gegeven en wordt de relatie van spiritualiteit tot de populatie verpleegkundigen in de AGZ beschreven. Er wordt in de literatuurstudie beschreven wat binnen de verschillende specialismen op het gebied van spiritualiteit en spirituele zorg onderzocht is.

In hoofdstuk 3 wordt de methodiek van het onderzoek beschreven. Dit hoofdstuk bevat een omschrijving van de typering van het onderzoek, de populatie, steekproefstrekking, betrouwbaarheid, validiteit en de wijze waarop de gegevens verzameld en geanalyseerd zijn. Tevens komen de ethische implicaties aan bod.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek weergegeven.

Hoofdstuk 5 beschrijft de conclusie en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen. Tevens zal de discussie worden beschreven. In deze discussie zullen de onderzoekers persoonlijk hun licht laten schijnen over het onderzoek. Daarin worden inhoudelijke en methodologische leermomenten beschreven. Tot slot volgen de literatuurlijst en de bijlagen.

Hoofdstuk 2. Literatuurstudie

In dit hoofdstuk komt de literatuurstudie aan bod. De literatuurstudie is gedaan om begrippen te verhelderen en om te onderzoeken wat er al bekend is over het onderwerp. De volgende onderwerpen worden belicht: omschrijving van spiritualiteit en spirituele zorg, de verpleegkundige en spiritualiteit en spirituele zorg en de aan het onderzoek deelnemende specialismen.

2.1 Zoekstrategie

Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van informatie die te vinden is op verschillende databanken en in boeken. Om de literatuurstudie zo compleet mogelijk te krijgen is er gezocht in de volgende databanken: PubMed, Google Scholar, Academic Search, Picarta, Cochrane (library) en Invert. Om structuur aan te brengen bij het zoeken naar informatie zijn de volgende criteria opgesteld:

- Populatie: verpleegkundigen werkzaam in de zorg;
- Sector AGZ, specifiek ziekenhuis;
- Doelgroep werkzaam op een van de volgende afdelingen: neurologie, cardiologie, interne geneeskunde en chirurgie;
- Gezocht in title/abstract;
- Er is gezocht naar artikelen vanaf 2005 tot heden.

Tevens zijn er zoektermen geformuleerd die gebruikt zijn tijdens de literatuursearch. Dit zijn een aantal van de zoektermen die ingevuld zijn:

- Spir* + nursing
- Spir* + nursing + care
- Spir* + hospital
- Spir* + hospital + inpatients
- Spir* + hospital + cardiology
- Spir* + hospital + neurology
- Spir* + hospital + surgery of surgery department of general surgery
- Spir* + hospital + internal medicine of endocrinology of haematology

De asterisk (*) is gebruikt tijdens de literatuursearch om alle woorden die met 'spir' beginnen te zoeken. Denk aan; spiritualiteit, spirituele zorg, spiritueel, etc.

Er zijn variaties op bovenstaande zoektermen geformuleerd om de kans op bruikbare artikelen te vergroten. Er zijn 35 artikelen gevonden die bruikbaar waren voor de literatuurstudie. Na selectie, uitgevoerd op grond van de opgestelde criteria, zijn 23 van deze artikelen daadwerkelijk gelezen en verwerkt in de literatuurstudie.

2.2 Spiritualiteit

Spiritualiteit is een steeds vaker voorkomend thema in de verpleegkundige literatuur. Momenteel is er geen gouden standaard voor een definitie van spiritualiteit (Reinert & Koening, 2013). Clarke (2009) heeft een kritische reflectie gedaan over hoe spiritualiteit is gedefinieerd. In de literatuur zijn verschillende omschrijvingen

van het begrip 'spiritualiteit' te vinden, maar zelden worden deze omschrijvingen met elkaar vergeleken of wordt juist het contrast opgezocht. Zo blijft volgens Clarke (2009) onduidelijk welke definitie men het beste kan hanteren (Clarke, 2009). Ettema (2010) beschrijft spiritualiteit als volgt:

"Spiritualiteit gaat over datgene wat van essentiële waarde en betekenis is voor mensen. Dat kleurt en bepaalt immers het hele bestaan. Het kan verbonden zijn met alle mogelijke bronnen van inspiratie, bijzonder of alledaags, godsdienstig of seculier: gevoelsleven, activiteiten en intellectueel" (Ettema, et al., 2010).

Het woord 'spiritualiteit' stamt via het Latijnse spiritus af van het Hebreeuwse ruach, dat te vertalen is als geest, maar nog vele andere betekenissen kent. Wanneer gesproken wordt over geest, wordt datgene bedoeld wat iemand leven en levendigheid geeft. Spiritualiteit gaat dus over een geestelijk leven – wat de drive is achter dat leven, wat mensen motiveert en wat mensen nuttig vinden om hun geestelijk leven te ontwikkelen en sterker te maken (McGrath, 2002). Roothaan (2007) beaamt eveneens dat spiritualiteit een breed begrip is. Maar, hoe breed het ook is, spiritualiteit wil altijd zeggen: leven, in de zin van echt, authentiek leven, in liefde met het hogere leven. Mensen die spiritualiteit zoeken, zoeken naar een betere manier om hun leven te leiden, zodat ze minder zijn afgeleid en meer liefhebben (Roothaan, 2007). Van Leeuwen en Cusveller (2005) omschrijven spiritualiteit als een functie van het leven van een persoon, net zoals mensen functioneren op fysiologisch gebied. Spiritualiteit kan op verschillende wijzen worden uitgedrukt in religie, godsdienst en levensbeschouwing (Leeuwen & Cusveller, 2005). In christelijke zin kan spiritualiteit gedefinieerd worden als "leven onder de inspiratie van Jezus van Nazareth als gestalte van de Geest van Israëls God" (Bouwman en Bras, 2001). De christelijke spiritualiteit wordt gezien als een toevoeging op de beschrijving van algemene spiritualiteit. Het christelijk geloof staat niet afzijdig, maar er is een wisselwerking tussen het algemeen menselijk zoeken en het specifiek christelijk zoeken naar een leven met God (Bouwman & Bras, 2001).

Door de nadruk die wordt gelegd op het definiëren van het begrip, wordt de ontwikkeling van praktische manieren om het in de praktijk brengen verwaarloosd. De meeste verpleegkundigen hebben wel weet van het begrip spiritualiteit, maar is het voor hen onduidelijk hoe hier in de praktijk vorm aan kan worden gegeven (Clarke, 2009). Er is een urgente behoefte aan verduidelijking over de manier waarop verpleegkundigen spirituele zorg kunnen implementeren in de praktijk. Veel verpleegkundigen willen spirituele zorg toepassen in hun eigen handelen. Het is de verantwoordelijkheid van het management om de uitvoering van een spirituele benadering in de verpleegkundige praktijk te leiden en te delen met verpleegkundigen (Meehan, 2012).

Voor deze literatuurstudie wordt de definitie van Ettema (2010) gehanteerd. De onderzoekers zijn het met Ettema (2010) eens dat spiritualiteit gaat over wat van waarde is voor mensen. Die zaken maken je tot wie je bent. Zo is spiritualiteit voor ieder mens verschillend en is het voor iedereen van toepassing.

2.3 Spirituele zorg

Leeuwen et al. (2007) geven aan dat spirituele zorg patiënten helpt om beter om te gaan met hun ziekte. Het biedt een gevoel van richting, nieuwe hoop en innerlijke vrede, waardoor patiënten kunnen accepteren dat sommige problemen niet kunnen worden opgelost. Hoewel spirituele aspecten in de klinische zorg belangrijk zijn, is het van belang dat men het onderwerp spiritualiteit voorzichtig benadert. Het is namelijk misleidend om te stellen dat de patiënt hier voordeel van kan hebben in iedere situatie. Soms is er sprake van een placebo effect, welke is gebaseerd op het 'geloven' in iets (Leeuwen, Tiesinga, Jochemsen & Post, 2007). Uit onderzoek (Cusveller, 2008) blijkt dat verpleegkundigen menen dat aandacht voor het psychosociale aspect betekent

dat ze daarmee tegelijkertijd aandacht hebben gegeven aan het spirituele aspect. Cusveller (2008) omschrijft dat spirituele zorg tot de beroepsverantwoordelijkheid hoort, maar dat het nogal eens over het hoofd wordt gezien. Verpleegkundigen zouden tijdens het wassen en aankleden van de patiënt met hen in gesprek kunnen gaan, maar zijn vaak uitsluitend gericht op het fysieke aspect (Cusveller, 2008). Bij een ziekenhuisverblijf gaat het gewone leven voor een deel verder, stellen van Leeuwen en Cusveller (2005). Wanneer een zorgvrager in de thuissituatie bepaalde behoeften of gewoonten had, kan hij die in het ziekenhuis graag voort willen zetten. Fervent puzzelen kan hieronder vallen, maar ook het lezen van teksten of het toepassen van meditatie. Deze vormen van spiritualiteit kunnen gevolgen hebben voor de zorgverlening (Leeuwen & Cusveller, 2005).

2.4 Spirituele zorg en verpleegkundigen

In deze paragraaf wordt de link gelegd tussen verpleegkundigen en spirituele zorg. Er wordt vanuit de literatuur gekeken naar diverse kaders zoals de beroepscode en het beroepsprofiel. Het verpleegproces en spirituele zorg worden beschreven evenals de competentie van verpleegkundigen in spirituele zorgverlening.

2.4.1 Spirituele zorg in kaders

Uit onderzoek van Mc Sherry, Cash & Ross (2004), blijkt dat er geen eenduidige definitie van spiritualiteit is. Daarnaast zijn er veel verschillen in de percepties ten aanzien van spiritualiteit door verpleegkundigen en patiënten. Dit kan gevolgen hebben voor het bieden van verpleegkundige zorg in de praktijk en het zorgt voor complexiteit omtrent dit onderwerp. De studie geeft eveneens aan dat het lastig is om spiritualiteit in een opleidingsprogramma op te nemen. Het gevaar dreigt dat, wanneer een brede invulling wordt gekozen, er eindeloos zaken bij spirituele zorg betrokken kunnen worden. Indien dit niet wordt gedaan kan het zijn dat de definitie te simplistisch wordt en er teveel wordt gegeneraliseerd. Gebleken is dat verpleegkundigen en de gezondheidszorg behoefte hebben aan een kader omtrent dit onderwerp (Mc Sherry, Cash, & Ross, 2004). De kaders waarin dit beschreven staat zijn de 'Nationale Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden' en het 'Beroepsprofiel verpleegkundige'. In paragraaf 1.4 'verpleegkundige relevantie' is reeds vermeld dat van verpleegkundigen verwacht wordt dat ze zorg leveren aan de patiënt op het gebied van zingeving. Dit staat beschreven in het vernieuwde beroepsprofiel 'Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020':

> *"verpleegkundigen kennis moet hebben van de levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen. Daarnaast moet de verpleegkundigen de vaardigheden en de attitude hebben om ethische vraagstukken en zingevingsproblemen te kunnen bespreken met collega's en patiënt. Dit is noodzakelijk om doelmatige en effectieve interventies te plegen op basis van wetenschappelijke bronnen" (Schuurmans, 2012).*

In de huidige 'Nationale Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden' (2007) staat enkel beschreven "dat de verpleegkundige in relatie tot de patiënt rekening houdt met de culturele en levensbeschouwelijke, identiteit van de patiënt en indien mogelijk de verpleegkundige interventies hierop aanpast".

De beroepscode beschrijft dat de verpleegkundigen kennis moeten hebben van de levensbeschouwelijke en/of religieuze opvattingen (V&VN, 2007). Daarnaast bestaan er verpleegkundige theorieën en modellen waar spiritualiteit een onderdeel van is. Een voorbeeld hiervan is het Neuman Systems Model. Dit model bestaat uit vijf variabelen: de fysiologische, psychosociale, sociaal culturele, ontwikkelingsbepaalde en spirituele variabele. Deze variabelen zijn aan elkaar verbonden en deze theorie kan als middel worden gebruikt om op alle variabelen het optimale welbevinden van de patiënt te waarborgen (Verberk & Kuiper, 2006). Neuman

(2006) stelt dat de spirituele variabele de belangrijkste variabele is als het gaat om de betekenis van zingeving voor de patiënt. Uit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen vaak spreken over een holistische mensvisie. Een holistische mensvisie wil zeggen dat alle aspecten van de patiënt centraal staan (Driebergen, 2001). Hieronder valt ook de spirituele zorgverlening, aandacht voor spiritualiteit en zingevingsvragen. Een ander voorbeeld van een model binnen de gezondheidszorg zijn de elf gezondheidspatronen volgens Majory Gorden (2011). In dit model worden elf gezondheidspatronen beschreven die verpleegkundige aandacht verdienen. Het 'waarden- en levensovertuigingspatroon' is direct van toepassing op spirituele nood en zingevingsvragen (Zelm & Eliens, 2011).

Het is duidelijk dat van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij spirituele zorg kunnen verlenen in de praktijk. Voornamelijk op de gebieden van levensbeschouwing, religie, zingeving en leefstijl. Dit is beschreven in bovengenoemde kaders. In de volgende paragraaf wordt vanuit de literatuur beschreven hoe verpleegkundigen spirituele zorg in de praktijk kunnen brengen aan de hand van het verpleegproces.

2.4.2 Spirituele zorg in het verpleegproces

In de verpleegkundige beroepspraktijk wordt veelal gewerkt op basis van theorieën en methodes. Er zijn vele standaarden, protocollen, richtlijnen en verpleegkundige theorieën, welke worden ingezet als hulpmiddel binnen het verpleegproces. Het verpleegproces is een proces dat continu verloopt en heeft als doel dat de zorg die gegeven wordt efficiënt en effectief verloopt. Het proces wordt weergegeven in fases die in elkaar overlopen, te zien in tabel 2.1 (Wilkinson 2009).

Tabel 2.1 Het verpleegproces	
Fase 1: Gegevens verzamelen	Fase 4: De verpleegkundige interventies plannen
Fase 2: Verpleegkundige diagnose stellen	Fase 5: De verpleegkundige interventies uitvoeren
Fase 3: Resultaten vaststellen en beschrijven	Fase 6: Het verpleegproces evalueren

De genoemde fases, zoals in tabel 2.1 'het verpleegproces' beschreven, kunnen worden toegepast in elke zorgsituatie. De zorg heeft immers altijd een beginpunt en een eindpunt. Het verpleegproces kan ook worden toegepast op spirituele zorg. In de praktijk worden de eerder genoemde modellen van Neuman (2006) en de 11 gezondheidspatronen volgens Majory Gorden (2011), benoemd als bruikbaar hulpmiddel. De eerste fase wordt gekenmerkt door het verzamelen van gegevens van de patiënt door middel van een anamnese gesprek. Daarna dient de verpleegkundige een verpleegkundige diagnose te stellen. Er zijn op het gebied van verpleegkundig diagnosticeren verschillende ontwikkelingen. Groeneveld (2008) heeft met haar onderzoek een verpleegkundige standaard ontwikkeld voor het diagnosticeren van spirituele nood en de interventies die daarop kunnen worden toegepast. Zij heeft hierin onder andere gebruik gemaakt van het Delphi onderzoek van Driebergen (2001) en Zakboek verpleegkundige diagnosen van Carpenito (1998). Voor deze verpleegkundige standaard wordt verwezen naar bijlage 1 (Groeneveld, 2008). De verpleegkundige diagnose wordt gesteld op basis van symptomen en verschijnselen van de patiënt. Een voorbeeld om dit te verduidelijken: een patiënt stelt vragen over zijn ziekte zoals; "hoe ga ik om met mijn ziekte?", "is het mijn schuld dat ik ziek ben?" of," bestaat er wel een God?". Op basis daarvan kan de verpleegkundige een diagnose stellen waarbij sprake is van spirituele nood. Deze verpleegkundige diagnose kan als volgt geformuleerd worden: een verstoord evenwicht in het beleven van religie of het integreren van zingeving in het eigen bestaan.

De volgende stap is dat de verpleegkundige resultaten gaat opstellen en interventies gaat plannen. Voorbeelden van interventies zijn:

- Overleg met de patiënt of en op welke wijze voorzien kan worden in zijn wensen en/of behoeften op het gebied van spiritualiteit;
- De patiënt informeren over de bestaande mogelijkheden in het ziekenhuis op het gebied van spiritualiteit, bijvoorbeeld de aanwezigheid van een stiltecentrum, het bijwonen van een viering, deelname aan communie/avondmaal op zondag;
- De mogelijkheid tot contact met de geestelijk verzorger/pastor.

In de laatste fase wordt er geëvalueerd of de interventies het doel hebben bereikt. Dat doel kan worden omschreven als een balans in het spirituele welbevinden van de patiënt. (Groeneveld, 2008) (Driebergen, 2001) (Leeuwen & Cusveller, 2005).

Uit deze paragraaf blijkt dat spirituele zorg past in het verpleegproces. Uit de genoemde voorbeelden blijkt dat de interventies die kunnen worden toegepast ook praktisch en concreet zijn.

2.4.3 Spiritualiteit van de verpleegkundige

In deze paragraaf wordt vanuit de literatuur bekeken op welke manier verpleegkundigen hun competentie beoordelen en hoe dit vorm kan krijgen in de praktijk.

Naast de patiënt heeft ook de verpleegkundige spirituele behoeften. Voor het verlenen van spirituele zorg is het belangrijk dat de verpleegkundige een duidelijk beeld heeft van haar eigen houding ten opzichte van spiritualiteit. Het is dus van belang dat de verpleegkundige bewustwording creëert over haar eigen spiritualiteit, omdat dit een grote rol kan spelen in de zorg die zij verleent (Verberk & Kuiper, 2006). Tijdens het werk is de verpleegkundige betrokken bij de patiënt. Er kunnen zich gebeurtenissen voordoen die de verpleegkundige aangrijpen en die raakvlakken hebben met haar eigen spiritualiteit. Deze confrontatie kan een probleem vormen in het verlenen van zorg op het gebied van spiritualiteit. Sommige verpleegkundigen vinden spiritualiteit een vaag begrip terwijl het terugkomt in tal van dagelijkse zaken zoals bidden, mediteren, naar religieuze bijeenkomsten gaan (een kerkdienst of gebedsdienst in een moskee), rituelen uitoefenen (de ramadan), filosoferen over het leven, genieten van natuur of het uitoefenen van een sport (Mc Sherry, 2000). De houding van verpleegkundigen tegenover patiënten omtrent spiritualiteit wordt beschouwd als een belangrijk element in de competenties van verpleegkundigen. De manier waarop verpleegkundigen hun eigen spirituele waarden relateren aan de zorg is een belangrijke voorspeller van de zorg die zij verlenen. Onder studenten is de persoonlijke ervaring met spiritualiteit belangrijk om daadwerkelijk spirituele zorg te bieden (Leeuwen, Tiesinga, Jochemsen, Post & Middel, 2008). Dit strookt met de, al dan niet te verwachten, vaardigheden op spiritueel gebied van verpleegkundigen.

2.4.4 Beïnvloedende factoren m.b.t. spirituele zorg in de praktijk

Een deelvraag van dit onderzoek is welke factoren van verpleegkundigen van invloed zijn op de beoordeling van hun competentie op het gebied van spirituele zorg. Uit onderzoek van Ruder (2013) blijkt dat verpleegkundigen erkennen dat het noodzakelijk is om zorg te verlenen op spiritueel gebied van de patiënt en dat het onderdeel is van het verpleegkundig beroep. In dit onderzoek wordt ook benoemd dat

verpleegkundigen ervan overtuigd zijn dat spirituele zorg een positief effect kan hebben op het welzijn van de patiënt. Eveneens is gebleken dat spirituele ervaringen zoals bidden en vergeven een positieve invloed hebben op het welzijn van de patiënt in de omgang met zijn of haar ziekte (Ruder, 2013).

In de literatuurstudie komt naar voren dat verpleegkundigen in de praktijk weinig oog hebben voor hulpvragen van patiënten op het gebied van spirituele zorgverlening. De belangrijkste oorzaken die genoemd worden zijn:

- Tijdsgebrek voor de begeleidingstaak;
- Onvoldoende deskundigheid en kennis over passende interventies;
- Geen goede educatie binnen opleidingen Verpleegkunde;
- Het onderwerp spiritualiteit is een taboe binnen de sector AGZ;
- Patiënten durven geen ondersteuning te vragen voor ondersteuning en begeleiding bij zingevingsvragen, omdat men denkt dat de verpleegkundige het te druk heeft;
- Geen optimale samenwerking tussen diverse disciplines, zoals de geestelijk verzorger en de maatschappelijk werker (Williams, Meltzer, Arora, Chung & Curlin, 2011).

De oorzaak 'taboe' heeft deels te maken met de setting van het ziekenhuis, waar primair de aandacht gericht is op het verpleegtechnische deel van de zorg. Dit wordt ook wel de harde kant van de zorg genoemd. De zorg voor het spirituele, psychosociale wordt benoemd als de feministische kant van zorg, ofwel de zachte kant van de zorg (Tiesinga, Driebergen, & Post, 2003, Cusveller, 2008).

Kortom, uit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen open staan voor spirituele zorgverlening en erkennen dat het onderdeel is van hun werk. Er is eveneens te lezen dat er toenemende aandacht is voor de onderzoeken die gedaan zijn en de aandacht die het onderwerp spiritualiteit in de gezondheidszorg krijgt. Er kan geconcludeerd worden dat verpleegkundigen vaardigheden en faciliteiten missen om spirituele zorg in de praktijk een professionele invulling te geven.

2.5 Spirituele zorg en Cardiologie

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van het specialisme Cardiologie en een aantal onderzoeken die ingaan op spirituele zorg rondom dit specialisme.

Cardiologie is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met aandoeningen aan het hart. De ziektebeelden kunnen uiteenlopen van aangeboren hartafwijkingen, hartfalen, hartritmestoornissen, pijn op de borst tot hartinfarcten. Door de ontwikkelingen in de hartchirurgie, bereiken de meeste patiënten met aangeboren hartafwijkingen tegenwoordig de volwassen leeftijd. Bijna al deze patiënten staan de rest van hun leven onder controle van een arts (AMC, 2013).

