

UNIVERSITEIT TWENTE

**Gebedsgenezing en
Psychologie**

Voorwoord

Voor u ziet u een verslag dat voor mij waardevol is. Door het lezen van onderzoeken op het gebied van gebedsgenezing en door het beoefenen van academische vaardigheden heb ik kanttekeningen aangaande gebedsgenezing durven te plaatsen, waar ik vroeger zeer zeker niet eens aan durfde te tornen.

Dit verslag bevat twee delen. Deel 1 bestaat uit het literatuurverslag. Dit literatuurverslag is geformuleerd overeenkomstig de lessen 'academisch schrijven voor pre-master' en met behulp van de feedback van dr. Marjon Guljé uit het feedbackmoment in kwartiel 2. Alle overige informatie welke verplicht is bij het inleveren is te vinden in deel 2. Dit deel bevat onder andere samenvattingen van-, en kritische responsen op de literatuur, plus de literatuurmatrix.

Mijn dank gaat hierbij uit naar José Meijer, Lieneke Corzaan, Samuel Jonathan, Sander Bosselaar, Ronald Roskam en Marjon Guljé voor hun kritische blik naar dit verslag.

Ik hoop dat u veel plezier beleeft aan het lezen van dit verslag,

Joël Bax

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Deel 1 Het literatuur verslag	4
In- en aanleiding	4
Verantwoording zoekmethode	4
Probleemstelling.....	4
Onderzoeksresultaten	4
Conclusie	5
Referenties	6
Deel 2 Het onderzoeksverslag	7
Aanleiding.....	7
Samenvatting artikel 1.....	8
Kritische respons artikel 1	9
Samenvatting artikel 2.....	10
Kritische respons artikel 2	11
Samenvatting artikel 3.....	13
Kritische respons artikel 3	15
Samenvatting artikel 4.....	16
Kritische respons artikel 4	17
Samenvatting artikel 5.....	18
Kritische respons artikel 5	19
Samenvatting artikel 6.....	20
Kritische respons artikel 6	21
Matrix	26
Literatuurlijst	24

Deel 1 Het literatuurverslag

In- en aanleiding

Goddelijke boodschappen: Borden langs de snelweg, programma's op de televisie en de radio. Waarin schijnbaar de ene boodschap nog liefdevoller is dan de andere boodschap. Een voorbeeld hiervan zijn foto's van genezing van ongeneeslijke ziektes of beelden van hoe mensen genezen na gebed (Van der Ven, 1997). Die boodschappen roepen vaak op tot bekering tot God in woord en daad en hebben als doel om mensen te bemoedigen dat er een God is die bestaat en die kan genezen, of die juist het tegendeel proclameren dat Hij niet bestaat (Van Saane, 2007).

Verantwoording zoekmethode

De gebruikte artikelen zijn verzameld via PsycINFO, PubMed en MedLine met de zoektermen 'prayer healing', 'gebed' en 'genezing'. Voor 'gebedsgenezing' zijn engelse synoniemen gebruikt zoals 'pray', 'healing' en ook 'religious coping'. Het literatuuronderzoek heeft plaatsgevonden van 1 oktober 2010 tot 27 november 2010.

Probleemstelling

In dit literatuuronderzoek wordt getracht om antwoord te geven op de volgende vragen: Welke definities worden in gebedsgenezing gehanteerd? Welke psychologische factoren spelen volgens deze onderzoeken een mogelijke rol, en wat is hun effect op de mens?

Het doel van dit onderzoek is om aan te tonen hoe groot de rol is van allerlei psychologische factoren tijdens en na een gebedsgenezing. Of zijn er sterke aanwijzingen dat er soms sprake is van een bovennatuurlijk wonder!?

Op basis van de bovenstaande doelen is de onderzoeksvraag als volgt geformuleerd: *"In hoeverre spelen psychologische factoren een rol tijdens een gebedsgenezing?"*

Onderzoeksresultaten

Gebbedsgenezing is een veelgebruikt interventiemiddel binnen de christelijke evangelische gemeenschap.

Gebbedsgenezing is het communiceren met God voor genezing en waarbij aanraking (Krucoff et al., 2005), gebruik van olie (Sundblom et al., 2009) of het voorlezen van een tekst naar God toegepast kan worden. Bidden om genezing doet men zelf of met andere mensen. (Belding et al., 2010)

Volgens Krucoff et al. (2005) is er een sterke samenhang tussen het horen en ervaren van muziek, aanrakingen door middel van de hand en het zich kunnen inbeelden van (positieve) situaties in het genezingsproces. Daarnaast geven onderzoekers aan dat er sterke aanwijzingen zijn dat de sociale context in het genezingsproces door middel van gebed een belangrijke rol speelt. Men kan denken aan sociaal isolement (Koenig et al., 2003), sociale bevestiging (Van Olphen et al., 2003) en sociale ondersteuning (Belding et al., 2010). Tenslotte zijn er volgens onderzoekers sterke aanwijzingen, dat het placebo-effect, zelfgenezend vermogen (Sundblom et al., 1994) en copingsvaardigheden, zoals jezelf bemoedigen (Becker et al., 2006 & Belding et al., 2010), een positieve rol kunnen spelen in het genezingsproces.

Als er gekeken wordt naar de effecten, dan zijn er sterke aanwijzingen dat bidden kan leiden tot angst- en stressvermindering (Belding et al., 2006 & Becker et al., 2006). Daarnaast kan bemoedigen in het gebed de bloeddruk verlagen (Belding et al., 2010). Ook beweren onderzoekers dat er minder depressieve klachten worden aangegeven en dat bidden positieve invloed kan hebben op chronische ziektes zoals astma en gewrichtsontstekingen (Van Olphen et al., 2003). Kortom men kan beter omgaan met lichamelijke ziektes (Becker et al., 2006) en men kan beter omgaan met psychische problemen (Sundblom et al., 1994).

Als er gekeken wordt naar de sociale context, beweren van Olphen et al. (2003) dat er een sterke samenhang is tussen deelname aan een kerkdienst en geestelijke- en lichamelijke gezondheid. Koenig et al. (2003) geeft aan dat sociale ondersteuning bij een patiënt een positieve houding ten aanzien van lichamelijke ziektes kan bewerken.

Daarentegen beweren Koenig et al. (2003) dat zij sterke aanwijzingen hebben gevonden dat patiënten met negatieve spirituele ervaringen een grotere kans hebben op sterfte, schade aan de psychische- en lichamelijke gezondheid. Voorbeelden van negatieve spirituele ervaringen zijn het ervaren van straf, de afwezigheid van God en van Zijn liefde.

In het onderzoek van Krucoff (2005) blijkt dat er geen statistisch significante verschillen zijn tussen hulpverlening met aanraking *zonder* gebed en hulpverlening met aanraking *met* gebed.

Conclusie

De genoemde onderzoekers zijn het erover eens dat gebedsgenezing bestaat uit het communiceren met God waarbij andere mensen, handoplegging en olie ingezet kunnen worden. Alle auteurs zijn het erover eens dat de genoemde psychologische factoren en de sociale omgeving invloed uitoefenen op de psyche en het lichaam. Hierbij kan men denken aan het placebo-effect, cognitieve schema's, sociale ondersteuning, sociale bevestiging, het ervaren van gevoelens en het horen van muziek.

Of de genoemde determinanten een positieve- of negatieve invloed hebben, of zij het probleem vergroten of verkleinen hangt gedeeltelijk af van de denkschema's die gehanteerd worden, zoals het krijgen van straf, God die jou ondersteunt, een barmhartige God en het daarbij ervaren van gevoelens zoals angst en liefde. Er zijn sterke aanwijzingen dat psychologische factoren een belangrijke rol spelen in gebedsgenezing, waardoor in alle voorzichtigheid gezegd kan worden dat zij tijdens en na de gebedsgenezing invloed uitoefenen op de gezondheid van de mens.

In de gebruikte onderzoeken wordt God geplaatst als noemer voor alle religieën en stromingen die op het gebied van normen en waarden zowel gemeenschappelijk als individueel sterk kunnen verschillen, alsook in hun betekenisgeving van het begrip God. Juist omdat psychologische factoren een belangrijke rol kunnen spelen in het genezingsproces kan men de nodige kritische kanttekeningen plaatsen bij de constructieve validiteit van vele huidige onderzoeken. Heeft men wel gemeten wat men wilde meten, en in hoeverre zijn de bevindingen generaliseerbaar? Een vervolgonderzoek is zeer wenselijk waarbij meer rekening moet worden gehouden naar de achtergrond van stromingen binnen een religie.

Referenties

Becker G, Momm F, Xander C, Bartelt S, Zander-Heinz A, Budischewski K, Domin C, Henke M, Adamietz IA, Frommhold H. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlenther Onkol.* 2006 May;182(5):270-6. *PubMed PMID:* 16673060.

Belding JN, Howard MG, McGuire AM, Schwartz AC, Wilson JH. Social buffering by God: prayer and measures of stress. *J Relig Health.* 2010 Jun; 49(2):179-87. *Epub* 2009 May 22. *PubMed PMID:* 19462239.

