Wanneer u dit artikel wenst te printen, wordt er een pdf-document geopend in een nieuw venster. Opgepast, sommige internetbrowsers hebben een beveiliging waardoor u dit moet toestaan. Dat kan door de CTRL-toets ingedrukt te houden en tegelijk op de printknop te klikken. Wanneer het programma vraagt of u deze 'pop-up' wil toestaan, kunt u klikken op altijd (of tijdelijk) toestaan. U kunt het artikel opslaan en printen vanuit uw Adobe-reader of door middel van Bestand, Afdrukken vanuit uw internetbrowser.

Artikelen

05/06/2012

Door: Jessie Dezutter

Religie en gezondheid: professionalisering van een domein

Literatuurbericht religie en gezondheid

Dit literatuurbericht beschrijft de recente ontwikkelingen en veranderingen op het gebied van religie en gezondheid. Het gaat om tendensen die naar voren komen in zowel internationale als nationale publicaties van de laatste vijf jaar. De meest duidelijke ontwikkeling kan samengevat worden onder de noemer 'professionalisering van het domein'. Dit toont zich zowel op het vlak van empirisch onderzoek als op het vlak van de implementatie in de praktijk. Daarbij wordt gezondheid breed bekeken en komen verschillende groepen, werkzaam in zorg, aan bod; gaande van artsen en verpleegkundigen, tot psychologen, therapeuten en pastoraal verzorgenden.

Empirisch onderzoek professionaliseert

Empirisch onderzoek naar de verbanden tussen religie en gezondheid werd jarenlang in de marge van andere onderzoeksvragen bekeken. De laatste decennia is er echter een opvallende toename in empirische studies die de link religie-gezondheid centraal stellen. Deze vernieuwde interesse in het domein van religie en gezondheid werd echter vooral weerspiegeld in kwantiteit, en minder in kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken. Zo beschrijft het *Handbook of Religion and Health* (Koenig, McCullough & Larson, 2001) meer dan 1600 studies en reviews die zich focussen op religie en gezondheid, maar het overgrote deel van deze studies zijn zowel methodologisch als theoretisch zwak onderbouwd. Hierin lijkt verandering te komen. De tweede editie van het *Handbook of Religion and Health* (Koenig, King & Carson, 2012) toont deze trend ook aan. De beschreven onderzoeken zijn methodologisch sterker én geven een meer uitgebreide beschrijving van het veld religie-gezondheid. Zo komen, bijvoorbeeld, ook suïcide en psychotische aandoeningen aan bod in deze vernieuwde editie. Ook wordt er meer aandacht besteed aan psychologische, sociale, en gedragsmatige verklaringen voor relaties tussen religie en gezondheid. Er kan gesteld worden dat

recente publicaties meer genuanceerde en diepgaander studies beschrijven, waarbij aandacht besteed wordt aan het theoretisch kader van de studie en aan een beter onderzoeksdesign.

Ten eerste worden studies vaker gekaderd binnen meer gevestigde theorieën in de psychologie of gedragswetenschappen. Zo zijn er een aantal onderzoekers (bijv. Wachholz & Pearce, 2009) die verder bouwen op het biopsychosociaal-spiritueel model van Sulmasy (2006), dat stelt dat de patiënt gezien moet worden als een persoon op het knooppunt van het fysiologische domein, het psychologische domein, het sociale domein én het spirituele domein. Het model stelt verder dat ziekte en gezondheid een impact hebben op elk van deze domeinen en elk van de domeinen op hun beurt de ervaring van ziekte beïnvloeden. Daarnaast werken sommige onderzoekers (bijv. Gall et al., 2009; Park, 2010) verder op het gangbare psychologische copingmodel dat beschrijft hoe mensen omgaan met moeilijke levenssituaties, maar geven religie, en breder: zingeving, een plaats binnen dit copingproces en proberen zo aan te tonen hoe religie een invloed kan hebben op gezondheid. Het verankeren van de empirische studies binnen gewaardeerde theoretische modellen zorgt er ook voor dat het onderzoek naar een hoger niveau wordt gebracht. Men is niet langer louter geïnteresseerd in het vaststellen van de verbanden tussen religie en gezondheid, maar men wil meer zicht krijgen op de onderliggende mechanismen en processen die tot het verband leiden. Ook in de Nederlandse literatuur is deze trend zichtbaar in het werk van verschillende onderzoekers (bijv. Eersel et al., 2009; Pieper & Van Uden, 2011; Van Uden, 2008).