Er is onderzoek gedaan naar het begrip spiritualiteit en het bieden van spirituele zorg binnen het specialisme Cardiologie. Spiritualiteit wordt benoemd als een coping mechanisme van stress. Hierbij gaat het om de stress die door patiënten kan worden ervaren voor, tijdens, en na een cardiale operatie. Mouch en Sonnega (2012) hebben middels een review specifiek gekeken naar spiritualiteit in combinatie met het herstel na een cardiale operatie. Uit dat onderzoek komt naar voren dat patiënten met een religieuze en/of spirituele achtergrond beter kunnen omgaan met de stress die ze ervaren. Ook blijkt uit dit onderzoek dat patiënten met een sterke religieuze of spirituele achtergrond minder postoperatieve complicaties ervaren en er een

kortere opnameduur binnen het ziekenhuis nodig is. Tevens laat het een positief effect zien op het fysieke en spirituele welbevinden tijdens het postoperatieve herstel na een cardiale operatie (Mouch, Sonnega 2012). Het onderzoek van Naghi et al., (2010) bevestigd het onderzoek van Mouch en Sonnega (2012) dat spiritualiteit als coping mechanisme kan worden gezien. Dit coping mechanisme kan worden ingezet om psychische en mentale stress te hanteren die wordt veroorzaakt door een chronische ziekte, zoals hartfalen. Daarnaast beschrijven Naghi et al. (2010) dat de effecten van spiritualiteit bij patiënten met chronisch hartfalen positief zijn en genoeg bewijs leveren om verder onderzoek te doen naar het begrip spiritualiteit en de voordelen hiervan. Spiritualiteit speelt een grote rol in de veranderingen die de patiënten ervaren en kan bij een deel van de patiënten een positief effect hebben op het herstel van hun ziekte op meerdere vlakken. Ook beschrijven ze dat naar voren komt dat spirituele zorg effect heeft op het welbevinden van de patiënt en de kwaliteit van leven vergroot. Metingen naar de kwaliteit van zorg laten zien dat er een verbetering plaatsvindt bij patiënten die zich spiritueel achten en zich goed voelen (Naghi, Philip, Phan, Cleenewerck & Schwarz, 2010).

Het onderzoek van Blumenthal et al. (2007) sluit aan bij de vorige onderzoeken. Zij concluderen dat (het praten over) religie en spiritualiteit het fysieke herstel bevordert (Blumenthal, et al., 2007). De zorgverleners kunnen hierop actie ondernemen door het onderdeel te maken van het zorgproces. Het is de taak van onder andere de verpleegkundige het spirituele aspect te omarmen en mee te nemen of zelfs in te voeren in de praktijk. Uit de resultaten van het onderzoek van Mouch en Sonnega (2012) komt naar voren dat het voor artsen en medische zorgverleners betekent dat zij moeten waken voor de spirituele nood van patiënten. Daarnaast moeten zij open staat voor begeleiding van patiënten op dit gebied tijdens het herstel van het ziekteproces. (Mouch en Sonnega 2012). Een discipline die in meerdere onderzoeken wordt benoemd en als 'hulpmiddel' op dit gebied wordt beschreven is de geestelijk verzorger. Timmins en Kelly (2008) benoemen dat de geestelijk verzorgers al veel doen op het gebied van spiritualiteit en het bieden van spirituele zorg. De geestelijk verzorger zou een aanvulling kunnen zijn op afdelingen waar hij of zij nog niet werkzaam is, uitleg kunnen geven over spiritualiteit en een mogelijk hulpmiddel of methode aan kunnen bieden binnen verschillende specialismen, zoals het specialisme Cardiologie (Timmins & Kelly, 2008).

Concluderend kan er worden gezegd dat onderzoeken binnen het specialisme Cardiologie hebben bewezen dat patiënten behoefte hebben aan spirituele zorgverlening. Daarnaast kan spiritualiteit worden ingezet als coping mechanisme, omdat het een positief invloed kan hebben op het lichamelijk en geestelijk welbevinden. Een voorbeeld hierbij is dat patiënten beter kunnen omgaan met stress en er treden minder postoperatieve complicaties op na een cardiale operatie.

2.6 Spirituele zorg en Chirurgie

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van het specialisme Chirurgie.

Chirurgie is een ander woord voor heelkunde. Binnen het specialisme Chirurgie zijn de volgende sub specialismen: Gastro- Intestinale chirurgie, Vaatchirurgie, Chirurgische Oncologie, Traumatologie, Algemene Heelkunde en Experimentele chirurgie (AMC, 2013).

In de literatuur zijn geen relevante onderzoeken gevonden over spirituele zorg binnen dit specialisme. Er zal eerst onderzoek moeten worden gedaan om te bepalen of het verlenen van spirituele zorg een positief effect heeft op patiënten die zijn opgenomen op een chirurgische afdeling.

2.7 Spirituele zorg en Interne geneeskunde

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van het specialisme Interne geneeskunde en een aantal onderzoeken die ingaan op spirituele zorg rondom dit specialisme.

De Interne geneeskunde houdt zich bezig met het voorkomen, herkennen, diagnosticeren en behandelen van ziekte van de inwendige organen. Dit specialisme kenmerkt zich door een brede oriëntatie op de patiënt waarbij een (of meerdere) lichamelijke aandoening(en) centraal staan. Het specialisme kent meerdere sub specialismen, zoals bijvoorbeeld allergologie (overgevoeligheidsreacties), endocrinologie (stofwisselingsziekten), hematologie (bloedziekten), immunologie (afweerstoornissen), infectieziekten en nefrologie (nierziekten) (UMCG, 2013).

Er is onderzoek gedaan door Williams et al. (2011) naar het verlangen dat patiënten hebben naar het voeren van gesprekken over religie en spiritualiteit. Drie jaar lang hebben Williams et al. (2011) data verzameld bij patiënten die zijn opgenomen op een afdeling Interne geneeskunde. Er komt naar voren dat patiënten het prettig vinden om tijdens opname met een zorgverlener te praten over zijn of haar religie en/of spiritualiteit. Hoewel dit verlangen bestaat bij de patiënt, komt het voeren van een gesprek in praktijk minder vaak voor dan patiënten zouden willen. Eveneens komt naar voren dat verpleegkundigen binnen dit specialisme scholing en handvatten nodig hebben rondom het begrip spiritualiteit om hier met patiënten over in gesprek te kunnen gaan. Williams et al. (2011) beschrijven dat patiënten die tijdens hun opname een gesprek hebben gehad over spiritualiteit en/of religie de algehele zorg beter beoordelen. Het is de taak van de zorgverlener om in te gaan op de behoefte en het verlangen van de patiënt door deze onderwerpen bespreekbaar te maken tijdens opname in het ziekenhuis (Williams, Meltzer, Arora, Chung & Curlin, 2011).

2.8 Spirituele zorg en Neurologie

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van het specialisme en een aantal onderzoeken die ingaan op spirituele zorg rondom het specialisme Neurologie.

Neurologie is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met de diagnose en de behandeling van de ziekten van het zenuwstelsel (hersenen, ruggenmerg en perifere zenuwen) en de spieren. De neuroloog bezit kennis over verschillende klachten zoals hoofdpijn, duizeligheid of verlammingsverschijnselen. Mensen met aandoeningen als epilepsie, Multiple Sclerose, een zware hersenschudding of een hersentumor komen bij de neuroloog of worden opgenomen op de afdeling Neurologie (UMCG, 2013).

Door onderzoek te doen wilde men nagaan welke spirituele behoeften neurologie patiënten zouden hebben en wat verpleegkundigen kunnen doen om tegemoet te komen aan deze behoeften. Uit onderzoek van Nixon, Narayanasamy & Penny (2013) blijkt dat verpleegkundigen wel oog hebben voor de spirituele behoeften van de patiënt maar niet altijd weten hoe ze deze zorg in de praktijk kunnen verlenen. De noden van patiënten zijn te omschrijven als aangetaste familierelaties, eenzaamheid, moeten praten, angst, ontkenning, planning voor de toekomst, gedachten over de zin van het leven, beslissingen rond het levenseinde en bespreking van overtuigingen. Nixon, Narayanasamy & Penny (2013) stellen dat sommige verpleegkundigen een duidelijke opvatting hebben over de spirituele behoeften van hun neuro-oncologische patiënten. Elke verstoring in het doel van het leven van een persoon leidt tot spirituele nood. Dit kan zich uiten in angst en depressie. Uit het onderzoek van Nixon, Narayanasamy & Penny (2013) komt naar voren dat verpleegkundigen een belangrijke rol spelen bij de spirituele behoeften van de patiënt en dat ze de patiënt ondersteuning kunnen bieden bij hun

vragen en onzekerheden. De vaardigheden die een verpleegkundige volgens patiënten uit het onderzoek van Nixon, Narayanasamy & Penny (2013) nodig heeft zijn onder meer:

- Flexibiliteit met het ziekenhuisbeleid;
- Communicatie;
- Zorgen dat de patiënt wordt ondersteund door familie gedurende de ziekenhuisopname;
- Het bieden van privacy;
- Het bieden van religieuze en emotionele ondersteuning en gezelschap;
- Het geven van praktische informatie, rust en vertrouwen;
- Het tonen van gevoeligheid;
- Het bieden van een positieve en zorgzame omgeving.
  (Nixon en Narayanasamy, 2010); (Nixon, Narayanasamy & Penny, 2013)

Sommige patiënten gaven expliciet aan dat ze het geven van spirituele zorg niet zagen als een verpleegkundige taak (Nixon, Narayanasamy & Penny, 2013). Dit onderzoek laat zien dat verpleegkundigen kunnen ondervinden dat op bepaalde momenten woorden tekort schieten. In een dergelijke situatie is de therapeutische aanwezigheid van de verpleegkundige een goede ondersteuning voor patiënten. Nixon, Narayanasamy & Penny (2013) stellen dat verpleegkundigen die spiritueel onderwijs hebben gekregen, zich beter in staat voelen om spirituele zorg te verlenen, dan verpleegkundigen die geen spiritueel onderwijs hebben gekregen. Een ander voordeel van het bieden van spiritueel onderwijs aan verpleegkundigen is dat er voor de patiënten altijd iemand beschikbaar is om hen bij te staan. Professionals als pastors of spirituele adviseurs zijn mogelijk niet altijd aanwezig, gezien hun werktijden. Het is mogelijk dat verpleegkundigen van mening zijn dat ze meer kwaad dan goed doen, wanneer ze trachten spirituele zorg te verlenen. In dit geval kan men de patiënt doorverwijzen naar een andere discipline, zodat de patiënt toch voorzien wordt van spirituele zorg (Nixon, Narayanasamy & Penny, 2013).

Samengevat, wanneer het doel van het leven van een patiënt verstoord wordt, is er sprake van spirituele nood. Dit kan zich uiten in angst. Uit de literatuur (Nixon, Narayanasamy & Penny, 2013) komt naar voren dat de aanwezigheid van de verpleegkundige al ondersteuning kan bieden aan patiënten. Er zijn verpleegkundigen die onderwijs hebben gekregen in het verlenen van spirituele zorg. Deze verpleegkundigen voelen zich beter in staat deze zorg te verlenen en zijn daarbij altijd beschikbaar voor de patiënt. Neurologische patiënten vinden dat verpleegkundigen verschillende vaardigheden nodig hebben om hen te ondersteunen zoals het bieden van privacy en het geven van vertrouwen. Gebaseerd op bovenstaande onderzoeken kan gezegd worden dat spirituele zorgverlening van toegevoegde waarde binnen het specialisme Neurologie.

2.9 Conclusie literatuurstudie

Ten aanzien van de literatuurstudie kan geconcludeerd worden dat praten over religie en spiritualiteit een positief effect kan hebben op het welbevinden van de patiënt en de kwaliteit van zorg. Spiritualiteit wordt ook wel gezien als een coping mechanisme zodat patiënten beter om kunnen gaan met de stress die zij ervaren tijdens opname binnen het ziekenhuis (Naghi, Philip, Phan, Cleenewerck & Schwarz, 2010). Artsen en medische zorgverleners (verpleegkundigen) moeten waken en open staan voor de spirituele nood van patiënten. Een geestelijk verzorger kan artsen en medische zorgverleners voorzien van bruikbare informatie.
In ieder onderzoek komt naar voren dat inmiddels veel is geschreven over de begrippen spiritualiteit en

spirituele zorg, maar dat meer onderzoek nodig is om verpleegkundige interventies duidelijk te krijgen. Daarnaast is meer onderzoek nodig om te bewijzen dat spirituele zorg een positief effect heeft op het, voornamelijk lichamelijke, herstel van patiënten die zijn opgenomen in een ziekenhuis. Tevens kan het nuttig zijn om te inventariseren wat de rol van het multidisciplinaire team is op het gebied van spirituele zorg (Nixon & Narayanasamy, 2010).

De literatuurstudie is meegenomen in het schrijven van de conclusie, omdat de literatuur inzicht heeft gegeven in spiritualiteit en spirituele zorg.

Hoofdstuk 3. Methodiek van onderzoek

In dit hoofdstuk is het methodische kader van dit onderzoek uitgewerkt. De volgende begrippen zijn omschreven: typering van het onderzoek, populatie en steekproef, betrouwbaarheid en validiteit, wijze van gegevensverzameling, wijze van gegevensverwerking en ethische implicaties van het onderzoek.

3.1 Typering van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is dat er zicht komt op de sector- en afdelingsspecifieke aspecten van spirituele zorgverlening. De mate waarin verpleegkundigen zichzelf competent achten in het verlenen van spirituele zorg wordt in kaart gebracht. In dit onderzoek zijn aanbevelingen gedaan voor de implementatie van spiritualiteit in de praktijk. Het resultaat van het onderzoek is meer duidelijkheid over hoe competent verpleegkundigen zichzelf achten bij het verlenen van spirituele zorg. Daarnaast wordt duidelijk welke factoren hierbij van invloed zijn. Het onderzoek is een cross-sectionele studie door middel van een vragenlijstonderzoek. Bij een cross-sectionele studie wordt ieder individu in een groep eenmaal op hetzelfde tijdstip geobserveerd of gemeten. Dit onderzoek is een kwantitatief onderzoek. Bij kwantitatieve methoden wordt gebruik gemaakt van cijfermatige (numerieke) informatie, gegevens in cijfers over objecten, organisaties en personen. Vervolgens worden statistische technieken gebruikt om een beschrijving van de resultaten te geven en om verwachtingen over de resultaten te toetsen. Statistische technieken, in dit geval SPSS, zijn de instrumenten van kwantitatieve methoden (Verhoeven, 2011). Er wordt gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst bestaande uit de onderdelen:

- Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS);
- Spiritual Care Competence Scale (SCCS);
- Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL).

De onderdelen van de vragenlijst worden toegelicht in paragraaf 3.3 'wijze van gegevensverzameling'.

In de vragenlijst wordt één open, kwalitatieve vraag gesteld waarbij verpleegkundigen zichzelf op spiritueel gebied indelen in een schaal van 1 tot 10. Hierbij hebben ze de gelegenheid om een toelichting te geven op de score die ze ingevuld hebben.

3.2 Populatie en steekproefstrekking

De populatie betreft gediplomeerde, MBO-, HBO of In Service (A/B/Z) opgeleide verpleegkundigen. Dit zijn zowel mannen als vrouwen. Zij zijn werkzaam op de afdelingen Cardiologie, Neurologie, Interne geneeskunde en Chirurgie in de ziekenhuizen waar dit onderzoek is afgenomen. Verpleegkundigen in opleiding zijn uitgesloten van deelname bij de vragenlijst. De reden hiervoor is dat de verpleegkundigen in opleiding nog lerende zijn, onvoldoende werkervaring hebben en mogelijk nog niet competent genoeg zijn voor deelname aan het onderzoek.

In de maanden mei tot en met augustus 2013 is er contact gezocht met in totaal 23 ziekenhuizen in Nederland, zowel telefonisch als via e-mail. Voor een overzicht van deze ziekenhuizen wordt verwezen naar bijlage 2 'overzicht benaderde ziekenhuizen'. Sommige ziekenhuizen en afdelingen wezen het verzoek af, reageerden niet meer of waren lastig te bereiken. Vanwege de hiervoor genoemde redenen zijn de

afdelingshoofden later rechtstreeks benaderd. Na telefonisch contact is er aanvullende informatie over het onderzoek verzonden per mail. Van de 23 ziekenhuizen zijn vier ziekenhuizen bereid gevonden medewerking te verlenen aan dit onderzoek. In twee ziekenhuizen zijn alle beschreven specialismen bereid gevonden mee te werken en in de andere twee ziekenhuizen varieert dit van één tot twee afdelingen. Voor het overzicht van de deelnemende ziekenhuizen wordt verwezen naar tabel 3.1 'deelnemende ziekenhuizen'. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de maand september en de eerste week van oktober 2013. De onderzoekers hebben ieder ziekenhuis en iedere afdeling bezocht. Daar is de vragenlijst geïntroduceerd en voorgelegd aan de verpleegkundigen. De afdelingshoofden zijn voortijdig telefonisch of via e-mail gevraagd om tijd en ruimte vrij te maken om de verpleegkundigen gelegenheid te geven de vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijst is veelal gebeurd tijdens één van de pauzemomenten van de verpleegkundigen maar ook tussen de werkzaamheden door.

Er heeft een aselecte steekproef plaatsgevonden onder de beschreven populatie. Het betreft een aselecte steekproef, omdat er geen selectie wordt gemaakt in de omschreven populatie (Baarda & Goede, 2006). De steekproef is uitgevoerd onder verpleegkundigen binnen vier verschillende ziekenhuizen. De opdracht was om 120 vragenlijsten te werven binnen twee ziekenhuizen op de vier eerder benoemde afdelingen. Per afdeling zijn vijftien tot twintig vragenlijsten uitgezet.

Tabel 3.1: Overzicht deelnemende ziekenhuizen en afdelingen

Deelnemende ziekenhuizen	**Afdelingen**
Scheper Ziekenhuis Emmen	Neurologie
Rijnstate Ziekenhuis Arnhem	Chirurgie Cardiologie
Amphia Ziekenhuis Breda	Interne Chirurgie Neurologie Cardiologie
Gelre ziekenhuizen Apeldoorn	Interne Chirurgie Neurologie Cardiologie Oncologie

3.3 Wijze van gegevensverzameling

De wijze van gegevensverzameling is gedaan door middel van schriftelijke vragenlijsten. De vragenlijst bestaat in totaal uit acht pagina's en vier onderdelen:

- Demografisch deel;
- Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS);
- Spiritual Care Competence Scale (SCCS);
- Spiritual attitude and involvement list (SAIL).

De vragenlijsten zijn enkelzijdig afgedrukt. Dit verkleint de kans dat de respondent de achterkant vergeet in te vullen. Daarnaast verschillen de regels in de tabellen van kleur. Hiermee wordt de kans verkleind dat het antwoord bij de verkeerde regel wordt omcirkeld of aangekruist.

3.3.1 Demografisch deel

Het eerste onderdeel is het demografische deel. In dit onderdeel staan in totaal negen vragen beschreven die gaan over geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, instelling waar werkzaam, werkervaring in de gezondheidszorg en omschrijving van levensbeschouwingen. Daarnaast is er een vraag opgenomen of men positieve of negatieve gebeurtenissen heeft meegemaakt. Indien men geen belangrijke gebeurtenissen heeft meegemaakt gaat men door naar de volgende vraag. Als laatste vraag moeten respondenten een meerpuntenschaal invullen die bestaat uit persoonlijke vragen met betrekking tot eigen levensbeschouwing en religie. De meerpuntenschaal bestaat uit de antwoordmogelijkheden:

Dagelijks – wekelijks – maandelijks – minder vaak dan maandelijks – nooit.

3.3.2. Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)

Het tweede onderdeel van de vragenlijst bestaat uit de Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). Deze schaal is ontworpen door McSherry (2007) en heeft als doel om inzichtelijk te krijgen op welke manier verpleegkundigen tegen spirituele zorg aankijken en hoe ze spirituele zorg ervaren in de praktijk. Dit onderdeel bevat 17 vragen die respondenten kunnen invullen aan de hand van een likertschaal oplopend van cijfer 1 t/m 5. De antwoordmogelijkheden staan voor:

1 = helemaal mee oneens – 2 = mee oneens – 3 = niet mee oneens, niet mee eens –
4 = mee eens – 5 = helemaal mee eens.

Tevens is er een extra vraag opgenomen waarin verpleegkundigen wordt gevraagd in hoeverre zij zichzelf spiritueel achten. Dit doet men door een cijfer te geven van 1 tot 10. Bovendien wordt gevraagd naar een korte toelichting.

3.3.3 Spiritual Care Competence Scale (SCCS)

Het derde onderdeel bestaat uit de vragenlijst Spiritual Care Competence Scale (SCCS). Deze vragenlijst heeft als doel inzichtelijk te krijgen in hoeverre verpleegkundigen vinden dat ze in staat zijn om de competentie spirituele zorg in de praktijk invulling te geven. Hier wordt aandacht geschonken aan verschillende vragen, zoals: hebben verpleegkundigen de kwaliteiten en mogelijkheden om de spirituele zorg te kunnen plannen,

verlenen, professionaliseren of de kwaliteit ervan te verbeteren. In totaal zijn dit 27 vragen die respondenten wederom aan de hand van een likertschaal invullen (Leeuwen, 2008). In de likertschaal kan de verpleegkundige bij elke vraag omcirkelen wat zijn/haar competentieniveau is. De antwoordmogelijkheden zijn:

1 = helemaal mee oneens – 2 = mee oneens – 3 = niet mee oneens, niet mee eens – 4 = mee eens – 5 = helemaal mee eens.