Harris WS, Gowda M, Kolb J, et al. (1999). 'A Randomised, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit' *Archives of Internal Medicine* Vol. 159: 2273 – 2278

Koenig, H. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry* 2009;54:283-91

Krucoff MW, Crater SW, Gallup D et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. *Lancet* 2005; 366: 211–17.

Risberg T; Wist E; Kaasa S; Lund E; Norum J. Spiritual healing among Norwegian hospitalised cancer patients and patients' religious needs and preferences of pastoral services. *Eur J Cancer (ENGLAND)* Feb 1996, 32A (2) p274-81

Saane J, (2007) *Gebedsgenezing, boerenbedrog of serieus alternatief?* Ten Have, Kampen, Nederland.

Sundblom DM, Haikonen S, Niemi-Pynttari J, Tigerstedt I. Effect of spiritual healing on chronic idiopathic pain: a medical and psychological study. *Clin J Pain.* 1994;10(4):296–302. *doi:* 10.1097/00002508-199412000-00009

van Olphen J, Schulz A, Israel B., Chatters L, Klem L, Parker E and Williams D. (2003), Religious Involvement, Social Support, and Health Among African-American Women on the East Side of Detroit. *Journal of General Internal Medicine*, 18: 549–557. *doi:* 10.1046/j.1525-1497.2003.21031.x

van der Ven, (1997) *Van kwaal tot erger?* Buijten & Schipperheijn B.V., Nederland.

Deel 2 Het onderzoeksverslag

Aanleiding

Er is een groeiende belangstelling naar gebedsgenezing! En niet alleen onder gelovige maar ook onder academici worden de effecten van gebedsgenezing, de relatie tussen gebedsgenezing, lichamelijke en psychische herstel en zelfs gebedsgenezing als mogelijke interventie voor in de hulpverlening onderzocht. (Krucoff et al., 2005, Risberg et al., 1995)

Het artikel “Huisarts wil gebedsgenezing toetsen” (Trouw 2010) beschrijft een genezing van een vrouw die jarenlang een posttraumatische dystrofie had. Volgens de huisarts gebeurde het “wonderbaarlijke” herstel na een evangelische genezingsdienst van evangelist Jan Zeilstra waar er voor haar werd gebeden. Tijdens de dienst onder begeleiding van veel muziek, kwam de vrouw na een oproep naar het podium waar de evangelist stond. Het is gebruikelijk dat bij een gebedsdienst de handen op het lichaam van de zieke worden gelegd (Harris et al., 1999) en dat er wordt gebeden naar God. Een veelgebruikte uitspraak tijdens een genezingsgebed is: “Ziekte ga weg in de naam van de Heer Jezus Christus!” (Ouweneel, 2003) De vrouw werd na dat gebed onmiddellijk genezen. De vrouw is er van overtuigd dat God haar genezen heeft. De dokter was onder de indruk en besluit haar op de voet te volgen. Dr. Hamaty vermeldde in een artikel, getuige te zijn van een wonderbaarlijke genezing na gebed. (Sundblom et al., 1994) En talloze andere situaties bevestigen het bericht dat na bidden tot God, genezing van ziekte kan optreden. (Lindstrom, 1992).

De kampen in de wetenschappelijke kringen zijn over dit fenomeen verdeeld. Ouweneel is ervan overtuigd dat mensen met geloof kunnen genezen door gebedsgenezing (Ouweneel, 2003) Cha blijkt dit vanuit verschillende onderzoeken te kunnen bevestigen. (Cha et al., 1986) Terwijl andere claimen dat de kracht van gebedsgenezing verkeerd geïnterpreteerd en niet bewezen kan worden en onder charismatische christenen een verkeerde inhoud heeft gekregen, dat nooit geleerd is in de kerkgeschiedenis. (Geelhoed, 1995) Van Saane zoekt hierin de gulde middenweg en ziet gebedsgenezing niet zozeer als wonder van God maar legt de nadruk op psychologische factoren tijdens bidden om genezing. (Saane, 2007)

De genoemde situaties prikkelden mij. Wat is hier nou aan de hand? Wat is gebedsgenezing? Is er echt een bovennatuurlijk wonder gebeurd, heeft God zijn hand naar de mens in nood gereikt? Of spelen er andere factoren een rol in gebedsgenezing? Er is door dit populair fenomeen een groeiende behoefte aan duidelijkheid. De genoemde punten vormen voor mij de aanleiding en motivatie te verkennen in hoeverre welke psychologische factoren nou een rol spelen in de mogelijke genezing van een zieke na een gebed om genezing.

Onderzoeksvraag:

In hoeverre spelen psychologische factoren een rol tijdens een gebedsgenezing?

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is het ten eerste belangrijk te weten welke definities de onderzoekers hanteren bij gebedsgenezing. Daarna is het van belang welke psychologische factoren volgens de onderzoekers een relatie vertonen met gebedsgenezing en hun effecten. Aan de hand van deze gegevens zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. *Wat is gebedsgenezing?*
2. *Welke belangrijke psychologische factoren spelen een rol tijdens gebedsgenezing?*
3. *Welke effecten hebben psychologische factoren bij bidden op de psyche?*
4. *Welke effecten hebben psychologische factoren bij bidden op het lichaam?*
5. *Welke effecten hebben psychologische factoren in de sociale omgeving op de persoon?*

Samenvatting artikel 1

Krucoff MW, Crater SW, Gallup D et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. *Lancet* 2005; 366: 211–17.

“The Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings”, afgekort MANTRA II is een vier jarig wetenschappelijk onderzoek naar, de effecten van bidden, muziek, beelden en aanrakingen op patiënten, die een gevaarlijke operatie moesten ondergaan. Het pilot onderzoek MANTRA I suggereert dat door middel van noetic therapie en genezingsvaardigheden als bidden, stress kan verminderen. Doordat het onderzoek MANTRA I een aantal beperkingen heeft, zoals veel mannen in het onderzoek en het onvermogen om de juistheid van verschillende combinaties binnen de noetic modules te schatten kwam er het vervolg onderzoek MANTRA II die de genoemde beperkingen moest doorbreken.

Het onderzoek MANTRA II heeft als onderzoeksvraag: *“Wat zijn de invloeden van gebed en muziek, beelden en aanraken (MIT) op de klinische uitkomsten van patiënten die een hartoperatie ondergaan in het ziekenhuis?”*

Het onderzoek gaat uit van de theorie van verschillende voorgaande onderzoeken waaruit de suggestie wordt gewekt dat muziek, aanraking, verbeelding en gebed positieve invloed heeft op lichamelijke ziekte.

Het onderzoek is verricht in negen ziekenhuizen in de Verenigde Staten onder 748 patiënten. Deze patiënten moesten een hartoperatie ondergaan. Het onderzoek werd opgedeeld in 2×2 factoriële randomisatie oftewel off-site gebed door gevestigde congregaties van verschillende religies, geen off-site gebed (dubbelblind) en wel of geen MIT therapie (niet gemaskerd). Van het totaal aantal patiënten kregen 371 een bidder en 377 geen bidder toegewezen. Vervolgens kreeg van het totaal aantal patiënten 374 MIT therapie en 374 geen MIT therapie. De factoriële verdeling was als volgt, 192 kregen alleen standaardhulp, 182 alleen MIT therapie, 185 kregen zowel een bidder en MIT therapie.

Het primaire eindpunt werd gecombineerd in het ziekenhuis tussen cardiovasculaire gebeurtenissen en 6-maandse verplaatsing of de dood. Vooraf gespecificeerde secundaire eindpunten waren 6-maandse belangrijke cardiovasculaire gebeurtenissen, 6-maandse dood of verplaatsing en 6-maandse sterftcijfer.

De MANTRA II studie maakt gebruik van de methoden: Intentie om te behandelen (ITT), de Spielberger state-trait anxiety survey, de Duke religiosity survey, de Kaplan Meijer methode en het Cox proportional hazard model. De ITT analyse telt naast de deelnemers ook de uitvallers mee zodat overschatting van behandelingseffect geminimaliseerd wordt. De Spielberger state-trait anxiety survey en de Duke religiosity survey worden van tevoren gemaakt door alle patiënten om een zelf gekarakteriseerde score te creëren op het gebied van angst en religie. De Kaplan Meier methode is een statistische methode om overlevingsdata te analyseren. Vanuit praktisch oogpunt geeft een Kaplan-Meijer curve de mogelijkheid om het effect van de verschillende behandelingsvormen te visualiseren en gemakkelijk te vergelijken. In dit artikel geeft de curve een inzicht over het effect van MIT en gebed gedurende 6 maanden van de follow-up. Het Cox's proportional-hazard model wordt in het onderzoek gebruikt om een survival curve te berekenen wanneer niet alle personen evenlang aan het onderzoek hebben deelgenomen. In dit model gaat men ervan uit dat de verhouding (ratio) van het risico op overlijden in de verschillende onderzochte groepen constant is in de tijd en dat deze verhouding gelijk is voor alle subgroepen (bijvoorbeeld onderverdeeld naar leeftijd of geslacht).