Een tweede opvallende trend binnen het empirisch onderzoek is de conceptualisatie van het begrip ‘religie’. Waar religie in het verleden vooral vanuit een Amerikaans-protestantse hoek werd bekeken, met een nadruk op kerkgang en kerkbetrokkenheid, wordt dit in recent onderzoek aangepast aan meer gesecularisseerde en postmoderne samenlevingen. Zo gaan een aantal onderzoekers niet langer uit van een specifiek religieuze traditie om religie te definiëren, maar verbreden zij dit naar een ‘algemeen zingevingssysteem’ dat zowel een religieuze, spirituele als seculiere inhoud kan hebben (zie voor een uitgebreid overzicht Park, 2010). Ook bij Scandinavische onderzoekers (La Cour & Hvidt, 2010) zien we deze verbreding naar meer existentiële zingeving in plaats van louter religieuze zingeving. Ook instrumenten om religie te meten evolueren mee. Om het godsbeeld te meten, bijvoorbeeld, gaat men niet langer uitsluitend uit van een persoonlijk godsbeeld zoals in de grote christelijke tradities, maar houdt men ook rekening met eerder onpersoonlijke godsbeelden of abstracte godsbeelden (Van Laarhoven et al., 2010).

Een derde recente ontwikkeling is de interesse in hoe religie ook negatief de gezondheid kan beïnvloeden. Terwijl de afgelopen decennia de focus vooral lag op onderzoek naar het positieve effect van religie, wordt er nu ook aandacht besteed aan mogelijke negatieve invloeden, zodat men komt tot meer uitgebalanceerde onderzoeksresultaten. Zo besteden onderzoekers recent aandacht aan religie als een bron van verdriet, stress of twijfel (bijv. Exline et al., 2011), aan de rol van spirituele worstelingen als men geconfronteerd wordt met stressvolle gebeurtenissen (bijv. Ai, Pargament, Appel & Kronfol, 2010) en aan negatieve vormen van religieuze coping (Gerber, Boals, Schuettler et al., 2011).

Ten slotte toont de professionalisering van het onderzoeksdomein zich ook in het gebruik van een sterkere onderzoeksmethodologie. Steeds meer wordt gebruikgemaakt van longitudinale designs waarbij mensen verschillende keren bevraagd worden zodat men veranderingen in religie en gezondheid kan meten. Dit gebeurt door middel van follow-up studies na bijvoorbeeld hartoperaties (zoals de studies van Ai et al., 2010), door middel van langer lopende studies waarbij de rol van spiritualiteit in het omgaan met een kankerdiagnose wordt onderzocht (bijv. Gall et al., 2009) of via dagboekstudies waarbij de participant dagelijks een vragenlijst invult (bijv. Keefe et al., 2001). Ondanks deze duidelijke ontwikkeling naar meer uitgebreide longitudinale studies blijven deze onderzoeksdesigns toch nog steeds in de minderheid. Recent zijn er ook een aantal onderzoekers die een experimenteel design proberen toe te passen op onderzoeksvragen in het domein religie-gezondheid. Zo beschreeft Wiech en collega’s (2008) een experiment waarbij een religieus of seculier schilderij getoond werd tijdens en na het ondergaan van een elektrische pijnstimulus. Voor gelovigen bleek het bekijken van het religieuze schilderij de pijnervaring minder intens te maken. Ook in het domein van gebed zien we een zelfde type designs optreden (bijv. Bremner, Koole & Bushman, 2011), maar experimentele studies zijn nog steeds uitzonderingen in het veld.