3.3.4 Spiritual attitude and involvement list (SAIL)

Het vierde en laatste onderdeel van de vragenlijst bestaat uit de Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL). Middels deze vragen kunnen de interesses en de houding rondom spirituele zorg worden onderzocht van de respondenten. De SAIL bestaat uit zeven aspecten die drie hogere dimensies vertegenwoordigen, namelijk: verbondenheid met jezelf, verbondenheid met de omgeving en verbondenheid met het transcendente, oftewel wat buiten onszelf is. Deze lijst is ontwikkeld door medewerkers van het Helen Dowling Instituut (HDI, 2007). Deze lijst bevat ook een likertschaal. De antwoordmogelijkheden worden aangegeven met de cijfers 1 t/m 6 en kan variëren van 'helemaal niet' tot 'in zeer hoge mate'. Dit zijn de antwoordmogelijkheden:

1 = helemaal niet – 2 = nauwelijks – 3 = enigszins – 4 = in redelijke mate
5 = in hoge mate – 6 = in zeer hoge mate

3.4 Wijze van gegevensanalyse

De wijze van analyse wordt gedaan met het programma SPSS. Het programma SPSS is een programma dat veel gebruikt wordt bij statistische analyses. Het leent zich goed voor kwantitatief onderzoek. Daarbij is hulp verleend door een medewerker van het lectoraat van de Gereformeerde Hogeschool, Dr. A.E. Schep – Akkerman. Zij is tevens tweede beoordelaar van dit onderzoek. De resultaten van het kwantitatieve deel worden ingevoerd in het programma SPSS, waar ze gelabeld worden aan de antwoordmogelijkheden en vragen. Uiteindelijk worden ze weergegeven in tabellen. Concreet betekent dit dat er wordt bekeken hoe verpleegkundigen zichzelf beoordelen op hun competentie van spirituele zorg en welke factoren daarop van invloed zijn. De afdelingen worden met elkaar vergeleken op basis van de resultaten van de vragenlijsten. Vervolgens wordt er gekeken welke factoren van invloed blijken te zijn. Denk hierbij aan demografische factoren zoals: leeftijd, geslacht of vooropleiding. Hierbij vraagt men zich af welke niet-competentie gebonden factoren volgens verpleegkundigen van invloed zijn op het realiseren van spirituele zorg in de praktijk.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid wil zeggen dat de onderzoeksresultaten zo min mogelijk van toeval afhankelijk zijn (Baarda & Goede, 2006). Het onderzoek is een vervolgonderzoek en is betrouwbaar omdat er gebruik wordt gemaakt van een gevalideerde vragenlijst. De vragenlijst is tijdens een eerder onderzoek getoetst in de praktijk.
Het onderzoek is herhaalbaar, omdat er gebruik is gemaakt van dezelfde vragenlijst als in het voorgaande onderzoek. Daarom is het mogelijk dat de onderzoeksresultaten hetzelfde zijn. Er is een pilot van de vragenlijst uitgevoerd onder zes verpleegkundigen. Op deze wijze is nagegaan of de vragen duidelijk zijn en hoeveel tijd het invullen van de vragenlijst in beslag neemt. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen zijn de onderzoekers bij zo veel mogelijk afnamemomenten van de vragenlijst aanwezig geweest.

Hierdoor konden de respondenten, indien nodig, vragen stellen en konden de onderzoekers erop toezien dat de respondenten niet met elkaar in overleg gingen over de vragen van de vragenlijst.

Op deze manier is zo veel mogelijk non-respons voorkomen. Als gegevens betrouwbaar zijn wil dat nog niet zeggen dat de gegevens valide zijn (Baarda & Goede, 2006). Hieronder wordt beschreven hoe er naar een valide onderzoek is gestreefd.

Validiteit wil zeggen dat gemeten wordt wat beoogd is en dat daarbij systematische fouten worden voorkomen (Baarda & Goede, 2006; Verhoeven, 2011). Wat beoogd wordt staat beschreven in hoofdstuk 1 'inleiding'. De vragenlijst is valide omdat deze tijdens onderzoek door verplegingswetenschappers is getest en door het lectoraat Zorg & Zingeving is aangereikt als valide instrument. Tijdens het proces in de vordering van het onderzoek hebben meerdere bijeenkomsten plaatsgevonden met de onderzoekers en beoordelaars. Dit had als doel om tussentijds de validiteit van het onderzoek te waarborgen.

Presentatie onderzoeksresultaten
De onderzoeksresultaten zullen schriftelijk en/of digitaal worden teruggekoppeld aan de opdrachtgever, de projectbegeleider en de meewerkende ziekenhuizen. Daarnaast zal een mondelinge presentatie plaatsvinden waarin het proces en de resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd.

3.6 Ethische implicaties

Om het onderzoek uit te mogen voeren is er toestemming gevraagd aan de leidinggevenden van de verschillende afdelingen binnen de vier deelnemende ziekenhuizen. Op deze manier is rekening gehouden met de normen en waarden van de beroepsgroep. De verpleegkundigen zijn niet verplicht mee te werken aan het onderzoek. De beroepscode verwoordt echter wel dat verpleegkundigen hun bijdrage moeten kunnen leveren aan de bevordering van volksgezondheid. Hierdoor werken ze mee aan wetenschappelijk onderzoek dat gericht is op bevordering van de volksgezondheid en individuele gezondheid (V&VN, 2007). Met dit onderzoek wordt niemand geschaad en wordt geen informatie gevraagd die de privacy van een respondent aan zou kunnen tasten. Men vult de vragenlijst anoniem in. Bij het invoeren van de gegevens van de vragenlijsten, in het programma SPSS, zullen de lijsten voorzien worden van een nummer in plaats van een naam. Hierdoor is de vragenlijst niet alleen valide en betrouwbaar maar ook ethisch verantwoord. Door de algemene demografische factoren is niet te achterhalen welke verpleegkundigen een vragenlijst ingevuld hebben. Indien gewenst worden de deelnemende ziekenhuizen geanonimiseerd in het verslag.

Hoofdstuk 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Om aan dit hoofdstuk structuur te geven worden de onderdelen uit de vragenlijst gebruikt om de resultaten te beschrijven. De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen: SSCRS, SCCS, SAIL en demografie. Uitleg over de onderdelen van de vragenlijst is in paragraaf 3.3 'wijze van gegevensverzameling' verder uitgewerkt. In de vragenlijst zijn diverse antwoordmogelijkheden opgenomen die ter verduidelijking in onderstaand overzicht staan. De resultaten van de geanalyseerde gegevens worden weergegeven in tabellen. De analyse is gedaan met behulp van het dataverwerkingsprogramma SPSS. Bij het verwerken van de gegevens zijn aan de antwoordmogelijkheden cijfers verbonden. Deze cijfers vormen de gemiddelden in de tabellen.

SSCRS	*SCCS*	*SAIL*
1 = Helemaal mee oneens	1 = Helemaal mee oneens	1 = Helemaal niet
2 = Mee oneens	2 = Mee oneens	2 = Nauwelijks
3 = Niet mee oneens, niet mee eens	3 = Niet mee oneens, niet mee eens	3 = Enigzins
4 = Mee eens	4 = Mee eens	4 = In redelijke mate
5 = Helemaal mee eens	5 = Helemaal mee eens	5 = In hoge mate
		6 = In zeer hoge mate

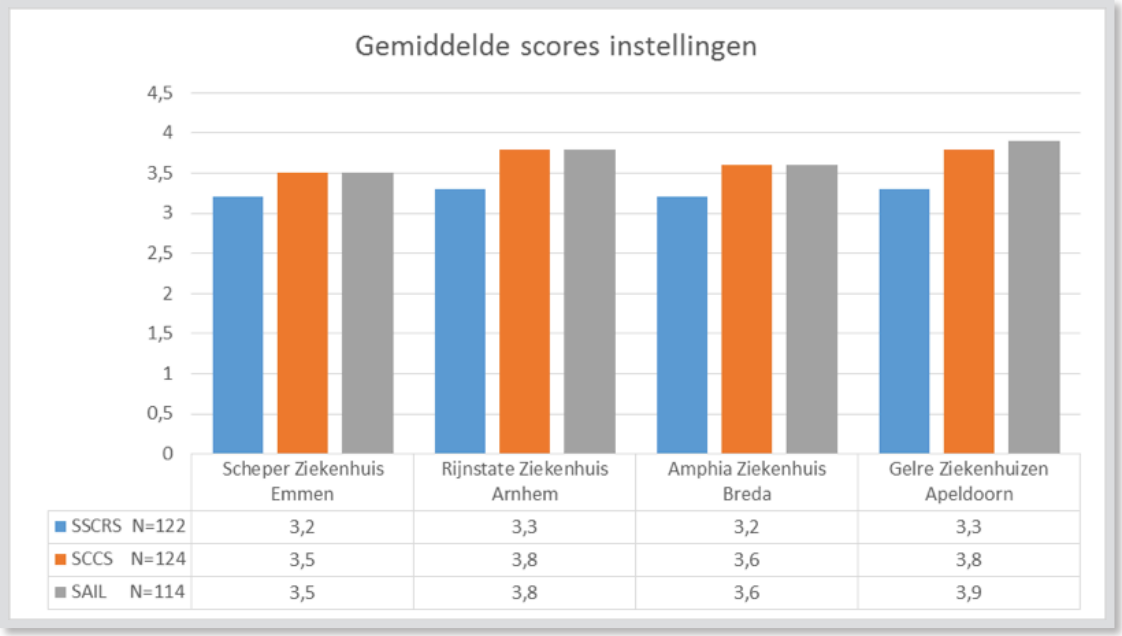
De deelnemende ziekenhuizen en afdelingen zijn meerdere keren door de onderzoekers bezocht. De opdracht was het verzamelen van vijftien ingevulde vragenlijsten per afdeling, 120 in totaal. Er zijn meer ziekenhuizen bereid gevonden mee te werken aan het onderzoek dan de opdracht aangaf. De maximale respons die hierdoor behaald kon worden was 180 vragenlijsten. Uiteindelijk zijn 137 ingevulde vragenlijsten verzameld. Gesteld wordt dat er een hoge respons heeft plaatsgevonden, met 76 procent van de verspreide vragenlijsten. In tabel 4.1 'overzicht respons vragenlijsten per ziekenhuis en afdeling' is te zien dat per ziekenhuis een verschillend aantal afdelingen medewerking hebben verleend aan het onderzoek.

Tabel 4.1 Overzicht repsons vragenlijsten per ziekenhuis en afdeling

Afdelingen	**Instelling**				**Totaal**
	Scheper Ziekenhuis Emmen	Rijnstate Ziekenhuis Arnhem	Amphia Ziekenhuis Breda	Gelre Ziekenhuis Apeldoorn	
Cardiologie	0	13	10	5	28
Chirurgie	0	15	15	11	41
Interne	0	0	16	9	25
Neurologie	13	0	12	8	33
Oncologie	0	0	0	10	10
Totaal	13	28	53	43	137

4.1 Algemene resultaten

In deze paragraaf worden resultaten getoond waarin de vier deelnemende ziekenhuizen en vijf afdelingen met elkaar zijn vergeleken aan de hand van meerdere onderdelen van de vragenlijst.



	Scheper Ziekenhuis Emmen	Rijnstate Ziekenhuis Arnhem	Amphia Ziekenhuis Breda	Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn
SSCRS N=122	3,2	3,3	3,2	3,3
SCCS N=124	3,5	3,8	3,6	3,8
SAIL N=114	3,5	3,8	3,6	3,9

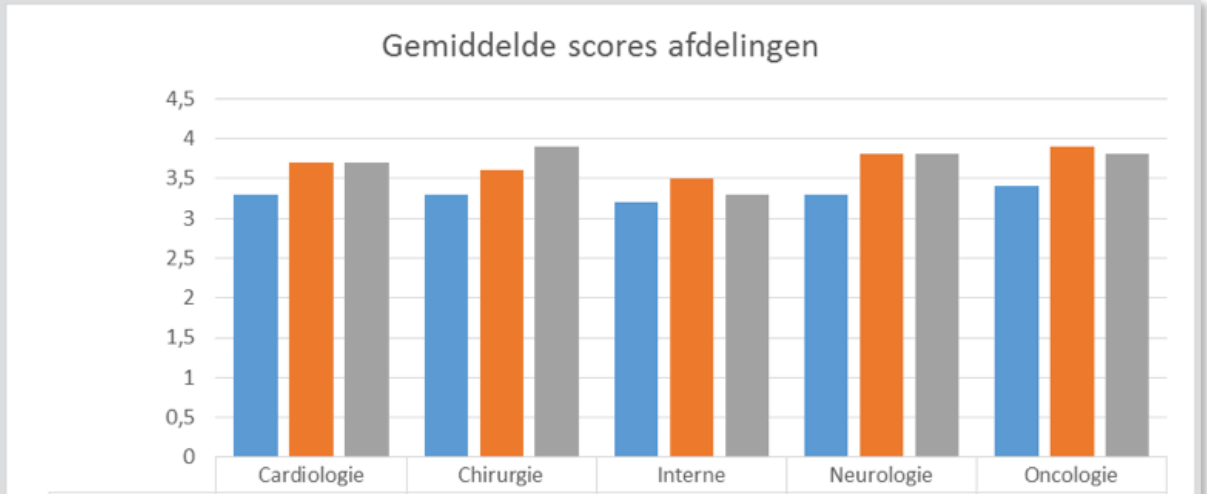
Tabel 4.2 Alle gemiddelde scores (SSCRS, SCCS en SAIL) van de vier deelnemende ziekenhuizen

Deze tabel laat zien wat de respondenten gemiddeld scoren per ziekenhuis op drie onderdelen van de vragenlijst namelijk, de SSCRS, SCCS en de SAIL. In deze tabel is af te lezen dat van de deelnemende ziekenhuizen het Gelre Ziekenhuis op de gehele vragenlijst het hoogst scoort. Het Rijnstate Ziekenhuis scoort daarna het hoogst. Op de derde plaats staat het Amphia Ziekenhuis en het Scheper Ziekenhuis scoort het minst hoog.

SSCRS: Dit deel van de vragenlijst heeft als doel om inzichtelijk te krijgen op welke manier respondenten tegen spirituele zorg aankijken en hoe ze deze zorg ervaren. Over het algemeen valt op dat op het onderdeel SSCRS het laagst wordt gescoord door alle ziekenhuizen. De verschillen tussen de deelnemende ziekenhuizen en afdelingen zijn op dit onderdeel van de vragenlijst niet groot. De score '3' geeft aan dat de respondent het met de stellingen in de vragenlijst 'niet mee oneens, niet mee eens' is. Uit de tabel hierboven is te zeggen dat verpleegkundigen een matig beeld hebben van spirituele zorg in de praktijk en zich twijfelachtig herkennen in de stellingen uit de vragenlijst zoals: 'ik ben ervan overtuigd dat verpleegkundigen spirituele zorg kunnen verlenen door de patiënt de gelegenheid te geven te zoeken naar de zin van het leven'.

SCCS: Uit bovenstaande tabel is af te lezen in hoeverre de respondenten zich competent achten in het verlenen van spirituele zorg. Daarin beoordelen het Rijnstate Ziekenhuis en Gelre Ziekenhuizen zichzelf competent. Het Scheper Ziekenhuis en Amphia Ziekenhuis scoren lager met een gemiddelde van respectievelijk 3,5 en 3,6. Dit gemiddelde betekent dat men zichzelf competent acht in het verlenen van spirituele zorg. In vergelijking met het Rijnstate Ziekenhuis en Gelre Ziekenhuizen achten zij zichzelf minder competent in dit onderdeel. Het onderdeel SCCS wordt in paragraaf 4.2 'SCCS' specifieker geanalyseerd aan de hand van vijf competenties.

SAIL: Op het onderdeel SAIL is een gemiddelde gescoord variërend van 3,5 tot 3,9. Dit gemiddelde staat voor 'enigszins' tot 'in redelijke mate'. De verpleegkundigen geven aan invulling te geven aan hun persoonlijke spirituele interesses en behoeften. Men voelt zich verbonden met zichzelf, de omgeving en met het transcendente, ofwel zaken die buiten henzelf zijn.



	Cardiologie	Chirurgie	Interne	Neurologie	Oncologie
SSCRS N = 122	3,3	3,3	3,2	3,3	3,4
SCCS N = 124	3,7	3,6	3,5	3,8	3,9
SAIL N = 114	3,7	3,9	3,3	3,8	3,8

Tabel 4.3 Alle gemiddelde scores (SSCRS, SCCS en SAIL) van de verschillende afdelingen

In bovenstaande tabel zijn alle gemiddelde scores weergegeven van de vijf deelnemende afdelingen.

SSCRS: Op het onderdeel SSCRS wordt door alle afdelingen laag gescoord. Dit wil zeggen dat spirituele zorg in de praktijk niet word herkend en is het niet duidelijk op welke manier de respondenten spirituele zorg ervaren. Men is er bijvoorbeeld niet geheel van overtuigd dat spiritualiteit te maken heeft met een gevoel van hoop en met iemands leven in het hier en nu. In de gemiddelde scores van dit onderdeel is weinig verschil te zien. De respondenten werkzaam op afdeling Oncologie scoren het hoogst op dit onderdeel. Gezien de gemiddelde score wil dit zeggen dat men op deze afdeling het beste spirituele zorg herkend en ervaart. Op afdeling Interne geneeskunde scoort men gemiddeld het laagst wat wil zeggen dat men spirituele zorg minder herkend en ervaart.

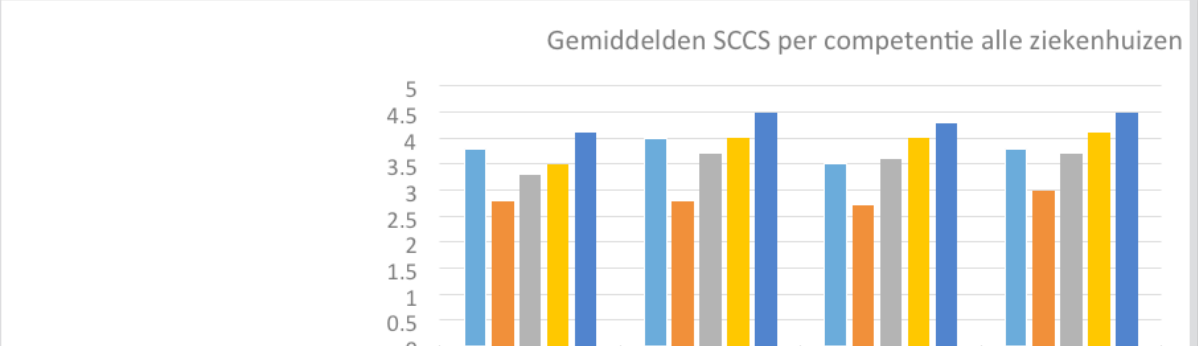
SCCS: In tabel 4.3 is af te lezen dat alle afdelingen zich competent achten in het verlenen van spirituele zorg. Afgerond zijn de gemiddelde scores gewaardeerd op de antwoordmogelijkheid 'mee eens'. Op afdeling Oncologie vindt men zich het meest competent in het verlenen van spirituele zorg in de praktijk. De afdelingen Neurologie en Cardiologie scoren gemiddeld lager maar voelen zich eveneens competent in het verlenen van spirituele zorg. Afdeling Interne geneeskunde scoort op dit onderdeel het laagst en de respondenten voelen zichzelf in vergelijking met de andere afdelingen het minst competent in het verlenen van spirituele zorg.

SAIL: De respondenten op de afdeling Chirurgie scoren het hoogst op het onderdeel SAIL en geven het meest invulling aan hun spirituele behoeften en interesses en tonen een spirituele houding. Men voelt zich verbonden met zichzelf, de omgeving en datgene wat buiten hen is. Over de respondenten van afdeling Oncologie, Neurologie en Cardiologie is hetzelfde te zeggen, hoewel de respondenten van de afdelingen Oncologie en Neurologie wat hoger scoren in vergelijking met de respondenten werkzaam op de afdeling Cardiologie.

De respondenten op afdeling Interne geneeskunde geven aan een matige invulling te geven aan hun spirituele behoeften en interesses. In hun houding is mogelijk te zien dat men zich minder verbonden voelt met zichzelf, de omgeving en met het transcendente, ofwel zaken die buiten henzelf zijn.

4.2 SCCS (Spiritual Care Competence Scale)

Het onderdeel SCCS van de vragenlijst geeft weer in hoeverre verpleegkundigen zich competent achten in het verlenen van spirituele zorg. In paragraaf 4.1 'algemene resultaten' zijn hier reeds resultaten over beschreven. In deze paragraaf wordt een specifiekere analyse weergegeven van de vijf competenties behorend bij het onderdeel SCCS. Welke competenties dit zijn is te zien in tabel 4.4.