Na zes maanden werd gekeken naar het ziekteverloop en de sterftcijfers. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen standaardhulp, gebed, MIT, gebed en MIT. Het sterftcijfer bleek bij de groep met MIT en een bidder lager te liggen dan bij de groepen met alleen standaardhulp of een bidder.

Kritische respons artikel 1

Krucoff MW, Crater SW, Gallup D et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. *Lancet* 2005; 366: 211–17.

Vooraf wil ik vermelden dat er al veel onderzoek is gedaan naar de effecten van gebed op het lichaam, een zeer gedetailleerd onderzoek gaat al terug naar 1921 van dr. John Smith. Het onderzoek kostte 1.5 miljoen dollar, om tot conclusie te komen dat er geen verschil is in klinische uitkomst van lichamelijke gezondheid tussen patiënten waar er wel en niet voor werd gebeden. Ik zou zeggen kijk eens terug naar de honderden onderzoeken die op dit gebied al zijn gedaan.

Daarnaast verbaast het mij dat het onderzoek haar motieven zoekt vanuit een pilot onderzoek dat volgens dr. Krucoff suggereert dat gebed effect heeft op lichamelijke ziekte. Het pilot onderzoek geeft resultaten dat er een dood persoon meer was in de groep waarvoor werd gebeden en geen doden waren in de groep waar er niet voor werd gebeden. Dr. Krucoff die de pilot onderzoek en MANTRA II leidt geeft aan dat er geen verschil is tussen 0 en 1 in een cohort van 30 personen. Ik vind dit tegen alle logica ingaan, een dood persoon is een groot verschil met geen sterftegeval.

Daarnaast verbaast het mij dat bij gebed op afstand, de bidders helemaal niet verifieerbaar zijn. Hoe wil men controleren dat er echt gebeden is voor deze persoon en wat bidden is. Daarnaast wordt er helemaal geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende religies en de functies van gebed in deze religies alles wordt op dit vlak gebagatelliseerd. Hoewel engels, frans en duits talen zijn, kunnen we niet zeggen dat taal makkelijk te leren is. Nederlands blijkt op grammaticaal vlak een moeilijkere taal dan engels.

Gebed is moeilijk verifieerbaar en blijkbaar zien de onderzoekers er voordelen in om door een te kort aan bevestigende resultaten, pilot studie weg te werken door een nieuwe hypothese te formuleren MANTRA II, wat op zijn beurt weer suggereert dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar de behandelingseffecten terwijl het onderzoek primair aantoont dat er geen significante verschillen zijn maar secundaire resultaten suggereren de noodzaak van een meer serieus onderzoek. Hier zie ik dat een nooit onjuiste hypothese de altijd missende bevestigende resultaten wegwerkt met nieuwe hypothesen. Hierdoor lijkt het erop dat het onderwerp meer een pseudowetenschap is dan een wetenschap.

Ook ontbreekt er een duidelijke definitie van gebed. Er ontbreekt informatie over hoe er is gebeden en wat gebed inhoudt. Er wordt ook niet onderbouwd waarom er een tweede groep is die niet de naam en leeftijd kent van de patiënt en die moeten bidden voor de bidders die bidden voor de patiënt. Ook wordt niet onderbouwd waarom er maar 5 tot 30 dagen gebeden wordt voor een patiënt.

Daarnaast is de operationalisering van muziek ongelukkig omdat de patiënt zijn muzikale voorkeur mag aangeven terwijl er maar keuze is tussen klassiek en country. Misschien irriteert hij of zij zich hier wel juist over wat stress kan veroorzaken en een minder betrouwbaar beeld kan geven van de effecten van muziek op de gezondheid.

Ook mist men in het onderzoek de motivatie voor de operationalisering van het onderzoek en wordt er geen rekening gehouden met onbekende factoren zoals spontane remissie bij eventuele positieve effecten bij interventies.

Tenslotte claimen de onderzoekers dat het onderzoek naar de effectiviteit van het toepassen van bijvoorbeeld gebed bij ziekte in een zeer jonge stadium zit. Dit wordt verder niet onderbouwd en de vele voorgaande onderzoeken op dit gebied bewijzen het tegendeel.

Samenvatting artikel 2

Belding JN, Howard MG, McGuire AM, Schwartz AC, Wilson JH. Social buffering by God: prayer and measures of stress. *J Relig Health*. 2010 Jun; 49(2):179-87. Epub 2009 May 22. PubMed PMID: 19462239.

De onderzoekers van het onderzoek gaan er vanuit dat het hebben van sociale netwerken geassocieerd kan worden met een betere psychologische gezondheid, met een positieve invloed op de sterftcijfer. Ook gaan de onderzoekers ervan uit dat ondersteuningssystemen en het hebben van positieve intieme vrienden, de stress, de systolische- en diastolische bloeddruk kunnen verminderen. De intieme vriend kan ook een God zijn. Door middel van gebed is er contact met God. Er zijn talloze metingen die de relatie tussen gebed en welzijn onderzochten. Zo blijkt gebed een positieve relatie te hebben met gezond gedrag (Rew et al. 2004). Maar er is nog geen onderzoek dat gebed en de acute respons op stress onderzocht.

De onderzoekers hebben daarom onderzocht of bidden in een stressvolle situatie, psychologische en fysiologische indices van stress zou kunnen verminderen. Deelnemers zijn willekeurig geplaatst in een van de volgende condities, namelijk gebed, bemoedigend tegen jezelf praten en beheersing. De deelnemers kregen de opdracht om een gebed voor te lezen of om bemoedigend tegen jezelf te praten doormiddel van het lezen van een paragraaf of ter controle een paragraaf te lezen over hoe men kan leren fietsen. Tenslotte werd de deelnemers gevraagd om een video van zichzelf te maken.

De onderzoeksvraag is: *“In hoeverre heeft bidden effect op stress?”* Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van een 5-item schaal van Blain en Crocker waarin men kunt kiezen tussen optie 1 (zeer oneens) tot optie 5 (zeer mee eens) op het gebied hoe belangrijk religie is voor een persoon. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de test van Poloma en Pendleton waarin deelnemers werd gevraagd hun gebedservaringen te rapporteren. Men kon kiezen tussen vijf opties van A (nooit) tot en met D (regelmatig) op bijvoorbeeld de vraag: *“Heb ik gekregen waarvoor is gebeden?”* Van de twee genoemde testen worden de gemiddelde berekend voor een score van “Importance of Religion and Prayer Experience”. Ook is er gebruik gemaakt van de “Samsung SS-303 pols bloeddrukmeter” waar er rekening wordt gehouden met het hart. Voor het meten van stress wordt de “Angst Thermometer” van Wiegand gebruikt. Een tweede maatregel om de stress te meten is de “State-Trait Anxiety Inventory”. De deelnemers moeten in deze testen door middel van een 4-punten schaal reageren, op uitspraken die betrekking hebben op angst. De 4-punten schaal bestaan uit vier opties waaruit gekozen kan worden, van optie 1 “helemaal niet” tot en met optie 4 “zeer veel”. Het aantal deelnemers van het onderzoek is 111 personen (79 vrouwen en 32 mannen) van een Southeastern University. Alle deelnemers waren studenten van “Inleiding tot de psychologie” cursussen en kregen extra bonuspunten of een cijfer voor hun deelname. Deelnemers varieerden in leeftijd van 18 tot 40 jaar, met een gemiddelde van 19,39 jaar. Van de 111 deelnemers waren er 24 Afrikaans-Amerikaans, één Aziatische Amerikaans, 82 blanken, één Spaanse en drie personen, met onbekende etniciteit.

Uit de State-Trait Anxiety Inventory is gebleken dat gebed en jezelf bemoedigen, stress vermindert. Volgens de onderzoekers is een beroep doen op God en sociale buffering niet nodig om psychologische stress te verminderen, jezelf bemoedigen is voldoende. De diastolische en systolische bloeddruk was alleen onder diegene die bidden lager dan de controle groep. Volgens de onderzoekers kunnen de bidders alleen geen stress verminderen. Dit kan komen doordat het merendeel van de deelnemers het voorlezen van gebed niet ziet als een vorm van gebed.

Kritische respons artikel 2

Belding JN, Howard MG, McGuire AM, Schwartz AC, Wilson JH. Social buffering by God: prayer and measures of stress. *J Relig Health*. 2010 Jun; 49(2):179-87. Epub 2009 May 22. PubMed PMID: 19462239.

Van de 111 respondenten zijn er 79 vrouwen en 32 mannen. In de resultaten wordt de claim gedaan dat vrouwen meer stress ervaren dan mannen. Terwijl het aantal respondenten van het aantal mannen en vrouwen niet eerlijk zijn verdeeld. Minder respondenten kunnen meer invloed uitoefenen op het resultaat, dus men kan zich terecht afvragen hoe valide de genoemde claim is.