Implementatie in de praktijk

De professionalisering van het domein is niet enkel merkbaar in empirisch onderzoek. Opvallend is ook dat er meer aandacht komt voor de implementatie van religie en spiritualiteit in de praktijk van de gezondheidszorg. In het verleden zag men religie en spiritualiteit als onderdeel van de absolute privésfeer. Nu ziet men, voornamelijk in Amerikaanse bronnen, een oproep om de patiënt in zijn totaliteit te benaderen en dus ook aandacht te besteden aan de zingeving van de patiënt. Verschillende auteurs (Koenig, 2007; Tan, 2011; Verhagen et al., 2010) geven aan dat zingeving belangrijk is in de gezondheidszorg, omdat de zingeving van de patiënt (gedeeltelijk) bepaalt hoe de patiënt omgaat met lijden, genezen, ziekte en dood. De religieuze of spirituele zingeving kleurt mede het zelf- en wereldbeeld van de patiënt en kan dus de medische keuzes beïnvloeden. In het boek *Medicine, religion, and health: Where science and spirituality meet* geeft Koenig (2008) een helder en up to date overzicht van het domein religie en gezondheid. De nadruk ligt hierbij vooral op fysieke gezondheid (met een hoofdstuk over geestelijke gezondheid). Het boek probeert de wetenschappelijke bevindingen op een begrijpbare manier te vertalen naar het werkveld. Het geeft een beschrijving van de hedendaagse trends maar staat ook stil bij de controverses en dit vanuit een multidisciplinair perspectief. In het boek *Religion and Psychiatry – Beyond bounderies* (Verhagen et al., 2010) bespreken verschillende auteurs de interactie tussen psychiatrie/geestelijke gezondheidszorg enerzijds en de grote religieuze tradities anderzijds. Men gaat hier uitgebreid in op hoe een religieuze traditie een invloed uitoefent op de ideeën die men heeft rond psychisch ziek zijn, psychotherapie en psychiatrie. Hierbij komen het jodendom, het christendom, de islam, de Afrikaanse religies, het hindoeïsme en het boeddhisme aan bod. Ook binnen Vlaanderen is er zeer recent aandacht voor de thematiek ‘religie in zorg’. De Werkgroep pluriculturele zorg NVKVV geeft in zijn handboek *Pluriculturele zorg – ook onze zorg* (2011) aan op welke manieren religie (met focus op islam) een rol kan spelen in de praktijk van verpleegkundigen, vroedvrouwen en zorgkundigen. De auteurs gaan in op belangrijke domeinen binnen zorg, zoals palliatieve zorg en therapietrouw, waar de culturele en religieuze opvattingen van de patiënt kunnen interfereren met de zorgpraktijk.

Religie in het behandelingstraject

Daarnaast komt er meer aandacht voor de plaats van religie en spiritualiteit in het omgaan met ziekte, meer specifiek de rol van religie in het copingsproces van patiënten. Verschillende auteurs wijzen erop dat het noodzakelijk is bij de patiënt na te gaan of zijn/haar religie inderdaad een belangrijke factor is bij het omgaan met de ziekte. Er wordt daarom door sommigen (bijv. Koenig, 2007) voorgesteld om een korte religieuze anamnese af te nemen tijdens het intakegesprek (bijv. CSI-MEMO Spiritual History, ACP Spiritual History of FICA Spiritual History) om zo te peilen naar het belang van religieuze zingeving in het leven van de patiënt. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen een ‘spiritual screen’, een ‘spiritual history’, en een ‘spiritual assessment’.

Spiritual screen is erg kort en bevat meestal slechts twee vragen, namelijk de vraag naar huidige religieuze affiliatie en of er speciale religieuze noden zijn (bijv. naar dieet of medische beslissingen toe).