	Scheper Ziekenhuis Emmen	Rijnstate Ziekenhuis Arnhem	Amphia Ziekenhuis Breda	Gelre Ziekenhuis Apeldoorn
Planning van spirituele zorg	3.8	4	3.5	3.8
Professionalisering en kwaliteitsbevordering	2.8	2.8	2.7	3
Persoonlijke ondersteuning en begeleiding van de patiënt	3.3	3.7	3.6	3.7
Verwijzen	3.5	4	4	4.1
Houding t.o.v de spiritualiteit van de patiënt en communicatie	4.1	4.5	4.3	4.5

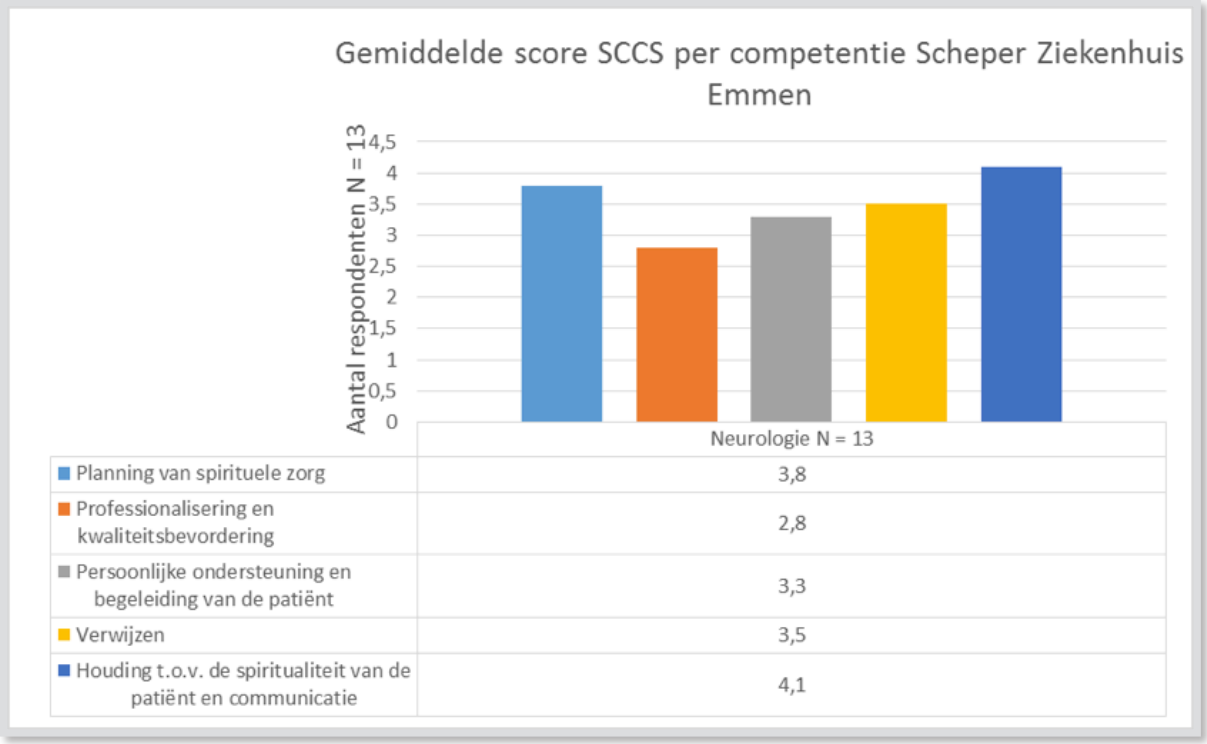
Tabel 4.4 Gemiddelde score SCCS per competentie alle ziekenhuizen

In deze tabel wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde scores per ziekenhuis op de vijf competenties van het onderdeel SCCS. De respondenten werkzaam in de deelnemende ziekenhuizen scoren het hoogst op de competentie ' houding t.o.v. de spiritualiteit van de patiënt en communicatie'. De respondenten achten zich in staat respectvol om te gaan met de levensovertuiging van de patiënt en kunnen actief luisteren naar het levensverhaal van de patiënt. Respondenten uit het Rijnstate Ziekenhuis en Gelre Ziekenhuizen kunnen zeggen dat zij hierin het meest competent zijn. De respondenten uit het Scheper Ziekenhuis en het Amphia Ziekenhuis achten zich minder competent. Het laagst is gescoord op de competentie 'professionalisering en kwaliteitsbevordering'. Hieruit blijkt dat men in alle deelnemende ziekenhuizen moeite heeft om de competentie 'professionalisering en kwaliteitsbevordering' vorm te geven. Men acht zich niet in staat om andere collega's te coachen op het gebied van spiritualiteit en een bijdrage te leven aan kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering.

Tabel 4.4 laat zien dat het Rijnstate Ziekenhuis in vergelijking met de andere ziekenhuizen het meest bekwaam is in het plannen van spirituele zorg in de praktijk. Zowel het Scheper Ziekenhuis als Gelre Ziekenhuizen

scoren hetzelfde op de competentie 'planning van spirituele zorg' en vinden zich competent op dit onderdeel. Dit betekent dat men inter- en multidisciplinair de spirituele zorgbehoefte van de patiënt kan vaststellen. Het Amphia Ziekenhuis scoort het laagst op deze competentie met een gemiddelde score 'matig'. Ze vinden zich deels wel, deels niet competent in het plannen van spirituele zorg. Op de competentie 'persoonlijke ondersteuning en begeleiding van de patiënt' is de score tussen de 3 'niet mee oneens, niet mee eens' en de 4 'mee eens'. Uit deze scores blijkt dat de respondenten zich in staat achten ondersteuning en begeleiding te bieden aan de patiënt op het gebied van spirituele zorg.

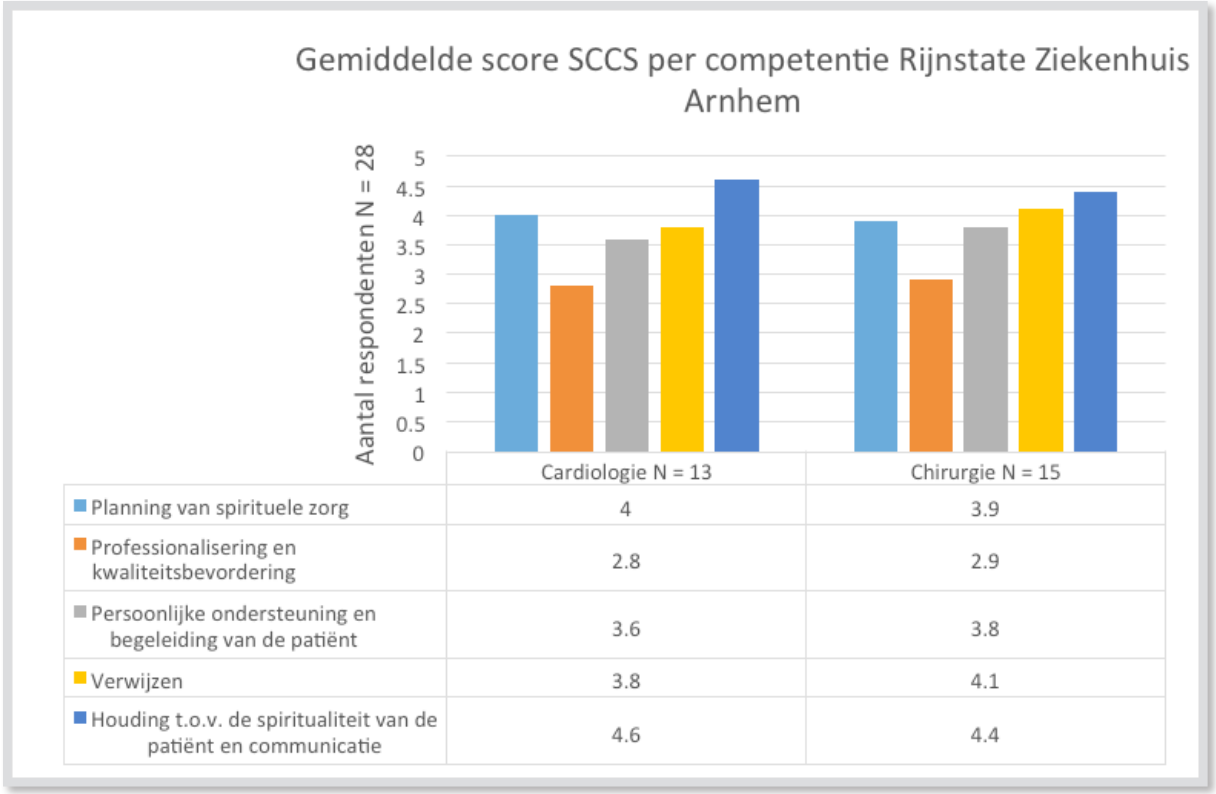
Uit tabel 4.4 is eveneens af te lezen dat de respondenten in staat zijn om de competentie 'verwijzen' toe te passen op patiënten met een hulpvraag op het gebied van zingeving en spiritualiteit. De resultaten geven weer dat de respondenten weten wanneer ze een andere discipline, zoals een geestelijk verzorger moeten en kunnen inschakelen.



Tabel 4.5 Gemiddelde score SCCS per competentie Scheper Ziekenhuis Emmen

Binnen het Scheper Ziekenhuis is de vragenlijst enkel afgenomen op afdeling Neurologie. Uit bovenstaande tabel blijkt dat op afdeling Neurologie het laagst wordt gescoord op de competentie 'professionalisering en kwaliteitsbevordering'. Dit wil zeggen dat ze zichzelf minder competent vinden op deze competentie en niet in staat zijn om een bijdrage te leveren aan professionalisering en kwaliteitsbevordering van spirituele zorg. De respondenten achten zichzelf competent op de competentie 'houding t.o.v. de spiritualiteit van de patiënt en communicatie'. Op deze competentie wordt namelijk het hoogst gescoord. Op afdeling Neurologie acht men zichzelf ook in staat spirituele zorg te plannen in het verpleegproces en zowel mondeling als schriftelijk te rapporteren over dit onderwerp.

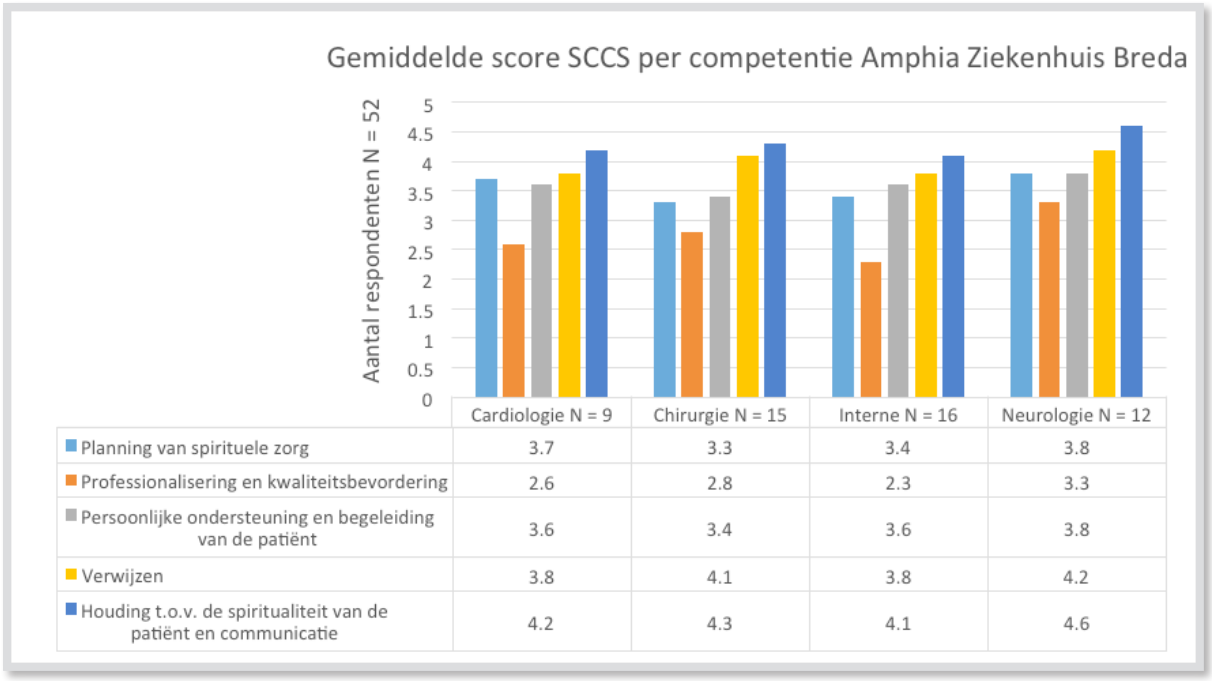
In mindere mate weet men te verwijzen naar een andere discipline wanneer een zorgvrager vragen rondom zingeving en spiritualiteit heeft. De respondenten hebben een juiste houding tegenover de spiritualiteit van de patiënt en geven aan hierover met de patiënt in gesprek te kunnen gaan.



	Cardiologie N = 13	Chirurgie N = 15
Planning van spirituele zorg	4	3.9
Professionalisering en kwaliteitsbevordering	2.8	2.9
Persoonlijke ondersteuning en begeleiding van de patiënt	3.6	3.8
Verwijzen	3.8	4.1
Houding t.o.v. de spiritualiteit van de patiënt en communicatie	4.6	4.4

Tabel 4.6 Gemiddelde score SCCS per competentie Rijnstate Ziekenhuis Arnhem

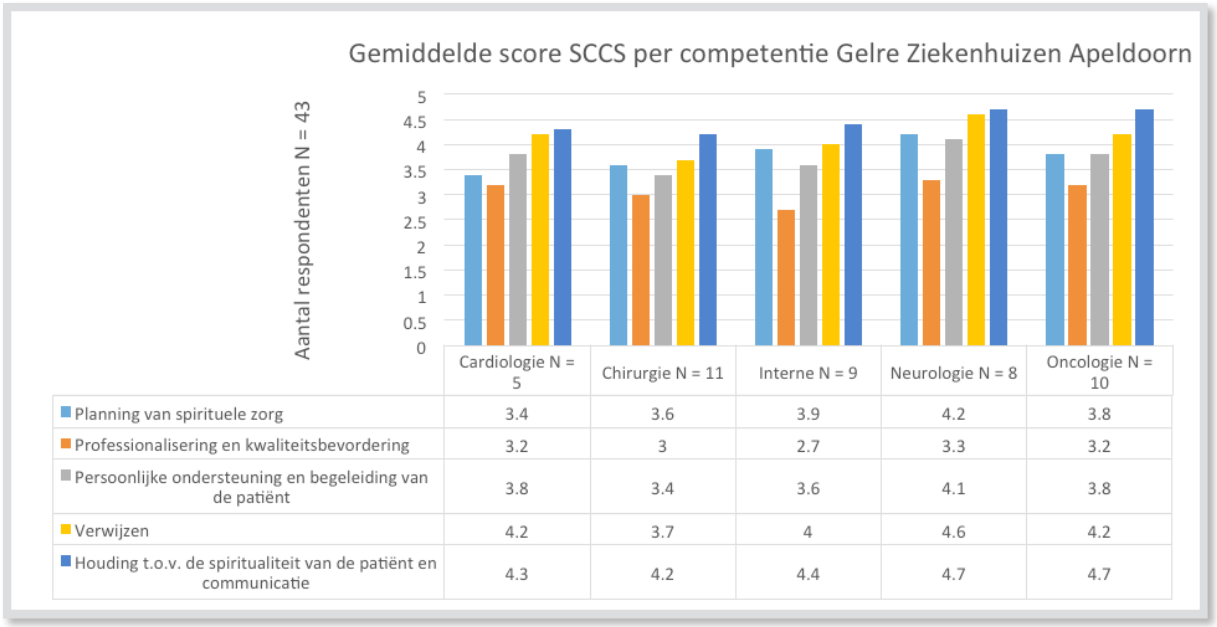
In het Rijnstate Ziekenhuis is verschil aan te tonen tussen afdelingen Cardiologie en Chirurgie. Op beide afdelingen acht men zichzelf in staat spirituele zorg te plannen. Op beide afdelingen wordt het laagst gescoord op de competentie 'professionalisering en kwaliteitsbevordering', lager dan een gemiddelde score van 3. Men voelt zichzelf niet competent in het professionaliseren en het bevorderen van de kwaliteit van spirituele zorg. Op beide afdelingen geven de respondenten aan in staat te zijn patiënten te ondersteunen en te begeleiden bij hun spirituele behoeften. Hierop scoren de respondenten van de afdeling Chirurgie hoger dan de respondenten van de afdeling Cardiologie. De respondenten van beide afdelingen geven aan in staat te zijn een andere discipline in te schakelen voor de spirituele behoeften en vragen van de patiënt. De respondenten van afdeling Chirurgie achten zich hierin competenter dan de respondenten van afdeling Cardiologie. De respondenten van beide afdelingen voelen zichzelf competent als het gaat om de competentie 'houding t.o.v. spiritualiteit van de patiënt en communicatie'.



	Cardiologie N = 9	Chirurgie N = 15	Interne N = 16	Neurologie N = 12
Planning van spirituele zorg	3.7	3.3	3.4	3.8
Professionalisering en kwaliteitsbevordering	2.6	2.8	2.3	3.3
Persoonlijke ondersteuning en begeleiding van de patiënt	3.6	3.4	3.6	3.8
Verwijzen	3.8	4.1	3.8	4.2
Houding t.o.v. de spiritualiteit van de patiënt en communicatie	4.2	4.3	4.1	4.6

Tabel 4.7 Gemiddelde score SCCS per competentie Amphia Ziekenhuis Breda

In bovenstaande tabel worden de gemiddelde scores weergegeven van het onderdeel SCCS. Er zijn verschillen aan te tonen tussen de deelnemende afdelingen binnen het Amphia Ziekenhuis. Op het gebied van planning en spirituele zorg vinden de respondenten van de afdelingen Cardiologie en Neurologie zich competent. De respondenten van de afdelingen Chirurgie en Interne geneeskunde vinden zichzelf minder competent in het plannen van spirituele zorg. Van alle afdelingen kan gezegd worden dat men zich niet competent voelt op het gebied van professionalisering en kwaliteitsbevordering van spirituele zorg. Daarin is de afdeling Interne geneeskunde het minst competent en de afdeling Neurologie het meest competent. In de persoonlijke ondersteuning en het begeleiden van de patiënt op het gebied van spirituele behoeften vinden de respondenten van afdeling Neurologie zichzelf het meest competent. De afdelingen Cardiologie en Interne geneeskunde scoren lager maar er kan gesteld worden dat ze zichzelf competent vinden in het uitvoeren van dit onderdeel. De respondenten van afdeling Chirurgie voelen zichzelf op dit onderdeel minder competent. Elke afdeling weet patiënten indien nodig te verwijzen naar een andere discipline. Hierin achten de respondenten van afdeling Neurologie zich het meest competent. Alle afdelingen scoren op de competentie 'houding t.o.v. de spiritualiteit van de patiënt en communicatie' gemiddeld hoger dan een 4. Dit wil zeggen dat de respondenten hun houding ten opzichte van de spiritualiteit van de patiënt goed vinden.



	Cardiologie N = 5	Chirurgie N = 11	Interne N = 9	Neurologie N = 8	Oncologie N = 10
Planning van spirituele zorg	3.4	3.6	3.9	4.2	3.8
Professionalisering en kwaliteitsbevordering	3.2	3	2.7	3.3	3.2
Persoonlijke ondersteuning en begeleiding van de patiënt	3.8	3.4	3.6	4.1	3.8
Verwijzen	4.2	3.7	4	4.6	4.2
Houding t.o.v. de spiritualiteit van de patiënt en communicatie	4.3	4.2	4.4	4.7	4.7

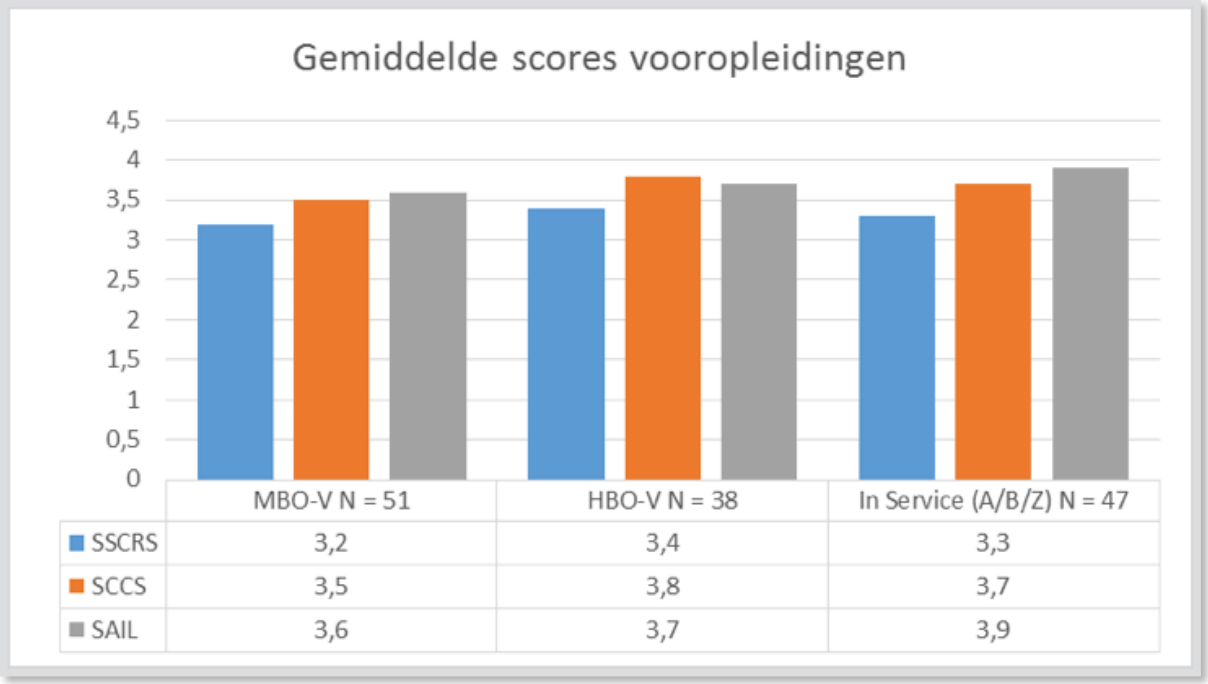
Tabel 4.8 Gemiddelde score SCCS per competentie Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn

Tussen de vijf deelnemende afdelingen in Gelre Ziekenhuizen zijn verschillen aan te tonen. De respondenten van afdeling Neurologie scoren het hoogst op alle competenties van het onderdeel SCCS van de vragenlijst. Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde scores van de vijf competenties wordt op de competentie 'professionalisering en kwaliteitsbevordering' het laagst gescoord. Hieruit blijkt dat de respondenten van alle afdelingen zichzelf hierin het minst competent achten.

De afdelingen Interne geneeskunde en Neurologie scoren op deze competentie gemiddeld een '4' wat inhoudt dat de respondenten voornamelijk hebben gekozen voor de antwoordmogelijkheid 'mee eens'. De respondenten van afdeling Cardiologie vinden zichzelf hierin het minst competent. Alle afdelingen vinden zichzelf competent op het gebied van verwijzen van patiënten. Op deze competentie achten de respondenten van de afdeling Chirurgie zich het minst competent. Op het gebied van houding t.o.v. de spiritualiteit van de patiënt scoren alle afdelingen gemiddeld hoger dan 4,2. Dit wil zeggen dat zij zich op deze competentie competent achten. De afdelingen Neurologie en Oncologie springen hier bovenuit door het merendeel van de vragen rondom de competentie te beantwoorden met de antwoordmogelijkheid 5 'helemaal mee eens'.