Ook is de operationalisering van gebed ongelukkig doordat men alleen een bepaalde tekst hoeft voor te lezen. Er wordt niet gevraagd wat de respondent ziet onder gebed er wordt alleen gevraagd, in welke mate wat voor soort geloof een rol speelt in hun leven. Het concept bidden is niet duidelijk onderbouwd, blijkbaar zien de onderzoekers bidden als het voorlezen van een op papier staand gebed. Een merendeel van de respondenten ziet de definitie van de onderzoekers niet als gebed. Hierdoor kan men zich terecht afvragen: *“Wordt wel gemeten wat men wil meten?”* Men kan beter zeggen dat het voorlezen van een religie gerelateerde tekst stress kan verminderen. De definitie van gebed van de onderzoekers wordt dus ook niet breed ondersteund door de respondenten en men kan niet verifiëren of het op het papier staande gebed de religie van de persoon ondersteund. Fundamenteel gezien heeft de baptist, dat vrij, zonder van te voren vastgestelde gebed een andere definitie van gebed dan een aanhanger van de katholieke geloofsbelijdenis, dat doorgaans formule gebeden gebruikt. Daarnaast komt de moslim met een heel andere houding tot God dan een christen. Een moslim komt met een onzekerheid over de toekomst na de dood tot God, die mensen waardeert naar hun werken. Een christen uit bijvoorbeeld de evangelische kringen komt vaak vanuit een zekerheid over de toekomst na de dood tot God, die mensen redt op grond van eenvoudig geloof. Verschillende opvattingen zijn er dus over God en verschillende opvattingen over gebed. De onderzoekers hebben hier geen rekening mee gehouden en als men hier wel rekening mee zou houden waren er te weinig respondenten om betrouwbaar te generaliseren. Dit houdt dus ook in dat het onderzoek meer iets over de achtergrond van de deelnemer zegt, hoe hij of zij reageert op een formule gebed dan iets over het gebed als een opzich zelfstaande definitie.

Daarnaast is bij het meten van de bloeddruk te weinig rekening gehouden met omgevingsfactoren. Wordt de test bijvoorbeeld in een prikkel arme of rijke ruimte uitgevoerd? De onderzoekers geven aan dat de diastolische bloeddruk hoger was bij het maken van een video. Maar het is totaal onduidelijk waardoor het komt en of het voorlezen van een op papier staande gebed, de enige oorzaak is dat stress vermindert. In het onderzoek mist men interventies die worden gepleegd, om externe factoren voor het verminderen of niet verminderen van stress verklaren of minimaliseren. Dit houdt in dat bij de conclusie de nodige slagen om de arm moeten worden gehouden. De onderzoekers hebben te weinig instrumenten gebruikt met als gevolg een onvolledige data analyse om een goedgefundeerde conclusie te formuleren, doordat er te weinig rekening is gehouden met de genoemde externe factoren die wel degelijk een mogelijke invloed kunnen uitoefenen.

In de resultaten claimen de onderzoekers dat bidden naar God niet nodig is omdat tegen zichzelf praten hetzelfde effect heeft. Men had ook kunnen zeggen dat het niet nodig is dat men tegen jezelf praat want bidden tot God kan stress verminderen. De genoemde claim geeft wel een belangrijke signaal: *“Is er wel een verschil door de opzet van het onderzoek tussen gebed en jezelf bemoedigen?”* De onderzoekers zien de genoemde interventies als wezenlijke verschillen. Maar het zijn allebei teksten waar de respondenten centraal in staan en het zijn beide teksten die mensen laten doen zeggen in welke situatie zij zich bevinden, ze krijgen dus herkennings- en erkennings patronen en de tekst stimuleert de lezer niet iets te lezen waardoor men in een slachtoffer rol komt maar in een dader rol, wat volgens vele

onderzoeken een positief invloed kan hebben op de gezondheid. Fundamenteel kan het dus weinig uitmaken of de deelnemer nou de optie religie leest of de optie zelfbemoediging. Daarnaast hangt het dus af welke houding de deelnemer inneemt ten aanzien van bijvoorbeeld het gebed. Mijns inziens is het aannemelijk dat de resultaten de genoemde suggestie ondersteunen.

Samenvatting artikel 3

van Olphen, J., Schulz, A., Israel, B., Chatters, L., Klem, L., Parker, E. and Williams, D. (2003), Religious Involvement, Social Support, and Health Among African-American Women on the East Side of Detroit. *Journal of General Internal Medicine*, 18: 549–557. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21031.x

Een groot aantal onderzoeken suggereert dat religieuze betrokkenheid positief gerelateerd is aan een betere geestelijke en lichamelijke gezondheid. Volgens de onderzoekers wordt religie of spiritualiteit gezien als een belangrijke beschermende factor bij vrouwen die deelnemen aan de “East Side Village Health Worker Partnership” (ESVHWP). Dat is een onderzoek aan de oostkant van Detroit. Volgens de onderzoekers is er weinig onderzoek gedaan naar de toetsing van de mechanismen die door religie een positieve invloed op de gezondheid kunnen hebben.

Dit onderzoek toets de directe effecten en verschillende vormen van de betrokkenheid van religie op de gezondheid en de bemiddelende sociale ondersteuning van de kerk als potentiële mechanisme. De onderzoeksvraag is: “*Wat is de relatie tussen religieuze betrokkenheid en gezondheid onder de Afrikaans-Amerikaanse vrouwen aan de oost kant van Detroit?*” In het onderzoek wordt er rekening gehouden met de relatie tussen kerkbezoek en gezondheid. De studie is uitgevoerd doormiddel van een aselecte steekproef onder 679 Afro-Amerikaanse huisvrouwen. De deelnemers moesten minimaal 18 jaar zijn, daarnaast verantwoordelijk zijn voor de zorg van minstens een kind onder de 18 jaar voor minimaal vijf uur per week. Het comité wilde liever bewoners dan studenten die het interview uitvoerden aan de oostkant van Detroit.

Het onderzoek is opgebouwd vanuit een “Community-based participatory research” (CBPR). Dat houdt in dat experts en mensen van een gemeenschap op een gelijkwaardige wijze samenwerken. In de CBPR projecten hebben deelnemers in alle aspecten van het proces in het onderzoek een aandeel. Het CBPR project begint bij de gemeenschap. De definitie van wat gemeenschap inhoudt wordt vaak zelf gedefinieerd. Maar algemene categorieën van de gemeenschap zijn vaak geografisch gezien een gemeenschap, gemeenschap van individuen met een gemeenschappelijk probleem of vraagstuk, of een gemeenschap van individuen met een gemeenschappelijk belang of doel. CBPR stimuleert samenwerking van “formeel opgeleid onderzoeks” partners uit een bepaald gebied van deskundigheid, op voorwaarde dat de onderzoeker voorzien is van expertise die wordt gezien als nuttig voor het onderzoek door de gemeenschap en dat hij zich volledig in wil zetten voor een gelijkwaardige partnerschap voor het produceren van resultaten die bruikbaar zijn voor de gemeenschap. Dit houdt dus in dat men macht, middelen, krediet, resultaten en kennis moet delen. Ook is het belangrijk wederzijdse waardering te hebben van de kennis van elke partner en vaardigheden in elk stadium van het project, inclusief probleemstelling, selectie van wat belangrijk is, onderzoeksopzet, het uitvoeren van onderzoek, het interpreteren van de resultaten en het bepalen van hoe de resultaten moeten worden gebruikt voor actie.

Het onderzoek onderzocht, ten eerste de religieuze betrokkenheid, hiervoor werd het “multidimensionale meting voor religieuze betrokkenheid voor Afro-Amerikanen” gebruikt. Ten tweede onderzocht het de sociale ondersteuning van de kerk, hiervoor werd een test gebruikt die antwoord geeft op de vraag: “*Hoe vaak helpen mensen u in de kerk of plek waar u aanbidt?*” Waarop geantwoord kan worden met zeer vaak, vaak, niet zo vaak, bijna niet of nooit. Ten derde sociaal demografische variabelen, hiervoor werd een vragenlijst gebruikt dat inkomen, scholing, leeftijd, burgerlijke staat en lichamelijk functioneren van een deelnemer registreert. Ten vierde lidmaatschap van een kerk, ten vijfde psychologisch functioneren, de meting moest uitwijzen of er een verband was tussen kerkopkomst en slechte gezondheid. Vragen werden gesteld zoals of men minstens een blok per dag rondloopt, hoe vaak je doucht en jezelf per dag omkleedt. Men kon antwoorden met: “Ja, beperkt veel”, “Ja, beperkt weinig” en “Nee, niet beperkt”. Ten zesde werd algemene gezondheid onderzocht, hiervoor werd het

“self-rated health and morality” gebruikt waar deelnemers hun gezondheid konden karakteriseren door te kiezen tussen excellent, zeer goed, goed, tamelijk, of slecht. Ten zevende chronische aandoeningen door het registreren van astma of gewrichtsontsteking, hoge bloeddruk en of diabetes. En tenslotte werden de depressieve symptomen gemeten door de “self reported depression scale for research on the general population” de test bestaat uit 11 items waarin de deelnemer zijn ervaringen aangeeft op gebieden als slapeloosheid, eenzaamheid, slechte eetlust of verdriet.

Uit het onderzoek blijkt dat de respondenten die bidden, een groot aantal minder depressieve symptomen aangeven. Daarnaast geeft het onderzoek aan dat geloof een belangrijke bron van kracht is in het dagelijks leven en positief geassocieerd is met chronische aandoeningen, zoals asma of reuma. De testen die de invloed van de sociale steun in de kerk door kerkleden onderzochten laten zien dat er een positieve relatie is tussen kerkbezoek en gezondheid.

