

# **Doodsangst door religie**

## **en de verpleegkundige taak**



**Tamara Blokland**  
**0778265**

## Inhoudsopgave

Inleiding	3
Analyse	4
Conclusie	8
Noten	9
Literatuur	10
Bijlage 1	11
Bijlage 2	12

## Inleiding

Tijdens mijn werk als verpleegkundige in opleiding heb ik tot nu toe enige malen met stervende personen te maken gehad. Eén geval is mij in het bijzonder bijgebleven. Het betrof een zeer religieuze, oudere dame. Wegens haar ziekte was de voorspelling dat ze nog zeer kort te leven had en mevrouw was opgenomen op de palliatieve unit op de afdeling. Ik had een goede omgang met mevrouw en zei vertelde mij dat ze zeer bang was om te sterven. Ze vreesde dat ze niet goed geleefd had en dat zij: "Voor haar zonden zal gaan branden in de hel". Ik vond het heel erg dat mevrouw zo dacht en wilde haar graag helpen, ik wist alleen niet goed hoe. Mijn collega's konden mij hier ook niet goed antwoord op geven. Mevrouw is uiteindelijk in hevige angst en al vechtend gestorven. Mocht ik ooit weer in een dergelijke situatie terecht komen wil ik beter voorbereid zijn. Hiervoor heb ik relevante literatuur bestudeerd en in dit artikel wil ik een beschrijving geven van hoe mogelijk te handelen in dergelijke situaties gebaseerd op die literatuur. Hierdoor hoop ik een leidraad te krijgen voor mijzelf over hoe te handelen bij stervende patiënten met "religieuze" doodsangst, en misschien dat andere zorgverleners die met stervende patiënten te maken hebben hier ook bruikbare informatie uit kunnen halen.

## Analyse

Allereerst ben ik op zoek gegaan naar informatie over het begrip religieuze doodsangst. In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen doodsangst gebaseerd op religieuze pijn en doodsangst gebaseerd op spirituele pijn. Deze begrippen zal ik verhelderen, te beginnen met de doodsangst door religieuze pijn.

Religieuze pijn is een toestand waarin patiënten zich schuldig voelen over het niet naleven van de waarden en normen die bij zijn of haar<sup>1</sup> religie horen. Zij geloven dat God<sup>2</sup> erg teleurgesteld is in hun huidige of vroegere gedrag, daden en/of gedachten. Hieruit komt de doodsangst voort. Zij verwachten dat ze op het moment van sterven verantwoording moeten afleggen aan God en gestraft zullen gaan worden voor hun zonden (Satterly 2001:32).

In vergelijking met religieuze pijn ligt spirituele pijn een stuk gecompliceerder. Religieuze pijn komt voort uit de bedenkingen die een persoon over zijn gedrag heeft in verhouding tot de normen en waarden van zijn religie. Spirituele pijn komt echter voort uit de twijfels die een persoon heeft over de kern van zijn bestaan, twijfels over zichzelf als persoon. Er is een groot verschil tussen twijfels over je gedrag en twijfels over je hele wezen (Satterly 2001:34). Cornette (2001:1022) noemt spirituele pijn dan ook "de pijn van het zijn".

Om spirituele pijn goed te kunnen begrijpen is het belangrijk te weten hoe het ontstaat. Mensen met spirituele pijn hebben in hun leven weinig tot geen ervaring gehad met onvoorwaardelijke liefde. Ze hebben in de loop der tijd een bepaald ideaalbeeld over zichzelf ontwikkeld om aan de buitenwereld te laten zien. Ze vertonen gedrag waarvan ze denken dat dat gewenst is om zo de goedkeuring van anderen te krijgen. Gedurende hun hele leven verbergen ze hun ware gedachten en gevoelens in een poging om geliefd te zijn. Ze denken dat hun ware ik een "foute" ik is. De doodsangst komt bij deze mensen voort uit het feit dat bij het sterven God zal zien wie ze werkelijk zijn. Bij religieuze angst ik dus sprake van de gedachte "Ik heb een fout gemaakt." en bij spirituele angst van de gedachte "Ik ben fout." (Satterly 2001:34-35).