4.3 Demografisch deel

Het is mogelijk dat factoren van buitenaf invloed hebben op de uitvoering van spiritualiteit in de dagelijkse zorg die wordt geboden door verpleegkundigen. Factoren, zoals leeftijd en vooropleiding, zijn in het demografisch deel opgenomen. In deze paragraaf worden de onderdelen SSCRS, SCCS en SAIL gekoppeld aan diverse demografische gegevens.



	MBO-V N = 51	HBO-V N = 38	In Service (A/B/Z) N = 47
SSCRS	3,2	3,4	3,3
SCCS	3,5	3,8	3,7
SAIL	3,6	3,7	3,9

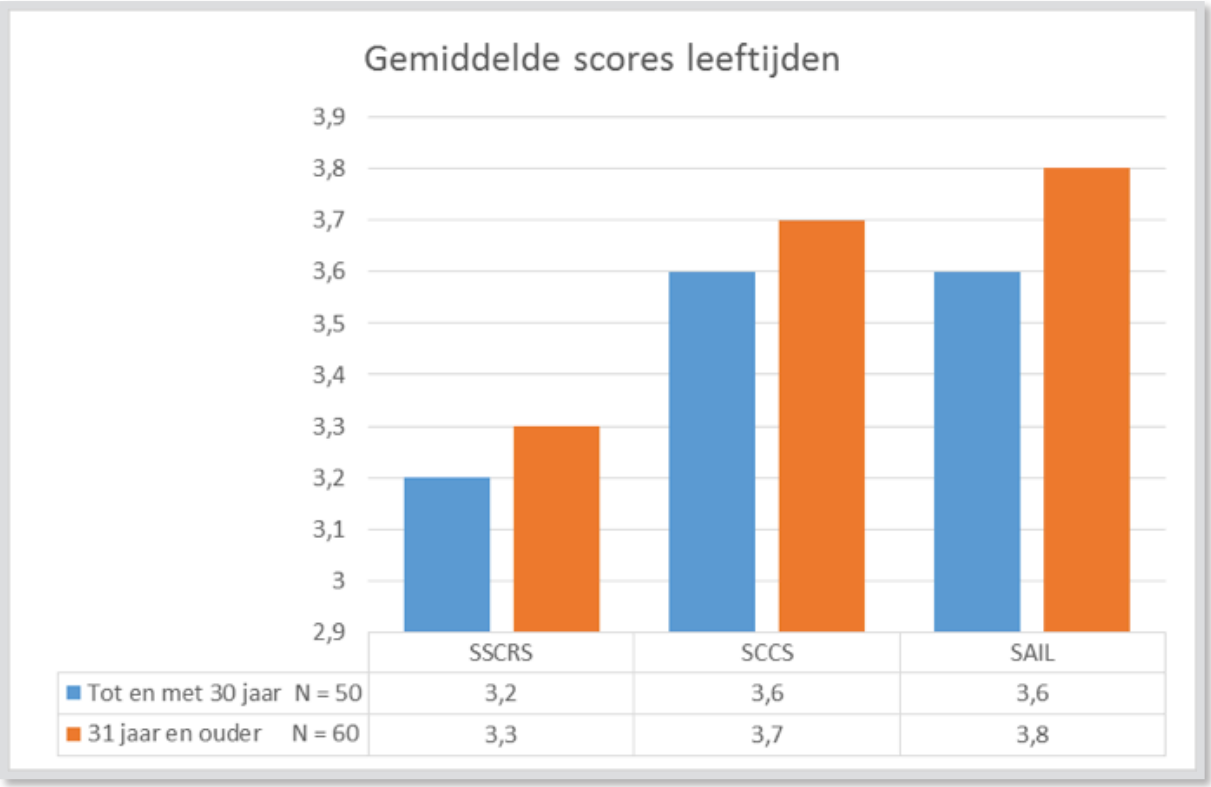
Tabel 4.9 Gemiddelde scores vooropleidingen

In bovenstaande tabel is gekeken naar de mogelijke invloed van de vooropleidingen op de gemiddelde scores van de vragenlijst. In de tabel zijn verschillen aan te wijzen welke hieronder worden toegelicht.

SSCRS: Er zit weinig verschil tussen de scores van de verschillende opleidingen. Dat wil zeggen dat het niet uitmaakt wat voor opleiding de respondenten hebben gevolgd. Alle respondenten herkennen spirituele zorg niet of nauwelijks en geven ook aan dat ze het niet of nauwelijks ervaren. Gesteld kan worden dat HBO-V opgeleide verpleegkundigen in vergelijking met MBO-V en In Service (A/B/Z) opgeleide verpleegkundigen spirituele zorg in de praktijk meer ervaren en herkennen.

SCCS: In het competentiedeel van de vragenlijst heeft opleidingsniveau invloed op het uitvoeren van spirituele zorg. De respondenten die een HBO-V opleiding hebben gevolgd mogen van zichzelf zeggen dat ze redelijk competent zijn in het verlenen van spirituele zorg. Hetzelfde geldt voor de In Service (A/B/Z) opgeleide respondenten. De MBO-V opgeleide verpleegkundigen scoren matig. Ze voelen zichzelf minder competent in het verlenen van spirituele zorg in vergelijking met de andere opleidingsniveaus.

SAIL: Over het algemeen geven alle respondenten aan invulling te geven aan hun spirituele interesse en hebben ze een geïnteresseerde houding ten aanzien van spiritualiteit. De In Service (A/B/Z) opgeleide verpleegkundigen geven hieraan de meeste invulling. Zij zeggen dat ze het meest verbonden zijn met zichzelf, de omgeving en hetgeen wat buiten hen is. Dit geld in mindere mate voor zowel de HBO-V en de MBO-V opgeleide verpleegkundigen.



	SSCRS	SCCS	SAIL
Tot en met 30 jaar N = 50	3,2	3,6	3,6
31 jaar en ouder N = 60	3,3	3,7	3,8

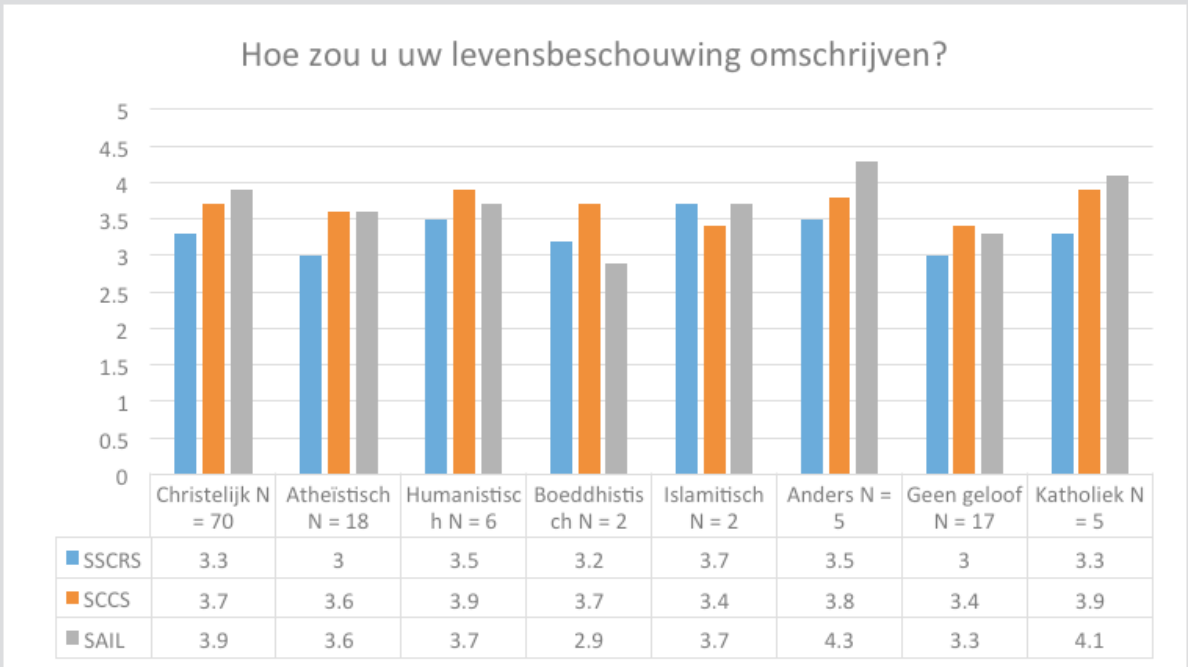
Tabel 4.10 Gemiddelde scores leeftijden

In deze tabel zijn twee verschillende leeftijdscategorieën opgenomen met daarbij de gemiddelde scores op de onderdelen SSCRS, SCCS en SAIL. De groep 'tot en met 30 jaar' scoort in vergelijking met de groep '31 jaar en ouder' lager op alle onderdelen van de vragenlijst.

SSCRS: Beide leeftijdsgroepen scoren matig op dit onderdeel. Ze scoren gemiddeld en afgerond een '3' 'niet mee oneens, niet mee eens' op de vragen uit de vragenlijst die horen bij dit onderdeel. Dat wil zeggen dat men spirituele zorg niet structureel herkend en ervaart op de werkvloer.

SCCS: Van beide leeftijdscategorieën kan gezegd worden dat men zich redelijk competent acht in het verlenen van spirituele zorg. De groep '31 jaar en ouder' acht zich hierin competenter dan de jongere groep.

SAIL: Uit de resultaten weergegeven in de tabel blijkt dat de groep '31 jaar en ouder' meer uiting geeft aan hun spirituele behoeften en houding. De jongeren daarentegen geven minder uiting aan hun spirituele behoeften en houding.



	Christelijk N = 70	Atheïstisch N = 18	Humanistisch N = 6	Boeddhistisch N = 2	Islamitisch N = 2	Anders N = 5	Geen geloof N = 17	Katholiek N = 5
SSCRS	3.3	3	3.5	3.2	3.7	3.5	3	3.3
SCCS	3.7	3.6	3.9	3.7	3.4	3.8	3.4	3.9
SAIL	3.9	3.6	3.7	2.9	3.7	4.3	3.3	4.1

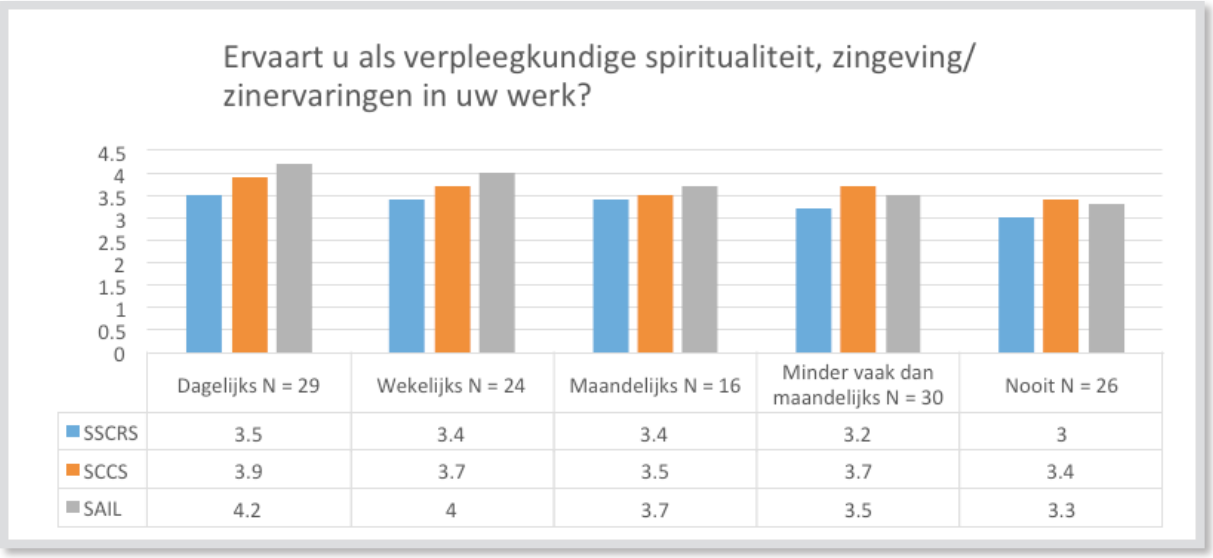
Tabel 4.11 Gemiddelde scores m.b.t. levensbeschouwing

In deze tabel is af te lezen dat er verschil is tussen de diverse religies. De grootste groep respondenten omschrijven hun levensbeschouwing als 'christelijk'.

SSCRS: In tabel 4.11 is af te lezen dat de groep 'islamitisch' spiritualiteit het meest herkent in de praktijk, hoewel deze groep slechts bestaat uit twee respondenten. De groepen 'atheïsten' en 'geen gelovigen' scoren het laagst van alle groepen op dit onderdeel van de vragenlijst. De overige groepen scoren gemiddeld tussen de 3,2 en de 3,5 en herkennen en ervaren spiritualiteit minder in de praktijk dan de groep 'islamitisch'.

SCCS: Respondenten van de groepen 'humanistisch', 'katholiek' en 'anders' vinden zichzelf het meest competent in het verlenen van spirituele zorg. Respondenten van de groepen 'christelijk', 'boeddhistisch' en 'atheïstisch' kunnen van zichzelf zeggen dat ze competent zijn maar minder dan de eerst genoemde groepen. Respondenten die hun levensbeschouwing omschrijven als 'islam' en 'geen geloof' vinden zichzelf minder competent in het verlenen van spirituele zorg.

SAIL: De groep 'anders' scoort gemiddeld 4,3 en daarmee het hoogst van alle groepen op het onderdeel SAIL. Dit wil zeggen dat zij het meest invulling geven aan hun spirituele behoeften en hun houding. De groepen 'katholiek' en 'christelijk' geven evenals de groep 'anders' duidelijk invulling aan dit onderdeel. De groepen 'atheïstisch', 'humanistisch' en 'islamitisch' geven invulling aan hun spirituele behoeften maar wel in mindere mate dan de groepen die hierboven zijn genoemd. De groepen 'boeddhistisch' en 'geen geloof' scoren het laagst van alle groepen op dit onderdeel van de vragenlijst. In tabel 4.11 is te zien dat deze groepen weinig tot geen invulling geven aan hun spirituele behoeften en houding.



	Dagelijks N = 29	Wekelijks N = 24	Maandelijks N = 16	Minder vaak dan maandelijks N = 30	Nooit N = 26
SSCRS	3.5	3.4	3.4	3.2	3
SCCS	3.9	3.7	3.5	3.7	3.4
SAIL	4.2	4	3.7	3.5	3.3

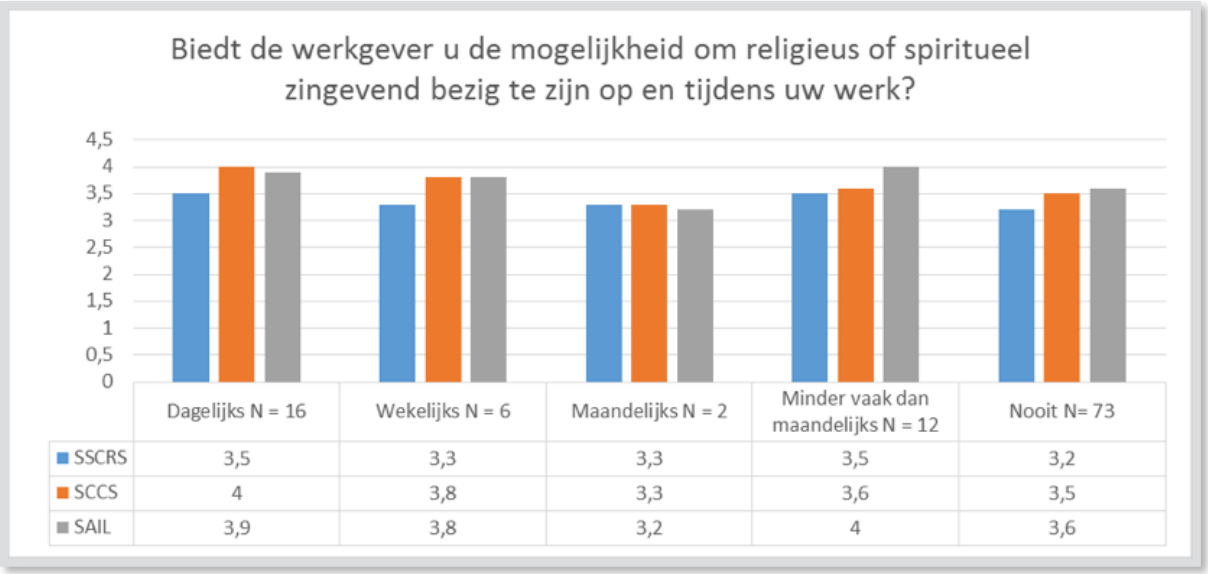
Tabel 4.12 Ervaart de verpleegkundige spiritualiteit, zingeving/zinervaringen in het werk.

Deze tabel bevat de vraag of verpleegkundigen spiritualiteit, zingeving/zinervaring ervaren in hun werk. Dit is gekoppeld aan de onderdelen SSCRS, SCCS en SAIL van de vragenlijst.

SSCRS: In dit onderdeel scoren degene die dagelijks spiritualiteit, zingeving/zinervaring in het werk ervaren gemiddeld het hoogst. In de tabel is te zien dat in totaal 29 respondenten dagelijks spiritualiteit herkennen en ervaren op de werkvloer. De overige respondenten ervaren wekelijks tot nooit spiritualiteit in het werk.

SCCS: De respondenten die dagelijks zingeving ervaren in het werk vinden zichzelf competent in het verlenen van spirituele zorg. De groep die 'nooit' heeft gekozen bij de antwoordmogelijkheden op de vragenlijst vinden zich in mindere mate competent in het verlenen van spirituele zorg.

SAIL: Bovenstaande tabel toont aan dat degene die dagelijks en wekelijks zinervaringen ervaren in het werk, invulling geven aan hun eigen spiritualiteit. In mindere mate geld dit ook voor de respondenten die de antwoordmogelijkheid 'maandelijks' en 'minder vaak dan maandelijks' hebben aangegeven. De respondenten die de antwoordmogelijkheid 'nooit' hebben gekozen geven nauwelijks tot geen invulling aan hun spirituele behoeften.



	Dagelijks N = 16	Wekelijks N = 6	Maandelijks N = 2	Minder vaak dan maandelijks N = 12	Nooit N= 73
SSCRS	3,5	3,3	3,3	3,5	3,2
SCCS	4	3,8	3,3	3,6	3,5
SAIL	3,9	3,8	3,2	4	3,6

Tabel 4.13 Biedt de werkgever de mogelijkheid tot religieus, spiritueel of zingevend bezig te zijn op en tijdens het werk.

In bovenstaande tabel is te lezen in hoeverre de werkgever de gelegenheid biedt aan de respondenten om spiritueel, religieus of zingevend bezig te zijn op en tijdens het werk. Het aantal respondenten per antwoordmogelijkheid loopt erg uiteen. Het overgrote deel van de respondenten, dit zijn er 73 van de 109, geeft aan dat de werkgever nooit de mogelijkheid biedt om religieus, spiritueel of zingevend bezig te zijn op en tijdens het werk.

SSCRS: De groep die 'dagelijks' en 'minder vaak dan maandelijks' hebben gekozen bij de antwoordmogelijkheden achten zich redelijk competent in het herkennen van spirituele behoeften in de praktijk.

SCCS: De respondenten die dagelijks en wekelijks de mogelijkheid krijgen om spiritueel bezig te zijn op het werk achten zich competent in het verlenen van spirituele zorg. Degene die 'minder vaak dan maandelijks' en 'nooit' de mogelijkheid krijgen om spiritueel te zijn achten zichzelf redelijk competent in het verlenen van spirituele zorg. De respondenten die maandelijks de mogelijkheid krijgen om spiritueel bezig te zijn achten zich het minst competent in het verlenen van spirituele zorg.

SAIL: Op het onderdeel SAIL is het hoogst gescoord door de respondenten die de antwoordmogelijkheid 'minder vaak dan maandelijks' en 'dagelijks' hebben gekozen. Zij geven duidelijk uiting aan hun spirituele behoeften en interesses. Dit geldt eveneens voor de respondenten die 'wekelijks' als antwoordmogelijkheid hebben gekozen.

4.4 Afsluiting hoofdstuk resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven aan de hand van de onderdelen uit de vragenlijst. De vragenlijst is het middel geweest om antwoord te krijgen op de hoofd- en deelvragen. In het volgende hoofdstuk zijn de resultaten geïnterpreteerd en zijn hier conclusies aan verbonden.

Hoofdstuk 5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofd- en deelvragen van het onderzoek. De conclusie wordt onderbouwd met de resultaatgegevens van de vragenlijst en met de literatuurstudie. De aanleiding van dit onderzoek luidt dat er geen zicht is op afdeling- en sectorspecifieke aspecten van spirituele zorg. De hoofdvraag waar antwoord op wordt gegeven is:

> *'Hoe beoordelen verpleegkundigen uit algemene ziekenhuizen binnen de specialismen Cardiologie, Neurologie, Interne geneeskunde en Chirurgie hun competentie voor het verlenen van spirituele zorg en welke factoren zijn daarop van invloed?'*

5.1 Deelvraag 1: Hoe beoordelen verpleegkundigen hun competentie?

Het onderdeel SCCS (Spiritual Care Competence Scale) heeft zicht gegeven op de vraag of verpleegkundigen vinden of ze in staat zijn om spirituele zorg in de praktijk invulling te geven.

Er wordt geconcludeerd dat respondenten zich competent achten in het verlenen van spirituele zorg. De respondenten vinden daarnaast dat ze in staat zijn om patiënten met een spirituele hulpvraag te verwijzen naar een andere zorgverlener, zoals een geestelijk verzorger. Nixon, Narayanasamy & Penny (2013) stellen dat de geestelijk verzorger een belangrijk hulpmiddel voor de verpleegkundige kan zijn bij het verlenen van spirituele zorg. De respondenten achten zich competent in het bieden van persoonlijke ondersteuning en begeleiding aan de patiënt. Ze hebben een respectvolle houding ten aanzien van de spirituele behoeften van de patiënt en zijn in staat om hierover met de patiënt te communiceren. De vaardigheden zoals die in de literatuur (Nixon, Narayanasamy & Penny, 2013) zijn genoemd, zoals het tonen van gevoeligheid en het bieden van privacy, komen overeen met de competenties die staan beschreven in het onderdeel SCCS van de vragenlijst, bij 'persoonlijke ondersteuning en begeleiding van de patiënt' en 'houding t.o.v. de spiritualiteit van de patiënt'.