Volgens de onderzoekers en deelnemers bevestigen de genoemde bevindingen dat religie de gezondheid bevordert door het uitbreiden van sociale contacten.

Kritische respons artikel 3

van Olphen, J., Schulz, A., Israel, B., Chatters, L., Klem, L., Parker, E. and Williams, D. (2003), Religious Involvement, Social Support, and Health Among African-American Women on the East Side of Detroit. *Journal of General Internal Medicine*, 18: 549–557. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21031.x

De selectie van de respondenten roept vragen op. Alle respondenten zijn vrouwen boven de 18 jaar die minstens vijf uur per week voor minimaal één kind zorgen. De onderzoekers en deelnemers claimen dat religie positieve invloed heeft op de gezondheid door het uitbreiden van sociale contacten maar de vraag is of dit ook geldt voor andere groepen zoals mannen, mensen onder de 18 jaar en mensen met een andere afkomst. Het beperkt dus de generaliseerbaarheid van de resultaten.

Daarnaast is het operationaliseren van de betrokkenheid van religie ongelukkig omdat de ontworpen enquête zich voornamelijk niet op de betrokkenheid van de religie richt maar op bijvoorbeeld de achtergrond en het functioneren van de respondent. Het blijkt uit voorgaande onderzoeken dat religieuze betrokkenheid bij Afro-Amerikanen hoger ligt vergeleken met andere populaties. De relatief hoge niveaus van religieuze betrokkenheid in de gehele onderzoekspopulatie kan de omvang van de effecten met betrekking tot deze variabelen en de daaropvolgende conclusies beïnvloeden.

Bovendien zijn de gegevens die zijn gebruikt voor dit onderzoek, cross-sectioneel en kunnen er geen conclusies worden gemaakt over causale relaties tussen de maatregelen die werden onderzocht.

Het onderzoek werd vanuit de filosofie van het “Community-based participatory research” uitgevoerd. Dat houdt in dat onderzoekers jaren van ontwikkeling van het partnerschap en samenwerking moeten rapporteren in heel weinig woorden en in een klein aantal tijdschriften bereid om deze meer beschrijvende wetenschap te aanvaarden. Als gevolg daarvan zien we in dit artikel dat informatie over de uitvoering van CBPR ontbrak. Er wordt bijvoorbeeld niet beschreven hoe de interviewers opgeleid worden. Ook wordt niet beschreven hoe, waar en wanneer men interviews aflegd (hoe dat ging ter controle en evaluatie) en ontbreekt er een geformuleerde hypothese die wel kort benoemd wordt in de conclusie.

Ook de duur van de financiering van CBPR is een probleem. Tegen de tijd dat het partnerschap is gevormd en de gezondheids resultaten zijn geïdentificeerd, de tijd in de financierings cyclus (gewoonlijk een maximum van 5 jaar) is over het algemeen onvoldoende om de uitvoering en een goed ontwikkelde interventie en strenge evaluatie af te ronden.

Tenslotte zijn er maar een aantal instellingen die CBPR financieren, de CDC en de National Institutes of Health (NIH) zijn belangrijke bronnen van de gezondheid-gerelateerde financiering. De instellingen richten zich in de eerste plaats op specifieke ziekten zoals diabetes, hart- en vaatziekten en HIV/AIDS. Het gevolg van dit gegeven is categorische financiering, dat onderzoekers in dit onderzoek er toe zet om zich bijvoorbeeld bij chronische ziektes, astma of gewrichtsontsteking, hoge bloeddruk en of diabetes te registreren terwijl er veel meer chronische ziektes aanwezig kunnen zijn, die de situatie van het fysieke functioneren kunnen omschrijven. Het beperkte aantal financieringsmogelijkheden heeft daarom invloed op de keuze van focus van het onderzoek binnen een gemeenschap. De budgettaire beperkingen kunnen de productie van hoge kwaliteit van CBPR remmen.

Samenvatting artikel 4

Koenig, H. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry* 2009;54:283-91

Volgens de onderzoekers is er veel bekend over de relatie tussen religie en de kwaliteit van het leven in het ziekenhuis echter is er weinig bekend over hoe religie en spiritualiteit invloed hebben op datgene mensen nodig hebben en van gezondheidsdiensten gebruik maken tijdens hun ziekenhuis verblijf. Het doel van het onderzoek is het vergelijken van effecten van spiritualiteit en religie op de gezondheid.

De voornaamste hypothesen zijn: dat het praktiseren, attitudes en ervaringen van religie en spiritualiteit een relatie hebben met een kortere duur van ziekenhuisopname, dat het effect het grootst is onder vrouwen en niet blanken en dat het praktiseren van religie of spiritualiteit geassocieerd wordt met minder gebruik van gezondheidsdiensten zoals medicatie gebruik, consulten, diagnostische testen, chirurgische operaties. Daarnaast heeft men de hypothese onderzocht of er een verband is tussen het ziekenhuisverblijf en gebruik van diensten en dat dit bij religie sterker is dan bij spiritualiteit. Tenslotte onderzocht men de hypothese, dat het gebruik van de gezondheidsdiensten het grootst zou zijn onder diegene die aangeeft noch spiritueel en noch religieus te zijn. De patiënten in het ziekenhuis werden tussen 1998 en 2002 gevraagd voor deelname aan het onderzoek door middel van het invullen van een dagelijkse invullijst. Na toestemming en het verkrijgen van informatie van de patiënt voerde een onderzoeksverpleger in de patiëntenkamer een 60 tot 90 minuten durend interview, een lichamelijk onderzoek en beoordeelde hij of zij het medisch dossier. Één onderzoeksverpleger voerde alle interviews en werd elke zes maanden omgeschoold om te verzekeren dat de onderzoeksverpleger niet afweek van de standaard procedure voor dataverzameling.

Volgens de onderzoekers praktiseren veel patiënten in het ziekenhuizen hun religieuze of spirituele overtuigingen. In het onderzoek werden 812 patiënten van 50 jaar of ouder in het Duke Universitair Medisch Centrum onderzocht.

De primaire uitkomst van de relatie tussen religie, spirituele overtuigingen, het praktiseren hiervan en lengte van verblijf in het ziekenhuis werden gemeten door onderzoek naar de invloed van kijken en luisteren naar religieuze televisie- en radioprogramma's, het registreren van de door de patiënt zelf geregistreerde religiositeit, het observeren van de spiritualiteit en een opdracht om de dagelijkse spirituele ervaringen te registreren. De testen die hiervoor gebruikt werden zijn de "11-item versie van de Duke Social Support Index", de "11-item Brief Depression Scale", de vragenlijst "12-item Duke Activity Status Index", de "Cumulative Illness Rating Scale", de "Charlson Comorbidity Index" de "Organisational religiosity", de "Non organisational religiosity", de "Springfield religiosity Schedule", de "16-item Daily Spiritual Experiences scale" en de "self report of (non) prescription medication".

Uit het onderzoek blijkt dat het kijken en luisteren naar religieuze televisie-, radioprogramma's en het door de patiënt zelf geregistreerde religiositeit een langer verblijf in het ziekenhuis voorspellen. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat het observeren van de spiritualiteit en een opdracht om de dagelijkse spirituele ervaringen te registreren, een korter verblijf in het ziekenhuis voorspellen. Ook blijkt uit het onderzoek dat de effecten van het kijken en luisteren naar religieuze televisie- en radioprogramma's sterker was bij vrouwen. Maar dat is volgens de onderzoekers te verklaren door de slechtere gezondheid. De effecten van de dagelijkse spiritualiteit op het verblijf in het ziekenhuis was onder niet-blanken het sterkst.

De onderzoekers concluderen dat religieuze activiteiten, houdingen en spirituele ervaringen zwakke voorspellers zijn van de verblijfsduur in het ziekenhuis en gebruik van gezondheidsdiensten, of de voorspelling positief of negatief is hangt af van de religieuze of spirituele kenmerken.

Kritische respons artikel 4

Koenig, H. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry* 2009;54:283-91.

De selectie van respondenten roept vragen op. Er is sprake van onvoldoende spreiding. De respondenten zijn 50 jaar of ouder, het gemiddelde was 64.4 jaar. Terwijl de onderzoekers bij hun claims in de discussie en conclusie niet expliciet melden dat het gaat om de doelgroep ouderen, integendeel voor hen die in het ziekenhuis worden opgenomen. Ook concluderen de onderzoekers dat de effecten van de dagelijkse spiritualiteit op het verblijf onder niet blanken het sterkst is. Als we kijken welke afkomst de niet blanken vertegenwoordigen zien we dat 95% van de niet blanken gerepresenteerd wordt door Afro-Amerikanen, terwijl uit voorgaande onderzoeken blijkt dat juist deze groep vaak zeer religieus is.

Daarnaast is het opmerkelijk dat over alles wat niet significant is niet werd gediscussieerd. Waardoor men zich terecht kan afvragen of er niet systematisch maar selectief onderzoek is gedaan.