Maar wat kan je als verpleegkundige doen bij een patiënt met dergelijke doodsangst? En is het wel mijn taak om hier wat aan te doen? Is dit niet de taak van een geestelijk verzorger? Volgens Leistra et al. stelt het beroepsprofiel wel degelijk dat de beroepsverantwoordelijkheid van verpleegkundigen ook de spirituele aspecten van het functioneren van de zorgvrager omvat:

De verpleegkundige gaat uit van een mensbeeld waarin de onderlinge wisselwerking van en een samenvattende visie op alle aspecten en dimensies van het menszijn sterk benadrukt worden. Het gaat daarbij om lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspecten en dimensies. (1999, in Van Leeuwen & Cusveller 2005:24)

Maar wat behoort daar dan wel toe en wat niet? Wat is de grond en de grens van de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid? Met name is er de grens tussen de beroepsverantwoordelijkheid van de verpleegkundige en die van de geestelijk verzorger. Deze grens wordt vooral bepaald door het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige: waar er geen bekwaamheid is, is er geen bevoegdheid. Het is dus belangrijk om, als je niet goed raad weet met bepaalde situaties, je wel weet door te verwijzen naar de juiste expert (Van Leeuwen & Cusveller 2005:27-29)

Reese & Brown (1997, in Van Bruchem-van de Scheur et al. 2004:38) hebben een overzicht opgesteld bij welke problematiek welke discipline gewenst is (tabel 1). Uit de tabel blijkt dat het spreken over religie e.d. vooral de taak is van een geestelijk verzorgende. Als verpleegkundige moet je er dus voor zorgen dat de patiënt, als hij dit wenst, in contact komt met de geestelijk verzorger. Om andere disciplines in te kunnen schakelen is het dus heel belangrijk dat je een patiënt goed observeert en eventuele spirituele nood tijdig signaleert! (Van Leeuwen & Cusveller 2005:32).

Variabele	Besproken kwestie	Discipline
spiritualiteit	spreken over relatie met God	gv
doodsangst	zorgen over verlies van controle over verstand	vp/mw
doodsangst	zorgen over achterblijvers	mw
doodsangst	zorgen over een pijnlijk overlijden	vp
spiritualiteit	spreken over onafgeronde zaken	mw
doodsangst	zorgen/angst om te overlijden	mw
doodsangst	zorgen over lange tijd ziek zijn	vp/mw
spiritualiteit	spreken over betekenis van het leven	gv
hospice-waarden	erover spreken of de patiënt thuis wil overlijden	vp/mw
spiritualiteit	spreken over de betekenis van lijden	gv

*tabel 1 gv = geestelijk verzorger mw = maatschappelijk werker vp = verpleegkundige*

Als het praten over de spiritualiteit vooral door de geestelijk verzorgende wordt gedaan, wat kan je als verpleegkundige dan wel doen om de patiënt te ondersteunen?

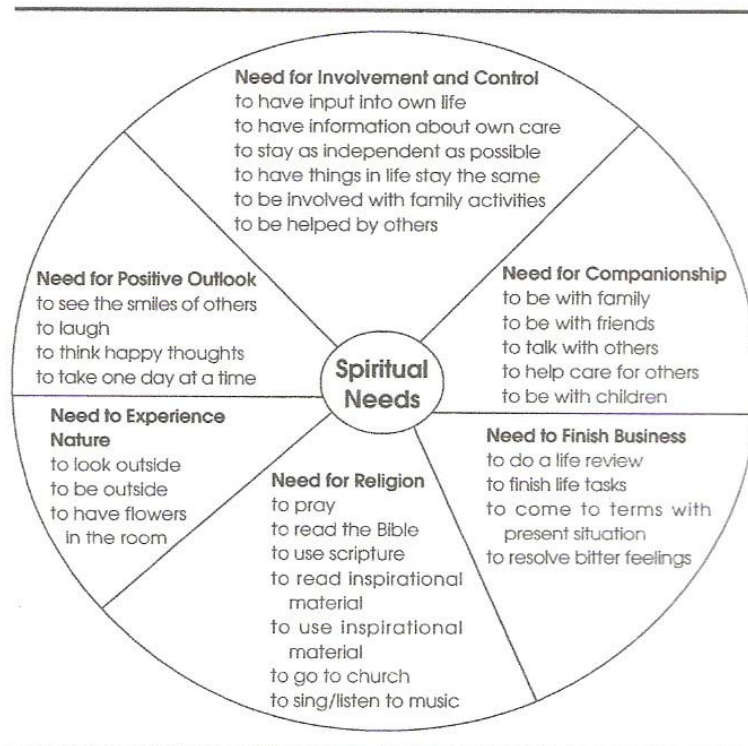
Zoals hiervoor benoemd is het ten eerste belangrijk de patiënt goed te observeren om tijdig de behoefte aan spirituele steun te signaleren. Een patiënt kan dit zelf aangeven, maar doet dit niet altijd. Als hulpmiddel hierbij hebben Galek et al. (2005:67) een vragenlijst opgesteld waarmee een behoefte aan spirituele zorg onderzocht kan worden (bijlage 1). Om de spirituele behoeften juist te kunnen inventariseren is het verder van belang dat er een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd tussen patiënt en verpleegkundige en dat de verpleegkundige over de juiste communicatieve vaardigheden beschikt (Harrison 1994, in Van Bruchem-van de Scheur et al. 2004:35). De juiste spirituele communicatie vraagt volgens Narayanasamy (2001) om:

- Het creëren van een omgeving waarin de patiënt het gevoel krijgt dat er naar hem geluisterd wordt
- Volledige aandacht aan de patiënt geven, je niet laten afleiden door je eigen gedachten
- Reflecteren op datgene wat de patiënt zegt om na te gaan of je hem goed begrepen hebt
- De patiënt aanmoedigen om zich te uiten, te accepteren wat hij zegt

Deze communicatieve voorwaarden gelden natuurlijk niet alleen bij het beoordelen van de patiënt, maar ook bij het begeleiden van de patiënt en zijn angst. Want ondanks het feit dat het voornamelijk de taak van de geestelijk verzorger is om met de patiënt over zijn spiritualiteit te praten, kun je als verpleegkundige hierin ook een klankbord voor de patiënt zijn en hem hoop en troost bieden. Belangrijk hierin is dan wel dat je je bewust bent van je eigen opvattingen en overtuigingen op het gebied van levensbeschouwing en daarin je eigen mogelijkheden en grenzen onderkent (Van Leeuwen & Cusveller 2005:70-74).

Als de spirituele behoeften van de patiënt bekend zijn, is het belangrijk dat je als verpleegkundige met de patiënt overlegt hoe je hem kunt helpen, naast de eventuele zorg van de geestelijk verzorger. Creëer, indien de patiënt dit wenst en waar mogelijk, gelegenheid om activiteiten op het gebied van zingeving en/of religie uit te oefenen en biedt hier desgewenst hulp bij aan. Denk hierbij aan mediteren, bidden, lezen of luisteren naar muziek (Driebergen, 2005).

Hermann (2001:67-72) heeft een overzicht gemaakt van welke spirituele behoeften bij een patiënt kunnen voorkomen (zie cirkeldiagram) en welke hulp een verpleegkundige daarbij kan geven:



**Figure 1. Themes of Spiritual Needs**

Wat betreft “ Need for religion” kan de verpleegkundige ervoor zorgen dat de patiënt de privacy krijgt om in rust te kunnen bidden en dat er boeken aanwezig zijn voor de patiënt. Als de patiënt niet meer kan lezen kan er voor gezorgd worden dat er een vrijwilliger wordt ingeschakeld en om een patiënt in contact te houden met de kerk kan er gezorgd worden voor diensten op band of voor bezoek van iemand van de kerk. Betreffende “ Need for involvement and control” is het nodig dat de verpleegkundige voldoende informatie geeft aan de patiënt en hem betreft in het nemen van beslissingen. “Need for companionship” is te bewerkstelligen door zelf aandacht te besteden aan de patiënt en zonedig anderen zoals vrijwilligers hierbij betrekken. Bij “Need to Finish Business” kan de verpleegkundige helpen door hier actief met de patiënt mee bezig te zijn en samen naar oplossingen te zoeken. Door te zorgen voor bloemen op de kamer of indien mogelijk met de patiënt naar buiten te gaan kan voldoen worden aan de behoefte “To experience nature”. Bij “Need for positive outlook” is het belangrijk na te gaan wat de patiënt wil om de situatie voor hem dragelijker te maken. Sommigen hebben baat bij een positieve instelling van de verpleegkundige, maar niet iedereen!