Op het gebied van professionalisering en kwaliteitsbevordering wordt op basis van de resultaten geconcludeerd dat de respondenten zichzelf niet in staat achten een bijdrage te leveren aan kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van spirituele zorg. De respondenten vinden zichzelf niet in staat elkaar interdisciplinair te coachen. Denk hierbij aan het geven van een klinische les aan collega verpleegkundigen. Deze competentie zou verbeterd kunnen worden. Handvatten hiervoor worden aangereikt in hoofdstuk 6 'aanbevelingen'.

5.2 Deelvraag 2: Zijn er verschillen aan te tonen tussen de vier ziekenhuizen?

Er is verschil aan te tonen tussen de deelnemende ziekenhuizen. De verschillen worden beschreven in deze paragraaf. Een conclusie dient voorzichtig getrokken te worden, omdat van het Scheper Ziekenhuis en het Rijnstate Ziekenhuis respectievelijk slechts één en twee afdelingen deelnamen aan het onderzoek. Er is geen verschil tussen de ziekenhuizen als het gaat om de manier waarop ze tegen spirituele zorg aankijken en hoe ze de zorg ervaren. De respondenten die werkzaam zijn in het Rijnstate Ziekenhuis en Gelre Ziekenhuizen vinden zichzelf competenter in het verlenen van spirituele zorg dan de respondenten werkzaam in het Scheper Ziekenhuis en het Amphia Ziekenhuis.

Respondenten die werkzaam zijn in het Rijnstate Ziekenhuis en Gelre Ziekenhuizen geven aan meer invulling te geven aan hun spirituele behoeften en interesses dan de respondenten uit het Scheper Ziekenhuis en het Amphia Ziekenhuis.

5.3 Deelvraag 3: Zijn er verschillen aan te tonen binnen de vier specialismen?

Er zijn verschillen aan te tonen tussen de diverse specialismen. Een conclusie wordt voorzichtig getrokken, omdat per afdeling een uiteenlopend aantal respondenten de vragenlijst hebben ingevuld. Uit de resultaten wordt geconcludeerd dat de afdeling nauwelijks van invloed is op de manier waarop respondenten aankijken tegen spirituele zorgverlening. Hetzelfde geldt voor de manier waarop ze dit ervaren. Respondenten van de afdelingen Oncologie en Neurologie vinden zichzelf het meest competent in het verlenen van spirituele zorg. De respondenten werkzaam op afdeling Interne geneeskunde vinden zichzelf het minst competent in het verlenen van spirituele zorg.

Over het algemeen wordt gezegd dat de afdelingen Cardiologie, Chirurgie, Neurologie en Oncologie de verpleegkundigen invulling geven aan hun spirituele behoeften en interesses. Zij voelen zich verbonden met zichzelf, hun omgeving en met het transcendente, hetgeen wat buiten hen is. Op de afdeling Chirurgie geven de respondenten het meest invulling aan hun spirituele behoeften en interesses. De afdelingen Neurologie, Oncologie en Cardiologie geven in mindere mate uiting aan hun spirituele behoeften en interesses. De respondenten die op afdeling Interne geneeskunde werkzaam zijn geven nauwelijks tot geen invulling aan hun spirituele behoeften en interesses. Wat de gevolgen hiervan zijn voor de praktijk is onbekend gezien het gebruik van een vragenlijst met gesloten vragen.

5.4 Deelvraag 4: Welke factoren van verpleegkundigen zijn van invloed op de beoordeling van hun competentie op het gebied van spirituele zorg?

Er zijn factoren die van invloed zijn op de spirituele zorgverlening. Deze zijn genoemd in de literatuur en in de resultaten. Een factor die van invloed is op de uitoefening van spirituele zorg is op welke manier verpleegkundigen aankijken tegen spiritualiteit en spirituele zorg. Uit het onderdeel SSCRS blijkt dat de verpleegkundigen geen duidelijk beeld hebben van spirituele zorg en dat het ook niet duidelijk is op welke manier ze spirituele zorg ervaren. Uit de literatuur blijkt dat bewustwording over de eigen spiritualiteit belangrijk is voor de zorg die men verleent (Verberk & Kuiper, 2006). De mogelijke oorzaak hiervan ligt in onvoldoende deskundigheid en kennis over passende interventies, geen goede educatie binnen opleidingen Verpleegkunde en tijdsgebrek voor het uitvoeren van de spirituele begeleidingstaak (Williams, Meltzer, Arora, Chung & Curlin, 2011). Er wordt geconcludeerd dat opleidingsniveau een beïnvloedende factor is op het verlenen van spirituele zorg. HBO-V opgeleide respondenten vinden zichzelf het meest competent in het verlenen van spirituele zorg. In Service (A/B/Z) opgeleide respondenten achten zichzelf minder competent en MBO-V opgeleide respondenten vinden zichzelf het minst competent in het verlenen van spirituele zorg. Op basis van het onderdeel SSCRS van de vragenlijst wordt geconcludeerd dat in elke opleiding de respondenten zich onvoldoende bewust zijn van hun eigen spiritualiteit.

Een andere factor die beschreven wordt is de invloed die leeftijd heeft op de competentie van spirituele zorg. Geconcludeerd wordt dat de groep '31 jaar en ouder' zich competenter achten in het verlenen van spirituele zorg dan de groep '30 jaar en jonger' die zichzelf in mindere mate competent achten in het verlenen van spirituele zorg.

Levensbeschouwing heeft invloed op het verlenen van spirituele zorg. Er wordt geconcludeerd dat respondenten die een religie aanhangen zichzelf spiritueel meer uiten dan respondenten zonder geloof. Deze conclusie wordt voorzichtig getrokken gezien de verschillen in het aantal respondenten per religie.

Respondenten die spiritualiteit en zingeving ervaren in hun werkzaamheden geven aan beter in staat te zijn spirituele zorg te verlenen dan respondenten die nooit spiritualiteit en zingeving ervaren op en tijdens het werk. Aan het overgrote deel van de respondenten wordt door de werkgever geen mogelijkheid geboden religieus of spiritueel zingevend bezig te zijn op en tijdens het werk.

5.5 Conclusie op de hoofdvraag

> *'Hoe beoordelen verpleegkundigen uit algemene ziekenhuizen binnen de specialismen Cardiologie, Neurologie, Interne geneeskunde en Chirurgie hun competentie voor het verlenen van spirituele zorg en welke factoren zijn daarop van invloed?'*

Geconcludeerd wordt dat de respondenten hun competentie beoordelen tussen 'neutraal' en 'mee eens'. Het gemiddelde neigt meer naar 'mee eens'. Dit wil zeggen dat men zich in staat acht spirituele zorg te verlenen. Op de competentie 'professionalisering en kwaliteitsbevordering' van spirituele zorg voelen verpleegkundigen zich niet competent. Geconcludeerd wordt dat de verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdelingen Neurologie en Oncologie zichzelf het meest competent vinden in het verlenen van spirituele zorg. De respondenten die werken op de afdeling Interne geneeskunde achten zichzelf het minst competent in het verlenen van spirituele zorg.

De factoren die invloed hebben, zijn leeftijd, levensbeschouwing en vooropleiding. Geconcludeerd wordt dat de respondenten die HBO- of In Service opgeleid zich competenter vinden in de uitoefening van spirituele zorg dan respondenten die MBO-V opgeleid zijn. Eveneens wordt geconcludeerd dat respondenten ouder dan 31 jaar zich competenter voelen in de uitoefening van spirituele zorg dan respondenten van 30 jaar en jonger. De respondenten die regelmatig zingeving ervaren in de werkzaamheden voelen zich competenter in het uitvoeren van spirituele zorg. Wanneer de werkgever verpleegkundigen de mogelijkheid biedt religieus of spiritueel zingevend bezig te zijn op en tijdens het werk komen de vijf competenties beter tot uiting.

Hoofdstuk 6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen te lezen die de onderzoekers aandragen naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek. De aanbevelingen zijn op meerdere niveaus beschreven: micro- meso en macroniveau. De verschillende niveaus zijn: verpleegkundigen werkzaam in de AGZ, de ziekenhuizen, mogelijk vervolgonderzoek en Verpleegkunde opleidingen.

6.1 Organisatie

Aanbeveling 1. Handvatten

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat het voor verpleegkundigen belangrijk is dat zij handvatten aangereikt krijgen om spirituele zorg in de praktijk uit te kunnen voeren.

> *"Voor de medische zorgverleners geldt dat zij scholing nodig hebben over spiritualiteit en handvatten aangereikt dienen te krijgen om dit in de praktijk toe te kunnen passen" (Mc Sherry, Cash, & Ross, 2004).*

Een aanbeveling die wordt gedaan, is dat iedere instelling zijn eigen definitie rondom spiritualiteit helder probeert te krijgen. Vervolgens kan er bepaald worden welke methode gebruikt wordt om spiritualiteit in te voeren in de dagelijks zorg voor de patiënten. Er zijn vele methoden beschikbaar, zoals de 'Verpleegkundige standaard spirituele nood' (Groeneveld, 2008), het Neuman Systems Model (2006) en de elf gezondheidspatronen van Majory Gorden (2011). De onderzoekers laten de keus aan de instelling om hier hun eigen draai aan te geven, aansluitend bij hun gekozen definitie. Een methode die de onderzoekers kunnen aanbevelen vanuit de literatuur is ' Verpleegkundige standaard spirituele nood' (Groeneveld, 2008). Deze methode helpt bij het diagnosticeren van spirituele nood en bevat interventies die een verpleegkundige kan uitvoeren. Het is een bruikbaar hulpmiddel voor de praktijk. Een discipline die hierin een goede rol zou kunnen spelen is de geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger kan een afdeling een hulpmiddel aanraden (Timmins & Kelly, 2008).

Aanbeveling 2. Scholing

Een aanbeveling is dat verpleegkundigen scholing nodig hebben, om de kennis van het begrip spiritualiteit en de rol daarvan in de zorg te verbeteren. Een belangrijke oorzaak uit de praktijk is dat er onvoldoende deskundigheid en kennis over passende interventies is (Williams, Meltzer, Arora, Chung & Curlin, 2011). Het is belangrijk dat verpleegkundigen middels scholing hun kennis kunnen verbreden en weten welke rol spiritualiteit in de zorg kan hebben. Ook uit de resultaten blijkt dat verpleegkundigen zich niet competent genoeg achten of over voldoende expertise beschikken om collega verpleegkundigen over dit onderwerp te informeren. Daarom wordt de instellingen aanbevolen een geestelijk verzorger te informeren om de scholing voor te bereiden en te geven. Dit kan ook gedaan worden door, of in combinatie met een verpleegkundige die hierin is geïnteresseerd en kennis heeft vanuit de literatuur.

Aanbeveling 3. Voorlichting competenties

De vijf competenties waar naar is gevraagd in de vragenlijst (SCCS) moeten onder de aandacht worden gebracht. Het doel is dat verpleegkundigen bewust worden van hun eigen handelen en vaardigheden met betrekking tot de competenties rondom spiritualiteit en spirituele zorg. Van verpleegkundigen wordt verwacht

dat zij zich een duidelijk beeld vormen van hun houding ten opzichte van spiritualiteit en dit onder woorden kunnen brengen.

> *"Het is van belang dat de verpleegkundigen bewust worden van hun eigen spiritualiteit, omdat dit een grote rol kan spelen in de zorg die zij verleent" (Verberk & Kuiper, 2006).*

6.2 Vervolgonderzoek

Aanbeveling 1. Perceptie verpleegkundigen en patiënten

Voor een vervolgonderzoek wordt aanbevolen om de perceptie rondom spirituele zorg te onderzoeken. Dit kan gerealiseerd worden door verpleegkundigen en patiënten een vragenlijst in te laten vullen of interviews af te nemen onder verpleegkundigen en patiënten. Op deze manier kan van beide kanten gekeken worden hoe spirituele zorg gegeven wordt en welke interventies er mogelijk van belang zijn om spiritualiteit in de zorg in te voeren. Uit de literatuur komt naar voren dat patiënten de kwaliteit van zorg hoger achten wanneer zij tijdens opname hun religie en/of spiritualiteit besproken hebben met een zorgverlener.

> *"De patiëntengroep die over zijn spirituele noden heeft kunnen praten beoordeelt de kwaliteit van zorg beter" (Williams, Meltzer, Arora, Chung & Curlin, 2011).*

Aanbeveling 2. Verspreiden van de vragenlijst

Tijdens het onderzoek hebben de onderzoekers de vragenlijsten op de afdelingen achter moeten laten omdat, veelal door werkdruk, geen tijd was om de vragenlijst direct in te vullen.

In een vervolgonderzoek zullen de onderzoekers meer op hun strepen moeten staan. Dit kan gedaan worden door extra aandacht te besteden aan het contact dat wordt gelegd met de instelling of, specifieker, met de leidinggevende van een afdeling. Een instelling en/of leidinggevende moet volledig in het onderzoek geïnteresseerd zijn en de respondenten, in dit geval de verpleegkundigen, moeten van te voren goed worden ingelicht over de komst van de onderzoekers. Zo kan worden voorkomen dat de respondenten ontwijkend gedrag vertonen bij het invullen van de vragenlijst en de onderzoekers vervolgens de vragenlijst moeten achterlaten op de afdeling.

Aanbeveling 3. Vragenlijst

Voor een vervolgonderzoek moet er naar onderdeel SCCS van de vragenlijst worden gekeken. In dit onderdeel worden vragen gesteld met de vraagstelling 'Ik kan...'. Respondenten hebben mondeling en middels de vragenlijst aangegeven dat de vraagstelling volgens hen niet klopt. Het kan zo zijn dat ze het wel 'kunnen', maar in de praktijk niet uitvoeren. Voor de onderzoekers was het niet mogelijk om tijdens dit onderzoek de vragenlijst aan te passen. Het advies kan worden meegenomen naar een eventueel vervolgonderzoek. Een ander punt dat moet worden meegenomen, is dat er in de vragenlijst wisselende aanspreekvormen worden gebruikt. De ene keer wordt de respondent met 'jij' aangesproken en vervolgens met 'u'. Hier moet voor een volgend onderzoek een eenduidige lijn in worden getrokken. Voor dit onderzoek is de aanspreekvorm 'u' gehanteerd.

Aanbeveling 4. Interviews afnemen onder verpleegkundigen
Bij het schrijven van het onderzoeksplan hebben de onderzoekers overwogen een extra pagina toe te voegen aan de vragenlijst met een opgaveformulier voor het afnemen van een interview. Op dit formulier kon door de respondenten worden aangegeven of zij wilden meewerken aan een mogelijk vervolg van het onderzoek middels een interview. Deze mogelijkheid is weggelaten in verband met tijdsgebrek. De aanbeveling is om dit advies in een vervolgonderzoek mee te nemen. Een interview geeft verpleegkundigen de mogelijkheid om ervaringen over eigen handelen op het gebied van spirituele zorg te delen. Tevens kan hierdoor naar voren komen welke interventies nodig zijn om spirituele zorg onder de aandacht te brengen en uiteindelijk in te kunnen voeren in de zorg.

6.3 Algemeen

Aanbeveling 1. Opleiding
In de resultaten van het onderzoek is te zien dat MBO-V opgeleide respondenten gemiddeld het laagst scoren op alle onderdelen van de vragenlijst. Een aanbeveling die de onderzoekers mee geven aan de opleidingen van MBO Verpleegkunde, is dat spiritualiteit en spirituele zorg meer onder de aandacht moet worden gebracht tijdens de opleiding. Hierdoor worden studenten tijdens hun opleiding goed voorgelicht, kunnen ze hun eigen spiritualiteit omschrijven en weten ze hoe ze spiritualiteit in de zorg moeten verlenen. Gezien ontwikkelingen rondom spiritualiteit in de zorg wordt deze aanbeveling als aandachtspunt gezien.

> *"Verpleegkundigen moeten kennis hebben van de levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen. Daarnaast moet de verpleegkundigen de vaardigheden en de attitude hebben om ethische vraagstukken en zingevingproblemen te kunnen bespreken met collega's en patiënt. Dit is noodzakelijk om doelmatige en effectieve interventies te plegen op basis van wetenschappelijke bronnen" (Schuurmans, 2012).*

Hoofdstuk 7. Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar de inhoud van het onderzoeksproces. De volgende onderwerpen komen aan bod: literatuur, methodische aanpak, resultaten en conclusie en verpleegkundige visievorming.

7.1 Discussie op de literatuurstudie

In dit onderzoek is een literatuurstudie gedaan over het begrip spiritualiteit en spirituele zorg. Door de hoeveelheid aan onderzoek kan het zijn dat literatuur of artikelen niet gevonden zijn die van waarde hadden kunnen zijn voor het onderzoek. Hierdoor is het mogelijk dat er informatie mist die de literatuurstudie completer had kunnen maken. Een andere kanttekening is het feit dat er geen eenduidige definitie over spiritualiteit bestaat. Daarom is de volgende definitie van Ettema et al. (2010) gekozen:

> *"spiritualiteit gaat over datgene wat van essentiële waarde en betekenis is voor mensen. Dat kleurt en bepaalt immers het hele bestaan. Het kan verbonden zijn met alle mogelijke bronnen van inspiratie, bijzonder of alledaags, godsdienstig of seculier: gevoelsleven, activiteiten en intellectueel" (Ettema, et al., 2010).*

7.2 Discussie op de methodische aanpak

De voor- en nadelen van de gebruikte methode worden in dit onderdeel beschreven. Tijdens de uitvoering van dit onderzoek zijn 21 ziekenhuizen benaderd. Door middel van telefonisch- en mailcontact zijn de ziekenhuizen benaderd. In een eventueel vervolgonderzoek zal telefonisch contact het meest effectief zijn, omdat ervaring leert dat e-mails niet altijd gelezen en beantwoord worden.

Bij de samenwerking met de deelnemende ziekenhuizen konden afspraken duidelijker gemaakt worden. Dit door afspraken een week van te voren nogmaals via e-mail onder de aandacht te brengen. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de onderzoekers. Dit had miscommunicatie kunnen voorkomen.

Dit onderzoek is gedaan binnen vier ziekenhuizen met een totaal van twaalf afdelingen. Er zijn 180 vragenlijsten verspreid, waarvan 137 vragenlijsten ingevuld zijn door de respondenten. Dit is in totaal 76% respons. Dat betekent dat de conclusies representatief zijn voor de sector AGZ. De verschillen tussen ziekenhuizen en de specialismen moeten voorzichtig worden getrokken. De reden hiervan is dat van de vier ziekenhuizen niet alle benodigde afdelingen deelnamen aan dit onderzoek. Het gevolg is dat per afdeling een verschil zit tussen het aantal verkregen vragenlijsten. Een voorbeeld hierbij is het Scheper Ziekenhuis waarvan één afdeling deelnam aan het onderzoek. De resultaten zullen daarom niet representatief zijn voor alle afdelingen van het Scheper Ziekenhuis. Dit is te zien in tabel 4.1 'overzicht respons vragenlijsten per ziekenhuis en afdeling'.

7.2.1 Discussie op betrouwbaarheid en validiteit

De onderzoekers zijn persoonlijk langs alle ziekenhuizen gegaan om uitleg en instructie te geven over het onderzoek en de vragenlijsten. Dit heeft de respons positief beïnvloed. Hierdoor hebben de respondenten een beeld van het onderwerp en een gezicht bij de onderzoekers. Mogelijke vragen en weerstanden konden worden besproken en uitgelegd. Aan de afdelingshoofden is zowel per mail als telefonisch gevraagd om een ruimte vrij te maken waar verpleegkundigen de vragenlijsten konden invullen. De respondenten konden op deze manier in één van de pauzemomenten of tussen de werkzaamheden door de vragenlijst invullen. De vragenlijst is ingevuld in al dan niet rustige ruimtes.

Het was niet op elke afdeling mogelijk een ruimte vrij te maken waar verpleegkundigen de vragenlijsten konden invullen. Daarnaast waren op sommige afdelingen de verpleegkundigen niet of niet goed ingelicht dat het onderzoek plaatsvond. De onderzoekers hebben ook niet de kans en mogelijkheid gehad om elke respondent persoonlijk te spreken, dit kwam mede door tijdsgebrek van de onderzoekers maar ook door werkdruk en tijdsgebrek en wisselende diensten van de respondenten. Een combinatie van bovengenoemde factoren kan een negatieve invloed hebben gehad op de respons.

7.2.2 Discussie op de vragenlijst

In de praktijk was weerstand van de respondenten merkbaar bij het invullen van de vragenlijst. Tijdens afname van de vragenlijsten bleek dat de respondenten een variërend beeld hadden van het begrip spiritualiteit. Dit kan geleid hebben tot andere interpretatie van de vragen en beantwoording van deze vragen. De vragenlijst bracht discussie op gang over het begrip spiritualiteit en daarmee een bewustwording van hun handelen in de praktijk. De onderzoekers hebben de respondenten daar vrij in gelaten, zodat men hun eigen definitie van het begrip kon hanteren. Door deze aanpak hebben de onderzoekers zo min mogelijk invloed uitgeoefend op de respondenten.

Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer een kwartier. Dit, in combinatie met drukte op de afdeling, zorgde ervoor dat sommige respondenten vroegtijdig staakten met het invullen van de vragenlijst. Het was niet altijd mogelijk de vragenlijst in één keer in te vullen. Hier waren in sommige gevallen meerdere momenten voor nodig. De vragenlijst kan gehaast of niet volledig ingevuld zijn. Hierdoor konden een aantal vragenlijsten niet meegenomen worden in het berekenen van gemiddelden.