De spiritual history gaat iets verder en probeert met enkele vragen na te gaan of het religieuze leven (zowel verleden of heden) een invloed heeft op de medische zorg. Zo bestaat de CSI-MEMO uit vier vraagjes die peilen naar de mate dat religie zorgt voor **C**omfort (steun) of **S**tress (stress), of het geloof van de patient een **I**nfluence (invloed) heeft op de behandeling, of hij een **MEM**ber (lid) is van een kerk en of hij **O**ther (andere) spirituele behoeften heeft (Koenig, 2002). De spiritual history probeert steeds een acroniem te zijn, zodat de vraagjes makkelijk te onthouden zijn en het instrument gebruikt kan worden bij (spoed)opname.

Ten slotte is er de spiritual assessment die dieper peilt en probeert om tot een religieus profiel van de patiënt te komen. Zo is er de FACT die ook de vier peilers uit de CSI-MEMO heeft maar daarnaast nog een link legt naar het behandelingsplan (**T**reatment). FACT is een instrument ontwikkeld vanuit de Amerikaanse pastorale counseling en legt dus ook de nadruk op de rol van spiritualiteit in de latere behandeling en hoe de

pastor een rol daarin kan spelen.

De overige instrumenten zijn ontwikkeld vanuit een medisch kader met als bedoeling meer zicht te krijgen op steunende of stresserende factoren binnen het zingevingssysteem van de patiënt die belangrijk kunnen zijn bij opname (LaRocca-Pitts, 2009).

Een aantal auteurs gaat een stuk verder dan aandacht voor zingeving bij de anamnese en pleit ervoor om religie en spiritualiteit niet enkel te betrekken in de intakefase maar ook in de behandelingsfase. Zo biedt Koenig (2007) in zijn handboek *Spirituality in patient care* aan zorgverleners verschillende handvatten om spiritualiteit op een kwaliteitsvolle manier te implementeren in zorgverlening. Hij heeft hierbij aandacht voor verschillende zorgverleners namelijk artsen, verpleegkundigen, pastorale verzorgers, sociaal werkers en psychologen/psychotherapeuten. Verschillende topics worden besproken zoals het peilen naar de spirituele behoeften van de patiënt, het al dan niet bidden met een patiënt, of het doorverwijzen naar geestelijken. Belangrijk is dat Koenig, in parallel met het onderzoeksveld, ook benadrukt dat religie en spiritualiteit negatieve gevolgen kunnen hebben en dat de zorgverlener dit in het oog moet houden. In navolging hiervan geeft hij aan dat het belangrijk is als zorgverlener om de grenzen van je handelen te kennen en te respecteren.

Parallel hiermee is er ook in het veld van palliatieve zorg steeds meer aandacht voor spirituele zorg (e.g. Byrne, 2007; Leget, 2008; Van Laarhoven & Leget, 2007). Zo richtte de European Association for Palliative Care een taskforce op met als doel spirituele zorg binnen palliatieve zorg beter te ondersteunen zowel via onderzoek als via opleiding (zie www.eapcnet.eu/themes/clinicalcare/spiritualcareinpalliativecare.aspx en Nolan & Leget, 2011). Op dit moment heeft spirituele zorg binnen de palliatieve zorg nog geen structurele inbedding maar er wordt wel gewerkt aan een duidelijker theoretisch kader. De Landelijke richtlijn ‘Spirituele zorg’ van de vereniging integrale kankercentrale/pallialine is daar een duidelijk voorbeeld van (Leget e.a., 2010). Ook hierin pleit men voor een multidisciplinaire aanpak, met respect voor de eigenheid en beperktheid van iedere discipline.