Terugkomende op het onderscheid van doodsangst door religieuze pijn en doodsangst door spirituele pijn is er bij spirituele pijn nog een belangrijke taak voor de verpleegkundige. Bij patiënten die zich schuldig voelen over hun gedrag is vooral de geestelijk verzorgende belangrijk, maar bij patiënten die ervan overtuigd zijn dat ze in de kern slecht zijn is de houding van de verpleegkundige erg belangrijk. Het is namelijk zaak de patiënt te laten voelen dat hij een geliefd persoon is. Dit moet gebeuren door er onvoorwaardelijk voor de patiënt te zijn en hem onvoorwaardelijk te accepteren. Neem de tijd voor de patiënt, behandel hem met respect en uit dat hij de moeite waard is. Hierbij is non-verbaal gedrag en aanraking (als dit gewenst is door een patiënt) erg belangrijk. Het is goed te realiseren dat het natuurlijk wel ontzettend moeilijk is om een gedachtepatroon dat er al heel lang is te doorbreken (Satterly 2001:37).

Een laatste taak van de verpleegkundige is om de spirituele zorg rondom een patiënt te beschrijven in het dossier en bespreekbaar te maken in het multidisciplinair overleg (Driebergen, 2005).

Tenslotte wil ik attenderen op de richtlijn Levensbeschouwelijke Nood (Stallinga et al., 2005) (Bijlage 2). Veel van de hiervoor besproken onderwerpen komen terug in deze richtlijn. Spirituele problematiek is echter persoonlijk van aard en zal zich bij elke patiënt op een andere wijze uiten. Voorzichtigheid is dus geboden met het gebruik van standaarddiagnosen.

## **Conclusie**

Bij patiënten met doodsangst gebaseerd op religieuze of spirituele achtergronden is de belangrijkste taak van de verpleegkundige in eerste instantie het grondig observeren van de patiënt om zo zijn behoeften en wensen te inventariseren. Bij deze inventarisatie zijn het scheppen van een vertrouwelijk klimaat en het gebruik van juiste communicatievaardigheden erg belangrijk. Als de spirituele behoeften van de patiënt bekend zijn kan de verpleegkundige geschikte interventies gaan toepassen. Deze zullen per persoon verschillen, de richtlijn Levensbeschouwelijke Nood (als bijlage toegevoegd) kan hierbij als leidraad gebruikt worden. Het is wel belangrijk dat de verpleegkundige hierbij zijn eigen mogelijkheden en grenzen erkent, en indien nodig op tijd door verwijst naar andere collega's en/of disciplines. Vooral de geestelijk verzorger is hierbij een erg belangrijke andere discipline.

## Noten

1. Voor de leesbaarheid zal in het vervolg gebruik gemaakt worden van de mannelijke vorm
2. In dit artikel wordt gesproken over God. Religieuze angst komt echter voor bij verschillende culturen. Religieuze pijn wordt hier echter in het algemeen besproken en de term God moet hier ook in zijn algemeenheid gezien worden.

## Literatuur

Cornette, K. 2001. 'Zorg voor spirituele pijn.' *Tijdschrift voor geneeskunde* 57 (14-15):1022-1028

Galek, K. et al. 2005. 'Assessing a patient's spiritual needs.' *Holistic Nurse Practitioner* 19 (2):62-69

Hermann, C. 2001. 'Spiritual needs of dying patients: A Qualitative Study.' *Oncology Nursing Forum* 28 (1):67-72

Satterly, L. 2001. 'Guilt, shame, and religious and spiritual pain.' *Holistic Nurse Practitioner* 15(2):30-39

Van Bruchem- van de Scheur, G.G. et al. 2004. 'Spiritualiteit en spirituele zorg: Een literatuuroverzicht'. *Nederlands tijdschrift voor palliatieve zorg* 5 (2):25-41

Van Leeuwen, R. & B. Cusveller. 2005. *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*. Utrecht: Lemma BV.

Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood  
Bron: Universitair Medisch Centrum Groningen