Op de inhoud van de vragenlijst werd door respondenten feedback gegeven. Met name op onderdeel drie, de SCCS, werd feedback gegeven over de zinsvorming. In dit onderdeel worden vragen gesteld met de vraagstelling 'Ik kan...'. Respondenten hebben mondeling en middels de vragenlijst aangegeven dat de vraagstelling volgens hen niet klopt. Het kan zo zijn dat ze het wel 'kunnen', maar in de praktijk niet uitvoeren. Een ander feedbackpunt was dat men vond dat sommige vragen omslachtig omschreven zijn. Hierdoor waren sommige respondenten genoodzaakt de vraag meerdere malen te lezen. Dit maakte het volgens een aantal respondenten lastiger om de vragenlijst in te vullen.

7.3 Discussie op de resultaten en conclusie

Een sterk punt van dit onderzoek is dat specifiek is geanalyseerd op de competenties van de verpleegkundigen. Hiermee is getracht een duidelijk antwoord te krijgen op de hoofd- en deelvragen. Door het onderdeel SCCS van de vragenlijst hebben we een completer beeld gekregen van het verkregen gemiddelde. Daardoor hebben we een conclusie getrokken op deelvraag één.

Het specialisme Oncologie is meegenomen in de analyse, maar niet in de literatuurstudie. Deze afdeling is niet opgenomen in de opdracht van dit project en omdat over Oncologie al veel bekend is. De onderzoekers vonden het niet noodzakelijk hier een verdiepende literatuurstudie naar te doen.

Aan de factoren (leeftijd, opleiding, etc.) die beschreven staan bij deelvraag vier, is geen glasharde conclusie te verbinden. In de factoren die beschreven staan bij deelvraag vier zit een groot verschil tussen het aantal respondenten. Dit is terug te zien in de resultaten op de vragen 'hoe zou u uw levensbeschouwing omschrijven?' en 'biedt de werkgever u de mogelijkheid om religieus of spiritueel zingevend bezig te zijn op en

tijdens uw werk?' Er is gekozen voor een verdeling in leeftijdsgroepen, namelijk de groepen 'tot en met 30 jaar' en '31 jaar en ouder'. De indeling van deze groepen wil niet zeggen dat iemand uit de groep '31 jaar en ouder' per definitie spiritueel meer ontwikkeld is dan iemand uit de groep 'tot en met 30 jaar'.

7.4 Verpleegkundige visievorming

Voorafgaand aan dit onderzoek hadden wij een onduidelijk beeld bij de begrippen spiritualiteit en spirituele zorg en bijbehorende facetten. We vonden de termen spiritualiteit en spirituele zorg moeilijk te definiëren en te herkennen in de praktijk. In onze vooropleiding (MBO-V) is er weinig tot geen aandacht besteed aan spirituele zorgverlening. Dit vinden wij jammer, omdat wij als beginnend beroepsbeoefenaar dan niet goed voorbereid het werkveld zouden betreden. Onze visie over spirituele zorgverlening is veranderd tijdens dit onderzoek. Wij zijn ons er nu van bewust dat het een belangrijk onderdeel is in de patiëntenzorg en we hopen als verpleegkundigen altijd oprecht geïnteresseerd te blijven in de patiënten en collega's. Dit willen we realiseren middels open communicatie en het bespreekbaar maken en houden van spiritualiteit en spirituele zorg. Het is een feit dat het verlenen van spirituele zorg onderdeel is van het verpleegkundig takenpakket. Dit staat beschreven in het beroepsprofiel van 2020 (Schuurmans, 2012) en de beroepscode (V&VN, 2007). Dit sluit aan bij de holistische visie op zorgverlening die wordt gehanteerd. In het verpleegkundig beroep wordt veel gewerkt aan de hand van protocollen en richtlijnen. Er zijn veel uiteenlopende definities als het gaat om spiritualiteit en spirituele zorg, wat het lastig maakt hiervoor een definitie te kiezen. De definitie die gehanteerd is in dit rapport is mogelijk onvolledig. Desondanks vinden wij dat deze definitie spiritualiteit goed en volledig weergeeft. Wij zijn van mening dat de gezondheidszorg belang heeft bij verpleegkundigen die spirituele zorg verlenen en dat organisaties spiritualiteit ten alle tijde moet opnemen in hun visie. Wij vragen ons af of dit haalbaar is. Er wordt namelijk steeds meer geëxperimenteerd met zorg op afstand en de maatschappij wordt individualistischer en harder. Daardoor wordt het mogelijk moeilijker om spirituele zorg te verlenen.

Bibliografie

AMC. (2013, Oktober 9). Cardiologie.
Opgehaald van www.amc.nl: http://www.amc.nl/web/Zorg/Patient/Zoek-op-specialisme/Cardiologie.htm

AMC. (2013, Oktober 9). Chirurgie.
Opgehaald van www.amc.nl: http://www.amc.nl/web/Zorg/Patient/Zoek-op-specialisme/Chirurgie.htm

Baarda, D., & Goede, M. d. (2006).
Basisboek Methoden en Technieken. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff .

Beltman, G., Dons, M., Linden, H. v., & Roos, J. (2012).
Spiritualiteit in de algemene gezondheidszorg, onderzoek onder verpleegkundigen over spiritualiteit. Zwolle.

Berg, M. v., & Jager, E. d. (2007, Juni).
Spiritualiteit bij kankerpatiënten, de ontwikkeling van een vragenlijst. Opgehaald van www.hdi.nl: http://www.hdi.nl/index.php?id=164/Ontwikkeling+vragenlijst+spiritualiteit.htm

Blumenthal, J., Babyak, M., Ironson, G., Thoresen, C., Powell, L., Czajkowski, S., . . . Catellier, D. (2007, Januari 21).
Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. Psychosomatic Medicine, pp. 501-508.

Bouwman, K., & Bras, K. (2001).
Werken met spiritualiteit. Baarn: Ten Have.

Clarke, J. (2009).
A critical view of how nursing has defined spirituality. Journal of Clinical Nursing, pp. 1666-1673.

Cusveller, B. (2008).
Volwaardige verpleging. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, Motief.

Driebergen, R. (2001).
Aandacht voor zingeving en/of religie. Verpleegkundige zorg op gebied van spiritualiteit. Doctoraalscriptie: Verplegingswetenschappen. Maastricht.

Ettema, E., Geer, J. v., Koningswoud, J., Leeuwen, R. v., Leget, C., Lieverse, P., & Wulp, M. (2010).
Spirituele zorg, verbindende schakel in palliatieve zorg. Bunnik: Agora ethiek en spirituele zorg.

Groeneveld, E. (2008).
Zin in Zorg; Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen/UMCN St. Radboud.

Lectoraat Zorg & Zingeving. (2013, Februari 12).
Onderzoek. Opgehaald van www.gh.nl: http://www.gh.nl/onderzoek/Lectoraat%20Zorg%20en%20Zingeving.aspx

Leeuwen, R. v. (2008).
Towards nursing competencies in spiritual care. Groningen: Rijksuniversiteit.

Leeuwen, R. v. (2009).
Geloof het of niet.....! Gereformeerde Hogeschool (p. 52). Zwolle: Lectoraat zorg en spiritualiteit.

Leeuwen, R. v., & Cusveller, B. (2005).
Verpleegkundige zorg en spiritualiteit. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.

Leeuwen, R. V., Tiesinga , L., Jochemsen, H., Post, D., & Middel, B. (2008, July 11).
The validity and reiability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. Journal of Clinical Nursing, pp. 2857-2869.

Leeuwen, R. v., Tiesinga, L., Jochemasen, H., & Post, D. (2007).
Aspects of spirituality concerning illness. Nordic College of Caring Science; Journal compilation, pp. 482-490.

Mc Sherry, W. (2000).
Spirituality in nursing practice. Londen: Harcourt Publishers Limited.

Mc Sherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004, November).
Meaning of spirituality: implications for nursing practice. Journal of Clinical Nursing, pp. 934-941.

McGrath, A. (2002).
Christelijke spiritualiteit. Kampen: Kok.

McSherry, W. (2007).
The Meaning of Spirituality and Spiritual Care Within Nursing and Health Care Practice. London: MA Healthcare Ltd.

Meehan, T. (2012, Juni 15).
Spirituality and spiritual care from a Careful Nursing perspective. Journal of Nursing Management, pp. 990-1001.

Mouch, C., & Sonnega, A. (2012, Mei 17).
Spirituality and recovery from cardiac surgery: a review. Springer.

Naghi, J., Philip, K., Phan, A., Cleenewerck, L., & Schwarz, E. (2010, November 2).
The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. Springer, pp. 1124-1136.

Nixon, A., & Narayanasamy, A. (2010, Augustus 1).
The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. Journal of Clinical Nursing.

Nixon, A., Narayanasamy, A., & Penny, V. (2013, Februari 1).
An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. BMC Nursing.

Post, D. (2012, Juli 17).
Zorgverlening in een seculariserende maatschappij. Opgehaald van www.geloofinzorg.nl: http://www.geloofinzorg.nl/page/101

Reinert, K. G., & Koening, H. (2013, Maart 9).
Re-examining definitions of spirituality in nursing research. Journal of advanced nursing, pp. 1-13.

Roothaan, A. (2007).
Spiritualiteit begrijpen. Een filosofische inleiding. Amsterdam: Boom.

Rudor, S. (2013, Juli/Augustus 7).
Spirituality in Nursing . Home Heathacre Nurse, pp. 357-367.

Schuurmans, M. L. (2012, Maart 8).
Broepsprofiel Verpleegkundige. Opgehaald van www.venvn.nl: http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=FZhPgDg_3n8%3D&tabid=5302

Tiesinga, L., Driebergen, R., & Post, D. (2003).
Spiritualiteit en verplegen. Verpleegkunde, pp. 159-168.

Timmins, F., & Kelly, J. (2008).
Spiritual assessment in intensive and cardiac care nursing. Journal Complication, pp. 124-131.

UMCG. (2013, Oktober 9). Interne Geneeskunde.
Opgehaald van www.umcg.nl: http://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/organisatie/Specialismen/interne_geneeskunde/Pages/default.aspx

UMCG. (2013, Oktober 9). Neurologie.
Opgehaald van www.umcg.nl: http://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/organisatie/Specialismen/neurologie/Pages/default.aspx

V&VN, N. '. (2007, Januari).
Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. Opgehaald van www.venvn.nl: http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/20070112beroepscodebrochuredef.pdf

Verberk, F., & Kuiper, M. d. (2006).
Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model. Assen: Koninklijke van Gorcum B.V.

Verhoeven, N. (2011).
Wat is onderzoek. Den Haag: Boom Lemma.

Wilkinson, J. (2008).
Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Williams, J., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., & Curlin, F. (2011, November 26).
Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. J Gen Intern med, pp. 1265-1271.

Zelm, R. v., & Eliens, A. (2011).
Verpleegkundige besluitvorming . Dwingeloo: Kavanah.

Bijlagen

Bijlage 1. Verpleegkundige standaard spirituele nood – Els Groeneveld

VERPLEEGKUNDIGE STANDAARD SPIRITUELE NOOD

Naam patiënt:…
Geboortedatum:…

Verpleegkundige diagnose

SPIRITUELE NOOD 1-2
Ontwrichting van waarden en/of levensovertuiging 3

Gerelateerde factoren
- ☐ De levensbeschouwing wordt op de proef gesteld door ziekte en/of behandeling 1-2a
- ☐ Patiënt voelt zich belemmerd om religieuze gebruiken en plichten uit te voeren: gebrek aan privacy, onvoldoende beschikbaarheid van speciale voeding 3a
- ☐ Patiënt voelt zich in zijn (geloofs-) overtuiging afgewezen door familie, vrienden en hulpverleners 3a
- ☐ innerlijke onvrede t.g.v. verbreking van religieuze/levensbeschouwelijke banden1-2a

Verschijnselen
- ☐ stelt vragen over de zin van de eigen lijden/bestaan/dood en/of twijfelt aan eigen levensovertuiging 1-2-3a
  - *Waarom overkomt mij dit, waarom nu, waarom op deze manier?*
  - *Hoe kan ik dit een plek geven in mijn leven?*
  - *Zoekt steun in geloofsovertuiging/twijfelt aan eigen geloofsovertuiging*
  - *Angst voor de dood*
- ☐ vraagt zich af voor wie/wat hij geleefd heeft en nog zal leven (levensbalans) 8
  - *Wat heb ik met mijn leven gedaan?:*
  - *Wat is gelukt/mislukt/onafgewerkt?*
- ☐ Problematiek rond loslaten/ vasthouden
- ☐ heeft morele/ethische vragen t.a.v. behandeling/ beëindiging behandeling 1-2a
  - *Het gevoel zelf een steeds grotere last voor naasten te worden*
  - *Vragen rond doorgaan c.q. stoppen met behandeling/euthanasie*
- ☐ toont negatieve gevoelens t.o.v. God/een hogere macht 1-2a
  - *Is boos op God, de kerk of haar vertegenwoordigers*
- ☐ toont heftige emoties t.a.v. opname en behandeling 1-2-3a
  - *Apathie, agressie, heimwee, verdriet*
- ☐ uit moedeloosheid 3a
- ☐ zoekt naar spirituele ondersteuning 1-2
  - *Wat heeft mij altijd gaande gehouden?*
- ☐ ervaart een blokkade om symbolen en rituelen na te leven (geeft bijv. aan niet meer te kunnen bidden)1-3a
  - *Vraagt om ondersteuning in rituelen (gebed, zegen, sacramenten)*
- ☐ projecteert boosheid op vertegenwoordigers van de levensbeschouwing 1-2
- ☐ vraagt om ondersteuning van een geestelijk verzorger 3a
- ☐ verwoordt gemis aan inspiratiebronnen (bijv. voorbeeldfiguren, muziek, teksten) 8
  - *Wat geeft mij kracht, steun, inspiratie?*
  - *Wat/wie is in mijn leven belangrijk voor mij (geweest)?*
  - *Wat/wie zal mij steunen/helpen als het steeds moeilijker gaat worden? (afnemende levenskracht, toenemende zorgafhankelijkheid, naderend einde)*

Interventie

ONDERSTEUNING OP HET GEBIED VAN SPIRITUELE NOOD 5a

Activiteiten

Observeren en signaleren 6
- ☐ Vraag, luister actief naar, en observeer wat de patiënt bezighoudt op het gebied van spiritualiteit. 1-2-3-4-b 5a
- ☐ Beschrijf de zorg op het gebied van spiritualiteit in het verpleegplan. 5a

Begeleiden 6
- ☐ Overleg met de patiënt of en op welke wijze voorzien kan worden in zijn wensen en/of behoeften op het gebied van spiritualiteit 3b 5
- ☐ Creëer, indien de patiënt dat wenst en waar mogelijk, gelegenheid om activiteiten op het gebied van spiritualiteit uit te oefenen. Bijvoorbeeld: mediteren, bidden, lezen of luisteren naar muziek. 3-4-5-a
- ☐ Bied, indien gewenst, de patiënt hulp bij het uitvoeren van activiteiten op het gebied van spiritualiteit of vraag een collega, mantelzorger of geestelijk verzorger/pastor 3-4-5a
- ☐ Indien van toepassing, besteed in een gesprek aandacht aan de gedachten en/of gevoelens die handicap, ziekte, lijden of dood kunnen oproepen. Bijv: eenzaamheid, machteloosheid, boosheid, maar ook verbondenheid, harmonie en acceptatie. 3-4-b5
- ☐ Maak (eventuele) vragen op het gebied van spiritualiteit bespreekbaar bij de patiënt en verwijs, indien daar behoefte aan is, naar de geestelijk verzorger/pastor. 4b5

Informeren en adviseren 6
- ☐ Informeer de patiënt over de bestaande mogelijkheden in het ziekenhuis op het gebied van spiritualiteit. Bijv. de aanwezigheid van stiltecentrum, bijwonen van een viering, deelname aan communie/avondmaal op zondag; de mogelijkheid tot contact met de geestelijk verzorger/pastor 3-4b-5a
- ☐ Informeer de patiënt over de mogelijkheid van gesprek met de geestelijk verzorger/pastor op het gebied van spiritualiteit 5

Coördineren 6
- ☐ Bespreek de zorg op het gebied van spiritualiteit in het multidisciplinair overleg. 5
- ☐ Verwijs eventueel, in overleg met de patiënt, door naar een collega, mantelzorger of geestelijk verzorger. 3-4-5

Zorgresultaten

SPIRITUEEL WELBEVINDEN

- ☐ verwoordt doel en zin van het leven 4
- ☐ vindt houvast in eigen levensovertuiging 8
- ☐ vindt rust in hoe gehandeld moet worden 8
- ☐ verwoordt een gevoel van verbondenheid met God/hogere macht 8
- ☐ straalt rust uit t.a.v. van opname/behandeling 8
- ☐ verwoordt voldoening met de geestelijke toestand 8
- ☐ ervaart steun aan symbolen en rituelen 8
- ☐ voelt zich verbonden met anderen in gedachten, en (geloofs-)beleving 8
- ☐ verwoordt inspiratiebronnen 8

1. Gordon
2. NANDA
3. Carpenito
4. NIC
5. Driebergen
6. beroepsprofiel voor verpleegkundigen
7. NOC
8. projectgroep DGVP/UMCN

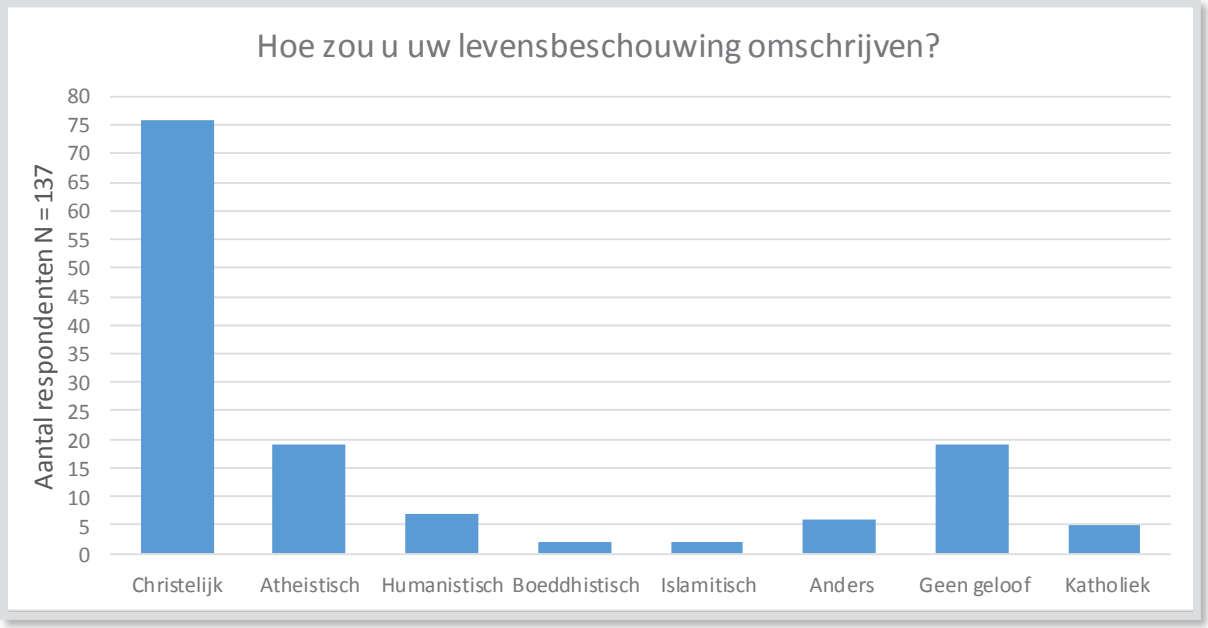
a. gewijzigd door projectgroep
b. gewijzigd n.a.v. Delphi-onderzoek (Driebergen)

- ☐ kruis aan wat van toepassing is

Bijlage 2. Overzicht benaderde ziekenhuizen

Overzicht benaderde ziekenhuizen		
Ziekenhuis	**Datum laatste contact**	**Deelname ja/nee**
Isala Klinieken Zwolle	30-05-2013	Nee
Martini Ziekenhuis Groningen	30-05-2013	Nee
St. Jansdal Harderwijk	23-05-2013	Nee
Diaconessenhuis Meppel	10-06-3013	Nee
UMC Groningen	10-06-2013	Nee
Röpcke Zweers Ziekenhuis Hardenberg	12-06-2013	Nee
Zuwe Hofpoort Woerden	12-06-2013	Nee
Bethesda Ziekenhuis Hoogeveen	12-06-2013	Nee
Scheper Ziekenhuis Emmen	12-06-2013	Ja
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	12-06-2013	Nee
UMC Utrecht	24-06-2013	Nee
Medisch Centrum Leeuwarden	24-06-2013	Nee
Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede	26-06-2013	Nee
St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein	26-06-2013	Nee
Medisch Spectrum Twente Enschede	01-07-2013	Nee
Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn	02-07-2013	Ja
Gelre Ziekehuis Zutphen	02-07-2013	Nee
Flevo Ziekenhuis Almere	04-07-2013	Nee
Deventer Ziekenhuis	09-07-2013	Nee
St. Maartenskliniek Nijmegen	09-07-2013	Nee
Groene Hart Gouda, locatie Bleuland	17-07-2013	Nee
Amphia Ziekenhuis Breda	19-07-2013	Ja
Rijnstate Ziekenhuis Arnhem	20-07-2013	Ja

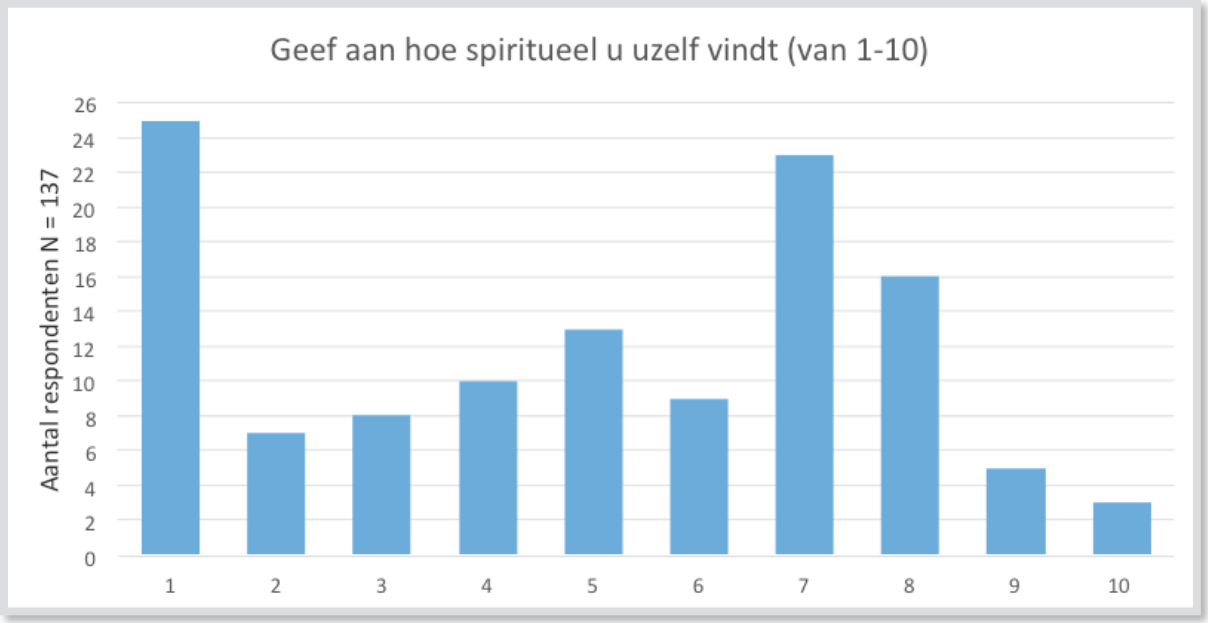
Bijlage 3. Overige resultaten



Vraag 8. Hoe zou u uw levensbeschouwing omschrijven?