Ook ontbreekt er een adequate definiëring van concepten. Er worden wel talloze voorbeelden gegeven maar de intentionele definitie ontbreekt. Bijvoorbeeld bij religie en spiritualiteit de inhoud van deze termen moet blijken uit een operationele definitie. In dit geval registreren deelname, mate van belang religie, luisteren en kijken naar religieuze radio- en televisieprogramma's, waar overigens onbekend is wat ze precies gehoord en gezien hebben en of er wel rekening is gehouden met religieuze achtergrond.

Het verschil tussen religie en spiritualiteit wordt niet vermeld. Daarnaast ontbreken er kwantitatieve gegevens over, hoeveel mensen waarin geloven en wat ze praktiseren. Het is dus onduidelijk hoeveel mensen waarin geloven en ook in de conclusies wordt hiermee geen rekening gehouden. Want ook hier geldt dat de verschillen in religies en spiritualiteit niet gebagatelliseerd mogen worden omdat de inhoud van religies fundamenteel verschillen en verschillende gedachten hanteren met de daarbij behorende emoties.

Bovendien ontbreekt er in het onderzoek een enkele poging om te controleren voor eventuele andere oorzaken van relaties tussen interventie, gezondheid en verblijfsduur in het ziekenhuis.

De studie is cross-sectioneel ontworpen, dat houdt in dat de studie niet in staat is om de tijdelijke opeenvolging van gebeurtenissen te bepalen. Als religie of spiritualiteit een positieve relatie vertonen met de gezondheid, dan is het ook plausibel dat religie of spiritualiteit de gezondheid beïnvloedt net zoals de lichamelijke gezondheid de mate van religie en spiritualiteit kan beïnvloeden. De onderzoekers blijken dit ook te bevestigen in de conclusie dat wanneer patiënten in een negatieve spirituele spiraal zitten zij het gevoel hebben dat zij gestraft worden, verlaten zijn, of dat zij zich niet geliefd voelen door God, of in de steek gelaten voelen door hun geloofsgemeenschap, en dat dit resulteert in slechtere gezondheid en een hoger sterfte cijfer en dat hieraan werken positieve effecten heeft voor zowel de religieuze ervaringen als de gezondheid. Om een volledig begrip te krijgen moeten de circulaire feedbackprocessen tussen zowel religie, spiritualiteit versus gezondheid als gezondheid versus religie en spiritualiteit betrokken worden in het formuleren en het sterk onderbouwen van conclusies. De genoemde punten houden in dat bij de aannamens en conclusie de nodige slagen om de arm moeten worden gehouden.

Samenvatting artikel 5

Becker G, Momm F, Xander C, Bartelt S, Zander-Heinz A, Budischewski K, Domin C, Henke M, Adamietz IA, Frommhold H. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlenther Onkol.* 2006 May;182(5):270-6. PubMed PMID: 16673060.

De onderzoekers gaan ervan uit dat hoofd- en halskanker een sterk verband heeft met tabak en alcohol misbruik en dat dit veel voorkomt bij mannen rond de 50 jaar. Tijdens de hoofd- nek kanker radio therapie, moeten mensen vaardigheden hebben om omtegaan met een reeks ziekelijke symptomen en behandelingsgerichte bijwerkingen zoals pijn, muscositis, xerostomie, klevendig speeksel, dysphagia, spraak problemen, sociale interactie, praten eten en gezichtsverminking wat allemaal in het gebied zit van het hoofd- en halsgebied. Daarnaast blijken mensen ook financiële en psychosociale problemen te ontwikkelen. Ondanks een goed gedocumenteerd rapport ontbreekt het volgens de onderzoekers aan informatie over welke rol religie heeft in het omgaan met ziekten en hun bijwerkingen.

Het doel van dit onderzoek is het verkennen van de rol van religieus geloof in het omgaan met symptomen van de ziekte en de behandelings gerelateerde bijwerkingen bij patiënten met hoofd-en halskanker onder radiotherapie. De volgende hypothesen werden geformuleerd: Patiënten met een religieus geloof hebben betere copings-vaardigheden voor de bijwerkingen van kanker dan patiënten die niet geloven. Ten tweede: Patiënten met een religieus geloof hebben betere copings-vaardigheden voor pijn dan patiënten die niet geloven. Ten derde: Religieus geloof ondersteunt patiënten om van hun nicotine en alcohol verslaving af te komen. Ten vierde: Religieus geloof vermindert angst. Tenslotte verkenden de onderzoekers of religieus geloof het geluk in het leven bevordert en of de hypothesen kloppen bij patiënten die hoofd- en halskanker hebben. De onderzoekers onderzochten de vraag: *“Wat voor invloed heeft religieus geloof op coping, op de ziekte en haar bijwerkingen?”*

Prospectievelijk verzamelde gegevens werden gebruikt in de MF-4449 studie met een cohort van patiënten met hoofd-en halskanker die behandeld werden in een dubbelblind multicenter onderzoek met radiotherapie en epoëtine beta of een placebo. De patiënten werden verdeeld in twee groepen: "gelovigen" en "niet-gelovigen". De antwoorden werden in vier momenten gedurende het onderzoek afgenomen. De onderzoekers analyseerden van beide groepen de vragenlijst die de kwaliteit van het leven mat en in de tijd dat de patiënt, radiotherapie onderging. Daarnaast werden klinische parameters en de bijwerkingen van de therapie regelmatig gecontroleerd.

In het onderzoek wordt er gebruik gemaakt van de QoL assessment dat is mede is opgebouwd uit de MF-4449 studie, dat bestaat uit een QoL vragenlijst speciaal gemaakt voor patiënten met hoofd- en halskanker. Vooraf werd er schriftelijk toestemming gevraagd. De patiënten onvingen de vragenlijst vóór de radiotherapie, in week drie van de radiotherapie, op het einde van de radiotherapie en zes weken na de radiotherapie. De vragenlijst bevat gesloten vragen waar enkel (zeer) ja of (zeer) nee mee geantwoord kon worden. Van het aantal patiënten had 62,1% (66/105) de vragenlijst die onderscheid maakt tussen gelovigen en ongelovigen teruggestuurd. Van 34,2% (40/105) van het aantal patiënten konden gegevens van alle vier de metingen worden verkregen. Gemiddeld voelde de gelovige zich beter in alle categorieën van bijwerkingen op alle punten, vóór, tijdens en direct na de behandeling.

Geloof lijkt een belangrijke rol te spelen in coping-strategieën van de radiotherapie patiënten. Daarnaast vinden de onderzoekers dat religieus geloof iets is wat veel voorkomt bij patiënten met hoofd- en halskanker en doordat geloof een positief effect heeft op het omgaan met de bijwerkingen van de behandeling stimuleren de onderzoekers een meer gedetailleerd onderzoek op dit gebied.

Kritische respons artikel 5

Becker G, Momm F, Xander C, Bartelt S, Zander-Heinz A, Budischewski K, Domin C, Henke M, Adamietz IA, Frommhold H. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlenther Onkol.* 2006 May;182(5):270-6. PubMed PMID: 16673060.

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Ten eerste konden er van de 66 ingevulde vragenlijsten maar 40 vragenlijsten voor alle vier de metingen gebruikt worden, er was een kleine respons en door het geringe aantal respondenten is er een beperking in de generaliseerbaarheid van de gegevens.

Ten tweede is de analyse gebaseerd op een binair vraagstuk dat mensen die geloven en mensen die niet geloven duidelijk discrimineert maar er was geen onderscheid tussen de onderlinge verschillen in religie. Het onderzoek verkende niet de termen van toewijding, gebedsleven, kerkbezoek, intrinsieke- of extrinsieke geloofsbelijdenis, en de verschillen tussen religie en spiritualiteit. Er is in dit onderzoek een gebrek aan duidelijkheid in de religieuze variabelen.

Ten derde geven de onderzoekers zelf aan dat religieus lidmaatschap vaak verward wordt met religieuze participatie waardoor niet duidelijk is welke variabelen nou precies invloed hebben op bijvoorbeeld copingsvaardigheden of therapietrouw. Daarnaast geven de onderzoekers aan dat de vragenlijst subjectief is ingevuld en mist men interventies om de betrouwbaarheid van de ingevulde vragenlijst te waarborgen.

Ten vierde wordt er een claim gedaan dat religieus geloof, een positief effect heeft op de vaardigheden om met bijwerkingen van de therapie om te gaan. In dit wetenschappelijke onderzoek is alleen onderzoek gedaan onder christenen, terwijl de christenheid intern al zoveel stromingen heeft met verschillende typerende gedachten over het leven, ziekte en emoties.