Religie en therapie

Respect voor de eigenheid en het (h)erkennen van grenzen, wordt door andere auteurs ook aangehaald als het gaat om religie en psychologie/therapie. Zock (2007) stelt dat de psychologie als discipline een steeds belangrijkere plaats inneemt in de theorie en methodiek van geestelijke verzorgers (15), maar dat tegelijkertijd ook psychologische hulpverleners zich steeds meer met ‘zingeving’ bezighouden. Ze wijst er dan ook op dat de afbakening psychische zorg versus pastorale zorg een belangrijk hedendaags vraagstuk is, maar besluit dat een strikt onderscheid tussen beide domeinen niet mogelijk is. Ze pleit dan ook voor een samenwerking tussen geestelijke verzorgers en psychologische hulpverleners. Ook Van Heeswijk (2009) bevestigt dit en stelt dat psychotherapie en geestelijke verzorging elkaar moeten kennen en respecteren en, waar dat passend is, samenwerken (37). Hij voegt er echter als kritische noot aan toe dat ze ook respectvol onafhankelijk en van elkaar gescheiden moeten blijven. Deze thematiek krijgt in Nederland vrij veel aandacht, bijvoorbeeld in het herfstnummer van *Psyche en Geloof* over de samenwerking tussen geestelijke verzorger en psycholoog (volume 21, 2010). Verhagen en Avgoustidis (zie Verhagen et al., 2010) bekijken deze thematiek kritisch en geven een duidelijke beschrijving waarom een samenwerking tussen psychologische en pastorale hulpverleners niet vanzelfsprekend is. Hierbij stellen ze dat de historische vijandigheid tussen psychologie en religie gecombineerd met het gebrek aan kennis van elkaars vakgebied vaak als oorzaak kan gezien worden. Maas (2011) echter stelt dat een goede begeleider de psychische begeleiding kan laten overgaan in geestelijke begeleiding en vice versa. Hij lijkt hierbij sterker aan te sluiten bij sommige Amerikaanse hulpverleners die pleiten voor een nauwere samenhang tussen religie en therapie. In de Special Issue ‘Psychotherapy with religious and spiritual clients’ (2009) van de *Journal of Clinical Psychology* worden een aantal mogelijke vormen van religieuze psychotherapie besproken. Zo komen achtereenvolgens aan bod: de ‘spiritually oriented psychodynamic psychotherapy’ (Shafrankse), de ‘religiously accomodated cognitive-behavioral therapy’ (Hathaway en Tan), de ‘theistic spiritual psychotherapy’ (Richards et al.), spiritueel georiënteerde behandelingen voor alcoholverslavingen (Delaney

et al.) en psychotherapie met moslims (Dwairy). Een meer diepgaande bespreking van spiritualiteit in het therapeutische proces is ook te vinden in het handboek van Aten & Leach (2009). Het recente Amerikaanse handboek *Counseling and Psychotherapy: A Christian perspective* (Tan, 2011) bespreekt hoe christelijke theologie een rol kan spelen in christelijke counseling en welke integratiemogelijkheden er zijn, maar belicht ook de ethische kant van de zaak. Tan (2011) bespreekt in zijn boek eerst uitgebreid de verschillende grote therapeutische stromingen en technieken en gaat dan dieper in op een mogelijke christelijke benadering van counseling en psychotherapie. Het hoofdstuk rond ethiek beperkt zich echter tot een overzicht van ethische codes en doet enkele aanbevelingen, zonder een grondige analyse te geven van de ethische problemen die kunnen ontstaan bij het integreren van geloof in psychotherapie. Zowel Koenig (2007) als Verhagen et al. (2010) geven aan dat religie en spiritualiteit binnen psychotherapie met voorzichtigheid, kennis en professionaliteit benaderd moet worden. De therapeut moet zijn eigen grenzen kennen, beducht zijn voor overdracht en tegenoverdracht en op tijd doorverwijzen of samenwerken met een geestelijk verzorger. Ook Pargament (2007) heeft aandacht voor de rol van spiritualiteit binnen psychotherapie. In zijn boek *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and adressing the sacred* bespreekt hij hoe spiritualiteit een plaats kan vinden in psychotherapie. Hij benadrukt echter dat spiritualiteit niet zomaar een psychologische techniek mag worden, maar steeds ingebed is in het zingevingskader van de cliënt. Daarnaast waarschuwt Pargament ook dat spiritualiteit net een onderdeel kan zijn van het probleem waarmee de cliënt komt. Hij stelt dat spiritualiteit kan worden geïntegreerd in psychotherapie, maar wel in die mate dat het steeds de cliënt is die spiritualiteit in brengt in de therapie. Daarnaast benadrukt Pargament ook dat spiritually integrated therapy geen autoriteit haalt bij een of andere religieuze traditie of stroming maar de cliënt centraal stelt. Ten slotte blijft het cruciaal dat de therapeut steunt op theoretisch en wetenschappelijk gefundeerde inzichten.