Het merendeel van de respondenten heeft aangegeven christelijk te zijn. De groep respondenten die zichzelf atheïst noemt, is even groot als de groep die aangeeft geen geloof te hebben.

De overige vormen van levensbeschouwing, humanistisch, boeddhistisch, islamitisch en katholiek zijn minder prominent vertegenwoordigd. Zes respondenten hebben aangegeven een andere levensbeschouwing na te leven dan op de vragenlijst geboden wordt.

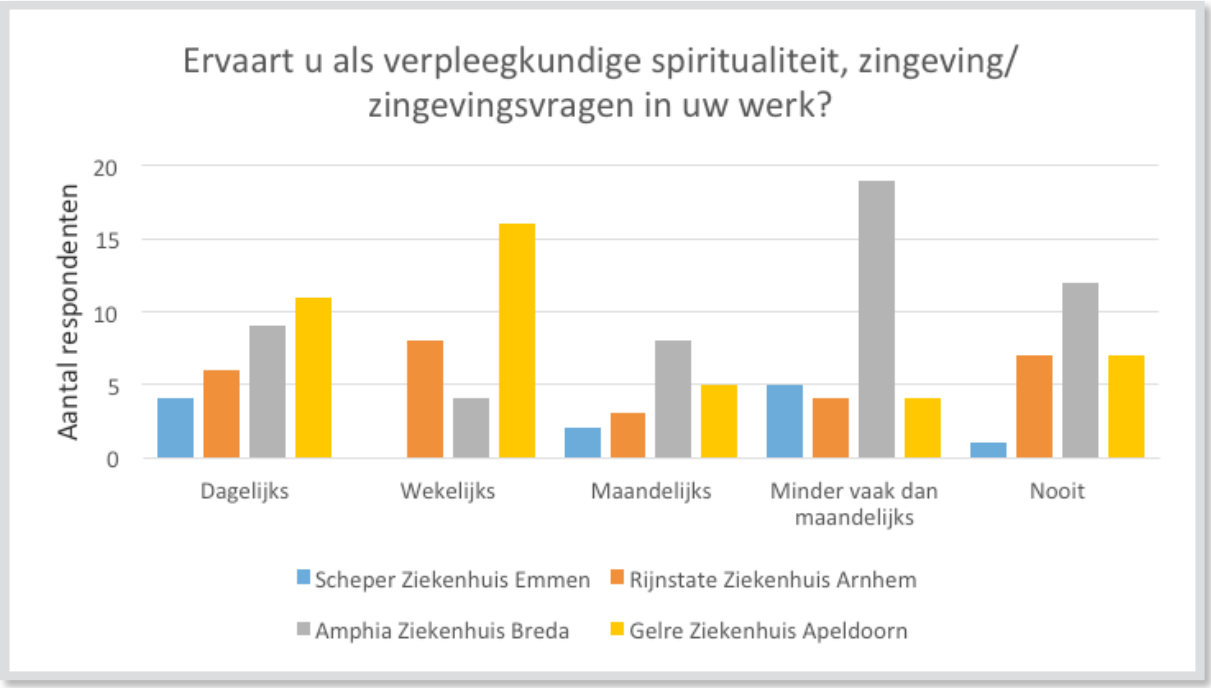


Extra vraag. Geef aan hoe spiritueel u uzelf vindt.

Het aantal mensen wat zichzelf meer spiritueel (1-5) vindt, staat bijna gelijk aan de groep mensen die zichzelf minder spiritueel (6-10) vindt.

Vraag 9.1. Ervaart u als verpleegkundige spiritualiteit, zingeving/zingevinsvragen in uw werk?

De grootste groep respondenten geeft aan minder vaak dan maandelijks spiritualiteit te ervaren in zijn of haar werk. Een iets kleinere groep liet weten dagelijks spiritualiteit te ervaren en een bijna even groot aantal ervoer dit wekelijks. De groep die bijna even hoog scoort als de vorige, is de groep die nooit spiritualiteit ervaart in het werk. De groep die het kleinste is koos voor 'maandelijks' als antwoord.



Vraag 9.1. Ervaart u als verpleegkundige spiritualiteit, zingeving/zingevinsvragen in uw werk?

In de tabel is de beantwoording te lezen van de respondenten werkzaam binnen de verschillende instellingen. Daarin is specifiek gekeken naar de verschillen tussen de instellingen. In de analyse van de verzamelde gegevens is specifiek gekeken naar de beantwoording op de vraag door de verschillende afdelingen.

Van de vijf deelnemende afdelingen wordt op de afdeling Neurologie het meeste spiritualitiet ervaren in het werk als het gaat om 'dagelijks', namelijk 31,2%.

Op de afdeling Oncologie ervaart de helft van de respondenten wekelijks spiritualiteit in het werk. Op de afdeling Chirurgie scoort men 17,1% bij de antwoordmogelijkheid 'maandelijks'. Op de Interne afdeling ervaart bijna de helft van de respondenten, 45,8%, minder vaak dan maandelijks spiritualiteit. Cardiologie scoort het hoogst bij de antwoordmogelijkheid 'nooit', namelijk 28,6%.

Vraag 9.7. Biedt de werkgever u de mogelijkheid om religieus of spiritueel zingevend bezig te zijn op en tijdens uw werk?

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat de werkgever nooit de mogelijkheid biedt om religieus of spiritueel zingevend bezig te zijn op en tijdens het werk. 28,6% van de respondenten van de afdeling Cardiologie heeft deze antwoordmogelijkheid gekozen. Chirurgie is de tweede grote groep die heeft gekozen voor 'nooit' met 26,8%. De andere helft wordt gevormd door de afdelingen Interne en Neurologie, beide 12,5%, en Oncologie met 10%. De groep die daarna het grootst is, geeft aan dagelijks deze mogelijkheid te hebben. De afdeling die het hoogste scoort, met 31,2%, is Neurologie. Oncologie staat op de tweede plaats in deze rij met 30%. Cardiologie scoort 25%, Chirurgie 19,5% en Interne 8,3%.

Bijlage 4. Vragenlijst

Vragenlijst

Wie: verpleegkundigen werkzaam in de algemene gezondheidszorg

Wat: onderzoek in het kader van afstudeerproject naar verpleegkundige zorg op gebied van levensbeschouwing en zingeving

Waar: op de afdelingen neurologie, cardiologie, interne en chirurgie

Bij voorbaat dank voor jullie medewerking.

Vragenlijst onderdeel 1: Demografie

1. Geslacht: ☐ vrouw ☐ man

2. Instelling: ☐ Scheper Ziekenhuis Emmen ☐ Amphia Ziekenhuis Breda

☐ Rijnstate Ziekenhuis Arnhem ☐ Gelre Ziekenhuis Apeldoorn

3. Afdeling: ☐ Cardiologie ☐ Chirurgie ☐ Interne ☐ Neurologie

4. Leeftijd: ☐ jaar

5. Welke vooropleiding(en) heeft u? ☐ MBO-V ☐ HBO-V ☐ In Service (A/B/Z)

Indien meerdere antwoorden van toepassing: vul de hoogst genoten verpleegkundige opleiding in.

6. Hoeveel jaar werkervaring heeft u in de gezondheidszorg? ☐ jaar

7. Heeft u belangrijke gebeurtenissen meegemaakt in de laatste 3 jaar? (zogenaamde 'life events', zoals ziekte, overlijden familielid, geboorte kind.)

☐ Nee > ga naar vraag 8.

☐ Ja > beschrijf de gebeurtenis kort:

Positieve 'life events': ……..

Negatieve 'life events': ……

Gereformeerde Hogeschool

8. Hoe zou u uw levensbeschouwing omschrijven? Kruis er één aan.

- ☐ Christelijk
- ☐ Humanistisch
- ☐ Hindoeïstisch
- ☐ Anders, nl……
- ☐ Joods
- ☐ Boeddhistisch
- ☐ Islamitisch
- ☐ Atheïstisch
- ☐ Sikh
- ☐ Agnostisch

9. Hoe vaak …

Kruis aan wat voor u geldt:	dagelijks	wekelijks	maandelijks	minder vaak dan maandelijks	nooit
Ervaart u als verpleegkundige spiritualiteit, zingeving/ zinervaringen in uw werk?					
Leest u een boek met een levensbeschouwelijk onderwerp? (gedicht, bijbel, koran, enz.)					
Bezoekt u steden/ gebouwen met voor u een religieuze of zingevende inslag?					
Onderneemt u acties (wandelen, zingen, muziek maken/ luisteren, enz.) die u ervaart als zingevend?					
Mediteert of bidt u?					
Zet u zich op vrijwillige basis in voor uw medemens (doet u vrijwilligerswerk)?					
Biedt de werkgever u de mogelijkheid om religieus of spiritueel zingevend bezig te zijn op en tijdens uw werk?					

Vragenlijst onderdeel 2: Spiritualiteit en spirituele zorg

Omcirkel bij elk item één antwoord welke het beste uw mening weergeeft.
1= helemaal mee oneens (- -), 2= mee oneens (-), 3= niet mee oneens, niet mee eens (0), 4= mee eens (+), 5= helemaal mee eens (++)

Omcirkel één antwoord	- -	-	0	+	++
Ik ben ervan overtuigd dat verplegend personeel spirituele zorg kan verlenen door een bezoek te regelen van de ziekenhuispastor of geestelijk leider (bv de dominee) van de patiënt zelf als deze er om vraagt.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat verpleegkundigen spirituele zorg kunnen verlenen door het tonen van vriendelijkheid, oprechte zorg en opgewektheid in hun werk.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit betrekking heeft op de behoefte om te vergeven en te worden vergeven.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit alleen betrekking heeft op het gaan naar de kerk of een andere religieuze ontmoetingsplaats.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit niet te maken heeft met religie en een geloof in een god of een hoogste opperwezen.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit zich richt op het zoeken naar een diepere betekenis in de goede en slechte gebeurtenissen in het leven.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat verpleegkundigen spirituele zorg kunnen verlenen door tijd door te brengen met de patiënt om deze steun te geven en gerust te stellen in moeilijke momenten.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat verpleegkundigen spirituele zorg kunnen verlenen door de patiënt de gelegenheid te geven te zoeken naar de zin en het doel van hun ziekte.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit te maken heeft met een gevoel van hoop in het leven.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit te maken heeft met iemands leven hier en nu.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat verpleegkundigen spirituele zorg kunnen verlenen door te luisteren naar patiënten en hen in gelegenheid te stellen om hun angsten, zorgen en problemen te bespreken en te verkennen.	1	2	3	4	5

	- -	-	0	+	++
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit een bindende kracht is, die voor een persoon vrede met zichzelf en de wereld mogelijk maakt.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit niet te maken heeft met zaken zoals kunst, creativiteit en expressie.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat verpleegkundigen spirituele zorg kunnen verlenen door respect te hebben voor de privacy, waardigheid, en religieuze en culturele overtuigingen van een patiënt.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit betrekking heeft op vriendschap en relaties.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat het begrip spiritualiteit niets te maken heeft met Atheïsten en Agnosten.	1	2	3	4	5
Ik ben ervan overtuigd dat spiritualiteit betrekking heeft op de moraal van mensen.	1	2	3	4	5

(Bron: Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). In: W. McSherry (2007). *The Meaning of Spirituality and Spiritual Care within Nursing and Health Care Practice*, MA Healthcare Ltd, London)

Extra vraag

Geef aan op een schaal van 1 tot 10 hoe spiritueel u uzelf vindt (1 = helemaal niet spiritueel, 10 = zeer spiritueel) en leg in het kort uit waarom.

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

.....

.....

.....

Vragenlijst onderdeel 3: Spirituele zorg competentie

Omcirkel bij elk item één antwoord welke het beste uw competentie-niveau weergeeft

1= helemaal mee oneens (- -), 2= mee oneens (-), 3= niet mee oneens, niet mee eens (0), 4= mee eens (+), 5= helemaal mee eens (++)

Planning van spirituele zorg	**- -**	**-**	**0**	**+**	**++**
Ik kan mondeling en/of schriftelijk rapporteren over de spirituele behoeften van de patiënt.	1	2	3	4	5
Ik kan in samenspraak met de patiënt de zorg voor zijn spirituele behoeften/problemen afstemmen.	1	2	3	4	5
Ik kan in multidisciplinair overleg zorg afstemmen voor de spirituele behoeften/problemen van de patiënt.	1	2	3	4	5
Ik kan in het verpleegplan het verpleegkundig aandeel in de spirituele zorg van de patiënt vastleggen.	1	2	3	4	5
Ik kan schriftelijk rapporteren over het spirituele functioneren van de patiënt.	1	2	3	4	5
Ik kan mondeling rapporteren over het spirituele functioneren van de patiënt.	1	2	3	4	5
Professionalisering en kwaliteitsbevordering					
Ik kan op de afdeling een bijdrage leveren aan de kwaliteitszorg op het gebied van de zorg van spiritualiteit.	1	2	3	4	5
Ik kan op de afdeling een bijdrage leveren aan deskundigheidsbevordering op het gebied van de zorg voor spiritualiteit.	1	2	3	4	5
Ik kan werkproblemen op gebied van zorg voor spiritualiteit aan de patiënt aan de orde stellen in intervisiegesprekken.	1	2	3	4	5
Ik kan andere zorgverleners coachen op dit gebied van zorg voor spiritualiteit aan de patiënt.	1	2	3	4	5
Ik kan beleidsaanbevelingen doen aan het management v.d. verpleegafdeling over aspecten v.d. zorg voor spiritualiteit.	1	2	3	4	5
Ik kan op de verpleegafdeling een verbeterproject uitvoeren dat betrekking heeft op de zorg voor spiritualiteit.	1	2	3	4	5
Persoonlijke ondersteuning en begeleiding van de patiënt					
Ik kan zorg voor de spiritualiteit aan de patiënt verlenen.	1	2	3	4	5
Ik kan zorg voor spiritualiteit die ik heb verleend in samenspraak met patiënt en in (multi)disciplinaire team evalueren.	1	2	3	4	5

Ik kan de patiënt informatie geven over faciliteiten op het gebied van spiritualiteit binnen de zorginstelling (o.a. aanbod geestelijke verzorging, stiltecentrum, vieringen).	1	2	3	4	5
Ik kan de patiënt helpen zijn alledaagse spirituele gebruiken te continueren (o.a. gelegenheid geven rituelen te uiten, bidden, mediteren, bijbel/koran lezen, muziek luisteren).	1	2	3	4	5
Ik kan aandacht geven aan de spiritualiteit v.d. patiënt tijdens de dagelijkse zorgverlening (bijv. tijdens lichamelijke zorg).	1	2	3	4	5
Ik kan familie v.d. patiënt als zij vragen en/of behoeften uiten op het gebied van spiritualiteit verwijzen (bijv. naar pastor).	1	2	3	4	5
Verwijzen					
Ik kan zorg voor de spirituele behoeften v.d. patiënt adequaat toewijzen aan een andere zorgverlener/persoon/discipline.	1	2	3	4	5
Ik kan indien gewenst de patiënt met zijn spirituele behoeften tijdig en adequaat verwijzen naar een andere zorgverlener (bijv. geestelijk verzorger/eigen pastor/imam).	1	2	3	4	5
Ik weet wanneer ik een geestelijk verzorger moet consulteren in het kader v.d. spirituele zorgverlening aan de patiënt.	1	2	3	4	5
Houding ten opzichte van de spiritualiteit van de patiënt en communicatie					
Ik toon respect voor de levensovertuiging van de patiënt op een onbevooroordeelde wijze ongeacht de inhoud van zijn levensbeschouwelijke achtergrond.	1	2	3	4	5
Ik sta open voor de levensbeschouwing van de patiënt, ook als deze een andere levens/geloofsovertuiging heeft dan die ik zelf heb.	1	2	3	4	5
Ik dring mijn eigen levens/geloofsovertuiging niet op aan een patiënt.	1	2	3	4	5
Ik herken mijn persoonlijke grenzen in het omgaan met de levens/geloofsovertuiging van de patiënt.	1	2	3	4	5
Ik kan actief luisteren naar het 'levensverhaal' van de patiënt in relatie tot zijn ziekte/handicap.	1	2	3	4	5
In contact met patiënten heb ik een accepterende houding (betrokken, meelevend, vertrouwenwekkend, echt, gevoelig).	1	2	3	4	5

(Bron: Spiritual Care Competence Scale (SCCS). In: R. van Leeuwen (2008). *Towards Nursing Competencies in Spiritual Care*, Rijksuniversiteit Groningen)

Vragenlijst onderdeel 4: Spiritual attitude and involvement list

Omcirkel bij elk item één antwoord welke het beste bij u past. Er is geen goed of fout antwoord.
1= helemaal niet (- -), 2= nauwelijks (-), 3= enigszins (0), 4= in redelijke mate (+), 5= in hoge mate (++), 6= in zeer hoge mate (+++)

Omcirkel één antwoord	**- -**	**-**	**0**	**+**	**++**	**+++**
Ik treed de wereld met vertrouwen tegemoet.	1	2	3	4	5	6
Ik vind het belangrijk dat ik iets voor anderen kan doen.	1	2	3	4	5	6
In moeilijke tijden bewaar ik mijn innerlijke rust.	1	2	3	4	5	6
Ik weet voor mezelf wat mijn ‘plaats’ is in het leven.	1	2	3	4	5	6
De schoonheid van de natuur ontroert mij.	1	2	3	4	5	6
Ik accepteer dat ik de loop van mijn leven niet helemaal zelf in de hand heb.	1	2	3	4	5	6
Ik heb oog voor het leed van anderen.	1	2	3	4	5	6
Ik accepteer dat ik niet overal invloed op kan uitoefenen.	1	2	3	4	5	6
Wat er ook gebeurt, ik kan het leven aan.	1	2	3	4	5	6
Er is een God of een hogere macht in mijn leven die mij richting geeft.	1	2	3	4	5	6
Ik ben me ervan bewust dat elk leven zijn tragiek kent.	1	2	3	4	5	6
Ik ervaar dat de dingen die ik doe betekenisvol zijn.	1	2	3	4	5	6
Ik probeer het leven te nemen zoals het komt.	1	2	3	4	5	6
Als ik in de natuur ben voel ik me daar sterk mee verbonden.	1	2	3	4	5	6
Ik accepteer dat het leven mij onvermijdelijk soms pijn geeft.	1	2	3	4	5	6

Ik probeer in mijn leven wat voor de maatschappij te betekenen.	1	2	3	4	5	6
Mijn leven heeft betekenis en doel.	1	2	3	4	5	6
Ik wil wat voor mijn medemens kunnen betekenen.	1	2	3	4	5	6
LET OP: VERANDERING ANTWOORDCATEGORIËN! *1=nooit (- -), 2=zelden (-), 3=soms (0), 4=regelmatig (+), 5=vaak (++), 6= heel vaak (+++)*						
	- -	**-**	**0**	**+**	**++**	**+++**
Ik heb ervaringen gehad waarbij de aard van de werkelijkheid voor mij duidelijk werd.	1	2	3	4	5	6
Ik heb ervaringen gehad waarbij ik leek op te gaan in een kracht of macht groter dan mijzelf.	1	2	3	4	5	6
Ik heb ervaringen gehad waarbij alle dingen deel leken van een groter geheel.	1	2	3	4	5	6
Ik bespreek spirituele thema's met anderen (zoals de zin van het bestaan, de betekenis van de dood of religie).	1	2	3	4	5	6
Ik heb ervaringen gehad waarbij alles volmaakt leek.	1	2	3	4	5	6
Ik mediteer of bid, of neem op andere wijze tijd om tot innerlijke rust te komen.	1	2	3	4	5	6
Ik heb ervaringen gehad waarbij ik boven mezelf leek uit te stijgen.	1	2	3	4	5	6
Ik neem deel aan bijeenkomsten, workshops e.d. die gericht zijn op spiritualiteit of religie.	1	2	3	4	5	6

(Bron: Eltica de Jager Meezenbroek, Bert Garssen en Machteld van den Berg. Augustus 2007. Helen Dowling Instituut, begeleiding bij kanker, hdi@hdi.nl, postbus 85061, 3508 AB, Utrecht, Nederland, www.hdi.nl.)

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

John, Clarie en Eline - studenten HBO Verpleegkunde