Ook wordt in dit onderzoek geclaimd dat al de resultaten consistent zijn met de geformuleerde hypothesen. Hier kunnen de nodige vraagtekens bij geplaatst worden. Van het aantal respondenten zijn er 41 personen gelovig en 25 mensen ongelovig. De vraag die men terecht kan stellen is: "Zijn de conclusies die getrokken worden niet alleen generaliseerbaar maar ook representatief?" Daarnaast is de samenstelling van de groep (Man, vrouw, etnische achtergrond, handicap, medicijngebruik, leeftijd) onduidelijk. Door het geringe aantal respondenten kan men zich al afvragen in hoeverre men gegevens kan generaliseren maar een even belangrijke vraag is kan men wel aan de hand van een ongelijke verdeling waar elke individuele meting veel invloed heeft op de resultaten van gelovige en meer bij ongelovige doordat er minder respondenten zijn die bij deze categorie aanwezig zijn, claimen dat uit de beschrijvende statistieken patiënten die geloven beter kunnen omgaan met bijwerkingen van nek- en hoofd kanker, pijn en angst, dat gelovigen meer vreugde hebben in het leven en dat gelovigen beter van verslavingen als alcohol en tabak kunnen afkomen dan patiënten die niet religieus geloven. Als we per categorie specifiek gaan kijken, kunnen wij niet duidelijk zien om hoeveel personen het bij de veranderingen gaat, Daarnaast zijn de overeenkomsten en verschillen aangeduid in procenten. Als we procenten omrekenen en kijken naar de verschillen vóór, tijdens en na de therapie komt men tussen de één en 14 personen die aangeeft of hij of zij geen pijn voelt, verslaafd, vreugde, angst en hoop heeft in het leven. Ook zijn er bijna geen opmerkelijke verschillen in de fysieke symptomen, toch claimen de onderzoekers dat patiënten die geloven over het algemeen zich beter voelen. Zo zien we op het vlak van verslaving dat er vóór de therapie en na de therapie een verschil is tussen ongeveer acht patiënten die minder alcohol gebruiken onder gelovigen dan bij diegene die niet gelovigen in een religie. De genoemde punten houden dus in dat bij de conclusie de nodige slagen om de arm moeten worden gehouden.

Samenvatting artikel 6

Sundblom D, Haikonen S, Niemi-Pynttari J, Tigerstedt I. Effect of spiritual healing on chronic idiopathic pain: a medical and psychological study. *Clin J Pain.* 1994;10(4):296–302. doi: 10.1097/00002508-199412000-00009

De onderzoekers onderzochten het vraagstuk: “*Wat zijn de effecten van spirituele genezingswijzen op chronische idiopathische pijn?*”

In het onderzoek wordt spirituele genezingswijze gezien als alternatieve genezingswijze en gedefinieerd als de handen op de persoon leggen en hem of haar zalven met olie. De spirituele genezingswijze wordt door een priester uitgevoerd aan hen die lichamelijk lijden, zij worden op het voorhoofd, op de handen, neus, oren, ogen, mond en voeten met speciaal hiervoor ingezegende pure olijfolie besprenkeld waarbij de volgende woorden worden uitgesproken:

Per istam sanctam unctionem et suam piissimam miservordiam adiuvet te Dominus gratia Spiritus Sancti, ut a peccatis liberatum te salvet atque proptius allevet.

Dat betekent: “Moge onze Heer Jezus Christus door deze heilige zalving en door Zijn liefdevolle barmhartigheid u bijstaan met de genade van Zijn Heilige Geest. Moge Hij u van zonden bevrijden, u heil brengen en verlichting geven”. Deze interventie wordt telkens bij elke ledemaat herhaald, in het geloof dat er zo genezing optreedt.

De effecten van spirituele genezingswijzen heeft men willen meten door middel van de volgende medische- en psychologische instrumenten. Ten eerste werd er een medisch interview gehouden, oftewel de “Visual Analog Scale and Pain Clinic Investigation Formula”. Daarnaast werd er een “International Association for the Study of Pain” database outline gebruikt. Ten tweede is er in het onderzoek een psychologisch interview afgenomen. De onderzoekers hebben hiervoor de “Hopkins Symptom Checklist”, “Middlesex Hospital Questionnaire”, “Beck’s Depression Inventory”, “Coping Strategy Questionnaire” en de “Health Locus of Control Scale” gebruikt.

In het onderzoek namen 24 patiënten deel met een idiopathische chronische pijn. Deze groep kreeg willekeurig een behandeling van spirituele genezing of geen actieve behandeling. De testen werden vóór de behandeling, twee weken na de behandeling en een jaar na de behandeling afgenomen maar bij het laatstgenoemde een gewijzigde vorm van de “International Association for the Study of Pain database outline”. Het design van het onderzoek is een gerandomiseerde klinische trial en het onderzoek werd in een poliklinische pijnkliniek uitgevoerd.

Uit het onderzoek blijkt dat er een kleine afname is in het gebruik pijnstillende geneesmiddelen. Daarnaast vindt er na de behandeling door een genezer die spirituele genezing praktiseert, een verbetering in het slaappatroon van patiënten plaats. De onderzoekers vinden dat de klinische variabelen ongewijzigd zijn gebleven maar dat de houding verbetert ten opzichte van genezing door behandeling van een genezer. Er was een afname in het gevoel van hopeloosheid. ($p < 0.05$) en er was na de behandeling van een genezer sprake van grotere acceptatie van psychologische factoren zoals het kunnen omgaan met pijn ($p < 0.05$). Andere scores van de psychologische tests werden niet beïnvloed door behandeling van een genezer. Wel blijkt uit de helft ($n=6$) van de behandelde patiënten dat de weg van spiritualiteit wat verlichting geeft.

Behandeling door middel van een spirituele genezer blijkt niet schadelijk te zijn en lijkt subjectief nuttig te zijn voor patiënten die lijden aan chronische idiopathische pijn voor zowel hun lichaam als hun psyche.

Kritische respons artikel 6

Sundblom D, Haikonen S, Niemi-Pynttari J, Tigerstedt I. Effect of spiritual healing on chronic idiopathic pain: a medical and psychological study. *Clin J Pain*. 1994;10(4):296–302. doi: 10.1097/00002508-199412000-00009

De artikel in kwestie impliceert ten onrechte dat men geloof kan meten in psychologische termen. Daar is opzich niks mis mee zolang de onderzoekers een volledige perspectief geven aan de lezers zodat zij de waarheidsgetrouwheid en waarde van het onderzoek kunnen beoordelen. De onderzoekers in kwestie hebben spirituele genezing verkeerd gepresenteerd. In het onderzoek worden de handen op de patiënt gelegd als functie van de Heilige Geest, als de kracht van een Joods- Christelijke God. De onderzoekers hebben geen andere vorm van spiritisme en spiritualiteit geciteerd. Ze hebben niet gerefereerd naar gedocumenteerde literatuur over werkelijke genezingen in tegenstelling tot de beperkte subjectieve verbeteringen die zijn ervaren door patiënten. Ze hebben geen rekening gehouden met de kracht van placebo's en bijna alle aspecten in het rapport vertolkt in termen van alternatieve therapie. Vanaf het begin werd handoplegging gezien vanuit de joods-christelijke bedoeling van zegening en genezing. De onderzoekers zien het handopleggen als een spirituele techniek, maar vanuit bijbelse termen is dat niet spiritueel maar tovenarij. Er is een overvloed aan onderzoeken naar spirituele genezing en niet alleen naar een “zich goed voelen” ervaring. Er zijn verschillende onderzoeken die bij patiënten vóór de spirituele behandeling stoornissen herkennen en die na de behandeling verdwijnen. Ik neem aan dat spirituele genezing pas echt gemeten kan worden als er gebeden wordt vanuit bijbelse termen zonder dat de patiënt dat weet, hierdoor sluit je een groot aantal psychologische factoren uit die mogelijk invloed kunnen uitoefenen op de toestand van de patiënt bijvoorbeeld de “self full filling prophecy”.

Daarnaast als we spirituele genezing zien als een alternatieve geneeswijze is dat seculier humanisme. Het kan niet gelijk gesteld worden aan psychotherapie, chirurgie, ontspanningstrainingen of wat voor optie hierin dan ook. Toch is het persoonlijk religieuze geloof van een patiënt een belangrijk aspect in gedragsveranderings programma's. Spirituele genezing moet uit de genezing, van de ziel volgen waardoor het lichaam kan volgen. Men kan dan ook terecht afvragen in hoeverre de theorie van waaruit het onderzoek is opgebouwd past bij wat men wil meten.

Het onderzoek heeft daarnaast een aantal beperkingen. Het onderzoek gebruikt gegevens van 24 personen, er was een kleine respons en door het geringe aantal respondenten is er een beperking in de generaliseerbaarheid van de gegevens. Daarnaast is er in het analyseren van de gegevens en discussie geen rekening gehouden met mogelijke regressie. Daarnaast is de samenstelling van de groep (Man, vrouw, etnische achtergrond, handicap, medicijngebruik, leeftijd) onduidelijk. Door het geringe aantal respondenten kan men zich al afvragen in hoeverre men gegevens kan generaliseren maar een even belangrijke vraag is kan men wel aan de hand van een ongelijke verdeling waar elke individuele meting veel invloed heeft op de resultaten, claimen, dat behandeling door middel van een spirituele genezer niet schadelijk blijkt te zijn en zelfs subjectief nuttig te zijn voor patiënten die lijden aan chronische idiopathische pijn. De genoemde punten houden dus in dat bij de conclusie de nodige slagen om de arm moeten worden gehouden.