Conclusie

Op dit ogenblik krijgt religie en gezondheid meer aandacht en lijkt er een professionalisering van het domein gestart. Dit toont zich in zowel empirisch onderzoek met meer aandacht voor gefundeerde theoretische kaders en sterkere methodologische onderzoeksdesigns, als in meer aandacht voor religie in de zorgpraktijk. Steeds meer zorgverleners komen in onze multiculturele samenleving in contact met de religieuze en spirituele zingeving van hun patiënten. Zowel Europese als Amerikaanse auteurs proberen richtlijnen aan te reiken die hulpverleners kunnen gebruiken in deze confrontatie. Tegelijkertijd is duidelijk dat dit nog een vrij recente ontwikkeling is en er meer onderzoek en discussie nodig is om te kunnen komen tot evidence-based handelen als het gaat om religie en gezondheid.

Jessie (dr. J.) Dezutter is postdoctoraal onderzoeker (Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen) aan het Centrum voor Godsdienstpsychologie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven.

jessie.dezutter@ppw.kuleuven.be

Voetnoten

Literatuur

Ai, A.L., Pargament, K.I., Appel, H.B. & Kronfol, Z. (2010). Depression Following Open-Heart Surgery: A Path Model Involving Interleukin-6, Spiritual Struggle, and Hope Under Preoperative Distress. Journal of Clinical Psychology, 66 (10), 1057-1075.
Aten, J. & Leach, M. (Eds.) (2008). Spirituality and the therapeutic process: A comprehensive resource from intake through termination. Washington, DC: American Psychological Association Books.
Bremner, R., Koole, S. & Bushman, B. (2011). “Pray for those who mistreat you”: Effects of prayer on