Matrix "Gebedsgenezing"

Onderzoeksvraag: *In hoeverre spelen psychologische factoren een rol tijdens een gebedsgenezing?*

Auteur Deelvragen	Krucoff et al. (2005)	Belding et al. (2010)	Van Olphen et al. (2003)	Koenig et al. (2003)	Becker et al. (2006)	Sundblom et al. (1994)	Conclusie
1. Wat is gebedsgenezing?	Gebedsgenezing is het communiceren met God voor genezing met of zonder aanraking met de hand door een andere persoon op afstand.	Gebedsgenezing is het voorlezen van een algemene tekst naar een God waar het individu in gelooft dus toepasbaar voor alle religieën.	Gebedsgenezing is het communiceren met God voor genezing met of zonder aanraking met de hand.	Gebedsgenezing is het communiceren met God voor genezing met of zonder aanraking met de hand.	Gebedsgenezing is het communiceren met God de Vader van Jezus Christus voor genezing.	Gebedsgenezing is het comuniceren met God voor genezing met olie en aanraking door middel van de hand.	Alle auteurs zijn het erover eens dat gebedsgenezing bestaat uit communiceren met God. Sommige auteurs voegen daarbij toe dat bij gebedsgenezing andere mensen, handoplegging en olie ingezet kan worden.
2. Welke belangrijke psychologische factoren spelen een rol tijdens gebedsgenezing?	Gebedsgenezing kan geassocieerd worden met het ervaren en horen van muziek, het voelen van aanrakingen, het verbeelden en voorstellen van situaties.	Gebedsgenezing kan geassocieerd worden met copingsvaardigheden zoals jezelf bemoedigen. - Bij gebedsgenezing kan sociale ondersteuning een rol spelen.	Bij gebedsgenezing kan sociale bevestiging een rol spelen.	Gebedsgenezing kan geassocieerd worden met disfunctionele cognitieve schema's zoals angst voor straf en eenzaamheid. -Bij gebedsgenezing kan sociaal isolement een rol spelen.	-Gebedsgenezing kan geassocieerd worden met het copingsmechanisme	-Gebedsgenezing kan geassocieerd worden met het zelfgenezend vermogen en placebo's.	Alle auteurs zijn het erover eens dat psychologische factoren een rol spelen bij gebedsgenezing. Hierbij kan men denken aan het placebo effect, cognitieve schema's, sociale ondersteuning, sociale bevestiging en het ervaren van gevoelens.

Matrix "Gebedsgenezing"

Onderzoeksvraag: In hoeverre spelen psychologische factoren een rol tijdens een gebedsgenezing?

<p>3. Effecten</p> <p>3.1 Welke effecten hebben psychologische factoren bij bidden op de psyche?</p> <p>3.2 Welke effecten hebben psychologische factoren bij bidden op het lichaam?</p> <p>3.3 Welke effecten hebben psychologische factoren in de sociale omgeving op de persoon?</p>	<p>3.2 bidden kan stress verminderen dat invloed kan hebben op klinische uitkomsten. -Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen standaardhulp, gebed, aanrakingen, gebed en aanrakingen. -Het sterftecijfer bleek bij de groep die muziek, visualiseren en aanrakingen (afgekort MIT) had gekregen lager te liggen dan bij de groep die geen MIT had gekregen. Tussen de groep waarvoor gebeden werd met MIT en de groep waarvoor niet gebeden met MIT werd er geen verschil in uitkomst.</p>	<p>3.1 Jezelf bemoedigen en bidden kan stress vermind eren.</p> <p>3.2 Bemoedigend praten tegen jezelf en bidden kan de bloeddruk verlagen</p> <p>3.3 Het bidden kan leiden tot sociale buffering, waardoor een gevoel van sociale ondersteuning kan bieden bij stress.</p>	<p>3.1 Geloof of religieus geloof kan positieve invloed hebben op de gezondheid zoals het vermijden van roken, alcohol en drugs gebruik. -Geloof kan een beschermende factor zijn voor geestelijke gezondheid. - Hoop en vergeving kunnen een positieve invloed hebben op de geestelijke gezondheid. - Bidden kan angst verminderen - Mensen die bidden geven minder depressieve symptomen aan.</p> <p>3.2 Geloof en bidden kunnen een positieve invloed hebben op chronische ziektes als astma en gewrichtsontstekingen. - Geloof kan een beschermende factor zijn voor de fysieke gezondheid.</p> <p>3.3 Maatschappelijke ondersteuning heeft een positieve relatie met opkomst kerkdiensten en invloed op een betere geestelijke en fysieke gezondheid. -Kerkelijke gemeenschap biedt belangrijke sociale connecties in het krijgen van hulp middelen en aanpakken van problemen.</p>	<p>3.1 Patiënten met negatieve spirituele ervaringen zoals gestraft,verlaten worden en geen liefde van God ervaren hebben een grotere kans op sterfte en schade aan de psychische gezondheid.</p> <p>3.2 Patiënten met negatieve spirituele ervaringen zoals gestraft,verlaten worden en geen liefde van God ervaren hebben een grotere kans op sterfte en schade aan de lichamelijke gezondheid.</p> <p>3.3 Sociale ondersteuning kan een postieve houding veroorzaken bij een patiënt ten aanzien van lichamelijke ziekte.</p>	<p>3.1 Mensen die geloven in een religie, een coping strategie kunnen beter omgaan met psychische pijn. -Mensen die geloven in een religie, een coping strategie kunnen sneller van een verslaving als tabak en alcohol afkomen. -Geloven een copingstrategie kan ook angst reduceren. - Geloven, een copingstrategie kan het geluk in het leven bevorderen.</p> <p>3.2 Mensen die geloven in een religie, een coping strategie kunnen beter omgaan met lichamelijke pijn.</p>	<p>3.1 Voor sommige patiënten kan gebedsgenezing positieve invloed hebben op de psyche.</p> <p>3.2 Voor sommige patiënten die lijden aan chronische pijn kan gebedsgenezing nuttig voor de lichaam zijn.</p>	<p>Alle auteurs zijn het erover eens dat psychologische factoren en de sociale omgeving zoals andere mensen invloed uitoefenen op de psyche en het lichaam. Of de genoemde determinanten positieve- of negatieve invloed hebben op het probleem vergroten of verkleinen hangt af van de gedachten, zoals het krijgen van straf, God die jou ondersteunt, barmhartige God en het ervaren van gevoelens zoals angst, en liefde die men daarbij heeft.</p> <hr/> <p>Kortom er is een relatie tussen gebed,, psychologische factoren, en de sociale omgeving,de genoemde punten kunnen namelijk een postieve effect uitoefenen op de gezondheid.</p>
---	--	---	--	--	--	--	--

Literatuurlijst

Becker G, Momm F, Xander C, Bartelt S, Zander-Heinz A, Budischewski K, Domin C, Henke M, Adamietz IA, Frommhold H. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlenther Onkol.* 2006 May;182(5):270-6. *PubMed PMID:* 16673060.

Belding JN, Howard MG, McGuire AM, Schwartz AC, Wilson JH. Social buffering by God: prayer and measures of stress. *J Relig Health.* 2010 Jun; 49(2):179-87. *Epub 2009 May 22. PubMed PMID:* 19462239.

Geelhoed, 1995, 24 september, 21.00 verkregen via:

<http://www.toetsalles.nl/>

Harris WS, Gowda M, Kolb J, et al. (1999). 'A Randomised, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit' *Archives of Internal Medicine* Vol. 159: 2273 – 2278

Koenig, H. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry* 2009;54:283-91

Krucoff MW, Crater SW, Gallup D et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. *Lancet* 2005; 366: 211–17.

Ouweneel WJ, (2003) *Geneest de zieke!*. Medema, Vaassen, Nederland.

Risberg T; Wist E; Kaasa S; Lund E; Norum J. Spiritual healing among Norwegian hospitalised cancer patients and patients' religious needs and preferences of pastoral services. *Eur J Cancer (ENGLAND)* Feb 1996, 32A (2) p274-81

Saane J, (2007) *Gebedsgenezing, boerenbedrog of serieus alternatief?* Ten Have, Kampen, Nederland.

Sundblom DM, Haikonen S, Niemi-Pynttari J, Tigerstedt I. Effect of spiritual healing on chronic idiopathic pain: a medical and psychological study. *Clin J Pain.* 1994;10(4):296–302. *doi:* 10.1097/00002508-199412000-00009

Scholten, 1995, 15 november, 1.07 verkregen via:

<http://www.scholma.nl/websites/scholma/hb.nsf/jaaroverzicht.pdf>

Trouw, 2010, 24 september, 19.00 verkregen via:

<http://goedgelovig.wordpress.com/2010/02/10/huisarts-wil-gebedsgenezingen-toetsen/>

van Olphen J, Schulz A, Israel B., Chatters L, Klem L, Parker E and Williams D. (2003), Religious Involvement, Social Support, and Health Among African-American Women on the East Side of Detroit. *Journal of General Internal Medicine*, 18: 549–557. *doi:* 10.1046/j.1525-1497.2003.21031.x

van der Ven, (1997) *Van kwaal tot erger?* Buijten & Schipperheijn B.V., Nederland.