anger and aggression. Personality and Social Psychology Bulletin, 37, 830-837.
Byrne, M. (2007). Spirituality in palliative care: What language do we need? Learning from pastoral care. International Journal of Palliative Nursing, 13, 118-124.
Cour, P. la & Hvidt, N.C. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. Social Science & Medicine, 71(7), 1292-1299.
Eersel, J., Laarhoven, H. van, Pieper, J., Smeets, W. & Uden, R. van (2009). Religious and nonreligious coping among cancer patients. JET: Journal of Empirical Theology, 22, 195-215.
Exline, J.J., Park, C.L., Smyth, J.M. & Carey, M.P. (2011). Anger Toward God: Social-Cognitive Predictors, Prevalence, and Links With Adjustment to Bereavement and Cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 100 (1), 129-148.
Gall, T.L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C. & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. Psycho-Oncology, 18 (11), 1165-1178.
Gall, T.L., Kristjansson, E., Charbonneau, C. & Florack, P. (2009). A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. Journal of Behavioral Medicine, 32 (2), 174-186.
Gerber, M., Boals, A. & Schuettler, D. (2011). The unique contributions of positive and negative religious coping to posttraumatic growth and PTSD. Psychology of Religion and Spirituality, 3 (4), 298-307.
Heeswijk, A. van (2009). Inbreken in een leegte: Klinisch godsdienstpsychologische essays. Tilburg, Nederland: KSGV.
Keefe, F.J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D.S., Drew, J. et al. (2001). Giving with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. Journal of Pain, 2 (2), 101-110.
Koenig, H. (2007). Spirituality in patient care: Why, how, when, and what. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
Koenig, H.G. (2002). An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. Journal of the American Medical Association, 288, 487-493.
Koenig, H., McCullough, M. & Larson, D. (2001). Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press.
Koenig, H., King, D. & Carson, V. (2012). Handbook of religion and health, 2nd edition. New York: Oxford University Press.
Laarhoven, H.W.M. van & Leget, C. (2007). De vragen aan het einde. Aandacht voor spiritualiteit in de palliatieve fase. Medisch Contact, 62, 1898-1901.
Laarhoven, H.W.M. van, Schilderman, J., Vissers, K.C., Verhagen, C.A.H.H.V.M. & Prins, J. (2010). Images of God in Relation to Coping Strategies of Palliative Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management, 40 (4), 495-501.
LaRocca-Pitts, M. (2009). In FACT, chaplains have a spiritual assessment tool. Australian Journal of Pastoral Care and Health, 2, 8-15.
Leget, C. (2008). Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg. Tielt: Lannoo.
Leget, C. e.a. (2010). Richtlijn spirituele zorg. In: A. de Graeff e.a. (red.), Palliatieve zorg: richtlijnen voor de praktijk. Utrecht, VIKC 2010, 637-662; ook te vinden op www.pallialine.nl
Maas, F. (2011). De glans van het gewone: Spiritualiteit en geestelijke gezondheid. Tilburg, Nederland: KSGV.
NVKVV, Werkgroep Pluriculturele Zorg (2011). Pluriculturele zorg: Ook onze zorg. Antwerp, Belgium: De Standaard Uitgeverij.
Nolan, S., Saltmarsh, P., Leget, C. (2011). Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. European Journal of Palliative Care, 18, 86-89.
Park, C.L. (2010). Making Sense of the Meaning Literature: An Integrative Review of Meaning Making and Its Effects on Adjustment to Stressful Life Events. Psychological Bulletin, 136 (2), 257-301.
Pargament, K. (2007). Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York: Guilford.
Pieper, J. & Uden, R. van (2011). “Whenever God shines His light on me…” Religious coping in clinical healthcare institutions. Mental Health, Religion, & Culture, 15, 1-14.
Sulmasy, D. (2006). The rebirth of the clinic: An introduction to spirituality in health care. Washington, DC:

Georgetown University Press.
Tan, S.-Y. (2011). Counseling and psychotherapy: A christian perspective. Grand Rapids, MI: Baker Academic.
Uden, R. van (2008). Religie in de geestelijke gezondheidszorg: Religious coping. Van analyse tot zorginnovatie, 11, 9-11.
Verhagen, P., Praag, H. van, Lopez-Ibor Jr., J., Cox, J. & Moussaoui, D. (Eds.) (2010). Religion and psychiatry: Beyond boundaries. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
Wachholtz, A.B. & Pearce, M.J. (2009). Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain? Current Pain and Headache Reports, 13 (2), 127-132.
Wiech, K., Farias, M., Kahane, G., Shackel, N., Tiede, W. & Tracey, I. (2008). An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system, Pain, 139, 467-476.
Worthington, E.J. & Aten, J. (2009). Special Issue: Psychotherapy with religious and spiritual clients. Journal of Clinicial Psychology: In session, 65.
Zock, H. (2007). Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief. Tilburg, Nederland: KSGV.

Samenvatting

Dit literatuurbericht beschrijft de recente ontwikkelingen en veranderingen op het gebied van religie en gezondheid. Het gaat om tendensen die naar voren komen in zowel internationale als nationale publicaties van de laatste vijf jaar. De meest duidelijke ontwikkeling kan samengevat worden onder de noemer ‘professionalisering van het domein’.
Daarbij wordt gezondheid breed bekeken en komen verschillende groepen, werkzaam in zorg, aan bod: artsen, verpleegkundigen, psychologen, therapeuten en pastoraal verzorgenden.

Terug